

в животе с иррадиацией в правое надплечье, многократную рвоту желчью. Из анамнеза установлено, что в 5-летнем возрасте больная перенесла аппендиэктомию. Считала себя практически здоровой. За час до поступления во время игры охватом за талию была прижата к туловищу, при этом почувствовала резкую боль в левом подреберье. Вскоре боль распространилась на весь живот, стала иррадиировать в правое надплечье, присоединилась многократная рвота желчью.

При поступлении состояние средней тяжести. Частота пульса — 98 уд. в 1 мин, АД — 16,0/10,7 кПа. Язык суховат, обложен. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина сомнителен. Перистальтика несколько усилена. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выявлен гиперпневматоз кишечных петель. Для исключения перфоративной язвы желудка после инфуляции воздуха в желудок выполнена повторная обзорная рентгенография брюшной полости.

Анализ крови: эр.— $4,2 \cdot 10^{12}/л$, Нб — 1,9 ммоль/л, л.— $15 \cdot 10^9/л$, п.— 12%, с.— 69%, эр.— 2%, лимф.— 15%, мон.— 2%. Уровень белка крови — 86 г/л, билирубина — 17,1 мкмоль/л, мочевины — 5 ммоль/л, α -аминазы мочи — 32 ед. Выставлен диагноз спаечной кишечной непроходимости и назначены инфузионная терапия в объеме 2000 мл, антиспастики. Больная успокоилась. Однако сохранялась тахикардия, нарастало вздутие живота, появились притупление в отлогих местах, стал положительным симптом Щеткина. Заподозрен разрыв селезенки. Лишь через 10 ч с момента поступления был выполнен лапароцентез. По катетеру получено значительное количество содержимого шоколадного цвета. С диагнозом деструктивного панкреатита, странгуляционной непроходимости больная в срочном порядке была взята на операцию.

Под интубационным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено около 2000 мл содержимого шоколадного цвета. В левом подреберье выявлен разрыв огромной кисты, исходящей из верхнего полюса селезенки. Нижний полюс селезенки представляет собой нормальную паренхиму органа. По месту разрыва киста рассечена, мобилизована от сращений с париетальной брюшиной, и под визуальным контролем со стороны полости кисты выполнена гемиспленэктомия с перевязкой сосудов, кровоснабжающих верхний отдел селезенки. Надежный гемостаз на месте пересечения паренхимы был обеспечен путем наложения П-образных кетгутовых швов и укрытия раневой поверхности салником. Брюшная полость осушена, промыта 3 л раствора хлоргексидина и дренирована 4 дренажами. Послеоперационное течение было гладким. Спустя 5 сут выполнена целиакография. Кровообращение в оставшейся части селезенки сохранено.

Гистологически выявлена ложная киста селезенки.

Таким образом, диагностика разрывов кист селезенки трудна. Альтернативой спленэктомии является органосохраняющая операция — резекция органа.

УДК 616.7:616.423—006.314—08

С. А. Обьденнов, Ю. Е. Микусев (Казань). Микрохирургические и физические методы лечения больных с лимфостазом нижних конечностей

В настоящее время накоплен большой опыт лечения хронической лимфатической недостаточности путем формирования прямых лимфовенозных анастомозов (ЛВВА) либо лимфодулоулоунозных анастомозов. Большинство хирургов накладывают ЛВВА при вторичных формах лимфедемы, обусловленных нарушением проходимости лимфатических сосудов или узлов после травмы, операций, воспаления или рентгенотерапии. В то же время имеются сообщения и об оперативном лечении первичной лимфедемы.

В межобластном центре микрохирургии РКБ МЗ ТССР оперативное лечение лимфатических отеков проводится с 1984 г. На лечении находились 480 больных обоего пола (460 — женского и 20 — мужского) в возрасте от 7 до 72 лет. Первичная лимфедема была у 275 больных (лимфедема I степени — у 180, II—III степени — у 95). Поражение локализовалось на нижних конечностях. Вторичная лимфедема была у 175 больных, лимфедема I степени — у 75, II—III степени — у 100). У 57 больных поражение локализовалось на верхних конечностях, у 118 — на нижних. Показания и противопоказания к оперативному лечению определяли по результатам клинического обследования, радиоизотопной лимфографии и прямой рентгенолимфографии. Лимфографические данные позволяли судить о характере поражения лимфатической системы, уровне блока лимфооттока; в какой-то степени по ним можно прогнозировать исход оперативного вмешательства.

