

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 внутривартериальным 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).

и достигается сильное адекватное возбуждение дыхательного центра (В. А. Неговский). Аппаратное искусственное дыхание с вдуванием воздуха в легкие нередко эффективно и тогда, когда другие методы стимуляции дыхательного центра безрезультатны. И здесь особо важную роль для прогноза оживления играет «фактор времени», так как длительная задержка во времени может привести в конце концов к восстановлению дыхания, однако центральная нервная система будет уже тяжело поражена.

На протяжении последних 3 лет мы широко используем для ликвидации асфиксии новорожденных комплексный метод оживления.

У ребенка, родившегося в асфиксии, освобождаем дыхательные пути от слизи и помещаем его в ванночку с водой 38°, в артерию пуповины вводим 3 мл 10% раствора хлористого кальция и 7 мл 40% раствора глюкозы. Если через 2—3 мин не появляется самостоятельное дыхание, то приступаем к искусственному дыханию РДТ-1 ручным и ДП-5 (с электроприводом). Для отсасывания слизи применяем педальные и электрические отсосы. В большинстве наблюдений искусственное дыхание проводили комнатным воздухом, обогащенным кислородом, под определенным, строго дозированным давлением. Воздух вводился в легкие с помощью интубации (40% наблюдений) или через маску.

Маска обеспечивает хороший газообмен и значительно облегчает использование аппаратов.

За период с 1960 по 1962 гг. в нашем акушерском стационаре в асфиксии родилось 270 детей (2,8%). Комплексный метод оживления применен у 125 детей, а у остальных — метод Легенченко — Персианинова. Из 125 новорожденных у 64 была тяжелая форма асфиксии (III ст.), у 61 — II ст. При легкой асфиксии прибегать к искусственной вентиляции легких не было необходимости. Из 270 наблюдений оперативные вмешательства в родах применены в 25%, упорные формы слабости родовой деятельности были в 12%, тазовые предлежания — в 9%, поздние и тяжелые формы поздних токсикозов беременности — в 9,7%, «конфликты» с пуповиной — в 5%, переносная беременность — в 8,8%, крупные плоды — в 1%, узкий таз — в 2,5%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — в 1,8%, преждевременное отхождение вод и длительный безводный период — в 10,4%. Из 125 новорожденных, родившихся с явлениями асфиксии II и III ст., удалось оживить 118 (94,4%); выписано из стационара 113 детей (90,2%). Из числа погибших новорожденных, по патологоанатомическим данным, у 3 была пневмония, у 1 — врожденное, несовместимое с жизнью уродство, 7 новорожденных погибли из-за тяжелой родовой травмы в результате патологических родов.

Анализ данных по оживлению новорожденных с использованием аппаратов для искусственного дыхания показал, что это высокоэффективный метод, и ему следует отвести должное место в комплексе других мероприятий.

Поступила 13 февраля 1964 г.

ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИИ ТОКСОПЛАЗМОЗА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. А. Антонова

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

В настоящее время роль токсоплазмоза в происхождении самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, мертворождаемости и ранней детской смертности хорошо известна. Токсоплазмоз является также одной из причин аномалий и дефектов внутриутробного развития детей, приводящих к тяжелой инвалидности.

С целью выявления токсоплазмоза в нашей клинике были обследованы 287 женщин. Реакция связывания комплемента (РСК) с токсоплазменным антигеном изучалась у всех обследованных (лаборатория Областной санэпидстанции), 123 из них сделана внутрикожная проба (ВКП) с токсоплазменным аллергеном.

Диагноз токсоплазмоза был установлен у 48 (16,7%) больных на основании положительной РСК в разведении 1:5 на ++, +++ и ++++, положительной ВКП на ++++ и ++++ и соответствующих проявлений токсоплазмоза в анамнезе — выкидыши, преждевременные роды, рождение детей с дефектами развития и т. д. Совпадение положительной РСК и внутрикожной аллергической пробы мы наблюдали у 36 больных, у 1 больной ВКП оказалась отрицательной при резко положительной РСК, а еще у 11 — резко положительная ВКП при отрицательной РСК.

Одной больной диагноз токсоплазмоза был поставлен на основании положительной РСК (1:5 ++++) и отягощенного акушерского анамнеза (3 самопроизвольных выкидыша).

У 11 наших больных токсоплазмоз был диагностирован на основании резко положительной аллергической пробы с токсоплазмином (+++++) и патологического акушерского анамнеза. Правильность такого заключения подтверждается тем фактом,