

ISSN 0300-9092



**АКУШЕРСТВО  
и  
ГИНЕКОЛОГИЯ**

**10**

**1986**

**МОСКВА**

---

**•МЕДИЦИНА•**

Акушерство и гинекология, 1986, № 10, 1—80



# АКУШЕРСТВО и ГИНЕКОЛОГИЯ



Ежемесячный научно-практический журнал

№ 10 октябрь ● Москва ● «Медицина» ● 1986 ● Основан в 1922 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

### Передовая

Метелица Л. В., Григорьева Л. С. XXVII съезд КПСС об укреплении советской семьи, охране материнства и детства . . . . . 3

### Обзоры

Посисеева Л. В. Специфический трофобластический  $\beta$ -гликопротеин в акушерской практике . . . . . 6  
Макацария А. Д., Мищенко А. Л. Дифференциальная диагностика геморрагических синдромов, обусловленных патологией гемостаза в акушерско-гинекологической практике (Клиническая лекция) . . . . . 8

### Оригинальные статьи

Рубанович Г. Л., Червяков А. Г., Никитенко Н. Г., Храмов О. Т. О профилактике и лечении геморрагического шока при массивных акушерских кровотечениях . . . . . 12  
Сабуров Х. С. Сравнительная оценка различных методов трансфузионной терапии у родильниц с массивной акушерской кровопотерей . . . . . 15  
Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Ведение больных с кровотечением во время и после операции кесарева сечения . . . . . 18  
Кузнецов В. П., Дживелегова Г. Д., Мясникова И. Г., Шалина Р. И. Реологические и коагуляционные нарушения у родильниц с патологической кровопотерей . . . . . 20  
Молжанinov Е. В., Гончар Г. А., Гончар А. Г. Метрагемостатические устройства и строчные швы в комплексном лечении и профилактике гипотонических кровотечений в акушерстве . . . . . 24  
Потин В. В., Мясникова Г. П., Пророкова В. К., Свечникова Ф. А. Гиперпролактинемическая недостаточность яичников у женщин, перенесших в родах массивную кровопотерю . . . . . 26  
Мясникова Г. П. Нарушения репродуктивной функции женщины после родов, осложненных массивной кровопотерей . . . . . 29  
Кастельянос Парра, Асланов А. Г., Малышева В. А. Динамика маточно-плацентарного кровотока и эндокринные показатели фето-плацентарной системы у женщин с осложненным течением беременности . . . . . 32  
Генкин Л. Ю., Ветров В. В. Особенности патогенеза анемии у беременных, страдающих пиелонефритом . . . . . 35  
Клименко П. А., Рыжова И. А., Орлов В. Н., Гришин В. Л., Кулаев Д. В. Почечная недостаточность и недостаточность маточно-плацентарного кровообращения в эксперименте . . . . . 39  
Гайструк А. Н., Шамилян В. В. Гормональная функция

## CONTENTS

### Editorial

Metelitsa, L. V., Grigoryeva, L. S. The XXVII Congress of the CPSU on the family, maternity and childhood protection

### Review of Literature

Posiseeva, L. V. Specific trophoblastic  $\beta$ -glycoprotein: significance for obstetrical practice  
Makatsariya, A. D., Mishchenko, A. L. Differential diagnosis of hemorrhagic syndromes due to hemostasis pathology in obstetrics and gynecology (a clinical lecture)

### Original Papers

Rubanovich, G. L., Chervyakov, A. G., Nikitenko N. G., Khramov, O. T. Prevention and treatment of hemorrhagic shock associated with massive obstetric bleeding  
Saburov, Kh. S. Comparative assessment of different transfusion methods in patients with massive obstetric blood loss  
Chernukha, E. A., Komissarova, L. M. Management of hemorrhage during and after cesarean section  
Kuznetsov, V. P., Dzhivelegova, G. D., Myasnikova, I. G., Shalina, R. I. Rheologic and coagulation disorders following abnormal blood loss in puerperal patients  
Molzhaninov, E. V., Gonchar, G. A., Gonchar, A. G. Metrahemostatic devices and uninterrupted sutures as part of combined prevention and treatment of hypotonic obstetrical bleedings  
Potin, V. V., Myasnikova, G. P., Prorokova, V. K., Svechnikova, F. A. Ovarian hyperprolactinemic insufficiency in women with a history of massive intrapartum blood loss  
Myasnikova, G. P. Reproductive disorders following parturition complicated with massive blood loss  
Castellanos Parra, Aslanov, A. G., Malysheva, V. A. Variations of uteroplacental circulation and fetoplacental endocrine function in complicated pregnancy  
Genkin, L. Yu., Vetrov, V. V. Pathogenesis of anemia associated with pyelonephritis of pregnancy  
Klimenko, P. A., Ryzhova, I. A., Orlov, V. N., Grishin, V. L., Kulaev, D. V. Renal failure and uteroplacental circulatory insufficiency: an experimental study  
Gaistruk, A. N., Shamilian, V. V. Fetoplacental hormonal

