

посредственно к строме. Пограничные фибробласты проявляли здесь признаки активного синтеза аморфных и волокнистых компонентов соединительной ткани, а вновь образованные волокна располагались в виде вала на границе ракового эпителия и стромы. Однако в зонах активной инвазии, где отмечалась глубокая дезорганизация соединительной ткани, определялись лишь единичные дистрофичные или молодые фибробласты без отчетливой осевой ориентации.

Молодые недифференцированные и юные фибробласты были, как правило, некрупных размеров, несколько продолговатой формы, с небольшим объемом цитоплазмы и неразвитой шероховатой эндоплазматической сетью и локализовались довольно часто в участках незрелой стромы, где отмечалось накопление кислых гликозаминогликанов, что можно расценивать как результат активности этих клеток. Средние и большие активные фибробласты, характеризующиеся весьма сильно развитой цитоплазмой с большой шероховатой эндоплазматической сетью, демонстрируют активный синтез волокнистых структур и аморфного вещества, обнаруживающегося при электронно-микроскопическом исследовании в расширенных цистернах ретикулема. Выделение первичных волокон и аморфного вещества часто происходит при разрушении участка цитолеммы синтезирующей клетки.

Количественные исследования различных функциональных типов фибробластов в строме раковых опухолей показали, что наиболее распространенными и стабильными формами среди них являются средние и молодые клетки. Далее по количеству следуют большие фибробласты и фиброциты. Что касается митотических и неклеточных форм, то количество этих клеток весьма вариабельно и в целом невелико.

Кластерный анализ цифровых величин выявил тесную корреляцию между абсолютными и относительными величинами различных функциональных типов фибробластов, что дает основание рассматривать фибробласты стромы как единую клеточную систему. Плотность расположения фибробластов в строме заметно коррелировала со степенью дифференцировки ракового эпителия ( $r = -0,45$ ) и была наибольшей в высокодифференцированных опухолях. Плотность расположения фибробластов в строме определялась в основном молодыми формами ( $r = 0,6$ ) и фиброцитами ( $r = 0,45$ ), в то время как отрицательные корреляции обнаруживали здесь относительные показатели средних ( $r = -0,45$ ) и больших фибробластов ( $r = -0,28$ ). Это, вероятно, связано с активным синтезом волокон и аморфного вещества соединительной ткани данных клеток, что в конечном итоге и снижает удельную плотность расположения фибробластов на единицу площади стромы.

УДК 618.2:611—018.54:577.153.38

**А. Г. Магомедбеков (Казань). Содержание сульфгидрильных групп в сухой плазме беременных, роженщ и родильниц**

Определялось содержание сульфгидрильных групп в сухой плазме у 63 первородящих и 49 повторнородящих здоровых женщин при сроке 38—40 нед беременности, в I—II периоды родов, через 2 ч после выделения последа, на 3 и 5-е сутки после родов. Контрольную группу составили

10 здоровых небеременных женщин детородного возраста.

У небеременных здоровых женщин среднее количество сульфгидрильных групп в сухой плазме составляло  $26,5 \pm 2,8$  мкмоль/дл. Перед родами у здоровых беременных их количество значительно уменьшалось: у первородящих —  $17,5 \pm 1,5$  мкмоль/дл, у повторнородящих —  $15,0 \pm 1,0$ . В родах происходило увеличение уровня сульфгидрильных групп соответственно до  $36,1 \pm 2,4$  и  $33,5 \pm 8,8$  мкмоль/дл. В пуэрперии выявлено прогрессирующее снижение количества сульфгидрильных групп до  $23,5 \pm 1,7$  и  $22,0 \pm 2,1$  мкмоль/дл.

УДК 616.36—002.43+618.3—06

**Д. К. Баширова, Д. Ш. Еналеева, А. Д. Царегородцев, З. Ш. Гилязутдинова, Б. Г. Садыков, Ф. А. Мифтахова, Н. А. Колосова, М. Г. Ольхова, М. С. Фаткуллов (Казань). Острая жировая дистрофия печени и беременность**

Этиология и патогенез острого ожирения печени при беременности изучены недостаточно. Считают, что это тяжелое осложнение беременности обусловлено недостатком белкового питания, депрессией белкового синтеза. Клинически заболевание протекает как фульминантный (злокачественный) гепатит.

Приводим истории болезни двух больных с острым ожирением печени при беременности.

