

Ограниченный материал по исследованию дезоксирибонуклеазной активности стрептококков не позволяет нам сделать категорических выводов. Но создается впечатление о более высокой дезоксирибонуклеазной активности стрептококков, выделенных из патологических очагов, по сравнению с соответствующими данными, полученными в контрольной группе.

Таким образом, при более детальном изучении микрофлоры гангренозной пульпы карioзных молочных зубов и патологически измененных миндалин выявлено, что по сравнению с контрольной группой происходит сдвиг в сторону резкого увеличения гемолитических стрептококков. Патогенные свойства стрептококков гангренозной пульпы и патологически измененных миндалин более выражены, чем у стрептококков, выделенных от здоровых детей, что является показателем опасности этих инфекционных очагов для здоровья детей.

ВЫВОДЫ

1. В микрофлоре поверхности интактных молочных зубов и поверхности неизмененных миндалин преобладающим микробным видом являются стрептококки, главным образом зеленые, на втором месте стоят стафилококки.

2. В микрофлоре гангренозной пульпы карioзных молочных зубов и патологически измененных миндалин преобладающим видом являются также стрептококки, но в отличие от контрольной группы — гемолитические, на втором месте стоят стафилококки. Общее количество их по сравнению с контролем уменьшается, но увеличивается количество гемолитических стафилококков.

3. На поверхности интактных молочных зубов отсутствуют штаммы гиалуронидазоактивных стрептококков, а на поверхности здоровых миндалин они встречаются только в единичных случаях.

4. В гангренозной пульпе более половины, а в патологически измененных миндалинах около 40% изученных штаммов стрептококков обладают гиалуронидазной активностью.

5. Между микрофлорой здоровых зубов и миндалин нет существенной разницы, отсутствует существенная разница и в микрофлоре пораженных зубов и пораженных миндалин, что свидетельствует о возможности миграции микрофлоры из зубов в миндалины, как и наоборот. Из этого вытекает необходимость комплексировать стоматологические и оториноларингологические лечебно-профилактические мероприятия.

6. Наряду с профилактикой карioзной болезни (витаминизация, фторирование воды) и пломбированием карioзных зубов необходимо удаление гангренозных молочных зубов, как и лечение миндалин, для предупреждения заболеваний, связанных с инфицированием за счет микрофлоры пораженных зубов и миндалин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашмарин И. И. Краткое руководство по практической медицинской микробиологии. Госмедиздат УзССР, Ташкент, 1961.
2. Выгодчиков Г. В., Равич-Биргер Е. Д. В кн. «Микробиологические методы исследования при инфекционных заболеваниях». Медгиз, М., 1949.
3. Иоффе В. И. Иммунология ревматизма, Медгиз, М., 1962.
4. Смирнова Л. Г. Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1951, 10.
5. Lascowski M., Seidel M. K. Archives of Biochemistry, 1945, 3.

Поступила 5 июня 1964 г.

МАТЕРИАЛЫ О КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Доц. В. И. Давыдов

Родильный дом Уральского завода тяжелого машиностроения г. Свердловска
(главрач — М. С. Балаганова)

За 1957—1961 гг. в роддоме УЗТМ родоразрешилось 15 430 женщин, из которых у 148 (0,95%) была произведена операция кесарева сечения. По данным советских акушеров, частота применения операции кесарева сечения колеблется в последние годы от 0,75 до 2,8% всех родов (А. И. Бурханов), причем у большинства она составляет менее 1%. У зарубежных акушеров частота кесарева сечения значительно выше: от 3,1% (K. W. Schultze) до 10% (A. Webster). Столь высокий процент кесарских сечений у зарубежных акушеров даже по их признанию (Webster и др.) является неоправданным. Мы со своей стороны к этому соображению Webster добавляем, что оно еще и вредно по целому ряду соображений.

К вдумчивому, сугубо обоснованному подходу к операции кесарева сечения обязывает то обстоятельство, что она производится, по нашим данным, в подавляющем большинстве (66,21%) у женщин молодого возраста (до 30 лет).

