

ская З. И. Там же, 1969, 10. — 7. Стрижаков А. Н. Патогенез, клиника и терапия генитального эндометриоза. Автореф. докт. дисс., М., 1977. — 8. Moghissi K. S., Boyce C. R. *Obstet. and Gynec.*, 1976, 47, p. 265. — 9. Movers F. *Med. Clin.*, 1975, 70, 527.

Поступила 14 июня 1979 г.

УДК 618.3—056.52:616.36

О ЗНАЧЕНИИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

И. И. Бенедиктов, В. Н. Прохоров

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. — проф. И. И. Бенедиктов) Свердловского медицинского института

Реферат. У 140 беременных с ожирением выявлены изменения в белковом, липидном, ферментном обмене, состоянии печеночного кровообращения, свидетельствующие о скрытой функциональной недостаточности органа. Применение у 60 беременных с ожирением комплексной подготовки к родам с использованием средств, направленных на коррекцию функции печени, улучшило акушерские показатели в родах.

Ключевые слова: беременность, ожирение, печень, функциональное состояние.

Библиография: 6 названий.

В настоящее время ожирение становится достаточно распространенной патологией беременных и рожениц — оно встречается у 5,3—15,9% рожаящих [2, 5]. Возрастающая частота его распространения среди женщин детородного возраста и высокий удельный вес различных осложнений беременности и родов при этом определяют практическую значимость данного вида патологии в акушерстве [1, 4].

В происхождении ряда акушерских осложнений большая роль отводится функциональному состоянию печени; ожирение же обуславливает серьезные нарушения в ее деятельности. Однако комплексных исследований функционального состояния печени при беременности, осложненной ожирением, в литературе мы не встретили.

Поэтому нами было проведено изучение состояния печени у беременных, страдающих ожирением: определение содержания общего белка в сыворотке крови по биуретовой реакции, белковых фракций методом электрофореза на бумаге, тимоловой пробы холестерина, фосфатидилхолинов (лецитин), β -липопротеидов, билирубина, активности аспаргат- и аланинаминотрансфераз, реография печени.

Степень и форму ожирения устанавливали по упрощенной классификации Д. Я. Шурьгина и соавт. (1975) и таблице, предложенной М. Н. Егоровым и Л. М. Левитским (1964). Средняя прибавка массы тела за период беременности принималась равной 10 кг.

Из 140 обследованных с ожирением у 25 была беременность до 13 недель, у 40 — от 14 до 26 и у 75 — от 27 до 40 недель. I степень ожирения была определена у 53 женщин (37,9%), II — у 64 (45,7%); 22 беременные с III степенью и I с IV степенью ожирения объединены в одну группу (16,4%). Алиментарно-конституциональная форма ожирения была у 104 (74,3%) женщин; нейроэндокринная — у 1 (0,7%), церебральная — у 4 (2,9%) и эндокринная — у 31 (22,1%), в том числе гипоовариальная — у 30 (21,4%) и надпочечниковая — у 1 (0,7%). Контрольную группу составили 30 здоровых беременных с нормальной массой тела.

У беременных с ожирением выявлено снижение белкосинтетической функции печени в сравнении с контрольной группой, усугубляющееся к концу беременности, что проявилось в уменьшении уровня общего белка в сыворотке крови (достоверно во II триместре — $77,74 \pm 2,0$ и $68,19 \pm 1,2$ г/л; $P < 0,01$), альбуминов во всех триместрах и альбумино-глобулинового коэффициента. Одновременно в группе тучных происходило повышение доли глобулиновой фракции, в основном за счет α_2 - и β -глобулинов. Метаболизм липидов у беременных с ожирением, в сравнении с контрольной группой, претерпевает серьезные изменения, что подтверждается нарастанием содержания холестерина ($4,2 \pm 0,3$ и $4,9 \pm 0,2$ ммоль/л; $4,6 \pm 0,2$ и $5,8 \pm 0,2$ ммоль/л; $5,4 \pm 0,2$ и $6,6 \pm 0,2$ ммоль/л) и β -липопротеидов ($3,2 \pm 0,4$ и $4,3 \pm 0,2$ г/л; $3,8 \pm 0,3$ и $5,7 \pm 0,2$ г/л; $5,2 \pm 0,2$ и $7,1 \pm 0,5$ г/л) во всех сроках беременности, а также некоторым снижением концентрации лецитина с одновременным уменьшением лецитин-холестеринового коэффициента.

