

вне дома отдыха. В дом отдыха женщин направляли из женских консультаций со сроком беременности от 32 до 38 нед в основном на 12 дней. Данные сроки направления в дом отдыха мы считаем самыми благоприятными, поскольку именно в период декретного отпуска идет увеличение массы тела беременной и развивающегося плода, особенно у женщин, которые не соблюдают рекомендаций врачей женских консультаций. Соответствующая диета, установленная в доме отдыха, лечебная физкультура, выполнение обязательного режима, прогулки способствуют стабилизации массы тела женщин и нормальному развитию плода.

640 (54,2%) женщин из 1180 поступивших были с избыточной массой тела. Кроме того, у некоторых из них выявлена экстрагенитальная патология; у 125 (10,6%) — заболевания сердечно-сосудистой системы, у 79 (6,7%) — гипертоническая болезнь, у 12 (1%) — заболевания почек, у 5 (0,4%) — сахарный диабет, у 80 (6,8%) — анемия беременных.

Из дома отдыха беременные были выписаны в удовлетворительном состоянии с коррекцией массы тела, состава крови и других показателей, а 10 беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы были направлены в специализированные отделения для беременных. У больных с гипертонической болезнью АД стабилизировалось в пределах 17,3/10,6 — 18,6/12,0 кПа. Всем беременным с экстрагенитальной патологией рекомендованы соответствующий режим и лечение.

Анализ исходов родов был проведен по обменной карте женских консультаций. У 1169 (99,1%) женщин роды закончились через естественные родовые пути, у 11 (0,9%) — кесаревым сечением преимущественно по акушерским показаниям (анатомически и клинически узкий таз, угроза разрыва матки, пожилая первородящая).

Масса тела плода варьировала от 2600 до 3900 г и лишь у 47 женщин была равна 4000 — 4200 г. Таким образом, роды крупным плодом наблюдались у 3,9%

Таблица 2

Характер осложнений при родах, %

Патология беременности и родов	Основная группа	Контрольная группа
Токсикоз II половины беременности . . . . .	7,0	7,4
Кровотечение в родах . . . . .	2,5	6,3
Слабость родовой деятельности . . . . .	6,0	10,5
Преждевременные роды . . . . .	0,8	7,0
Роды переносным плодом . . . . .	1,0	1,7
Крупный плод . . . . .	3,9	9,0
Внутриутробная гипотрофия плода . . . . .	0,2	0,9
Мертворождаемость . . . . .	1,0	1,5

женщин (в контроле — у 9%), переносным плодом — у 1% беременных, что на 0,7% меньше, чем у женщин, находившихся вне дома отдыха. Мертворожденность составила 1% (табл. 2).

Таким образом, рациональный режим питания и отдыха, установленный в доме отдыха, способствовал более благоприятному течению беременности и исходу родов, сокращению сроков переносной беременности, уменьшению числа родов крупным плодом и другой патологии плода по сравнению с исходами беременности и родов у женщин контрольной группы.

Соответствующее обследование и выявление экстрагенитальной патологии, ее дифференцированная коррекция были возможны благодаря расположению до-

ма отдыха для беременных на территории санатория «Казанский».

Все изложенное выше позволяет рекомендовать реорганизацию дома отдыха для беременных в Казани в отделение санаторного типа с соответствующими структурными изменениями с более широким охватом беременных, особенно из групп риска. В связи с необходимостью соответствующей диеты, консультативной помощи со стороны других специалистов более целесообразным считаем организацию подобных учреждений для беременных на общей территории с санаториями.

Поступила 17 мая 1983 г.

УДК 618.3—008.6:362.174

## ОБОСНОВАНИЕ СРОКОВ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЖЕНЩИНАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТЯЖЕЛЫЙ ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННОСТИ

В. И. Еремкина

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Отдаленные последствия перенесенного позднего токсикоза беременности, главным образом его тяжелых форм, остаются неблагоприятными. Особое место в структуре

резидуальной патологии занимает дисфункция почек. Единого взгляда на характер резидуальных осложнений нет: одни авторы считают их функциональными нарушениями, другие — органическими заболеваниями (нефрит, вторичная почечная гипертензия).

