

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайнуллин У. Ш. В кн.: Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. Казань, 1983.—2. Кочнев О. С., Гайнуллин У. Ш. Казанский мед. ж., 1983, 4.—3. Кузин М. И., Костюченко Б. М. В кн.: Раны и раневая инфекция. М., 1981.—4. Обысов А. С. Надежность биологических тканей. М., 1971.—5. Слудский Л. И. Вестн. хир., 1981, 3.—6. Фенчин К. М. Заживление ран. Киев, 1979.—7. Мапп М., Веднар В. Cas. Lek. sec., 1976, 115, 28.—8. Tauber R., Seidel W., Zbl. Chir., 1975, 100, 19.

Поступила 19 февраля 1985 г.

УДК 618.3—008.6—08—07:576.8.077.3

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У РОДИЛЬНИЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННЫХ

*Л. К. Фазлеева, Н. А. Пузырева, Н. А. Тульчинская, И. А. Давыдова,
Т. П. Рубан*

Кафедра детских болезней (зав.—проф. Н. А. Романова) педиатрического факультета Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, родильный дом № 2 (главрач — Н. А. Тульчинская) г. Казани

Несмотря на многочисленность теорий происхождения позднего токсикоза беременных, участие иммунологических процессов при этой патологии считается доказанным [1, 4, 6, 7].

Целью данной работы было исследование динамики иммунологических сдвигов у беременных в зависимости от продолжительности лечения и его влияния на течение и исход беременности.

Было изучено течение беременности, родов и послеродового периода у 207 родильниц; из них 89 женщинам с клиническими формами позднего токсикоза во время беременности проводили комплексную терапию позднего токсикоза в условиях акушерского стационара. Для диагностики и оценки тяжести отдельных клинических форм позднего токсикоза определяли содержание общего белка сыворотки, протеинограмму, уровень мочевины, азота мочевины, остаточного азота сыворотки крови, активность щелочной фосфатазы в крови по общепринятым методикам, а также исследовали состояние гломерулярной фильтрации и функции почечных канальцев.

Имунологические изменения оценивали по содержанию сывороточных иммуноглобулинов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии по Манчини, общих Ig E радиоиммунным методом с помощью наборов «Phadebas Ig E PRIST» (Фармация) и по уровню циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) при осаждении их полиэтиленгликолем [5].

Результаты определения ЦИК выражали в мкг/мл агрегированного гамма-глобулина, с помощью которого стандартизировали показатели реакции. Уровень ЦИК рассчитывали по калибровочной кривой [3], построенной нами применительно к спектрофотометру.

Все обследованные беременные и родильницы были подразделены на 3 группы. 1-ю составили 118 женщин в возрасте от 17 до 42 лет, которые по ряду причин не получали стационарного лечения по поводу позднего токсикоза. В 50% случаев диагноз нефропатии был установлен только при поступлении в стационар на родоразрешение, то есть четкие клинические признаки проявились лишь в родах; в 8,3% отсутствие лечения было обусловлено отказом беременных от госпитализации, в 33,3% диагноз нефропатии был поставлен в приемном покое по выраженности отдельных признаков (гипертония, отечность мягких тканей, протеинурия); 8,4% беременных были направлены в стационар с установленным диагнозом для лечения, но роды наступили в первые сутки после поступления.

У 72 (61,0%) женщин беременность осложнилась нефропатией I ст., у 46 (39,0%) — нефропатией II—III ст. и сочетанными формами позднего токсикоза. У 108 (91,5%) женщин беременность завершилась срочными родами, у 10 (8,5%) — преждевременными.

Во 2-ю группу вошли 48 родильниц, которым до родов проведено лечение в стационаре продолжительностью до 7 дней и в 3-ю — 46 родильниц, леченных в стационаре в течение 8 и более дней. Лечение по поводу нефропатии I степени получали 47 (52,8%) беременных, нефропатии II—III ст. — 42 (47,2%), из них у 81 (91,0%) беременность завершилась срочными родами, у 8 (9,0%) — преждевременными.

