

15/VI-62 г. Беременность II, роды I. Последние крови 26/IX-61 г. По первой явке — беременность 45 недель. По объективным данным — беременность 41—42 недели.

19/VI — III тип мазка; 22/VI — тоже, причем преобладает регрессионный тип переносенной беременности. 27/VI — регрессивный тип мазка. Назначена стимуляция. Роды наступили в этот же день. Родился мальчик — 4400,0 с признаками переносенности.

Интересно, что картина мазка как при переносенной, так и при недоношенной беременности к моменту родов была аналогичной картине влагалищного мазка перед своевременными родами. По-видимому, гормональные сдвиги, имеющиеся к началу родов, вызываемые неизвестными нам причинами, происходят раньше или позже положенного срока.

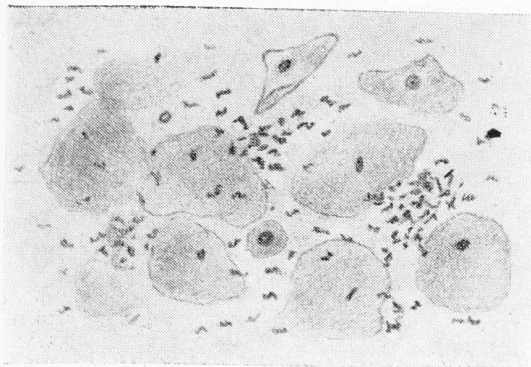


Рис. 3. III тип влагалищного мазка — «срок родов».

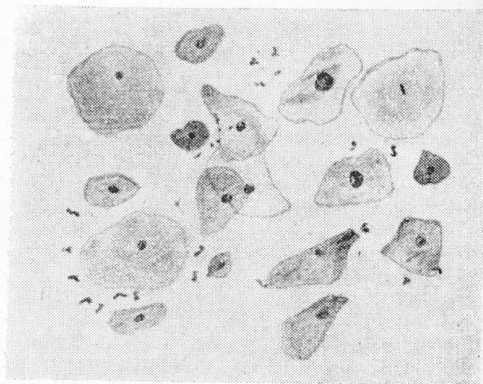


Рис. 4. IV тип влагалищного мазка — «день родов».

При переносенной беременности, когда имеется III или IV тип влагалищного мазка, стимуляция родовой деятельности дает сразу же положительный эффект, а при недоношенной беременности при III и IV типах влагалищного мазка сохранить беременность не удается.

Этим сообщением мы хотели поделиться своими впечатлениями о новом способе определения срока родов. Мы продолжаем свои наблюдения в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кватер Е. Н. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии, 1961.
2. Николаев А. П. Роль гормонов в наступлении родов. — 3. Mikław U. Zentralblatt für Gynäkologie. 1961, 83; 1962, 17.
4. Nykliček O. Там же, 1962, 27; 1962, 43.
5. Zinser U. K. Die Zitodiagnostik in der Gynäkologie. 1957.

Поступила 21 декабря 1962 г.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Доц. В. И. Давыдов

Родильный дом УЗТМ г. Свердловска (главврач — М. С. Балаганова)

Вопросам, связанным с беременностью и родами у очень молодых первородящих и подростков, посвящено весьма мало работ как у нас в СССР, так и за рубежом. При этом отечественные и зарубежные авторы в группу очень молодых первородящих вносили рожениц разного возраста (между 11 и 20 годами). Отсюда — трудность в сравнении полученных ими выводов.

В данном сообщении мы приводим результаты анализа 180 родов (1956—1960) у первородящих в возрасте от 15 до 18 лет. Частота таких родов выразилась у нас в 1,14% (180 на 15718 родов). 15-летних оказалось 2 — 0,01%, 16-летних — 6 — 0,03%, 17-летних — 32 — 0,2% и 18-летних — 140 — 0,88%.

15-летние роженицы встретились у нас в 28 раз реже, чем в Италии; 16-летние — в 22 раза, 17-летние — в 9,5 раз, и 18-летние — в 4 раза. Здесь дело, конечно, не только в том, что итальянские девушки раньше созревают, чем наши, а в том, главным образом, что социальные условия бедных девушек за рубежом принуждают их очень рано вступать в половую жизнь.

Изучение наших рожениц показало, что среди них колхозниц 2,22%, разнорабочих — 41,1%, мелких служащих — 26,11%, домашних хозяек — 23,33% и учащихся — 4,23%.

