

стал беззвучным, глотание нарушилось, присоединился парез мышц шеи, туловища, плечевого пояса. Развилась левосторонняя нижнедолевая пневмония и частичный (левосторонний) паралич диафрагмы.

Общий анализ крови от 22.02.84 г.: эр.— $4,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb — 1,86 ммоль/л, л — $8,8 \cdot 10^9$ в 1 л, л.—82%, эоз.—3%, лимф.—14%, мон.—1%; СОЭ — 42 мм/ч.

Общий анализ мочи от 18.02.84 г.: отн. пл.—1,017, белок — 0,31 г/л, л.—30—35, цилиндры гиалиновые — 2—3, эр.—10—15, эпителий плоский — 2—4 в поле зрения.

ЭКГ от 21.02.84 г.: электрическая ось сердца не отклонена, синусная тахикардия; нарушение внутрижелудочковой проводимости, единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы; резко выраженные признаки нарушения метаболизма в сердечной мышце.

13.03.84 г. рентгенограмма органов грудной клетки: слева — частичная релаксация купола диафрагмы и очаги инфильтрации; в нижней доле — плевродиафрагмальная шварты.

Поскольку период пика развития полирадикулоневритов сопровождается выраженными биохимическими сдвигами, изменениями метаболизма и нарушениями процессов иммунонеза, мы определяли у больной в динамике болезни содержание Т-, В-, Д-, ауторозеткообразующих лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров и макрофагов периферической крови.

Данные лабораторного исследования от 22.02.84 г.: содержание Т-лимфоцитов — 30,0% ($0,396 \cdot 10^9$ в 1 л), у здоровых лиц — $56,0 \pm 4,0\%$ ($1,056 \pm 0,102 \cdot 10^9$ в 1 л), В-лимфоцитов — 14,0% ($0,185 \cdot 10^9$ в 1 л) при норме $9,6 \pm 2,4\%$ ($0,182 \pm 0,022 \cdot 10^9$ в 1 л); Д-лимфоцитов — соответственно — 2,0% ($0,026 \cdot 10^9$ в 1 л) и $2,4 \pm 0,4\%$ ($0,045 \pm 0,006 \cdot 10^9$ в 1 л), ауторозеткообразующих Т-лимфоцитов ($0,079 \cdot 10^9$ в 1 л) — $4,3 \pm 0,5\%$ ($0,064 \pm 0,008 \cdot 10^9$ в 1 л), Т-хелперов — 21% ($38,4 \pm 1,3\%$), Т-супрессоров — 2% ($20,2 \pm 1,7\%$) и фагоцитирующих моноцитов периферической крови — 1,0% ($0,031 \cdot 10^9$ в 1 л) при норме $4,1 \pm 0,5\%$ ($0,085 \pm 0,011 \cdot 10^9$ в 1 л). Депрессия Т-лимфоцитарного звена, фагоцитирующих моноцитов периферической крови стала основанием для назначения больной левамизола по 75 мг 1 раз в день на протяжении трех дней.

В дальнейшем в комплекс средств терапии включены физиотерапия, общий массаж, лечебная гимнастика; метицилин был сменен на морфоциклин по 150 тыс. 2 раза внутривенно. Кроме того, шестикратно был назначен 0,005% продигозан по 0,5 мл методом электрофореза на область грудной клетки слева в первые 2 дня и по 1 мл в последующие 4 дня.

Улучшение состояния, регрессия всех симптомов наблюдались с 14.03.84 г. на 70-й день болезни, когда у больной стали восстанавливаться голос, глотание, появилась возможность откашливать мокроту. 27.03.84 г. был удален назогастральный зонд. Очень медленно увеличивалась сила в конечностях (сначала верхних, затем нижних). На следующий день полностью восстановился голос, еще через день — дыхательные движения грудной клетки, исчезли симптомы пневмонии. 03.04 начала самостоятельно есть, с 09.04 переворачиваться со спины на бок и поднимать руки, с 12.04 самостоятельно садиться, а с 17.04 передвигаться в боксе.

Общий анализ крови от 11.04.84 г.: эр.— $4,9 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb — 2,1 ммоль/л, л.— $6,4 \cdot 10^9$ в 1 л, л.—2%, п.—45%, лимф.—46%, мон.—3%, эоз.—4%; СОЭ — 20 мм/ч. Нормализовалось содержание Т- и Д-лимфоцитов периферической крови; несколько превышая норму, возросло число В-лимфоцитов, очевидно, как отражение активации гуморального иммунитета. Наблюдалась тенденция к повышению содержания Т-хелперов и Т-супрессоров. Число фагоцитирующих моноцитов периферической крови резко увеличилось по сравнению не только с исходными данными, но и с показателями у здоровых. Поднялся уровень и ауторозеткообразующих Т-лимфоцитов периферической крови, что свидетельствовало о соответствующем снижении числа и функциональной активности лимфоцитов, потребности в которых в этом периоде реконвалесценции организм больной уже не испытывал.