Кроме того, операция эта производится, главным образом, при первых и вторых родах, т. е. тогда, когда снижение чадородной функции у женщины особенно нежелательно.

За последнее десятилетие за рубежом отмечается не только резкое расширение показаний к операции кесарева сечения, но и их изменение в том смысле, что снижаются показания со стороны таза матери и повышаются со стороны плода.

У нас показаниями к операции кесарева сечения служили: клинически и анатомически узкий таз (у 45 женщин — 30,35%), предлежание последа (у 17 — 11,48%), преждевременная отслойка плаценты (у 15 — 10,05%), неправильное вставление головки плода (у 16 — 10,68%), повторное кесарево сечение (у 24 — 16,02%), заболевания сердечно-сосудистой системы (у 10 — 6,70%), угрожающий разрыв матки (у 5 — 3,35%), крупный плод (у 4 — 2,67%), слабость родовой деятельности (у 4 — 2,67%), туберкулез легких в фазе распада (у 1 — 0,67%), двойная матка (у 1 — 0,67%), заболевания глаз (у 1 — 0,67%), неплодная брюшина (у 1 — 0,67%). Пять первородящих женщин (3,35%) были пожилого возраста.

По мнению других советских акушеров, узкий таз среди показаний к кесареву сечению стоит также на первом месте, но занимает значительно больший удельный вес — от 41,02% (М. М. Гинсбург и А. И. Николаева) до 56,4% (К. Н. Жмакин).

У зарубежных авторов показания к кесареву сечению со стороны таза значительно снижены — до 12,7—20,1%. Даже наши данные (30,35%) по сравнению с удельным весом узкого таза в показаниях к кесареву сечению у зарубежных авторов выглядят довольно значительными. Зато у зарубежных авторов по сравнению с нашими очень высок процент операции кесарева сечения у первородящих пожилого возраста (10,5%) и при слабости родовой деятельности (30,2%).

За последнее десятилетие зарубежные акушеры стали широко прибегать к операции кесарева сечения по показаниям со стороны плода. На нашем материале асфиксия плода как показание к операции кесарева сечения не фигурировала ни разу.

Частота повторного кесарева сечения особенно широко варьирует как у отечественных, так и у зарубежных акушеров.

Так, Н. К. Жмакин, М. Н. Волков и М. М. Репина применили повторно кесарево сечение в 7,5% всех кесаревых сечений, А. И. Бурханов — в 12,6%, А. В. Ланковиц — в 13,6%, Е. Н. Стафеева — в 17%, П. В. Маненков и Н. И. Фролова — в 18,14%, Л. С. Персианинов — в 33,3%, по нашим данным — в 16,02%. У зарубежных акушеров частота повторных кесаревых сечений значительно выше — от 32,5% (К. Hohnbein) до 59,9% (Hollstein) по отношению ко всем операциям кесарева сечения. Как видно, советские акушеры прибегают к повторному кесареву сечению значительно реже, чем зарубежные. Мы придерживаемся той точки зрения, что перенесенное ранее кесарево сечение само по себе не является показанием к повторному кесареву сечению.

При анализе нашего материала выявилась одна особенность, на которую мы в просмотренной нами литературе не нашли указаний. Оказалось, что операция кесарева сечения производилась преимущественно женщинам малого роста, высокие женщины составляли очень малый процент. Всего женщин малого роста (до 155 см) было 93 (62,83%), среднего роста (155—165 см) — 36 (24,32%) и высокого (выше 165 см) — 3 (2,03%). И у 16 женщин (10,82%) рост не был указан. Таким образом, малый рост женщины делает ее как бы кандидаткой на операцию кесарева сечения. Факт этот необходимо проверить на достаточно большом материале, чтобы при подтверждении сделать из него практические выводы.

Как отечественные, так и зарубежные акушеры применяют разные методы оперирования при различных акушерских ситуациях.

Министерством здравоохранения СССР рекомендован (1950) метод Л. А. Гусак-ова как наиболее совершенный метод абдоминального родоразрешения при всех обстоятельствах, особенно при отошедших водах. Наиболее широко этот метод применяется в Ленинграде — 93,4% (М. М. Гинсбург и А. И. Николаева). Другие авторы этот метод применяют несколько реже — 87% (П. А. Белошапко). Такая же картина наблюдается и у зарубежных авторов в частоте оперирования в нижнем сегменте — от 51,4% (Williams) до 97,3% (Бхумик).