Частота соматических заболеваний у женщин с нефропатией составила 39,5%, гетероспецифической беременности по АВО системе плода и матери — 37,5%. Профессиональные вредности выявлены у 12,6% женщин.

Тяжелые формы позднего токсикоза сопровождались снижением общего диуреза, почечного плазмотока, усиленной реабсорбцией воды и натрия, протеинурией, цилиндрурией. Диспротеинемические сдвиги у 64,7% беременных выражались гипопроteinемией, в основном за счет снижения гамма-глобулиновой и альбуминовой фракций сыворотки крови. Увеличение уровня остаточного азота наблюдали у 31,2% обследованных, мочевины — у 6,3%.

Лечение позднего токсикоза беременных в стационаре проводили с учетом выраженности клинической формы и тяжести отдельных симптомов [2] с обязательным включением диетотерапии и водно-солевого (молочно-растительная диета с добавлением естественных белков, разгрузочные дни по мере необходимости, ограничение жидкости от 1 л до 600 мл при тяжелых формах) и лечебно-охранительного (постельный режим с максимальным устранением внешних раздражителей, назначением седативных препаратов, нейролептиков и др.) режима. В комплекс лечебных мероприятий входила гипотензивная терапия и терапия, направленная на нормализацию диуреза (ганглиоблокаторы, арфонад, пентамин, сернистая магнезия, допегит, дибазол, препараты раувольфии, клофеллин и т. д.), на улучшение обменных процессов и коррекцию ацидоза (кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота, витамины В₆, В₁₂, РР и Р, метионин, глютаминовая кислота, бикарбонат натрия и др.). Беременные получали также дезинтоксикационную терапию, нормализующую микроциркуляцию (гемодез, реополиглюкин, раствор Рингера, глюкозо-новокаиновую и поляризирующую смеси, эуфиллин и др.).

С целью неспецифической гипосенсибилизации в комплекс мероприятий при лечении нефропатии и ведении послеродового периода как обязательный компонент включали антигистаминные препараты.

Результаты определения иммунологических показателей представлены в таблице. Разницы между показателями иммуноглобулинов А, М, и G у женщин 1 и 2-й групп не выявлено, в то время как содержание общих IgE у родильниц 2-й группы было выше, чем у родильниц 1-й ($P < 0,01$). У родильниц 3-й группы уровень IgA, общих IgE и ЦИК был ниже, чем у родильниц 1 и 2-й группы (соответственно

Иммунологические показатели у родильниц в зависимости от продолжительности лечения позднего токсикоза беременных

Группы обследованных родильниц	Иммуноглобулины, мкмоль/л			Общие иммуноглобулины, КЕ/л	Циркулирующие иммунные комплексы, мг/л
	А	М	G		
1-я (n=29)	16,56±1,25	0,81±0,06	73,12±4,37	25,25±1,48	130,0±15,9
2-я (n=28)	14,6±1,87	1,01±0,10	66,8±5,31	35,00±1,32	133,4±19,0
3-я (n=24)	12,62±1,00	0,70±0,07	67,12±6,25	13,16±1,32	89,7±12,6

$P < 0,05$, $P < 0,001$, $P < 0,05$). Такие иммунологические сдвиги возникали у родильниц с клиническими проявлениями позднего токсикоза на фоне отягощающих акушерских осложнений (многоводие, переношенность, угроза выкидыша, многоплодная беременность и др.): у родильниц 1-й группы — в 30,5% наблюдений, 2-й — в 35,6%, 3-й — в 37,0%.

Оперативные вмешательства (вакуум-экстракция плода, родостимуляция и родо-вызывание, амниотомия, перинеотомия, ручное обследование полости матки, кесарево сечение и др.) были предприняты у родильниц 1-й группы в 31,3% случаев, 2-й — в 37,2%, 3-й — у 17,4% ($P_{1-3} < 0,05$). Влияния лечения матери на плод по частоте возникновения у новорожденных врожденных уродств, асфиксии, гипоксических состояний и натальной травмы также не выявлено.

