

УДК 618.39+616.89

ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ, КАК ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗЕ РЕАКЦИЙ НА ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС И РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ

М.А. КАЧАН, В.А. РУЖЕНКОВ*

Обследовано 190 женщин в возрасте от 13 до 49 (25,7±0,5) лет, прерывающих беременность на поздних (от 19 до 27 недель) сроках по медицинским показаниям. В 50% случаев выявлены реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства (т.н. «постабортный синдром») – 6,8% и расстройства адаптации – 43,2%, возникающие как реакция на психическую травму и приводящие к социальной дезадаптации. Обсуждаются возможности оказания специализированной медико-психологической помощи.

Ключевые слова: прерывание беременности, психическая травма, острая реакция на стресс, расстройство адаптации

Литературные данные свидетельствуют, что почти у 30% беременных женщин выявляются психопатологические нарушения, причем более половины составляют депрессивные расстройства [6], а у первобеременных сам факт возникновения беременности у 70% создает большие психологические проблемы невротического уровня [1]. В то же время искусственное прерывание беременности повышает риск появления психических заболеваний [3,4,5,7]. Психотравмирующее влияние прерывания беременности на поздних сроках определяется еще и тем, что в отличие от других перинатальных потерь, мать не может и (или) не хочет видеть тело ребенка. В случае выкидыша, смерти новорожденного остается возможность его похоронить, т.е. пройти через ритуал прощания с телом ребенка. При всей тяжести такой утраты родители быстрее, возвращаются к психической стабилизации. В случае аборта женщина нередко остается одна со своей проблемой и не имеет возможности ни с кем поговорить о том, что с ней произошло [2].

Несмотря на наличие серьезных проблем в состоянии психического и психологического здоровья женщин после прерывания беременности на поздних сроках по медицинским показаниям, до настоящего времени не выяснена клиническая картина психических расстройств, возникающих в ответ на психическую травму, не разработаны методы лечения и социально-психологической реабилитации. Поэтому, целью исследования была разработка алгоритма лечения и социально-психологической реабилитации женщин после операции искусственного прерывания беременности, на основе верификации клинической картины и особенностей возникающих психических расстройств.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели нами, в течение 2008 года на базе перинатального центра Белгородской областной клинической больницы им. Святителя Иосафа методом сплошной выборки обследовано 190 женщин в возрасте от 13 до 49 (25,7±0,5) лет, прерывающих беременность на поздних сроках (от 19 до 27 недель) по медицинским показаниям. Все женщины давали информированное согласие на осмотр врача-психиатра.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, психологический (Фрейбургский личностный опросник, шкала депрессии Гамильтона, шкала тревоги Гамильтона и статистический – критерий Стюдента t и критерий χ^2).

Результаты и их обсуждение. На основе анализа клинической картины психопатологических расстройств у 190 обследуемых женщин, перенесших операцию искусственного прерывания беременности на поздних сроках было установлено, что в 28 (14,7%) случаях основанием для прерывания беременности были психические расстройства, диагностированные задолго до беременности и являющиеся медицинским показанием для прерывания беременности; в 95 (50%) случаях диагностировались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: в 13 (6,8%) случаев – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства (первая группа) и у 82 (43,2%) женщин расстройства адаптации (вторая группа). В 67 (35,3%) случаях клинические признаки психических расстройств не выявлялись.

В первой группе женщины были в возрасте от 20 до 39 лет. На период исследования все они были замужем. Более половины (53,8%) обследуемых имели среднее специальное образование и почти четверть (23,1%) – высшее и неоконченное высшее. Боль-

шинство – 84,6%, работали и 15,4% были безработными. В половине случаев в семье уже были дети, но они желали родить второго ребенка. Настоящей беременности предшествовали неоднократные аборты, связанные с нежеланием рожать ребенка в связи с конфликтами в семье. В бездетных браках женщины длительное время лечились от бесплодия, с надеждой ожидали рождения ребенка.

