

При камнях в чашечках мы вскрываем небольшим разрезом почку над камнем параллельно ходу их магистральных сосудов, удаляем камни, закрываем разрез тонкими кетгутowymi швами.

Нефрэктомии при наличии камней мы были вынуждены применить только у 4 больных, у 2 при одновременном туберкулезе и у 2 при одновременном гидронефрозе.

При камнях мочеточника мы у 8 больных рассекали внебрюшинно мочеточник над камнем, удаляли его и закрывали кетгутowymi швами место разреза мочеточника.

Рецидив камней почек наблюдался только у двух больных в возрасте 12 лет, имевших большие камни, осложненные инфекцией. Лучшей мерой профилактики рецидивов и инфицирования камней, надо думать, была бы ранняя операция удаления сравнительно небольших камней лоханки.

Смертности после операций не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккерман А. Г. и Герман Л. М. Урология, 1941, 2. — 2. Броун И. Урология, 1959, 3.—3. Воробцов В. И. Руководство по хирургии, 1959, 9.—4. Гаспарян А. П. и Овчинников Н. М. Урология, 1929, 4.—5. Голигорский С. Д. Урология, 1958, 3.—6. Гофман Г. К. Урология, 1929, 4.—7. Гребенщиков Г. С. Урология, 1961, 1.—8. Демчинская Л. А. и Дементьева Н. Г. Педиатрия, 1958, 5.—9. Духанов А. Я. Сов. педиатр., 1935, 10.—10. Кокашвили М. И. Педиатрия, 1950, 5.—11. Минчин Н. З. Урология, 1958, 2.—12. Смеловский В. П. Тез. 3 Всес. конф. урол., 1958.—13. Тагиров Г. Ш. и Усманов М. З. Урология, 1961, 1.—14. Теплицкий Г. Б. Урология, 1958, 2.—15. Терновский С. Д. Ж. совр. хир., 1929, 1.—16. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников. М., 1923.—17. Хесин Л. Я. Урология, 1939, 2.—18. Яковлев Н. А. Урология, 1958, 2.

Поступила 10 июня 1961 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕСА ПЛОДА ПЕРЕД РОДАМИ ПО МЕТОДУ З. П. ЯКУБОВОЙ¹

В. И. Давыдов, В. В. Вершинина

¹Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(и. о. зав.—доц. В. И. Давыдов) Свердловского медицинского института

З. П. Якубова свой метод определения веса внутриутробного плода предложила в 1958 г., сообщив результаты о нем на Межобластной конференции акушеров-гинекологов в Казани 6/VI-58 г. Ею предложена для определения веса плода формула:

$$X = \frac{O + B}{4} \cdot 100, \text{ где } X \text{ обозначает искомый вес плода, } O \text{ — окружность живота}$$

в сантиметрах, B — высоту стояния дна матки над лоном, измеренную сантиметровой лентой, цифра 4 — константу. Например, у беременной окружность живота — 95 см, высота стояния дна матки — 35 см. В этом случае вес плода будет равен: $\frac{95 + 35}{4} \times$

$\times 100 = 3500,0$. Однако в таком виде формула применима только для определения веса плода у первородящих женщин, да и то только в тех случаях, где воды еще не отошли, плод не представляется крупным и где имеет место черепное предлежание.

Во всех других случаях автор метода предложил вносить в полученный по формуле вес поправки. Так, при вторых родах к полученному по указанной выше формуле весу плода прибавляется 50,0; при третьих и четвертых родах — 150,0, при пятых и всех последующих — 300,0.

Кроме того, при всех родах к полученному по формуле весу плода дополнительно прибавляют 100,0, если к моменту определения веса плода отошли воды, и 500,0 прибавляют в тех случаях, где плод крупный.

По данным автора, его метод с указанными поправками почти во всех случаях давал полное совпадение веса плода, вычисленного по формуле, с весом, оказавшимся при рождении.

Нас этот метод заинтересовал настолько, что мы тотчас же приступили к его применению в клинике.

¹ Доложено на годичной научной сессии Свердловского медицинского института 25—26 марта 1959 г.

