

Показатели гемоглобина снизились максимально до 44 г/л, гематокрит — до 16%. На 5-й день после родов билирубин достиг максимального уровня (188,1 мкмоль/л — общий и 128 мкмоль/л — прямой), содержание общего белка снизилось до 41 г/л, в то же время показатели протромбинового индекса (71–75%) и фибриногена (18,7–10,4 ммоль/л) оставались относительно удовлетворительными; содержание калия также значительно не увеличилось (3,5 ммоль/л). На 9-й день после родов уровень мочевины повысился до 56,1 ммоль/л, на 10-й день наступила фаза полиурии, на 15-й день полностью исчезла желтуха, нормализовался уровень мочевины. Больная находилась под постоянным наблюдением гинеколога: отклонений в ходе инволюции матки не обнаружено, после сеансов гемодиализа лохий одновременно становились кровянистыми.

На 17-й день после родов (16.11.1992 г.) женщина была выписана в удовлетворительном состоянии.

Показатели крови: Hb — 80 г/л, СОЭ — 30 мм/ч, л. — $6,5 \cdot 10^9$ /л. Уровень общего билирубина — 24,09 мкмоль/л, прямого — 17,7 мкмоль/л, АСТ — 0,35 ед/л, АЛТ — 1,26 ед/л; содержание мочевины — 7,3 ммоль/л, тимоловая проба — 2,2 ед.

Анализ мочи показал незначительную альбуминурию и лейкоцитурию.

Через 2 месяца после родов у женщины восстановились самостоятельно менструации. В течение последующих 1,5 лет беременность не развивалась. После лечения периганемом она вновь наступила. На сроке 14 нед беременности женщина обратилась в 3-й роддом по поводу кровотечения из половых путей — на УЗИ установлено краевое предлежание плаценты. Проведена соответствующая терапия, и при повторном исследовании через 4 недели установлена миграция плаценты вверх. С сохраненной беременностью выписана на сроке 19 нед.

Повторно обратилась на сроке 30 нед беременности в связи с тошнотой. Госпитализирована в ОПБ, неоднократно были проведены печеночные пробы — отклонений от нормы не выявлено. На фоне диеты тошнота прекратилась, через 2 недели женщина была выписана домой.

Вновь госпитализирована для планового родоразрешения на сроке 38 нед. 15.03.1995 г. на сроке 39 нед беременности ей было произведено плановое кесарево сечение по Гусакову. Извлечен плод мужского пола. Масса тела — 3550 г, рост — 52 см. Оценка по шкале Апгар — 9 баллов. Рубец после предыдущего кесарева сечения состоятельный. Операция и течение послеоперационного периода были без особенностей. Выписана на 9-й день с ребенком.

Описанное наблюдение представляет интерес не только потому, что встречается крайне редко. Еще большей редкостью является благополучное родоразрешение после перенесенного жирового гепатоза. В данном случае основной признак жирового гепатоза — желтуха — появилась очень поздно: лишь на 5-й день после первых симптомов болезни (рвота, изжога). Кроме того, поражает исключительно благоприятное течение

послеоперационного периода: в условиях тяжелой интоксикации рубцевание в области ран на матке и передней брюшной стенке, а также инволюция матки произошли без осложнений.

УДК 616.127—005.8—08

Д.А. Назипова, О.Б. Ибрагимов, Н.Ш. Шамсутдинов, В.Ф. Боговяленский, Е.Л. Козлова, Л.А. Степанова (Казань). Кардиопротекторный эффект сукцината калия на модели изопротеренолового инфаркта миокарда

Изучены цитопротекторные свойства янтарнокислого калия при воспроизведении неинвазивной подострой модели изопротеренолового инфаркта миокарда в сочетании с гипокинезией.

Опыты проводили на 27 белых беспородных крысах-самцах массой тела от 180 до 220 г. Животные были разделены на 3 группы по 9 крыс в каждой. В 1-ю группу вошли интактные животные для контроля фоновой активности ферментов крови. Последнюю забирали из хвоста, получали сыворотку и определяли в ней активность аланин-трансаминазы и глутамат-трансаминазы (АЛТ и АСТ) на автоанализаторе "Бекман" (США).

Во 2-й группе (контрольной) для создания условий гипокинезии крыс помещали в специальные плексигласовые пеналы на 18 часов в день в течение 5 суток. На 6–7-е сутки эксперимента животным вводили изопротеренол подкожно из расчета 40 мг/кг массы. Через 2 часа после последнего введения изопротеренола определяли активность АЛТ и АСТ, после этого животных умерщвляли путем декапитации. Из миокарда в холодной комнате готовили тканевую экстракт и выделяли митохондриальную фракцию для определения активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ). Для морфологического и морфометрического исследования миокарда брали участки в области верхушки и переднебоковой стенки левого желудочка. Препараты окрашивали гематоксилин-эозином и по Селье. Для контроля проводимой терапии животным с 1 по 7-й день вводили внутривенно 0,9% раствор хлорида натрия из расчета 2,5 мл/кг массы.

В 3-й (подопытной) группе моделирование изопротеренолового инфаркта миокарда в сочетании с гипокинезией производили, как и во 2-й группе. С 1-го дня животным ежедневно в течение 7 дней вводили внутривенно раствор сукцината калия из расчета 30 мг/кг веса в 0,9% натрия хлориде. Биохимические и морфологические исследования выполняли так же, как и в контрольной группе. Результаты обрабатывали по методу Вилкоксона—Манна—Уитни с оценкой критерия U.