Уровень билирубина в сыворотке крови тучных беременных существенно не отличался от показателя здоровых беременных. В I триместре выявлено несущественное повышение АЛАТ и АСАТ ($P > 0,05$); во II и III триместрах — их снижение, достоверное для АЛАТ в III триместре ($4,45 \pm 0,50$ и $3,04 \pm 0,29$ ед., $P < 0,02$).

При изучении показателей печеночного кровообращения в группе тучных беременных наблюдалось выраженное снижение ($P < 0,01$) показателей, характеризующих кровенаполнение органа во все сроки беременности.

Выраженные и прогрессирующие по мере развития беременности изменения реографических показателей печени у тучных беременных свидетельствуют о нарушении кровообращения в печени, в частности об уменьшении общего кровенаполнения печени и кровенаполнения в единицу времени, что является результатом вовлечения ее в патологический процесс при ожирении.

Отклонения биохимических тестов, характеризующих функции печени по регуляции ею основных видов обмена веществ, и изменения печеночного кровотока у беременных, страдающих ожирением, указывают на наличие у больных данного контингента скрытой функциональной несостоятельности печени, проявляющейся уже в начале беременности и нарастающей к концу ее. Выявленные сдвиги в функциональном состоянии печени могут быть объяснены наличием у беременных с ожирением жировой инфильтрации печени, являющейся закономерным спутником общего ожирения и характеризующейся малосимптомной клиникой (слабость, снижение работоспособности, небольшие боли или чувство полноты в правом подреберье или эпигастриальной области, диспепсические явления, увеличение печени) при многообразных изменениях функциональных проб печени (гипоальбуминемия и гиперглобулинемия, сдвиги осадочных проб, некоторое повышение активности аминотрансфераз, чаще АСАТ, повышенный уровень липидов крови, иногда гипербилирубинемия и т. д.).

Принимая во внимание изменения функции печени у беременных с ожирением, мы разработали комплекс лечебных мероприятий, включающий гепатотропные средства и направленный на нормализацию метаболических сдвигов для профилактики акушерской патологии. Этот комплекс был применен у 60 беременных с ожирением. В стационаре за 2,5—3 нед до срока родов назначали диету № 8 по М. И. Певзнеру с общей энергоемкостью 2800—3000 ккал, достаточным содержанием белков (110—120 г), из которых половина — животного происхождения, ограничением углеводов до 250—350 г жиров до 50—70 г. Количество потребляемой жидкости доводили до 0,7—0,8 л, а поваренной соли — до 4—5 г в сут. Ежедневно пациентки получали свежие и вареные овощи (свеклу, морковь, зеленый горошек, капусту), фруктовые соки, молочные продукты (творог, кефир, молоко) 1—2 раза в нед назначали разгрузочные дни (яблочные или творожные). При отсутствии противопоказаний проводили занятия лечебной физкультурой. В комплекс мероприятий по подготовке к родам входили оксигенотерапия (вдыхание увлажненного кислорода), мочегонные средства (фуросемид, гипотиазид, бринальдикс), препараты калия, спазмолитики (платифиллин, свечи с белладонной), эстрогены (фоликулин или син-эстрол по 500 МЕ на 1 кг массы тела 2 раза в сут внутримышечно), а также гепатотропные средства: глутаминовая кислота по 0,5 г, фолиевая кислота по 0,01 г, рутин по 0,02 г, пангамат кальция (витамин В₁₅ по 0,05 г 3 раза в день внутрь, раствор холинхлорида 1% по 200 мл внутривенно капельно со скоростью введения 30—35 капель в 1 мин, в течение 2—3 дней; цианкобаламин (витамин В₁₂) в дозе 0,2 мг внутримышечно через день; 5% раствор аскорбиновой кислоты по 3—4 мл и 0,5% раствор липоевой кислоты по 2 мл внутримышечно ежедневно.

После комплексной подготовки в предполагаемый срок родов производили оценку готовности организма беременной к родам с использованием окситоциновой пробы и определением «зрелости» шейки матки и отслойки нижнего полюса плодного пузыря. При отсутствии самопроизвольного начала родовой деятельности в конце 41—начале 42 нед проводили родовозбуждение по методу Л. С. Бабчука.

Изучение функционального состояния печени у 25 женщин после подготовки к родам с использованием гепатотропной терапии выявило четкую тенденцию к нормализации метаболических процессов в организме беременных с ожирением в виде уменьшения степени диспепсии, гиперлипидемии и улучшения печеночного кровообращения.

