

Остаточные явления поражения центральной нервной системы наблюдаются у части детей, выписанных с тяжелейшими психомоторными расстройствами.

Прогноз туберкулезного менингита за последние годы улучшился, и своевременно начатое активное лечение, проводимое длительно, в большинстве случаев позволяет получить вполне удовлетворительные результаты даже при тяжелом течении заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухамедалиев Э. С., Петрушанская М. К., Нурматов А. Н. Педиатрия, 1968, 1.— 2. Соркина Э. С., Россинская С. Л. Сб. трудов кафедры детского туберкулеза. Душанбе, 1967.

УДК 618.29—616.12—073.97—616—12—008.331.1—618.3—008.6

СИНХРОННАЯ ЗАПИСЬ ФКГ И ЭКГ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПОЗДНИМ ТОКСИКОЗОМ

Канд. мед. наук Г. А. Козин

Кафедра акушерства и гинекологии (и. о. зав.— доц. И. М. Кострюкова, научный руководитель — проф. И. Ф. Панцевич) Калининского медицинского института

Гипертоническая болезнь матери оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода и является одной из частых причин перинатальной смертности детей.

Наиболее доступным и точным показателем состояния плода во внутриутробном периоде и во время родов является его сердечная деятельность. С внедрением в акушерскую практику фоноэлектрокардиографии (ФЭКГ) плода стало возможно изучать состояние плода на основании объективной оценки его сердечной деятельности. Серийный двухканальный фоноэлектрокардиограф завода «Красногвардеец» (модель 052) оказался недостаточным для записи фоноэлектрокардиограммы внутриутробного плода, и нами произведена реконструкция аппарата. Для записи ФКГ плода мы использовали с некоторыми переделками оригинальный заводской усилитель, находящийся в аппарате. С помощью дополнительного усилителя нами была поднята чувствительность и ЭКГ-канала до 10—15 мкВ на 1 см. В результате на фотопленке получали одновременную регистрацию ФКГ плода с совершенно отчетливо выраженными первыми и вторыми тонами, иногда и третьего тона, а на ЭКГ — хорошо выраженный комплекс QRS.

Синхронная запись ФКГ- и ЭКГ-кривых позволяет производить подсчет частоты сердцебиения плода и матери, фазовый анализ сердечной деятельности и деление по степеням нарушения сердечной деятельности плода в соответствии с классификацией Л. Б. Гутмана. Синхронная запись ФКГ и ЭКГ плода расширяет наши возможности в диагностике и объективной оценке состояния внутриутробного плода задолго до того, когда указанные выше изменения выявляются клиническими методами исследования.

Нами выполнена фоноэлектрокардиография внутриутробного плода у 158 беременных (у 73 страдающих гипертонической болезнью, у 51 с поздним токсикозом и у 34 здоровых, составивших контрольную группу). Всего сделано 463 записи при сроке беременности от 18 до 42 недель.

У 30 здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью изменений в фоноэлектрокардиографической кривой плода не обнаружено, у 3 плодов была I ст. нарушения сердечной деятельности и у 1 плода — II ст. (классификация Л. Б. Гутман). Средняя частота сердцебиения у плодов была $137,78 \pm 1,434$. Внутриутробные колебания сердечного ритма составили $\pm 4,13$. Проба с задержкой дыхания на высоте выдоха показала нормальный уровень приспособительных реакций плода к изменениям условий среды, наступало учащение сердцебиения его в среднем на 6,39 удара.

У беременных с поздним токсикозом нарушения сердечной деятельности плода установлены у 17 из 51 (I ст.— у 9 плодов, II ст.— у 6 и III ст.— у 2). При этом частота сердцебиения плода была несколько ниже ($132,94 \pm 1,415$), чем у здоровых беременных. Внутриминутные колебания сердечного ритма составили $\pm 4,00$ удара. При пробе с задержкой дыхания было выявлено учащение сердцебиения плода на 3,6 удара.

Более выраженные изменения ФЭКГ плодов обнаружены у беременных, страдающих гипертонической болезнью. При этом отмечен явный параллелизм между тяжестью заболевания беременной и характером реакции сердечной деятельности плода. Так, при проведении функциональных проб у матерей с I и II ст. гипертонической болезни наблюдалось учащение сердцебиения плода соответственно на 2,24 и 1,75 удара, извращенная реакция была у 15 из 64 и у 8 из 9 плодов. По мере увеличения тяжести

заболевания частота сердцебиения плода замедлялась. Величина внутриминутных колебаний частоты сердечного ритма иногда была меньше при гипертонической болезни, чем у здоровых беременных. Так, при I ст. в фазе А колебания сердечного ритма плода составили $\pm 3,54$ удара, в фазе Б $\pm 3,28$. Во II ст. гипертонической болезни они оказались еще меньше: в фазе А $\pm 2,79$, в фазе Б $\pm 2,54$ удара, т. е. чем тяжелее заболевание, тем меньше величина внутриминутных колебаний. Следовательно, прогностически неблагоприятными для плода признаками являются учащение или замедление частоты сердцебиения плода (107—158), уменьшение внутриминутных колебаний сердечного ритма до $\pm 2,54$ удара, выявление извращенных реакций при функциональных пробах.

