

may cause infection of placenta and penetration of the virus from mother to fetus through the placenta. Expressed pathological changes at the ultrastructural level are observed in the villi of placenta, infected by adenovirus, and these changes should inevitably cause functional disorders. The data obtained give ground to regard pregnant carrying adenoviruses as a group of high danger.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акунц К. Б., Акунц Н. С., Багдасарян А. А. и др. Акуш. и гин., 1979, 3, 44.
2. Акунц К. Б., Гамбаров С. С., Чобанян Г. А., Акунц Н. С. Вопр. охр. мат. и дет., 1988, I, с. 38.
3. Беккер С. М. Патология беременности. Л., 1970.
4. Биркун А. А., Власюк В. В., Гуревич П. С. и др. В кн.: Патологическая анатомия болезней плода и ребенка, т. 2. М., 1983, с. 225.
5. Бодяжина В. И. Акуш. и гин., 1973, 12, с. 1.
6. Буркинская А. Г. Вирусология. М., 1986.
7. Дрейзин Р. С. Общая и частная вирусология. М., 1982, с. 413.
8. Дилченко Н. С., Нас И., Беренчи Д. и др. Аденовирус, клетка, организм. Киев, 1988.
9. Казанцев А. П., Попова Н. И. Внутриутробные инфекционные заболевания детей и их профилактика. М., 1980.
10. Кобыца Ю. В. Впрсы и вирусные заболевания. М., 1988.
11. Назиров В. Ю. Вопр. охр. мат. и дет., 1978, 2, с. 53.
12. Новикова Е. Ч., Полякова Г. П. Инфекционная патология плода и новорожденного. М., 1979.
13. Ритова В. В. Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека. М., 1976.
14. Тарасова Л. Б., Дрейзин Р. С., Вишневецкая Л. О. Вопр. охр. мат. и дет., 1975, 9, с. 41.
15. Тер-Григорьев В. С. Врожденный гепатит. М., 1967.
16. Фламм Н. Перинатальные инфекции человека. М., 1962.
17. Чистякова М. Б., Васина А. Г. Вопр. охр. мат. и дет., 1978, II, с. 51.
18. Шабунина Н. Р., Двоскина Б. Я. Перинатальная охрана недоношенного ребенка. М., 1983.
19. Эмайкина В. П., Кучерова Н. Т., Мальченко Е. С., Дашкевич В. Е. Грипп и респираторные вирусные инфекции. Киев, 1970.
20. Экспресс-диагностика гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний методом иммунофлюоресценции. Л., 1979.
21. Bartha A., Mate S. Comp. Immunol. and Microbiol. Infect. Dis., 1983, 6, 3, 189.
22. Malb Z. M. Acta Cytol., 1966, 10, 126.

УДК 618.2:577.73

С. М. Геворкян, К. М. Мартиросян, Л. Г. Калантарова, Р. Н. Аракелян

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Проблема изучения беременности и родов у возрастных первородящих (старше 30 лет) является актуальной, т. к. за последние годы отмечается значительный рост числа беременностей и родов у женщин этого возраста, что, по-видимому, объясняется возрастанием роли женщин в экономической и общественно-политической жизни общества [1].

Учитывая важность, а также противоречивое освещение в литературе данного вопроса, нами изучено течение беременности и родов у 420 возрастных первородящих.

Большинство обследуемых (59,3%) были в возрасте 30—34 года. Менструальная функция у 357 (85%) женщин началась в 12—15 лет,

