

тельность родов — 9 ч 40 мин \pm 23 мин и 7 ч 15 мин \pm 38 мин ($P < 0,001$), общая потеря крови в процентах к массе тела роженицы — $0,38 \pm 0,012$ и $0,25 \pm 0,23$ ($P = 0,001$); слабость родовой деятельности наблюдалась у 12% и 4,6% рожениц, гипо- и атонические кровотечения — у 10,1% и 6,9%, разрыв шейки матки и влагалища у 5% и 2,3%, разрыв промежности I степени — у 12% и 4,6%, II степени — у 3,8% и 2,3%. У 4 женщин роды закончились вакуум-экстракцией плода.

В состоянии асфиксии родились 13 детей (4,8%). Умерло 2 — 0,75% (один из-за резус-несовместимости крови, другой от кровоизлияния в полость черепа).

Среди детей с большой массой тела было вдвое больше мальчиков, чем девочек. Потеря массы тела составила: в основной группе в среднем $190 \pm 7,9$ г, в контрольной — $40 \pm 6,24$ г ($P = 0,001$). Средняя масса тела детей ко дню выписки была равна в основной группе 3900 ± 190 г, в контрольной — 3300 ± 200 г.

Следовательно, беременность и роды при крупном плоде отражаются на состоянии матери, плода и новорожденного. Возрастают частота патологии беременности, продолжительность родов, потеря крови в родах, повышается частота травматизма матери и ребенка.

Дальнейшее изучение проблемы должно быть направлено на поиски путей профилактики развития крупного плода, что прежде всего связано с диететикой беременных.

Поступила 10 января 1978 г.

УДК 618.39:[618.2+618.4

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН, ИСКУССТВЕННО ПРЕРВАВШИХ ПЕРВУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ

А. И. Урманчева.

Центральная городская клиническая больница (главрач — З. Я. Фридман) г. Кемерово

Реферат. В результате наблюдения за большой группой женщин, искусственно прервавших первую беременность, констатировано статистически достоверное увеличение патологии при последующих беременностях. Для профилактики этих осложнений рекомендуется проводить первобеременным в послелабортном периоде комплексное противовоспалительное лечение. Превентивная терапия снижает частоту послелабортных воспалительных процессов в матке.

Данные многочисленных авторов показывают, что операция искусственного прерывания беременности наносит механическую травму и одновременно является биологической травмой для организма женщины в связи с перестройкой функции ее органов и систем, включая эндокринные железы, центральную нервную систему, обмен веществ и др. К особенно тяжелым последствиям приводят аборт у первобеременных женщин.

Процент первобеременных по отношению к общему числу женщин, поступающих для искусственного прерывания беременности, по данным отечественной литературы колеблется от 4 до 16. Первая беременность оказывает стимулирующее влияние на созревание не только полового аппарата, но и всего организма, поэтому аборт особенно губителен для молодых первобеременных женщин.

Нами проведено наблюдение за 310 первородящими женщинами, у которых первая беременность была прервана искусственно (1-я группа — основная) и 310 первобеременными и первородящими женщинами (2-я группа — контрольная).

По исходным клиническим данным состав обеих групп был идентичным. Однако течение наблюдаемой беременности, частота осложнений у женщин основной и контрольной групп были различными (см. табл. 1).

Таблица 1

Сравнительные данные о частоте осложнений во время беременности

Осложнения	1-я группа		2-я группа	
	n	M \pm m, %	n	M \pm m, %
Ранний токсикоз	73	23,5 \pm 4,9	40	12,9 \pm 5,3
Поздний токсикоз	67	21,6 \pm 5,0	29	9,3 \pm 5,4
Угроза прерывания беременности	41	13,2 \pm 5,3	15	4,8 \pm 5,5
Поздний выкидыш	2	0,6 \pm 5,7	—	—
Преждевременные роды	33	10,6 \pm 5,4	22	7,1 \pm 5,5

В 1-й группе роды наступили в срок у 250 женщин (80,6%), во 2-й — у 288 (92,9%). Первичная слабость родовой деятельности в 1-й группе наблюдалась у 25 (8,1%) женщин, во 2-й — у 14 (4,5%), вторичная слабость — соответственно у 6 (1,9%) и 2 (0,6%), несвоевременное излитие околоплодных вод — у 69 (22,4%) и 54 (17,5%), частичное плотное прикрепление плаценты — у 20 (6,4%) и 2 (0,6%), дефект плацентарной ткани — у 16 (5,2%) и 7 (2,3%), послеродовое и раннее послеродовое гипотоническое кровотечение — у 19 (6,1%) и 12 (3,9%).

