

ской и гипертензивной форм позднего токсикоза. При положительных пробах Мак-Клюра—Олдрича, дерматоглифике, симптоме «кольца» и ухудшении гемореологических показателей можно прогнозировать отечно-нефротическую форму, а при положительной пробе с физической нагрузкой и гипертоническом типе кровообращения—гипертензивную форму позднего токсикоза. Возможность прогнозирования названных клинических форм позднего токсикоза определила и характер дифференцированных лечебных мероприятий: при первой—гипонатриевая или калиевая диеты, разгрузочные дни 1—2 раза в неделю и окологочечная индуктотермия [7]; при второй—магниевая диета, нейротропная терапия импульсными токами и при необходимости электрофорез магния [6].

Дифференцированную превентивную терапию получила 71 женщина сразу после выявления субклинических гемодинамических нарушений на 26—28 нед беременности. По окончании курса лечения и вплоть до родов еженедельно проводили клинический осмотр, исследование микроциркуляции и контроль по тесту сравнения дактилоскопических рисунков.

Обследование за 1—2 нед до родов позволило отметить нормализацию гемодинамических функций и микроциркуляции, улучшение мозгового и почечного кровотока.

Динамика основных показателей регионарного кровотока и центрального кровообращения у беременных исследуемой группы после превентивного лечения заключалась в увеличении пульсового притока, укорочении анакроты, уменьшении показателя сфигмической скорости и дикротического индекса. Увеличивались ударный и сердечный индексы, снижались среднее динамическое давление, частота сердечных сокращений, общее периферическое сопротивление кровотоку. Отмечалась нормализация микрокровотока и гемореологических показателей. Переход субклинических нарушений в явную клинику позднего токсикоза отмечен только у 4 беременных из числа получавших превентивную терапию. Из 67 беременных с положительным эффектом коррекции сосудистых расстройств у 9 в родах проявилась клиника моносимптомного токсикоза: транзиторная гипертензия + 2,3 кПа к исходному уровню (у 6); отеки I ст. (у 3).

39 беременным, у которых тоже были выявлены субклинические нарушения, дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия не проводили. У 24 из них через 2—3 нед был диагностирован моно- или полисимптомный токсикоз, у 15 субклинический уровень сосудистых нарушений сохранился вплоть до родов.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности предупреждения тяжелых форм позднего токсикоза в поликлинических условиях и позволяют рекомендовать для женских консультаций с большим числом врачебных участков выделение специального помещения и штатов для кабинета функциональной диагностики. Это даст возможность обследовать на должном уровне большой контингент беременных группы риска, выявить у них ранние нарушения и осуществить реальную профилактику позднего токсикоза беременных, особенно его тяжелых форм.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ващилко С. Л. Акуш. и гин., 1981, 8.— 2. Грищенко В. И. Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. М., Медицина, 1977.— 3. Иванов И. П. В кн.: Актуальные вопросы патологии беременности. М., 1978.— 4. Прокопенко Ю. П. Акуш. и гин., 1982, 9.— 5. Серов В. Н., Манухин И. Б. *Вопр. охр. мат.*, 1976, 3.— 6. Степанянц Р. И., Курбанова А. М. Акуш. и гин., 1975, 11.— 7. Суворова Н. М., Каплун-Крыжановская Е. Ф. *Вопр. охр. мат.*, 1974, 8.

Поступила 31 января 1983 г.

УДК 618.14—006.5—084:615.847

## ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА С ПОМОЩЬЮ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МАТКИ

А. З. Хасин, А. В. Хонина

Всероссийский научно-исследовательский центр по охране здоровья матери и ребенка  
(директор— проф. Н. М. Побединский) МЗ СССР, Москва

Наиболее частым проявлением послеродовой инфекции является эндометрит, частота и тяжесть которого находятся в прямой зависимости от продолжительности родов, особенностей родового акта и длительности безводного промежутка [2—4].



Илл - 13113 с/2

В патогенезе послеродового эндометрита большая роль принадлежит нарушению сократительной деятельности матки [1]. Поэтому для профилактики послеродового эндометрита ряд авторов рекомендуют в первые дни послеродового периода применение средств, сокращающих матку [5, 6].

