

беременности. Автореф. канд. дисс., Куйбышев, 1966. — 6. Климец И. С. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1967, 8. — 7. Лебедев А. А., Месик Р. Е. *Акуш. и гинек.*, 1936, 1. — 8. Николаевский В. Д., Иванова О. А. Тез. докл. X итог. научн. конф. врачей 333 Окр. воен. госп. Новосибирск, 1966. — 9. Петров-Маслаков М. А. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1967, 8. — 10. Чтецова Д. М., Зубрицкая Е. В., Бабилова Н. И. *Реф. научн. работ объедин. научн. сесс. Свердловского ин-та охр. мат. и млад.*, Свердловск, 1958. — 11. Цинберг М. А. Некоторые патофизиологические исследования экспериментальной аутосенсibilизации к антигенам кишечных тканей. Автореф. канд. дисс., Казань, 1965. — 12. Prall R. H., Kantor F. S. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1966, 95, 4, 530—533. — 13. Wilken H. *Zbl. Gynäk.*, 1963, 85, 35, 1225—1233.

УДК 618.4—618.4—005.1—615.
361.45—612.467

КАТЕХОЛАМИНЫ В МОЧЕ У РОДИЛЬНИЦ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ КРОВОПОТЕРИ В РОДАХ

Р. Г. Идиятуллина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Х. Х. Мещеров) и ЦНИИ (зав. — канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Мы изучали состояние симпатико-адреналовой системы женщин в послеродовом периоде по содержанию катехоламинов в моче в зависимости от величины кровопотери в прошедших родах и количества родов, так как по экскреции катехоламинов можно судить о компенсаторных возможностях организма родильниц.

Под нашим наблюдением находились 46 родильниц (первородящих 22, повторнородящих — 24) на 6—8-й дни после родов.

Катехоламины определяли в суточной и собранной в течение 3 часов (с 8—9 до 11—12) моче родильниц методом Э. Ш. Матлиной.

Родильницы были разделены на две группы в зависимости от количества потерянной крови в родах. 1-ю гр. составила 31 родильница с физиологической кровопотерей, 2-ю — 15 с повышенной потерей крови. Величину кровопотери определяли в миллилитрах и в процентном отношении к весу тела роженца. Кровопотерю считали физиологической, если она не превышала 0,5% веса роженца.

У родильниц 1-й гр. содержание адреналина в моче выше, чем у родильниц 2-й гр., у которых оно почти такое же, как у здоровых небеременных женщин. Содержание норадреналина, наоборот, повышено у родильниц 2-й гр. Что касается клинического течения послеродового периода, то у родильниц с физиологической кровопотерей в родах оно благоприятнее, чем у родильниц с патологической кровопотерей. У последних мы чаще, чем у первых, наблюдали гипогалактию (у 5 из 15), анемию, субинволюцию матки (у 6 из 15), нарушение функции кишечника и мочевого пузыря. Наши данные показывают, что на 6—8-й дни послеродового периода в организме родильниц происходят изменения механизмов адаптации, в которых, как известно, видную роль играет симпатико-адреналовая система [1, 2, 5].

У родильниц с физиологической кровопотерей в родах симпатико-адреналовая система продолжает оставаться возбужденной. Можно полагать, что возбуждение симпатико-адреналовой системы, повышенная экскреция адреналина способствуют лучшему сокращению матки, кровеносных сосудов, уменьшению кровяных выделений, нормальному функционированию кишечника, мочевого пузыря и молочных желез, нормализуя взаимодействие различных гормональных систем. У родильниц с физиологической кровопотерей матка сокращается хорошо, мы у родильниц этой группы ни разу не наблюдали субинволюции матки, нарушения функции кишечника и мочевого пузыря. Гипогалактия была только у одной женщины. Малая экскреция адреналина несмотря на повышенное содержание норадреналина в организме родильниц с патологической кровопотерей неблагоприятна для нормального течения послеродового периода.

У части родильниц параллельно с исследованием мочи, собранной в течение 3 часов, мы определяли катехоламины в суточной моче. У родильниц с патологической кровопотерей в родах экскреция адреналина с суточной мочой меньше, норадреналина же больше, чем у родильниц с физиологической кровопотерей.

Чтобы выяснить, имеется ли разница в содержании катехоламинов в моче родильниц на 6—8-й дни послеродового периода в зависимости от количества родов и потерянной в родах крови, мы разделили две основные группы родильниц еще на две группы. Первую подгруппу составили первородящие, вторую — повторнородящие.

