

## БОЛЕЗНЬ БОТКИНА И БЕРЕМЕННОСТЬ

*Врач А. М. МИЛОСЛАВСКАЯ*

Из кафедры факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин) Казанского медицинского института и терапевтического отделения Республиканской клинической больницы ТАССР

По литературным данным, начиная со времени С. П. Боткина, у беременных отмечается более тяжелое течение инфекционного гепатита. Е. М. Тареев считает, что наиболее тяжелые и смертельные случаи гепатита при эпидемических вспышках встречались преимущественно среди беременных женщин.

Болезнь Боткина считалась показанием для срочного прерывания беременности, особенно в поздние ее сроки, с целью предупреждения острой дистрофии печени (Тареев, 1952). В последнее время Е. М. Тареев признает искусственное прекращение беременности при болезни Боткина менее обоснованным. Нам кажется более правильным ставить в зависимость течение и исход этого заболевания не столько от самой беременности, сколько от состояния макроорганизма, тяжести болезни и правильного своевременного лечения. Еще С. П. Боткин отмечал ту закономерность, что на фоне угасания эпидемической вспышки у беременных женщин наблюдаются более благоприятные исходы болезни, чем во время разгара эпидемии.

Вопрос о врачебной тактике при болезни Боткина у беременных до сих пор является спорным. Нередко в таких случаях мы сталкиваемся с рядом затруднительных моментов: с одной стороны, беременность вызывает значительную функциональную нагрузку печени, а другой стороны — прерывание беременности в поздние сроки связано с оперативным вмешательством, которое чрезвычайно неблагоприятно влияет на течение гепатита. Наши наблюдения над больными болезнью Боткина показывают, что если они подвергались оперативным вмешательствам по жизненным показаниям (ileus, острый аппендицит), нередко наступает печеночная недостаточность с летальным исходом. Приведем результаты клинических наблюдений за течением болезни Боткина у беременных, исходом заболевания и родов у них.

Под нашим наблюдением находилось 10 беременных, из них 9 — заболевших острым гепатитом в период беременности и 1 больная хронической дистрофией печени. У этих беременных женщин мы проводили наблюдения за клинической картиной в желтушный период болезни Боткина, в период реконвалесценции, родов, а также дальнейшее диспансерное наблюдение в течение от 3 месяцев до 3 лет.

Сроки беременности были различные — от 12 до 40 недель. Наблюдения проводились в терапевтическом и акушерском отделениях Республиканской клинической больницы ТАССР.

Приводим данные наших наблюдений в форме следующей таблицы (см. стр. 36).

Сроки беременности указаны к моменту начала заболевания. Длительность желтушного периода исчислялась с появления иктеричности склер до полного исчезновения желтухи, уробилина и уробилиногена в моче.

Билирубинемия и протромбиновый индекс в нашей таблице указаны в период разгара заболевания. Из таблицы видно, что течение острого гепатита у беременных по тяжести и длительности бывает

Фамилия	Возраст	Длительность желтухи в днях	Количество билирубина крови по Ван-ден-Бергу в мг%	Протромбиновый индекс в %	Беременность в неделях	Исходы заболевания и родов	Длительность диспансерного наблюдения
Г-чер	32	50	9,98	94,5	25	Выздоровление. Роды срочные нормальные	2 года
В-ва	20	20	19,96	85	30	"	1 год
Б-на	24	6	4,95	95	12	"	6 мес.
М-я	28	26	29,9	94	24	"	3 года
Ф-ва	37	53	25,2	85	36	Желтуха повторилась. После повторного лечения — выздоровление. Роды срочные, нормальные. Выздоровление.	2 года
Б-ва	28	25	19,96	89,2	20	Роды срочные, нормальные. Выздоровление.	1 год
Г-на	23	15	9,98	95	39	Роды срочные, большая кровопотеря, вторичная анемия. После стационарного лечения — выздоровление.	3 мес.
Р-на	32	18	19,96	85	25	Выздоровление. Роды нормальные.	3 мес.
С-ва	27	25	9,98	85	16	"	3 мес.
А-ва	26	4 года (хроническая дистрофия печени)	4,98	81	Наблюда-лась с периода 23 недели беременности	Роды досрочные, нормальные.	3 мес.

различным; даже при больших сроках беременности наблюдались легкие формы болезни Боткина.

Двум больным, ввиду тяжести заболевания (одна из них страдала на протяжении 4 лет хронической дистрофией печени), было предложено искусственное прерывание беременности, от которого они категорически отказались. Беременность и роды протекали у них благополучно.

Сравнительно легкое течение болезни Боткина с выздоровлением и нормальным родоразрешением отмечено нами у 6 беременных женщин.

Приводим характерные истории болезни.

