

пре-β-ЛП ($P < 0,05$) и β-ЛП ($P < 0,05$). Мы не нашли статистически достоверного снижения ЛК в порции В у этих больных. В порции С закономерно выявлялась полоса ЛК ($P < 0,05$), что связано, по-видимому, с застоем и сгущением желчи в печеночных ходах.

Таблица 1

Липидограмма желчи в норме и при хронических холециститах у детей

Показатели	В норме		У больных хроническим холециститом	
	порция В	порция С	порция В	порция С
Липидный остаток, %	26,1±9,7	95,2±4,7	31,6±4,1	74,5±5,5
Пре-β-ЛП, %	0,20±0,17	—	1,3±0,5	2,5±1,3
β-ЛП, %	0,7±0,4	0,6±0,6	3,9±0,6	7,1±2,9
ЛК, %	73,0±11,4	4,2±3,1	63,2±3,7	15,9±4,8

У практически здоровых взрослых липидограмма пузырной желчи мало отличалась от липидограммы детей, но в порции С закономерно выявлялась фракция с подвижностью пре-β-ЛП ($P < 0,05$) и постоянно определялась полоса ЛК ($P < 0,01$). ЛК составил 18,4±3,1% в липидограмме печеночной желчи здоровых взрослых лиц.

Характерные изменения констатированы при хронических калькулезных холециститах (см. табл. 2), выражающиеся в снижении ЛК в порции В ($P < 0,05$) и увеличении фракций с подвижностью пре-β-ЛП как в порции В ($P < 0,05$), так и в порции С ($P < 0,01$). В отличие от калькулезного холецистита, снижение ЛК в пузырной желчи при хронических некалькулезных холециститах было недостоверным, в то же время закономерно обнаруживались фракции с электрофоретической подвижностью пре-β-ЛП и β-ЛП.

Таблица 2

Липидограмма желчи при хронических калькулезных и некалькулезных холециститах у взрослых

Показатели	Больные калькулезным холециститом		Больные некалькулезным холециститом	
	порция В	порция С	порция В	порция С
Липидный остаток, %	56,4±10,6	71,9±4,6	35,6±11,1	62,9±4,2
Фракция с подвижностью пре-β-ЛП, %	4,9±1,5	9,1±2,0	1,4±0,7	4,4±2,0
Фракция с подвижностью β-ЛП, %	2,3±1,3	3,9±1,6	2,9±1,4	6,8±2,1
ЛК, %	36,4±4,8	15,1±3,9	60,1±4,8	25,9±3,7

Таким образом, исследование ЛК методом электрофореза в ПААГ позволило выявить характерные изменения в желчи при хронических холециститах. Особое значение мы придаем фракции с подвижностью пре-β-ЛП. Она резко выражена у больных с калькулезным холециститом, менее выражена у больных с некалькулезными холециститами и практически не встречается в желчи здоровых детей.

УДК 618.39—089.888.14:615.256.3

Ф. З. Ахметзянов, Р. Ш. Максютова (Ленингорск, ТАССР). Применение внутриматочных спиралей непосредственно после медицинского аборта

Начиная с 1979 г. мы вводим внутриматочные спирали (петли Липса из полиэтилена казанского производства) непосредственно после медицинского аборта (сразу после окончания выскабливания полости матки) всем желающим женщинам, у которых нет противопоказаний к этому.

Под нашим наблюдением находилось 350 женщин, в том числе в возрасте от 20 до 25 лет — 91 (26%), от 25 до 30 лет — 152 (43,4%), от 30 до 35 лет — 60 (17,1%), от 35 до 40 лет — 36 (10,3%) и старше 40 лет — 11 (3,1%). Таким образом, 69,4% женщин были в возрасте от 20 до 30 лет, когда особенно высока возможность наступления беременности.

Контрольную группу составляли 1300 женщин (84,2% из них — в возрасте от 20 до 35 лет), которым внутриматочная спираль (ВМС) была вставлена по обычной методике.

Длительность нахождения ВМС в матке у женщин основной группы составляла: 1—12 мес — у 162 (46,3%), 12—24 мес — у 188 (53,7%); в контрольной группе: 1—12 мес — у 225 (17,3%), 12—24 мес — у 140 (10,8%), 24—36 мес — у 403 (31%), 36—48 мес — у 267 (20,5%), 48—60 мес — у 125 (9,6%) и более 60 мес — у 140 (10,8%).