Брак был зарегистрирован к моменту родов только у 49 рожениц (27,2%).

Как выяснилось, молодые первородящие недопустимо рано начали половую жизнь. Так, одна (0,55%) — с 14 лет, 5 (2,75%) — с 15 лет, 32 (17,77%) — с 16 лет, 87 (48,38%) — с 17 лет и 55 (30,55%) — с 18 лет.

174 (96,70%) — женщины юного возраста — забеременели на первом году половой жизни, и 6 (3,30%) — на втором. Этот факт показывает, что чадородная функция женщин в этом возрасте отличная.

Беременность протекает у очень юных женщин в подавляющем большинстве случаев без осложнений (72,74%). Встречающиеся у них токсикозы I и II половины беременности количественно более часты, чем у зрелых, но отличаются удивительной легкостью; ни одна из них до родов не была госпитализирована, и ни одна не лечилась даже амбулаторно. Только у одной из 6 с нефропатией в родах возник припадок эклампсии, купированный по Бровкину. В этой группе рожениц у одной был пиелит, у одной — гипертоническая болезнь и у одной многоводие.

Первый период родов у 96 (53,33%) наших рожениц продолжался до 12 часов, у 53 (29,45%) — от 12 до 20 час., у 26 (14,45%) — более 20 часов и у 5 (2,77%) продолжительность первого периода не была отмечена.

Второй период родов у 172 (95,60%) продолжался до 2 час., у 4 (2,20%) — более 2 часов, и у 4 (2,20%) время не было указано.

Третий период родов у 135 (75,05%) продолжался до 15', у 40 (22,20%) — от 15 до 30', у одной (0,55%) — более 30', у 4 (2,20%) продолжительность не отмечена.

Эти данные о продолжительности родового акта у наших молодых рожениц подтверждают мнение Алфельда, что роды у очень юных первородящих ничем не отличаются от нормальных. В наших родах у юных первородящих ни у одной не пришлось стимулировать родовую деятельность, все роды закончились без оперативных вмешательств, у всех за исключением 3 воды отошли своевременно. У трех женщин плодный пузырь был вскрыт при преступном вмешательстве в роды. У 2 женщин был разрыв промежности I ст. и у двух — II ст. В III периоде родов у двух было атоническое кровотечение (по 750 мл). Ни у кого не проводилась профилактика атонического кровотечения.

Полученные нами данные о характере родов у юных первородящих позволяют нам прийти к единственному заключению, что они протекают хорошо.

Но есть все же одна особенность беременности и родов у юных первородящих, где мнения всех авторов единодушно сходятся, — это более высокий, чем у зрелых, процент преждевременных родов. Мы их наблюдали в 19,45%.

Послеродовой период у наших юных первородящих протекал отлично. Лишь у одной была отмечена субинволюция матки, у одной — эндометрит, у одной — субфебрилитет и у одной — мастит. Все родильницы выписаны здоровыми в положенный срок. Лактация у всех была достаточной.

Все роды у нас закончились рождением живых детей. Двойней не было.

Доношенными родилось 145 (80,55%) детей и недоношенными — 35 (19,45%). Все доношенные выписались здоровыми. Из недоношенных умерло до выписки 13 (37,14%). С весом от 1000,0 до 1499,0 родилось 10 детей, 8 из них умерли; от 1500,0 до 2000,0 родилось 10, из них умерло 3 (30%) и с весом от 2001 до 2499,0 родилось 15, из них умерло 2 (13,33%). Чем меньше вес новорожденных при рождении, тем выше у них ранняя детская смертность.

Общая детская смертность составила 7,22% при отсутствии мертворождаемости и ранней детской смертности среди доношенных.

Из доношенных 56 (31,11%) родилось с весом 2500,0—3000,0; 63 (35,00%) — с весом 3001—3500,0; 22 (12,22%) — с весом 3501—4000,0 и 4 с весом более 4000,0.

Из приведенных данных видно, что у юных первородящих вес детей чаще более легкий, чем у зрелых.

Девочек родилось 58,9%, мальчиков 41,1%.

ВЫВОДЫ

1. Чадородная функция в юном возрасте стоит на весьма высоком уровне. В 96,7% зачатие наступает на первом году половой жизни.

2. Течение беременности у юных первородящих в 72,24% проходит без каких-либо осложнений. Повышенный процент заболеваемости токсикозами I и II половины беременности способствует, по-видимому, более частому раннему прерыванию беременности, чем у зрелых.