Данные лабораторного исследования от 11.04.84 г.: содержание Т-лимфоцитов — 67,0% ($1,773 \cdot 10^9$ в 1 л); В-лимфоцитов — 9,0% ($0,238 \cdot 10^9$ в 1 л); Д-лимфоцитов — 1,0% ($0,026 \cdot 10^9$ в 1 л), фагоцитирующих моноцитов периферической крови — 7,0% ($0,192 \cdot 10^9$ в 1 л); ауторозеткообразующих Т-лимфоцитов — 5,0% ($0,137 \cdot 10^9$ в 1 л), Т-хелперов — 28,0%, Т-супрессоров — 12,0%.

20.04.84 г. общий анализ мочи: отн. пл.—1,010, белок — следы, лейкоциты — 2—4, эпителий плоский — 1—3 в поле зрения.

ЭКГ от 16.04.84 г.: отмечаются положительная динамика, синусный ритм; признаки гипоксии менее выражены; нарушений проводимости нет.

Рентгенография органов грудной клетки от 28.03.84 г.: легкие и сердце — без видимых изменений, купол диафрагмы расположен обычно.

С 17.04 по 16.05.84 г. наблюдалось дальнейшее улучшение состояния, восстановление двигательной и силовой активности в конечностях. Больная стала прибавлять в массе тела (за период болезни она потеряла 24 кг).

16.05.84 г. на 133-й день болезни больная по ее просьбе была выписана домой в удовлетворительном состоянии, с остаточными явлениями полирадикулоневрита.

Таким образом, мы убедились в целесообразности включения под контролем соответствующих исследований иммунокорректоров — левамизола и продигозана — в комплекс терапевтических мероприятий при токсической дифтерии с тяжелым полирадикулоневритом и другими органическими поражениями. Действие этих препаратов на систему фагоцитирующих клеток крови преимущественно однонаправленно, тем не менее оно не совсем идентично и многогранно, а потому способствует нормализации функции и саногенезу системы иммунитета.

УДК 618.391—085

Ф. А. Мифтахова, Д. П. Игнатьева, С. Ф. Гараева (Казань). Исходы внебольничных аборт

Хотя каждая женщина может прервать нежелательную беременность в условиях гинекологического стационара, внебольничные аборты, несмотря на проводимую профилактическую работу, и сегодня остаются важной проблемой акушерства и гинекологии.

Мы проанализировали 479 историй болезни с внебольничным абортом по материалам гинекологического отделения 5-й городской больницы г. Казани, специализированного по септическим осложнениям в акушерстве.

В 1-ю группу (150 чел.) были включены женщины с криминальным вмешательством (прием сокращающих средств, введение в матку катетера и различных растворов), которые факта прерывания беременности не скрывали, во 2-ю — 257 женщин с внебольничным

инфицированным абортom, которые данное вмешательство отрицали, в 3-ю (72) — с неинфицированным внематочным абортom.

Возраст женщин колебался от 17 до 46 лет. Женщины в возрасте до 19 лет составляли в 1-й группе 8,0%, во 2-й — 5,0%, в 3-й — 5,5%. Большинство женщин всех трех групп было в возрасте 25—29 лет (соответственно 32,6%, 38,9% и 23,6%), несколько меньшее их число — от 20 до 24 лет (28,0%, 27,1% и 30,5%).

С увеличением возраста количество криминальных и внематочных абортов резко падало: у женщин старше 40 лет — соответственно 2,6% и 3,1%, в то время как в группе с внематочными неинфицированными абортами такого значительного снижения не было (9,7%).

Из 150 женщин 1-й группы 96 (64%) состояли в браке, во 2 и 3-й группах число замужних женщин было значительно больше (соответственно 88,3% и 81,9%).

Прерывание первой беременности у женщин 1-й группы наблюдалось в 40 (26,7%) из 150 случаев, 2-й — 36 (14%) из 257, 3-й — в 12 из 72 (16,7%). Наибольшее количество абортов приходилось на четвертую и последующие беременности (соответственно 56%, 53,7% и 52,8%).

Соотношение количества ранних и поздних абортов в 1-й группе — 54,6% и 45,3%, во 2-й — 80,5% и 19,4%, в 3-й — 95,8% и 1,2%.

Угрожающий аборт диагностирован у 2 женщин 1-й, у 2 — 2-й и у одной — 3-й группы, аборт в ходу — соответственно у 58, 74 и 25, неполный аборт — у 76, 172 и 43. Таким образом, большинство из них (60,8%) поступили при свершившемся аборте, а 32,8% — при аборте в ходу. Обращает на себя внимание немотивированно позднее поступление женщин в стационар. Сразу после свершившегося аборта госпитализированы только 12% женщин, остальные обращались за медицинской помощью со 2-го до 16-го дня после выкидыша. Только 21,2% женщин были госпитализированы в день появления признаков (боли, кровотечения, повышение температуры) угрожающего, начавшегося аборта или аборта в ходу, остальные поступили во 2—7-й день заболевания.

