

Выявленные при гистерографии и пневмоперитонеумграфии резкие смещения матки, удлинения шейки, в особенности изменения контуров передней поверхности и дна после классического кесарева сечения, надо полагать, имеют прямое отношение к наличию у таких женщин потенциально неполноценного маточного рубца. Поэтому все женщины с выявленными дефектами при рентгенологическом обследовании подлежат выделению в группу диспансерных больных. Прогноз следующих беременностей и родов в отношении самостоятельного родоразрешения у них следует считать неблагоприятным.

Рентгенологический метод исследования женщин после кесарева сечения может быть полезным при решении вопроса о возможности и прогнозе следующих беременностей и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болгова А. В. Сов. мед. 1961, 5.—2. Василевский Г. К. Акуш. и гинек., 1958, 2.—3. Гиллерсон А. Б. и Бакиева Р. Г. Там же. 1957, 2.—4. Гутман Г. А. Там же. 1960, 5.—5. Кушнир И. М. Там же. 1960, 4.—6. Сидоров Н. Е. Там же. 1953, 2.—7. Соловьева М. С. Там же. 1957, 3.—8. Хренова В. Г. Там же. 1963, 5.

Поступила 13 апреля 1964 г.

О ЧАСТОТЕ СХВАТОК ПО НАРУЖНОЙ ГИСТЕРОГРАФИИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ РОДОВ

Асп. Ю. Г. Кременцов

Акушерское отделение (зав. — проф. Я. С. Кленецкий)
Института акушерства и гинекологии АМН СССР

Оценка родовой деятельности как при нормальном течении родов, так и при различного рода осложнениях производится в практическом акушерстве по 3 показателям: частота, продолжительность и интенсивность схваток.

За последние годы, в связи с широким применением наружной гистерографии, получена возможность более точной регистрации сократительной деятельности матки. Однако данные, полученные методом гистерографии, не могут быть механически перенесены в клиническую практику, так как они несколько отличаются от ощущений самой роженицы и от той частоты, продолжительности и интенсивности, которую мы можем определить обычной пальпацией. Тот факт, что гистерография обнаруживает несколько большее число сокращений, чем способна уловить сама роженица и врач, наблюдающий роды, объясняется тем, что часть сокращений настолько слаба, что ускользает при обычных методах клинического исследования.

Уже во время беременности ряд авторов (М. Я. Мартышин, Альварес и Кольдейро, Гаррет, Келли) отметил наличие двух различных типов сокращения матки.

1. Слабые, частые, короткие сокращения, равномерные во всех отделах, совершенно безболезненные, не замечаемые самими беременными и не ощущаемые при пальпации живота. Это сокращения первого типа (М. Я. Мартышин).

2. Неритмичные сокращения большой интенсивности. Они могут быть иногда ощущениями при пальпации, их может ощущать сама женщина. Это сокращения второго типа (М. Я. Мартышин). В течение первых восьми месяцев беременности они возникают очень редко, их частота увеличивается с прогрессированием беременности. В течение девятого месяца они очень часты, но все еще без регулярного ритма. С приближением родов увеличивается число сокращений второго типа и уменьшается число сокращений первого типа между ними. В начале родов наблюдаются сокращения того и другого типа, но постепенно сокращения второго типа становятся преобладающими и приобретают четко регулярный характер. Роженица начинает ощущать схватки.

Из клинической практики известно, что при слабости родовой деятельности схватки бывают реже, чем в норме.

Применяя гистерографию, можно во время родов регистрировать гораздо большее число сокращений, чем за то же самое время при клиническом наблюдении. Например, если сама роженица ощущает схватки через каждые 8—10 мин и пальпация матки определяет такую же частоту сокращений, то гистерография нередко показывает, что схватки возникают через 3—4 мин.

Это происходит за счет регистрации более слабых и коротких сокращений, не ощущаемых самой роженицей и плохо определяемых или совсем недоступных пальпации.

Мы стремились выяснить, существует ли зависимость между частотой сокращений и течением родов. Не обусловлена ли малая частота схваток тем, что часть их из-за своей малой интенсивности ускользает из-под нашего наблюдения, производимого обычными клиническими методами.