Для наиболее объективной оценки предложенного доц. З. П. Якубовой метода один из нас (В. И. Давыдов) подверг обработке 1000 историй родов, в которых высота стояния дна матки над лоном и окружность живота в сантиметрах измерены дежурными акушерками. Они еще не знали о существовании метода З. П. Якубовой, и их измерения в силу этого были совершенно объективными, зависящими только от их внимательности при измерении и степени квалификации. Такой подход к оценке метода исключал, по нашему мнению, влияние индивидуальных особенностей лица, производящего измерения («каждый метод хорош в руках автора»), и давал возможность наиболее объективно оценить метод в смысле его пригодности для массового применения. Асс. В. В. Вершинина взяла на себя задачу выяснить, какие результаты может дать этот метод в руках опытного специалиста, лично производящего указанные измерения. Мы полагали, что если полученные нами результаты совпадений будут одинаковыми или почти одинаковыми, то данный метод может быть рекомендован для массового применения в акушерской практике.

При использовании архивных материалов полное совпадение фактического веса новорожденных с весом, вычисленным по формуле доц. З. П. Якубовой, наблюдалось у нас всего в 3,4% всех случаев. Если же в число совпадений зачислить и те, где ошибки в определении веса не превышали 500,0, как не имеющие большого практического значения, то тогда процент совпадений на 1000 случаев оказался равным 90,7%.

Наибольший процент (92,25%) совпадений на всем материале получился у первородящих и наименьший (80%) — у многородящих. Учитывая простоту метода, надо считать эти результаты весьма удовлетворительными.

Эти же данные позволяют нам предположить, что более низкий процент совпадений фактического веса новорожденных с весом, вычисленным по формуле З. П. Якубовой, у многородящих зависит от предложенных автором метода «поправок» к формуле, которые нам кажутся малообоснованными и в то же время весьма категорическими.

Что касается более значительных расхождений (600,0 и более) между фактическим весом новорожденных и вычисленным весом по формуле З. П. Якубовой, то и здесь большее число несовпадений в весе было также у многородящих (при первых родах — в 7,75%, при пятых и выше — в 20%). И эти данные как будто говорят за то, что причиной ошибки являются «поправки» к формуле. Верно ли это предположение, покажет дальнейшее изучение метода.

Естественно предположить, что на величину и частоту ошибок может повлиять и лицо, производящее измерения.

При измерениях, проводимых асс. В. В. Вершининой, полное совпадение веса, вычисленного по формуле З. П. Якубовой, с фактическим весом новорожденного было лишь в 3,43%, то есть на 0,03% больше, чем при вычислении веса по данным многих лиц, производивших измерения. Отсюда вытекает, что не имеет большого значения лицо, производящее измерения.

Наилучшие результаты получены у первородящих и при вторых родах и хуже — у многородящих.

На основании этих данных напрашивается предположение, что в ошибке при определении внутриутробного веса плода играют значительную роль не то, кто производит положенные измерения, а поправки к формуле, которые и надо, по-видимому, пересмотреть и как-то изменить.

Косвенным поводом может служить и то обстоятельство, что в кандидатской диссертации Р. А. Малышевой о физическом развитии детей и новорожденных, вышедшей в 1958 г., указаны иные цифры в разнице веса у новорожденных при первых и следующих родах, чем это принято в формуле З. П. Якубовой.

Изучение нашего материала показало, что ошибки в весе фактическом и вычисленном по формуле З. П. Якубовой могут быть как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения веса, то есть иногда вес, вычисленный по формуле, получается то более, то менее фактического. Выяснить причину этого явления мы пока не смогли.

При отошедших водах ошибок было меньше, чем при целых. Очевидно, при отошедших водах снимается со счета ошибка, зависящая от количества отошедших вод.

Наименьшее число ошибок при вычислении имело место при крупных плодах (4000,0 и выше) и наибольшее — при маловесных плодах, и при том, чем меньше плод, тем больше ошибка. Очевидно, при маловесных плодах (менее 3000,0) имеется относительно много вод, что и дает значительные показатели высоты стояния дна матки и окружности живота и, таким образом, ведет к ошибке всегда в сторону завышения веса по сравнению с фактическим весом плода.

Все вышеизложенное позволяет нам сделать следующие выводы:

1) Метод З. П. Якубовой может быть использован в практике в том виде, как его предложил автор.

2) Если пренебречь ошибкой в весе до 500,0, то этот метод дает более 90% правильных ответов, что надо считать положительным качеством метода.

3) В отдельных случаях метод дает значительные ошибки (на 1000,0 и более), что надо иметь в виду, когда идут на пробные роды или кесарево сечение.

