

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 сирингомиелии 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 сирингомиелией, должны состоять на диспансерном учете не только у невропатолога, но и у акушера-гинеколога. Беременность следует рассматривать как один из факторов, способствующих прогрессированию сирингомиелии. Беременных, страдающих сирингомиелией, 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 сирингомиелии 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-

динамических нарушений, когда их превентивная терапия наиболее результативна [1, 5]. Функциональные расстройства внутренних органов представляют собой клиническое отражение общей психовегетативной неустойчивости индивида (его конституциональной соматогенной или ситуационно обусловленной эмоциональной нестабильности). Из сообщений последних лет ни в одной из работ не выделяются определенные индивидуальные психологические особенности беременной — эмоциональная неустойчивость, тревожность, сензитивность и т. д., которые являются существенной частью конституционально-биологической предрасположенности.

В настоящей работе отражены результаты прогнозирования гестоза у беременных из группы повышенного риска с учетом их психофизиологических характеристик. Под наблюдением находились 78 беременных в возрасте 18—25 лет с повышенным риском возникновения и развития гестоза II половины беременности. Отбор беременных производили в базовой женской консультации с помощью пробы с физической нагрузкой [9], гидрофильной пробы Мак-Клюра — Олдрича, кондуктометрии малых объемов крови [6], бульбарной биомикроскопии [3] по триместрам беременности. Избранные отборочные тесты имеют прогностическую ценность [2]. Группы контроля составили здоровые беременные (20 чел.) и беременные сmono- и полисимптомным гестозом (30).

Индивидуально-психологические особенности беременных из группы повышенного риска изучали с помощью экспериментально-психологических методов (МАС — личностная шкала проявлений тревожности, тест Г. Айзенка и УНП — уровень невротизации и психопатизации), применяемых в психоневрологической клинике [7, 10—12]. Психофизиологическому исследованию в динамике по триместрам были подвергнуты все беременные.

Тест тревожности складывается из 50 суждений. Обследуемый описывает свое состояние в данный момент, указывая частоту возникновения каждого признака: «почти никогда», «почти всегда». Итоговый показатель тревожности может находиться в диапазоне от 8 баллов (полное отсутствие тревоги) до 50 (чрезвычайно высокий уровень тревоги). Тревогу классифицируют как состояние максимального биологического напряжения, особую физиологическую реакцию центральной нервной системы при одновременной гиперфункции и дисфункции всех вегетативных структур [8].

У беременных из группы повышенного риска и с гестозом установлено увеличение тревожности по сравнению со здоровыми — соответственно $20,5 \pm 0,7$; $23,6 \pm 1,1$ и $6,4 \pm 0,5$ балла ($P < 0,001$). Эти беременные воспринимаются окружающими как пессимистичные, замкнутые, молчаливые, застенчивые или чрезмерно серьезные личности.

Тест Г. Айзенка [11] выделяет 3 основных параметра: интравертированность (И), экстравертированность (Э), эмоциональную устойчивость, или стабильность (С) и противостоящий ей невротизм (Н). В основе интра-экстраверсии, по мнению Г. Айзенка, лежат индивидуальные особенности взаимодействия активирующей ретикулярной формации и передних отделов новой коры. Г. Айзенк характеризует интраверта как необщительного, замкнутого, пассивного субъекта, экстраверта — как открытого, социабельного, разговорчивого, активного. Некоторые авторы выделяют амбиверта (А) как личность, имеющую черты интра-экстраверта [10].

Согласно результатам исследований беременные из группы повышенного риска и с гестозом распределились так: И — $76,9 \pm 8,8\%$, А — $19,2 \pm 8,8\%$, Э — $8,8 \pm 3,8\%$ и И — $76,7 \pm 5,4\%$, А — $13,3 \pm 5,5\%$, Э — $10,0 \pm 5,4\%$ (среди здоровых беременных: И — $10,0 \pm 4,5\%$, А — $45,0 \pm 4,8\%$ и Э — $45,0 \pm 4,8\%$ ($P < 0,001$). Как видно, беременные из группы повышенного риска и с гестозом относятся преимущественно к интравертированному типу личности.

По мнению Г. Айзенка, невротизм — это показатель, отражающий эмоциональную лабильность, неуравновешенность, тревожность. Чем выше индекс невротизма, тем личность более эмоциональна, лабильна, чувствительна, легче подвержена срывам; ей противостоит эмоционально устойчивая личность. По шкале «эмоциональная устойчивость — невротизм» беременные из группы риска и с гестозом распределились следующим образом: С — $30,7 \pm 8,8\%$, Н — $69,3 \pm 8,8\%$ и С — $6,6 \pm 5,4\%$; Н — $93,4 \pm 5,5\%$ (среди здоровых беременных: С — $90,0 \pm 4,4\%$, Н — $10,0 \pm 4,5\%$ ($P < 0,001$)).

