

состояния, однако РЭГ-показатели не достигли должного уровня. РИ справа был равен $1,53 \pm 0,033$, слева — $1,54 \pm 0,026$; ИС справа — $0,67 \pm 0,015$, слева — $0,67 \pm 0,013$.

У женщин с нефропатией II ст. также нормализовалось клиническое состояние, но вместе с тем, несмотря на увеличение амплитуды РЭГ и ее первой производной, у ряда больных дикротическая волна была куполообразной. РИ справа составлял $1,35 \pm 0,036$, слева — $1,34 \pm 0,031$; ИС справа — $0,54 \pm 0,018$, слева — $0,54 \pm 0,016$.

Церебральные гемодинамические сдвиги у рожениц с нефропатией III ст. обнаруживали тенденцию к нормализации, однако в основном это касалось не формы волны, а ее количественных показателей (РИ справа — $1,24 \pm 0,052$, слева — $1,24 \pm 0,063$; ИС справа — $0,47 \pm 0,033$, слева — $0,48 \pm 0,029$).

Таким образом, несмотря на нормализацию клинического состояния, на 4-е сутки после родов полного восстановления РЭГ-показателей не отмечалось.

Прием нитроглицерина на 4-е сутки после родов обусловил полную нормализацию формы реографической волны, однако высота амплитуды и ее первой производной достигали фоновых показателей контрольной группы лишь у женщин с нефропатией I ст.

Только при выписке данные РЭГ, снятых у женщин с нефропатией, статистически достоверно не отличались от показателей РЭГ контрольной группы.

Под влиянием приема нитроглицерина у больных при выписке объем кровенаполнения увеличился до цифр, превышающих фоновые показатели контрольной группы, однако не достигающих показателей этой группы после приема нитроглицерина. Статистически достоверное различие говорит о том, что, несмотря на полную нормализацию показателей фоновой РЭГ, функциональная способность мозговых сосудов у женщин, перенесших поздний токсикоз, несколько ниже, чем у женщин с неосложненной беременностью.

В результате изучения особенностей мозгового кровообращения при позднем токсикозе беременных установлено, что одно из основных проявлений данной патологии заключается в уменьшении мозгового кровотока и в межполушарной асимметрии, которые под влиянием лечения улучшаются; однако полная нормализация РЭГ наступает только к моменту выписки после родов.

УДК 616.12—008.331.1—618.3—008.6—618.2—618.4

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Г. А. Козин

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. И. Ф. Панцевич) Калининского медицинского института

Мы изучили течение беременности и родов у 211 женщин с гипертонической болезнью, находившихся под нашим наблюдением в 1959—1967 гг. Беременность осложнилась поздним токсикозом у 105 женщин: при I ст. гипертонической болезни — у 74, при II ст. — у 30 и при III ст. — у 1. Водянка беременных была у 10 женщин, нефропатия — у 89, преэклампсия — у 3 и эклампсия — у 3. У женщин со II ст. гипертонической болезни нефропатия встречалась в 1,7 раза чаще, чем у женщин с I ст. Разница статистически достоверна ($P \leq 0,01$).

Нефропатия при гипертонической болезни протекала обычно с выраженным гипертоническим синдромом (систолическое АД у большинства больных повышалось до 210, диастолическое — до 140). С момента развития симптомов позднего токсикоза состояние больных заметно ухудшалось: появлялись общая слабость, головные боли, у некоторых больных — нарушение зрения (сетка, мушки, туман перед глазами).

Отмечено повышение височного АД и височно-плечевого коэффициента до $80,2 \pm 1,46$ мм рт. ст.; $0,06 \pm 0,007$ по сравнению со средними показателями в группе больных гипертонической болезнью, не осложненной токсикозом ($76,3 \pm 1,00$ мм рт. ст.; $0,62 \pm 0,005$).

Средний показатель систолически-диастолического коэффициента в группе женщин с гипертонией, осложненной токсикозом, был ниже. Систолически-диастолический коэффициент может иметь прогностическое значение. При снижении уровня этого коэффициента удается выявить наслоение позднего токсикоза на гипертоническую болезнь, снижение коэффициента до 1,3—1,2 предвещает возникновение преэклампсии или припадка эклампсии.

Следует отметить, что наибольшее число госпитализированных беременных (89) и количество госпитализаций (182) были в группе беременных с гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом. Среднее число госпитализаций на 1 беременную в этой группе составило 2,05, в группе женщин с гипертонией, не осложненной поздним токсикозом, — 1,82.

