

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

протромбиновая активность практически отсутствовала. В контрольной сыворотке протромбиновое время в среднем равнялось 48,2 сек, с колебаниями от 36 до 67 сек. Следовательно, остаточная протромбиновая активность у них равнялась 20% и меньше. Обнаружена прямая достоверность различия, $p = 0,005$.

На IX месяце беременности у тех же женщин уровень фибриногена колебался от 6 до 8,5 мг/мл и составлял в среднем 7,65 мг/мл. Была обнаружена большая достоверность различия между результатами, полученными на IX месяце беременности, и у доноров, $p < 0,0001$.

При сравнении полученных результатов количества фибриногена на IV и IX месяце беременности оказалось, что различия достоверны, $p < 0,001$.

Положительная реакция на фибриноген Б в виде выпадения сгустка наблюдалась у 7 беременных, в виде обильных крупных хлопьев — у двух. Реакция была отрицательной у одной. У женщин контрольной группы во всех случаях фибриноген Б отсутствовал.

На IX месяце беременности протромбиновый индекс колебался от 95 до 136%, в среднем $M = 114,6\%$, $p = 0,001$. Сравнивая величины протромбинового комплекса на IV и IX месяце беременности, мы нашли различие в полученных результатах достоверными, $p = 0,008$.

При определении времени рекальцификации у женщин на IX месяце беременности были получены следующие величины: $M = 74,2$ сек, с колебаниями от 52 до 101 сек. Доказана еще большая достоверность различия с результатами у доноров — $p < 0,0001$. Достоверным было также различие и при сравнении показателей времени рекальцификации на IV и на IX месяце, $p = 0,0008$.

Время потребления протромбина колебалось от 45 до 112 сек, $M = 88,6$ сек. Обнаружена прямая достоверность различия полученных данных на IX месяце беременности и у доноров. Однако не было обнаружено достоверное различие между показателями времени потребления протромбина на IV и на IX месяце беременности, $p < 0,2$.

Итак, на IV месяце беременности уже намечается тенденция к усилению свертывающей способности крови за счет укорочения времени рекальцификации, усиления потребления протромбина в сыворотке и появления фибриногена Б, но отчетливой гиперкоагулемии пока не наблюдается.

Активность указанных факторов прогрессивно нарастает с развитием беременности, и на IX месяце гиперкоагулемии уже выражена резко не только за счет времени рекальцификации, потребления протромбина и появления фибриногена Б, но и в связи с повышением уровня фибрина и протромбинового комплекса, которые на IV месяце беременности были еще в пределах нормы.

По данным, которые приводятся в другой статье, на IX месяце беременности, кроме того, увеличивается число тромбоцитов, а фибринолитическая активность плазмы падает в некоторых случаях вплоть до исчезновения, но толерантность плазмы к гепарину и время свободного гепарина остаются неизменными.

Развитие подобной гиперкоагулемии отмечается также другими авторами: М. А. Репиной (1962), Н. W. Niesert (1956), D. Kuzel (1958), J. J. Biezanski (1960), M. Szinnuai (1962). Такая гемостатическая картина наводит на мысль о возможности возникновения тромботических осложнений во время беременности. Но хорошо известно, что физиологическая беременность тромбозами не сопровождается.

По данным А. Б. Боковой (1963), Г. Е. Гофмана и Е. М. Юсима (1963), при беременности тромбообразование не происходит благодаря динамическому равновесию в организме между свертывающей и противосвертывающей системами. Однако усиления противосвертывающей способности крови мы, как и другие авторы, не обнаружили (Н. Ciulla, 1954; O. D. Ratnoff, 1954; F. K. Beller, 1957; J. J. Biezanski, 1960; M. Szinnuai, 1962).

ВЫВОДЫ

1. С развитием физиологической беременности происходит прогрессирующее повышение свертывающей способности крови, а именно: увеличение числа тромбоцитов, прогрессирующее укорочение времени рекальцификации, усиление потребления протромбина, повышение уровня факторов протромбинового комплекса и фибриногена, выпадение патологического фибриногена Б. Развитие гиперкоагулемии достигает максимума перед родами.

2. Гемостатическая картина к концу физиологической беременности сходна с картиной типичного предтромботического состояния за счет усиления свертывающей способности крови и уменьшения ее фибринолитической активности.

3. На фоне общей гиперкоагулемии физиологический тромбоз вен плацентарной площадки матки происходит в родовом периоде и на месте определенных локальных изменений гемостаза. Значит, тромбообразование есть следствие не только относительно постоянных изменений в свертывающей и противосвертывающей системах циркулирующей крови, но также следствие местных или кратковременных общих нарушений, сокращения сосудов, поступления тканевого тромбопластина, активации фактора контакта и появления тромбина.