У 323 из 350 женщин основной группы никаких осложнений не было. У 5 женщин (1,4%) наступила беременность. Наиболее частым осложнением при применении ВМС является самопроизвольное изгнание (экспульсия) контрацептива. Как известно, частота этого осложнения зависит от правильности подбора размера ВМС, техники введения и положения контрацептива в матке, а также от состоятельности шейно-перешеечного отдела матки. Процент экспульсий по данным разных авторов колеблется от 3 до 12. В наших наблюдениях самопроизвольное изгнание ВМС произошло у 5 женщин, в основном в первые месяцы ношения спирали.

Расстройство менструального цикла отмечено у 9 (2,6%) женщин, воспалительные заболевания — у 8 (2,3%).

Из 1300 женщин контрольной группы беременность наступила у 23 (1,8%), экспульсия — у 20 (1,5%), нарушения менструальной функции — у 31 (2,4%), воспалительные заболевания гениталий возникли у 88 (6,8%) женщин.

Проведенный нами сопоставительный анализ позволяет считать введение внутриматочных контрацептивов непосредственно после медицинского аборта достаточно безопасным и эффективным методом предохранения от нежелательной беременности. Внедрение данной методики послужит дальнейшему сокращению числа абортов — этой довольно опасной для здоровья операции.

УДК 618.1—089.168.1—06—08—039.71

Н. Л. Капелюшник, Т. И. Тимофеева, Д. Г. Дунаев (Казань). К профилактике послеоперационных тромбозов у гинекологических больных

В возникновении послеоперационных тромбозов играет роль комплекс причин, среди которых ведущее место занимает повышение тромбогенных свойств крови, а также нарушение ее реологических свойств. Указанные обстоятельства послужили причиной разработки методики активного ведения раннего послеоперационного периода с применением неспецифической и специфической профилактики тромбоэмболических осложнений. Мы изучили эффективность активного ведения раннего послеоперационного периода, проводимого в клинике с 1975 г. С 1975 по 1979 г. оперировано 511 больных в возрасте от 20 до 58 лет. Показаниями к операции являлись: миома тела матки — у 298 женщин, сочетание миомы тела и шейки матки — у 67, серозные цистаденомы — у 65, дермоидные кисты — у 29, эндометриондные опухоли — у 7, синдром Штейна — Левенталя — у 18, аденокарцинома тела матки — у 14, рак яичника — у 13. Сердечно-сосудистая патология как сопутствующее заболевание выявлена у 59 больных, болезни органов дыхания — у 43, гипохромная анемия — у 83, ожирение II—III степени — у 28.

Простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон выполнена у 76 больных, простая экстирпация матки без придатков — у 13, надвлагалищная ампутация матки с придатками с одной или обеих сторон — у 132, надвлагалищная ампутация матки без придатков — у 89, энуклеация миоматозных узлов — у 38, удаление придатков матки — у 94, прочие операции (резекция яичников, удаление параовариальных кист) — у 69 больных. Повторная лапаротомия произведена у 19 женщин (3,7%).

Контрольная группа включала 563 женщины, оперированные с 1971 по 1974 г. В этой группе основной контингент оперированных составили больные с миомой матки (71,43%).

Методика активного ведения раннего послеоперационного периода заключается в следующем: после операции назначаем ингаляции увлажненного кислорода в течение 1—1,5 ч, через 6—8 ч — активные движения в постели (сгибание нижних конечностей, движения рук, глубокое дыхание, массаж мышц нижних конечностей, мышц спины); на 2-е сутки после операции — дыхательную гимнастику, лечебную физкультуру, круговые банки на грудную клетку; больные сидят в постели, им разрешается постоять около кровати, пройти по палате в сопровождении персонала. На 3-и сутки продолжается дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, больные ходят по палате. После простой экстирпации матки разрешаем ходить на 4-е сутки.

Больным группы повышенного риска (с нарушением жирового обмена, гипохромной анемией, варикозным расширением вен нижних конечностей, посттромбофлебитическим синдромом, массивными кровопотерями во время операции, нарушениями коагуляционных свойств крови и др.) в дополнение к мерам неспецифической профилактики даем ацетилсалициловую кислоту по 0,5 г 4 раза в день в течение 8—10 дней.

Больным с тенденцией к гиперкоагуляции вводим гепарин по 5000 ед. до удлинения времени свертывания крови в 2 раза. Больным с постгеморрагической анемией переливаем кровь и кровезаменители, назначаем препараты железа, витамины, диетотерапию. Антибиотики профилактически не применяли, а лишь по показаниям.

Активное ведение раннего послеоперационного периода позволило снизить частоту послеоперационных осложнений. За указанный период тромбозов мы не наблюда-