

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 несколько больше, чем у первородящих. Повышенный уровень 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-адренальной 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 гинекол., 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 ЩИПЦОВ 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 отдаляясь 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

3000 г было 23,5%; от 3000 до 3500 г — 34,3%; от 3500 до 4000 г — 28,1%; от 4000 до 4500 г — 10,4% и от 4500 до 5000 г — 3,1%. Свыше 5000 г новорожденных не было. Переливание крови после наложения щипцов за 10 лет было произведено только одной женщине.

Осложнения III периода родов после наложения акушерских щипцов были у 13 женщин на 96 родов, в том числе у 2 было проведено ручное отделение плаценты, у 6 — ручное удаление последа с инструментальным контролем полости матки. В послеродовом периоде у 12,5% женщин был пуерперальный и у 3,1% — септический эндометрит.

У 3,1% новорожденных было повреждение кожи головки, у 5,1% — бледная асфиксия, у 3% — подкожное кровоизлияние и у 1% — кровоизлияние в мозг. Смертность новорожденных равнялась 2%, материнской смертности не было. Продолжительность госпитализации после родов, законченных щипцами, — 10,6 дня (11,1 дня приходится на первородящих и 9,1 — на повторнородящих).

Таким образом все приведенные данные приближаются к нижним пределам данных, наблюдаемых в больших городских больницах.

УДК 618.2—616.379—008.64—616—07

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ДИАБЕТА У БЕРЕМЕННЫХ

Ф. И. Байле

Роддом № 4 г. Воронежа

Научный консультант — проф. О. С. Радбиль (Казань)

По современной классификации предиабетом называют начальную нераспознаваемую, «гипотетическую» стадию диабета, поэтому и клинику предиабета беременных описывали в основном ретроспективно [1, 2].

При опросе 15 женщин, больных явным диабетом, мы установили, что они плохо помнят особенности бывших давно беременностей. Медицинской документации об интересующем нас периоде жизни больных, как правило, не было, и проверить достоверность ответов на большинство требующих освещения вопросов было невозможно.

В настоящее время признается, что предиабет беременных может сопровождаться улавливаемыми нарушениями углеводного обмена [3, 9]. В связи с этим мы исследовали у женщин во время беременности толерантность к сахарным нагрузкам, если беременность протекала у них с признаками, которые в литературе признаются на основании ретроспективных наблюдений характерными для предиабета.

Подозрительными на предиабет считались беременные с признаками ожирения (вес 80 кг и больше), с отягощенным акушерским анамнезом (роды крупным или мертвым плодом, смерть новорожденных, врожденные уродства плода, токсикоз в предыдущих беременностях, спонтанные выкидыши или преждевременные роды), с чрезмерной прибавкой в весе во время беременности, появившимися жалобами на кожный зуд, жажду или полиурию [1—3, 6—8]. Толерантность к сахарным нагрузкам мы определяли, как правило, в третьем триместре беременности, так как по литературным данным при предиабете матери развитие плода до последнего триместра беременности происходит в условиях нормогликемии [10, 11]. При неосложненном течении беременности и подозрении на предиабет проводили плановую госпитализацию после 35-й недели беременности, а при отклонении от нормального течения — на любом сроке беременности. Толерантность к сахарным нагрузкам выявляли в стационаре по Rosenberg, амбулаторно — по Exton-Roos¹. Сахар определяли в капиллярной крови по Хагедорну—Йенсену и Кречелиус—Зейферту.

У 136 беременных одновременно с сахарной кривой крови исследовали сахар в моче. Глюкозурия была обнаружена в 39,7%; причем при нормогликемии — в 5,71%, при сомнительной сахарной кривой — в 33,3%, при гипергликемии — в 59,1%. Статистическая обработка этих данных подтвердила корреляционную связь между частотой глюкозурии и гипергликемии (сила связи оказалась слабой, $r=0,22$).

¹ Тест по Rosenberg: утром натощак исследуемому дают 100 г хлеба и 250 мл воды и через два часа — 100 г сахара (в растворе). Сахар крови определяют перед завтраком, перед сахарной нагрузкой, через 30 мин. после сахарной нагрузки, через 1 час 30 мин. после третьего взятия крови.

Тест по Exton-Roos: 100 г сахара растворяют в 650 мл воды; половину раствора дают выпить в начале исследования, вторую половину — через 30 мин. Сахар крови определяют трижды: до первой нагрузки, до второй нагрузки, через 1 час после второго взятия крови.