По нашему мнению, любой метод операции имеет свои преимущества и свои недостатки, поэтому все они имеют право на существование. При выборе метода операции необходимо учитывать характер патологии, ведущей к операции, состояние родовых путей перед операцией, квалификацию хирурга, состояние брюшной полости и соседних органов, всей акушерской ситуации и т. п. Вот почему, нам кажется, надо считать неправильным, а в некоторых случаях и вредным, кесарево сечение, производимое по какому-нибудь одному методу, хотя бы и рекомендованному солидными авторитетами и учреждениями.

Кесарево сечение с попутной стерилизацией было сделано в 15,5% всех операций.

Под общим эфирным наркозом было произведено 56 (37,84%) операций, под местной инфльтрационной анестезией 26 (17,57%) и под проводниковой — 66 (44,59%). Каких-либо осложнений, связанных с видом обезболивания, у нас не наблюдалось.

Мы придерживаемся мнения, что вид обезболивания диктуется главным образом акушерской ситуацией и мастерством врачей. Поэтому не следует во что бы то ни стало применять только какой-либо один вид обезболивания у всех женщин без исключения. При этом должны соблюдаться интересы больной.

При целых водах было произведено 67 (45,27%) операций, при отошедших до 6 часов перед операцией у 27 (18,29%), до 12 час. — у 23 (15,55%), до 18 час. — у 15 (10,05%), до 24 час. — у 7 (4,75%) и более 24 час. — у 9 (60,9%) женщин. Более чем у 50% операции производились при не совсем благоприятных условиях.

Известно, чем быстрее идет операция, тем лучше для больной. У нас продолжительность операции до 30 мин была у 1 (0,67%), до 40 — у 5 (3,35%), до 50 — у 17 (11,49%), до часа — у 38 (25,70%), до 75 мин — у 27 (18,25%), до 90 мин — у 20 (13,52%), до 1¼ часа — у 8 (5,40%), до 2 час. — у 6 (4,06%), более 2 час. — у 3 (2,03%) и у 23 женщин (15,53%) продолжительность операции не была указана.

До операции кесарева сечения были попытки родоразрешения путем наложения щипцов по Иванову — Гаусу у 13 (8,80%), операцией кольпеллеиза — у 7 (4,74%), операцией метрейзиса — у 6 (4,05%), операцией метрейзиса с последующим наложением щипцов по Иванову — Гаусу — у 5 женщин (3,35%). Кроме того, у 25 женщин (16,89%) было произведено переливание крови и у 1 (0,67%) — вливание полиглюкина. У 91 женщины (61,50%) не было каких-либо вмешательств до операции кесарева сечения.

Значительная кровопотеря при операции отрицательно сказывается на течении послеоперационного периода. В наших наблюдениях кровопотеря до 100 мл была у 3 (2,03%), до 200 мл — у 37 (25,83%), до 300 мл — у 39 (26,41%), до 400 мл — у 17 (11,49%), до 500 мл — у 14 (9,46%), до 600 мл — у 10 (6,70%), до 700 мл — у 5 (3,35%), от 701 до 1000 мл — у 6 (4,05%) и более 1000 мл — у 6 (4,05%) и у 11 женщин (7,43%) кровопотеря не измерена.

Как видно, кесарево сечение — не бескровная операция. Поэтому переливание крови перед операцией является в показанных случаях необходимым, а оперирование без предварительного переливания крови — опасным и рискованным.

Исход операции кесарева сечения для плода зависит от степени его доношенности и от его состояния перед операцией. Наши новорожденные имели следующий вес: 15 (10,05%) до 2500,0 20 (13,52%) — до 3000,0 53 (35,81%) — до 3500,0, 32 (26,36%) — до 4000,0, 25 (16,89%) — до 5000,0 и 5000,0 и более — 3 (2,03%).

