

несли частые, следующие друг за другом, малой интенсивности (слабые) сокращения, продолжительность которых составляет 20—30 секунд. Сокращения второго типа отличаются постоянством величины и формы; они не зависят от срока беременности, появляются группами и нередко предшествуют сокращениям первого типа. Второй тип сокращений легче зарегистрировать при отсутствии сокращений первого типа.

Следует отметить, что с увеличением срока беременности сокращения второго типа нередко отсутствуют в области дна и нижнего сегмента матки, что, по-видимому, свидетельствует о некотором повышении тонуса матки в этих отделах, в то время как тело расслаблено. Если при ранних

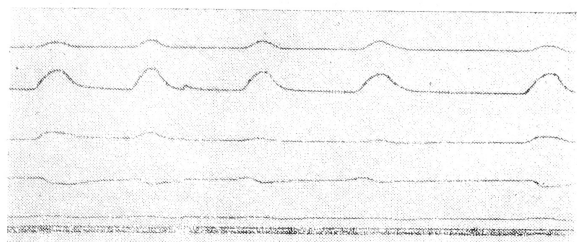


Рис. 4. Гистерограмма при беременности за 3 дня до родов; крупный плод (вес 4100,0).

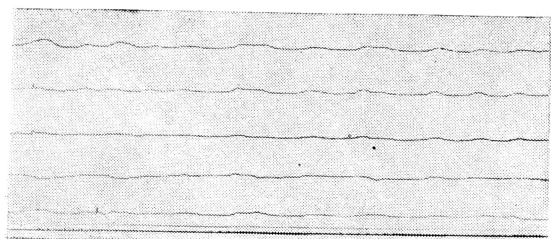


Рис. 5. Гистерограмма, полученная при 34-недельной беременности. Первый тип сокращений матки при беременности.

сроках беременности второй тип схваток наблюдается, как правило, то при 39—40 неделях беременности эти сокращения выражены менее отчетливо и нередко вовсе не регистрируются. Мы считаем это следствием повышения основного тонуса матки перед родами, что видно из гистерограммы, на которой фиксирована сократительная деятельность матки при двойне (рис. 3).

На рис. 5 представлены типичные сокращения второго типа, отличающиеся по частоте, продолжительности и интенсивности от сокращений первого типа.

Таким образом, локализованные на небольшом пространстве мышцы матки некоординированные сокращения второго типа, типичные для ранней беременности, имеют тенденцию к исчезновению по мере приближения родов и отсутствуют при регистрации сократительной деятельности матки при нормальных родах, когда отмечаются только сильные и ритмичные сокращения. В этом отношении наши наблюдения совпадают с имеющимися литературными данными (Альварес и Кальдейр-Барциа).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. А. Электрогистерографический метод изучения сократит. деят. матки, дисс., Л., 1955.— 2. Лисовская Г. М. В кн. *Вопр. клинэлектрографии в акуш.-гин. практике и педиатрии*, Свердлов., 1958.— 3. Яковлев И. И., Лисовская Г. М. и Скворцова А. А. В кн.: *Сб. работ по акуш. и гинек.*, Свердлов., 1948.— 4. Alvarez H. a. Caldeyro R. *Surg. Gynec. a. Obst.* 1950, 91, 1.— 5. Alvarez H., Caldeyro R. a. Barcia. *Gynaecologia*, 1954, 138, 2.

Поступила 21 сентября 1960 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ВЕСА ПЛОДА ПО СТРОЙКОВОЙ

Доц. В. И. Давыдов

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

Определить вес внутриутробного плода заманчиво при целом ряде акушерских ситуаций (узкий таз, переношенная беременность, предстоящие акушерские операции и т. д.), где необходимо избрать правильный путь родоразрешения с учетом величины и веса плода. В настоящее время в СССР применяется несколько методов: методы Стройковой, Якубовой, Жордания и др. Однако подтверждений ценности этих методов в нашей акушерской литературе еще нет. На юбилейной сессии Свердловского медицинского института сообщалось о практической ценности метода доц. Якубовой. Настоящее же сообщение посвящено методу Стройковой.

Формула Стройковой, как известно, такова:

$$X = \frac{(BM : K) + (OK \times DM)}{2},$$

где X — предполагаемый вес плода в граммах, BM — вес матери в граммах, K — константа, OK — окружность живота в сантиметрах, DM — высота стояния дна матки над лобком в сантиметрах.