М., 27 лет, врач, заболела острым гепатитом в период 24-недельной беременности. Самочувствие было относительно хорошим, но желтушность кожи и склер были интенсивны (количество билирубина в крови достигало 29,9 мг%, по Ван-ден-Бергу), жаловалась на сильный кожный зуд, бессоницу, слабость. Нижний край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги, чувствителен при пальпации. В моче определялись билирубин и уробилин. Протромбиновый индекс — 94%. Желтуха держалась 26 дней. Получала диетолечение (с включением творога), глюкозоинсулинотерапию. Выписалась домой в хорошем состоянии. Находилась под наблюдением до момента родов. Протромбиновый индекс держался на уровне 95—100%. Перед родами получила 30 мг викасола.

У 3 беременных болезнь Боткина протекала тяжелее. В одном клинически не тяжелом случае в период родов наблюдалось обильное кровотечение. Больная в дальнейшем находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении по поводу постгеморрагической анемии и увеличенной печени. Это было связано,

вероятно, с тем, что роды происходили у этой больной в разгар болезни Боткина. В настоящее время находится в хорошем состоянии.

В двух других случаях течение болезни Боткина было более тяжелым, желтуха длилась в среднем 50 дней. Родоразрешение было нормальным. При длительном диспансерном наблюдении в течение 2—3 лет установлено клиническое выздоровление. В одном из последних случаев наблюдался рецидив болезни, вследствие несоблюдения больной в домашних условиях предписанного врачом режима и недостаточно длительного пребывания в стационаре (ввиду настойчивого требования больной о выписке домой).

Представляет значительный интерес случай благополучного исхода беременности и родов у больной с хронической дистрофией печени.

А., 26 лет, впервые заболела болезнью Боткина в 1951 г., в то время у нее была беременность сроком 8 недель. Лечилась стационарно, и ей, по медицинскому заключению, был сделан аборт. Желтуха затянулась, самочувствие было неважным; через 1 год состояние ухудшилось, усилилась желтуха, больная снова лечилась в стационаре, но желтушное окрашивание кожи и склер полностью не исчезало, печень оставалась увеличенной.

В январе 1954 г. больная повторно забеременела и обратилась в районную амбулаторию с 10-недельной беременностью. От прерывания беременности категорически отказалась. Была направлена в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы в период 22-недельной беременности.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Кожа и склеры глаз неинтенсивно желтушны. Сердце и легкие без патологии. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, край ее острый, ровный, поверхность гладкая, консистенция плотно-эластическая. В моче у больной определялись следы белка, уробилиноген и билирубин, в осадке мочи — большое количество лейкоцитов (пиелит). Билирубин крови — 4,99 мг%. RW и реакция Кацони отрицательные. Ускоренная РОЭ. Диагностическая реакция с сывороткой крови прямая, двухфазная. Протромбиновый индекс — 81%.

Под влиянием проводимой в больнице терапии состояние больной улучшилось: появился аппетит, улучшился сон, уменьшился кожный зуд. Протромбиновый индекс был в пределах 85—88%, билирубин крови находился на уровне 4,99—7,48 мг%. Печень не изменялась в размерах.

Роды прошли нормально. Перед родами получала 3 дня викасол по 30 мг. Кровотеря небольшая. Ребенок родился здоровый, весом 2 200, околоплодные воды были окрашены в темный цвет желчными пигментами.

Состояние больной после родов несколько ухудшилось — печень увеличилась, была болезненной при пальпации. Усилился кожный зуд. Протромбиновый индекс составлял 68%. На 5-й день после родов состояние заметно улучшилось, протромбиновый индекс возрос до 85%. Через 2 недели — состояние удовлетворительное. Желтушность стала меньше, чем в период беременности, — билирубин крови равен 2,48 мг%. Выписалась домой с ребенком. Далее наблюдалась в течение трех месяцев; состояние не ухудшалось.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1. У беременных наблюдается различное по тяжести течение болезни Боткина.

2. Течение и исход заболевания значительно зависят от своевременного, достаточно длительного лечения и режима.

3. Вопрос о прерывании беременности нужно ставить только в редких, наиболее тяжелых случаях болезни Боткина, опираясь на клинические данные и функциональные пробы печени.

Поступила 17 октября 1957 г.

## ПРИМЕНЕНИЕ ФЕРМЕНТА ГИАЛУРОНИДАЗЫ В АКУШЕРСТВЕ

С. Б. КАЗДА

Из института охраны матери и ребенка (директор — лауреат  
Ордена Республики проф. Й. Трапль) в Праге (Чехословакия)

Основные три стороны действия фермента гиалуронидазы (Г) определили его популярность в клинической медицине. Это — 1) спо-