Нами прооперировано 427 больных с различной патологией лимфатических сосудов. Лечение ЛВВА осуществлено у 403 больных с лимфедемой I степени, у остальных — II—III степени. У 286 больных была первичная лимфатическая недостаточность, у 127 — вторичная.

Физические методы лечения применялись с 1986 г. у 283 оперированных больных. Назначали переменное низкочастотное магнитное поле (ПеМП). Выбор ПеМП обуславливался отсутствием теплового эффекта и избирательным влиянием его на свертываемость крови, микролимфо-гемодинамику, проницаемость сосудов, капилляров и состояние эндотелия, его функции. ПеМП (аппарат «Полюс-1») назначали на пораженную конечность по поперечной или продольной методике (в зависимости от уровня поражения) ежедневно (курс — 10—12 процедур). Продолжительность воздействия — 10—15 мин, 25—30 МТЛ, в непрерывном режиме (с 4—6-го дня — в импульсном). В случаях лимфостаза нижних конечностей в стадии плотного отека применяли ультразвук. Некоторым больным проводили фонофорез триамина В и гидрокортизона с помощью аппарата «Экспресс» с интенсивностью ультразвука до $0,4—0,6 \text{ вт/см}^2$ и длительностью воздействия до 3—7 мин в непрерывном режиме по лабиальной методике (курс — 10 ежедневных процедур).

До применения магнитотерапии и ультразвука (120 оперативных вмешательств) хорошие результаты были получены у 23% больных, удовлетворительные — у 38%. Неудовлетворительные исходы наблюдались у 39% пациентов, причем в основном у больных с первичной лимфедемой (72%). Результаты прослежены от 3 мес до 5 лет и оценены по формализованной шкале. Хорошим результатом считали уменьшение чувства тяжести в большой конечности, ослабление или прекращение вспышек рожистого воспаления, уменьшение избыточного объема конечностей. Применение физиотерапии в послеоперационном периоде (на 3-и сутки после операции) значительно снизило процент

неудовлетворительных результатов и в 2 раза повысило процент хороших исходов. Хорошие результаты составили 52%, удовлетворительные — 26%, неудовлетворительные — 2%. Наибольший эффект от физиотерапии был получен у больных с первичным лимфостазом, имеющим по данным лимфореентгено- и лимфосцинтиграфии гипопластический тип поражения лимфатических сосудов.

УДК 618.5—089.888.61—07:547.963.1

В. С. Горин, Р. М. Зорина, Н. А. Зорин, И. Н. Головистиков, Н. А. Краюшкина (Новокузнецк). Трофобластический бета-гликопротеин у родильниц после кесарева сечения

Среди белков беременности важное значение имеет трофобластический бета-гликопротеин (ТБГ), обладающий иммуносупрессивной активностью. Сообщения о содержании ТБГ в послеродовом периоде единичны, а после кесарева сечения вообще отсутствуют.

Содержание ТБГ в крови родильниц изучено при неосложненном послеродовом периоде, при неосложненном и осложненном гнойно-септическим заболеванием (ГСЗ) послеоперационном периоде (после кесарева сечения).

Для определения концентрации ТБГ в сыворотке крови обследованных на 1, 3, 7, 10-е сутки послеродового периода использовали метод низко-вольтного ракетного иммуноэлектрофореза. Антисыворотка против ТБГ была получена путем иммунизации кроликов сывороткой крови беременных (3-й триместр беременности) с последующей десенсибилизацией лиофилизированной плазмой крови. Для очистки ТБГ применяли ионнообменную хроматографию и негативную аффинную хроматографию на сорбенте с иммобилизированными антителами против «нормальных» белков сыворотки крови человека.

Обследованы 84 родильницы в первые 10 сут послеродового периода. В 1-ю группу вошли 22 родильницы с неосложненным течением родов и послеродового периода (контрольная группа). 2-ю группу составили 40 родильниц с неосложненным течением послеоперационного периода после кесарева сечения. В 3-й группе было 22 родильницы после кесарева сечения, у которых послеоперационный период осложнился развитием гнойно-септических заболеваний.