Величина константы нарастает вместе с весом роженицы. Так, при весе роженицы до 51 кг она равна 15; 52—53 кг — 16; 54—56 кг — 17; 57—62 кг — 18; 63—65 кг — 19; 66—73 кг — 20; 74—81 кг — 21; 82 и более кг — 22. При вычислении веса плода по формуле обязательно учитываются и доли килограмма (57,3; 74,57 и т. д.).

Например, вес матери (BM) — 63,5 кг; константа K — 19; окружность живота OK — 95 см; высота стояния дна матки — 29 см.

Вес плода:

$$X = \frac{(63500 : 19) + (95 \times 29)}{2} = 3048.$$

В этом примере вес плода при рождении оказался 3050,0. Ошибка в данном случае составила всего 2,0, то есть получилось практически полное совпадение вычисленного по формуле веса внутриутробного плода с фактическим его весом при рождении. Но такое точное совпадение получается очень редко.

На 1000 случаев полное совпадение вычисленного по формуле Стройковой веса плода с фактическим его весом при рождении было в 58 случаях (5,8%). Ошибки до 100,0 были в 178 (17,8%); ошибки до 200,0 — в 205 (20,5%); до 300,0 — 185 (18,5%); до 400,0 — в 122 (12,2%); до 500,0 — в 87 случаях (8,7%). Полагая ошибки до 500,0 не имеющими серьезного значения в прогнозе родов, можно заключить, что метод Стройковой дает удовлетворительные результаты в 83,5%.

Нельзя считать, однако, удовлетворительными те результаты, где ошибки превышают 600,0 и более. Такие ошибки при применении метода Стройковой на нашем материале были отмечены в 165 случаях (16,5%).

Для выявления указанных недостатков метода мы разделили наших родильниц на группы по номерам родов (первые, вторые, третьи и т. д.), как это предложено Якубовой в ее методе. При этом мы получили некоторое различие в частоте совпадений вычисленного по формуле Стройковой веса плода с фактическим в зависимости от номера родов.

Полное совпадение веса внутриутробного плода с фактическим его весом при рождении при первых родах получилось у нас в 7,21%, при вторых — в 4,5%, а при 3 и 4 родах — всего в 2,55%. Разница довольно значительная, и это требует какой-то корреляции по отношению к номеру родов. Возможно, что внесение поправки Якубовой на номер родов в методе Стройковой даст некоторое повышение его точности. Та же закономерность в частоте совпадений вычисленного по Стройковой веса внутриутробного плода с фактическим его весом при рождении выявляется и при учете ошибок до 500,0. При первых родах относительное (до 500,0) совпадение получилось в 85,91%, при вторых — в 82%, и при 3 и 4 родах — в 76,28%. Эти наши данные еще раз говорят о необходимости введения в метод Стройковой какой-то корреляции по отношению к номеру родов.

Что касается ошибок в определении веса внутриутробного плода более чем на 600,0, то при первых родах она выразилась на нашем материале в 14,09%, при вторых — в 18%, а при 3 и 4 родах — в 23,72%. Получается впечатление, что с каждым последующими родами в действие вступает какой-то новый фактор, который заметно снижает точность метода и должен поэтому приниматься во внимание. Возможно, здесь играет роль растяжение стенки живота предшествующими родами, в силу чего дно матки определяется ниже, чем в случае более упругой стенки у первородящих при одной и той же величине плода, возможно и то, что при последующих родах увеличивается емкость полости живота из-за растяжения его стенки предшествующими родами, отчего окружность живота возрастает не за счет величины плода, а из-за меньшего сопротивления брюшной стенки давлению брюшных органов.

Не исключена возможность увеличения окружности живота при последующих родах и за счет отложения жира, количество которого возрастает, хотя это зависит и от многих причин, как, например, от возраста, типа нервной системы женщины, ее телосложения, питания и проч. Учет этих факторов и выявление их значения при определении внутриутробного веса плода позволят в дальнейшем установить соответствующие корреляции, что сделает метод более точным.

Все же метод Стройковой и в настоящем его виде имеет практическое значение и должен шире применяться в акушерстве.

Поступила 7 декабря 1960 г.

О КРИТЕРИЯХ ИЗЛЕЧЕННОСТИ ТРАХОМЫ¹

Канд. мед. наук Е. Д. Эпштейн

Республиканский трахоматозный диспансер Министерства здравоохранения ТАССР (главврач — Ю. П. Прищенко)

В настоящее время, даже при больших общих успехах в борьбе с трахомой, критерии ее излеченности все же имеют большое значение.