Состояние плодов до операции было нормальным — у 131 (88,51%); асфиксия была у 6 (4,06%) и мертвыми были 11 (7,43%) плодов.

Выписаны живыми 131 ребенок (88,51%), родилось мертвыми 13 (8,78%) и умерло в стационаре 4 (2,71%) ребенка. Таким образом, ранняя детская смертность была у 4 (2,71%), мертворождаемость — у 13 (8,78%), перинатальная детская смертность — у 17 (11,49%).

Умерло 2 женщины (летальность — 1,35%).

Материнская летальность по П. А. Белошапко — 0,66%, М. М. Гинсбург — 0,77%, Стафеевой — 1,1%, Ланковиц — 1,3%, Н. К. Жмакину — 2,4%, В. П. Вейс — 3,6%, Юрьеву — 3,8%, Гуртовому — 5,3%.

У зарубежных авторов летальность матерей колеблется от 0 (R. Hollstein) до 6,6% (H. Finkbeiner).

Детская перинатальная смертность по данным Бурханова — 4,8%, Гуровской — 6%, Стафеевой — 6,05%, Ланковиц — 8,5%, Полонскому и Ильиной — 14%, Гуртовому и Сизовой — 14,4% и по нашим данным — 11,49%.

У зарубежных авторов перинатальная детская смертность по K. Hollstein — 5,9%, Schrader — 6,72%, I. Raics — 7,14%, I. Weilenmann — 8,29%, D. Schultze — 8,7%, N. K. Allabadia — 9,5%, K. W. Schultze — 11,6%, Finkbeiner — 12,87%.

ВЫВОДЫ

1. Чрезмерное расширение показаний к операции кесарева сечения, как это делают зарубежные авторы, надо считать неоправданным и вредным.

2. Частота кесаревых сечений в современных условиях не должна превышать 1—1,5% в роддомах первой категории и акушерских клиниках, если они обслуживают один какой-либо район города; в научно-исследовательских институтах и акушерских клиниках, обслуживающих город и область, может быть несколько выше в зависимости от организации родовспоможения области.

3. Надо считать неоправданным расширение показаний к кесаревому сечению со стороны плода, так как это расширение не дает снижения перинатальной детской смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурханов А. И. Акуш. и гинек. 1957, 4; там же. 1958, 5. — 2. Вейс В. П. Там же. 1952, 3. — 3. Гинсбург М. М., Николаева А. И. Там же. 1961, 3. — 4. Гуровская Т. М. Там же. 1963, 1. — 5. Гуртовой Л. Е., Сизова В. Н. Там же. 1954, 5. — 6. Жмакин К. Н., Волков Я. Н., Репина М. М. Там же.

- 1952, 3. — 7. Ильин И. В. Автореф. канд. дисс. Минск, 1958. — 8. Ланковиц А. В. Вопр. охр. мат. и дет. т. 8, 1963, 7. — 9. Маненков П. В., Фролова Н. И. Акуш. и гинек., 1958, 6. — 10. Персианинов Л. С. Там же. 1956, 4. — 11. Полонский Я. Н., Ильина Н. В. Там же. 1956, 4. — 12. Стафеева Е. Н. Вопр. охр. мат. и дет. т. 8, 1963, 7. — 13. Туганова А. М. Акуш. и гинек. 1956, 4. — 14. Юрьева Л. В. Там же. 1956, 4. — 15. Schultze K. W. Geburtsh. u. Frauenheilk., 1959, 8. — 16. Burchardt E., Schut D. Geburtsh. gynäk., 1962, 158, 1. — 17. Cimellaro M., Tietropolo F. Clin. obstet. gynec. 1961, 63, 3. — 18. Pericone G., Marino B. Minerva gynec. 1963, 15, 2. — 19. Webster A. West. J. Surg. 1961, 69, 4. — 20. Dörr H., Walter E. Zbl. Gynäk. 1963, 39, 23. — 21. Wimhofer H., Bach H. G. Deutsche med. 1956, 38. — 22. Kivikoski A., Rauramo L. Ann. chir. gynec. Fenn. 1963, 52, 1. — 23. Wendl H. K. Zbl. gynäk. 1961, 27. — 24. Kalkschmid W. Wien. klin. Wschr. 1961, 35. — 25. Kostic P. Arch. Gynäk. 1963, 198. — 26. Varga P. Arch. Gynäk. 1963, 198. — 27. Dumaulin J. G. J. Obst. gynaecol. Brit. Empire. 1957, 64, 1. — 28. Hohlbein R. Zbl. gynäk. 1961, 20. — 29. Schrader K. M. Deutsche gesundheitswesen. 1960, 6, 277. — 30. Maggiora-Vergano T. Minerva gynec. 1963, 18. — 31. Raics J. Dtsch. gesundh. wes. 1961, 48. — 32. Warm B. Zbl. Gynäk. 1963, 13. — 33. Allobadia N. K. Amer. J. Obstet. gynec. 1963, 2. — 34. Bach H. G., Zeilinger J. Geburtsh. u. Frauenheilk. 1963, 5. — 35. Hollstein K. Landarzt. 1962, 5. — 36. Finkbeiner H. Geburtsh. u. Frauenh., 1957, 3. — 37. Weilenmann J. Gynaecol. 1956, 142, 6.