Характерной особенностью позднего токсикоза, развивающегося при гипертонической болезни, следует считать появление его в более ранние, чем обычно, сроки беременности. При I А ст. развитие позднего токсикоза наблюдалось у 33 беременных из 100, причем симптомы позднего токсикоза появлялись обычно с 25—28 недель; при I Б ст. поздний токсикоз развивался у 41 из 67, при II А ст.— у 19 из 28, при II Б ст.— у 11 из 13 и при III ст.— у 1 из 3 (симптомы возникли уже с 16—20 недель беременности).

При гипертонической болезни, осложненной поздним токсикозом, у 13 больных наблюдались кровоизлияния и отек соска зрительного нерва, у 10 из них — во II и III ст. гипертонической болезни.

Тяжелое течение беременности привело к необходимости досрочно прервать беременность путем родовозбуждения у 10 женщин, из них у 5 — с дополнительным расширением шейки матки метрейризом, у 1 (35 недель беременности) произведено абдоминальное кесарево сечение. Прерывание беременности производилось при II и III ст. гипертонической болезни у 8 из 11 больных.

Преждевременные роды наступили при осложнении у 21 беременной.

Отставание в развитии плода при гипертонической болезни, осложненной поздним токсикозом, наблюдалось более чем в 2 раза чаще, перинатальная потеря детей — в 3,5 раза чаще. Антенатальная гибель плода при осложнении происходила в 4,5 раза чаще. При II ст. гипертонической болезни перинатальная и антенатальная смертность была значительно выше, чем при I ст.

У большей части больных гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом, рождались маловесные дети (от 1000 до 2500 г), отстающие в физическом развитии; в родах у этих женщин вдвое чаще наблюдалась внутриутробная асфиксия плода. Они более предрасположены к повышенной кровопотере.

Общая продолжительность родов составила в этой группе больных $12,35 \pm 0,59$ часа, в группе женщин с гипертонией, не осложненной токсикозом, — $10,89 \pm 0,61$ часа.

У больных первой группы чаще применяли оперативные вмешательства ($64,0 \pm 3,4\%$), чем у больных второй группы ($36,0 \pm 3,4\%$), $P < 0,001$.

Артериальное давление во время родов у женщин с гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом, колебалось на более высоких цифрах во всех периодах родов, чем у женщин с неосложненной беременностью.

Следует отметить, что выжидательное ведение беременности у женщин, страдающих гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом, с целью получения более жизнеспособного ребенка не достигает цели, так как при этом дети нередко погибают еще до начала родовой деятельности или рождаются с тяжелым отставанием в физическом развитии.

УДК 616—002.4—617.581.5—616.833.58—616—053.31

СУХИЕ НЕКРОЗЫ ЯГОДИЦ С ПАРАЛИЧАМИ СЕДАЛИЩНЫХ НЕРВОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Н. Я. Назаркин, Т. И. Назаркина и В. П. Осипова

(Саранск)

Данный синдром у новорожденных недостаточно изучен. Первые описания его появились в 1949 г. Английский врач Милс (1949) наблюдал 8 новорожденных с этой патологией. Роды были длительными, все дети родились в асфиксии, и всем в сосуды пуповины сразу же после рождения вводили некелмамид — синтетический препарат, возбуждающий дыхательный центр и сердечно-сосудистую систему. По мнению Милса, параличи и циркуляторные нарушения связаны с тромбозом нижней ягодичной артерии, которая питает седалищный нерв и соответствующий участок кожи ягодичной области. В дальнейшем аналогичные случаи описаны Гудсоном и соавторами, Сан Агистином, Т. Н. Дорофеевой, В. Л. Зубковой и В. А. Таболиним.

В Саранском роддоме № 1 в 1965 г. было 8 новорожденных с сухим некрозом ягодич. У 6 детей сухой некроз сопровождался вялым параличом ноги со стороны поражения, у 2 явлений паралича не было. У 4 родильниц был отягощенный акушерский анамнез (в прошлом они перенесли кесарево сечение).

Все дети родились от нормально протекающей беременности, в срок, с весом от 3400,0 до 4200,0. У 5 детей было головное предлежание, у 3 — ягодичное.

Роды у 4 матерей протекали тяжело с преждевременным отхождением вод и первичной слабостью родовых сил. У 4 детей было обвитие пуповины вокруг шеи. Все дети родились в тяжелой асфиксии, в связи с чем им тотчас после отсасывания слизи из дыхательных путей вводили в пупочную артерию от 3 до 5 мл 10% раствора