4) Метод применим только при доношенной одноплодной беременности, без многоводия, при черепном предлежании плода.

5) Метод нуждается в дальнейшем изучении и усовершенствовании на значительном материале.

Поступила 23 августа 1961 г.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Доц. Р. Г. Бакиева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. Б. Гиллерсон)
Омского медицинского института

Нами изучено течение родов у 336 больных с поздним токсикозом. У 92 больных (в 26,5%) роды оказались преждевременными. Общий же процент преждевременных родов по данному учреждению за это время составил 6,5.

Из осложнений в родах у 69 больных (20,5%) установлено преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод.

Частота несвоевременного отхождения околоплодных вод и характерные патологические изменения, установленные при этом разными авторами, заставляют думать о прямой связи с поздним токсикозом.

Быстрые роды у больных с поздним токсикозом наблюдались в 9,7%, затяжные (у повторнородящих свыше 12 часов, у первородящих свыше 24 часов) — в 24,6%. Следовательно, при позднем токсикозе беременных примерно каждые четвертые роды — затяжные. Отрицательное влияние позднего токсикоза на течение родов видно даже из того, что чем тяжелее была клиника токсикоза, тем большей оказалась средняя продолжительность родов, тем меньше процент быстрых родов.

Наклонность к затяжному течению родов при этом осложнении беременности приобретает особую значимость, если учесть прямую связь между продолжительностью родов и ухудшением состояния больных токсикозом в родах. Наши наблюдения показали, что в родах все основные симптомы токсикоза быстро нарастают (АД повышается, давая значительные колебания, диурез снижается, патологические изменения со стороны мочи резко прогрессируют, присоединяются жалобы, свидетельствующие о нарушении мозгового кровообращения и т. п.). Отсюда вполне понятно, почему С. Г. Боярская (1949) ускорение родов рассматривает как метод профилактики тяжелых форм токсикозов.

Общий процент оперативных вмешательств в родах составляет 20,7, в том числе родоразрешающих операций — 15,1% (выходные и полостные щипцы — в 5,1%, акушерский поворот — 0,3%, плодоразрушающие операции — в 2,3%, кесарево сечение — у 25 больных, то есть в 7,4%, причем у 10 больных показанием к нему служила неэффективность консервативной терапии токсикоза).

Кровопотеря в последовом периоде у больных поздним токсикозом до 250 мл наблюдалась в 68,3%, от 251 до 400 мл — 18,6% и свыше 400 мл (до 1200 мл) — в 13,1% случаев. Таким образом, в 31,7% была повышенная кровопотеря. По материалам клиники, процент родов, осложненных кровотечением, за эти годы составляет 3,8. Прямая связь этого осложнения родов с поздним токсикозом наглядно видна из того, что чем тяжелее форма токсикоза, тем большим оказался процент больных с повышенной кровопотерей и тем значительнее была в среднем кровопотеря.

Механизм наклонности к повышенной кровопотере при поздних токсикозах окончательно не выяснен.

На основании наблюдений собственных и других исследователей мы полагаем, что наклонность к затяжным родам и повышенной кровопотере в последовом и раннем послеродовом периодах при позднем токсикозе беременных имеет единый генез, а именно — нарушение сократительной способности маточной мускулатуры в связи с функциональными и органическими изменениями сосудов, питающих миометрий. Кроме того, зная, что роды представляют собой рефлекторный акт, можно полагать, что те нарушения в центральной нервной системе при позднем токсикозе беременных, на которые указывают отдельные авторы (Н. Е. Логинова, Н. В. Кобозева и др.), несомненно, отрицательно влияют на течение родов, вызывая или быстрые роды, или затяжное их течение. Касааясь последнего вопроса, нельзя полностью снять со счета отрицательное влияние на родовую деятельность и сульфата магния, широко применяемого в родах с терапевтической целью. Однако ведущую роль в патологии родового акта, по-видимому, играют функциональные нарушения центральной нервной системы и сосудистого тонуса.

При изучении течения родов у больных поздним токсикозом нами установлена повышенная чувствительность сердечно-сосудистой системы к кровопотере в родах, на что есть указания у отдельных авторов (В. А. Покровский, 1952, В. И. Бодяжина и Л. Л. Чижикова, 1960). Это явление мы объясняем понижением адаптационных