установилась сразу и протекала нормально. У 52 (12,4%) женщин она установилась через 1—2 года, и у 11 (2,6%) отмечались те или иные отклонения от нормы. Начало половой жизни до 24 лет было у 8,3%, от 25 до 36 лет у 84% и от 37 до 42 лет у 7,7% женщин. Частота инфекционных заболеваний, а также заболеваний сердечно-сосудистой системы, легких, почек, печени, крови, ревматизма составила 75,5%. Среди факторов риска в анамнезе возрастных первородящих первое место занимают острые респираторные заболевания (22,8%), угроза выкидыша (16,9%). Что касается детородной функции, 19,8% женщин в анамнезе отмечали 1—2 и более самопроизвольных выкидыша. Течение беременности у обследуемого контингента женщин осложнилось в основном ОРЗ, угрозой выкидыша, ранними и поздними гестозами (74,7%). Бесплодие отмечалось у 23 женщин, из них у 20 в возрасте 30—39 лет, у 3—40 лет. Первичное бесплодие в течение 2—15 лет отмечено у 19, вторичное продолжительностью от 6 до 13 лет — у 4 женщин. Дородовая госпитализация проведена у 52% женщин. В стационаре, помимо обычных клинических исследований, проводились: электрофонокардиография, кардиотокография, ультразвуковое исследование, амниоскопия и другие специализированные исследования. У 11,8% беременных установлена хроническая гипоксия плода, а у 8,9% гипоксия плода выявлена в родах. Головное предлежание плода отмечалось в 95,7%, ягодичное и ножное в 4,3%, поперечное и косое в 0,5% случаев. У 98,8% рожениц размеры таза были нормальными, а в 1,2% отмечался узкий таз первой и второй степени. У 12,1% рожениц в возрасте старше 30 лет наблюдалось несвоевременное излитие околоплодных вод, безводный период свыше 24 часов был у 2,4% женщин. Общая продолжительность родов в среднем составила 12 час. 10 минут.

К возбуждению родовой деятельности при несвоевременном излитии околоплодных вод приступали через шесть часов, но при наличии факторов высокого риска (тазовые предлежания, экстрагенитальные заболевания) — сразу же после отхождения вод. При несвоевременном излитии околоплодных вод слабость родовой деятельности наблюдалась у 3,3% рожениц. С целью родовозбуждения при несвоевременном излитии вод и при слабости родовой деятельности были применены медикаментозные и гормональные средства по разным схемам, а с целью родостимуляции использовался окситоцин, простагландины, окситоцин с прозергином в сочетании с увлажненным кислородом.

Из 420 возрастных первородящих 293 (69,7%) родоразрешились через естественные родовые пути, а 127 (30,2%) женщинам было проведено кесарево сечение. По данным литературы [2, 3], частота кесарева сечения у возрастных первородящих колеблется от 40,7 до 63,2%. В возрасте 35—38 лет она составляет 71,7%, а старше 39 лет — 68,4%.

Показаниями к операции кесарево сечение были: неправильное положение плода, анатомический и клинический узкий таз, деформация

костного таза, несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, поздний гестоз беременных, не поддающийся лечению, высокая миопия, диабет, отслойка нормально расположенной плаценты, двойня, крупный плод, переносимая беременность. Наиболее частыми показаниями были тазовое предлежание, поперечное и косое положение плода, недостаточность сократительной деятельности, гипоксия плода в сочетании с другими факторами (миома матки, рубец на матке после предыдущего кесарева сечения или консервативной миомэктомии, сосудистая патология).

В 5,5% случаев во время кесарева сечения произведена консервативная миомэктомия, а в 3,1% — надвлагалищная ампутация матки. Во время беременности 3,5% женщин перенесли резекцию яичника и консервативную миомэктомию.

В послеоперационном периоде у 21 (16%) женщины диагностирована субинволюция матки, у 2 — эндометрит и у 7 (5,5%) — постгеморрагическая анемия.

Из родоразрешающих операций наложение акушерских щипцов было произведено в 0,2% случаев, ручное обследование полости матки в 5,7% случаев (что в основном было связано с диагностированием дефекта плаценты после отхождения), ручное отделение и выделение последа в 0,9% случаев. Послеродовое гипотоническое кровотечение отмечено у 12,6% женщин (кровопотеря превысила 400 мл). Перинео- и эпизиотомия были произведены у 23,3% женщин. Разрывы шейки матки, стенок влагалища и промежности наблюдались у 4,5% родильниц.