Анализ акушерских осложнений в родах у тучных женщин, прошедших подготовку к родам и у не прошедших ее, показал, что у первых в 2 раза реже наблюдались слабость родовых сил и кровотечения в родах, меньшей была частота несвоевременного излития околоплодных вод, операций ручного вхождения в полость матки, случаев асфиксии плода и новорожденного и родового травматизма детей. На этом осно-

вании мы рекомендуем проводить всем беременным с ожирением за 2,5 нед до родов комплексную подготовку с применением диеты, лечебной физкультуры и медикаментозной терапии, включающей гепатотропные средства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржавкина И. Д. Здравоохранение Белоруссии, 1975, 3. — 2. Белкин К. Я. Тактика терапевта в родильном доме. М., Медицина, 1968. — 3. Егоров М. Н., Левитский Л. М. Ожирение. М., Медицина, 1964. — 4. Иванов И. П. Акушерство, 1978, 5. — 5. Кунарева З. Н. В кн.: Физиология и патология сократительной функции матки. Киев. Здоров'я, 1972. — 6. Шурыгин Д. Я., Вязицкий П. О., Сидоров К. А. Ожирение. Л., Медицина, 1975.

Поступила 24 апреля 1979 г.

БДК 616.833.17:615.814.1

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Д. М. Табеева, Ю. Н. Буланков, Л. С. Рыбакова, И. Н. Пинягина

*Кафедра рефлексотерапии (зав.—доц. Д. М. Табеева) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Реферат. Обобщен опыт лечения методом иглорефлексотерапии 92 больных с поражениями лицевого нерва. Реоэнцефалографические и электромиографические исследования выявили роль сосудистых нарушений в патогенезе заболевания. Подтверждена эффективность иглорефлексотерапии при невропатиях лицевого нерва.

Ключевые слова: невропатия лицевого нерва, иглорефлексотерапия, реоэнцефалография, электромиография.

Библиография: 7 названий.

Поражения лицевого нерва относятся к числу довольно распространенных заболеваний. Многообразие предлагаемых методов лечения и их недостаточная результативность обусловлены, вероятно, полиэтиологичностью и сложностью патогенеза заболевания. В настоящее время все большее обоснование получает вегетативно-сосудистая теория патогенеза острых параличей Белла. Многовековой опыт восточной медицины показал довольно высокую эффективность иглоукалывания при данном заболевании. Это явилось основанием для поиска более оптимальных вариантов рефлексотерапии с учетом особенностей клиники, гемодинамики головного мозга и мягких тканей лица, состояния нейромоторного аппарата мимических мышц.

Наше сообщение основывается на наблюдении за 92 больными (мужчин — 40, женщин — 52; возраст: до 20 лет — 17, от 20 до 30 лет — 28, от 30 до 40 лет — 15, от 40 до 50 лет — 18, от 50 до 60 лет — 8 и старше — 6). У 51 из них был поражен правый лицевой нерв и у 41 — левый. Вероятность связи заболевания с инфекцией или переохлаждением отмечена только у 23 больных (25%), что в известной степени заставляло сдержанно относиться к применению ортодоксального термина «неврит лицевого нерва».

У 24% больных иглорефлексотерапия (ИРТ) была начата на сроках до 1 мес от начала заболевания, у 33,6% — от 1 до 3 мес, у остальных — в более отдаленные сроки, что значительно снижало результаты иглорефлексотерапии [1]. Почти все больные (за исключением 12 чел.) были направлены на ИРТ в связи с недостаточной эффективностью медикаментозного и других видов лечения. 43 человека (46,7%) поступили на рефлексотерапию с осложнениями в виде контрактур, синкинезий, миоклоний мимических мышц. У 16 больных проведена классическая электродиагностика, которая выявила реакцию перерождения у 12 больных и частичную реакцию перерождения у 4. Реоэнцефалограммы (РЭГ) бассейнов внутренней, наружной сонных артерий и вертебробазиллярного бассейна записывали по общепринятой методике. Биопотенциалы мимических мышц отводили с помощью накожных электродов.

Отклонения в состоянии гемодинамики обнаружены у 81,7% больных. Чаще (в 73,3%) они проявлялись нарушениями тонуса сосудов. Повышение его отмечено у 25% больных, неустойчивость — у 35%, снижение — у 40%, причем наиболее выраженные признаки снижения сосудистого тонуса и венозной заинтересованности проявлялись в темпоральных отведениях РЭГ с расположением электродов по ходу поверхностной височной артерии, при которых регистрируется кровоток преимущественно в покровах лица [3, 7]. Наши данные о наличии признаков полнокровия