

Показаниями к релапаротомии явились следующие послеоперационные осложнения (табл. 2).

Таким образом, наиболее часто релапаротомии выполнялись по поводу перитонита (58,4%), в том числе в сочетании с эвентрацией (10,8%). У 115 больных релапаротомии производились ввиду послеоперационного перитонита после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, у остальных — при прогрессирующем или некупирующемся перитоните.

Во время релапаротомии, кроме тщательной санации брюшной полости, декомпрессии желудочно-кишечного тракта, стремились к устранению источника перитонита (при остром аппендиците — экстрAPERITONИЗАЦИЯ слепой кишки, при травме кишечника — проксимальные свищи и др.) с проведением широкого дренирования брюшной полости и перитонеального лаважа. 23 больным ввиду тяжелого пареза кишечника была наложена илеостома, которая в большинстве случаев оказалась неэффективной. Летальность у таких больных составила 26,3%. Высокая летальность отмечена также после релапаротомий по поводу кишечной непроходимости (39,1%), прогрессирующего тромбоза мезентериальных сосудов, панкреонекроза. В целом летальность после релапаротомий достигла в среднем 33,8%. Исключительно высокой она была при повторных релапаротомиях. Так, если из 205 больных, подвергнутых однократной релапаротомии, умерло 58 (28,3%), то после повторных релапаротомий из 36 умерло 24 (66,7%).

На результаты релапаротомий большое влияние оказали сроки их выполнения. Из 123 прооперированных в первые 5 сут умерло 25 (20,3%), а после релапаротомий позже 6 сут из 119 больных умерло 57 (47,9%).

### ВЫВОДЫ

1. После первично выполненных оперативных вмешательств релапаротомии потребовались у 2,1% больных.
2. Наиболее частыми показаниями к релапаротомии являются перитонит, непроходимость кишечника, кровотечение.
3. Летальность после релапаротомий зависит от вида осложнения и сроков их выполнения. Наиболее высокой она бывает при кишечной непроходимости, тромбозе мезентериальных сосудов, панкреонекрозе и повторных релапаротомиях.
4. Выбор обоснованных и своевременных показаний к релапаротомии возможен при всестороннем обследовании и применении дополнительных методов обследования в послеоперационном периоде.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Какулия А. Т. Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде. Автореф. канд. дисс., М., 1970.
2. Реут А. А., Васильева Г. М. Хирургия, 1978.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. акад. АМН СССР проф. В. С. Савельева. М., 1976.

Поступила 10 мая 1983 г.

УДК 616.72—002.77+618.2

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Р. А. Давлетшин

*Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Б. Х. Ахметова) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

Ревматоидный артрит наблюдается преимущественно у женщин молодого возраста. Для клинициста является важным установление активности процесса и проведение противоревматоидной терапии, что крайне усложняется в период беременности.

Известно, что иммунологические показатели активности ревматоидного процесса у женщин молодого и среднего возраста существенно выражены и четко коррелируют с клиническими вариантами течения этого заболевания [1]. С наступлением беремен-

ности клинические проявления активности снижаются, что некоторые авторы [4] объясняют повышением выработки прогестерона и кортикостероидов в этот период. Другие исследователи допускают, что наряду с повышением уровня гормонов увеличивается иммунотолерогенная роль «протеина острой фазы» [2]. С последним предположением согласуются результаты работы, в которой показана клиническая эффективность плацентарного гамма-глобулина при лечении больных с тяжелым течением ревматоидного артрита [3].

В литературе вопросы иммунологического и гормонального гомеостаза у женщин, больных ревматоидным артритом, в период беременности и патогенетические аспекты лечения данного заболевания освещены недостаточно. В связи с этим мы попытались выявить выраженность гормональной адаптации у беременных в период активности ревматоидного процесса.

Обследованы 52 женщины с ревматоидным артритом в возрасте от 18 до 29 лет, из них 19 — в первой половине беременности и после родов. У 14 больных диагностирована суставно-висцеральная форма с преобладанием поражения сердца (5), сосудов (3), почек (2), серозных оболочек (4). У 38 женщин установлен суставной вариант болезни. Серопозитивный ревматоидный артрит констатирован у 44 женщин, серонегативные случаи отмечены при суставном варианте с мало и медленно прогрессирующим клиническим течением. Из числа обследованных в период беременности у 5 больных диагностирован суставно-висцеральный вариант. Серологическая реакция была положительной во всех случаях.

Контрольную группу составили 30 здоровых женщин в возрасте от 18 до 30 лет, в том числе 10 беременных. Содержание кортизола определяли в сыворотке крови радиоиммунным методом, ревматоидный фактор — латекс-тестом, антилимфоцитарные антитела — по реакции пассивной гемагглютинации.

Результаты исследований (см. табл.) показали, что наиболее низкое содержание кортизола в крови характерно для небеременных женщин, страдающих висцеральным вариантом ревматоидного артрита ( $166,1 \pm 11,3$  нмоль/л). При суставной форме болезни этот показатель составлял  $267,3 \pm 11,0$  нмоль/л ( $P < 0,001$ ).

В период беременности уровень кортизола в крови у больных ревматоидным артритом повышался ( $P < 0,001$ ), а в послеродовом периоде через 1 — 2 мес снижался, что сопровождалось обострением ревматоидного процесса. Последнее отмечено у 8 из 12 обследованных в динамике. Искусственное прерывание беременности в 2 случаях вызвало ухудшение состояния больных.

