

О ЗНАЧЕНИИ ДЕПРЕССОРНОГО ВЛИЯНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Асп. Г. А. Козин

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. Ф. Панцевич) Калининского медицинского института

Как в эксперименте [5, 6, 14, 15, 17], так и в клинике [1—4, 8—11, 13, 16, 18, 19] установлено, что беременность оказывает депрессорное влияние на повышенное АД. Почти все авторы считают, что снижение АД носит временный характер. Однако мнения относительно сроков беременности, при которых АД начинает снижаться, а также о продолжительности этого снижения противоречивы. По Д. Ф. Чеботареву, оно происходит в первые шестнадцать недель беременности, по Theobald — в первую половину беременности, по другим авторам [1, 9, 13, 18] — с середины беременности. О. Ф. Матвеева, С. М. Беккер, Л. Ф. Антонова наблюдали снижение АД с наступлением беременности. Степень и продолжительность понижения давления зависят от стадии развития гипертонической болезни.

Вопрос о значении депрессорного влияния беременности при гипертонической болезни для плода недостаточно освещен в литературе, нам удалось найти всего две работы [3, 12]. Их авторы придают указанному фактору большое прогностическое значение для плода.

В порядке поиска мы изучили течение и исход беременности у 197 больных гипертонической болезнью. Из этого числа беременных АД снизилось в первую половину беременности у 108 ($54,8 \pm 3,5\%$), причем в I стадии гипертонической болезни снижение АД происходило с 11 до 25-й недели беременности, в фазе А оно нередко доходило до нормальных цифр; во II ст. заболевания снижение АД наблюдали с 15 до 20-й недели беременности, но оно не достигало нормальных цифр. У 65 женщин ($33,0 \pm 3,3\%$) АД осталось без изменений и у 24 ($12,2 \pm 2,3\%$) повысилось, разница оказалась статистически достоверной ($P < 0,001$).

У тех беременных, у которых АД снижалось в первую половину беременности, прогноз для плода был относительно благоприятным: из 108 родившихся детей перинатально погибло 4 ($3,7 \pm 1,3\%$), отставание в развитии отмечено у 31 плода ($28,6 \pm 3,2\%$). Из 65 женщин, у которых АД не изменялось в первую половину беременности, перинатальная потеря детей наблюдалась у 7 ($10,7 \pm 2,4\%$), т. е. в 3 раза чаще, чем в случаях понижения АД ($P < 0,05$). В этой группе отмечено отставание в физическом развитии у 28 детей ($43,1 \pm 3,5$) — в 1,5 с лишним раза чаще, чем в I-й группе ($P < 0,01$).

Из 24 беременных, у которых АД в первой половине беременности повышалось, перинатальная потеря детей была у 8 ($33,3 \pm 3,3\%$), т. е. в 8 раз чаще, чем при понижении АД. Разница статистически достоверна ($P < 0,001$). Отставание в физическом развитии было отмечено у 18 детей ($75,0 \pm 3,0\%$) — почти в 3 раза чаще, чем в I-й группе ($P < 0,001$).

В структуре перинатальной смертности преобладала антенатальная гибель плода (12 из 19). Наибольшее число антенатальной мертворождаемости было у беременных, у которых АД повышалось в первую половину беременности (7 из 8) или оставалось без изменений (4 из 7). Отмечена антенатальная мертворождаемость и у 1 беременной со снижением АД. Интранатальная мертворождаемость была у 4 женщин: у 2 со снизившимся в первую половину беременности АД, у 1 с АД, остававшимся без изменений, и у 1 с повышавшимся АД.

После родов умерло 3 новорожденных: 1 от матери, у которой АД снизилось, и 2 от матерей, у которых АД осталось без изменений.

Таким образом, по нашим наблюдениям депрессорное влияние беременности при гипертонической болезни сказывается на состоянии плода и дальнейшем развитии детей. Прогностически неблагоприятно для плода отсутствие депрессорного влияния беременности и, особенно, повышение АД в первую половину ее. В группе беременных, у которых АД снижалось, мы получили более низкие показатели перинатальной смертности и отставания в физическом развитии детей, чем в группах, где АД оставалось без изменений или повышалось в первую половину беременности. Это имеет большое практическое значение при решении вопроса о дальнейшем ведении беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азлецкая-Романовская Е. А. Гипертоническая болезнь и беременность. Медгиз, М., 1963.—2. Антонова Л. Ф.; Беккер С. М., Матвеева О. Ф. и Кобозева Н. В. В кн.: Сердечно-сосудистая патология и беременность. Медгиз, М., 1959.—3. Вартанова М. М. Клиническая и физиологическая характеристика влияния гипертонической болезни матери на плод. Автореф. канд. дисс., Ереван,

