

В 6 сл. с отрицательной пробой Кауфмана необходимости в применении сердечных средств не наблюдалось ни во время, ни после операции. Трех б-ных, оперированных по поводу prolapsus uteri et vaginae, дали пробу Кауфмана отрицательную, и ни в одном случае явлений недостаточности со стороны органов кровообращения не наблюдалось.

У больной с arplasia vaginae проба Кауфмана была отрицательной; клинически сердце вполне здоровое, Штанге—больше 20%. Операция и послеоперационное течение без осложнений со стороны сердца.

У больной с диагнозом беременность 5 мес. и vitium cordis проба Кауфмана отрицательная. Операция под спинно-мозговой анестезией без осложнений. Проба в данном случае указывает на компенсацию сердца.

Одна больная, с положительной пробой Кауфмана, оперирована по поводу туберкулеза легких во второй половине беременности под инфльтрационной анестезией. Операция прошла без осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Суммируя наши наблюдения, мы можем сказать, что из 100 больных 36 имели положительную пробу Кауфмана, 64—отрицательную. Из 36, давших положительную пробу, в 16 случаях (44%) мы наблюдали явные признаки недостаточности сердечной деятельности. Из 64 больных с отрицательной пробой явления недостаточности сердечно-сосудистой системы отмечены у 5 б-ных.

Пользуясь нашими небольшими наблюдениями, можно сделать следующие выводы:

1. Проба Кауфмана представляет определенный практический интерес по простоте своей методики и по объективности данных.

2. Проба выявляет данные, служащие предостережением против наркоза, длительной операции и требующие подготовки сердца больных к операции.

3. Выводы о состоянии сердечно-сосудистой системы следует делать не только на основании одной этой пробы, но на основании совокупности данных исследования сердца и другими методами.

Литература. 1. Каплун, Гинекология и акушерство, № 4, 1929.—2. Карпов, Сборник бальнеологических работ Сибирских курортов, 1928.—3. Кролюницкая, Казанский мед. журнал, № 12, 1926.—4. Литвак и Сорочкина, Терапевтический арх., 1930.—5. Лившин, Омский мед. журнал, № 6, 1928.—6. Салищев и Левин, Медико-биологич. журн., № 3—4, 1928.—7. Шмундак и Чудновский, Врачеб. дело, № 8, 1929.—8. Keckelis, Zbl. f. Gyn. № 20, 1922.—9. Schmidt und Pohl, Zbl. f. Gyn. № 5, 1928.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. П. В. Маненков) Казанского госуд. мединститута.

Размеры и вес новорожденных настоящего времени.

З. И. Баишева и Н. И. Фролова.

(Предварительное сообщение)

Мысль об измерении длины и веса современных новорожденных возникла в связи с неоднократными замечаниями работников родильного отделения клиники о том, что за последнее время рождаются дети значительно крупнее, чем в прошлые годы. По-

добное явление представлялось вполне возможным с теоретической точки зрения. Улучшение социально-бытовых условий в СССР, пользование декретным отпуском, и т. п. несомненно должны отразиться благотворно на организме беременной женщины.

Профессор Маненков поручил нам проверить размеры и вес новорожденных на материале акушерско-гинекологической клиники КГМИ.

Литературные сведения по этому вопросу весьма скудны. Из наших соотечественников, насколько нам известно, за последние годы измерением длины и веса новорожденных занимался Гаврилов¹⁾. Какого-либо увеличения длины и веса, по сравнению со средними цифрами, указываемыми в учебниках, он, судя по его данным, не нашел. Наибольшая длина, которую ему пришлось наблюдать, равнялась 51,9 см, а наибольший вес 3343 г. В своих выводах он лишь указывает, что более крупные дети рождаются в весенне-летний период.

В иностранной литературе имеется статья Майера²⁾, который отмечает увеличение длины у новорожденных детей на 0,7 см. у повторнородящих и на 0,8 см. у первородящих. Автор статьи предполагает, что на увеличение длины оказывают влияние следующие факты: повышение культурного уровня населения, занятие спортом, облучение солнцем в летнее время и т. д., но в общем каких-нибудь определенных выводов, на основании своих наблюдений, он не делает.

Переходим к нашим исследованиям. Для измерения нами брались дети, рожденные в срок. Определяя срочность родов, мы пользовались следующими данными: время последних месячных, первое шевеление плода, окружность живота на уровне пупка, высота стояния дна матки над лобком. Если совокупность этих данных говорила за то, что роды срочные, мы брали новорожденного для измерения.

Измерялись у ребенка следующие величины: рост, окружности головки (прямая, б. косая, вертикальная), размеры головки (прямой, б. косой, м. косой); окружность плеч, окружность ягодиц, и наконец вес. Рост мы измеряли ростомером, которым пользуется детская клиника для измерения грудных детей. Ребенок укладывался по этому ростомеру на спинку, ножки его вытягивались. Измерения головки, плеч и ягодиц производились сантиметровой лентой. Вес определялся путем взвешивания на детских весах.

Всего нами было обследовано 100 новорожденных, из них 56 мальчиков и 44 девочки. В результате измерений и взвешиваний мы получили следующие данные: Рост — до 50 см. — 16 детей, в 50 см. — 17, свыше 50 см. — 67 детей, из них от 51 до 53 см. — 43 реб. и свыше 53 см. — 24. Самый большой рост, который мы наблюдали, равнялся 56 см. Вес: ниже 3200 г — 30 детей, в 3200 г — 4 реб., свыше 3200 г — 46 детей, свыше 4000 г — 20 детей. Самый большой вес — 4500 г. Таким образом, если принять, что средний

¹⁾ Из Свердловского института О. М. М.