Несмотря на кажущуюся простоту, постановка диагноза «трахома IV стадии» иногда встречает затруднения даже у опытных окулистов, а снятие больного с учета является нередко вопросом спорным. Это хорошо подчеркнуто в разделе «О классификации трахомы» Н. М. Павловым, где он говорит, что самое слабое место в классификации трахомы это ее IV стадия.

В диагнозе «излеченная трахома» нет полной ясности потому, что такие больные не гарантированы от рецидива заболевания, а тем самым — не может быть гарантирована безопасность и окружающих их лиц. И действительно, на практике у больных трахомой IV стадии, получающих противорецидивное лечение, а также у больных, снятых с учета, встречаются рецидивы заболевания. Многие окулисты считают, что при излеченной трахоме рецидивов быть не должно, а если рецидив наступает, значит трахома была не излечена или же возникло вторичное заражение.

В связи с этим К. И. Цыкуленко выдвигает такое положение, что установленный срок противорецидивного лечения следует считать условным, со снятием с учета спешить нельзя, а необходимо наблюдать больных систематически неопределенное время.

Казанский научно-исследовательский трахоматозный институт (ныне Республиканский трахоматозный диспансер) особенно в последние годы изучает критерии излеченности трахомы.

Так, в 1955 г. Л. В. Колсанова и М. М. Зубаиров провели наблюдения над 306 излеченными от трахомы больными. Из них 206 находились на противорецидивном лечении, 82 были сняты с учета от 1 до 5 и свыше лет тому назад и 18 чел. были спонтанно излеченной трахомой. Авторы фиксируют внимание на том, что, несмотря на длительные сроки после излечения, биомикроскопически у ряда больных можно было видеть в роговице истонченные, облитерированные и, наряду с ними, наполненные кровью сосуды. Особенно часто эти изменения встречались в период противорецидивного лечения, что авторы связывают с раздражающим действием лекарств. Так как среди наблюдаемых больных не было рецидивов заболевания, авторы приходят к выводу, что оставшиеся сосуды в роговице не противоречат диагнозу «трахомы IV».

Как обстоит дело с диагнозом трахомы IV стадии в наших районах? Мои наблюдения в 4 районах ТАССР и отчеты других врачей нашего диспансера, сотрудников кафедр Казанского медицинского института и ГИДУВа, также выезжавших в районы по борьбе с трахомой, показывают следующее:

В 1958 г. из контрольно осмотренных нами 5537 больных трахомой IV стадии, находящихся на противорецидивном лечении, преждевременно переведенных, причисленных к этой стадии оказалось 10%. Из 2246 больных трахомой, снятых с учета, как оздоровленных, рецидивы заболевания выявлены у 241 (9,1%).

В 1959 г. из 2892 больных, получавших противорецидивное лечение, недолеченная трахома выявлена у 513 (17,7%). Из 2664 ранее излеченных и снятых с учета с IV стадией рецидивы заболевания обнаружены у 272 (10%).

Аналогичное соотношение между количеством больных, преждевременно отнесенных к IV стадии трахомы, и количеством рецидивов заболевания имеется и по некоторым другим районам ТАССР. Так, в Дрожжановском районе 12:9, в Больше-Тарханском 19:10 и т. д.

В чем выражался рецидив заболевания?

В большинстве случаев обнаружилась остаточная инфильтрация в области конъюнктивы нижних, реже — верхних век, в области полулунной складки и слезного мясца. В отдельных случаях встречались единичные фолликулы, иногда в грибовидных утолщениях конъюнктивы нижних век. В этих утолщениях, остающихся в результате грубых экспрессий, могла оставаться замурованной инфильтрация, которая при неблагоприятных условиях давала рецидивы болезни.

У некоторых при законченном рубцовом процессе в конъюнктиве имелся активный паннус, или гнойный дакриоцистит.

Как следовало полагать (и что подтвердилось в беседах с больными), по установлении диагноза трахомы IV стадии больные считают себя уже вполне здоровыми и не стремятся получать аккуратно противорецидивное лечение; одновременно ослабевает контроль и со стороны медицинских работников за систематическим посещением больными амбулатории.

Из приведенных данных явствует, что критерий излеченности трахомы в наших районах не находится на должной высоте, а процент зарегистрированных рецидивов

¹ Доложено на заседании офтальмологического общества ТАССР 12/III-59 г.