1965.—4. Вылегжанин А. И. Акуш. и гинек., 1952, 6.—5. Горизонтов П. Д. и Андреева Е. А. Там же, 1948, 3.—6. Коган А. X. Там же, 1951, 4.—7. Матвеева О. Ф. Течение беременности и родов при гипертонической болезни. Автореф. канд. дисс., Л., 1952.—8. Спасская В. А. Сов. мед., 1968, 1.—9. Стоик Н. Л., Орлова Т. И. Поздний токсикоз беременных. Медгиз, М., 1952.—10. Чеботарев Д. Ф. Гипертензивный синдром беременных. Медгиз, М., 1956.—11. Brown F. Brit. med. J., 1947, 4520, 283—290.—12. Chesley L. C., Annitto J. E., Jarwis D. J. Am. J. Obstet. Gynec., 1947, 53, 5, 851—863.—13. Cosgrove S. A., Chesley L. C. The normal and pathological physiology of pregnancy. Baltimore, 1948.—14. Goldblatt H. J. exp. med., 1937, LXX, 671—675.—15. Grollman A. Am. J. Physiol., 1947, 151, 373—379.—16. Jensen J. The Heart in Pregnancy. St. Louis, 1938.—17. Page E. W. Am. J. Obstet. Gynec., 1941, 41, 53—60.—18. Ried D. E., Teel H. M. Ibid, 1939, 37, 5, 886.—19. Theobald G. W. The pregnancy toxemia of the encymonic atelositeses. London, 1955.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.72

А. Н. Геллер (Куйбышев-обл.). Плече-лопаточный периартрит и его лечение

Это страдание обусловлено развитием в периартикулярных тканях дистрофических процессов, сопровождающихся реактивным воспалением. Возникновению заболевания способствует острая или хроническая травма, реже — инфекционный процесс.

В данной работе приведены сведения о 160 больных с длительностью заболевания от 3 недель до 18 месяцев.

Большинство больных (131 чел., 81,8%) занималось физическим трудом. Острая травма была у 33 больных (20,6%). Правостороннее поражение было у 102 больных, левостороннее — у 57, двустороннее — у 1. Острое начало заболевания отмечено у 69 чел. (43,1%), постепенное — у 91 (56,9%).

При рентгенологическом исследовании у 58 больных (36,2%) был выявлен остеопороз головки плечевой кости, склероз большого бугорка и акромиального отростка лопатки. У 36 больных (22,5%) были обнаружены тени известковых отложений над большим бугорком. У остальных каких-либо рентгенологических изменений не было.

Больных лечили инъекциями гидрокортизона. 2 мл гидрокортизона растворяли в 10 мл 1% раствора новокаина, добавляли антибиотики (150 000—300 000 ед. пенициллина или стрептомицина) и вводили непосредственно в очаг воспаления, в болевые точки, определяемые пальпаторно. Курс лечения состоял из 2—5 инъекций с интервалами между инъекциями 3—5 дней. Двукратные инъекции произведены 15 больным, трехкратные — 27, четырехкратные — 47, пятикратные — 71. Осложнений не было.

К противопоказаниям для местной гидрокортизонотерапии мы относили активные формы туберкулеза, язвенную болезнь желудка, эпилепсию, гипертоническую болезнь, сахарный диабет, а также наличие гнойного очага в области предполагаемого введения препарата.

Мы являемся противниками иммобилизации пораженной конечности, и поэтому лечебной физкультуре отводим особое место. Рано начаты и систематически проводимые физические упражнения улучшают крово- и лимфообращение в пораженной области, что способствует более быстрому рассасыванию продуктов распада, ускоряет регенерацию пострадавших тканей. Систематически применяемые упражнения не только укрепляют мышцы, связки и благотворно действуют на все периартикулярные ткани, но и способствуют восстановлению нарушенных рефлекторных связей. В острой стадии заболевания, когда на первый план выступает болевой синдром, назначают движения в плечевом суставе облегченного типа. Движения проводятся с опорой, поддержкой больной руки, обычно не выше горизонтали, чтобы не вызвать резкого усиления болей. После 2—3 инъекций гидрокортизона болевой синдром, как правило, значительно уменьшается, и больным назначают более активную лечебную физкультуру, а затем и механотерапию (на блоке).

Выздоровление (отсутствие болей, восстановление полного объема движений в суставе) наступило у 136 больных (85%), улучшение (восстановление полного объема движений в суставе, но периодически умеренная болезненность при физической нагрузке) — у 15 (9,4%), изменений не отмечено у 9 (5,6%). Средний срок нетрудоспособности больных — 17,5 дня.

Мы считаем необходимым применять местную гидрокортизонотерапию в сочетании с лечебной физкультурой, так как остальные виды консервативного лечения малоэффективны.