Одним из ценных методов коррекции нарушений сократительной активности матки является электростимуляция, особенно в тех случаях, когда использование медикаментов неэффективно или противопоказано из-за непереносимости.

С целью выяснения целесообразности применения электрического тока для профилактики эндометрита нами выполнены клиничко-физиологические исследования у 50 родильниц со слабой родовой деятельностью (1-я группа). У 50 других родильниц, также перенесших слабость родовых сил, профилактику послеродового эндометрита с помощью сократительных средств не проводили (2-я группа). Контрольную группу составили 30 родильниц, у которых роды и послеродовой период протекали физиологически. Возраст женщин в исследуемых группах был от 17 до 42 лет. Всем родильницам, помимо общепринятых клинических исследований, осуществляли гистерографию и тонусметрию матки. Гистерограммы регистрировали на 1, 3, 5 и 7-й дни послеродового периода с помощью динамоутерографа ДУ-1. Датчик гистерографа устанавливали на передней брюшной стенке в проекционной зоне тела матки. Продолжительность исследования составляла 30—60 мин. Для определения тонуса матки применяли тонусметр [7].

У 34 родильниц 2-й группы была первичная, у остальных 16 — вторичная слабость родовой деятельности, которая у 35 из них сочеталась с преждевременным излитием околоплодных вод. Активацию родовой деятельности у 15 женщин в первом периоде родов проводили с помощью внутривенного капельного введения 5 МЕ окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы, у 35 — по схеме: касторовое масло, очистительная клизма, хинин, с предварительным созданием гормоно-глюкозо-витамино-кальциевого фона; из них 25 родильницам в связи с недостаточным эффектом родостимуляции дополнительно внутривенно капельно вводили раствор окситоцина. Средняя продолжительность родов у первородящих составила 26 ч 24 мин  $\pm$  1 ч 45 мин и у повторнородящих — 16 ч 45 мин  $\pm$  3 ч 02 мин.

У 37 из 50 родильниц 2-й группы послеродовый период протекал физиологически, у 13 — на 3—5-й день пuerперия возник эндометрит (у 2 — в тяжелой форме, у 4 — в средней и у 7 — в легкой).

Сократительная активность и тонус матки у 37 родильниц этой группы в первый день послеродового периода характеризовались низкой амплитудой, часто отсутствовал ритм сокращений. Эффективность сократительной активности и тонус матки были ниже, чем у женщин контрольной группы. В последующие дни (3, 5 и 7-й) характер сокращений и тонус матки не отличались от таковых у женщин контрольной группы.

В инволюции матки у родильниц 2-й группы с физиологическим течением послеродового периода и у родильниц контрольной группы существенных различий не наблюдалось. Лохии у родильниц двух этих групп были аналогичными: сукровичными — к 4-му дню пuerперия, серозно-сукровичными — на 5—6-й день, серозными — на 7-й день. Режим всех 37 женщин 2-й группы был активным, и в среднем они находились в родильном доме 7,88  $\pm$  0,27 койко-дней, что не отличается от длительности пребывания родильниц контрольной группы ( $P > 0,05$ ).

У 13 родильниц с эндометритом характер сократительной активности и тонус матки существенно отличались от таковых в контрольной группе. В 1-й день послеродового периода эффективность сократительной деятельности матки у них снижалась более чем в 3 раза, а тонус — более чем в 2 раза. На гистерограммах волны сокращения не регистрировались или они были низкой амплитуды и продолжительности.

На 3-й день послеродового периода функциональная активность матки у этих родильниц, в отличие от 37 женщин с физиологическим течением пuerперия, не нарастала. Волны сокращения оставались редкими, низкой амплитуды, на некоторых гистерограммах не было зарегистрировано сокращений. Форма волн была также вариабельна. Показатели эффективности сократительной активности и тонуса были резко снижены по сравнению с аналогичными показателями у женщин контрольной группы.