Женщины были в возрасте от 19 до 39 лет. В плановом порядке прооперированы 32 женщины, в экстренном — 30. Первородящих было 29 женщин, повторнородящих — 33. Во время операции родились 64 живых ребенка с массой тела от 2800 до 4600 г, с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте в 6—9 баллов. Все дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде превентивная антибиотикотерапия проведена 20 женщинам путем введения 2,0 ампициллина на 20 мл изотонического раствора либо 2,0 клофарана внутривенно, у остальных — путем парентерального введения полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов, метроджила. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде проводилась с учетом бактериологического обследования.

Операция длилась в среднем 50 мин. При неосложненном течении послеоперационного периода родильниц выписывали на 9—10-е сутки, при осложненном — на 16—18-е сутки.

Женщины, родоразрешенные через естественные родовые пути с неосложненным послеродовым периодом, были в возрасте от 18 до 39 лет.

Первородящих было 15 женщин, повторнородящих — 7.

У родильниц 1-й группы содержание ТБГ к 3-м суткам составляло лишь 43% от исходного уровня, а к 7-му дню уменьшалось в 7 раз. Такая же динамика содержания ТБГ наблюдалась и у родильниц 2-й группы: к 7-му дню оно было уменьшено в 7 раз ($P > 0,05$).

У родильниц 3-й группы уровень ТБГ к 7-му дню был снижен еще более значительно — в 8,5 раз. В 1-е сутки после родового периода он был также ниже, чем в 1 и 2-й группах.

Полученные данные позволяют сделать следующее заключение: либо исходно низкий уровень ТБГ способствует развитию инфекции, либо его удаление из организма является реакцией, необходимой для активации иммунного ответа. Уровень ТБГ целесообразно использовать в качестве прогностического критерия развития послеродовых гнойно-септических заболеваний, обладающих в настоящее время полиморфизмом и невыраженной клинической картиной.

УДК 616.441—008.61:616.151.5

Н. Я. Кабанов, Б. С. Харитонов (Саратов). Состояние системы свертывания крови у больных тиреотоксикозом

Состояние системы свертывания крови при тиреотоксикозе изучается давно, однако до сих пор по этому вопросу нет однозначного мнения: констатируются как гипокоагуляционные, так и гиперкоагуляционные изменения гемостаза. Есть мнение о том, что свертываемость крови при этом заболевании вообще не изменяется.

В настоящем исследовании мы попытались выяснить, каким образом одно и то же состояние гиперпродукции гормонов щитовидной железы может вызывать диаметрально противоположные изменения в системе свертывания крови.

Обследованы 186 больных токсическим зобом с тяжелым и среднетяжелым тиреотоксикозом. Состояние системы свертывания крови оценивали экспресс-методом при помощи электрокоагулографа Н-333. Функциональную активность коры надпочечников определяли методом Силббера и Портера по суточной экскреции 17-оксикортикостероидов с мочой, а также по результатам пробы на выявление надпочечниковой недостаточности с дозированным раздражителем.

Было установлено, что у 32,8% больных была гипокоагуляция, у 43,5% — нормокоагуляция и у 23,7% — гиперкоагуляция. При поисках объяснения этому явлению было обнаружено, что изменения в системе свертывания крови достоверно не зависели от возраста больных, пола, формы зоба (узловой или смешанный, диффузный), его гистологического строения, степени тяжести тиреотоксикоза. Лишь при изучении состояния гемокоагуляции в зависимости от давности заболевания были получены данные, свидетельствовавшие о наличии связи между ними: по мере увеличения продолжительности болезни число лиц с гипокоагуляцией нарастало, а с гиперкоагуляцией уменьшалось ($P < 0,01$).

При проведении пробы на выявление надпочечниковой недостаточности оказалось, что у 51,6% больных токсическим зобом имелась надпочечниковая недостаточность. При длительности заболевания до 2 лет она диагностирована у 17,6% больных, от 2 до 3 лет — у 67,1%, более 3 лет — у 77,1%, то есть по мере увеличения продолжительности заболевания число людей с надпочеч-