Поступила 13 мая 1964 г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОРПОРАЛЬНОГО И ПЕРЕШЕЕЧНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Доц. А. С. Слепых

Кафедра акушерства и гинекологии Алтайского медицинского института (научн. руковод. — член-корреспондент АМН СССР проф. Л. С. Персианинов)

Из употреблявшихся ранее многочисленных методик абдоминального родоразрешения в настоящее время применяются в основном только кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с поперечным или продольным его разрезом, а также корпоральное с продольным разрезом передней стенки тела матки.

Многолетний опыт родовспомогательных учреждений как в нашей стране, так и за рубежом показал значительные преимущества перешеечного кесарева сечения, и оно во многих местах почти целиком вытеснило корпоральное. Несмотря на это, ряд акушеров еще выступает с утверждением, что отрицательное отношение к корпоральному кесареву сечению необоснованно и последнее не лишено многих достоинств (Л. Е. Гуртовой и В. И. Сизова, А. В. Ланковиц, А. А. Коган, F. H. Falls).

Для сравнительного анализа результатов обоих методов хирургического родоразрешения мы использовали собственный материал, охватывающий 1160 операций кесарева сечения, а также все опубликованные за последние полтора десятилетия работы отечественных и некоторых зарубежных авторов. Кроме того, нами обследовано 265 женщин, перенесших 1—4 года назад брюшнотеночное родоразрешение.

В нашей стране, как и многие годы тому назад, корпоральное кесарево сечение является наиболее распространенным методом абдоминального родоразрешения. Из 8435 операций кесарева сечения в 53% применялось корпоральное и в 47% — перешеечное. Если же исключить из этой статистики данные гг. Москвы и Ленинграда, то удельный вес кесарева сечения в нижнем сегменте матки составит всего 35,7%.

При анализе 35 057 операций кесарева сечения, произведенных за это же десятилетие в ряде зарубежных стран (38 авторов), выяснилось, что в 77,6% случаев хирургическое родоразрешение производилось путем кесарева сечения в нижнем сегменте матки, в 17,5% — путем корпорального.

Сравнение ближайших и отдаленных результатов перешеечного и корпорального кесарева сечения не в пользу последнего.

Материнская летальность при корпоральном значительно выше, чем при перешеечном. С. М. Маршалл, анализируя результаты кесарева сечения по 16 клиникам Англии за 1943—1947 гг., показал, что на 5851 операцию в нижнем маточном сегменте материнская летальность была равна 0,6%, а на 1734 корпоральных — 2,19%. В группе узких тазов при производстве операции до родов материнская летальность была равна 0,13% при перешеечном и 0,35% при корпоральном кесаревом сечении, при производстве же операции во время родов соответственно 0,89% и 3,4%.

Сходные результаты получены при сравнении обоих методов на нашем материале. Общая материнская летальность составила на 815 корпоральных операций 1,1% (редуцированная — 0,82%) и на 345 перешеечных — 0,57% (редуцированная — 0,28%).