Повышение уровня невротизации по методу УНП у беременных из группы риска и с гестозом по сравнению со здоровыми беременными ($-8,5 \pm 1,6$; $12,7 \pm 2,6$ и $+28,5 \pm 3,6$; $P < 0,001$) коррелирует с повышением уровня тревожности и

невротизма, полученным при использовании экспериментально-психологических методов [11].

Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) с помощью функциональных нагрузок выявило изменения, указывающие на нарушение стволово-подкорковых взаимоотношений за счет дисфункции неспецифических структур мозга (III тип ЭЭГ) и усиления активирующего влияния на сохранные кору головного мозга неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса (IV тип ЭЭГ); у здоровых беременных оказались I и II типы ЭЭГ [4].

В процессе клинического наблюдения за беременными из группы повышенного риска установлено развитие отечно-нефротической и гипертензивной форм гестоза соответственно у 62,8% и 37,2% беременных, причем психофизиологическая индивидуальность беременной при гипертензивной форме гестоза характеризовалась большей частотой интраверсии, более высокими уровнями невротизма и тревожности, чем при отечно-нефротической ($P < 0,05$). Выявленные психофизиологические предикторы (тревожность, повышенный уровень невротизма, интраверттивность, III и IV типы ЭЭГ) определяют возможность прогнозирования позднего гестоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ващилко С. Л.//Акуш. и гин.— 1981.— № 8.— С. 22—24.— 2. Воронин К. В., Борецкая Г. М., Писанко Е. Ю. и др.//Вопр. охр. мат.— 1985.— № 12.— С. 45—47.— 3. Воронин К. В., Садыков Б. Г., Боголюбленский В. Ф. и др.//Там же.— 1973.— № 13.— С. 78—80.— 4. Жирмунская Е. А., Лосева В. С.//Система описания и классификации ЭЭГ человека.— М.: Наука, 1984.— 5. Иванов И. П.//В кн.: Актуальные вопросы патологии беременности.— М., Медицина, 1978.— 6. Иванов И. П., Прокопенко Ю. П.//В кн.: Токсикозы беременных.— Хмельницкий, 1981.— 7. Личко А. Е.//Методики определения уровня невротизации и психопатализации (УНП).— Методические рекомендации.— Л., 1980.— 8. Тополянский В. Д., Струковская М. В.//Психосоматические расстройства.— М., Медицина, 1986.— 9. Харевич Н. И.//Здравоохранение Белоруссии.— 1976.— № 8.— С. 10—12.— 10. Яхин К. К.//Нервно-психические нарушения у лиц, работающих в условиях темноты.— Автореф. канд. дисс.— Л., 1981.— 11. Eysenck H. J.//The Structure of Human Personality.— London, 1971.— 12. Taylor I. A.//Psychol. Bull.— 1953.— Vol. 53.— P. 17.

Поступила 20.03.87.

УДК 618.5—089.888.12—07:612.4:577.175.522/.529:577.3

ЦИРКАДНАЯ ХРОНОГРАММА ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ У ЖЕНЩИН

И. К. Байтеряк

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. Б. Г. Садыков), Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— канд. мед. наук Р. Х. Ахмедзянов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В данной работе поставлена задача изучить показатели потенциальной работоспособности женского организма в течение суток, составить циркадную хронограмму экскреции катехоламинов и сопоставить ее с данными литературы о циркадных ритмах родовой деятельности.

Работоспособность организма оценивали по показателю суточной адаптивности и коэффициенту суточной периодичности [1, 4]. В основу вычисления указанных коэффициентов положен количественный анализ экскреции катехоламинов с интервалом в 4 ч 6 раз в сутки. В качестве контроля использованы данные Н. Г. Кассиля [3] о ритмах экскреции катехоламинов у людей. В своих исследованиях мы определяли уровень гормонов в женском организме с учетом возрастного фактора; сбор мочи отличался хроносистематичностью.

Были обследованы 35 здоровых небеременных женщин, которые были разделены на 5 возрастных групп по 7 человек в каждой. Состояние вегетативной нервной системы оценивали по индексу Кердо. Женщины с отклонением в вегетативной нервной системе в сторону преобладания функции симпатического или парасимпатического отделов более 10% по индексу обследованию не подлежали. Под наблюдением были женщины из числа медицинского персонала родильного дома. Испытуемым разрешалось спать с 22 ч ввиду закрытия родильного дома на плановую санобработку. Каждой женщине рекомендовали обычный режим пи-