

7. При низком прикреплении плаценты происходит разрыв оболочек на 5—6 см или еще ближе к краю плаценты. В этом месте на материнской поверхности плаценты имеется темный, часто трудно снимаемый сгусток крови. Прикрепление пуповины боковое, краевое или оболочечное. При угрожающем разрыве матки послед без особенностей.

Мы советуем подобные случаи родов вести консервативно-наблюдательно и только опытным, квалифицированным акушерам-гинекологами, ибо молодые, неопытные врачи могут пропустить настоящую угрозу разрыва матки при консервативном ведении родов. Советуем также вести подобные роды в конце 1 и во 2 периоде в операционной, под легким перемежающимся эфирно-кислородным наркозом.

УДК 618.5

РОСТ РОЖЕНИЦЫ И ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В. В. Давыдов

Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
Минздрава РСФСР

Выяснению причин слабости родовой деятельности посвящено большое количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Однако в этих работах мы не нашли указаний на связь роста рожениц с развитием слабости родовой деятельности. Естественно предположить, что чем сильнее физически развита женщина, тем меньше у нее возможности появления слабости родовой деятельности и, наоборот, чем меньше она развита физически, тем такая возможность больше.

Рост людей является, как известно, одним из важнейших показателей физического развития. В родовом акте принимает участие не только мускулатура матки, а вся мышечная система организма женщины как одно целое. И действительно, многие авторы (Ю. Ю. Бобик, В. А. Струков, Е. В. Молжанинов, А. И. Лопатченко, Л. Д. Ярцева и др.) в причинах слабости родовой деятельности указывали на недостаточность развития матки, слабость брюшного пресса, инфантилизм, пороки развития половой сферы, узость таза и другие причины, имеющие, несомненно, самые тесные отношения к степени развития организма в целом, а следовательно и к его росту.

Нами уже сообщалось в журнальной статье «Значение роста роженицы в акушерской патологии», что частота кесаревых сечений у женщин низкого роста больше, чем обычно, и тем больше, чем меньше рост рожениц. Отсюда мы предположили, что рост роженицы должен играть определенную роль и в развитии слабости родовой деятельности, особенно первичной.

В данном сообщении мы будем касаться только соотношения между ростом роженицы и частотой возникновения в родах первичной слабости родовой деятельности. Мы, в частности, под первичной слабостью родовой деятельности понимаем такую, которая возникает с самого начала родов и имеет налицо все или часть следующих признаков слабости — схватки или слабые, редкие или малоэффективные. Другие виды слабости родовой деятельности мы не включили в наше исследование, так как в их определении у акушеров нет единого представления, а также и потому, что в их возникновении имеет значение целый ряд факторов, связанных с неправильным ведением родов, чего обычно не бывает при первичной слабости родовой деятельности. Чтобы решить поставленную задачу, мы изучили 19066 историй родов. Для определения основных параметров (показателей) вариационного ряда (средней арифметической, среднего квадратического отклонения, средней ошибки, средней арифметической, средней ошибки среднего квадратического отклонения и коэффициента вариации) по способу моментов мы провели ряд вычислений.

Первичная слабость родовой деятельности на 19066 родов встретилась у 623 (3,27%) женщин, что близко подходит к данным некоторых авторов (Л. С. Персианинов — 4,14%, В. А. Струков — 5,92%) и значительно ниже, чем указывается в учебниках (А. И. Петченко — 3—8%, И. Ф. Жордания — 10%).

У рожениц высокого роста частота развития первичной слабости родовой деятельности оказалась наименьшей (2,32%), она была в 1,4 раза (2,32% и 3,27%) меньше, чем на всем материале, и в 3 раза (6,41% и 2,32%) меньше, чем у рожениц низкого роста. У рожениц выше среднего роста слабость родовой деятельности составила 3,90%, что более чем в 2 раза меньше, чем у рожениц низкого роста (3,90% и 6,41%) и в 1,6 раза меньше, чем у рожениц ниже среднего роста (4,15% и 3,90%).

У рожениц среднего роста частота слабости родовой деятельности составила 2,98%, что более чем в 2 раза меньше, чем у рожениц низкого роста (2,98% и 6,41%) и в 1,1 раза меньше, чем на всем материале, и наконец, у рожениц ниже среднего роста первичная слабость родовой деятельности составила 4,15%, что более чем в 1,5 раза меньше, чем у рожениц низкого роста (4,15% и 6,41%) и почти в 1,8 раза меньше, чем у рожениц высокого роста. У рожениц же низкого роста процент первичной слабости родовой деятельности оказался наивысшим (6,41%). Цифровые данные убедительно и статистически достоверно показывают, что рост женщины играет определенную роль в частоте развития первичной слабости родовой деятельности и что первичная слабость родовой деятельности развивается тем чаще, чем меньше рост роженицы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобик Ю. Ю. Акуш. и гин. 1956, 6. — 2. Молжанинов Е. В. Там же, 1961, 5. — 3. Лопатченко О. И. Там же, 1961, 5. — 4. Ярцева Л. Д. Там же, 1959, 2.

УДК 316—006—612.52

ОСНОВНОЙ ОБМЕН У ЖЕНЩИН С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

И. М. Слепов

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Изучение основного обмена имеет большое значение в исследовании различных состояний организма.

Поглощение кислорода, выделение углекислоты и величина дыхательного коэффициента (ДК) позволяют судить о направленности обмена веществ, об интенсивности окислительных процессов и степени сдвигов в энергетическом обмене (Н. А. Исиченко, 1959).

Известно, что на величину основного обмена влияют многие факторы, но особо важная роль в регуляции основного обмена принадлежит щитовидной железе (Р. П. Ольнянская, 1950, 1955; Е. И. Кватер, 1961).

С. Вернер (1963) указывает, что данные исследования основного обмена коррелируют с окончательной клинической оценкой функции щитовидной железы у 50—80% больных.

Постоянство основного обмена отмечено многими авторами (Дюбуа, 1927; Р. Л. Дей, 1963).

Отклонение основного обмена, превышающее $\pm 10\%$ от должной величины, уже считается патологическим (Л. Л. Шик, 1961).

Повышение основного обмена при злокачественных новообразованиях различной локализации отмечено многими авторами. Между тем о состоянии основного обмена у женщин с новообразованиями половых органов имеется небольшое число исследований.

Так, А. М. Агаронов (1930), исследуя основной обмен у 32 женщин с миомами матки, установил изменение его по сравнению с нормой и отметил несомненное влияние функции половой железы и гипофиза на основной обмен.

Исследуя основной обмен у 17 женщин, страдающих раком половых органов, В. А. Токовой (1964) также отметил у них повышение основного обмена.

Экспериментальные данные убедительно говорят о том, что гонадотропная и тиреотропная функции гипофиза тесно связаны между собой и ни одна из этих функций не может изменяться без изменения другой (Н. С. Тейлор, 1963).

Мы изучали основной обмен, поглощение O_2 , содержание CO_2 в выдыхаемом воздухе и ДК у женщин с доброкачественными и злокачественными новообразованиями половых органов.

Основной обмен определялся аппаратом А003-М в состоянии психического и физического покоя, через 14—15 часов после последнего приема пищи, в отдельной комнате при температуре 19° — 24° . Точность показания аппарата А003-М равна $\pm 1\%$ расхода O_2 .