Причиной прерывания беременности по медицинским показаниям были: патология развития плода (врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа, гастрошизис, гидроцефалия) – 5 или его внутриутробная гибель – 4 случая, в остальных 4 случаях – тяжелые заболевания, выявленные у самих женщин (онкологическое заболевание, обострение хронического гепатита, сахарный диабет).

При пороках развития плода, как правило, у всех женщин в течение 2-3 лет наблюдались невротические расстройства, связанные с затяжными психотравмирующими ситуациями в области репродуктивной деятельности (длительный период бесплодия и угроза разрушения брака, выкидыши). После сообщения о наличии порока развития плода (волчья пасть, заячья губа, врожденные пороки сердца, диафрагмальная грыжа) психические расстройства начинались подостро. На начальном этапе возникало недоумение, они не верили диагнозу, просили повторить исследование. После проведения искусственных родов большинство женщин отказывались принимать факт смерти ребенка, наличия у него пороков развития, требовали показать тело ребенка. После прерывания беременности преобладали: симптомы депрессии с тревожным компонентом, астеническая симптоматика (повышенная физическая, психическая утомляемость, раздражительная слабость, эмоциональная лабильность, падение инициативы, пассивность), нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудания, колебания артериального давления). В последующем в клинической картине преобладало мучительное чувство вины в случившемся, мысли о том, что ребенка можно было оставить, суицидальные мысли, расстройства сна, тревога. В сновидениях зачастую переживалась ситуация прерывания беременности. Отношения в семье становились напряженными, между супругами усиливалось непонимание, конфликты, разрыв отношений.

При *внутриутробной гибели плода* клиническая картина психических расстройств, определялась сочетанием депрессивных, истерических и соматовегетативных симптомов. С момента, когда женщина узнавала о гибели плода, психические расстройства возникали по типу аффективно-шоковой реакции: вспышка ужаса, горя, отчаяния. Наблюдалась растерянность, мучительное непонимание ситуации, фиксация на своих переживаниях, отказ принять факт утраты. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, синкопальные состояния).

После проведения искусственных родов преобладали: астеническая симптоматика, тревога и депрессия, расстройства сна, снижение аппетита, снижение веса тела, колебания артериального давления. В последующем появлялись расстройства сна с неприятными сновидениями, в которых пациентки видели своих не родившихся, умирающих детей; испытывали тревогу, страх; просыпались в холодном поту. Характерными были идеи вины в случившемся несчастье (прежние аборты), суицидальные мысли, переживания по поводу возможного разрыва отношений с мужем.

После выписки в течение длительного времени наблюдались стереотипно повторяющиеся сновидениями, в содержании которых заново переживались сообщения о смерти плода, аборт, нередко образы ребенка, разговоры с ним. Больные не могли заниматься квалифицированным трудом и были вынуждены перейти на временную работу, или переходили на иждивение других членов семьи.

У женщин с собственными *тяжелыми соматическими заболеваниями* после прерывания беременности клиническая картина психических расстройств определялась сочетанием симптомов соматического заболевания с симптомами выраженной депрессии с невротическим компонентом. При декомпенсации соматического заболевания перед женщиной ставился нелегкий выбор о прерывании беременности. В этот период на первый план выступала астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, наблюдалась растерянность, мучительное непониманием ситуации, снижение побуждений, эмоциональная неустойчивость, плаксивость, рассеянность внимания. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, тахипноэ, резкое побледнение или гиперемия кожных покровов, потливость, головокружение). После

* Белгородский государственный университет, Кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии

проведения искусственного прерывания беременности возникали апатическая депрессия, астеническая симптоматика. Больные жаловались на снижение интереса к внешнему миру, равнодушие, безразличие к окружающему и собственной личности, исчезновение желаний. В клинической картине преобладал дефицит побуждений с падением жизненного тонуса, повышенная физическая, психическая утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушения вегетативных функций (расстройства сна, аппетита, похудание, колебания артериального давления). Отмечались расстройства сна в виде переживаний прерывания беременности, сновидения с мертвыми младенцами.

