

дов достигает 12—15 кг, причем 5 кг приходится на плод, а остальные 7—10 кг на мать. И Ф. Жордания, ссылаясь на А. А. Ануфриева, указывал, что к началу родов в организме беременной женщины на 21% больше крови, чем до беременности. Г. Г. Гентер писал, что количество крови беременной повышается до $\frac{1}{14}$ — $\frac{1}{12}$ веса тела.

В доступной нам акушерской литературе нет сведений о взаимосвязи роста беременной женщины с прибавкой веса ее тела при нормально протекающей беременности от ранних сроков до начала срочных физиологических родов. Мы проследили нарастание веса у беременных женщин разных ростовых групп при срочных физиологических родах, где течение беременности ничем не осложнилось, где не было сопутствующих заболеваний, которые могли бы повлиять прямым или косвенным путем на вес беременной (двойни, токсикозы второй половины беременности, сердечно-сосудистые заболевания и т. п.). Для этого были проанализированы 500 историй родов, где имелись обменные карты беременной, в которых был указан рост и вес женщины при сроке беременности 8—12 недель; полученные таким образом цифровые данные обработаны методом вариационной статистики.

Прибавка в весе от 8—12 недель беременности до срочных родов у женщин низкого роста составила $7,6 \pm 0,35$ кг, что в 1,3 раза меньше, чем у женщин ниже среднего роста ($7,6$ и $9,44$ кг; $P < 0,001$), в 1,4 раза меньше, чем у женщин среднего роста ($7,6$ и $10,9$ кг; $P < 0,001$) и в 1,4 раза меньше, чем у женщин выше среднего и высокого роста ($7,6$ и $11,38$ кг; $7,6$ и $11,30$ кг; $P < 0,001$). У женщин ниже среднего роста средняя прибавка в весе составила $9,44 \pm 0,34$ кг, что в 1,1 раза меньше, чем у женщин среднего роста ($9,44$ и $10,9$ кг; $P < 0,001$) и в 1,2 раза меньше, чем у женщин выше среднего и высокого роста ($9,44$ и $11,38$ кг; $9,44$ и $11,30$ кг; $P < 0,05$). У женщин выше среднего и высокого роста средняя прибавка в весе составила $11,38 \pm 0,32$ кг и $11,30 \pm 0,30$ кг.

Средний вес женщины низкого роста при сроке беременности 8—12 недель составляет $46,7 \pm 0,15$ кг, у женщин ниже среднего роста — $50,75 \pm 0,4$ кг, у женщин среднего роста — $50,9 \pm 0,32$ кг, у женщин выше среднего роста — $53,0 \pm 0,8$ кг и у женщин высокого роста — $68,1 \pm 0,5$ кг.

Таким образом, средняя прибавка в весе (без учета роста) составила у женщин с нормально протекающей беременностью 15% веса к моменту срочных родов, что близко к литературным данным (М. В. Дубнов, А. Бурн, McKeown).

ВЫВОДЫ

1. Вес женщин с 8—12 недель беременности до дня срочных физиологических родов без учета их роста в среднем увеличивается на 10 кг.
2. Средняя прибавка в весе за указанный период беременности тем больше, чем выше рост женщины.
3. Приведенные нами средние величины прибавки в весе от 8—12 недель беременности до дня срочных родов являются статистически достоверными и могут служить эталоном для определения нормы прибавки в весе у женщин каждой ростовой группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурн А. Акуш. и гинек., 1955, 4. — 2. Дубнов М. В. Казанский мед. ж., 1958, 6. — 3. McKeown T., Record R. J. Endocrinol., 1957, 15.

УДК 618.31—618.112.2—616—003.215

СОЧЕТАНИЕ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ГЕМАТОМОЙ ЖЕЛТОГО ТЕЛА ЯИЧНИКА

А. Балаш и К. Марчинский

*Первая клиника акушерства и гинекологии Медицинской Академии
в Кракове (директор — проф. С. Шварц)*

Мы наблюдали у женщины в придатках одной стороны весьма редкое сочетание внематочной беременности раннего срока с гематомой желтого тела яичника.

С., 26 лет, поступила в клинику 1/V 1964 г. с жалобами на резкие боли внизу живота справа, напоминающие приступ острого аппендицита. Периодически большая впадает в обморок. Последняя менструация 20/II. Гем. — 76%, Э. — 3 960 000, ц. п. — 0,97, Л. — 7400, АД — 100/70. При бимануальном исследовании в области правых придатков обнаружена болезненная опухоль величиной с небольшое яблоко.