Субфебрильная температура в момент поступления была у 71 женщины 1-й и у 14—2-й группы, причем у последних в предыдущие дни была гипертермия до 38°, что и дало основание отнести их ко 2-й группе. Повышенные температуры более 37,5° зарегистрировано у 79 женщин 1-й и у 243 — 2-й группы. Таким образом, всего было 336 инфицированных абортов.

Анализ крови показал отсутствие лейкоцитарной реакции у 7,3% женщин 1-й группы, у 8,2% — 2-й и у 15,3% — 3-й; умеренный лейкоцитоз (до $15 \cdot 10^9/\text{л}$) — соответственно у 78,6%, 85,6% и 84,7%, л. — свыше $15 \cdot 10^9/\text{л}$ — у 14% женщин 1-й группы и у 6,2% — 2-й. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево констатирован у 72% женщин 1-й группы, 79,6% — 2-й и 59,6% — 3-й. Лимфопения наблюдалась при длительной температурной реакции до поступления в стационар.

Выскабливание полости матки не проводилось у 3 женщин в связи с распространением инфекции за пределы матки, диагностированным уже в момент поступления в стационар, и отсутствием императивных показаний к данной операции; остальным женщинам оно осуществлялось в момент поступления при неполном, начавшемся аборте и аборте в ходу на ранних сроках, при позднем аборте — после его завершения. Несомненный лечебный эффект этой операции подтверждается не только немедленной остановкой кровотечения, но и нормализацией температуры в первые сутки у 88,8% женщин.

Однако опасность септического шока при инфицированном аборте является очень серьезной. По нашим данным, септический шок развился в 4 (1,2%) из 336 инфицированных абортов. Это диктует необходимость подготовки к выскабливанию полости матки при внематочном инфицированном аборте, которая включает в себя немедленную антибактериальную терапию, готовность к инфузионной терапии и гемотрансфузии, разрывывание операционной.

Осложнения, связанные с внематочным абортom, отмечены у 31,9% пациенток. Уровень Hb ниже 1,55 ммоль/л наблюдался у 18,6% женщин 1-й, у 5,9% — 2-й и у 2,8% — 3-й группы, выраженная анемия (Hb — 0,93 ммоль/л и менее) — у 4,6% женщин 1-й и 2,7% — 2-й группы. Эндометрит развился у 9 женщин, параметрит у одной, аднексит — у 3, сепсис — у 4, септический шок — у 4.

Таким образом, значительный процент осложнений в связи с внематочным абортom, включая и такие серьезные, как сепсис и септический шок, требует усиления борьбы с абортom. Эта работа должна быть многокомпонентной и включать как санитарно-просветительные мероприятия, так и профилактику нежелательной беременности (широкое внедрение противозачаточных средств).

УДК 577.3:616.127—005.8

А. И. Минкевич, Р. В. Юнусов, С. З. Габитов, А. Л. Сторожев (Казань). Биоритмы и инфаркт миокарда

Целью наших исследований являлся поиск зависимости возникновения инфаркта миокарда от критических дней и фаз трех макроритмов: физического, эмоционального и интеллектуального. Для сопоставления были взяты следующие даты — день, месяц, год рождения и число, месяц, год возникновения инфаркта миокарда.

Биоритмы рассчитывали на ЭВМ СМ-4, системы РАФОС по программе BIRITM BAS на языке программирования БЕЙСИК. На составленной нами карте биоритмов были выделены четыре фазы примерно равной длительности: I — переход от отрицательной фазы к положительной (восходящая фаза); II — положительная фаза (фаза подъема); III — переход от положительной фазы к отрицательной (нисходящая фаза); IV — отрицательная фаза (фаза спада). Полученные результаты обработаны статистически.

Обследовано 178 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет, перенесших трансмуральный инфаркт миокарда. Заболевание во всех случаях возникло остро, сопровождаясь сильными болями в области сердца. Инфаркт миокарда диагностирован по клиническим проявлениям заболевания, изменениям электрокардиограммы и лабораторным показателям.

Совпадение времени возникновения инфаркта миокарда у мужчин с одним из критических дней какого-либо из трех биоритмов наблюдалось у 73 (41,5%) пациентов. Критический день физического цикла совпал с моментом обострения у 27 больных, эмоционального — у 20, интеллектуального — у 26. Совпадение критических дней 2 биоритмов отмечено у 6 пациентов.

В результате статистического анализа материала у мужчин взаимосвязи между возникновением инфаркта миокарда и критическими днями не выявлено. При анализе полученных