

У наших больных под влиянием лечения (серноокислая магнезия, гипотензивные и диуретические средства, оксигенотерапия, комплекс витаминов) значительно повышалась общая свертывающая способность крови, протромбинообразовательная функция печени, увеличивалась концентрация фибриногена. Однако при нефропатии средней и тяжелой степени существенных изменений протромбиновой активности и активности проконвертина не удалось достичь. Ретракция кровяного сгустка оказалась пониженной (58—68%).

Наибольшая эффективность отмечена при стационарном лечении в течение 14—20 дней. При этом наблюдается полное или почти полное восстановление показателей свертывания крови.

6 женщинам с наиболее выраженными нарушениями в системе свертывания крови были назначены также трансфузии раствора концентрированной плазмы 250—500 мл, консервированной донорской крови ранних сроков хранения 250—500 мл, альбумина 100—200 мл, 5% ЭАКК внутривенно, а также рег ос. Все это благоприятствовало повышению общей свертывающей способности крови и снижению фибринолитической активности. Роды у этих женщин прошли без осложнений. Кровопотеря составила в среднем 250 мл.

Из 39 женщин, у которых не было установлено нарушений в свертывающей системе крови, у 9 наблюдались кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах, причем 5 из них страдали тяжелой формой нефропатии. Эти кровотечения были купированы применением гемостатических препаратов.

При исследовании свертывающей способности крови в послеродовом периоде у женщин, страдающих водянкой беременных и нефропатией легкой и средней тяжести, выявлено нарушение общей свертывающей активности крови и первой фазы свертывания, на что указывает снижение толерантности плазмы к гепарину и снижение потребления протромбина, а при тяжелой форме нефропатии, кроме того, понижена активность V и VII факторов вплоть до 7-го дня послеродового периода.

Профилактическое лечение при нарушениях в свертывающей системе крови при токсикозах второй половины беременности позволяет избежать значительных кровопотерь в родах и раннем послеродовом периоде. Учитывая, что необходимо длительное время для полного восстановления нарушений в системе свертывания крови при токсикозах второй половины беременности, следует госпитализировать беременных с токсикозом за 10—20 дней до родов для проведения курса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дульцин А. Я. Тр. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов. Медицина, М., 1965.
2. Лиходаева Л. Л. Акуш. и гинек., 1961, 2.
3. Репина М. А. Там же, 1966, 3.
4. Терехова А. А. Там же, 1955, 2.
5. Halberstadt J. Praktische Heilkund, 1966, 15, 592—601.
6. Slunsky R. Die Blutgerinnungsstörungen in der Geburtshilfe. Leipzig, 1963.
7. Stefanini M. Acta Haematologia, 1958, 20, 1—4, 85—96.

УДК 615.831.76—618.2

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ НА АКТИВНОСТЬ СЕРОТОНИНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

З. Х. Бжассо

Кафедра факультетской педиатрии (зав.—проф. К. А. Святкина) и ЦНИЛ (зав.—канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Ультрафиолетовое облучение в последние 1,5—2 месяца беременности у женщин стало широко применяться в практике как одно из наиболее эффективных средств специфической профилактики рахита.

Как известно, под влиянием ультрафиолетовых лучей имеющийся в коже 7-дегидрохолестерин переходит в витамин Д₃. Кроме того, ультрафиолетовые лучи через нервные окончания кожи и внутренних органов оказывают еще и стимулирующее действие на организм. При этом одновременно под воздействием ультрафиолетового излучения на вещество клетки происходит разрушение белковой субстанции, что неизбежно сопровождается появлением продуктов белкового распада, среди которых имеется ряд веществ высокой биологической активности — тистамин, серотонин, ацетилхолин и другие. Серотонин, являясь одним из наиболее активных биогенных аминов, играет важную роль в ряде физиологических и патологических процессов.

Серотонин проявляет свою активность в организме только после освобождения из связанного состояния, а свободный серотонин под влиянием моноаминоксидазы превра-

щается в 5-оксиндолуксусную кислоту (5-ОИУК), которая является конечным продуктом его метаболизма.

Значение серотонина для организма разнообразно. Серотонин участвует в регуляции функции сердечно-сосудистой системы, АД, в сокращении гладкой мускулатуры матки и др. органов, в регуляции моторной деятельности желудочно-кишечного тракта и т. д.