После введения окситоцина в комплексном лечении эндометрита [1] показатели эффективности сократительной активности и тонуса стали возрастать и к 7-му дню пuerперия оказались такими же, как и у здоровых родильниц ( $P > 0,05$ ). Размеры матки по длине и ширине у родильниц с эндометритом были большими, чем у жен-



дильном доме они находились  $7,92 \pm 0,24$  койко-дня, что не отличается от длительности пребывания родильниц контрольной группы.

У 2 женщин на 4 и 5-й дни пуэрперия возник эндометрит легкой формы, потребовавший проведения соответствующего лечения (антибактериальные препараты, введение утеротонических средств). Комплексная терапия быстро привела к инволюции матки, исчезла болезненность, лохии стали серозными.

Таким образом, результаты наших исследований позволяют рекомендовать электростимуляцию матки с первых дней пуэрперия для профилактики послеродового эндометрита у родильниц, перенесших слабость родовых сил.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гуртовой Б. Л., Громова А. М. *Вопр. охр. мат.*, 1977, 5.— 2. Гуртовой Б. Л., Серов В. Н., Макацария А. Д. *Гнойно-септические заболевания в акушерстве*. М., Медицина, 1981.— 3. Зак И. Р., Краснопольский В. И. *Вопр. охр. мат.*, 1967, 7.— 4. Михайленко Е. Т. *Акуш. и гин.*, 1976, 5.— 5. Молчанова Г. Я., Тихонова И. С. В кн.: *Тезисы докладов XIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов*. М., 1973.— 6. Персианинов Л. С., Молчанова Г. Я. *Вопр. охр. мат.*, 1975, 12.— 7. Хасни А. З., Колчевский В. И., Захаров И. Ф. В кн.: *Физические методы и вопросы метрологии биомедицинских исследований*. М., 1978.

Поступила 14 июля 1982 г.

УДК 618.5—06:616.89—009.834—07

## О ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ БРЕДОВЫХ ПСИХОЗОВ

В. А. Дереча, Я. Ю. Малков

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. Ю. А. Антропов), кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Я. Ю. Малков) Пензенского ГИДУВа*

В последнее время оживился интерес к психозам в послеродовом периоде. В. К. Пророкова и соавт. (1960) справедливо указывают на синдромальное разнообразие и нозологическую неоднородность психических заболеваний в пуэрперии. В этой связи особенно важным представляется выделение прогностически значимых признаков начального (препсихотического) периода данных психических заболеваний с целью их ранней диагностики и дифференцированного лечения. Следует также уточнить роль различных патогенных факторов, предшествующих развитию психоза.

Авторам настоящего сообщения хотелось бы поделиться результатами углубленного изучения той формы собственно послеродовых (соматогенных) психозов, которые проявлялись преимущественно бредовыми (параноидными и аффективно-параноидными) расстройствами, наиболее трудными в диагностическом отношении.

В настоящем сообщении изложены результаты изучения бредовых психозов различной природы. С целью клинико-динамического и клинико-статистического их исследования были установлены нозологические и типологические совокупности признаков, представляющих диагностико-прогностическую ценность. В сравнительном плане были изучены 22 послеродовых бредовых психоза соматогенной природы, ведущим этиологическим фактором которых явилось физиогенное психическое истощение родильниц. Бредовые нарушения развились у них на фоне астенической недостаточности интеллекта и ориентировки, тревожно-депрессивного или анксиозно-фобического аффекта в сочетании с растерянностью. Бред был представлен вначале несистематизированными идеями отношения (у 17 больных) и значения (у 5), к которым затем присоединялись идеи преследования (у 20), воздействия (у 4), инсценировки и интерметаморфозы (у 4), депрессивный бред с идеями самоунижения и виновности (у 3), ипохондрический бред (у 1).

Для оценки кодирования и обработки материала был составлен специальный перечень признаков. Клинические данные анализировали математически с позиций вероятностного подхода в 2 этапа. Сначала с помощью ЭВМ вычисляли достоверные границы вероятности каждого признака [1], что дало возможность определить частотность всех признаков. Однако известно, что высокая частота и вероятность тех или иных проявлений болезни не всегда соответствуют их диагностической ценности. Поэтому был проведен второй вид вычислений [2], позволивший определить прогностическое значение признаков послеродовых психозов.