У 25 детей этой группы (из них у 5 с пиелонефритом) заболевание выявлено случайно при сплошном обследовании детского населения в целях изучения распространенности заболевания почек, у 4 — во время обследования по поводу другого заболевания. Это объясняется наличием у части детей (29) малосимптомных форм заболевания, в связи с чем они не обращались к врачу. У другой группы детей имелись симптомы интоксикации: снижение аппетита, субфебрильная температура, дизурические явления, боли в пояснице.

Пиелонефрит у детей с аллергически отягощенным анамнезом характеризовался в основном латентным течением с периодами обострения во время усиления аллергических проявлений и присоединения интеркуррентных заболеваний.

Лечение нефропатий должно осуществляться с учетом аллергологического анамнеза. Для профилактики уроренальной патологии у детей с аллергически измененной реактивностью следует проводить комплекс общей десенсибилизирующей терапии. В этом отношении большое значение имеет сочетание лекарственной терапии с общеукрепляющими средствами, повышающими неспецифическую резистентность организма ребенка.

УДК 618.2—07

Б. Г. Садыков, Н. С. Поляков, И. А. Перунов (Казань). Диагностическое значение препурекса

Приводим результаты применения препурекса в диагностике беременности. У 41 женщины нами поставлена 51 реакция (у 5 — трехкратно). Возраст женщин — от 19 до 43 лет.

Методика препурекс-теста следующая: на пластинку черного цвета наносят одну каплю антисыворотки препурекса (флакон с красной крышкой), добавляют одну каплю исследуемой мочи, тщательно перемешивают палочкой в течение 10 с (но не более 30 с), затем добавляют одну каплю суспензии препурекса (флакон с голубой крышкой). Пластинку осторожно покачивают. Через 2 мин читают результат. Тест оценивается как положительный (есть беременность) при отсутствии агглютинации.

Тест, поставленный 3 небеременным женщинам в качестве контроля, оказался отрицательным.

У 20 женщин препурекс-тест применен для выяснения наличия беременности на ранних (до 7—8 недель) сроках. У 15 из них тест оказался положительным, и в дальнейшем клинически подтвердилась маточная беременность. У 5 женщин тест был отрицательным. У них установлен диагноз или фибромиомы матки, или дисфункции яичников.

12 женщинам препурекс-тест поставили в целях подтверждения или исключения внематочной беременности. У всех он оказался отрицательным, а в дальнейшем клинически диагноз внематочной беременности исключен.

3 женщины подверглись проверке препурекс-тестом в связи с подозрением на хорионэпителиому. У 1 из них, у которой диагноз хорионэпителиомы был впоследствии отвергнут, тест дал отрицательный результат, а у 2 женщин с хорионэпителиомой, подтвержденной гистологически, реакция была положительной как с цельной мочой, так и в разведении в 50 и 100 раз. После химиотерапии реакция стала отрицательной.

Наконец, у 3 женщин, страдавших пузырным заносом, реакция оказалась положительной до опорожнения полости матки и отрицательной спустя 1 и 2 недели после ее опорожнения.

Наблюдения подтверждают высокую точность и простоту препурекс-теста. Он заслуживает предпочтения еще и как метод экспресс-диагностики (результат читается через 2 мин) при подозрении на пузырный занос и хорионэпителиому.

УДК 618.214—007

Г. Д. Семисынов (Казань). Беременность при аномалиях развития матки

Мы наблюдали клиническое течение беременности и родов у 2 женщин с двурогой матки и у 1 с беременностью в рудиментарном роге.

1. Беременная К., 31 года, поступила в родильное отделение в связи с нерегулярными схваткообразными болями внизу живота и кровянистыми выделениями из половых путей мажущего характера. В анамнезе имеются указания на миокардиодистрофию. Менструации с 15 лет по 5 дней через 27 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 30 октября 1976 г. Начало половой жизни с 24 лет, брак первый, беременность первая, протекала без осложнений.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 72 удара в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот неправильной формы. Матка увеличена до 36-недельного срока беременности, с резко выраженной седловидностью, возбудима при пальпации. Положение плода косое, головка ближе у дна матки слева, сердцебиение плода на уровне пупка,

ясное, ритмичное, 146 ударов в мин. Выделения из половых путей сукровичные, скудные. Влагалище узкое, шейка сохранена, отклонена резко к лону, размягчена. Цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец. За внутренним зевом определяется мягковатая ткань, напоминающая сгустки крови и край плаценты. Предлежащая часть не достижима. Мыс недостижим. Сразу после осмотра началось обильное кровотечение, кровопотеря 400 мл.