фето-плацентарной системы при железодефицитной анемии беременных

Артамонов В. С., Каракаш С. И. Особенности иммунологической реактивности организма и содержание цинка в крови при перенесенной беременности . . . . . 41

Плешакова Т. В., Стыгар А. М., Зацепина Л. П., Зайцева И. В. Особенности диагностики неразвивающейся беременности ранних сроков . . . . . 44

Винницкий О. И. Эхографическая картина и гормональная функция плаценты у женщин с неразвивающейся беременностью . . . . . 46

Герасимович Г. И., Остапенко В. А., Василья Аббас, Лукашевич Г. А., Кручинский Н. Г. Экстракорпоральная гемосорбция в комплексе мероприятий интенсивной терапии послеродовых гнойно-септических осложнений . . . . . 49

Кудайбергенов К. К., Емельянова А. И., Гуртовой Б. Л., Головистиков И. Н. Вторичный иммунодефицит при послеродовых инфекционных заболеваниях и его коррекция . . . . . 52

Шехтман М. М., Ахтамова Э. М., Абрамова З. И. Рациональная терапия пиелонефрита беременных . . . . . 55

Фукс М. А., Кузин В. Ф., Мамакаева М. Д., Трубников В. И. Возможности прогнозирования многоплодной беременности . . . . . 58

Петров Р. В., Сотникова Н. Ю., Кривonosов С. К., Бабакова Л. А. Регуляция трофобластическим  $\beta_1$ -гликопротеином выработки фактора, ингибирующего миграцию макрофагов, при неосложненной беременности . . . . . 61

Шулович В., Рудунович Н., Шкурин Т. Пороки сердца и беременность . . . . . 63

Охлупкин М. Б., Дашичев В. В., Белов Н. И. Антенатальная диагностика хронической гипоксии плода по результатам исследования околоплодных вод при недоношенной беременности . . . . . 65

Бурлев В. А. Некоторые иммунобиохимические показатели у беременных — носителей поверхностного антигена гепатита В . . . . . 66

Малевич Ю. К., Коломиец А. Г., Русак О. В., Коломиец Н. Д. Клиника генитальной герпетической инфекции во время беременности . . . . . 68

### В помощь практическому врачу

Закревский А. А. Рациональное питание беременных и кормящих грудью женщин . . . . . 71

### Научная и общественная жизнь

Марьяна Пшемаховна Кешокова . . . . . 75

### Рецензии

Бодяжина В. И. Н. Л. Гармашова, Н. Н. Константинова. Патопфизиологические основы охраны внутриутробного развития человека. Л.: Медицина, 1985 . . . . . 76

Вихляева Е. М. Я. В. Бокман. Лекции по онкогинекологии . . . . . 78

function in pregnancy-associated iron-deficiency anemia

Artamonov, V. S., Karakash, S. I. Material systemic immune response and blood zinc levels in postmaturity

Pleshakova, T. V., Stygar, A. M., Zatssepina, L. P., Zaitseva, I. V. Diagnosis of early missed abortion

Vinnitsky, O. I. Echographic appearance and placental hormones in patients with missed abortion

Gerasimovich, G. I., Ostapenko, V. A., Vasilla Abbas, Lukashevich, G. A., Kruchinsky, N. G. Extracorporeal hemosorption as part of intensive care in postpartum pyoseptic complications

Kudaibergenov, K. K., Emelyanova, A. I., Gurtovoy, B. L., Golovistikov, I. N. Secondary immunodeficiency associated with puerperal infections and its remedial therapy

Shekhtman, M. M., Akhtamova, E. M., Abramova, Z. I. A rational therapy for pregnancy-associated pyelonephritis

Fuks, M. A., Kuzin, V. F., Mamakaeva, M. D., Trubnikov, V. I. Prediction of plural pregnancy

Petrov, R. V., Sotnikova, N. Yu., Krivonosov, S. K., Babakova, L. A. Trophoblastic  $\beta_1$ -glycoprotein regulation of the production of macrophage migration inhibition factor in normal pregnancy