На 6—8-й дни послеродового периода экскреция адреналина у первородящих с физиологической кровопотерей больше, чем у повторнородящих, а содержание норадреналина одинаково. Можно допустить, что незначительное усиление функции симпатико-адреналовой системы у повторнородящих обеспечивает гладкое течение послеродового

го периода. У первородящих же содержание адреналина повышается более резко, что, возможно, связано с несовершенством приспособительных механизмов первородящих. У родильниц с патологической кровопотерей в обеих подгруппах количество адреналина в моче ниже, а норадреналина выше, чем у родильниц с физиологической кровопотерей, причем у повторнородящих экскреция норадреналина в моче повторнородящих мы можем объяснить лучшей приспособляемостью их организма по сравнению с первородящими. Но наши данные показывают, что повышенное содержание только норадреналина недостаточно для гладкого течения послеродового периода.

ВЫВОДЫ

1. На 6—8-й дни послеродового периода у родильниц с физиологической потерей в родах содержание адреналина в моче выше, чем у родильниц с патологической кровопотерей.
2. У родильниц после патологической потери крови в родах экскреция норадреналина выше, чем после физиологической кровопотери.
3. У повторнородящих после патологической потери крови в родах экскреция норадреналина больше, чем у первородящих.
4. На 6—8-й дни послеродового периода нормализации сдвигов в симпатико-адреналовой системе не происходит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Девальд М. К. Вегетативная нервная система и свертываемость крови при острых кровопотерях. Автореф. канд. дисс., Саратов, 1950. — 2. Казанцев Ф. Н. Акуш. и гинек., 1963, 2. — 3. Лернер Е. Л., Эйдельман М. М. Там же, 1966, 4. — 4. Рыкунов Е. И. Адренергические вещества у небеременных и беременных в норме и патологии. Автореф. канд. дисс., М., 1964. — 5. Симановский Д. Е. О функциональных изменениях при кровотечении во время беременности и родов и комплексное лечение кровопотерь. Автореф. канд. дисс., Л., 1964.

УДК 618.5—089.888

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ШИПЦОВ В РАЙОННОМ ГОСПИТАЛЕ ЗА 10 ЛЕТ

А. Балаш и М. Чепко

Районный госпиталь в Мехове (директор — др. Л. Засец, ординатор отделения акушерства и гинекологии — др. З. Бинкевич), Краковское воеводство

В мировой литературе очень мало внимания уделяется анализу применения акушерских щипцов в провинциальных госпиталях, большинство работ относится к данным больших городских госпиталей и клиник.

В районном госпитале в Мехове за 10 лет (1954—1963) было всего 6578 родов, из них 96 (1,46%) закончились наложением акушерских щипцов. Процент этот является низким по сравнению со средней частотой применения акушерских щипцов в европейских клиниках и больших городских больницах (3—4%) и приближается к самым низким пределам для Европы (0,82%), значительно отдалаясь от верхнего предела (8,32%). В США акушерские щипцы применяются в 33—80%.

Из 96 рожениц 76 были первородящими и 20 — повторнородящими. В возрасте 20—24 лет было 25%, 24—29 лет — 27% рожениц. Продолжительность родов, закончившихся наложением акушерских щипцов, была следующей: до 12 час. — у 12,5% рожениц, от 13 до 18 час. — у 24%, от 19 до 24 час. — у 3,5% и свыше 24 час. — у 50%.

Высокие щипцы в госпитале не применяли, так как эта операция опасна для ребенка и матери, полостные щипцы накладывали 10,4% рожениц и выходные — 89,5%. Эти данные вполне соответствуют литературным, так как в значительном большинстве клиник и городских госпиталей чаще всего применяют выходные щипцы.

Показанием к наложению акушерских щипцов служили: внутриутробная асфиксия плода (в 61,2%), затянувшиеся роды (в 26%), недостаточная родовая деятельность матки, преэклампсия, эклампсия, низкое поперечное стояние головки плода, пороки сердца у матери и др. Повреждения родовых путей при акушерских щипцах были следующими: эпизиотомия — в 63,5%, средние повреждения (разрыв промежности 2-й степени, разрыв шейки средней степени) — в 15,4%, тяжкие повреждения (разрыв промежности 3-й степени и разрыв шейки матки) — в 1%. Новорожденных с весом до