Диагноз: беременность 1-я; преждевременные роды при сроке 36 недель; косое положение плода; седловидная или двурогая матка; предлежание плаценты; кровотечение.

Под эндотрахеальным наркозом вскрыта брюшная стенка продольным разрезом. Матка соответствует 36—37 неделям беременности. Форма ее седловидная, левая половина намного меньше правой, где расположен плод. Сделано корпоральное кесарево сечение, извлечен за ножку плод мужского пола массой тела 2300 г, длиной 48 см. Оценка по шкале Апгар 7—8 баллов. Плацента размером 15×15 см располагалась над внутренним зевом, с переходом на задне-боковую стенку матки; констатирована преждевременная ее отслойка на протяжении 10×6 см. Матка после опорожнения и сокращения приобрела двурогую форму. При ручном обследовании установлена перегородка, идущая от верхней части тела матки, занимающая более 1/3 ее полости. Рана ушита 2-этажным кетгутовым швом (1-й узловатый, 2-й непрерывный). Произведена перитонизация пузырно-маточной складкой. Придатки без изменений. Брюшная полость послонно ушита наглухо сложением косметического шва на кожу. Послеоперационный период осложнился субинволюцией матки. Родильница выписана на 15-е сутки после операции под наблюдением женской консультации. Ребенок умер на 3-й день после родов от асфиксии.

2. Беременная Д., 21 года, поступила в ноябре 1969 г. с жалобами на нерегулярные схваткообразные боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Срок беременности — 28 недель. В женской консультации был поставлен диагноз: двурогая матка, беременность в правом роге матки. В прошлом Д. болела ангиной. Менструации с 14 лет по 7 дней, через 28 дней, обильные, болезненные до замужества. Начало половой жизни с 20 лет, брак первый, беременность первая.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледные. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 90 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При наружном осмотре матка соответствует 27—28 неделям беременности, имеет удлиненную форму. Предлежание головное. Сердцебиение плода приглушено.

Данные вагинального исследования: шейка короткая, открыта на 6 см, плодный пузырь отсутствует, на уровне внутреннего зева мощная мышечная перегородка, распластанная на головке.

На основании анамнеза и объективного статуса был поставлен диагноз: беременность 28 недель; аномалия развития матки; кровотечение. Роженица взята на операционный стол.

Под эндотрахеальным наркозом вскрыта брюшная стенка продольным разрезом от лона до пупка. По вскрытии обнаружена типичная двурогая матка. В правом роге — беременность, задняя стенка этой матки перерастянута, левая матка небольшая, удлиненная, мягкая, размером до 8—9-недельного срока. Придатки с обеих сторон без изменений. Нижний отдел матки широкий, перерастянут, синюшен. Передняя стенка матки несколько выступает, как бывает при низком прикреплении или предлежании плаценты. Сделано корпоральное кесарево сечение, удален плод женского пола массой тела 1100 г, в тяжелой асфиксии. Самостоятельно отделилась целая плацента со всеми оболочками. Имелись признаки преждевременной ее отслойки (сгустки крови). Матка атоничная. В мышцу матки введен пахикарпин, окситоцин, эргометрин.

При обследовании нижнего отдела полости матки установлено, что мышечная перегородка начинается почти с передней губы шейки матки. Перегородка широкая, мощная. Удалены в большом количестве сгустки крови выше перегородки. Матка сократилась. Рана матки ушита 3-этажным швом. По ходу операции ввиду кровотечения переливали кровь, хлористый кальций, глюкозу, эпсилон-аминокапроновую кислоту, викасол. Брюшную стенку ушили послонно наглухо с введением антибиотиков. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребенок умер на 10-й день (глубокая недоношенность, асфиксия).

Вторая беременность наступила в 1973 г. Беременность развивалась в правом роге, протекала без осложнений. На 41-й неделе проведено 3 тура родовывзвания. Беременная родоразрешилась доношенной девочкой массой тела 3650 г. Послеродовой период протекал без осложнений. Ребенок здоров.

Третья беременность в 1977 г. закончилась медицинским абортom. В настоящее время женщина здорова.

3. Г., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение 27/V 1977 г. с диагнозом: правосторонняя кистозная яичника. Ввиду аменореи и быстрого роста опухолевидного, мягкого, очень подвижного образования при наличии мягковатой матки, синюшности половых органов, был поставлен диагноз беременности в рудиментарном роге и назначено хирургическое лечение.