К сожалению, методы, используемые для оценки функционального состояния почек, кроме пункционной биопсии, недостаточно информативны при начальных признаках заболевания или его латентном течении. С введением в практику радиоизотопной ренографии были получены более конкретные объективные данные о частоте и выраженности почечных нарушений в ближайшие месяцы после перенесенного токсикоза.

Многие исследователи не отрицают необходимости диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими тяжелый поздний токсикоз беременности, но практически ни один из авторов не определил его сроков. Обоснованы и признаны целесообразными лечебно-реабилитационные мероприятия в раннем послеродовом периоде в целях скорейшей регрессии симптомов позднего токсикоза. Но способствуют ли эти мероприятия снижению частоты осложнений со стороны почек в отдаленные после родоразрешения сроки, также остается неизвестным.

Мы проследили этапы восстановления функции почек и определили сроки диспансерного наблюдения за женщинами, перенесшими поздний токсикоз беременности. Для изучения функционального состояния почек у таких женщин нами были использованы радиоизотопная ренография, скеннирование в сочетании с пробой Реберга — Тареева. Радиоизотопную ренографию проводили на установке «Гамма» (Венгрия). Ренографии предшествовала обзорная рентгенография брюшной полости. Ренограммы оценивали по трем количественным показателям, которые являются основными тестами:  $T_{\text{макс}}$  — время максимальной секреции (3 — 5 мин),  $T_{1/2\text{макс}}$  — время полувыведения РФП из почек (8 — 11 мин); клиренс крови (не более 50%). Скеннирование почек выполняли на скеннере «Сцинт-Нумерик» (Венгрия) с цветной цифровой печатью. Радиоизотопным скеннированием дополнено исследование почек в группе женщин, у которых ренография выявила выраженные нарушения функции этого органа.

Было обследовано 85 женщин, перенесших чистый тяжелый поздний токсикоз. У 30 из них в послеродовом периоде были проведены лечебно-реабилитационные мероприятия, направленные на нормализацию нейродинамических процессов в центральной нервной системе, на улучшение гемодинамических показателей и функции почек. Первородящих было 85,5%, повторнородящих — 14,5%; 80,9% из них были моложе 30 лет.

Женщин, перенесших наиболее тяжелые формы позднего токсикоза беременных (нефропатия III степени, преэклампсия, эклампсия), было 85,4%. Исследование проведено в течение 1 — 5 лет после родоразрешения. Предварительный анализ показал целесообразность выделения двух сроков диспансеризации после родоразрешения: от 1 до 2 лет, от 2 до 5 лет.

Функциональное состояние системы клубочкового аппарата почек, по данным клиренса эндогенного креатинина, изучено у 66 женщин. У 20 из них в послеродовом периоде проведены лечебно-реабилитационные мероприятия. Через 1 — 2 года после родоразрешения у каждой четвертой женщины выявлена сниженная клубочковая фильтрация, которая в среднем составляла  $0,064 \pm 0,001$  л/мин. У остальных она была в пределах нормы ( $0,095 \pm 0,004$  л/мин). Спустя 2 года и более после родоразрешения клубочковая фильтрация оказалась сниженной лишь у одной женщины ( $0,045$  л/мин), перенесшей при родах преэклампсию.

Среди женщин, прошедших комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий в раннем послеродовом периоде, снижения клубочковой фильтрации, по результатам пробы Реберга — Тареева, не отмечено ни у одной из 20 обследованных. У женщин со сроком до 2 лет после родоразрешения этот показатель был равен в среднем  $0,084 \pm 0,003$  л/мин, со сроком свыше 2 лет —  $0,089 \pm 0,003$  л/мин. Реабсорбционная функция почек у всех обследованных оказалась нормальной.

Радиоизотопная ренография выполнена у 85 женщин, перенесших тяжелый поздний токсикоз беременности. У 30 из них в послеродовом периоде проведены лечебно-реабилитационные мероприятия.

У половины женщин с обычным ведением послеродового периода через 1 — 2 года после родоразрешения на ренограммах обнаружены различные отклонения от нормы, которые у одних выражались в удлинении экскреторной фазы, у других — в более значительных изменениях со стороны функции почек.

