

Описанные случаи представляют интерес как примеры успешного лечения больных с синдромом Стивенса — Джонсона. Анализ причин возникновения синдрома Стивенса — Джонсона показал, что сенсибилизация организма может развиваться как при длительном применении лекарственных препаратов (у больного М.), так и в короткие сроки (у больной Т.). Последний случай свидетельствует о способности цефатрексила быстро вызывать у больных сенсибилизацию к препарату.

УДК 618.39—021.3—07

**Я. Ю. Малков, А. Ф. Долгушин (Пенза). Диагностическая роль определения С-реактивного белка у беременных в прогнозе невынашивания**

Прогноз беременности при невынашивании до сих пор представляет в акушерстве практический интерес. Нам встретились несколько зарубежных сообщений о целесообразности определения С-реактивного белка (С-РБ) в крови беременных для оценки прогноза беременности, а также развития хориоамнионита.

В связи с актуальностью проблемы были обследованы 123 беременные в возрасте 18—35 лет при сроке беременности от 15 до 35 нед, у которых определяли С-РБ в крови при поступлении в стационар и в процессе лечения. Из них первобеременных было 72, повторнобеременных — 51. Причина невынашивания у большинства из них не установлена.

У 18 женщин первая беременность в анамнезе закончилась самопроизвольным выкидышем в сроки от 6 до 28 нед. Из общего числа обследованных у двух в анамнезе было первичное бесплодие 5 и 10 лет, одна перенесла за 3 года до настоящей беременности кесарево сечение. У 22 женщин в прошлом были от 2 до 5 искусственных абортов, у одной из них с осложнением — перфорацией матки. Кроме того, у 8 женщин в анамнезе — эрозия шейки матки с электро- и диатермоэксцизией, у других 3 — двусторонний сальпингофорит, у одной — краснуха.

Всем беременным после лабораторного исследования, включая кольпоцитологию, в стационаре проводили лечение сернокислым магнием, витамином Е, сочетанием эстрогенов с гестагенами, токолитическими препаратами: партусистеном, алуpentом, а также туриналом. 68 беременных получили электроанализезию аппаратом ЛЭНАР в комбинации с медикаментозным лечением.

Из общего числа обследованных у 21 беременной С-РБ оказался положительным, при этом у 2 из них резко положительным (3+). При сроках 28—30 нед у них наступила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, и дети умерли в неонатальном периоде. В связи с отслойкой плаценты было произведено кесарево сечение. У 2 других беременных при поступлении С-РБ был положительным (2+), но в процессе лечения (через 11 дней) стал отрицательным. Эти беременные спустя 2 нед были выписаны с сохраненной беременностью, однако через месяц после выписки они вновь поступили в отделение патологии акушерского стационара с угрозой прерывания беременности, где им повторно было проведено лечение: С-РБ стал отрицательным. В дальнейшем беременность у них пролонгировалась, и роды произошли в срок с рождением живых доношенных детей. Из 2 беременных со слабо положительным С-РБ у одной наступили преждевременные роды с 29 нед мертвым плодом, а второй в связи с преждевременными родами, осложненными слабостью родовой деятельности, было произведено кесарево сечение — ребенок оказался жив. У одной беременной, которая поступила вторично с угрозой прерывания беременности, С-РБ оставался слабо положительным (+). После терапии выписана с пролонгированной беременностью, завершившейся срочными родами живым плодом. У оставшихся 14 беременных со слабо положительным С-РБ после терапии беременность пролонгирована до 35—38 нед — они наблюдаются в женской консультации.

Средний койко-день у беременных с положительным С-РБ составил 17,6, тогда как у беременных с отрицательным С-РБ — 13,5.

Из 102 беременных с отрицательным С-РБ лишь у одной произошли преждевременные роды нежизнеспособным плодом в 28 нед. У остальных лечение способствовало пролонгации беременных и рождению доношенных детей. У 3 беременных с отрицательным С-РБ, истмико-цервикальной недостаточностью с привычным невынашиванием в анамнезе, 2 из которых был наложен шов по методу Любимовой при сроках 13—18 нед, удалось добиться пролонгации беременности с рождением живых детей. Повторно в стационар по поводу угрозы прерывания беременности поступили 12 из 102 беременных с отрицательным С-РБ. После лечения они выписаны с сохраненной беременностью.

Таким образом, определение С-РБ является простым и доступным методом прогноза беременности. При положительном С-РБ в крови беременных с невынашиванием следует рекомендовать госпитализацию в стационар, терапию с использованием токолитиков, наблюдение в женской консультации.

УДК 618.177—08—039.57

**Л. Н. Лопатина, М. И. Сабсай (Устинов). Опыт лечения женского бесплодия в условиях сельской участковой больницы**

Мы проанализировали результаты шестилетнего опыта лечения женского бесплодия силами и средствами участковой больницы.

С 1980 по 1985 г. под нашим наблюдением было 36 женщин, страдавших бесплодием: 12 — в возрасте от 20 до 25 лет, 20 — от 25 до 30 и 4 — от 30 до 40.