В основной группе чаще наблюдалось предлежание плаценты, преждевременная отслойка ее, газовое предлежание плода. Плородоразрушающие операции в группе с отягощенным анамнезом проведены у 57 (18,4%) женщин, в контрольной — лишь у 6 (1,9%).

Частота оперативного родоразрешения в группе с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом также была выше, чем в контрольной (см. табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Сравнительные данные о частоте осложнений во время родов

Осложнения	1-я группа		2-я группа	
	n	M±m, %	n	M±m, %
Ручное обследование полости матки.	48	15,5±5,2	15	4,8±5,5
Наложение вакуум-экстрактора	5	1,6±5,6	6	1,9±5,6
Акушерские выходные щипцы	7	2,3±5,7	—	—
Кесарево сечение	3	1,0±5,7	—	—

На основании приведенных данных можно сделать заключение, что у женщин, прервавших первую беременность, значительно чаще возникают осложнения как во время беременности, так и в родах. У каждой 10-й женщины наступали преждевременные роды, у каждой 11-й — несвоевременное излитие околоплодных вод, у каждой 6-й — послеродовое и раннее послеродовое гипотоническое кровотечение; к оперативному вмешательству пришлось прибегнуть у каждой 5-й женщины. Кровопотеря у женщин этой группы также была большей, чем в контрольной.

Описанные осложнения во время беременности и родов у обследованных женщин возникли, по-видимому, в результате ряда перенесенных после искусственного прерывания первой беременности гинекологических заболеваний, в патогенезе которых имеются воспалительные процессы и деструктивные изменения в тканях полового аппарата. Это подтверждается проведенными нами исследованиями С-реактивного белка у 64 из 139 женщин, подвергшихся операции искусственного прерывания первой беременности (возраст обследованных — от 16 до 24 лет, срок прерванной беременности — от 6 до 12 недель). С-реактивный белок определяли до и после искусственного аборта, а также после проводившегося с профилактической целью комплексного противовоспалительного лечения, включавшего препараты нитрофуранового ряда (фурадонин по 0,1 г 3 раза в день в течение 5—7 дней), кальцинированную аутогемотерапию до 10 инъекций, сокращающие матку средства, витамины и седативные препараты. Антибиотики назначали по показаниям, в последующем применяли биостимуляторы (ФиБС, алоэ и др.), а после первой менструации проводили лечение ультразвуком, который не только воздействует на воспалительный процесс половых органов, но и нормализует менструальную функцию.

При наличии заболеваний половых органов во время беременности курс лечения проводили до операции с последующим продолжением его в послеоперационном периоде. При отсутствии патологии гениталий лечение назначали сразу после операции.

Реакция на С-реактивный белок до операции у 47 из 64 (73,4%) женщин оказалась отрицательной и у 17 (26,6%) — положительной. После лечения ко дню операции у 8 из этих 17 женщин реакция на С-РБ стала отрицательной и у 9 — слабоположительной. В первые дни послеоперационного периода у 52 женщин (81,2%) реакция на С-РБ была отрицательной и у 12 (18,8%) — положительной. После лечения реакция на С-РБ стала отрицательной у всех женщин, за исключением страдающих соматическими заболеваниями, у которых она оставалась слабоположительной.

Результаты проведенных нами исследований подтверждают, что реакция на С-РБ является достоверным тестом, дающим возможность судить о течении патологического процесса и эффективности проводимого лечения. Высокий процент (81,2%) отрицательных реакций на С-РБ после аборта говорит о целесообразности проводимого нами с профилактической целью лечения.

Поступила 6 апреля 1978 г.