

Таким образом, эпидемический процесс кори в Сабинском районе характеризовался постепенным снижением заболеваемости при сохранении периодических и сезонных подъемов. В отличие от предыдущих лет, дети дошкольного возраста были в меньшей степени вовлечены в эпидемический процесс, наиболее подвержены заболеванию корью дети школьного возраста.

Эпидемиологические данные подтверждают достаточно высокую эффективность иммунизации живой коревой вакциной из штамма Л-16 в борьбе с корью. Однако наблюдающееся заболевание корью привитых детей свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования профилактических мероприятий, повышения качества применяемого препарата и правильного его использования.

УДК 618.4

**И. К. Байтерьяк, Н. Е. Полищук (Казань).
К вопросу о некоторых биологических ритмах в акушерстве**

Проблема биологических ритмов давно привлекает внимание ученых. И. П. Павлов еще в тридцатых годах текущего столетия сказал: «В жизни человеческого организма нет ничего более властного, чем ритм».

Нами на материале роддома № 5 г. Казани за 1976 г. изучены истории 1253 родов. В разработку взяты спонтанные срочные роды без применения родовозбуждения, медикаментозного сна или родостимуляции. 742 женщины были первородящими, 511 — повторнородящими. Средняя продолжительность родов у первородящих составила $13 \text{ ч} \pm 14 \text{ мин}$, у повторнородящих — $8 \text{ ч} 21 \text{ мин} \pm 12 \text{ мин}$. Мы изучали частоту возникновения родовой деятельности в дневное время (с 8.00 до 20.00) и в ночное (с 20.00 до 8.00 ч), время завершения родов и среднюю продолжительность родовой деятельности в зависимости от времени ее начала.

Оказалось, что в группе первородящих женщин начало родов приходилось на ночное время у 490 (64,7% рожениц), в группе повторнородящих — у 345 (67,5%). Статистическая обработка данных показала, что преимущественное возникновение родовой деятельности в ночной период высокодостоверно ($P < 0,001$).

Завершение родов в период с 8.00 до 20.00 ч отмечено у 659 (52%) рожениц, с 20.00 до 8.00 ч — у 594 (48%), разница статистически достоверна ($P < 0,003$). Таким образом, наши данные несколько отличаются от общепринятого мнения о том, что роды завершаются преимущественно ночью (С. В. Хамов, 1975).

Исходя из результатов наших исследований, можно высказать предположение, что максимальная готовность организма к развязыванию родовой деятельности падает на ночное время.

УДК 618.714

**А. В. Хонина, А. М. Громова (Астрахань).
Сократительная деятельность матки при правильном течении послеродового периода**

Нами проведено клинико-гистерографическое исследование сократительной активности миометрия у 59 женщин с нормальным течением послеродового периода. У 39 из них дополнительно записывали гистерограммы и в послеродовом периоде. Сократительную способность матки регистрировали ежедневно с 1-го по 7-й день послеродового периода с помощью одноканального серийного динамоутерографа.

Родильницы (45 первородящих и 14 повторнородящих) были в возрасте от 18 до 36 лет. Беременность у всех протекала без осложнений и закончилась нормальными срочными родами в головном предлежании. С целью обезболивания в первом периоде родов применяли спазмолитические препараты (но-шпа, ганглерон). Средняя

Размеры матки, показатели гистерограмм (Е) у женщин с нормальным течением послеродового периода

Дни после родов	Высота дна матки, см	Поперечник матки, см	Эффективность сократительной деятельности матки
	M ± m		
1-й	15,73 ± 0,38	17,08 ± 0,49	13,22 ± 0,23
2-й	15,04 ± 0,41	16,00 ± 0,35	10,25 ± 0,24
3-й	13,39 ± 0,21	14,62 ± 0,28	7,62 ± 0,97
4-й	11,78 ± 0,30	12,68 ± 0,25	4,02 ± 0,32
5-й	9,45 ± 0,51	10,59 ± 0,28	3,37 ± 1,08
6-й	8,12 ± 0,37	9,25 ± 0,42	1,28 ± 0,72
7-й	6,86 ± 0,23	8,71 ± 0,32	0,81 ± 0,17

продолжительность родов составила: у первородящих 13 ч 47 мин (I период — 12 ч 38 мин, II период — 49 мин, III период — 20 мин), у повторнородящих — 8 ч 15 мин (I период — 7 ч 39 мин, II период — 21 мин, III период — 15 мин). Кровапотеря в родах была физиологической.

