

При сходящемся косоглазии свыше 25° операция может быть проведена одновременно на обоих глазах. Начинать удобнее с косящего глаза. В процессе операции легко исправить гипозэффект дополнительной подсепаровкой склерального лоскута то на одном, то на другом глазу.

К настоящему времени нами проведено 42 операции теносклеропластики, из них 36 в I варианте и 6 во II. Первый вариант более прост по технике и легко выполним, второй несколько сложнее технически, наблюдений по нему еще мало, но он подкупает бережным отношением к мышце, а также большими возможностями дозирования.

Оперированные больные были в возрасте от 5 до 49 лет. После операции правильное положение глаз и остаточная девиация до 5° получены у 32 больных, гипозэффект (до 10°) наблюдался у 10 больных. Отдаленные результаты операции прослежены пока у 20 чел. (в течение 3—9 мес.). Они оказались стойкими.

Дети до и после хирургического вмешательства во всех необходимых случаях подвергались ортоптическому лечению.

Каких-либо осложнений, связанных с выкраиванием лоскута из склеры, мы не наблюдали.

Выписка больных из стационара происходила в обычные сроки.

УДК 618.52—618.5—089.888.61

БЛИЖАЙШИЕ ИСХОДЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ, ПРОИЗВЕДЕННОГО ПО ПОВОДУ УЗКОГО ТАЗА

Р. М. Якупова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.—проф. Р. Г. Бакиева) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Частота операций кесарева сечения, произведенных по поводу узкого таза, по данным различных авторов весьма вариабельна. По Францу, И. А. Покровскому, она производится в 24,6—21,4% узких тазов, тогда как по А. Ф. Пальмову, А. Проняевой, В. Штеккелю — у 4,8—1,2% всех рожениц с узким тазом.

Мы проанализировали исходы 562 родов у женщин с анатомическим сужением таза по материалам Республиканской клинической больницы (РКБ) за 11 лет (1949—1959 гг.) и родильного дома № 5 г. Казани за 2 года (1968—1969 гг.). У 113 из этих женщин (20,1%) роды закончились кесаревым сечением, в том числе по данным РКБ — у 100 из 441 женщины с узким тазом (22,7%), по данным родильного дома № 5 — у 13 из 121 (10,7%). Разница в частоте операций при узком тазе в указанных двух учреждениях объясняется тем, что в РКБ поступают женщины из районов Татарской республики, с более выраженной степенью сужения таза и отягощенным акушерским анамнезом.

Среди 113 женщин, подвергшихся кесареву сечению, в возрасте 21—25 лет было 13 (11,5%), 26—30 лет — 46 (10,7%), 31—35 лет — 26 (23%), 35—40 лет — 18 (15,9%) и старше — 10 (8,9%). Данные о форме и степени сужения таза по И. И. Яковлеву приведены в табл. 1.

У 100 повторнородящих в анамнезе отмечено 250 родов, причем у 60 женщин роды заканчивались кесаревым сечением: у 54 — по 1 разу и у 6 — по 2 раза (всего 66 кесаревых сечений). Из 66 детей 3 умерли в роддоме. У 1 женщины наступили спонтанные роды после кесарева сечения при сужении таза I ст., вес плода 3300 г. Роды через естественные родовые пути произошли 184 раза, из них 1 раз был осуществлен классический акушерский поворот при поперечном положении плода, при 12 родах наложены акушерские щипцы в связи со вторичной слабостью родовой деятельности, при 8 родах проведена краниотомия, при 3 — декапитация, у 3 женщины произошел разрыв матки.

Особенно неблагоприятным оказался прогноз для плодов и новорожденных. Перинатальная смертность по анамнестическим данным при 184 родах составила 116 (63%), в том числе мертворожденных было 95 (51,6%), умерших в родильном доме в первые сутки — 21 (11,4%).

Данная беременность и роды имели также ряд осложнений. Токсикозы первой половины беременности наблюдались у 14 женщин (12,4%), второй половины — у 15 (13,3%), в том числе у 1 была эклампсия. Переносная беременность была у 4 женщин, недоношенная — у 3. По одному разу отмечены следующие осложнения: рак шейки матки, боковое предлежание плаценты с сильным кровотечением; преждевре-

Таблица 1

Анатомическая характеристика таза	Число женщин	I ст. — 10—9 см	II ст. — 9—8 см	III ст. — 8—7 см	IV ст. — 7 см и ниже
Общеравномерно суженный таз	53	38	11	4	—
Просто плоский	20	16	4	—	—
Плоскорихитический	33	6	20	6	1
Общесуженный плоский	4	2	2	—	—
Прочие:					
а) воронкообразный	1	1	—	—	—
б) анкилоз крестцово-копчикового сочленения	1	1	—	—	—
в) врожденный вывих тазобедренного сустава	1	1	—	—	—
Всего	113 (100%)	65 57,5%	37 32,7%	10 8,9%	1 0,9%

менная частичная отслойка плаценты, расположенной на нормальном месте; кровонзлияние в субарахноидальное пространство. Таким образом, из 113 женщин этой группы у 8 была также другая акушерская и экстрагенитальная патология, но они взяты в разработку в связи с тем, что узкий таз являлся одним из показаний к кесареву сечению.

