

страдали первичным бесплодием, беременность наступила на фоне гормональной терапии.

5 женщин из 14 первородящих повторно беременных имели в анамнезе от 1 до 3 искусственных абортов, 6 — искусственные и самопроизвольные аборты, 3 — только спонтанные выкидыши (1—2) на сроке от 6 до 24 нед.

23 повторнородящих имели 82 беременности, закончившиеся 47 родами, 35 искусственными и самопроизвольными абортами. Клинические проявления позднего токсикоза во время предшествующих беременностей были у 12 женщин.

При поступлении в стационар по поводу осложненного течения беременности женщины жаловались на повышенную утомляемость, плохой сон, раздражительность, выраженное беспокойство за исход данной беременности. Отеки I—II ст. отмечены у всех женщин, отеки и протениурия — у 26, сочетание отеков и артериальной гипертензии — у 22, триада признаков токсикоза — у 20 беременных. Артериальной гипертензии выше 20,0/14,0 кПа (150/105 мм рт. ст.) не было, частота пульса — $87,2 \pm 3,7$ уд. в 1 мин. Анемия беременных I—II степени констатирована у 31 женщины, гипопротениемия — у 39. Явления ангиостаза на глазном дне найдены у 20 беременных. Нарушений функции почек — азотовыделительной, концентрационной и на разведение — обнаружено не было, у 42 выявлена никтурия. Суточный диурез у всех беременных был положительным.

Электроанальгезию осуществляли с помощью аппарата «Электросон-4Т». Сеансы проводили в общей палате с динамическим наблюдением за состоянием женщины в положении лежа. Процедуру начинали с включения постоянного тока с целью подготовки к воздействию импульсным током. Обычно использовали ток силой 0,4—0,7 мА при частоте импульсов 150 Гц. Длительность процедуры составляла 45—90 мин. Процедуры проводили ежедневно. В среднем курс лечения составлял 6 сеансов (от 4 до 10).

При проведении процедуры следует учитывать индивидуальную реакцию беременной. У нее не должно быть никаких неприятных ощущений. При появлении последних или беспокойстве женщины силу тока уменьшали. Во время сеанса электроанальгезии с женщиной сохраняется словесный контакт, даже если она находится в дремотном состоянии. Через 15—20 мин после начала процедуры беременные обычно перестают реагировать на внешние раздражители.

К концу сеанса наблюдалась стабилизация показателей вегетативного равновесия: урежение пульса на 5—10 уд. в 1 мин, дыхания на 2—3 цикла в 1 мин, АД снижалось на 1,3—2,0 кПа (10—15 мм рт. ст.). В результате электроанальгезии значительно улучшалась самочувствие и сон, уменьшалась раздражительность, появлялось чувство бодрости, исчезала тревога за исход беременности и родов. В конце курса лечения отмечалось статистически достоверное снижение АД: систолического — до $15,3 \pm 0,1$ кПа (115,4 \pm 1,16 мм рт. ст.), диастолического — до $9,5 \pm 0,2$ кПа (71,5 \pm 1,4 мм рт. ст.), частоты пульса до $72,6 \pm 1,3$ уд. в 1 мин, исчезновение отеков, нормализация диуреза. У 94 беременных повышения АД до начала родовой деятельности не произошло, лишь у 3 женщин был рецидив клинических проявлений позднего токсикоза. Токсикоз имел место в родах у 7 женщин: у 4 — гидропс, у 3 — нефропатия I ст. 93 беременные родоразрешились спонтанно в срок. 4 первобеременным старшего возраста в связи с перенашиванием проводили родовозбуждение после создания витаминно-гормонально-энергетической подготовки.

Средняя продолжительность родов у первородящих составила $12,3 \pm 1,5$ ч, у повторнородящих — $9,6 \pm 1,0$ ч (быстрый темп родов имел место у 8 женщин, слабость родовой деятельности — у 5). Кровопотеря в родах равнялась 210 ± 18 мл и 175 ± 12 мл соответственно.

Итак, воздействие на ЦНС импульсными токами позволило резко снизить частоту применения медикаментозных средств во время беременности и в родах. Электроанальгезия в лечении легких форм позднего токсикоза создает новые возможности за счет регуляции функционального состояния ЦНС. При этом уровень АД как объективный показатель функционального состояния сосудистой системы является убедительным критерием оценки функциональных возможностей организма беременной, активности корковых процессов. Полученные результаты позволяют рекомендовать метод центральной электроанальгезии для лечения нетяжелых форм позднего токсикоза и претоксикозных состояний беременных.

УДК 618.3—008.6+618.3—06:616.12+618.3—06.61

А. В. Чиркова, З. С. Корняева, Н. И. Петрушкова, Р. Л. Хамитов (Устинов).
Особенности течения родов и послеродового периода у женщин, беременность которых протекала с угрозой ее прерывания

С целью выяснения особенностей течения родов, послеродового периода и состояния новорожденных мы проанализировали 102 истории родов у женщин, беременность которых осложнилась угрозой прерывания в различные ее сроки. У этих же родильниц параллельно проводили морфологическое исследование плаценты. Возраст обследованных женщин колебался от 18 до 35 лет.