Послеродовой период протекал без осложнений, инволюция матки (см. табл.) была нормальной. Родильницам предписывался активный режим (раннее вставание, гимнастика).

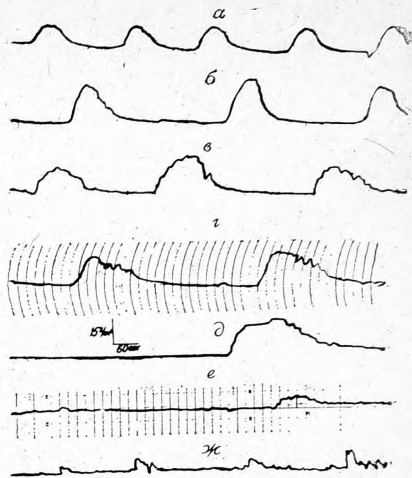
В первые 3 дня послеродового периода лохии были кровавистые, с 4-го дня — сукровичные, к 5-му дню — сукровично-серозные.

На гистерограммах послеродового периода отмечались регулярные волны сокращения с постепенным нарастанием и пологим спуском. Длительность схваток была 2—3 мин с интервалом между ними от 2 до 5 мин. Эффективность сократительной деятельности матки составила $17,88 \pm 1,04$. Рождение послода происходило обычно после 5—6 схваток.

В раннем послеродовом периоде интервалы между сокращениями возрастали от 3 до 12 мин. Волны сокращения имели крутой подъем и пологий спуск. Коэффициент формы кривой (отношение продолжительности спада ко времени подъема) составил 2,8—3,5. Длительность схваток была от 2 до 5 мин, эффективность сократительной деятельности матки — $15,86 \pm 0,98$.

В последующие дни послеродового периода отмечалось постепенное уменьшение контрактильной активности миометрия (см. табл.). На 7-й день послеродового периода на гистерограммах регистрировались низкоамплитудные непродолжительные и частые сокращения матки, а у некоторых родильниц не было записано ни одной волны сокращения. Это можно объяснить хорошей контрактильной способностью матки, уменьшением ее размеров, при котором сокращения матки носят преимущественно изометрический характер. В качестве примера на рис. представлены гистерограммы родильницы А. в динамике.

Мы считаем, что полученные в результате наших исследований данные о характере контрактильной активности матки у родильниц с нормальным течением пуэрперия можно использовать в качестве исходных критериев для оценки нарушений сократительной деятельности матки.



Гистерограммы родильницы А. с 1 по 7-й день послеродового периода (а — 1-й, б — 2-й, в — 3-й, г — 4-й, д — 5-й, е — 6-й, ж — 7-й).

УДК 618.46:[612.648+618.439]—079

Канд. мед. наук И. В. Белова (Рязань).

Фосфолипиды в плацентах живо- и мертворожденных младенцев

При судебно-медицинском исследовании трупов новорожденных одним из основных вопросов является установление живо- или мертворожденности. Иногда в качестве объектов судебно-медицинской экспертизы могут быть труп младенца и плацента, соединенные пуповиной. Однако нередко труп младенца отсутствует, и приходится решать важные экспертные вопросы на основании исследования только плаценты.

При токсикозе второй половины беременности (нефропатии), внутриутробной асфиксии и внутриутробной смерти плода происходят резкие сдвиги в биохимическом составе плаценты. Установлено, что содержание липидов в плаценте может служить показателем внутриутробной асфиксии плода: даже при быстро протекающей асфиксии содержание липидов повышается; при длительной асфиксии оно резко возрастает.

По нашим данным, при нормальной протекающей беременности без токсикоза второй половины (нефропатии) и рождении живого доношенного младенца содержание общих липидов в плаценте равнялось 71,7 г/л. Если же в родах отмечались симптомы угрожающей асфиксии, но младенец родился без ее признаков, количество общих липидов повышалось до 90,3 г/л. Отмечено увеличение содержания липидов в плацентах родильниц, роды которых закончились рождением ребенка в асфиксии: оно достигало 92,3 г/л, а при осложнении беременности нефропатией даже при рождении живого доношенного младенца — 92,8 г/л. При внутриутробной смерти плода (независимо от причины его внутриутробной гибели) концентрация липидов в плаценте составляла 91,8 г/л. Существенно, что гниение и замораживание не сказываются на количественных показателях содержания общих липидов в плаценте.

Нами было проведено также сравнительное исследование основной фракции липидов — фосфолипидов. В плацентах 16 родильниц, у которых беременность и роды протекали нормально и закончились рождением живого доношенного младенца,