Время полувыведения составляло в среднем в левой почке  $13,44 \pm 1,04$  мин ( $P < 0,001$ ), в правой —  $14,66 \pm 0,54$  мин ( $P < 0,001$ ), время секреции в левой

почке —  $4,02 \pm 0,29$  мин ( $P = 0,05$ ), в правой —  $3,83 \pm 0,22$  мин ( $P = 0,05$ ). У 3 женщин отмечались нарушения не только экскреторной фазы, но и фазы секреции.

$T_{\text{макс}}$  было увеличено в правой и левой почках (соответственно  $6,10 \pm 0,55$  мин и  $4,18 \pm 0,18$  мин,  $P < 0,001$ ). У этих женщин констатировано удлинение времени выведения  $^{131}\text{I}$ -гиппурана,  $T_{1/2 \text{ макс}}$  левой и правой почек (соответственно  $12,44 \pm 1,35$  мин и  $12,87 \pm 1,09$  мин,  $P < 0,001$ ). Клиренс крови был равен  $57,0 \pm 1,9\%$  ( $P < 0,001$ ).

Как видно, нарушения выделительной фазы обнаружены почти в 2 раза чаще, чем поглоительной. Только у 4 женщин патологические изменения, выявляемые ренографически, сочетались со сниженной клубочковой фильтрацией (по данным пробы Реберга — Тареева).

Сниженную функцию почек у женщин спустя 2 года после родов выявили лишь в единичных случаях, причем преимущественно одностороннее нарушение почек, что свидетельствует об органическом поражении. Последнее могло развиться и в отдаленные сроки после родов на фоне резидуальных функциональных нарушений.

Таким образом, на протяжении 2 лет после родоразрешения сниженная клубочковая фильтрация отмечалась у каждой четвертой женщины, а нарушения почек, определяемые радиоизотопной ренографией, — почти у каждой второй. В процессе обследования установлена различная ценность применения методик. Более информативным оказался радиоизотопный метод, поскольку с его помощью можно обнаружить нарушения у больных с неизменной клубочковой фильтрацией.

Из 30 женщин, прошедших лечебно-реабилитационные мероприятия, радиоизотопная ренография показала снижение функции почек у 3. Через 2 — 3 года после родов изменения не выявлены ни у одной из этих женщин.

При анализе полученных данных установлено, что у каждой второй обследованной до 2 лет после родов на ренограммах сохраняются отклонения от нормы. Резкое уменьшение патологических изменений на ренограммах женщин спустя 2 года после родоразрешения позволяет довольно конкретно определить сроки их диспансеризации. Стойкие нарушения функции почек, сохраняющиеся более 2 лет, следует рассматривать как органические заболевания почек в латентной форме, поскольку дисфункция почек, определяемая радиоизотопными и биохимическими методами, не сопровождается клиническими проявлениями заболеваний.

Таким образом, развитие заболеваний почек, повторение токсикоза при последующей беременности наиболее вероятны в первые 2 года после родов. Тщательное диспансерное наблюдение (контроль АД, анализы мочи, радиоизотопная ренография) позволяет предупредить возникновение заболеваний почек и улучшить исходы тяжелого позднего токсикоза.

В течение ближайших 2 лет после родов необходимо избегать повторной беременности, в дальнейшем можно ее рекомендовать после специального нефрологического или радиоизотопного исследования состояния почек, поскольку у женщин, перенесших поздний тяжелый токсикоз, обычные лабораторные и биохимические методы исследования функции почек недостаточно информативны.

Поступила 30 декабря 1983 г.

## КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.12—022.361

### НАЧАЛЬНЫЕ ФОРМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Г. М. Покалев, В. Г. Кривов, Г. Б. Фомина, Л. Н. Морозова,  
Н. П. Недугова, Л. В. Филина

Кафедра госпитальной терапии спецфака (зав. — проф. Г. М. Покалев) Горьковского  
медицинского института имени С. М. Кирова

В последние годы наметилась тенденция к росту частоты функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы среди лиц молодого возраста (20 — 30 лет).