3. Продолжительность родов у юных первородящих в подавляющем числе случаев короче, чем у зрелых, родовая деятельность лучше.

4. Послеродовой период протекает гладко без каких-либо серьезных осложнений. Исход родов для матери у всех был благоприятным.

5. Осложнения беременности, родов и послеродового периода легко переносятся юными матерями, и они не имеют серьезного характера.

6. Исход родов доношенных новорожденных отличный, для недоношенных отличается высокой ранней детской смертностью. Смертность недоношенных тем выше, чем меньше их вес при рождении.

7. Вес новорожденных у юных женщин в среднем меньше, чем у зрелых, что положительно влияет на выживаемость новорожденных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марьянич. Роды у молодых первородящих. Дисс., 1910.
2. Гентер Г. Г. Учебник акушерства, 1937.
3. Теодор Л. Б. и Кондратова М. Н. Тр. Ростовского на Дону мединститута, сб. V, 1939.
4. Штеккель В. Основы акушерства, т. I, 1933.
5. Aznar R., Bennet A. E. Amer. J. Obstet. gynec., 1961, 81.
6. Bartolotti L. Riv. ital. gynecol., 1959, 42.
7. Donnelly I. F. Amer. J. Obstet. gynec., 1960, 80.
8. Lacomme M. Maternité, 1957, 1.
9. Pentti A. I., Kotila Oliva. Ann. chir. et gynecol. Fenn., 1959, 48, 3.
10. Semmens I. P., McGlamory G. C. Obstet. and gynec., 1960, 60, 1.

Поступила 5 сентября 1962 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

*Кандидаты мед. наук С. Г. Липманович, Н. И. Казанская,
Л. В. Александрова, А. В. Кашинский*

Акушерско-гинекологическая клиника (зав.—проф. И. И. Яковлев)
1-го Ленинградского медицинского института им. акад. И. П. Павлова

Из методов местной анестезии в акушерско-гинекологических клиниках I ЛМИ применяется проводниковая анестезия. Этот метод в отличие от инфльтрационной анестезии позволяет хирургу работать в пределах неизменных тканей.

Основная задача этого метода анестезии — прервать проводимость чувствительных нервов на их протяжении и этим выключить болевую чувствительность в области операционного поля. Обезболивающий раствор вводится в ткани, окружающие нерв (перинеуральная анестезия).

Перед обезболиванием нами применяется потенцирование по следующей схеме: за час до операции больная получает 1,0 белого стрептоцида внутрь (по Б. И. Лёгостеву) для усиления действия морфина; за 20—30 мин больной вводят внутримышечно 15 мл 25% раствора сернокислой магнезии и под кожу по 1 мл растворов 1% морфина, 0,1% атропина и 10% кофеина (И. И. Яковлев).

Для проведения анестезии мы пользуемся 0,25% водным раствором новокаина; лишь в отдельных случаях, когда заранее рассчитываем на особую длительность и сложность хирургического вмешательства, мы добавляем 0,1% раствора адреналина 16—20 капель на 1—1,5 литра раствора новокаина.

Методика проводниковой анестезии брюшной стенки описана в 1926 г. В. А. Шааком и Л. А. Андреевым, а для гинекологических операций разработана В. С. Фриновским.

В клиниках, руководимых И. И. Яковлевым, применяется проводниковая анестезия по методике В. С. Фриновского, несколько видоизмененной для кесарева сечения С. Г. Липманович. Места инъекции по применяемой нами методике анестезии брюшной стенки изображены на рис. 1.

После предварительного применения обычного, принятого в наших клиниках базис-наркоза роженице дают дышать кислород, а в случае признаков асфиксии плода применяют триаду А. П. Николаева и приступают к анестезии брюшной стенки. Раствор 0,25% новокаина вводят тонкой иглой. Инъекции производятся по линии, очерчивающей овал на передней брюшной стенке. Шприц употребляют емкостью 5—10 мл. Первый укол делают на 2 см ниже мечевидного отростка.

Проколов кожу в направлении, перпендикулярном ее поверхности, предпосылают введение раствора ходу иглы и проводят последнюю под апоневроз, где и опорожняют шприц в подбрюшинной клетчатке. Затем несколько извлекают иглу; но не выводят ее за пределы кожи, а производят (опять предпосылая раствор ходу