

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 лимфогенно- 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 ионообменную хроматографию и негативную аффинную хроматографию на сорбенте с иммобилизованными 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-

никовой недостаточностью возрастало. Такая же закономерность прослеживалась при токсическом зобе и в системе свертывания крови — с течением времени число больных с гипокоагуляцией увеличивалось.

Результаты изучения связи между функциональной активностью коры надпочечников и свертываемостью крови у больных токсическим зобом показали, что у таких больных при гипокоагуляции экскреция 17-ОКС снижена. При нормокоагуляции выброс 17-ОКС с мочой достоверно не от-

личался от такового у здоровых людей, а при гиперкоагуляции экскреция 17-ОКС с мочой была повышенной.

При анализе электрокоагулограмм нами было выявлено угнетение фибринолиза практически у всех больных независимо от состояния системы свертывания крови. Такое состояние связано, видимо, с непосредственным угнетением фибринолитической системы избытком гормонов щитовидной железы, тогда как общая направленность изменений гемостаза больше зависит от функционального состояния надпочечников.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА И ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В ИХ ПРИРОДНЫХ ОЧАГАХ

(г. Ижевск, 11—12 сентября 1990 г.)

Темой обсуждения прошедшей Республиканской научно-практической конференции была проблема клещевого энцефалита и геморрагической лихорадки (ГЛПС). Были обсуждены следующие вопросы: 1) пути улучшения профилактики и противоэпидемических мероприятий; 2) особенности эпидемиологии и клиники этих природноочаговых инфекций; 3) новое в диагностике и лечении указанных инфекций; 4) вопросы социальной и клинической реабилитации больных клещевым энцефалитом и ГЛПС.

В работе А. С. Караванова и соавт. (Москва) отмечена зависимость эффекта экстренной иммунизации от активности и количества введенного противоэнцефалитного иммуноглобулина. При этом у некоторых иммунизированных лиц антитела в крови не находили.

Лечебная практика при клещевом энцефалите пополнилась сведениями об эффективности Т-активина (В. Н. Коваленко и соавт., Кемерово), витамина Е (Ю. В. Веселов и соавт., Барнаул), аспирина в сочетании с аскорбиновой кислотой (О. Г. Оленев, Ижевск).

Вопросы реабилитации больных с данным заболеванием получили освещение в исследованиях Т. С. Осинцевой и соавт. (Ижевск), согласно которым у детей-реконвалесцентов в 42,2%

случаев наблюдались остаточные явления с формированием неблагоприятных последствий. И. М. Федорова и соавт. (Томск) в ходе диспансеризации отметили полное выздоровление лишь у 40,8% взрослых реконвалесцентов. Н. И. Команденко (Томск) привел подробный анализ истории болезни 23 больных с кожевниковской эпидемией, которая была следствием перенесенной острой формы клещевого энцефалита или проявлением прогрессивного течения.

Современное освещение вопросов этиологии, эпидемиологии и иммунологии ГЛПС было представлено в обзоре, который сделала И. И. Рилоская (Москва), используя данные собственных исследований и зарубежных ученых. В сообщении В. А. Рузаевой и соавт. (Ижевск) были даны подробная эпидемическая характеристика природного очага в Удмуртии и оценка эффективности проведенных мероприятий.

Новые лечебные подходы к ГЛПС предлагают в своих сообщениях Д. Ш. Еналеева и соавт. (Казань), Д. Х. Хунафина и соавт. (Уфа), М. И. Петриченко и соавт. (Хабаровск).

Проф. В. И. Рябов (Ижевск).

МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРЕПОДАВАНИЮ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ ВАЛЕОЛОГИИ

(г. Пермь, 10—11 октября 1990 г.)

На конференции были заслушаны и обсуждены доклады, посвященные организационным и методическим аспектам преподавания в медицинском вузе науки о здоровье — валеологии. Даны рекомендации по систематизации, а также повышению теоретической и прикладной направленности знаний студентов-медиков по вопросам сохранения и укрепления здоровья индивидуума, формирования здорового образа жизни.

Академик АМН СССР, проф. Е. А. Вагнер и соавт. (Пермь) предложили программу преподавания студентам практических вопросов, связанных с различными аспектами проблемы здоровья человека. Данная программа состоит из следующих тем: 1) анализ понятия здоровье применительно к разному возрасту, 2) анализ причин, обуславливающих здоровье (внешняя среда, социально-экономические факторы, биологиче-

ские факторы), 3) классификация параметров организма здорового человека разных возрастных групп, методы их определения с целью оценки состояния и резервов здоровья, 4) анализ видов работоспособности, ее оценка, меры, направленные на поддержание и повышение работоспособности, 5) разбор значимости факторов риска здоровья и работоспособности, 6) резервные возможности организма при действии факторов риска, 7) определение рейтинга здоровья и его причины (критическая детренированность организма, очень плохое состояние, удовлетворительное, хорошее состояние и наличие резервных возможностей, отличное состояние и высокие резервные возможности), 8) выбор форм поведения, направленных на сохранение, улучшение здоровья, работоспособности.

Рассматривались вопросы преподавания мето-