

СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МАТКИ У ЖЕНЩИН ПРИ ТОКСИКОЗЕ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

А. А. Абрамович

*Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. И. Яковлев) I Ленинградского
медицинского института им. И. П. Павлова*

Течение беременности и родового акта при токсикозе II половины беременности в 12,8—20,5% осложняется несвоевременным отхождением околоплодных вод, в 12,7—33,8% — преждевременными родами, в 8,1—24% — аномалиями родовых сил [2, 7, 8 и др.].

Было высказано предположение [3, 9] о возможной связи между указанными выше осложнениями, часто встречающимися при токсикозе беременности, и изменениями в характере сократительной деятельности матки.

Целью настоящей работы явилось изучение сократительной деятельности матки в течение последних недель беременности (36—40-я неделя) и I периода родов у 106 женщин, страдавших токсикозом во II половине беременности. Контрольную группу составили 26 женщин с физиологическим течением беременности и родового акта.

Исследования проводили с помощью метода четырехканальной наружной гистерографии.

В предыдущем сообщении (Акуш. и гинек., 1969, 1) был рассмотрен вопрос об особенностях сократительной деятельности матки при различных стадиях токсикоза II половины беременности (отечной, сосудистой, почечной и предсудорожной). Было установлено, что не существует какой-либо зависимости между стадией токсикоза и характером сократительной деятельности матки. Это обстоятельство дало возможность проводить исследование сократительной деятельности матки при токсикозе II половины беременности без учета стадии данного патологического процесса.

Для характеристики сократительной деятельности матки были использованы общепринятые параметры: частота сокращений, их продолжительность и интенсивность.

Достоверность различий между этими показателями у женщин контрольной группы и страдавших токсикозом II половины беременности определяли с помощью метода вариационной статистики (критерий Колмогорова — Смирнова).

Сократительная деятельность матки у женщин контрольной группы характеризовалась следующими показателями: частота сокращений матки в последние недели беременности — 2,3 ($\pm 0,7$) — 5,9 ($\pm 1,8$) в час, в I периоде родов — 11,5 ($\pm 4,9$) — 16,4 ($\pm 6,2$); продолжительность сокращений в последние недели беременности — 104,5 ($\pm 28,7$) — 112,4 ($\pm 20,6$) сек., в I периоде родов — 115,8 ($\pm 14,3$) — 116,3 ($\pm 19,5$) сек.¹

У женщин, страдавших поздним токсикозом, в последние недели беременности наблюдается повышенная активность маточной мускулатуры. Это находит свое выражение в значительном (более чем в 5 раз) увеличении частоты сокращений матки при некотором уменьшении их продолжительности по сравнению с показателями у женщин контрольной группы. Частота сокращений матки у женщин при позднем токсикозе в 36—40 недель беременности составляла 10,4 ($\pm 2,8$) — 15,7 ($\pm 4,4$) в час, а продолжительность сокращений — 82,2 ($\pm 19,9$) — 101,1 ($\pm 24,2$) сек.

В зависимости от особенностей сократительной деятельности матки в периоде раскрытия и характера течения родового акта мы разделили женщин, страдавших токсикозом II половины беременности, на 3 группы.

В 1-ю гр. было включено 77 женщин, у которых характер сократительной деятельности матки на протяжении I периода родов оставался таким же, каким был в последние недели беременности. Это находится в полном соответствии с данными, представленными в свое время И. И. Яковлевым и др. Частота сокращений матки у женщин 1-й гр. была равна 23,7 ($\pm 12,8$) — 26,1 ($\pm 9,5$) в час, а продолжительность их — 89,7 ($\pm 11,4$) — 95,2 ($\pm 16,3$) сек. Следовательно, сократительная деятельность матки у женщин 1-й гр. представлена частыми и небольшой продолжительности сокращениями. Подобный характер сократительной деятельности матки обусловлен повышенной активностью маточной мускулатуры и является наиболее типичным для женщин при токсикозе II половины беременности, так как наблюдается у 100% из них в по-

¹ Приводимые в дальнейшем показатели продолжительности сокращений указываются только для дна матки.

следние недели беременности и у 72,6% в течение I периода родов. Средняя продолжительность родового акта у женщин этой группы составляла 10 час. 23 мин. и практически не отличалась от данных контрольной группы (11 час. 04 мин.).

Дальнейшие отклонения в характере сократительной деятельности матки в периоде раскрытия, обусловленные изменениями активности маточной мускулатуры, явились причиной возникновения аномалий родовых сил, которые наблюдались у 29 женщин, страдавших токсикозом II половины беременности.