Исходя из данных ФЭКГ-исследования, нетрудно видеть неблагоприятное влияние гипертонической болезни матери и позднего токсикоза на состояние внутриутробного плода. Степень нарушения сердечной деятельности зависела от тяжести заболевания.

Внедрение в акушерскую практику методики синхронной записи ФЭКГ плода расширяет возможности в оценке состояния внутриутробного плода, что особенно важно при патологическом состоянии матери, в том числе у беременных с гипертонической болезнью, нефропатией и др. Данный метод позволяет своевременно применить лечебно-профилактические мероприятия, направленные на антенатальную охрану плода, а при необходимости — и досрочное прерывание беременности.

УДК 618.1

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Л. Г. Кудашева

Кафедра акушерства и гинекологии Башкирского медицинского института (зав.— докт. мед. наук Н. М. Дорофеев) и кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Обследовано и подвергнуто лечению 50 больных в возрасте от 19 до 50 лет. С острым, подострым и хроническим воспалением придатков матки в стадии обострения было 27 больных, с хроническим вне стадии обострения — 9, с воспалительными опухолями — 14. Из 27 больных 1-й гр. впервые заболевших было 14. 11 больных были доставлены в машину скорой помощи в состоянии средней тяжести с явлениями пельвеоперитонита. Со стороны половых органов у этих больных определялись большие морфологические изменения.

С длительностью заболевания до 1 года было 5 человек, от 2 до 5 лет — 19, свыше 5 лет — 7, свыше 10 лет — 5. Большинство из них ранее неоднократно лечилось консервативно.

Все больные при поступлении жаловались на боли. Нарушение менструального цикла со времени заболевания отмечалось у 24 женщин. Дисменорея была у 11 больных, нерегулярные менструации — у 2, меноррагии — у 3, кровянистые выделения в межменструальном периоде — у 8. Беременели 36 женщин. Первичным бесплодием страдали 7 больных, вторичным — 1, у 1 возникла внематочная беременность.

Терапия была комплексной. Назначали преднизолон в сочетании с антибиотиками. При выборе антибиотиков учитывали анамнез и результаты определения чувствительности бактериальной флоры канала шейки матки. У большинства больных выявленная микрофлора была устойчива к антибиотикам. Мы применяли тетрациклин (600 000 ЕД в сутки), мономицин (750 000 ЕД в сутки), неомизин (750 000 ЕД в сутки) и др. Антибиотики вводили на протяжении всего курса лечения преднизолоном и еще в течение 3—5 дней. Преднизолон начинали с ударных доз (30 мг в сутки), затем дозу постепенно снижали. Лечение продолжалось 15 дней, за это время вводили 240 мг преднизолона. Одновременно давали витамины (В₁, В₆ и С). После окончания курса лечения преднизолоном (в острой стадии) или одновременно с ним (в подострой, хронической стадии) назначали биогенные стимуляторы (аутогемотерапию, алоэ, ФИБС), физиотерапевтические процедуры (соллюкс, гальванизацию, УВЧ, парафин). Во время лечения больные получали хлористый кальций внутривенно и бромистый калий внутрь.

У большинства больных наступало быстрое улучшение общего состояния: исчезали боли, повышался аппетит, в острой стадии на 2—4-е сутки снижалась температура до нормы, улучшались показатели крови. При остром процессе к концу 2—3-й недели обычно значительно уменьшались инфильтраты и болезненность. У 26 женщин в области придатков и клетчатки были воспалительные опухоли и инфильтраты размером от куриного яйца до мужского кулака, ограниченно подвижные, плотные; у отдельных больных эти образования выходили за пределы малого таза; у 24 больных придатки определялись в виде тяжа; у 11 больных воспалительный процесс сопровождался явлениями раздражения брюшины. После лечения у 33 больных пальпируемые образования значительно уменьшились, у 16 они полностью исчезли, у 1 лечение эффекта не дало. Из 14 больных с экссудативными мешотчатыми образованиями, у которых