Нами обследовано методом пятиканальной наружной гистерографии, разработанным в ИАГ¹, 115 первородящих, здоровых в соматическом отношении, у которых было записано 152 гистерограммы. 91 гистерограмма была записана при целом плодном пузыре, 61 — при отошедших водах. Гистерография у некоторых женщин производилась повторно, а иногда и 3 раза. Продолжительность гистерографии — 20—40 мин. Все записи были сделаны до того, как роженицы получили какие-либо лекарственные вещества.

Всех обследованных мы разделили на 3 группы: 1) 35 рожениц с нормальными родами (53 гистерограммы). 2) 64 роженицы со слабостью родовой деятельности (81 гистерограмма). 3) 16 рожениц с быстрыми родами (менее 6 часов) (18 гистерограмм).

На гистерограммах производился подсчет схваток, и частота их выражалась числом схваток за 10 мин. Такой способ подсчета применяли также М. Я. Мартыншин, Альварес и Кольдейро и др. Надо отметить, что частота схваток по всем пяти каналам была всегда одинаковой.

Частота схваток при нормальных родах несколько превышает таковую при слабости родовой деятельности: различие $4,6 \pm 0,1$ и $4,0 \pm 0,1$ статистически достоверно ($p > 0,01$), т. е. свидетельствует о том, что в пересчете за каждый час определяется при слабости родовой деятельности в среднем на 3,5 схватки меньше, чем в норме.

В группе с неотшедшими водами эта разница составляет 6 схваток за час ($p > 0,001$).

При быстрых родах частота схваток была больше, чем при нормальных родах. При пересчете она составит 6,6 схватки в час ($p > 0,001$).

Итак, при гистерографии можно зарегистрировать и точно определить различие в частоте схваток между быстрыми, нормальными и затяжными родами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартыншин М. Я. Акуш. и гинек. 1961, 5. — 2. Alvarez H., Caldeyro R. Surg. Gynec. Obstet. 1950, 91, 1—13. — 3. Garret W. J. J. Obstet. Gynec. Brit. Emp., 1959, 66, 6, 927—938. — 4. Kelly J. V. West S. Surgery. 1958, 66, 349—358.

Поступила 13 марта 1964 г.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД БОРЬБЫ С АСФИКСИЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

Н. М. Донскова

Акушерско-гинекологическая клиника (зав. — проф. А. М. Фой) Саратовского
медицинского института на базе 1-й клинической больницы
(главврач — Ю. Я. Гордеев)

Изыскание новых, более рациональных методов лечения асфиксии новорожденных как основной причины ранней детской смертности и мертворождаемости остается до сих пор одним из актуальных вопросов акушерской практики.

Серьезным вкладом в дело решения этой проблемы явился метод И. С. Легенченко (1947), однако он полностью не решает задачи. Предложения Стенсфильда — Челомбитко (1938—1941) о ликвидации асфиксии новорожденных с помощью механического «проталкивания» пальцами акушера резервной крови из сосудов пуповины по направлению к плоду также встретило одобрение ряда акушеров (Б. С. Тарло, Н. А. Смирнов, А. И. Петченко, А. М. Фой и др.). Этот метод приводит к положительному эффекту благодаря рефлекторной стимуляции дыхательного центра при возбуждении рецепторного артериального аппарата. Этот же механизм положен в основу метода проф. Л. С. Персианинова (1953), доказавшего возможность возбуждения дыхательного центра плода внутриаrтериальным нагнетанием хлористого кальция и консервированной крови в пупочную артерию. Однако ни один из вышеперечисленных методов, применяемых как изолированно, так и в сочетании, не гарантирует полного успеха у всех детей в асфиксии.

Многочисленные экспериментальные и клинические наблюдения советских и зарубежных авторов (В. А. Неговский, И. И. Фейгель, И. Ф. Жордания и К. А. Пшеницина, А. И. Петченко и др.) говорят о том, что эффективным способом восстановления самостоятельного дыхания является ритмическое вдвухание воздуха в легкие в дозированных объемах и под строго определенным давлением с помощью специальных аппаратов. Такой вид искусственного дыхания не только обеспечивает расправление (полное и частичное) ателектатических легких и удовлетворительный газообмен в них, но, что особенно важно, является методом рефлекторной стимуляции дыхательного центра. Этим методом снимается гипоксия центральной нервной системы

¹ Методика подробно описана М. Я. Мартыншиным (Акуш. и гинек. 1961, 5).