

менности. Это подтверждается тем, что частота преждевременных родов у обследованных нами женщин достигала 6,6%, несвоевременное отхождение околоплодных вод — 46,2% и аномалии родовых сил — 27,4%.

Сказанное находится в полном соответствии с клиническими наблюдениями приведенных выше авторов.

Профилактика нарушений сократительной деятельности матки и связанных с ними осложнений в течении беременности и родового акта у женщин при позднем токсикозе, так же как профилактика нарушений деятельности других органов при этом заболевании, по-видимому, будет заключаться в ранней диагностике и своевременном лечении токсикоза II половины беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова А. Т. Функциональное состояние головного мозга у женщин при различных формах и стадиях токсемии во второй половине беременности. Автореф. канд. дисс., Л., 1967.—2. Калманова О. А. В кн.: Сердечно-сосудистая патология и беременность. Медгиз, Л., 1959.—3. Кременцов Ю. Г. О координации сокращений различных отделов матки в первый период родов. Вopr. oхp. мат. и дет., 1965, 2.—4. Лазарев П. П. Клин. мед., 1933, 11.—5. Лотис В. М., Лисовская Г. М. Тр. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР, Л., 1961.—6. Логинова Н. Е. Акуш. и гинек., 1950, 3.—7. Орлова Т. И. Там же, 1947, 5.—8. Эстеркин Е. С. Там же, 1957, 1.—9. Яковлев И. И. Сб. тр. каф. акушерства и гинекологии I ЛМИ им. Н. П. Павлова, 1957; Акуш. и гинек., 1951, 5; 1961, 5.

УДК 618.2—616—071

К ДИАГНОСТИКЕ 32-НЕДЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В. В. Давыдов

Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР.

В Советском Союзе миллионы женщин получают дородовой декретный отпуск с 32-й недели беременности. Несмотря на то, что вопросам диагностики 32-недельной беременности уделялось и уделяется большое внимание, процент ошибок в выдаче декретного отпуска все еще весьма высок (от 14 до 20%), что можно объяснить целым рядом моментов. Прежде всего нет точных данных о продолжительности беременности и о времени зачатия. Нередко беременные женщины не знают точной даты последней менструации, первого шевеления плода, иногда они умышленно сообщают врачу неверные данные. Поздняя первая явка в женскую консультацию, нерегулярность посещения консультации также способствуют увеличению числа ошибок. Однако главной причиной следует считать несовершенство диагностики 32-недельной беременности, причем ошибки одинаково часто допускают врачи различной квалификации как в городе, так и в сельской местности.

В настоящее время при выдаче дородового декретного отпуска врачи руководствуются анамнезом и объективными исследованиями согласно инструкции, составленной А. А. Лебедевым и Л. Г. Степановым в 1948 г., и формуле И. Ф. Жордана (1955).

Мы поставили перед собой задачу дополнить имеющиеся методы определения 32-недельной беременности. Для этого мы воспользовались данными статистической обработки показателей физического развития женщин и провели анализ 506 карт беременных в зависимости от показателей роста женщины. В разработку включались лишь те наблюдения, где ошибка между предполагаемым и истинным сроком родов не превышала 14 дней. У всех беременных было головное предлежание плода и беременность протекала без признаков токсемии, многоводия и других осложнений, которые так или иначе могли мешать точному определению срока беременности. Полученные в результате анализа обменных карт беременных и историй родов данные были обработаны методом вариационной статистики.

У женщин при беременности в 32 недели вес, а также окружность живота закономерно тем больше, чем выше рост женщины. Высота стояния дна матки над лоном в 32 недели беременности у женщин разных ростовых групп почти одинакова, следовательно, может служить надежным признаком.

Поскольку в акушерской литературе мы не встретили указаний на величину прибавки в весе за время беременности с 8 до 32 недель, нам представилось интересным изучить и этот вопрос.

Прибавка в весе у беременных женщин разных ростовых групп разная. Так, у женщин низкого роста при сроке беременности 32 недели средний вес составил $56,1 \pm 0,6$ кг, прибавка в весе — $9,4 \pm 0,4$ кг; у женщин ниже среднего роста — соответственно $59,5 \pm 0,5$ и $8,7 \pm 0,1$ кг; у женщин среднего роста — $64,7 \pm 0,7$ и $13,8 \pm 0,4$ кг; у женщин выше среднего роста — $71,3 \pm 0,7$ и $18,3 \pm 0,1$ кг и у женщин высокого роста — $74,9 \pm 0,5$ и $6,8 \pm 0,1$ кг (наиболее низкая прибавка).

