

бежать не только нежелательной беременности, но и гинекологической заболеваемости вообще, а следовательно, и невынашивания, мертворождений и других осложнений, возможных при предстоящей планируемой беременности. Уберечь женщину от экономического ущерба, связанного с потерей трудодней, в связи с абортom также не менее важно.

Таким образом, предупреждение unplanned беременности есть метод сохранения здоровья женщины и возможность повышения рождаемости в нашей стране.

Медицинскими показаниями к удалению ВМС являются гиперменструальный синдром; боли, не поддающиеся лечению, и беременность (1%), которая обычно прерывается на ранних сроках. В случае ее прогрессирования спираль, оставшаяся в матке, развитию плода вреда не причиняет, так как располагается вне оболочек плодного яйца и после рождения плода изгоняется вместе с последом. За 14 лет мы наблюдали 2 подобных случая с благоприятными исходами для матери и плода.

Частота осложнений, вызванных внутриматочной контрацепцией, в виде воспалительных процессов, болей, кровотечений, самопроизвольных выпадений ВМС невелика (3—7%). Их можно избежать при условиях надлежащего отбора и подготовки женщин.

Прободения стенки матки спиралью по литературным данным имеют место у 1 : 5 000, по нашим сведениям — 1 : 15 000. Основываясь на имеющихся публикациях и собственных наблюдениях (2 случая), мы не советуем применение ВМС нерожавшим женщинам. Для них можно рекомендовать, например, ритмический метод, основанный на определении времени овуляции, когда в организме женщины является готовая к оплодотворению зрелая яйцеклетка. Кроме этих «опасных дней» женщина может обходиться без контрацепции.

Установлено, что длительное применение ВМС не влияет на детородную функцию; у подавляющего большинства женщин беременность наступает в первые 2—6 мес после удаления ВМС и почти у всех — в течение года.

Необходимо отдельно осветить вопрос о возможности возникновения злокачественных новообразований в связи с длительным применением ВМС, ибо недостаточная осведомленность населения, среди которого немало и медицинских работников, служит в настоящее время помехой к осуществлению массовой контрацепции.

Вопросы о воздействии ВМС на морфологию и функцию эндометрия глубоко и всесторонне изучались в мировом масштабе. Выводы специалистов однозначны — внутриматочная контрацепция не влияет на частоту развития злокачественных новообразований. Реакция эндометрия на ВМС обуславливается механизмом противозачаточного действия и носит обратимый характер. Так, в группе женщин, длительно применявших ВМС, опухолевые заболевания наблюдались вдвое реже, чем в контрольной.

Новым в изучении проблемы контрацепции являются внутриматочные медьсодержащие средства, которые обладают бактерицидным свойством, высокоэффективны и дают ничтожно малый процент осложнений.

Если два десятилетия назад методы и средства контрацепции не отвечали всем требованиям и многие женщины отказывались от применения противозачаточных средств ввиду их невысокой эффективности, то в настоящее время имеется возможность индивидуального подбора метода предупреждения беременности. Появились реальные условия эффективной борьбы с абортom.

Поступила 16 января 1983 г.

УДК 618.39—079.6

РОЛЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Я. Ю. Малков, О. Е. Карпова, Н. А. Кулагина

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Я. Ю. Малков) Пензенского института усовершенствования врачей, больница им. Н. А. Семашко (главрач— А. П. Вохмянин)

Проблема невынашивания беременности — одна из актуальнейших в современном акушерстве. Многогранность этиологии и неясность патогенеза в каждом отдельном наблюдении обуславливают трудность решения ее. Первой практические врачи «опускают руки» при решении задач по сохранению беременности. По современным требованиям только комплексное решение проблемы может принести успех.