Shulovich, V., Rudunovich, N., Shkurina, T. Heart diseases and pregnancy

Okhlapkin, M. B., Dashichev, V. V., Belov, N. I. Antenatal diagnosis of chronic fetal hypoxia from the findings of amniotic fluid examination in preterm pregnancy

Burlev, V. A. Some immunobiochemical characteristics in hepatitis B surface antigen carriers in pregnancy

Malevich, Yu. K., Kolomiets, A. G., Rusak, O. V., Kolomiets, N. D. Clinical picture of genital herpetic infection in pregnancy

### Guidelines for the Practitioner

Zakrevsky, A. A. Rational nutrition in pregnancy and breast-feeding

### Scientific and Social Events

Maryana Pshemakhovna Keshokova

### Book Reviews

Bodyazhina, V. I. N. L. Garmashova, N. N. Konstantinova. Pathophysiologic Basis for Human Intrauterine Development. Leningrad, Meditsina Publishers, 1985

Vikhlyayeva, E. M. Ya. V. Bokhman. Lectures on Oncogynecology

Г. И. ГЕРАСИМОВИЧ, В. А. ОСТАПЕНКО, АББАС ВАСИЛЛЯ, Г. А. ЛУКАШЕВИЧ,  
Н. Г. КРУЧИНСКИЙ

### **ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ГЕМОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСЕ МЕРОПРИЯТИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Минский медицинский институт, Белорусский НИИ туберкулеза

Гнойно-септические осложнения (ГСО), возникающие в послеродовом периоде, занимают одно из ведущих мест среди причин летальности в акушерстве [9, 17]. Отмеченную в последние годы тенденцию к их росту можно связать со снижением эффективности применения антибактериальных препаратов [12], расширением показаний к кесареву сечению [15], увеличением заболеваемости сахарным диабетом [7]. Особое внимание в патогенезе этих осложнений уделяется снижению естественной резистентности организма в результате химизации производства и

быта [11] и развитием на этом фоне вторичной иммунной недостаточности [13, 16].

В последние годы в практику интенсивной терапии септических заболеваний активно внедряется экстракорпоральная гемосорбция (ГМС) [6, 10, 15], которая способствует детоксикации организма и оказывает иммунокорригирующее действие [14]. В экспериментальных и клинических условиях показана эффективность и безопасность применения гемосорбции в комплексном лечении акушерско-гинекологических больных [4, 5].

Нами проанализированы результаты комплексного лечения с применением гемосорбции 39 больных с тяжелыми послеродовыми ГСО. У 31 из них причиной септического состояния был послеродовой эндомиометрит, развившийся у 15 женщин после родов через естественные родовые пути, у 16 — после оперативного родоразрешения (кесарево сечение). В послеродовом периоде 18 родильницам проводилась консервативная терапия; лапаротомия и удаление очага инфекции (экстирпация и ампутация матки) выполнены у 13, из них у 10 после кесарева сечения. У 8 родильниц сепсис развился вследствие гнойно-воспалительного процесса в молочных железах (у 1 женщины на фоне сахарного диабета). В возрасте до 25 лет было 11 женщин, старше 25 лет — 28, из них 17 первородящих. Всего проведено 112 сеансов ГМС; по одному сеансу — 10 больным, по два — 12, по три — 9, четыре — 1, по шесть — 3, по семь — 3, восемь сеансов — 1 больной.

Родильницам с тяжелыми формами ГСО экстракорпоральная ГМС проводилась в различных лечебных учреждениях Минска и республики, что стало возможным после создания Республиканского центра гемо- и лимфосорбции с круглосуточным дежурством бригады по оказанию этого вида специализированной медицинской помощи [1]. Экстракорпоральную ГМС проводили с помощью портативной гемоперфузионной системы, описанной В. Г. Астапенко и соавт. [2]. Была использована методика, принятая в Республиканском центре гемо- и лимфосорбции, которая включает гемодилюцию в предсорбционный период, фармакологическую стимуляцию транскапиллярного обмена во время собственно гемосорбции, гемодилюцию в сочетании с патогенетической терапией в ближайшем постсорбционном периоде, и предполагает кратное в течение суток проведение гемосорбции. Продолжительность гемосорбции составляла от 40 до 90 мин, объемная скорость — 60—120 мл/мин, общий объем сорбированной крови за один сеанс — от 4000 до 18 000 мл. Доступ к сосудистой системе больных осуществ-

лялся катетеризацией крупных венозных стволов (подключичная, бедренная вены) по методу Сельдингера или артерио-венозным шунтированием по методу Квинтона. В качестве гемосорбента применяли различные марки азотсодержащего активированного угля СКН (сферический карбонит), разработанного в Институте общей и неорганической химии АН Украинской ССР (В. В. Стрелко).