Причины, которые послужили угрозой прерывания беременности, нами подразделены на следующие: гормональные нарушения (генитальный инфантилизм, эндокринопатии) — у 28,4%; экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы и почек) — у 21,5%; осложнения беременности (ранний и поздний токсикозы) — у 17,6%; истмико-цервикальная недостаточность — у 16,6%; острые инфекционные заболевания (ОРЗ, грипп, ангина) — у 15,6%.

Изучение условий труда показало, что у 21 (20,6%) женщины имели место профессиональные вредности в виде переохлаждения, перегревания и статической нагрузки. Также обращает на себя внимание, что среди изученного контингента женщин преобладали лица, занятые умственным трудом.

В анамнезе у 54 (52,9%) женщин были выявлены хронические воспалительные заболевания гениталий (хронический сальпингоофорит, метрэндомиометрит, эрозия шейки матки); у 47 (46,1%) — нарушения менструальной функции (позднее начало менструации, гиперполименорея). У 51 из 102 обследованных женщин в анамнезе были аборт, в том числе у 28 — самопроизвольные, у остальных — медицинские. Более 3 абортов имели 37 пациенток. Из 63 (61,7%) женщин, имевших в прошлом роды, у одной трети наблюдалось осложненное их течение (аномалия родовой деятельности, кровотечение, родовой травматизм матери и плода, кесарево сечение).

При изучении течения настоящей беременности было установлено, что угроза ее прерывания на сроках до 12 нед возникла у 32 (31,4%) женщин, с 13 до 28 нед — у 53 (52,0%), свыше 28 нед — у 17 (16,6%).

Две трети пациенток лечились стационарно, 32 из них — многократно. При установлении эндокринных нарушений как причины невынашивания беременности, в частности гипофункции яичников, применялась гормональная терапия. Для этой цели использовали небольшие дозы эстрогенов и гестагенов (туринал) одновременно с седативными, спазмолитическими средствами, витаминами и физиотерапевтическими процедурами (иглорефлексотерапия, диатермия солнечного сплетения и околопочечной области, трансанальный электрофорез с витамином В₁ и другие). Туринал применяли до 35—36 нед беременности. Гормонотерапию обычно начинали малыми дозами препаратов, а в дальнейшем дозу подбирали индивидуально в каждом конкретном случае под контролем клинических и лабораторных данных (цитология влагалищных мазков, 17-КС и др.).

У 9 женщин причиной невынашивания была истмико-цервикальная недостаточность. У них были использованы швы на шейку матки по Широкарку, что явилось эффективным методом предотвращения самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов.

В исследованной группе женщин роды в срок наступили у 64 (62,8%), преждевременно у 23 (22,5%), у остальных 15 (14,7%) наблюдались запоздалые роды.

При анализе течения родов было установлено, что у 99 (97,1%) рожениц роды закончились через естественные родовые пути, у 3 — кесаревым сечением в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты на фоне тяжелой формы позднего токсикоза. Осложненное течение родов (несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалия родовой деятельности, травмы мягких родовых путей, патология послеродового и раннего послеродового периода) было в 64,5% случаев. В родах применялись следующие акушерские операции: перинео- и эпизиотомия (11), выходные акушерские щипцы (4), вакуум-экстракция плода (1), экстракция плода за тазовый конец (2), ручное отделение и выделение последа (5), ручное обследование полости матки (2).

Осложненный послеродовый период (субинволюция матки, послеродовые язвы, инфицирование гематомы влагалища, субфебрилитет неясной этиологии) наблюдался у одной трети родильниц.

У 72,4% женщин дети родились в хорошем состоянии (оценка по шкале Апгар 8—10 баллов), у 27,6% — в асфиксии (оценка по шкале Апгар 7—5 баллов). При возникновении симптомов прерывания до 12 нед число рожденных в асфиксии было 5,9%, с 13 до 28 нед — наибольшим (13,4%) и после 28 нед — 8,3%. Кроме того, гипоксия плода в родах развивалась чаще при поздней госпитализации женщин по поводу угрозы прерывания беременности.

При проведении морфологических исследований плаценты у 77% женщин выявлены следующие морфологические изменения: фибриноидный некроз и малокровные сосуды (39,7%); дегенеративные изменения стромы ворсин, их отек и коллагенизация, множественные кровоизлияния (27,2%); преждевременное старение плаценты, отчетливость пуповины и оболочек (20,3%); распространенные воспалительные инфильтраты в плаценте (12,8%).

Таким образом, основной причиной угрозы прерывания беременности являются гормональные нарушения, в первую очередь функциональная недостаточность яичников и плаценты. Угроза прерывания отражается на последующем течении беременности, исходе родов, увеличивает частоту асфиксии новорожденных, особенно при возникновении симптомов прерывания на сроках с 13 до 28 нед беременности, и выступает фактором риска перинатальной и акушерской патологии. Возникновение невынашивания в ранние сроки беременности приводит к наиболее выраженным морфологическим изменениям плаценты.