Под наблюдением находились 110 женщин в возрасте от 20 до 35 лет, стоявших на учете в специализированном кабинете женской консультации в связи с самопроизвольными выкидышами. Из них у 13 женщин было по 1 выкидышу, у 53—2, у 23—3, у 12—4, у 6—5, у 1—6, у 1—7 и еще у одной — 11 выкидышей, происходивших в разные сроки I и II триместров беременности. Предшествовавшая выкидышам первая беременность у 29 женщин закончилась срочными родами, осложнившимися рождением крупных плодов, наложением акушерских щипцов, ручным обследованием матки, разрывами шейки, перинатальной детской смертностью в трех наблюдениях; у 16 — преждевременными родами, в результате которых 13 детей умерли. У других 26 женщин первая беременность была прервана искусственным абортom. Первичным бесплодием страдали 8 женщин, вторичным — 9. По поводу ювенильного кровотечения неоднократно госпитализировались в стационар на лечение 5 женщин, а 10 больных с хроническим эндометритом и сальпингоофоритом в течение длительного срока получали терапию. При этом у 9 из них был нарушен менструальный цикл и в одном наблюдении произведена операция по поводу разрыва правого яичника. Из экстрагенитальных заболеваний у 2 женщин констатирован хронический гломерулонефрит, у 2 — гипертоническая болезнь, у 1 — калькулезный холецистит, у 3 — тиреотоксикоз, у 2 — менингоэнцефалит, у 4 — токсоплазмоз.

После выяснения анамнеза до наступления беременности занимались обследованием всех женщин по тестам функциональной диагностики в течение 3 мес: определяли кристаллизацию шейной слизи, половой хроматин, базальную температуру на протяжении одного или двух менструальных циклов, проводили кольпоцитологические исследования, цервикогистеросальпингографию (у 59 женщин); по показаниям — адрениалинопрогестероновую пробу и пробу на чувствительность к собственным гормонам (у 37); диэнцефальные тесты и рентгенографию турецкого седла (у 22), кольпоскопию, мазки-отпечатки с шейки матки на атипические клетки (у 52); исследовали основной обмен (у 9), содержание 17-кетостероидов в моче (у 12); привлекали при необходимости для консультации эндокринолога, окулиста, терапевта, невропатолога, уролога.

В процессе обследования были выявлены следующие заболевания: хронический эндометрит, сальпингоофорит, недостаточность второй фазы цикла, ановуляция, половой инфантилизм, фибромиома матки, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность (органическая и функциональная), иммунологическая несовместимость, заболевания щитовидной железы, диэнцефальный синдром, разрывы шейки; при этом у ряда женщин диагностирована сочетанная патология.

При наличии хронического эндометрита, сальпингоофорита, нарушений менструального цикла, фибромиомы матки через 4—5 мес после наступившего выкидыша проводили гормональное, противовоспалительное и санаторно-курортное лечение, что способствовало в течение 9—12 мес у 76 (69%) женщин наступлению очередной беременности, которую устанавливали на основании анамнеза — задержки месячных, повышения базальной температуры более 16—18 дней, проведения пробы с гравимуном, кольпоцитологической картины. Базальную температуру измеряли до 10—12 нед беременности, кольпоцитологическое исследование производили 1 раз в неделю для контроля за течением беременности и лечением. Для более ранней диагностики истмико-цервикальной недостаточности один раз в 1—2 нед осматривали шейку в зеркалах и проводили осторожное пальцевое исследование шейки матки. Всех беременных относили к группе риска и наблюдали в специализированном кабинете до исхода родов.

Если прерывание беременности ранее происходило в сроки 5—6 нед, то гормональное лечение начинали после задержки месячных при повышении базальной температуры более 16—18 дней. Назначали малые дозы эстрогенов и прогестерона в соотношении 1:20—25 под контролем кольпоцитологической картины и измерений базальной температуры. Профилактическое лечение в критические сроки беременности проводили амбулаторно и в стационаре. При появлении клинических проявлений угрожающего выкидыша все беременные госпитализировались в стационар, при этом 57 женщин — от 2 до 5 раз. Истмико-цервикальная недостаточность диагностирована до беременности у 17 женщин, а во время нее — у 23. Всем этим пациенткам во II триместре (на 14—18 нед) был наложен шов по Любимовой.

