

ЗНАЧЕНИЕ РОСТА ЖЕНЩИНЫ В АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В. В. Давыдов

Свердловский НИИ охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР
(директор — канд. мед. наук Р. А. Малышева)

Рост человека является одним из важнейших показателей его физического развития. В родовом процессе физическое развитие роженицы, в том числе и ее рост, имеют определенное значение. Однако мы не нашли в доступной нам литературе, как отечественной, так и зарубежной, указаний на роль роста в акушерской патологии. Поэтому мы занялись изучением этого вопроса по материалам нашего института.

В данном сообщении мы будем касаться только некоторых сторон акушерской патологии, которые обусловили применение кесарева сечения.

Нами изучено 540 родов, наблюдавшихся в 1959—1963 гг., закончившихся кесаревым сечением.

Среди перенесших кесарево сечение в родах женщин карликового роста (142 см и ниже) было 5,98%. Женщины очень малого роста (143—150 см) составили 32,45%, малого роста (151—154 см) — 21,52% и высокого роста (выше 165 см) — 1,4%. Женщин среднего роста (155—165 см), составлявших вообще подавляющее большинство, среди оперированных оказалось 38,65%. У 38 женщин из 540 рост не был указан.

Создается определенное впечатление, что малый рост женщин сам по себе ведет к увеличению процента кесаревых сечений по сравнению с другими ростовыми группами без учета прочих показаний к этой операции.

Мы наблюдали за эти годы 540 родов, при которых не было ни кесарева сечения, ни каких-либо иных врачебных вмешательств и не применялись какие-либо средства, стимулирующие родовую деятельность.

Среди рожениц этой группы женщин карликового роста было 0,37%, т. е. в 15 раз меньше, чем среди рожениц, роды у которых заканчивались кесаревым сечением.

Среди рожениц с физиологическими родами не было ни одной ниже 140 см, женщин очень малого роста (143—150 см) почти в 2,5 раза меньше и высокого роста — в 4 раза больше по сравнению с перенесшими кесарево сечение.

На нашем материале показанием к кесареву сечению у 115 женщин был анатомически и клинически узкий таз (в 21,3%). Узкий таз у рожениц малого роста служил показанием к кесареву сечению более чем в 7 раз чаще, чем у рожениц среднего и высокого роста.

Повторное кесарево сечение на всем материале было у 59 (10,92%) рожениц, а у женщин малого роста — у 46 из 301 роженицы (15,28%), в то время как у женщин среднего и высокого роста — всего у 13 (5,43%), т. е. почти в 3 раза реже, чем у женщин малого роста. Угрожающий разрыв матки у женщин малого роста служил показанием к кесареву сечению у 10 (3,32%) женщин, а у рожениц среднего и высокого роста — всего у 3 (1,25%).

Приведенные цифры убедительно показывают, какое большое отрицательное влияние оказывает малый рост женщины на течение родового акта, и еще раз убеждает в необходимости особого внимания к ведению родов у женщин малого роста.

В последнее десятилетие акушерами всех стран много внимания уделяется снижению перинатальной детской смертности.

Изучая перинатальную детскую смертность на нашем материале, мы и здесь установили определенную зависимость между ростом матери и уровнем перинатальной детской смертности. Оказалось, что чем меньше рост женщин, тем ниже перинатальная смертность. По сравнению с женщинами высокого роста, она меньше почти в 3 раза. Этот парадоксальный факт мы склонны объяснить тем, что у рожениц малого роста роды ведутся более тщательно и внимательно, поэтому своевременно ставится вопрос об оперативном родоразрешении, что способствует снижению перинатальной смертности. У рожениц же среднего и тем более высокого роста более широко применяют «пробные роды», которые часто способствуют более высокой перинатальной смертности.

ВЫВОДЫ

1. Малый рост роженицы чаще, чем обычно, является показанием для кесарева сечения.

2. Основной причиной, ведущей к кесареву сечению у рожениц малого роста, является клинически или анатомически узкий таз.