Б., 30 лет, была переведена в observationalное родильное отделение из 2-й инфекционной больницы г. Казани 12.06.85 г. в 16 ч на 9-й день болезни с диагнозом: беременность 34 нед, гестоз, острая жировая дистрофия печени?

Из анамнеза выявлено, что менструация с 16 лет по 6 дней, умеренные, через 24 дня, регулярные, безболезненные, установились сразу. Половая жизнь — с 24 лет. Гинекологическими и экстратрансгенитальными заболеваниями не страдала, гемотрансфузий не было. Последняя менструация — с 30.09 по 05.10.84 г. Женскую консультацию посещала регулярно с 12 нед беременности. До срока 34—35 нед беременность протекала без особенностей. Максимальная прибавка массы тела к 32 нед — 5 кг, к 34 — падение массы тела на 3 кг.

С 28.05.85 г. стала страдать запорами; 5 июня почувствовала мучительную изжогу, отрыжку; 8 июня появились иктеричность склер, темная моча, боли в животе. В тот же день была госпитализирована в инфекционный стационар с диагнозом вирусного гепатита.

За время пребывания в инфекционном стационаре с 8 по 12 июня состояние беременной ухудшилось. Увеличились отеки ног, усилились боли и чувство полноты в животе, уменьшился диурез, стал нарастать геморрагический синдром.

Лабораторные данные от 09—10.06.85 г. Общий анализ крови: Hb — 2,1 ммоль/л, эр. —  $4,1 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоц. —  $160 \cdot 10^9$ /л, л. —  $25,5 \cdot 10^9$ /л, юн. — 2%, п. — 14%, с. — 60%, мон. — 6%, лимф. — 18%; СОЭ — 18 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 142,8 мкмоль/л, прямой билирубин — 92,0 мкмоль/л, АЛТ — 440 ед., тимоловая проба — 0,27 ед., протромбин — 85%, ЩФ — 285 Е/л.

Общий анализ мочи: белок — 0,066%, л. — 10—15 в поле зрения, желчные пигменты 2+, эр. — 1—3—5 в поле зрения, плоский эпителий — 10—15 в поле зрения.

12 июня появились кровянистые выделения из половых путей, и с начавшимися преждевременными родами больную перевели в обсервацию роддома с мертвым плодом. При поступлении состояние крайне тяжелое, роженица заторможена, лицо пастозное, гиперемировано. Кожные покровы шафранового цвета, склеры ярко-желтые, на языке коричневатый налет. На коже передней брюшной стенки, внутренней и задней поверхности бедер — сосудистые звездчатые рисунки и крупные сливные темные пятна кровоизлияний. Отмечается отечность кистей рук, лица, передней брюшной стенки, голеней. АД — 20,0/12,0—18,6/9,3 кПа.

Диагноз при поступлении в родильное отделение: беременность 35 нед, начало I периода преждевременных родов у 30-летней первородящей, нефропатия беременных II степени, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты? Внутриутробная гибель плода. Вирусный гепатит? Миопия.

В связи с возникшим подозрением на отслойку плаценты и в целях усиления родовой деятельности больной была произведена амниотомия — отошли сгустки крови в количестве 60 мл и окрашенные кровью околоплодные воды в объеме 300 мл. Начата родостимуляция внутривенным капельным введением раствора окситоцина в физрастворе. Одновременно перелито 225 мл одногруппной крови, проведена гипотензивная и антибактериальная терапия. Плод массой 2300 г, рост — 44 см, с желтушными кожными покровами, пуповиной и плацентой. На последе отмечалась имбибиция темными сгустками крови. Общая продолжительность родов — 11 ч 15 мин, I периода — 11 ч, II — 10 мин, III — 5 мин. Общая кровопотеря — 300 мл. Состояние крайне тяжелое, женщина заторможена.

В раннем послеродовом периоде, несмотря на профилактику кровотечения, временами отмечалось расслабление матки с кровопотерей до 400 мл. Произведены гемотрансфузия, вливания антигемофильной плазмы и кровезаменителей. Состояние пациентки крайне тяжелое в результате как кровотечения, так и функциональной недостаточности печени.