Нами обследовано 105 женщин в возрасте от 18 до 24 лет со сроком беременности 32—39 недель. Все обследованные женщины были первородящими, здоровыми, с нормально протекавшей беременностью, не предъявляли каких-либо жалоб. 80 женщин в последние два месяца беременности получали с профилактической целью общее ультрафиолетовое облучение (от 10 до 12 сеансов) ртутно-кварцевой лампой с горелкой ПРК-2, с 0,5 биодозы, т. е. с 1 мин. на расстоянии 1,5 м. Длительность облучений со 2-го дня и во все последующие дни составляла 2 мин. 25 женщин, не получавшие ультрафиолетового облучения, составили контрольную группу.

Серотонин в крови мы определяли у каждой женщины на протяжении наблюдения трижды (биологическим методом Г. А. Чернова и А. А. Липац). Среднее содержание серотонина до ультрафиолетового облучения составило в период 32—33-недельной беременности $0,21 \pm 0,02$ мкг/мл. После 5—6 сеансов ультрафиолетового облучения, в период 34—36 недель беременности, содержание серотонина повышалось до $0,28 \pm 0,03$ мкг/мл ($P < 0,05$), а по окончании курса облучений (10—12 сеансов), при сроках беременности 37—39 недель, — до $0,35 \pm 0,03$ мкг/мл ($P < 0,001$). Ультрафиолетовое облучение не отражалось отрицательно на общем состоянии женщин.

Среднее содержание серотонина в крови у женщин контрольной группы в период 32—33-недельной беременности составило $0,20 \pm 0,02$ мкг/мл с тенденцией к незначительному увеличению к концу беременности (37—39 недель) — до $0,23 \pm 0,04$ мкг/мл (это увеличение оказалось статистически недостоверным, $P > 0,5$).

У 20 женщин, получавших ультрафиолетовое облучение, мы определяли содержание серотонина в крови на 6—7-й день после родов. Оно составило $0,27 \pm 0,04$ мкг/мл, а у женщин контрольной группы — $0,22 \pm 0,01$ мкг/мл. Таким образом, содержание серотонина в крови в послеродовом периоде приближается к норме ($P > 0,2$).

Наши наблюдения показывают, что ультрафиолетовое облучение беременных женщин приводит к заметному увеличению содержания серотонина в крови, однако не выходящему за пределы нормы. Ни в одном случае не было каких-либо клинических проявлений аллергических реакций. Следовательно, повышение содержания серотонина в крови под влиянием ультрафиолетового облучения можно считать благоприятным для организма беременной женщины. По-видимому, серотонин, проявляя под влиянием ультрафиолетового облучения высокую биологическую активность, лишь стимулирует физиологические процессы в организме плода и матери.

УДК 616.981.42:636.2

УЧАСТИЕ СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ПОСЛЕАБОРТНОМ СЕПТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ

Асп. А. Д. Макария, канд. мед. наук Т. Д. Большакова,
канд. мед. наук Т. И. Лукичева

Кафедра акушерства и гинекологии I лечебного факультета (зав.—акад. АМН СССР проф. Л. С. Персианинов) и межклиническая гормональная лаборатория (научн. руководитель — проф. В. В. Меньшиков) I ММИ им. Сеченова

Целью нашей работы было изучение функционального состояния симпато-адреналовой системы у больных послеабортным сепсисом.

Было обследовано 38 больных: 20 с послеабортной септициемией, 9 — с септическим перитонитом и 9 — с бактериальным шоком. В 1-й группе все больные выздоровели, во 2-й гр. умерло 2, в 3-й — 3 больных.

Определение катехоламинов в порционной моче производили флуорометрическим методом Эйлера и Лишайко в модификации В. В. Меньшикова (1961), ванилил-миндальной кислоты — электрофорезом на бумаге по методу Т. Д. Большаковой (1965).

У здоровых женщин обнаружено $7,5 \pm 1,1$ нг/мин. адреналина, $30,9 \pm 3,8$ нг/мин. норадреналина и $2,7$ мкг/мин. ванилил-миндальной кислоты.

Продолжительность острого периода при послеабортной септициемии колебалась от 1 до 3 дней, время пребывания больных в стационаре — от 10 до 15 дней. Экскреция адреналина в момент наиболее выраженной клинической симптоматики заболевания была равна $8,8 \pm 1,5$ нг/мин., норадреналина — $51,1 \pm 3,6$ нг/мин., ванилил-миндальной кислоты — $2,05 \pm 0,27$ мкг/мин. При выздоровлении у 10 больных экскреция адреналина составила $6,95 \pm 1,3$ нг/мин., норадреналина — $32,7 \pm 3,3$ нг/мин., ванилил-миндальной кислоты — $3,1 \pm 0,35$ мкг/мин.