

ter S Lancot, 1969, 1, 7597. — 9. Demettris P. N. Ibid., 1972, 2, 1261. — 10. Coalamali S. K., Comaish G. Ind J. Derm., 1975, 14, 3. — 11. Frost P., Chen J., Rabbani J. a. o. In Linc Metabolism, 1977. — 12. Kirchner H., Rühle R. Lancet, 1973, 1, 1317. — 13. Michaelsson G., Juhlin L., Vahlguist A. Arch. Dermatol., 1977, 113, 1. — 14. Orris L., Shalita A. R., Sibulkin D. a. o. Ibid., 1978, 114, 7. — 15. Raika G. Acta derm. vener., 1977, 57, 2. — 16. Smith J., Brown E., Cassiby W. In: Linc metabolism, 1977. — 17. Taylor M., King J. C., Tamura T. a. o. Arch. Dermatol., 1978, 114, 7. — 18. Weston W., Huff C. Ibid., 1977, 113, 422.

Поступила 8 октября 1980 г.

УДК 618.3—06:616.12—08:615.84

## ИСХОД РОДОВ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА, ПОЛУЧАВШИХ ЭЛЕКТРОСОН

Л. К. Курицына, З. Ш. Гилязутдинова, Р. М. Минибаева,  
С. С. Мустафина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2  
(зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. З. Ш. Гилязутдинова)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

**Реферат.** У беременных с патологией сердечно-сосудистой системы, получавших комплексную патогенетическую терапию с включением электросона, реже наблюдались несвоевременное отхождение околоплодных вод, кровотечение в раннем послеродовом периоде, меньшей была кровопотеря в родах и продолжительность родов, лучшим было состояние новорожденных, более благоприятно протекал послеродовой период.

**Ключевые слова:** мать, плод, сердечно-сосудистая патология, электросон. 3 таблицы. Библиография: 5 названий.

Нами проведено изучение исхода родов для матери и плода у 84 беременных с патологией сердца, получавших комплексную терапию с включением электросона или (при отсутствии нарушений гемодинамики) лечение только электросном. Сеансы электросона мы проводили в обычной палате с 10 до 12 ч дня.

У 42 из 84 больных к моменту родов определялась сердечная патология без клинически выраженных нарушений кровообращения (1-я гр.); у 35 — с декомпенсацией I—IIA стадии (2-я гр.), причем благодаря дородовой терапии у 31 была достигнута полная коррекция гемодинамики к родам и у 4 частичная; у остальных 7 установлена функциональная кардиопатия (3-я гр.).

Для сравнения изучены исходы родов у 20 больных женщин без клинически выраженных нарушений кровообращения, поступивших в стационар в родах и не получавших дородовую терапию. Данные о течении родов у обследованных групп женщин представлены в табл. 1.

У 82 больных, леченных электросном, беременность закончилась самопроизвольными родами и у 2 (2,4%) — кесаревым сечением по акушерским показаниям (к моменту родов у одной из них была достигнута полная коррекция гемодинамики, а у другой — частичная).

Таблица 1

Течение родов у различных групп рожениц

Группы рожениц	Число женщин	Самостоятельное родоразрешение	Частота осложнений в родах													
			преждевременное отхождение околоплодных вод		стремительные роды		слабость родовой деятельности		угроза внутривульварной асфиксии		кровотечение в раннем послеродовом периоде		оперативные вмешательства			
			абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%		
1-я . . . . .	42	42	1	2,4	2	4,8										
2-я . . . . .	35	33	3	8,6	5	14,3			2	5,7	2	5,7	4	11,4		
3-я . . . . .	7	7					1	14,3					1	14,3		
Контрольная . . . . .	20	20	6	30			2	10	2	10	2	10	3	15		

У больных 1-й группы, получавших дородовую подготовку, преждевременное отхождение околоплодных вод произошло в 2,4%, тогда как у больных 2-й группы — в 8,6%, а у больных контрольной группы — в 30%.

