

елонефрита был подтвержден при УЗИ.

Помимо традиционного лечения (антибиотики, инфузионные средства и пр.) больным через день проводили 2-3 операции ПА, с удалением 20-30% плазмы от расчетного объема циркулирующей плазмы. Плазмозамещение чаще проводили физиологическим раствором в дозе на 20 % превышающей объем эксфузии плазмы. В семи наблюдениях у родильниц с анемией и гипопротеинемией в качестве плазмозаменителя была использована собственная аутоплазма, которую предварительно подвергали гемосорбционной (два наблюдения) или холодовой обработке с целью удаления токсических веществ. В первом варианте эксфузированную плазму пропускали

через гемосорбент «Симплекс» и сразу возвращали в сосудистое русло больной. Во втором - удаляемую при первом ПА плазму собирали в стерильную емкость и замораживали. Эта плазма возвращалась больным (после размораживания) при последующих сеансах ПА, или в промежутках между ними. УФО крови проводили одновременно с ПА в дозе 1-1,5 мл/кг массы тела женщин с помощью аппарата «Изольда». Всего было выполнено 116 операций ПА и УФО крови, осложнений, как и при переливании обработанной холодом или на гемосорбенте аутоплазмы, не было ни в одном случае.

Уже после первой операции ПА и УФО крови у всех женщин отмечали более значительный, чем при одной традиционной терапии,

регресс субъективных и объективных признаков болезни. К концу курса эфферентной терапии у женщин отмечали нормализацию анализов крови и мочи. Средний койко-день у пролеченных таким образом женщин составил 8,5 дней при меньшем потреблении антибиотиков в сравнении с больными, которым проводили только традиционное лечение (средний койко-день у них - 12,2 дней).

Очевидно, что включение в курс комплексной терапии простых и безопасных методов ПА и УФО крови оптимизирует результаты лечения родильниц с пиелонефритом, способствует снижению сроков пребывания их в стационаре и уменьшению медикаментозной нагрузки на организм женщины и ее плода.

ГАЙБУЛЛАЕВ А.А.,  
АБДУРИЗАЕВ А.А.,  
БОЛГАРСКИЙ И.С.  
ТашИУВ,  
Ташкент, Узбекистан

## КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА БЕРЕМЕННЫХ

**Целью** нашего исследования явилось совершенствование диагностики перехода острого пиелонефрита беременных в гнойную стадию.

**Методы.** На основании изучения клинической картины, данных лабораторно-инструментальных исследований 401 больной острым пиелонефритом беременных разработана балльная система оценки степени воспалительного процесса в почках. Система состоит из 3 параметров: клинической картины; данных лабораторных исследований; ультразвуковой картины почек. Каждый параметр разделен на 3 категории, которые оценивались соответственно от 1 до 3 баллов.

**Результаты.** В зависимости от суммы набранных баллов больные были разделены на 2 группы: 1 группа - больные с диффузно-гнойной стадией воспалительного процесса, набравшие в сумме до 6 баллов и 2 группа - больные с гнойно-деструктивной стадией с суммой баллов от 7 до 9.

В наших наблюдениях больных

с диффузно-гнойной стадией было 380 (94,8%). Из общей суммы баллов (1710) на долю первого параметра пришлось 41,2%, на долю второго параметра - 30,7% и 28% пришлось на третий параметр.

Гнойно-деструктивную стадию мы выявили у 21 (5,2%) больной. При этом доля первого параметра составила 35,9%, второго параметра - 28,2% и третьего параметра - 35,9% от общей суммы баллов (170).

**Обсуждение.** Приведенные данные свидетельствуют о том, что в диагностике диффузно-гнойной стадии наибольшее значение имел первый параметр (клиническая картина) и в меньшей степени второй и третий параметры. А в диагностике гнойно-деструктивной стадии наиболее информативными были данные третьего (УЗИ) и первого параметров.

**Выводы.** Таким образом, разработанная нами балльная система, основанная на оценке результатов клинического, лабораторного и инструментального обследований позволила четко выделить различ-

ные стадии острого пиелонефрита беременных в зависимости от которых определялась тактика лечения. Это позволило улучшить результаты лечения у больных с острым пиелонефритом беременных.