В период беременности у женщин с ревматоидным артритом купирование таких симптомов, как скованность, болезненность и припухлость суставов, обусловлено, вероятно, ингибированием отечно-пролиферативного процесса за счет повышения уровня кортизола. В послеродовом периоде активность ревматоидного процесса восстанавливалась, что совпадало с фазой нормализации выработки глюкокортикоидов у родильниц.

Поскольку связь прогрессирования ревматоидного артрита с уровнем гормонального гомеостаза проявляется довольно четко, степень снижения уровня кортизола в послеродовом периоде может служить прогностическим критерием возможности обострения ревматоидного процесса.

Определение антилимфоцитарных антител выявило их одинаково высокий титр в сыворотке крови больных и здоровых беременных. Вместе с тем этот титр у небеременных больных ревматоидным артритом был существенно выше, чем у здоровых женщин. В послеродовом периоде титр антилимфоцитарных антител персистировал. По-видимому, антилимфоцитарные антитела имеют разнонаправленный характер в организме беременной женщины и у больных ревматоидным артритом. Прогрессирование процесса в послеродовом периоде, а также у больных с суставно-висцеральной формой болезни, очевидно, определялось высоким титром антилимфоцитарных антител и их персистенцией.

Содержание ревматоидного фактора не отличалось у небеременных и беременных

Содержание кортизола и антилимфоцитарных антител у женщин репродуктивного возраста

Группа обследованных	Число больных	Кортизол в крови, нмоль/л	Титр антилимфоцитарных антител
Здоровые женщины	30	$432,0 \pm 58,5$	1 : 8
Здоровые беременные	10	$1187,9 \pm 265,1$	1 : 128
Больные ревматоидным артритом	33	$302,9 \pm 49,9$	1 : 64
Больные ревматоидным артритом в период беременности	19	$967,8 \pm 183,2$	1 : 128

женщин с ревматоидным артритом. Вместе с тем в послеродовом периоде у половины больных отмечался рост титра ревматоидного фактора, что было характерно для висцерального варианта патологического процесса.

Таким образом, установлено, что у женщин с ревматоидным артритом в период беременности гиперпродукция глюкокортикоидов коррелировала с клинической регрессией активности процесса. В послеродовом периоде активность восстанавливалась. Следовательно, за больными ревматоидным артритом необходимы активное наблюдение во время беременности и проведение противоревматоидного лечения в послеродовом периоде.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Япбаева Х. И., Исаханов Г. И., Константиновская А. А. В кн.: Тезисы X Европейского конгресса ревматологов. М., 1983.— 2. Konrad K., Hung. Rheumatol., 1981, suppl.— 3. Sany J., Clot J. a. o. Arthr. a. Rheum., 1982, 25, 1.— 4. Van Zon Adrian A., Eling Wijnand M. Infec. a. Immun., 1980, 28, 2.

Поступила 24 ноября 1983 г.

УДК 618.4—089.584

## ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ РОДАХ

*Э. С. Манелис, А. С. Дильдин, В. А. Мельников*

*Кафедра факультетской хирургии (зав.— заслуж. деят. науки РСФСР проф. Г. Л. Ратнер), кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Г. К. Парафейник)  
Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова, родильный дом № 3  
(главврач — Л. И. Соленова) г. Куйбышева*

Чрескожная электронейростимуляция (ЧНС) является новым методом обезболивания, позволяющим исключить или значительно снизить потребность в анальгетиках. Метод основан на активации проводящих путей, нервных волокон и их окончаний с помощью электрического тока. Поток афферентных импульсов, возникающих в результате ЧНС, во-первых, «запирает» спинальные «входные ворота» системы передачи информации о ноцицептивных воздействиях [4], во-вторых, активирует продукцию мозгом эндогенных морфиноподобных веществ — эндорфинов и энкефалинов [5]. Эти вещества, подобно наркотическим анальгетикам, блокируют опиатные рецепторы стволовых и лимбических структур мозга, что приводит к эффективной и длительной анальгезии.

Применение ЧНС для лечения острых и хронических болевых синдромов [3], а также при послеоперационных болях [2] позволяет исключить или резко снизить потребность в анальгетиках и седативных средствах. Эффективность ЧНС как метода обезболивания побудила нас применить его при родах.

Обезболивание проводили в первом периоде родов у 93 рожениц (64 первородящих и 29 повторнородящих). Противоболевой эффект достигался подачей униполярных пачек коротких прямоугольных электрических импульсов частотой 100—250 Гц, длительностью 100—250 мкс, силой тока 30—100 мА от электростимулятора «Элиман-101» на два металлических электрода, закрепленных на коже симметрично позвоночнику на уровне проекции задних корешков T<sub>10</sub>—L<sub>2</sub>.

Обезболивание начинали при установившейся родовой деятельности и раскрытии шейки матки не менее чем на 3—4 см и прекращали в конце первого периода родов. Продолжительность обезболивания составляла от 30 мин до 4 ч. Оценку эффективности обезболивания проводили по десятибалльной шкале Расстригина — Шнайде-ра [1], учитывающей болевые ощущения, двигательное возбуждение, психоэмоциональное напряжение, изменение АД, пульса и частоты дыхания рожениц во время схватки. Кроме того, исследовали характер сократительной деятельности матки методом наружной гистерографии (у 12 рожениц), наблюдали за характером сердцебиения плода, оценивали состояние новорожденных по шкале Апгар.

Данные об эффективности обезболивания при родах методом ЧНС приведены в таблице.