Из 60 женщин с рубцом на матке у 21 отмечены изменения со стороны рубца (у 3 — начинающийся разрыв по рубцу, у 11 — угроза разрыва матки и у 7 — истончение рубца).

В родах наблюдались следующие осложнения: угроза разрыва матки — у 3 рожениц, несоответствие между размерами головки плода и таза матери — у 23 (из них задний асинклитизм — у 9, передний — у 2, задний вид лицевого предлежания — у 1, высокое прямое стояние головки — у 1), выпадение пуповины у роженицы с отягощенным акушерским анамнезом — 1 раз (операция производилась при открытии на 2,5—3 поперечных пальца); угроза внутриутробной асфиксии плода и упорная слабость родовых сил — 1 раз, ригидность зева при бурной родовой деятельности — 1 раз (произведены насечки, затем кесарево сечение); слабость родовых сил была у 10 рожениц.

Головное предлежание плода было у 107 (94,7%) женщин, тазовое — у 3 (2,65%), поперечное положение — у 3 (2,65%). При головном предлежании 5 раз (4,4%) встретилось лобное предлежание и по 1 разу задний вид лицевого предлежания и высокое прямое стояние.

До начала родовой деятельности в плановом порядке произведено 43 операции (38%), в том числе у 2 первородящих в возрасте старше 30 лет. В родах оперировано 70 (62%) рожениц; в I периоде родов операция произведена в плановом порядке до полного открытия (рубец на матке, отягощенный акушерский анамнез, сочетание с другой акушерской и экстрагенитальной патологией) у 51 женщины, во II периоде родов — у 19. Продолжительность второго периода была от 1 до 4 часов.

У 46 (30,7%) рожениц роды продолжались до 12 часов, у 14 (12,4%) — с 13 до 24 часов и у 10 (8,8%) — свыше 24 часов.

При целых водах кесарево сечение было произведено у 69 (61,1%) женщин, при отошедших водах — у 44 (38,9%), в том числе до 6 часов после отхождения вод — у 32, до 12 часов — у 3, до суток — у 8 и свыше суток — у 1. Под местной инфльтрационной анестезией по А. В. Вишневскому произведено 105 операций, под общим эфирномасочным наркозом — 8. Осложнений от обезболивания не наблюдалось.

Что касается течения послеоперационного периода, то наши данные заметно отличаются от показателей ряда отечественных авторов. Так, на 7277 кесаревых сечений (суммированные сведения 25 отечественных авторов по А. С. Слепых) послеоперационные осложнения возникли в среднем в 30,9% (от 2,4 до 60%). На нашем материале на 113 кесаревых сечений установлено 64 осложнения (56,6%). Следует отметить, что у нас не было случаев материнской летальности, сепсиса, перитонита (табл. 2).

Прямой зависимости частоты осложнений после операции от продолжительности родов и безводного периода мы не установили, что можно объяснить малым числом таких наблюдений.

Исход для новорожденных на нашем материале оказался благоприятным. При 113 операциях извлечено 113 живых детей. Средний вес детей по степеням сужения и количеству операций отражен в табл. 3.

Средний вес новорожденных от женщин с I ст. сужения значительно выше, чем при II и III ст. Этот показатель уменьшается при повторном производстве операции.

Из 113 новорожденных родились в асфиксии 22 (19,5%). По степеням тяжести I ст. асфиксии была у 17 новорожденных, II ст. — у 3 и III ст. — у 2. Все дети оживлены. У 17 детей признаки асфиксии исчезли на 3-й день, у 5 — на 5-й. Все дети выписаны в хорошем состоянии.

Осложнения после кесарева сечения

Послеоперационные осложнения	По данным А. С. Слепых		По нашим данным	
	на 800 операций (корпор. к. с.)		на 113 операций (5 в нижнем сегменте)	
	количество осложне- ний	%	количество осложне- ний	%
Лихорадящее течение послеоперационного периода	372	46,5	16	14,2
Осложнения со стороны послеоперационного шва	83	10,5	13	11,5
В том числе эвентерация	4	0,5	1	0,9
Осложнения со стороны гениталий воспали- тельного характера	51	6,4	12	10,6
Генерализованная инфекция	21	2,6	1	0,9
В том числе: тромбофлебиты	12	1,5	1	0,9
перитонит	3	0,37	—	—
сепсис	6	0,74	—	—
Осложнения со стороны кишечника (парез, илеус)	6	0,74	3	2,7
Осложнения со стороны мочевой системы воспалительного характера	6	0,74	2	1,8
Прочие	72	8,7	17	11,5
В том числе пневмонии			13	11,5
Итого	611	76,4	64	56,6

Таблица 3

Средний вес (в граммах) и окружность головки (в сантиметрах)
новорожденных от матерей, перенесших кесарево сечение

Первое кесарево сечение											
I ст. сужения			II ст. сужения			III ст. сужения			IV ст. сужения		
средняя ок- ружность головки	средний вес плода	число наблю- дений	средняя ок- ружность головки	средний вес плода	число наблю- дений	средняя ок- ружность головки	средний вес плода	число наблю- дений	средняя ок- ружность головки	средний вес плода	число наблюдений
36,7	3490	31	36,2	3320	15	35,7	3110	7	—	—	—
Повторное кесарево сечение											
36,5	3340	34	36	3280	22	34,3	3100	3	33	2500	1

С внутричерепной травмой извлечено 5 детей, из них 2 умерли (один через 13 часов, второй на 3-и сутки), один переведен в детское отделение с явлениями паралича конечностей, двое выписаны с клиническим излечением.