Лабораторные данные в акушерской клинике (13.06.85 г.). Общий анализ крови: Hb — 0,9 ммоль/л, л. — 15,45 · 10<sup>9</sup>/л; п. — 2%; СОЭ — 7 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 179,6 мкмоль/л, прямой — 106,4 мкмоль/л, АЛТ — 220 ед., АСТ — 282 ед., содержание холестерина — 7,2 ммоль/л, мочевины — 4,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок — 0,099%, л. — 12—15—20 в поле зрения, эр. — 15—17 в поле зрения, эпителий — 3—5—7 в поле зрения, соли ураты.

В последующем стали нарастать явления печеночно-почечной недостаточности, а через 12 ч после родов на фоне переливания крови и кровезаменителей началось повторное гипотоническое кровотечение. Родильнице была произведена экстирпация матки без придатков. Состояние больной после операции оставалось крайне тяжелым. При нарастании явлений печеночно-почечной недостаточности через 36 ч после родов проведены гемодиализ, затем гемосорбция в течение 30 мин. Улучшения не наступило. Через дренажные трубки из брюшной полости выделялась темная жидкая кровь, и при продолжающейся картине кровотечения, печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточности через 42 ч после родоразрешения больная умерла, не приходя в сознание. Продолжительность болезни — 17 суток.

Окончательный клинический диагноз: беременность — 35 нед, роды преждевременные у 30-летней первородящей. Острая жировая дистрофия печени. Острая печеночно-почечная недостаточность. Преждевременная отслойка плаценты, внутриутробная смерть плода. ДВС-синдром. Гипотоническое и коагулопатическое кровотечение. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: преждевременные первые роды при беременности 35 нед у 30-летней первородящей. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутриутробная гибель плода. Острая токсическая жировая дистрофия печени. Печеночно-почечная недостаточность. ДВС-синдром. Анемия. Состояние после экстирпации матки без придатков, гемодиализа и гемотрансфузий. Отек легких и головного мозга.

Данные гистологического исследования: печень — жировая дистрофия гепатоцитов центра долек, лимфоидная инфильтрация портальных трактов, почки — некроз эпителия извитых канальцев.

Ш., 33 лет, 01.11.85 г. в 16 ч на 3-й день болезни поступила в 1-ю инфекционную больницу г. Казани по направлению женской консультации с диагнозом: пищевое отравление? Беременность — 24 недели.

Заболела ночью 29.10.85 г. остро, после приема коры крушины появились тошнота, рвота, частый жидкий стул, которые сохранялись в последующие дни. В течение нескольких лет больная страдала запорами и постоянно принимала слабительные средства. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные, через 28 дней. Настоящая беременность восьмая, роды вторые. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ангина.

Состояние при поступлении средней тяжести. АД — 20,0/12,0 кПа, частота пульса — 96 уд. в 1 мин., температура — 37,3°. При осмотре была рвота. Кожа физиологической окраски, язык обложен белым налетом. В легких дыхание жесткое. Сердце — без патологии. Живот увеличен, болезненный в эпигастрии; дно матки на уровне пупка; печень и селезенка не увеличены. Диурез не нарушен. Выделений из влагалища нет.

Несмотря на интенсивную терапию, состояние больной ухудшилось, наблюдались многократная рвота, жидкий стул со слизью, головные боли, двигательное возбуждение; нарастала одышка; отмечалось приглушение сердечных тонов; появились иктеричность склер, олигоанурия.

Через сутки после поступления состояние больной крайне тяжелое, она в глубокой коме (анурия), АД упало до 10,6/5,3 кПа, пульс нитевидный, с трудом поддавался подсчету. Кожа и слизистые оболочки субиктеричны, отеков не наблюдалось. Живот обычной конфигурации, мягкий. Дно матки на 2 см ниже пупка. Выделений из половых путей нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 41,6 мкмоль/л, прямой — 24,8 мкмоль/л, сулемовая проба — 1,6 мл, тимоловая проба — 15 ед., АЛТ — без разведения 160 ед., в разведении 265 ед., протромбин — 58%.

Общий анализ мочи: белок — 0,37%, глюкоза — 1%, эпителий — 5—8 в поле зрения, уробилин +.

Через 41 ч после поступления в стационар на 6-й день болезни при нарастании явлений печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточности больная скончалась.

Окончательный диагноз: острый жировой ге-

патоз беременных. Беременность — 24 нед. Печеночно-почечная недостаточность, печеночная энцефалопатия. Внутритробная смерть плода. Отек головного мозга. Острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: острый жировой гепатоз беременных, беременность — 24 нед. Множественные кровоизлияния в серозные оболочки, плевру, брюшину, диафрагму.