Критериями развивающегося инфаркта миокарда у крыс после введения изопротеренола была активность АЛТ и АСТ в сыворотке крови. Как показано в таблице, в контроле по сравнению с интактными животными активность АЛТ возросла в 2,2 раза и АСТ — в 2,7 раза. В подопытной группе по сравнению с контрольной активностью АЛТ и АСТ была меньше — соответственно на

Активность АЛТ, АСТ и СДГ на фоне инфаркта миокарда и применения препарата сукцината калия

УДК 618.4—089.873

В.М. Галков (Казань). Использование монополярной электрохирургии при лапароскопической надвлагалищной ампутации матки

Группы животных	Показатели		
	АЛТ	АСТ	СДГ
1-я	49,5±3,4	158,4±17,5	14,8±1,7
2-я	87,3±26,6	426,8±68,9	20,05±2,6
P_{1-2}	< 0,01	< 0,01	> 0,05
3-я	55,7±3,6	250,0±20,3	29,5±5,7
P_{2-3}	< 0,05	< 0,05	> 0,05

50% и 40%. Во всех случаях разница была достоверной. Полученные результаты свидетельствуют об уменьшении цитолиза при воспроизведении инфаркта миокарда у крыс на фоне введения янтарнокислого калия.

Эффективность энергетического обеспечения ишемизированного миокарда оценивали по активности СДГ митохондриальной фракции. Этот показатель у крыс в контроле по сравнению с таковым у интактных животных был выше, что может быть расценено как проявление защитно-компенсаторной реакции клеток на гипоксию. При введении янтарнокислого калия активность СДГ митохондрий была выше, чем в контроле, что свидетельствует о способности янтарнокислого калия снимать ингибирование СДГ-зависимого окисления в ишемизированном миокарде.

При гистологическом исследовании миокарда животных контрольной группы были выявлены выраженный межклеточный отек и лимфостаз с разобщением миокардиоцитов. В отдельных полях зрения встречались очаги фрагментации, маляции и ступенчатых контрактур со слабовыраженной лимфогистиоцитарной реакцией. В просвете отдельных интрамуральных коронарных артерий обнаружены нити фибрина в стадии организации. При окраске по Селье в очагах повреждения определялась отчетливо выраженная фуксинофилия. Патоморфологические изменения у подопытных животных были выражены в меньшей мере. В микропрепаратах при окраске гематоксилин-эозином отмечались слабо выраженный периваскулярный и интерстициальный отеки без видимого повреждения миокардиоцитов. При окраске по Селье фуксинофилия носила очаговый характер. Морфометрическое исследование с помощью сетки Автандролюва показало, что площадь пораженного миокарда в контрольной и подопытной группах равнялась соответственно 46,2±6,7% и 14,3±2,1% ($P < 0,05$). Уменьшение более чем в 3 раза площади поврежденного миокарда и его дегенеративных изменений является морфологическим подтверждением кардиопротекторных свойств янтарнокислого калия.

Таким образом, янтарнокислый калий увеличивает активность СДГ-окисления митохондрий и уменьшает ишемическое повреждение при воспроизведении изопротеренолового инфаркта миокарда.

В настоящее время методом выбора оперативного лечения при аденомиозах, субмукозных фиброматозных узлах и некрозах фиброматозных узлов является лапароскопическая ампутация матки. В своей практике мы используем разработанный нами метод монополярной электрохирургии надвлагалищной ампутации матки.

Лапароскопическая ампутация матки с придатками (и без придатков) имеет следующие основные этапы:

- 1) коагулирование в режиме резания и рассечения круглых связок матки;
- 2) коагулирование в том же режиме и рассечение проксимальных отделов маточных труб, собственных связок яичников;
- 3) коагулирование в режиме коагуляции маточных сосудов;
- 4) отсечение тела матки от шейки L-образным электродом в режиме резания;
- 5) проведение задней кольпотомии и извлечение тела матки;
- 6) ушивание кольпотомного отверстия влагалишным доступом;
- 7) санация и ревизия малого таза.

За 1,5 года нами было произведено 137 ампутаций матки. Показаниями к операции были аденомиоз (79), субмукозные миомы (47), некроз узлов (11). Средняя длительность операции — 55±15 минут. У 87% прооперированных больных послеоперационный период протекал без осложнений: больные находились в стационаре в среднем 6 дней.

В 13 случаях возникли воспалительные прикультевые инфильтраты, в 2 — кровотечение из кольпотомных ран, которые не были ушиты, в 3 — нагноение кольпотомных ран. Основное число осложнений возникло на этапе освоения и отработки технологии операций.

91% оперированных обследованы нами через 6—12 месяцев. У 11 женщин по показаниям со стороны смежных специалистов, а также в тех случаях, когда в оставленных яичниках были выявлены кисты, производились диагностические и лечебные лапароскопии. При осмотре малого таза спаечного процесса и рубцовой ткани не обнаружено.

Мы считаем, что примененная нами технология монополярной электрохирургии при лапароскопической ампутации матки, наряду с общепринятыми методами, расширяет возможности лапароскопической хирургии.

УДК 616.31+618.71+617.723]—002.44—07

А.П. Суворов, В.Ф. Оркин, А.И. Завьялов, А.Л. Бакулев, Е.В. Румянцева, Г.Х. Глыбочко (Саратов). О синдроме Бехчета

Более чем полвека назад турецкий дерматолог Хулузи Бехчет впервые описал своеобразный симптомокомплекс, состоящий из сочетания язвенных поражений полости рта, половых орга-