Кефалогематома отмечена у 3 детей, у 1 было вдавление костей черепа. Таким образом, исход для детей по нашим наблюдениям более благоприятный, чем у ряда отечественных авторов.

Мертворождаемости не было, постнатальная смертность равна 1,7%. Некоторые авторы указывают на более частое возникновение у детей, извлеченных путем кесарева сечения, различных инфекционных заболеваний (гноиничковые, пневмонии и др.). На нашем материале гноиничковые заболевания встретились в 27,8%, бронхопневмонии — в 18,8%, внутричерепные кровоизлияния — в 18,8%.

При анализе историй родов установлено, что кесарево сечение было показано у всех женщин с узким тазом. Лишь в отдельных случаях можно отметить некоторую успешность в решении вопроса о несоответствии между размерами таза и подлежащей частью и, наоборот, излишний консерватизм, в результате чего 5 новорожденных извлечены с внутрочерепной травмой, из которых 2 умерли, а 1 переведен в детское отделение с явлениями паралича конечностей.

Значительное ограничение воспроизводительной функции у женщин, перенесших кесарево сечение по поводу узкого таза, а также литературные данные о неблагоприятных ближайших и отдаленных результатах операции заставляют ставить вопрос о пересмотре ведения родов при сужении таза I ст., которое практически чаще всего и встречается.

Нами по предложению кафедры акушерства и гинекологии КГМИ № 1 накоплены клинические наблюдения по вызыванию родов через естественные родовые пути у женщин с сужением таза I ст. при сроке беременности 37—39 недель. Учет предполагаемого веса плода и тщательное изучение размеров таза позволяют успешно решить этот вопрос и избежать травматической операции у многих женщин с относительно узким тазом.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее частой формой сужения таза является общеравномерно суженный таз (I ст. сужения).

2. Высок процент осложнений (56,6%) после кесарева сечения.

3. Прогноз для новорожденного при родоразрешении женщины с узким тазом путем кесарева сечения благоприятен (перинатальная смертность составила 1,7%). Однако довольно высокий процент асфиксий (19,5) и родового травматизма (4,4) требуют тщательного клинического наблюдения за состоянием новорожденного в родах и своевременного решения вопроса об оперативном родоразрешении.

4. Резкое уменьшение воспроизводительной функции у женщин с узким тазом, родоразрешенных кесаревым сечением, и неблагоприятные ближайшие и отдаленные последствия этой операции требуют пересмотра ведения родов при сужении таза I ст.

УДК 616.981.42:636.2—616.61

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТАБОРТНОЙ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Т. А. Кувалкина

Гинекологическое отделение (зав.—Т. А. Кувалкина) 2-й городской больницы г. Оренбурга (главрач—Е. С. Пугачева) и кафедра акушерства и гинекологии (зав.—доц. Я. Е. Кривицкий) Оренбургского медицинского института

Внебольничные аборты во многих случаях сопровождаются различными осложнениями, которые приводят не только к длительной нетрудоспособности, но нередко и к смерти. Наиболее частая причина смерти — сепсис, вызывающий острую почечную недостаточность. Острая почечная недостаточность — тяжелое заболевание, в возникновении которого главенствующую роль играет бактериальный шок. Присоединившееся кровотечение, интоксикация продуктами распада усугубляют острую сосудистую недостаточность с гипотензией, которая приводит к нарушению кровообращения в почках, следствием чего и является острая почечная недостаточность.

Смертность при послеабортной острой почечной недостаточности очень высока. По литературным данным (цитируется по С. Д. Голигорскому), до применения аппарата «искусственная почка» погибало 74% больных с постабортной острой почечной недостаточностью. В настоящее время смертность снизилась до 25—50% (В. К. Пророкова и Л. И. Аккерман, 1970).

По материалам 2-й городской больницы г. Оренбурга за последние 5 лет смертность при постабортной острой почечной недостаточности составляет 37%.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных с постабортным сепсисом, осложненным острой почечной недостаточностью. В возрасте до 20 лет было 2 женщины, от 21 года до 40 лет — 24 и старше — 1.

Беременность до 12 недель была у 21 женщины, свыше 12 недель — у 6.

Для прерывания беременности 14 женщин вводили в полость матки катетер, проволоку, гусиное перо, 8 — растворы мыла, марганцовокислого калия или водку. 5 женщин принимали различные медикаментозные средства — синестрол, пахикарпин, хинин и др.