Психологическое обследование (тест FPI) выявило у них эмоциональную неустойчивость (уравновешенность 3,7 балла, эмоциональная лабильность 7,5 балла), что свидетельствует о наличии состояния фрустрированности и тяжелого стресса, повышенную раздражительность (5,6 балла), подавленное настроение (депрессивность 5,6 балла), застенчивость (6,5 балла), открытость (5,9 балла). Шкала HDRS выявила у большинства 11 – (84,6%) пациенток «симптомы большого депрессивного эпизода», а шкала HARS симптомы тревоги у 9 пациентов от 12 до 17 (13,8±0,6) баллов и в 4 случаях тревожное состояние 21-28 (24,8±1,5) баллов. Тест Лири выявил у них неуверенность в себе (I), низкие уровни эгоистичности (II), энергичности и упорства (III), критичное отношение к окружающему (IV), скромность, робость, уступчивость (V), конформность (VI), склонность к сотрудничеству, стремление быть в согласии с окружающими (VII), повышенную ответственность (VIII).

Несмотря на то, что пациентки давали согласие на осмотр врача-психиатра и осознавали наличие психических расстройств, они считали их психологически понятными, как реакцию на тяжелое горе, которую вылечить нельзя. Только в 8 (61,5%) случаях пациентки соглашались на терапию. Назначались антидепрессанты (флуоксетин 0,02 один раз в сутки; при выраженном депрессивном синдроме – лудиомил 0,025 по 50-75 мг в сутки или амитриптилин в той же дозе; малые нейрелептики: эглонил 0,2 или сонапакс 0,01 два-три раза в сутки, при выраженной тревоге – хлорпротиксен в дозе до 75 мг в сутки; транквилизаторы: феназепам 0,001 1-2 мг в сутки). На фоне психофармакотерапии проводилась краткосрочная психотерапия с применением ассоциативно-диссоциативных техник нейролингвистического программирования (метод трехместной диссоциации) и гештальттерапии. Во всех случаях клинически отмечалось улучшение состояния, субъективно пациентки чувствовали себя спокойнее, улучшалось настроение, нормализовался сон, исчезали кошмарные сновидения.

Во второй группе на основе клинической картины имеющих психических расстройств было выделено 3 подгруппы пациентов: обнаруживающие кратковременную депрессивную реакцию – 26 человек, со смешанной тревожной и депрессивной реакцией – 42 пациентки и с психогенной депрессивной реакцией с конверсионными симптомами – 14 человек.

При *кратковременной депрессивной реакции* симптоматика начиналась фактически с момента, когда женщина узнавала о гибели плода и проявлялась выраженной эмоциональной напряженностью, страхом, тревогой, оценкой сложившейся ситуации как безвыходной. В последующем происходила внутренняя переработка психотравмирующего события с осмыслением случившегося. В клинической картине на первый план выступало стойкое снижение настроения с отсутствием аппетита, интересов, с желанием «скорее забыть о случившемся», чувством безнадежности, безысходности, разочарования. У всех женщин отмечались нарушения сна: тревожный, беспокойный, недостаточной глубины. В течение месяца депрессивные симптомы нивелировались, восстанавливались адаптационные возможности.

При *тревожно-депрессивной реакции* клиническая картина характеризовалась сочетанием, как симптомов тревоги, так и депрессии: выраженным внутренним напряжением, постоянным ожиданием чего-то неприятного, угнетенностью, подавленностью, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. У части женщин выявлялась астеническая симптоматика с вялостью, повышенной утомляемостью, унынием, снижением побуждений, пассивностью, истощаемостью, эмоциональной неустойчивостью. Часто отмечались соматовегетативные нарушения в виде нарушения глубины и длительности ночного сна, сердцебиения, колебания АД, головокружения, внутренней дрожи.