Пребывание родильниц в стационаре в среднем до 10 дней составило 64,5%, 11—15 дней — 19,5%, 16—20 дней — 10,5%, 21—25 дней — 3,5%, 26 дней и более — 1,9%.

Проведенные исследования свидетельствуют, что у первородящих старше 30 лет значительно чаще наблюдается осложненное течение родов и необходимость оперативного вмешательства.

Таким образом, можно заключить, что первобеременные в возрасте старше 30 лет относятся к группе высокого риска и требуют особого наблюдения в критические сроки беременности. Заблаговременная подготовка к родам в условиях акушерского стационара, своевременное выявление показаний для операции кесарева сечения, правильный выбор методики операции и тщательное ее выполнение могут значительно улучшить показатели родовспоможения.

Армянский НИЦ по охране здоровья матери и ребенка

Поступила 6. 9. 93.

Ս. Մ. Գևորգյան, Կ. Մ. Մարտիրոսյան, Լ. Գ. Քալանթարովա, Ռ. Ն. Ասաֆյան

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ԱՌԱՋԱՆՍԻՐՆԵՐԻ ՀԳՐՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՄՆԻՍԱԲԵՐՈՒԹՅԱՆ
ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՋԱՆՀԱՏԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

30-ից մինչև 42 տարեկան 420 հասակավոր առաջնածինների մոտ
առավանաիրվել է հղիության և ծննդաբերության ընթացքը:

Կլինիկական դիտարկումներից ելնելով 30-ից բարձր տարիքի առաջ-
նածիններին դասում ենք բարձր ռիսկ-ի խմբին, որոնք պահանջում են
հսկողության և ծննդաբերության հատուկ վարում, ինչպես կանանց կոնսուլ-
տացիայում, այնպես էլ ստացիոնարում:

S. M. Gevorkian, K. M. Martirosian, L. G. Kalantarova, R. N. Arakelian

Peculiarities of Pregnancy and Delivery Courses of old Primiparas

Observations of the courses of pregnancy and delivery of 30—42 years old primiparas have shown that primiparas above 30 years of age belong to the group of high risk and they need special observation and control during pregnancy both in female dispensary and maternity hospital.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнова Н. М., Сластен О. П. Особенности течения беременности и родов у пожилых первородящих. Методические рекомендации. М., 1978. 2. Kirz S. D., Dorchester, Fracaman R. K. Amer. J. Obs et. Gynec., 1985 152, 7. 3. Marsleo S. Minerva ginecol., 1986, 38, 5, 343.

УДК 572.7:618.141:577.73

Г. Х. Драмлян, Л. Г. Калантарова

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИОМЕТРИЯ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Известно, что первая беременность и роды у женщин старше 29 лет (возрастные первородящие—пожилые и старые первородящие) часто сопровождаются осложнениями со стороны матери, плода и новорожденного [1, 6, 7, 9, 10—12, 15, 17, 21]. По сравнению с женщинами нормального детородного возраста (20—28 лет) у пожилых (до 35 лет) и старых (свыше 35 лет) первородящих вдвое—втрое возрастает число оперативных вмешательств в родах [9, 11, 12]. Однако вопросы оказания лечебно-профилактической помощи возрастным первородящим в течение беременности и родов изучены недостаточно. В деле решения этой задачи важное значение имеют сведения о морфофункциональном состоянии матки, основанные на результатах субмикроскопического исследования ткани матки, позволяющие наиболее точно представить все отклонения в ее ультраструктурной организации, приводящие к функциональным нарушениям.

Известно, что матка во время беременности претерпевает значительные изменения, более заметные в ее мышечной оболочке (миометрии), сократительная деятельность которой выражена в верхних отделах. Однако большое значение придается и сократительной деятельности нижнего сегмента матки [14]. Этот сегмент участвует не только в