

Кровопотеря в родах до 400 мл была у 577 женщин, от 400 до 500 мл — у 18. При рождении состояние всех детей было удовлетворительным; у 537 вес колебался от 2800,0 до 4000,0, у остальных достигал 4000,0 и более.

Одним из клинических признаков течения послеродового периода является инволюция матки. О степени инволюции судят по уровню стояния дна матки. Мы ежедневно измеряли высоту стояния и поперечный размер матки сантиметровой лентой. При активном ведении послеродового периода инволюция матки происходит значительно быстрее. Начиная с 3-го и в последующие 3—4 дня после родов высота стояния дна матки на 2,5 см, а поперечный размер — на 1,5 см меньше, чем у рожениц при обычном режиме.

Лохии при активном режиме в первые три дня послеродового периода были кровянистыми, более обильными, но становились серозными значительно раньше, чем у рожениц при обычном ведении. У 86% рожениц лохии приобретали серозный характер на 4-й день после родов.

Мы проводили бактериоскопические и цитологические исследования мазков влагалищного отделяемого ежедневно со 2 по 7-й день включительно у 41 роженицы (из них 15 составляли контрольную группу).

При активном ведении послеродового периода преобладают мазки II ст. чистоты влагалища. I и II ст. чистоты влагалища встречались в единичных мазках. В контрольной группе мазки I ст. чистоты не наблюдались, мазки III ст. отмечались чаще, чем в исследуемой группе. По-видимому, это связано, с одной стороны, с усиленным оттоком лохий и более быстрой инволюцией матки при активном ведении послеродового периода, с другой — с лучшими санитарно-гигиеническими условиями (ежедневно прием душа, более частый туалет половых органов и т. д.).

При активном ведении послеродового периода на 3-й день после родов III тип цитологической реакции влагалищного мазка наблюдался у 25 из 26 рожениц, количество эритроцитов было меньше, чем в контрольной группе. У рожениц контрольной группы III тип цитологической реакции влагалищного мазка появляется на 4—5-й день после родов. На 3-й день после родов при обычном ведении послеродового периода видны парабазальные клетки, большое количество эритроцитов и лейкоцитов, а при активном — промежуточные и единичные ороговевающие клетки, небольшое количество эритроцитов и лейкоцитов.

При активном ведении послеродового периода самостоятельное отхождение мочи было у 99,1%, кала — у 93,2%.

Активное ведение послеродового периода способствовало снижению общего количества пуэрперальных осложнений в отделении с 6,2% в 1962 г. до 4,7% в 1965 г.

Раннее вставание в сочетании с водными процедурами улучшает санитарное состояние отделения; медицинский персонал получает возможность уделять больше внимания роженицам, нуждающимся в постельном режиме.

Течение послеродового периода в ближайшие 6—7 недель со дня выписки из стационара изучено у 326 женщин. У 2 из них было маточное кровотечение (на 21 и 25-й день после родов), у остальных осложнений не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев М. С., Хаст Л. И. Охр. мат. и млад., 1938, 2. — 2. Бартельс А. В., Гранат Н. Е. Физкультура во время беременности и послеродовом периоде. Медгиз, М., 1955. — 3. Илькевич В. Я., Некрасов С. П. Тр. I Всеукр. съезда акуш. и гинек., 1928. — 4. Казанцева М. А. Сов. мед., 1959, 1. — 5. Каплан А. Л., Ехонвич З. Е. Акуш. и гинек., 1936, 5. — 6. Махлина М. И. Фельдш. и акуш., 1955, 12. — 7. Парамонова М. В. В кн.: Труды Куйбышевского мед. ин-та, том XIV, Куйбышев, 1960. — 8. Селицкий С. А. К вопросу о раннем вставании после родов. М., 1915. — 9. Синицына М. А. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде и эффективность ее применения. Автореф. канд. дисс., М., 1957. — 10. Фейгель И. И., Шепетинская А. А. Анатомо-физиологические особенности нормального послеродового периода, его гигиена и диета. Биомедгиз, 1937. — 11. Щекотов А. Т. П. Акуш. и гинек., 1938, 3. — 12. Шепетинская А. А. и Бутаков Е. В. Там же, 1934, 3.

УДК 618.2/7—616.94—612.015.348

ПРОТЕИНОГРАММА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ АКУШЕРСКОМ СЕПСИСЕ

И. Р. Зак и Ю. Е. Вельтищев

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. — проф. Л. С. Персианinov) и кафедра госпитальной педиатрии (зав. — проф. В. А. Таболин) 2-го Московского ордена Ленина медицинского института им. Н. И. Пирогова

За последние годы вновь отмечается возрастание смертности при акушерском сепсисе, несмотря на постоянный приток антибиотиков в клинику. Kirby (1960) отметил в США следующую закономерность: в течение первых 5 лет применения антибиотиков смертность от сепсиса снизилась с 80 до 30%, а затем она начала возрастать и почти

достигла исходной. Это объясняется возрастанием количества микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам (Eisenberg, Wagner, 1952; Pullen, 1960; Welch, 1954). Если до применения антибиотиков при сепсисе чаще всего высевался гемолитический стрептококк (Л. И. Бубличенко, 1949), то теперь его место занял стафилококк и возросла роль грамотрицательных микроорганизмов (А. М. Долгопольская, 1958).