У женщин с *депрессивной реакцией с конверсионными симптомами* клиническая картина психических расстройств, возник-

ающих в ответ на психическую травму (антенатальная гибель, врожденный порок развития плода) развивалась остро со вспышками ужаса, горя, отчаяния, тревоги, бесцельного метания либо двигательной заторможенности, мутизма в сочетании с конверсионной симптоматикой (ощущение комка в горле, тремор, онемение конечностей). На пике аффективных расстройств доминировали глубокое отчаяние, страх, мысли о самоубийстве, нарушения сна и аппетита. Женщины были поглощены тягостными воспоминаниями, непростанно помимо собственной воли упрекали себя в том, что не приняли мер для предотвращения несчастья. Отмечались выраженные вазомоторно-вегетативные расстройства (тахикардия, лабильность АД, головокружение, потливость). После проведения операции прерывания беременности среди психических расстройств преобладали симптомы депрессии с конверсионным компонентом (шаткость, неустойчивость походки; расстройства чувствительности на конечностях, коже головы; ощущение комка в горле с затрудненным дыханием; заикание; стремление привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие окружающих).

Психологическое обследование группы в целом выявило у пациенток в преморбиде противоречивые личностные черты: с одной стороны – недостаточная уверенность в себе, скромность и робость, конформность, с другой – эгоизм, упрямство и настойчивость. Такие личностные особенности предрасполагали к депрессивному типу реагирования в психотравмирующей ситуации. Тест FPI выявил у пациенток более низкий уровень невротичности (5,5 балла) и эмоциональной лабильности (5,5 балла), чем в группе с острой реакцией на стресс (соответственно $t > 6,9$ $p < 0,001$ и $t > 5,5$ $p < 0,001$), меньшую (4,4 балла) раздражительность ($t > 2,0$ $p < 0,05$) и большую (5,9 балла) уравновешенность ($t > 5,2$ $p < 0,001$). Шкала HDRS выявила симптоматику, характерную для малого депрессивного эпизода ($\chi^2 = 80,49$ $p < 0,001$), а шкала HARS более низкий (8,8±0,3 балла) уровень тревоги ($t > 6,9$ $p < 0,001$). Тест Лири не выявил статистически достоверных различий с группой с острой реакцией на стресс.

Во второй группе 57 (69,5%) женщин выразили желание получить медикаментозную и психотерапевтическую помощь. При депрессивных реакциях назначались антидепрессанты (лудиомил до 50 мг в сутки, пароксетин 20 мг в сутки), транквилизаторы (седуксен 5 мг на ночь), ноотропы (фемибут 0,025 50-75 мг в сутки). При тревожно-депрессивных реакциях назначались антидепрессанты седативного спектра действия (амитриптилин 25-50 мг в сутки), малые нейрелептики (хлорпротиксен до 50-75 мг в сутки, эглонил 200-400 мг в сутки), транквилизаторы (феназепам 0,001 1 мг на ночь). При депрессивных реакциях с конверсионными расстройствами основными препаратами были антидепрессанты (амитриптилин до 50 мг в сутки) и малые нейрелептики (эглонил 200 мг парентерально один раз в сутки или сонапакс 30-75 мг в сутки). За кратковременный период (до 6 дней) пребывания в стационаре состояние пациенток существенно улучшалось за счет снижения эмоциональной напряженности и тревоги. Прием лекарственных препаратов рекомендовался и после выписки из стационара, однако, только 34 (59,6%) пациенток придерживались рекомендованного лечения. Катамнестически (спустя 6 месяцев после выписки) у них состояние стабилизировалось, настроение ровное, хотя при воспоминании о прерванной беременности одновременно, ситуационно снижалось настроение.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у женщин, направленных на прерывание беременности в поздние сроки по медицинским показаниям в 65% случаев наблюдаются клинически выраженные психические расстройства. Большинство – 50% составили психогенные психические расстройства в связи с абортom как психической травмой и 15% случаев – собственно психические расстройства, которые и явились медицинским показанием для прерывания беременности. Среди психических расстройств, возникающих в постабортном периоде наиболее тяжелыми были острые реакции на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства, а также расстройства адаптации. Важную роль в их формировании играли преморбидно-личностные характеристики женщин, а также имеющиеся у них тяжелые соматические заболевания, создающие астенические и невроподобные расстройства, как благоприятную почву для психогенного типа реагирования.