Под эндотрахеальным наркозом средним разрезом от лона до пупка послонно вскрыта брюшная полость. По вскрытии обнаружено: матка по средней линии слегка

увеличена, мягковатой консистенции. Левые придатки без особенностей. От правого ребра матки как бы на ножке диаметром 2—3 см отходит образование размером 14 × 18 см, мягковатой консистенции, округлой формы, связанными сосудами на поверхности. Несколько кзади верхнего полюса этого образования отходит фаллопиева труба и яичник. При пальпации описанного образования определяются мелкие части плода. При выведении образования капсула частично разорвалась. Удален добавочный рог матки с правой трубой. Круглая связка справа поднята к правому углу матки, яичниковая связка подшита к ребру матки. Произведена перитонизация листками широкой связки. Брюшная полость ушита послойно наглухо.

Послеоперационный диагноз: беременность в добавочном роге матки сроком 16 недель. Операция: удаление добавочного рога матки с правой трубой. Наш опыт позволяет рекомендовать следующее.

1. В условиях женской консультации следует проводить рентгенологическое обследование подобных больных (вне беременности) для уточнения формы аномалии; в период беременности эти женщины должны состоять на учете в группе большого риска.

2. Для сохранения беременности необходимо госпитализировать таких женщин в стационар в опасные для прерывания сроки: 5—8 недель; 14—16, 24—28, 30—32 недели, с учетом несостоятельности морфологической структуры матки. Рекомендуется в комплексную терапию включать гормональные препараты под контролем кольпоцитологии.

3. Во время родов при возникновении осложнений целесообразно проводить родоразрешение корпоральным кесаревым сечением с тщательным обследованием полости матки. В послеродовом периоде следует принимать меры профилактики субинволюции матки.

4. Учитывая большую перинатальную патологию, рекомендуется соответствующая профилактика пневмонии, асфиксии и т. д.

5. При развитии беременности в рудиментарном роге матки или предполагаемом подобном диагнозе необходимо лапаротомия, так как дальнейшее прогрессирование беременности может привести к разрыву неполноценного по морфологической структуре добавочного рога.

УДК 616.36—007.17

П. Г. Сцепуро (Саратов). К вопросу о диагностике синдрома Жильбера

Синдром Жильбера является одним из вариантов наследственных пигментных гепатозов — дистрофических поражений печени, обусловленных наследственно детерминированными энзимопатиями. Вследствие снижения активности глюкуронилтрансферазы происходит нарушение захвата гепатоцитами свободного билирубина и конъюгации его с глюкуроновой кислотой, что вызывает увеличение содержания пигмента в сыворотке крови. Характерны повторные приступы желтухи в сочетании с астено-невротическими и умеренными диспепсическими явлениями. Функции печени, кроме пигментной, не нарушены или же изменены незначительно. Количество непрямого билирубина обычно находится в пределах 68—85 мкмоль/л, а в периоды ремиссии не превышает 17 мкмоль/л; связанный (прямой) билирубин определяется в небольших количествах либо отсутствует вовсе. Желчные пигменты в моче не обнаруживаются.

Приводим наше наблюдение.

У., 27 лет, поступила в клинику 10/V 1977 г. с жалобами на постоянную желтушность склер, раздражительность, быструю утомляемость, потливость, периодически возникающие боли в области правого подреберья и тошноту после приема жирной, пряной пищи.

Заболевание возникло 6 лет назад без видимых причин. Иктеричность склер стала постоянной; порой, вне связи с какими-либо внешними факторами, желтушность значительно усиливалась и становилась заметной также на кожных покровах. Одновременно ухудшалось общее самочувствие, появлялись диспепсические нарушения после погрешностей в питании. При многократном амбулаторном исследовании обнаруживалось повышение уровня билирубина до 51—68 мкмоль/л, реакция всегда была непрямою. Улучшения продолжительностью до нескольких месяцев возникали также спонтанно. Диагноз установить не удавалось, лечения пациентка не получала, придерживалась некоторых диетических ограничений.

У. — единственный ребенок в семье; родители желтухой не болели. Росла, развивалась нормально, другими заболеваниями не страдает. Менструации с 14 лет, регулярные, необильные. Имеет здорового ребенка 2 лет.

Большая правильного сложения, нормальной упитанности. Эмоционально лабильна. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые; склеры иктеричны. Гипергидроз ладоней. В легких и сердце патологии не выявлено. Пульс 70 уд. в 1 мин, ритмичен. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажен, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, незначительно болезнен при пальпации в области правого подреберья. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: Э. — $4,1 \cdot 10^6$ в 1 мкл, Нб 152 г/л, цв. п. 1,0, тромбоциты $230 \cdot 10^9$ в 1 мкл, ретикулоциты — 0,7%, Л. — $4,1 \cdot 10^3$ в 1 мкл, э. — 1%, п. — 1%, с. — 65%,