Больным проводили общеклиническое, рентгенологическое, функциональное, микробиологическое и другие исследования. Определяли также температуру тела, частоту пульса и дыхания, артериальное и центральное венозное давление, почасовой диурез, исследовали кислотно-щелочное состояние. При поступлении, в период интенсивного лечения ежедневно, затем по показаниям и перед выпиской из стационара исследовали биохимические показатели крови при помощи унифицированных методик [8]. Для определения степени интоксикации мы использовали методику, разработанную Я. Я. Кальф-Калифом (определение лейкоцитарного индекса интоксикации — ЛИИ). Определяли также гематологический показатель интоксикации (ГПИ), предложенный В. С. Васильевым и В. И. Комар [3]. Гематологические и биохимические исследования крови проводили через 24 ч после первой ГМС, через 48 ч после окончания курса лечения ГМС и перед выпиской из стационара. Влияние ГМС на систему клеточного иммунитета изучали по ее воздействию на пролиферативную гетерогенность лимфоцитов периферической крови (ЛПК), которая является одним из показателей их функционального состояния. С этой целью измеряли диаметры ядер ЛПК с помощью винтового окуляр-микрометра. Полученные данные обрабатывали статистически с применением критерия достоверности Стьюдента.

Непосредственным результатом применения ГМС явились улучшение общего состояния, снижение тахикардии и тахипноэ, гипертермии, увеличение почасового диуреза, активация перистальтики кишечника, снижение явлений энцефалопатии, купирование психомоторного возбужде-

Динамика изменения гематологических показателей у родильниц в процессе лечения с использованием ГМС ( $M \pm m$ )

Показатель	До ГМС	Через 24 ч после первой ГМС	Через 48 ч после курса ГМС	Перед выпиской	$P_{1-2}$	$P_{1-3}$	$P_{1-4}$	$P_{2-3}$	$P_{2-4}$	$P_{3-4}$
	1	2	3	4						
Гемоглобин, г/л	90,8±2,52	89,37±2,86								
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	2,91±0,11	2,87±0,11	102,30±1,87	121,40±2,97	>0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$	13,22±0,77	10,68±0,74	3,19±0,08	3,90±0,08	>0,1	<0,05	<0,001	<0,02	<0,001	<0,001
СОЭ, мм/ч	50,17±2,24	49,16±1,86	8,63±0,54	6,37±0,34	>0,05	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001	<0,01
Лимфоциты, %	15,29±1,18	18,88±1,58	43,21±2,06	28,56±2,01	>0,1	<0,05	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001
ЛИИ, ед.	2,73±0,24	3,41±0,52	21,00±1,17	31,48±17,31	>0,1	<0,001	<0,001	>0,1	<0,002	<0,001
ГПИ, ед.	6,40±0,56	5,43±0,65	1,48±0,17	0,40±0,06	>0,1	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
			3,68±0,43	0,58±0,1	>0,1	<0,01	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001

ния, появление аппетита. Из 39 больных 30 были выписаны на амбулаторное лечение, 7 в удовлетворительном состоянии переведены для долечивания в гинекологические стационары по месту жительства, 2 женщины погибли. Динамика гематологических показателей в процессе лечения приводится в таблице.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что исходные гематологические показатели у больных соответствовали клинической картине тяжелой эндогенной интоксикации (анемия, лейкоцитоз, лимфопения, значительное увеличение СОЭ, повышение ЛИИ и ГПИ). В результате проведения первой гемосорбции, несмотря на отчетливый клинический эффект, отмечено достоверное снижение лишь количества лейкоцитоза ( $p < 0,05$ ) и недостоверное, но довольно значительное повышение ЛИИ (с 2,73 до 3,41). При анализе данных через 48 ч после окончания курса лечения с применением ГМС отмечено достоверное повышение показателей гемоглобина, эритроцитов, лимфоцитов, снижение СОЭ, количества лейкоцитов, ЛИИ и ГПИ.