Состояние белкового обмена и протеинограмм крови при этом заболевании исследовано в настоящее время недостаточно.

Мы изучали изменения содержания белка и белковых фракций у 90 больных, страдающих акушерским сепсисом.

У больных с септикопемией и сепсисом, вызванным грамотрицательными микроорганизмами, отмечались нерезкие сдвиги в содержании белка. При септицемии, перитоните и септикопемии была обнаружена отчетливая гипоальбуминемия.

Во всех группах больных наблюдалось возрастание концентрации α -глобулинов, которое было несколько менее выражено у больных с сепсисом, вызванным грамотрицательными микроорганизмами. Относительная концентрация β - и γ -глобулинов не претерпевала существенных изменений. Однако, учитывая отмеченное выше снижение альбуминов, можно считать, что относительная концентрация глобулинов была увеличена во всех группах. Другими словами, речь идет об изменении альбумино-глобулинового коэффициента в сторону его снижения.

У 9 больных сепсис был вызван грамотрицательными микроорганизмами. Эта форма сепсиса, описанная в нашей литературе только Г. Д. Дерчинским (1933), характеризуется снижением АД вплоть до шока и нарушением функций почек, что нередко выражается в анурии (Lillchei, 1958; Halle, 1955; Turler, 1964).

Несмотря на значительные различия в клинической картине у исследованных больных, можно сделать вывод о существовании общей тенденции в изменении протеинограммы во всех группах. Некоторые отклонения были в группе больных с септикопемией, у которых при длительном течении заболевания на фоне общего истощения организма отмечена высокая частота гипопротенемии и резкая гипоальбуминемия.

У больных с сепсисом, вызванным грамотрицательными микроорганизмами, была установлена общая гипопротенемия при нерезком изменении соотношения белковых фракций, что, по-видимому, можно связать с катаболической направленностью белкового обмена.

Наши исследования позволяют говорить о 2 основных типах изменений протеинограммы. Наиболее распространенный тип — гипопротенемия с резким уменьшением концентрации альбуминов и нарастанием α_2 -глобулинов; он наблюдается при тяжелом и длительном течении сепсиса, сопровождающемся истощением белковых запасов в организме и функциональной недостаточностью почек. Второй тип — общая гипопротенемия с нерезко измененной протеинограммой, что может указывать на ускоренное сгорание (катаболизм) плазменных белков.

Из сказанного выше вытекает, что ограничение белков в диете больных сепсисом допустимо лишь в начале заболевания, в особенности при наличии почечной недостаточности, а при длительном течении процесса больные нуждаются в полноценной, богатой белками пище.

Прямой необходимостью в применении γ -глобулина для лечения септических больных нет: ни в одном случае мы не отметили снижения содержания этой фракции за пределы нижней границы нормы. Однако при длительном течении септического процесса применение γ -глобулина может дать некоторый эффект за счет повышения иммунобиологических свойств организма.

Гипоальбуминемия служит прямым показателем для парентерального введения больных препаратов альбумина. Это лечебное мероприятие не только направлено на компенсацию недостаточности альбуминов, но также способствует восстановлению кровосращения и повышению АД, что особенно важно при тенденции к его снижению у септических больных (при инфекции грамотрицательными и анаэробными микроорганизмами). Выявляемая у больных гипопротенемия, усиливающаяся при длительном течении заболевания и при слишком быстром сгорании плазменных белков, еще раз подтверждает целесообразность переливаний крови, плазмы и сыворотки септическим больным, особенно при длительном и тяжелом течении сепсиса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубличенко Л. И. Послеродовая инфекция. Медгиз, М., 1941.
2. Дерчинский Г. Д. Журн. акуш. и гинек., 1933, 4.
3. Долгопольская Л. М. Акуш. и гинек., 1958, 1.
4. Eisenberg L., Wagner B. Am. J. med. Sci., 1952, 233, 600.
5. Halle W. A., Gold D. Arch. intern. Med., 1955, 96, 403.
6. Kirby W. M., Dergu D. M., Bauch A. N. New Engl. J. Med., 1960, 262, 40.
7. Lillchei R. C., McLeant L. D. Ann. Surg., 1958, 148, 513.
8. Pullen T. Arch. Surg., 1960, 80, 942.
9. Turler J. K. Lancet, 1964, 1, 878.