У 20 женщин (18,8%) 2-й гр. с началом родовой деятельности отмечалось значительное повышение активности маточной мускулатуры, которое сохранялось на протяжении всего I периода родов. Частота сокращений матки у женщин этой группы составляла $29,6 (\pm 9,7) - 30,2 (\pm 14,1)$ в час, превышая данные как контрольной, так и 1-й гр., продолжительность сокращений была равна $109,7 (\pm 12,3) - 113,4 (\pm 16,1)$ сек., т. е. не отличалась от величин, полученных в контрольной группе, но превышала показатели 1-й гр. Приведенные данные свидетельствуют, что сократительная деятельность матки у женщин 2-й гр. характеризуется очень частыми и продолжительными сокращениями.

Выявленная особенность сократительной деятельности матки у женщин 2-й гр. во время I периода родов явилась причиной быстрого и стремительного их течения. При этом средняя продолжительность родового акта у женщин 2-й группы составляла 4 часа 20 мин.

У 9 женщин 3-й гр. (8,6%) в течение I периода родов наблюдалось снижение активности маточной мускулатуры. Это выражалось в уменьшении частоты сокращений матки ($14,9 \pm 5,2$) по сравнению с данными у женщин 1-й и 2-й групп. Различие между показателями частоты сокращений матки у женщин 3-й гр. и контрольной статистически не достоверно. В то же время продолжительность сокращений матки у женщин 3-й гр. ($91,6 \pm 17,6$ сек.) была меньшей, чем у женщин контрольной и 2-й гр. Различие между показателями продолжительности сокращений у женщин 3-й и 1-й гр. статистически не достоверно. Таким образом, сократительная деятельность матки у женщин 3-й гр. представлена редкими и небольшой продолжительности сокращениями. Надо полагать, что пониженная активность маточной мускулатуры явилась в этих случаях причиной слабости родовой деятельности и затяжного течения родового акта. Указанное осложнение потребовало проведения стимуляции родовой деятельности всем женщинам данной группы. Положительный эффект наблюдался у 6 из них: увеличилась частота сокращений матки до $20,8 (\pm 12,7)$ в час и их продолжительность до $104,6 (\pm 18,9)$ сек. У 3 остальных женщин, несмотря на дважды проведенную родостимуляцию, усиления сократительной деятельности не произошло. Средняя продолжительность родового акта у женщин 3-й гр. составила 25 час. 44 мин.

Необходимо отметить, что нами не установлено достоверных различий между показателями интенсивности сокращений матки, выражавшихся на гистерограммах в виде амплитуды сокращений, у женщин всех вышеуказанных групп.

Проведенное исследование позволило установить, что при токсикозе II половины беременности у большинства женщин (91,4%) в последние недели беременности и в I периоде родов наблюдается умеренное или значительное повышение активности маточной мускулатуры.

В свете современных физиологических представлений функциональное состояние матки и ее сократительная деятельность находятся, прежде всего, под непосредственным регулирующим влиянием и контролем со стороны ЦНС.

Было показано [4, 9], что определенное функциональное состояние ЦНС на протяжении беременности и родового акта обеспечивает физиологическое течение последних, нарушение же ее деятельности незамедлительно сказывается на сократительной деятельности матки [9].

Одним из заболеваний, при котором наблюдается нарушение функционального состояния ЦНС, является токсикоз II половины беременности [5, 6]. На кафедре акушерства и гинекологии I ЛМИ им. И. П. Павлова в 1967 г. А. Т. Аксенова провела электроэнцефалографическое изучение функционального состояния головного мозга у 90 женщин при токсикозе II половины беременности и установила, что у 85,9% из них биоэлектрическая активность головного мозга характеризуется наличием различных форм патологической активности.

По-видимому, наблюдающееся при позднем токсикозе нарушение функционального состояния ЦНС играет существенную роль в возникновении изменений в сократительной деятельности матки, которые были выявлены при гистерографических исследованиях. Кроме того, развивающиеся при этом страдания изменения обмена веществ, гемодинамики, гормонального баланса и пр. несомненно оказывают свое влияние на функциональное состояние гладкой мускулатуры матки. Надо полагать, что изменения в характере сократительной деятельности матки у женщин при токсикозе II половины беременности являются результатом взаимодействия вышеперечисленных факторов, из которых основное значение имеет нарушение деятельности ЦНС, наблюдающееся при данном заболевании.