Угроза внутриутробной асфиксии нами отмечена у 5,7% рожениц 2-й группы, а в контрольной группе — у 10%. Однако это осложнение встречалось в 1,8 раза реже у рожениц, получавших дородовую терапию, чем в контрольной группе. Значительное снижение внутриутробной асфиксии плода у больных, получавших комплексное лечение, свидетельствует о благоприятном действии последнего на газообмен крови матери, что предупреждает развитие гипоксии плода.

Оперативные вмешательства в родах применены у 7 женщин 1—3-й групп: у 2 — кесарево сечение, у 3 — наложение вакуум-экстрактора по акушерским показаниям, у 2 — эпизиотомия при угрозе асфиксии плода.

Ни у одной из наблюдавшихся нами женщин не было показаний для выключения II периода родов. По данным литературы, частота выключения II периода родов у больных с ревматическими пороками колеблется от 11 до 24% [1, 3]. Благоприятное течение родов, вероятно, можно объяснить положительным эффектом дородовой комплексной терапии у больных сердечной патологией.

Продолжительность родов и величина кровопотери у рожениц, получавших и не получавших дородовую терапию, указаны в табл. 2.

Таблица 2

**Продолжительность родов и величина кровопотери у больных с патологией сердца, получавших в период беременности лечение электросном**

Группы рожениц	Число женщин	Продолжительность родов						Кровопотеря, мл		
		общая, ч		I период, ч		II период, мин			III период, мин	
		первородившие	повторнородившие	первородившие	повторнородившие	первородившие	повторнородившие		первородившие	повторнородившие
1-я . . . . .	42	10,4±1,0 <i>P</i> <0,05	6,6±1,1	9,7±1,0 <i>P</i> <0,02	6,3±1,1	28,4±2,4	16,2±1,8	14,4±3,2	10,9±1,8	195,9±10,3 <i>P</i> <0,05
2-я группа	35	9,7±1,1 <i>P</i> <0,01	6,8±1,4	9,2±1,2 <i>P</i> <0,02	6,3±1,4	23,4±2,4	13,8±2,5	10,2±2,5	10,3±1,6	208,7±15,8 <i>P</i> >0,05
3-я . . . . .	7	10,4±2,2 <i>P</i> <0,05		9,6±2,2 <i>P</i> <0,05		38,4±9,6		15,3±2,6		250,0±23,6 <i>P</i> >0,05
Контрольная	20	16,8±2,4		16,1±2,4		30,0±9,0		15,4±2,7		246,5±23,2

Примечание: *P* — разница с контрольной группой больных.

Как свидетельствуют приведенные в таблице данные, общая продолжительность родов и длительность I периода существенно не зависели от состояния гемодинамики больных, получивших дородовую подготовку, но были меньше (*P*<0,05), чем у больных контрольной группы. Однако ряд авторов [4, 5] считают, что состояние гемодинамики оказывает влияние на течение и продолжительность родов. Наименьшая продолжительность родов отмечена у больных со значительно выраженным расстройством кровообращения.

Анализ наших данных показал, что дородовая подготовка, обеспечивая улучшение состояния гемодинамики, способствует нормализации родовой деятельности и уменьшению частоты быстрых и стремительных родов.

Величина кровопотери в родах у больных, получивших дородовую подготовку, была ниже, чем в контрольной группе, однако достоверное различие (*P*<0,05) выявлено только у больных 1-й гр.

Исход беременности и родов для плода мы оценивали по шкале Апгар, а также по данным физического развития. Из 84 новорожденных от матерей, получивших электросном в период беременности, умерло 2 (2,4%). Матери обоих этих детей страдали декомпенсацией кровообращения IIIA ст. У одного из них была тяжелая внутриутробная гипотрофия. Другой умер от респираторной инфекции. Состояние остальных новорожденных представлено в табл. 3.

Как следует из табл. 3, исход родов для плода был более благоприятным в группе женщин с сердечной патологией, получивших дородовую комплексную терапию, чем в контрольной группе.

При анализе течения послеродового периода выявлено следующее. Обострение ревматизма в послеродовом периоде отмечено у 3 родильниц (3,6%), получивших комплексную терапию. В контрольной группе родильниц это осложнение наблюдалось у 6 (30%). Продолжительность пребывания в роддоме после родов в 1-й группе равнялась 11,0±0,3 дня, во 2-й группе — 11,2±0,5, в контрольной — 14,5±1,0 дня (*P*<0,01).