При обращении за помощью женщины с бесплодием включаются в IV группу диспансерного учета. Все пациентки обследуются одним врачом по унифицированной программе. В нее входят: изучение анамнеза и анатомо-функционального состояния половых органов (гормональная кольпоскопия при окраске мазков метиленовым синим с подсчетом карпио-пикнотического индекса, симптомы «зрачка» и «папоротника» в динамике менструального цикла; биопсия эндометрия за 2—3 дня до предполагаемой менструации; изучение показателей ректальной температуры на протяжении 2 менструальных циклов). Для проверки проходимости маточных труб женщину госпитализируем на 17—18-й дни менструального цикла и выполняем метросальпингографию кардиотрастом. Тесты функциональной диагностики проводим на протяжении 2—3 менструальных циклов, привлекая к этому и акушеров ФАП (взятие, фиксация и окраска мазков). Такой комплекс обследования необременителен для больной, может быть осуществлен в участковой больнице и достаточно информативен. С его помощью мы относили пациенток к одному из трех патогенетических вариантов бесплодия.

12 женщин страдали бесплодием в связи с непроходимостью маточных труб после перенесенного воспалительного процесса. У 18 женщин были различные варианты нарушения менструальной функции, ановуляция или неполноценность лютеиновой фазы цикла. У 6 пациенток эндокринные расстройства сочетались с непроходимостью маточных труб (смешанная форма бесплодия). При аменорее для уточнения уровня поражения в системе гипоталамус — гипофиз — яичники мы широко пользовались гормональными пробами (прогестероном, бисекурином и хорионическим гонадотропином). В качестве индикатора оценивали реакцию влажного эпителия на вводимые гормоны, наличие и интенсивность менструальноподобных кровотечений. Бактериологический анализ отделяемого цервикального канала проводили в ЦРБ. Лишь исследования фертильности спермы мужа и его сексуальные расстройства служат предметом компетенции сексопатолога республиканской больницы, однако и посткоитальный тест мы выполняем в участковой больнице.

Введение витаминов осуществляли циклически с помощью эндовазального электрофореза (в первую фазу цикла витамин В<sub>1</sub>, во вторую — витамин С). При лечении бесплодия на почве генитального инфантилизма и хронических воспалительных процессов широко использовали гинекологический массаж. При нарушении функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы назначали гормональную терапию с обязательным учетом возраста, наличия и характера экстрагенитальной патологии, особенностей гормональных нарушений с обязательным контролем тестов функциональной диагностики. Гормоны назначались при следующих основных показателях: аменорее яичникового генеза, гипофункция яичников на фоне хронического воспаления внутренних половых органов, недостаточность функции желтого тела. Для лечения бесплодия мы предпочитаем циклическую гормональную терапию, но используем минимальные дозы половых гормонов (из эстрогенов — микрофоллин по  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{6}$  части таблетки в сутки, из гестагенов — прегнин по  $\frac{1}{4}$ ). Перерывы между курсами должны быть не менее 2 мес. Такие варианты позволяют проводить лечение на протяжении 2—3 лет без ущерба для больной при условии постоянного контроля с помощью тестов функциональной диагностики.

Как видно из таблицы, комплексная длительная терапия бесплодия оказалась эффективной в 69% наблюдений. Из 25 забеременевших пациенток 24 родили живых здоровых и доношенных детей и лишь у одной произошел самопроизвольный выкидыш на 10-й неделе беременности.

В условиях участковой больницы проще решать задачу сохранения наступившей беременности и клинические анализы, а в дальнейшем не менее 4 раз госпитализируем беременную во все критические сроки с целью профилактического лечения (витамины, спазмолитики, малые транквилизаторы, средства, улучшающие гемодинамику и микроциркуляцию в системе мать — плацента — плод, донаторы энергии).

УДК 618.5—06:618.4—002

Ф. А. Мифтахова, Д. П. Игнатьева, М. И. Слепов (Казань). О послеродовых эндометритах

Мы проанализировали течение послеродового эндометрита у 123 женщин, леченных в гинекологическом отделении 5-й городской больницы в 1983 и 1984 гг. До 20 лет было 22,8% больных, от 21 до 25 — 43,9%, от 26 до 30 — 26,5%, от 31 до 35 — 6,1% и старше 35 — 0,7%. Отмечена некоторая связь заболеваемости с временем года: наибольшее число случаев (80) было зарегистрировано в летние и осенние месяцы.

Среди заболевших преобладали первородящие (92), из них 89 первобеременных. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 7 женщин (пороки сердца — у 2, анемия — у 5). У большинства роды были срочными, у 8 — запоздалыми, у 3 — преждевременными. Беременность осложнилась нефропатией у 22 женщин, эклампсией — у 2. Осложнения в родах возникли практически у всех, наиболее частыми из них были слабость родовой деятельности (34) и преждевременное отхождение вод (45). Продолжительность родов у перворо-