Указанные изменения сократительной деятельности матки, очевидно, могут служить решающим фактором, обуславливающим возникновение различных осложнений в течении беременности и родового акта у женщин при токсикозе II половины бере-

менности. Это подтверждается тем, что частота преждевременных родов у обследованных нами женщин достигала 6,6%, несвоевременное отхождение околоплодных вод — 46,2% и аномалии родовых сил — 27,4%.

Сказанное находится в полном соответствии с клиническими наблюдениями приведенных выше авторов.

Профилактика нарушений сократительной деятельности матки и связанных с ними осложнений в течении беременности и родового акта у женщин при позднем токсикозе, так же как профилактика нарушений деятельности других органов при этом заболевании, по-видимому, будет заключаться в ранней диагностике и своевременном лечении токсикоза II половины беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова А. Т. Функциональное состояние головного мозга у женщин при различных формах и стадиях токсемии во второй половине беременности. Автореф. канд. дисс., Л., 1967.—2. Калманова О. А. В кн.: Сердечно-сосудистая патология и беременность. Медгиз, Л., 1959.—3. Кременцов Ю. Г. О координации сокращений различных отделов матки в первый период родов. Вopr. oхp. мат. и дет., 1965, 2.—4. Лазарев П. П. Клин. мед., 1933, 11.—5. Лотис В. М., Лисовская Г. М. Тр. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР, Л., 1961.—6. Логинова Н. Е. Акуш. и гинек., 1950, 3.—7. Орлова Т. И. Там же, 1947, 5.—8. Эстеркин Е. С. Там же, 1957, 1.—9. Яковлев И. И. Сб. тр. каф. акушерства и гинекологии I ЛМИ им. Н. П. Павлова, 1957; Акуш. и гинек., 1951, 5; 1961, 5.

УДК 618.2—616—071

К ДИАГНОСТИКЕ 32-НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В. В. Давыдов

Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР.

В Советском Союзе миллионы женщин получают дородовой декретный отпуск с 32-й недели беременности. Несмотря на то, что вопросам диагностики 32-недельной беременности уделялось и уделяется большое внимание, процент ошибок в выдаче декретного отпуска все еще весьма высок (от 14 до 20%), что можно объяснить целым рядом моментов. Прежде всего нет точных данных о продолжительности беременности и о времени зачатия. Нередко беременные женщины не знают точной даты последней менструации, первого шевеления плода, иногда они умышленно сообщают врачу неверные данные. Поздняя первая явка в женскую консультацию, нерегулярность посещения консультации также способствуют увеличению числа ошибок. Однако главной причиной следует считать несовершенство диагностики 32-недельной беременности, причем ошибки одинаково часто допускают врачи различной квалификации как в городе, так и в сельской местности.

В настоящее время при выдаче дородового декретного отпуска врачи руководствуются анамнезом и объективными исследованиями согласно инструкции, составленной А. А. Лебедевым и Л. Г. Степановым в 1948 г., и формуле И. Ф. Жордана (1955).

Мы поставили перед собой задачу дополнить имеющиеся методы определения 32-недельной беременности. Для этого мы воспользовались данными статистической обработки показателей физического развития женщин и провели анализ 506 карт беременных в зависимости от показателей роста женщины. В разработку включались лишь те наблюдения, где ошибка между предполагаемым и истинным сроком родов не превышала 14 дней. У всех беременных было головное предлежание плода и беременность протекала без признаков токсемии, многоводия и других осложнений, которые так или иначе могли мешать точному определению срока беременности. Полученные в результате анализа обменных карт беременных и историй родов данные были обработаны методом вариационной статистики.

У женщин при беременности в 32 недели вес, а также окружность живота закономерно тем больше, чем выше рост женщины. Высота стояния дна матки над лоном в 32 недели беременности у женщин разных ростовых групп почти одинакова, следовательно, может служить надежным признаком.

Поскольку в акушерской литературе мы не встретили указаний на величину прибавки в весе за время беременности с 8 до 32 недель, нам представилось интересным изучить и этот вопрос.

Прибавка в весе у беременных женщин разных ростовых групп разная. Так, у женщин низкого роста при сроке беременности 32 недели средний вес составил $56,1 \pm 0,6$ кг, прибавка в весе — $9,4 \pm 0,4$ кг; у женщин ниже среднего роста — соответственно $59,5 \pm 0,5$ и $8,7 \pm 0,1$ кг; у женщин среднего роста — $64,7 \pm 0,7$ и $13,8 \pm 0,4$ кг; у женщин выше среднего роста — $71,3 \pm 0,7$ и $18,3 \pm 0,1$ кг и у женщин высокого роста — $74,9 \pm 0,5$ и $6,8 \pm 0,1$ кг (наиболее низкая прибавка).