Таким образом, лечение позднего токсикоза сопровождается определенными им-

мунологическими сдвигами в организме женщин к моменту родов. Характер иммунологических изменений зависит от продолжительности проводимой терапии: короткий курс лечения вызывает повышение уровня общих IgE в сыворотке крови рожениц, длительный, наоборот, — снижение. Продолжительная терапия приводит также к снижению содержания сывороточных IgA и ЦИК, что свидетельствует о ее гипосенсибилизирующем действии. Эффективность продолжительного курса комплексной терапии проявляется также и в уменьшении частоты осложнений в родах, необходимости оперативных вмешательств. Однако прогноз для плода не зависит от продолжительности лечения будущей матери, что оправдывает необходимость родоразрешения при отсутствии клинического эффекта проводимой терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева З. Ф., Шабалин В. Н. Иммунологические основы акушерской патологии. М., Медицина, 1984.— 2. Грищенко В. И. Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. М., Медицина, 1977.— 3. Молотиллов Б. А., Маянский А. Н., Поздняк Н. Д. Казанский мед. ж., 1982, 2.— 4. Петров-Маслаков М. А., Клименц И. И. Акуш. и гин., 1969, 7.— 5. Гашкова В., Матл И., Кашми И., Кочандрле В. Чехослов. мед., 1978, 1, 2.— 6. Gleicher N., Siegel J. Mt. Sinai J. Med., 1980, 47, 5.— 7. Karovic M., Rukavina D., Jongic S. Immunology of Reproduction. Sofia, 1982.

Поступила 24 декабря 1984 г.

УДК 618.17—008.6—082.168—036.868

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВНУТРЕННИМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ МАТКИ

М. И. Сабсай, В. А. Клейн, Т. А. Кравчук, Г. П. Лазаричева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Л. Ф. Шинкарева), кафедра госпитальной терапии № 2 (зав.—проф. В. В. Трусов) Устиновского ордена Дружбы народов медицинского института

Достижения гинекологической эндокринологии позволили значительно сузить круг показаний к оперативному лечению при генитальном эндометриозе. Однако при внутреннем эндометриозе матки, особенно в сочетании с миомой, экстрагенитальной патологией, и значительной распространенности эндометриальной инвазии возможности консервативной терапии весьма ограничены. Хирургическое лечение надежно избавляет больных от тяжелых, анемизирующих маточных кровотечений и болевого синдрома, но удаление такого эндокринно-зависимого органа, как матка, нарушает целостность сложной нейрорефлекторной системы и неизбежно приводит к плюригландулярным нарушениям с развитием вегетососудистых и обменно-трофических дисфункций, подчас не менее тягостных, чем предшествовавшее заболевание [1, 2, 6].

Мы проанализировали отдаленные исходы хирургического лечения 60 больных внутренним эндометриозом матки и сравнили их с отдаленными результатами консервативного лечения 32 пациенток, получавших длительную гормональную терапию (инфекундин, бисекурин, нон-оволон, тестостерон-пропионат, 17-оксипрогестерон-капронат). Показаниями к операции являлись клинические признаки значительной распространенности процесса (ациклические анемизирующие маточные кровотечения, стойкий болевой синдром), сочетание внутреннего эндометриоза с миомой матки и неэффективность консервативной терапии.

Средний возраст оперированных больных и леченных консервативно был одинаковым и составлял $43,0 \pm 1,4$ года. Сведения об объеме операций представлены в табл. 1.

Во всех наблюдениях диагноз внутреннего эндометриоза матки был подтвержден гистологическим исследованием.

Сравнительную оценку отдаленных результатов проводили через 7—10 лет после окончания лечения, в возрасте от 50 до 54 лет. Именно этот период является пиковым в возрастной перестройке гомеостаза женского организма [6]. В первую очередь нас интересовали возможность и условия рецидива основного заболевания и общая