ВЫВОДЫ

1. При определении 32-недельной беременности следует обязательно учитывать рост беременной, так как каждой ростовой группе беременных свойственны свои показатели веса и окружности живота.

2. Высота стояния дна матки над лоном может служить надежным признаком 32-недельной беременности вне зависимости от роста беременной.

3. Увеличение прибавки в весе беременных разных ростовых групп свыше приведенных цифр может указывать на ту или иную патологию беременности, связанную с чрезмерной прибавкой в весе.

УДК 616.12—008.331.4—618.714

О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ И ОСТАНОВКЕ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Проф. А. М. Фой и канд. мед. наук С. М. Швец

*Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав — проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института*

Как известно, проблема борьбы с последовыми и ранними послеродовыми кровотечениями все еще не утратила своей актуальности. По данным М. А. Петрова, Маслакова и М. А. Репиной, массивные кровопотери наблюдались у 0,8% общего количества рожавших женщин. Большинство авторов отмечает, что ведущей причиной патологических кровопотерь в родах являются не нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови, а гипотонические состояния миометрия, нередко возникающие на почве нерационального ведения родового акта [2, 5], стандартного и необоснованного широкого использования многочисленных средств окситолического действия, приводящих порой не к укорочению родового процесса, а наоборот, к затяжному течению родов и к функциональному утомлению маточной мускулатуры [1, 2, 3].

Опыт Саратовской акушерско-гинекологической клиники [1] дает все основания полагать, что значительных успехов в этой области можно добиться рациональным ведением родового акта с широким использованием новых анальгетиков и современных спазмолитиков (промедол, его сочетания с тифеном либо с апрофеном, дипрофеном, атропином, оксibuтиратом натрия, но-шпа и др.), с возможно более ранним применением нормализаторов сократительной функции при дискоординированных маточных сокращениях (спазмолитики, «сон — отдых» по И. И. Яковлеву и др.). Эта тактика на протяжении последних 10 лет привела нас не только к полной ликвидации материнской смертности от патологических кровопотерь в последовом и раннем послеродовом периодах, но и к снижению частоты подобных кровотечений до 3—4% в разные годы. Более того, за этот отрезок времени ни разу не возникало надобности в операции удаления матки по этому показанию, в перевязке магистральных сосудов по Д. Р. Цицишвили, в проведении реанимационных мероприятий. Следует указать, что помимо перечисленных особенностей ведения родов наша тактика предусматривает полный отказ от использовании грубого и травматичного метода выжимания неотделившегося последа по Лазаревичу — Креде, нередко способствующего возникновению дискоординированных сокращений и гипотонических состояний матки в раннем пуэрперии. С другой стороны, известную роль в достижении наших показателей сыграли мероприятия, направленные в сторону возбуждения рецепторных зон, локализуемых в верхней трети влагалища и в области шейки матки, для быстрого рефлекторного повышения тонического напряжения миометрия в ответ на раздражающие влияния смазывания эфиром слизистой верхних участков влагалища и шейки матки или на наложение шва по В. А. Лосицкой.

В последнее время, используя тот же принцип эффективных рефлекторных влияний, для быстрого повышения сниженного тонуса матки мы прибегаем к методу, названному нами вакуум-стимуляцией шейки матки. Метод применяется с первых же минут возникающего гипотонического кровотечения не только после срочных, но и после преждевременных родов и после абортов поздних сроков беременности (16—28 недель).

Вакуум-стимуляцию шейки матки мы осуществляем с помощью вакуум-аппарата, который применяется в акушерско-гинекологических стационарах для производства искусственных абортов или для отсасывания патологических скоплений жидкости из полостей. Нами изготовлены чашечки из дюралюминия различных размеров (см. фото), которые с помощью резьбы соединяются с металлической трубкой, подключающейся к рукоятке, соединенной с вакуум-аппаратом.

При послеабортных кровотечениях и сохраненной или укороченной шейке матки мы применяем различные чашечки диаметром 30—45 мм с высотой корпуса 35—