Таким образом, у женщин с патологией сердечно-сосудистой системы, получивших комплексную патогенетическую терапию с включением электросна, направленную на восстановление нейрогуморальных взаимоотношений, нормализацию обменных и окис-

## Состояние новорожденных

Группы матерей	Число новорожденных		Оценка по шкале Апгар, баллы								Масса тела, г		Рост, см	
			9—10		8—9		7—8		5—6		мальчики	девочки	мальчики	девочки
			абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%				
1-я . . . . .	42	34	80,9	6	14,3	2	4,8	1	3,0	3510,5±55,6	3395,6±82,3	52,8±0,3	51,7±0,4	
2-я . . . . .	33	25	75,8	4	12,1	3	9,1			3226,9±103,6	3228,1±83,4	51,1±0,4	51,1±0,4	
3-я . . . . .	7	5	71,4			2	28,6			3328,6±188,1		52,1±0,5		
Всего	82	64	78,0	10	12,2	7	8,5	1	1,2					
Контрольная группа . . . . .	20	8	40	4	20	4	20	4	20	3127,8±200,9	2977,3%185,9	50,6±0,9	50,8±0,6	

лительных процессов, на борьбу с гипоксией, отклонения от физиологического течения родов встречаются реже, чем у больных с идентичной патологией, не получивших дородовую подготовку.

Проведение дородовой подготовки у больных с патологией сердца позволило провести у них роды с меньшим введением лекарственных средств.

Все это дает основания рекомендовать комплексную терапию с включением электрона для широкого внедрения в практику специализированных отделений родильных домов. Женщинам с сердечной патологией без нарушения гемодинамики лечение электросном может быть проведено в условиях женской консультации под контролем врачей — терапевта и физиотерапевта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ванина Л. В. В кн.: Беременность и роды при пороках сердца. М., Медицина, 1971.—2. Гайдамакина Л. Г. Вопр. охр. мат., 1970, 2.—3. Иванова Э. С. Там же, 1970, 7.—4. Кузьменко З. Н. Некоторые показатели газообмена и гипоксии у беременных с ревматическими пороками сердца. Автореф. канд. дисс., Киев, 1968.—5. Мокрик Г. А. Некоторые показатели окислительных процессов и кислотно-щелочного равновесия у беременных женщин с ревматическими пороками сердца. Автореф. канд. дисс. Винница, 1974.

Поступила 6 января 1981 г.

## ОБЗОРЫ

УДК 617.582—002.4—053.1—02—092

## ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ОСТЕОНЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРА У ВЗРОСЛЫХ

В. П. Прохоров

Казанский НИИ травматологии и ортопедии  
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР проф. У. Я. Богданович)

Идиопатический остеонекроз (ИО) головки бедра у взрослых — тяжелое заболевание, приводящее к стойкой инвалидности в наиболее трудоспособном возрасте (на 3—5-м десятилетия жизни). Сущность его заключается в субхондральном омертвении костного вещества головки в верхнем, наиболее нагружаемом, сегменте с последующей импакцией головки и развитием тяжелейшего деформирующего артроза. Заболевание развивается спонтанно, без видимых причин, и его следует отличать от посттравматических некрозов головки после переломов шейки и вывихов бедра.

В подавляющем большинстве случаев ИО объектом поражения является именно головка бедра, хотя как казуистика описаны и случаи заболевания головки плеча [23, 50], дистального отдела бедра [47], его мышечков — «спонтанного остеонекроза колена» [15, 16]

В самостоятельную нозологическую единицу ИО выделен недавно. Характерно, что сколько-нибудь четких сведений о нем нет даже в широко известных монографиях С. А. Рейнберга (1955), Н. С. Косинской (1961), А. Е. Рубашевой (1967). Этим объясняется слабая осведомленность широких кругов практических врачей об ИО и, следовательно, запоздалая его диагностика — уже в запущенных стадиях.

Между тем ИО отнюдь не редкая патология. Если к началу 60-х годов в мировой литературе было описано всего несколько десятков случаев ИО, то сейчас, как