3. Частота применения кесарева сечения тем выше, чем меньше рост роженицы.
4. Низкий уровень перинатальной смертности у рожениц малого роста объясняется более ответственным ведением родов у них, в частности своевременным применением кесарева сечения.

Для дальнейшего снижения перинатальной смертности у рожениц малого роста их следует направлять для родоразрешения в роддома I и II категории за 10 дней до родов с целью своевременного оперативного родоразрешения, если оно будет показано.

5. Для снижения перинатальной детской смертности у рожениц среднего и высокого роста необходимо не злоупотреблять у них «пробными родами» и уделять им столько же внимания при ведении родов, сколько его уделяется роженицам малого роста.

Поступила 28 августа 1964 г.

УДК 618.2—616—005.1—08

ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ НОРМАЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Л. Ш. Чачибая

Отделение экспериментальной и клинической коагулологии
(зав. — проф. М. С. Мачабели) Института экспериментальной и клинической хирургии
и гематологии АМН СССР (Тбилиси)

Наблюдения последних лет показали важную роль системы свертывания крови в патогенезе некоторых форм акушерских кровотечений и тромботических осложнений. Поэтому вопросам коагулологии в акушерстве стали уделять большое внимание.

В связи с тем, что во время нормальной беременности происходят значительные сдвиги в системе свертывания крови в сторону гиперкоагулемии, возник вопрос, сходны ли они с патологическим предтромботическим состоянием? И если это так, то почему не происходит тромбоз?

Учитывая изложенное, мы задались целью изучить в динамике состояние гемостаза у здоровых беременных женщин и дать оценку полученным результатам.

Комплексное исследование системы свертывания крови мы проводили на основании восемнадцати тестов, характеризующих фазы процесса и активность отдельных факторов. Однако в данной статье представлены результаты изменения лишь пяти из них, а именно: общего количества фибриногенов в плазме (по М. С. Мачабели, 1960), фибриногена Б (по Лайонсу, 1945), времени Куика в процентах по индексу, времени рекальцификации плазмы и потребления протромбина в сыворотке (по М. С. Мачабели, 1960).

Нами было обследовано 140 женщин в разные сроки физиологической беременности, от II до IX месяцев. В данной статье мы даем показатели исследования в динамике у 10 беременных женщин (в возрасте от 18 до 25 лет) на IV, VII, VIII и IX месяцах беременности с типичными результатами исследования. Из них беременных впервые было 6 женщин, а повторно — 4. Ни одна из них в анамнезе не имела ни тромбоза, ни кровотечений, у повторно рожавших в прошлом были роды в срок, без осложнений.

III фаза гемостаза. Как показали наши исследования, на IV месяце беременности уровень фибриногена в плазме колебался от 4 до 6 мг/мл, в контрольной группе — от 4 до 5,5 мг/мл.

Достоверных различий между количеством фибриногена у беременных на IV месяце и у доноров не обнаружено, так как вероятность различия — всего около 80%, $p < 0.2$.

Тест на наличие в плазме фибриногена Б был положителен у 6 беременных (образование сгустка), а выпадение обильных крупных хлопьев — у двух, отрицательная реакция была лишь у одной. В контрольной группе здоровых небеременных женщин тест на наличие фибриногена Б был постоянно отрицательным.

II фаза гемостаза. Протромбиновый индекс у женщин на IV месяце беременности колебался от 83 до 119%, $M = 101.9\%$, в то время как в контрольной группе $M = 100\%$, с колебаниями от 95 до 105%. Различия по расчету недостоверны, так как их вероятность всего 20%, $p < 0.8$.

I фаза гемостаза. При определении времени рекальцификации плазму получали центрифугированием при 3000 об/мин в течение 10 мин. На IV месяце беременности время рекальцификации плазмы колебалось от 53 до 143 сек, $M = 100.2$. У небеременных женщин оно составляло 118—150 сек, в среднем 135,3 сек. Вероятность различия больше 99,9%, $p < 0.001$.

Потребление протромбина (протромбиновое время в сыворотке через час после свертывания) на IV месяце беременности колебалось от 55 до 92 сек. Остаточная