Оказание психиатрической и медико-психологической помощи женщинам с психогенными психическими расстройствами было затруднено кратковременностью их пребывания в стационаре и убежденностью в ситуативном характере и психологиче-

ской понятности их психических расстройств. Более половины пациенток соглашались на терапию в условиях стационара и более половины их них продолжали лечение амбулаторно с хорошим эффектом.

Результаты исследования позволяют рекомендовать назначение консультаций врача-психиатра и психотерапевта женщинам, направляемым на аборт в поздние сроки по медицинским показаниям, а также проведение краткосрочной кризисной психотерапии и психофармакотерапии в период их пребывания в стационаре с рекомендацией последующего наблюдения и лечения у специалистов в области психического здоровья.

Литература

1. Кочнева М. А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности [Текст] / М. А. Кочнева // Акушерство и гинекология. 1990. № 3. С. 13–16.
2. Малюченко, И. Ю. Психологическая помощь при постабортном синдроме и перинатальных потерях / И. Ю. Малюченко // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 2. С. 84–92.
3. Fergusson, D. M. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study / D. M. Fergusson, L. J. Horwood, J. M. Boden // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193, № 1. P. 444–451.
4. Invited commentaries on... Abortion and mental health disorders / P. Casey [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193, № 6. P. 452–454.
5. Is there an «abortion trauma syndrome»? Critiquing the evidence / G. E. Robinson [et al.] // Harv. Rev. Psychiatry. 2009. Vol. 17, № 24. P. 268–290.
6. Marchesi C. Major and minor depression in pregnancy / C. Marchesi, S. Bertoni, C. Maggini // Obstet. Gynecol. 2009. Vol. 113, № 6. P. 1292–1298.
7. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study / K. Dingle [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 193, № 6. P. 455–460.

PREGNANCY TERMINATION IN LATE PERIODS WITH PSYCHO-TRAUMATIC FACTOR IN GENESIS OF REACTIONS TO SEVERE STRESS AND ADAPTATION DISTURBANCE

M.A. KACHAN, V.A. RUZHENKOV

Belgorod State University
Chair of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology

One hundred and ninety (190) women at the age from 13 to 49 (25,7±0,5) years terminating pregnancy on late terms (from 19 to 27 weeks) under medical indications were examined. In 50 % cases acute stress response and adaptation disturbance were revealed: acute stress response with symptoms of posttraumatic stress disturbance (so-called «a post-abortive syndrome») – 6,8% and adaptation disturbance – 43,2% arising as reaction to psychic trauma and leading social adaptation disturbance. The possibilities of rendering of special medico-psychological assistance are discussed.

Key words: pregnancy termination, psychic trauma, acute stress response, deadaptation.

УДК 616.12-008.331.1

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВЕНОЗНОЙ ПОЧЕЧНОЙ И ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

М.Н. СУХОВ, Р.В. ГАРБУЗОВ, А.В. ДРОЗДОВ,
И.П. ЛЫВИНА, М.В. ИСАЕВА*

По нашим наблюдениям у 7,5% больных с внепеченочной портальной гипертензией имеется левосторонняя флелоборногипертензия. Расширение левой гонадной вены с ретроградным кровотоком у этой категории больных является показанием к оперативному вмешательству. Операции по поводу внепеченочной портальной гипертензии и флелоборногипертензии могут и должны выполняться одновременно. В случае расширения левой гонадной вены до 5-6 мм перевязка и пересечение её при условии сохранения поясничной ветви не усугубляет почечную гемодинамику. У больных с внепеченочной портальной гипертензией формирование гонадокавального анастомоза при повышенном давлении в венозной системе левой почки и расширении левой гонадной вены более 6-7 мм предупреждает раз-

витие патологических изменений почки и позволяет избежать развития варикоэла вен малого таза.

Ключевые слова: внепеченочная портальная гипертензия, левосторонняя венозная почечная гипертензия, варикоэла болезнь вен малого таза, тактика хирургического лечения.