При пункции заднего свода получена кровь. Срочная лапаротомия по поводу прервавшейся внематочной беременности. В брюшной полости около 500 мл крови. В правом яичнике разорвавшаяся гематома желтого тела. В правой трубе — двухмесячный плод.

Правые придатки удалены.
Патологоанатомическое исследование (зав. кафедрой патологической анатомии проф. Янина Ковальчикова) подтвердило диагноз. Больная выписана на 16-й день.

УДК 616.22

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ГОЛОСА

М. Д. Быстрицкий

(Казань)

Функциональные афонии и дисфонии встречаются довольно часто. Трудность диагностики и недостаточная эффективность лечения диктуют необходимость всестороннего изучения этого заболевания.

Мы наблюдали 232 таких больных. В возрасте от 7 до 18 лет было 10, от 19 до 30 лет — 96, от 31 до 40 лет — 72, от 41 до 50 лет — 45 и от 51 до 60 лет — 9 больных. Мужчин было 72, женщин — 160.

У 115 больных на первый план выступал профессиональный фактор — повышенная нагрузка на голосовой аппарат. Явления функциональной афонии, дисфонии у них чаще всего сопутствовали тому или иному функциональному заболеванию центральной нервной системы. Длительное профессиональное перенапряжение голоса в сочетании с неврозом было ведущим этиологическим фактором и отмечалось в 47%.

У остальных больных появлению заболевания в 78% предшествовал простудный фактор, грипп, ангина, ларингит и др.

Причина ошибок диагностики часто кроется в неправильной трактовке ларингоскопической картины в переоценке значения остаточных воспалительных явлений со стороны слизистой оболочки гортани.

Диагноз, с которым больные поступали к нам, был правильным, отражающим функциональный характер заболевания, лишь у 81 (35%). У 86 больных (37%) был диагностирован хронический и у 35 (15%) — острый ларингит, у 30 (13%) — парез голосовых связок. Ларингоскопическая картина при функциональных нарушениях голоса напоминала двухсторонние периферические парезы двигательных нервов гортани органического происхождения. Следует помнить, что у больных с органическим заболеванием нет полной утраты звучной речи, они говорят хриплым голосом. Для них характерны также постепенное развитие заболевания, более стабильная ларингоскопическая картина и длительное течение. При парезах функционального происхождения у большинства больных наступает внезапная полная или частичная утрата звучной речи, расстройство координации дыхания, необходимого для речеобразования; нарушение голоса у них менее продолжительное и быстрее восстанавливается под влиянием лечения. Отсутствие органических изменений в гортани, изменчивость ларингоскопической картины до и после лечения подтверждают функциональный характер заболевания. Во время осмотра больных мы наблюдали разные ларингоскопические картины, зависящие от степени изменения двигательных функций истинных голосовых связок. У 209 больных было частичное нарушение двигательной функции истинных голосовых связок. У 113 из них при фонации голосовая щель равномерно суживалась по всей длине, не доходя до полного смыкания; у части больных при попытке фонировать голосовые связки смыкались, но не полностью: у одних (75 чел. — 32%) оставалась в заднем отделе небольшая треугольная щель, у других (21 чел. — 9%) — веретенообразная, что напоминало картину миопатических парезов истинных голосовых связок. У 23 больных отмечалось состояние гиперкинеза — истинные голосовые связки при фонации плотно смыкались, так же как и ложные, которые при этом полностью прикрывали истинные связки, препятствуя звучности голосообразования. Такую форму смыкания голосовой щели некоторые авторы называют «спастическая афония».

Лечение функциональных нарушений голоса — трудная задача. Мы придаем важнейшее значение психо-терапевтическому воздействию, направленному на выработку у больного уверенности в возвращении звучного голоса. Успеху лечения способствует контакт с больными, у которых после лечения уже произошло восстановление голоса. Если таких больных нет, то мы демонстрируем запись голоса на магнитофоне тех больных, которые полностью излечились от утраты голоса.

Фонопедические упражнения в комплексной терапии для большей эффективности мы считаем необходимым проводить в ряде случаев одновременно с вибромассажем гортани с помощью портативного электровибратора, широко применяемого для массажа лица. При паретической форме функциональной афонии добавляется еще местное воздействие фарадическим током.

Нами предложен прибор для раздельного включения слуха, состоящий из двух обычных динамических радиотелефонов с микропористыми резиновыми накладками, оголовья, закрепленного на голове, пульта управления, отводящих приборов. При