Данные гистологического исследования: в печеночной ткани — жировая дистрофия гепатоцитов, лимфоидная инфильтрация портальных трактов.

Таким образом, появление желтухи, диспептических расстройств с быстрым нарастанием тяжести болезни, прогрессированием печеночно-почечной недостаточности и ДВС-синдрома при низкой активности АЛТ дают основание снять диагноз вирусного гепатита и заподозрить острую жировую дистрофию печени беременных.

УДК 618.1—053.9—089.8

**Я. Ю. Малков, Е. В. Казакова (Пенза). Опыт оперативных вмешательств у гинекологических больных пожилого и старческого возраста**

Проведен анализ исхода операций у 235 женщин в возрасте от 50 до 81 года, оперированных по поводу фибромиомы матки, кистомы яичника (49), рака эндометрия (30), выпадения матки и опущением стенок влагалища (25), преинвазивного рака шейки в сочетании с миомой и аденоматозом (3), рака маточной трубы (1).

У 218 (92,8%) больных были сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы (104), варикозное расширение вен нижних конечностей, тромбоз (36), ожирение II—III ст. (24), анемия (22), сахарный диабет (17), патология желудочно-кишечного тракта (12), щитовидной железы (у 2) и туберкулез почек (1).

В предоперационном периоде проводили ряд медикаментозных мероприятий с целью улучше-

ния функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, назначали диету, витаминотерапию, санирование влагалища. Из-за повышенного риска возникновения послеоперационных тромбозов и эмболий профилактически предписывали малые дозы гепарина — 2500—5000 ед. подкожно в область передней брюшной стенки за 2 ч до и через 12 ч после операции на протяжении 6—7 дней, что оказалось эффективным. Осуществляли также и неспецифическую профилактику этих осложнений: бинтовали конечности и в качестве антиагреганта давали аспирин.

Радикально прооперированы 173 (73,6%) из 235 больных: у 94 (40%) произведена надвлагалищная ампутиация матки с придатками, у 66 (28,1%) — экстирпация матки с придатками, у 13 (5,5%) — экстирпация матки без придатков через влагалище. Щадящие операции сделаны 62 больным: у 50 (21,3) удалены придатки матки при наличии доброкачественных опухолей яичников, у 12 (5,1%) выполнены передняя, задняя пластика, леваторопластика влагалища. Оперировали преимущественно под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами.

В послеоперационном периоде назначали раннее вставание, антибактериальную, антикоагулянтную, дезинтоксикационную и витаминотерапию, кардиотонические средства, а также дыхательную гимнастику.

Частота возникновения осложнений находилась в прямой зависимости от тяжести основного заболевания, выраженности экстрагенитальных изменений, объема оперативного вмешательства и эффективности предоперационной подготовки и составила у оперированных больных 15,8%. Чаще наблюдали расхождение послеоперационных швов (11), пневмонию (8), реж — эвентрацию и кровотечение (3), параметрит (3), тромбоз (3). У первых 3 больных произведена повторная операция. Летальных исходов не было. Влагалищная гистерэктомия переносилась женщинами пожилого, особенно старческого, возраста лучше, чем абдоминальный метод оперативного вмешательства.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.89—008.441.13

### ОПЫТ АНОНИМНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

*И. А. Классен, Л. Д. Никольская*

*Республиканский наркологический диспансер (главрач — Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР*

Анонимное лечение лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также больных хроническим алкоголизмом как одна из форм амбулаторной наркологической помощи населению приобретает все большее значение в отношении пациентов с сохранностью социального статуса. С начала 1986 г. при нашем диспансере начал функционировать кабинет анонимного лечения. Прием обратившихся за помощью и консультацией ведется пять дней в неделю, из них три дня в вечернее время до 22 часов. Кабинет анонимного лечения

располагает комнатой с картотекой для индивидуального приема врачом, психотерапевтическим и процедурным кабинетами и комнатой для лиц, ожидающих приема.

Проанализированы истории болезни 171 больного, обратившегося за анонимным лечением в 1986 г. В возрасте от 30 до 40 лет было 49,1% больных, среди них преобладали мужчины (86,5%). 55% пациентов имели среднее или неполное среднее образование, 25% — высшее. Декомпенсация в семейных отношениях, возникшая на почве алкоголиза-