

инфицированным абортom, которые данное вмешательство отрицали, в 3-ю (72) — с неинфицированным внебольничным 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 меньше их число — от 20 до 24 лет (28,0%, 27,1% и 30,5%).

С увеличением возраста количество криминальных и внебольничных абортов резко падало: у женщин старше 40 лет — соответственно 2,6% и 3,1%, в то время как в группе с внебольничными 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 основные отсчеты их ко 2-й группе. Повышение 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 у 4 (1,2%) из 336 инфицированных абортов. Это диктует необходимость подготовки к выскабливанию полости матки при внебольничном инфицированном аборте, которая включает в себя немедленную антибактериальную терапию, готовность к инфузионной терапии и гемотрансфузии, разрезывание операционной.

Осложнения, связанные с внебольничным 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 внебольничным 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

результатов установлено, что частота возникновения инфаркта миокарда в пересчете на один день примерно одинакова в различные фазы всех макроритмов.

Таким образом, в процессе исследований не удалось установить закономерных связей между началом возникновения инфаркта миокарда и критическими днями и фазами биологических макроритмов.

УДК 616.718:616.14—072

#### А. А. Латыпова, М. Н. Малиновский (Казань). Оценка инвазивных и неинвазивных методов исследования магистральных вен нижних конечностей

Мы проанализировали ангиоморфологические изменения венозной системы нижних конечностей при варикозной болезни, выявленные при одновременной катетеризации бедренной, подколенной вен, маргинальной вены стопы, и сравнили полученные данные о состоятельности клапанного аппарата глубоких вен инвазивным путем с результатами чрезкожной доплерографии.

Были обследованы 63 человека с варикозной болезнью (женщин — 41, мужчин — 22, возраст — от 18 до 57 лет). Левостороннее поражение наблюдалось у 28 больных, правостороннее — у 14. У 17 человек симптомы заболевания ограничивались наличием варикозно-расширенных подкожных вен на нижней конечности в течение многих лет. У 46 пациентов варикозная болезнь сопровождалась симптомами хронической венозной недостаточности: болями после длительной ходьбы, преходящим и постоянным отеком, судорогами икроножных мышц, наличием трофических изменений мягких тканей дистальных отделов голени.

Ангиографическое исследование включало дистальную вертикальную функционально-динамическую флебографию, вертикальную катетеризационную ретроградную чрезбедренную, чрезподколенную флебографию. Флебографическое исследование у 42 больных сочетали с ультразвуковой доплерографией бедренной и подколенной вен, сафено-бедренного соустья.

Применяли следующие функциональные пробы: Вальсальвы, вертикальное положение, ходьба на месте, сокращение икроножных мышц. Особенностью нашей методики является вертикальное положение больного при проведении ретроградного контрастирования венозного русла. Для этого мы пользовались чрезкатетерным введением контрастного вещества. При оценке флебограмм учитывали диаметр бедренной и подколенной вен, диаметр и контуры берцовых вен, наличие и количество перфорантных и мышечных вен. Для оценки степени расширения бедренной вены сравнивали диаметр вены с шириной бедренной кости. За эктазию бедренной вены принимали диаметр, равный или больший  $\frac{2}{3}$  ширины бедренной кости, за эктазию подколенной вены — диаметр тени подколенной вены, равный или превышающий размер малоберцовой кости, за эктазию берцовой вены — расширение берцовых вен до половины и более ширины малоберцовой кости. Кроме того, определяли степень заброса контрастного вещества ретроградно по бедренной, подколенной, берцовым венам через сафено-бедренное и сафено-подколенное соустья на высоте пробы Вальсальвы и в вертикальном положении больного.

Анализ данных флебографической картины выявил эктазию бедренной вены у 45 (71,4%) больных, подколенной — у 26 (41,3%).

Степень расширения вен голени была различной — от небольшого равномерного до резко выраженного, веретенообразного расширения. У 31 (49,2%) больного расширение берцовых вен обнаружено в мышечной части голени, у 21 из них было изолированное расширение одной из берцовых вен, у остальных — двух и более вен. У 3 (4,8%) пациентов была эктазия берцовых вен сухожильной части, что не наблюдалось другими авторами. У всех больных с эктазией берцовых вен голени констатировано в той или иной степени нарушение функции клапанов берцовых и перфорантных вен с рефлюксом контрастного вещества в подкожные вены.

Несостоятельность клапанов бедренной вены была диагностирована у 85,2% больных, берцовых и перфорантных вен — у 54,1%, подколенной вены — у 50,8%. Недостаточность остального клапана сафено-бедренного соустья обнаружена у всех больных, сафено-подколенного соустья — у 58,7%.

Данные доплерографии сравнивали с результатами контрастирования венозного русла. Во всех случаях состоятельность клапанов бедренной вены была определена без ошибки. Несостоятельность остального клапана установлена у 41 (98,8%) больного. Ложноотрицательный результат в выявлении клапанной несостоятельности бедренной вены был получен у 4 (9,5%) больных.

При исследовании кровотока в подколенной вене результат оказался ложноположительным у одного больного, ложноотрицательным — у 2.

Тактику оперативного лечения выбирали в зависимости от ангиографических находок. Всем 63 больным выполнена радикальная флебэктомия; 13 — в сочетании с экстравазальной коррекцией клапанов бедренной вены; 22 — субфасциальная перевязка перфорантных вен по Линтону, из них 7 — в сочетании с экстравазальной коррекцией клапанов подколенной вены; 3 — резекция подколенной вены с последующим аутовенозным протезированием. В послеоперационном периоде 10 больным проведена контрольная ретроградная чрезбедренная флебография, которая не выявила клапанной несостоятельности после их реконструкции.

Таким образом, у всех больных удалось установить точный топический диагноз и выбрать метод адекватной хирургической коррекции.

УДК 613.84:616.24—008.4

#### Д. П. Пыргарь (Казань). Биомеханика дыхания у курильщиков молодого возраста

Известно, что одной из главных причин, способствующих развитию хронического бронхита, а также эмфиземы легких, является курение. Под нашим наблюдением находились 66 здоровых мужчин от 17 до 34 лет, не имевших контакта с производственными вредностями. Обследованные были подразделены на 2 группы — курильщиков (31 чел.) и некурящих (35), которые мало отличались друг от друга по возрасту и профессиям. Курящие употребляли табачные изделия в количестве не менее 6 сигарет (папирос) в сутки в течение 6,5 лет.

Были изучены следующие показатели функций внешнего дыхания: мощность вдоха и выдоха, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ<sub>1</sub>), индекс Вотчала — Тиффно (ОФВ<sub>1</sub>/ЖЕЛ), максимальная вентиляция легких (МВЛ). Спирографию выполняли в утренние часы до курения в условиях относительного покоя в положении сидя. Полученные показатели вентиляционных проб приводили к условиям ВТРС и сравни-