Из 76 беременных родила 61. Срочные роды произошли у 53, преждевременные — у 8 и у 7 беременность закончилась выкидышами: ранними — у 3, поздними — у 4. У оставшихся 8 женщин беременность прогрессировала. У 28 женщин беременность в III триместре и роды осложнились: нефропатией I—II ст. — у 5, многоводием — у 1, ягодичным предлежанием плода — у 2, ножным предлежа-

нием — у 2, а роды — дородовым и ранним излитием вод у 5 женщин, первичной и вторичной слабостью родовых сил — у 6, нефропатией — у 5, ручным удалением дефекта плацентарной ткани — у 2. Кесарево сечение произведено у 7 женщин: у 2 — в плановом порядке и у 5 — в родах (по методикам Гусакова — у 6 женщин и по Морозову — у одной). Новорожденные с массой тела от 2550 до 4800 г (у большинства из них масса тела — от 2800 до 3900 г) при рождении оценены по шкале Апгар на 7—10 баллов и лишь в двух наблюдениях на 5—6 баллов; роды у их матерей осложнились высокой гипертензией, а один из этих детей родился с синдактилией. Из 40 беременных, которым был наложен шов по Любимовой, у 34 наступили срочные роды, в одном наблюдении — преждевременные роды, все новорожденные живы. Шов снимали у большинства из них за 1—2 нед до родов. У 5 беременных через 2—3 нед после наложения шва произошли самопроизвольные выкидыши.

Преждевременные роды наступили у беременных с многоводием, многоплодием и ягодичным предлежанием. У одной женщины новорожденные с массой тела в 1100 и 1200 г умерли на 2-е сутки. По поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты у одной беременной с дородовым кровотечением выполнено кесарево сечение, новорожденный с массой тела в 1900 г умер на 3-и сутки. У 2 женщин с двурогой маткой, хроническим гломерулонефритом и истмико-цервикальной недостаточностью новорожденные с массой тела в 2250 и 2300 г и у 4 беременных с нефропатией II—III ст. новорожденные с массой тела в 1800—2200 г остались живы.

У 8 из 76 женщин беременность в настоящее время в III триместре протекает без осложнений.

Таким образом, обследование и своевременно назначенное патогномичное лечение беременным, страдавшим самопроизвольными выкидышами, способствовали наступлению беременности в течение года в 69%, доношиванию ее — в 86,8%, рождению живых доношенных и недоношенных детей — в 96,7% наблюдений.

Поступила 10 февраля 1982 г.

УДК 618.14:612.743:618.146

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МАТКИ ПЕРЕД РОДАМИ

Н. Е. Есаулова

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.— проф. М. Н. Анисимова) Саратовского медицинского института

Для изучения начальных изменений функции матки перед родами при различных состояниях ее шейки мы использовали метод непрерывной и длительной регистрации биопотенциалов органа с помощью аппарата ЭГС-4М [2].

Запись электрогистерограмм (ЭГГ) проведена у 35 женщин в предродовом периоде и в родах при наличии доношенной беременности и целого плодного пузыря. Состояние шейки матки определяли пальпаторным методом и оценивали по унифицированной шкале К. Н. Умеренковой (1976). Изучение ЭГГ в предродовом периоде позволило выделить нормальную, пониженную, повышенную и некоординированную интенсивность биопотенциалов матки. Так, при «незрелой» шейке матки с шеечным тестом в 5—7 баллов нормоинтенсивность биопотенциалов матки соответствовала $0,079 \pm 0,014$ усл. ед. При «зрелой» шейке матки с шеечным тестом в 8—10 баллов среднее значение нормоинтенсивности биопотенциалов оказалось выше, составив $0,123 \pm 0,020$ усл. ед. ($P < 0,05$).

При шеечном тесте в 11—13 баллов нормоинтенсивность биопотенциалов достоверно возрастала по сравнению с аналогичными показателями при менее подготовленных родовых путях, составляя $0,160 \pm 0,014$ усл. ед. ($P < 0,05$).

На всех ЭГГ при нормальной интенсивности биопотенциалов матки на фоне колебаний 1-го порядка с периодом, равным 0,5—1,5 мин и амплитудой до 1 мВ, видны «основные колебания» 2-го порядка с периодом в 0,2—0,3 мин и амплитудой от 0,02 до 0,4 мВ. Как известно, при колебаниях 1-го порядка в процесс возбуждения вовлечен весь миометрий, результатом чего является его сократительная деятельность. Колебания 2-го порядка отражают процесс возбуждения, который охватывает не всю мышечную систему матки и может не сопровождаться ее сокращением [1, 3, 4].

Описанные выше данные представлены на рис. 1 и 2.