1. Балуда В. П., Горбунова Н. А. Патол. физиол. и exper. therap. 1961, 4. —
2. Бокова Л. Б. Акуш. и гинек. 1963, 5. — 3. Гофман Г. Е., Юсимов Е. М. Там же. 1963, 4. — 4. Гришаев А. Ф. Там же. 1953, 2. — 5. Копольшвили Б. А. Гинек. и акуш. 1931, 6. — 6. Королева А. М. В кн. «Тр. IV Всесоюз. науч. конф. врачей-лаборантов». М., 1959. — 7. Кудряшов Б. А. Материалы XIV конф. физиологов РСФСР. Краснодар, 1962. — 8. Мачабели М. С. О теории свертывания крови. Тбилиси, 1960; Вопросы клинической коагулологии. Тбилиси, 1962. — 9. Помаскина А. Н. Акуш. и гинек. 1960, 5. — 10. Порай-Кошиц К. В. Там же, 1961, 6. — 11. Репина М. А. Там же, 1962, 9. — 12. Цирульников М. С. Там же. 1963, 5. — 13. Шилко Н. А. Там же. 1961, 6. — 14. Beller F. K. Die Gerinnungsverhältnisse bei der Schwangeren und beim Nengeborenen, Leipzig, 1957. — 15. Biezenski J. J. J. Clin. Pathol. 1960, v. 13. — 16. Ciulla H. Thrombosis and Embolie I. Internationale Tagung. Z. Schwalbe, Basel, 1954. — 17. Ratnoff O. D. et al. J. Lab. Clin. Med. 1954, v. 44. — 18. Szinnai M. et al. Acta chir. Acad scient. hung. 1962, Bd. 3—4. — 19. Szirmai E. Folia haematol. 1956. Bd. 74. — 20. Varga P., Kotsalo K. Ann. chir. Gynaec. Fenn, 1958, v. 47. — 21. Zelenka L., Gabor M. Zbl. Gynäk, 1959, bd. 26.

Поступила 28 июля 1964 г.

УДК 618.2—618.4—612.17

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ИЗОИММУНИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Б. Г. Садыков и К. В. Воронин

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, научный руководитель — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

За последнее время проблема иммунологического конфликта при беременности (резус, АВО) привлекает все большее внимание, причем взгляды на тактику ведения беременности и родов при этой патологии весьма различны.

Одни авторы (Б. Б. Картер, В. М. Якобс) придерживаются строгого консерватизма. Беременность сохраняется до наступления родов, и они проводятся по общим правилам. По мнению некоторых авторов (М. И. Дудник, А. С. Маслоза, Е. А. Обидена), с приближением срока родов, ввиду резкого увеличения перехода иммунных антител от матери к плоду, увеличивается и смертность детей.

Другие авторы отстаивают активную тактику. Так, К. Рашка, Ж. Чех считают кесарево сечение наиболее бережным (для ребенка) способом родоразрешения. А. И. Петченко, И. Р. Зак, С. Стефаник, С. М. Беккер и Г. П. Полякова, Л. С. Павлова, А. С. Винер и Е. Зон рекомендуют применять его только при наличии показаний со стороны плода и хотя бы относительных показаний со стороны матери.

Все большее признание у акушеров получает тактика искусственного вызывания родов. Л. С. Павлова, И. Р. Зак, И. Давидсон, С. Дандон и др. имели при этом благоприятные результаты для плода и матери. Большинство авторов считает наиболее подходящим сроком для вызывания родов 35—38 недели беременности.

Имеющиеся разногласия в вопросах ведения беременности и родов при иммунологическом конфликте побудили нас проанализировать наш клинический материал и попытаться установить наиболее рациональную тактику при указанной патологии.

Наш материал охватывает 105 наблюдений иммунологического конфликта (резус и АВО-несовместимости). Разработка материала соответственно форме ГБН и причине детской смертности представлена в табл. 1.

Для более объективного анализа детской смертности мы новорожденных с ГБН разделили на две группы, исходя из того, проводилась ли терапия матерей и новорожденных или нет (неизвестность иммунизированности беременной, отсутствие условий для диагностики и терапии и т. д.). Данные, относящиеся к этому разделу, представлены в табл. 2.

Таким образом, из числа 95 больных ГБН погибло 27 детей. Из них 8 леченных (4 — в группе спонтанных родов и 4 — в группе вызванных) и 19 нелеченных (все при самопроизвольных родах). Отсюда явствует, что существенной разницы в величинах детской смертности в группе леченных детей в зависимости от формы родоразрешения (спонтанные роды и вызванные) нами не выявлено. При родоразрешении путем кесарева сечения трех изоиммунизированных беременных женщин летальных случаев среди детей не было, но это не убеждает нас в преимуществах этого нефизиологического метода родоразрешения. Несмотря на то, что виды родоразрешения