Предупреждение и остановка кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка являются основными задачами в лечении больных с внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ) [1,2]. Этим целям служат операции портопортального и портокавального шунтирования [3-8]. Однако при выполнении сосудистых операций с формированием анастомоза с веной левой почки (спленоренального) нередко выявляется снижение функции созданного соустья. Часто это связано с венозной почечной гипертензией [9,10].

Причинами левосторонней регионарной флелоборногипертензии могут быть: 1. сдавление левой почечной вены (ЛПВ) между верхней брыжеечной артерией и аортой (передний nutcracker синдром – чаще); 2. сдавление ЛПВ между аортой и позвоночником (задний nutcracker синдром – реже); другие аномалии или поражения ЛПВ: 3. кольцевидное строение; 4. гипоплазия; 5. тромбоз [9,11]. У больных с ВПГ флелоборногипертензия, помимо негативного влияния на функцию сформированного спленоренального анастомоза, может привести к формированию коллатерального венозного оттока, то есть к рефлюксу в гонадную вену и варикоэлу вен малого таза (ВВМТ) у девочек и варикоэла у мальчиков. Гипертензия в левой почечной вене так же может приводить к нарушению функции почки [10], фиброному перерождению части клубочков почек с протеинурией и гематурией [11-14]. Основным повреждающим фактором при нарушенном оттоке венозной крови с повышением гидростатического давления, является тканевая гипоксия почки [15]. По данным ряда авторов, частота встречаемости левосторонней флелоборногипертензии и варикоэла вен малого таза (ВВМТ) составляет 15-22% у детей и пациентов репродуктивного возраста [14-18].

Принято, что и ВПГ с варикоэлом вен пищевода, и расширение левой гонадной вены с ретроградным кровотоком и развитием ВВМТ являются показанием к оперативной коррекции этих заболеваний [18]. При лечении ВВМТ широко распространённый способ оперативного вмешательства, как перевязка (или окклюзия) левой гонадной вены иногда приводит к усилению гипертензии в левой почке, что способствует снижению функциональности спленоренального анастомоза, усилению нефропатии [15,17-19]. В связи с этим необходим дифференцированный подход к оперативным вмешательствам, направленным на снижение или ликвидацию почечной гипертензии у больных с ВПГ. Это явилось критерием для изучения клинических проявлений, диагностики и разработки алгоритма лечения больных с ВПГ и венозной почечной гипертензией.

Материалы и методы исследования. За период с 1996 по 2009 год из числа оперированных в отделении микрохирургии РДКБ больных (710 пациентов) с ВПГ выявлено 53 (7, 6%) больных, у которых основная патология (ВПГ) сочеталась с венозной почечной гипертензией. Возраст наблюдаемых детей составил от 9 месяцев до 18 лет. В группе детей с ВПГ и флелоборногипертензией наблюдались: 31 девочка и 22 мальчика.

Из этих 53 пациентов 18 (34,0%) до госпитализации в наше отделение перенесли пищеводные кровотечения. У 8 детей кровотечения рецидивировали. Девятерым (17,0%) больным было выполнено эндоскопическое склерозирование вен пищевода, проведённое в 1-3 этапа. У 15 (28,3%) детей из-за угрозы или во время пищеводных кровотечений были выполнены операции по месту жительства: спленэктомия, гастротомия с прошиванием вен кардии. У двоих детей – формирование проксимального спленоренального анастомоза и у одного – оментогепатофренопексия.

Особенности клинической картины у больных с ВПГ и регионарной флелоборногипертензией. Клинические проявления ВПГ у пациентов с регионарной венозной почечной гипертензией свойственны течению основного заболевания (ВПГ). У 17 (32,0%) больных, обращал на себя внимание длительный субфебрилитет преимущественно во второй половине дня, не связанный с проявлениями респираторных заболеваний, периодический абдоминальный болевой синдром без чёткой локализации.

Основными клиническими проявлениями левосторонней венозной почечной гипертензии у больных с ВПГ являются: флелоборногипертензионная нефропатия и развитие коллатеральных путей кровотока (варикоэла или ВВМТ).

Постоянное воздействие факторов, вызывающих повышение

* Российская детская клиническая больница, Москва (главный врач – Н.Н. Ваганов)