²⁾ Zentralblatt f. Gyn. 1937, № 48.

вес ребенка, как то указывается большинством учебников, равен 3200 г, а рост—50 см, то, по нашим данным, при измерении ростомером, около 67% новорожденных имеют рост и вес выше указанной средней нормы. Средний рост у исследованных нами мальчиков равен—51,47 см, у девочек—51 см; средний вес: у мальчиков 3450 г, у девочек 3390 г. Параллельно с увеличением веса и роста наблюдается соответствующее увеличение и других исследованных нами размеров ребенка.

В связи с этим встает вопрос, не отразилось ли такое увеличение размеров плода на акте родов. Просматривая истории родов тех женщин, дети которых измерялись, мы не нашли увеличения числа патологических родов, по сравнению с имеющейся на этот счет статистикой. На 100 обследованных нами случаев мы не имели ни одного случая патологических родов. Отсюда можно заключить, что тот организм, который выносил в себе крупного ребенка, имеет возможность нормально произвести изгнание этого плода. Мы знаем, что родовой акт зависит не только от размеров таза, но и от целого ряда других моментов, в том числе в значительной мере от силы родовой деятельности. Последняя же, логически рассуждая, должна быть лучше выражена у крепких и физически сильных женщин.

Заканчивая анализ обследованных случаев, мы должны осветить еще один вопрос, который встал перед нами в процессе нашей работы. Это вопрос о методике измерения роста у новорожденных. Дело в том, что наши цифры роста значительно разошлись с цифрами родильной комнаты, где акушерка производила измерение новорожденного, лежащего на боку, сантиметровой лентой, причем лента укладывалась по изгибам согнутой ножки. Размеры, установленные акушерками, были на 1—2 см, а в отдельных случаях на 5—6 см больше размеров, полученных при измерении ростомером. Для проверки мы производили измерение сантиметровой лентой по сгибу при максимально вытянутой ножке, и также получили, по сравнению с измерением ростомером, увеличение размеров на 1—2 см. Разница же в 5—6 см, объяснялась тем, что медперсонал, не придавая значения, а в ряде случаев, возможно, не имея точного представления о технике измерения роста новорожденного, укладывал ленту по сгибам, не вытягивая предварительно ножку.

Мы обращаем внимание на эту ошибку потому, что подобного рода неправильные измерения могут иметь место в родильных домах, и следовательно цифры роста новорожденных, данные родильными учреждениями, окажутся не вполне точными. Этот участок работы родотделений заслуживает соответствующего внимания. Отсюда важность вопроса о технике измерения роста новорожденных.

На основании нашего опыта мы можем сказать следующее: цифры роста получаютя тем точнее, чем больше выпрямлена ножка. Вытянуть же ножку совершенно по прямой, вследствие гипертонуса мускулатуры, невозможно. Небольшой угол в области коленного сгиба при этом остается и он дает, при измерении ростомером уменьшение цифры на 1—2 см. Правильнее поэтому

производить измерение роста новорожденного, положив его на бок, сантиметровой лентой, которая направляется по спинке, а в области коленного сустава по тыльному краю сгиба, оставшегося после максимального выпрямления ножки; причем верхняя точка головки определяется перпендикулярной плоскостью, касающейся поверхности головки, находящейся в естественном положении.

Данное предварительное сообщение, ввиду небольшого материала, не может еще вполне точно решить поставленный перед нами вопрос. Дальнейшее наблюдение ведется. Пока же мы можем сделать три предварительных вывода.

1) Дети, рождаемые у нас в настоящее время, являются более крупными, чем раньше; после обследования большого материала, возможно, придется заняться пересмотром указанных в учебниках норм размеров и веса доношенного новорожденного.

2) Необходимо выработать точный метод измерения новорожденных и ввести его во всех родильных отделениях.

3) Таким методом должен, повидимому, быть метод измерения роста сантиметровой лентой, идущей по спинке и тылу коленного сгиба после максимального выпрямления ножки.

Поступила в ред. 2/IV 1938.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов)
Новосибирского государственного института усовершенствования врачей
и Медицинского института.

К вопросу об атрезии шейки при беременности и о „Missed labour“ при этом сочетании.

Проф. Н. Горизонтов.

Среди причин атрезии шейки матки абразия в соединении с дилатацией цервикального канала бужами Хегара приобрела, особенно за последние десятилетия, доминирующее значение.

Абразия является основным методом в производстве многочисленных искусственных легальных абортов, число которых, надо заметить, у нас в СССР после декрета от 27/VI 1936 года колоссально снизилось, и основным методом лечения неполных выкидышей, а также методом, часто практикующимся для лечения детской матки и конической шейки, и широко применяющимся лечебным и диагностическим методом в борьбе с маточными кровотечениями. Очень часто абразия применяется и в гинекологии и в акушерстве, но при неосторожном и неправильном применении она заключает в себе ряд моментов, создающих благоприятные условия для развития атрезии шейки (глубокие травмы внутреннего зева при неосторожной дилатации бужами Хегара и глубокие соскабливания абразийными ложками слизистой оболочки внутреннего зева и цервикального канала—Цомакион, Какушкин).