

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИРИНГОМИЕЛИЕЙ

Л. Ф. Шинкарева, Т. С. Осинцева, М. Л. Черненкова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Л. Ф. Шинкарева), кафедра нервных болезней (зав.—проф. Т. С. Осинцева) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института

Сирингомиелия — одно из распространенных заболеваний нервной системы: в разных регионах СССР его частота составляет 25—34 на 100 тыс. жителей. Средний интенсивный показатель в Удмуртской АССР на 100 тыс. населения равен $34,25 \pm 1,57$ [2]. Сирингомиелия обычно медленно прогрессирует, приводя к снижению или потере трудоспособности, инвалидности в молодом, трудоспособном возрасте. Наиболее часто этим заболеванием страдают женщины в возрасте 20—40 лет.

В доступной литературе имеются лишь единичные указания на особенности течения беременности и родов при сирингомиелии [1, 3].

Под нашим наблюдением находились 92 больные сирингомиелией в возрасте от 19 до 60 лет. Среди них одна была инвалидом I группы, 7 — II, 2 — III. По возрасту больные распределились следующим образом: до 20 лет — 2 женщины, 21—30 — 27, 31—40 — 28, 41—50 — 22, 51—60 — 13. Средний возраст — 37,6 года. Были обследованы также 12 дочерей этих женщин в возрасте от 6 до 25 лет.

Обращают на себя внимание многообразие и большая частота выявленной акушерско-гинекологической патологии. Нарушение менструальной функции было гановлено у 50 женщин, болезненные и обильные менструации — у 39, менструации с периодической задержкой на 1—3 мес — у 10, скудные, непродолжительные (по 1—2 дня) — у 5, менструации, сопровождающиеся головной болью, шумотой, периодической рвотой — у 2, слабостью, нарушением общего самочувствия и снижением трудоспособности — у 3, судорогами и зябкостью рук — одной.

Первичное бесплодие было у 3 пациенток, вторичное — у 12. У 6 больных анамнезе отмечена внематочная беременность, 4 женщины находились на диспансерном учете по поводу фибромиомы матки, из них одной была произведена экстирпация матки с придатками, одной — надвлагалищная ампутация матки, 3 — операции по поводу опухолей яичника.

У данной категории больных было в среднем 6 беременностей с индивидуальными колебаниями от 1 до 13, количество родов — от 1 до 12. Отмечено большое количество искусственных абортот (от 1 до 12), у 5 женщин в анамнезе были криминальные аборты, 2 из которых осложнились воспалительным процессом матки, один — перитонитом с оперативным вмешательством, 2 — были с повторным выскабливанием.

У 9 пациенток беременность закончилась самопроизвольным выкидышем без выскабливания, у 14 — с повторным выскабливанием.

Особое внимание обращает на себя частота осложненного течения беременности и родов у женщин, страдающих сирингомиелией, и у их дочерей репродуктивного возраста. Анализ особенностей течения беременности и родов показал большую частоту гестозов. Токсикозы I половины беременности (легкой, средней и тяжелой степени) были у 29 женщин, II половины беременности (водянка беременных, нефропатия I и II степени, сочетанный токсикоз беременных на фоне хронического пиелонефрита) — у 10. У 4 больных возникла угроза прерывания беременности в ранние ее сроки.

Во время беременности 7 женщин отмечали общую слабость, слабость в руках, сонливость, снижение чувствительности на горячее и холодное, головокружение, головные боли. В более поздние сроки беременности и в родах наряду с общей слабостью у 9 больных появились боли в поясничной области, судороги мышц ног; в послеродовом периоде прогрессировали снижение чувствительности, общая слабость и слабость в руках (у 2). Вероятно, беременность у обследованных женщин спровоцировала обострение сирингомиелии.

Преждевременные роды были у 15 больных, быстрые роды — у 5, слабость родовой деятельности, потребовавшая ее стимуляции — у 9. Из оперативных

вмешательств акушерские щипцы применялись у 2 рожениц, кесарево сечение — у одной. Масса тела новорожденных колебалась от 1400 до 5000 г, средняя масса тела составила 3000 г.

Причиной родов мертвым плодом (у 4) были мозговая грыжа и обвитие пуповины вокруг шеи. Смерть 8 новорожденных наступила от родовой травмы (2), лейкоза (1), диафрагмальной грыжи с оперативным вмешательством (1), гемолитической болезни новорожденного в связи с изосенсибилизацией к резус-фактору (1), врожденного отсутствия диафрагмы (1), недоношенности (2). В асфиксии родились 8 новорожденных, с кефалогематомой — 2.

Кровотечения наблюдались в родах и послеродовом периоде у 11 женщин, 7 из них было выполнено ручное обследование полости матки с удалением задержавшихся частей последа и оболочек. Гипогалактия была у 30 женщин.

Одним из современных методов лечения синингомиелии является глубокая рентгенотерапия, которая была проведена 41 больной (1 раз — 12 женщинам, 2 раза — 14, 3 раза — 15) на область позвоночника (от 32 до 38 грей) в зависимости от поражения спинного мозга. Во время рентгенотерапии у 4 больных отмечено нарушение менструальной функции (у одной женщины — сокращение менструального цикла с 28—30 дней до 14—21 дня; у 3 — периодическая задержка менструаций до 2—3 мес.).

Однако беременность, наступившая у 13 женщин после рентгенотерапии, и последующие роды значительно чаще осложнялись гестозом I половины беременности, при этом тяжесть токсикоза была большей, чем у женщин, не получавших рентгенотерапии. Гестозы I половины беременности наблюдались у 5 пациенток, II половины — у 4.

У 4 из 13 женщин возникла угроза прерывания беременности. У одной во время беременности появились дрожь в руках, головная боль, обмороки, холодный пот.

Через год после рентгенотерапии срочные роды наступили у 4 женщин (у одной из них масса тела новорожденного составила 2200 г), через 2 года — у 4, преждевременные роды (до 32 нед) — у одной.

У 2 женщин дети родились с явлениями острой дыхательной недостаточности и с кефалогематомой.

В последовом и раннем послеродовом периодах гипотоническое кровотечение имело место у 2 родильниц. Самопроизвольные выкидыши произошли у 3 беременных на сроках 10—12 нед (после рентгенотерапии прошел один год). 2 беременным произведен аборт по медицинским показаниям (после рентгенотерапии прошло 1—1,5 года). 2 пациентки были прооперированы по поводу внематочной беременности.

Таким образом, женщины, болеющие синингомиелией, должны состоять на диспансерном учете не только у невропатолога, но и у акушера-гинеколога. Беременность следует рассматривать как один из факторов, способствующих прогрессированию синингомиелии. Беременных, страдающих синингомиелией, следует отнести к группе высокого риска как для матери, так и для плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев В. А. // Врач. дело. — 1965. — № 6. — С. 134—135. — 2. Садыков Т. Т. // К вопросу изучения синингомиелии в Удмуртской АССР. — Автореф. канд. дисс. — Ижевск, 1973. — 3. Усокин И. И. // Беременность и роды при органических заболеваниях центральной нервной системы. — М., Медицина, 1974.

Поступила 08.01.86.

УДК 618.3—008.6—036.15—072.8:612.821

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЕСТОЗА

К. В. Воронин, В. И. Полтавец, К. Б. Акимова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. К. В. Воронин), кафедра психиатрии факультета усовершенствования врачей (зав. — проф. В. И. Полтавец) Днепропетровского медицинского института

Реальная профилактика гестоза базируется на доклинической диагностике с учетом отсутствия органических изменений и преобладания функционально-