При морфометрическом исследовании диаметров ядер ЛПК у женщин с ГСО отмечено их уменьшение по сравнению с таковыми у здоровых доноров. После проведенной ГМС наблюдалось двоякое изменение диаметров ядер ЛПК — увеличение или уменьшение их по сравнению с показателями до ГМС, причем уменьшение раз-

меров ядер ЛПК после ГМС коррелировало с более тяжелой клинической картиной заболевания, в то время как увеличение их косвенно свидетельствовало о более благоприятном течении ГСО.

При анализе динамики биохимических показателей отмечено незначительное повышение содержания общего белка в крови (на 6,7 %) после окончания курса ГМС и достоверное повышение его при выписке (на 21 %), а также увеличение концентрации в крови калия и кальция.

Следовательно, включение экстракорпоральной ГМС оказывает положительное влияние на течение синдрома эндогенной интоксикации и в первую очередь — на гематологические показатели.

Наш опыт применения ГМС в комплексном лечении больных с тяжелыми ГСО послеродового периода позволяет считать ГМС методом выбора при лечении этих осложнений.

При анализе результатов применения ГМС у больных, которым проводилась только консервативная терапия, установлено, что в среднем каждой больной проведено по 4 сеанса ГМС на курс лечения; после оперативного лечения в среднем проводилось по 2 сеанса ГМС, что свидетельствует о более благоприятном течении синдрома эндогенной интоксикации и большей эффективности ГМС после удаления очага инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко В. Г., Остапенко В. А. // Здравоохр. Белоруссии. — 1983. — № 10. — С. 3—5.
2. Астапенко В. Г., Кирковский В. В., Мазур Л. И., Кушниренко В. С. // Новые средства и сферы клинического применения сорбционной детоксикации организма. — Днепропетровск, 1985. — С. 240—242.
3. Васильев В. С., Комар В. И. // Здравоохр. Белоруссии. — 1983. — № 2. — С. 38—40.
4. Герасимович Г. И., Лукашевич Г. А., Саватеев К. Н., Максимов А. В. // Акуш. и гин. — 1984. — № 2. — С. 60—61.
5. Грязнова И. М., Краенкова Т. А., Фандеева Л. В. // Там же. — 1979. — № 4. — С. 26—28.
6. Исаков Ю. Ф., Бурков И. В., Мошаров О. П. и др. // Сорбционные методы детоксикации в клинике. — Минск, 1983. — С. 32.
7. Касько Л. П., Книга Г. Е. // Инфекционно-воспалительные заболевания и их профилактика в акушерстве и гинекологии. — Минск, 1984. — С. 29—30.
8. Колб В. Г., Камышиников В. С. Клиническая биохимия. — Минск, 1976.
9. Куликов Н. Н., Зарубина Е. Н., Двойникова Е. Б. // Акуш. и гин. — 1984. — № 9. — С. 22—24.
10. Остапенко В. А., Кирковский В. В., Филипчик В. И. и др. // Сорбционные методы детоксикации в клинике. — Минск, 1983. — С. 60.
11. Рухадзе Т. Г. // Акуш. и гин. — 1984. — № 12. — С. 52—56.
12. Стручков В. И. // Вестн. АМН СССР. — 1975. — № 1. — С. 46—53.
13. Супрун Л. Я., Харкевич С. И., Дейкало Н. С. и др. // Инфекционно-воспалительные заболевания и их профилактика в акушерстве и гинекологии. — Минск, 1984. — С. 61—63.
14. Хромов А. С., Сальмаер Л. Н., Иванников Н. Ф. // Сорбционные методы детоксикации и иммунокоррекции в хирургии. — Ташкент, 1984. — С. 221—222.
15. Gibbes C. E. // Texas Med. — 1983. — Vol. 79. — P. 45—46.
16. Kubista E. // Prakt. Arzt. — 1984. — N 496. — S. 667—688.
17. Stietzel H., Rothe J., Spitzbart H. // Zbl. Gynäk. — 1984. — Bd 106. — S. 409—415.

Поступила 06.11.85

#### EXTRACORPOREAL HEMOSORPTION AS PART OF INTENSIVE CARE IN POSTPARTUM PYOSEPTIC COMPLICATIONS

G. I. Gerasimovich, V. A. Ostapenko, Vasilla Abbas, G. A. Lukashevich, N. G. Kruchinsky

Extracorporeal hemisorption (EHS) using SKN activated charcoals was administered to 39 patients with pyoseptic postpartum complications. A favorable effect of EHS on the endogenous intoxication syndrome and cell-mediated immunity

was noted. An improvement in treatment results has suggested that EHS can be used as a method of choice in the management of these severe cases.