Проведены следующие виды операции: дезинвагинация — у 35 больных, дезинвагинация и аппендэктомия — у 38, резекция кишечника — у 27. О жизнеспособности кишечника мы могли судить только после дезинвагинации и согревания кишечника. Червеобразный отросток удаляли в тех случаях, если он был взъелен в инвагинат или если обнаруживались вторичные изменения в виде отечности, кровоизлияния. Выявленные дивертикулы Меккеля резецировали только при вовлечении их в инвагинат или воспалении. При резекции кишечника применяли следующие виды анастомозов: конец в конец — у 17 больных, бок в бок — у 2, конец в бок — у 8. При некрозе тонкого кишечника анастомоз формировали конец в конец. За последние годы даже при резекции илеоцекального угла чаще применяется анастомоз конец в конец. Мы считаем его более физиологичным: при этом виде анастомоза не наблюдается застойного калового резервуара в слепом мешке, как при формировании анастомоза конец в бок. Декомпрессию тонкого кишечника проводили путем «выдавливания» содержимого всего кишечника, это важная мера для заживления анастомоза.

После операции, особенно после резекции кишечника, больных укладывали на кровать с приподнятым головным концом, устанавливали постоянные ингаляции увлажненным кислородом, промывали желудок 4—5 раз в день через носовую катетер, для ликвидации параза кишечника вводили солевые растворы внутривенно, прозерин подкожно, делали пресакральную и паранефральную блокады. Назначали парентеральное питание минимум на 3 дня, переливание крови, плазмы, глюкозы с витаминами и инсулином, антибиотики. Начиная с третьего дня ежедневно проверяли состояние раны, производили ее кварцевание, при угрозе эвентрации швы укрепляли лейкопластырной повязкой с вырезками в области швов.

Умерло 15 детей. Все эти дети поступали в стационар позже 2—3-х суток. Сразу после операции умерло 6 детей от интоксикации организма. Эвентрация кишечника возникла у 7 больных в результате нагноения раны и перитонита, 4 из них умерли. У 2 больных образовались кишечные свищи, которые самостоятельно закрылись. Несостоятельность анастомоза возникла у 14 больных, 5 из них умерли. 6 детей оперированы неоднократно по поводу осложнений: несостоятельности анастомоза, эвентрации. Их удалось спасти благодаря своевременной повторной операции и интенсивной терапии в реанимационном отделении.

ВЫВОДЫ

1. Результаты лечения детей с инвагинацией кишечника зависят от ранней диагностики, своевременной начатой рациональной терапии.
2. Методом выбора является консервативная дезинвагинация в первые 12 часов с момента заболевания.
3. При оперативной дезинвагинации лучшим являлся правый косой доступ, в запущенных случаях целесообразнее срединная лапаротомия под эндотрахеальным наркозом.
4. После резекции кишечника дети с инвагинацией нуждаются в интенсивной терапии в отделении реанимации.

Поступила 19 июля 1977 г.

УДК 618.2/7

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Проф. С. М. Беккер

Институт акушерства и гинекологии АМН СССР (директор — проф. Ю. И. Новиков)

Реферат. Представлены данные, доказывающие, что при оценке качественных показателей работы женских консультаций и родильных стационаров важно учитывать состояние здоровья и развитие детей, родившихся в условиях патологии беременности и родов, по результатам изучения отдаленных исходов. Необходимо путем специальных исследований уточнить время возникновения позднего токсикоза беременных, имея в виду возможность формирования этого осложнения беременности с ранних ее сроков. Следует пересмотреть вопрос о применении больших доз антибиотиков в комплексном лечении послеродовых септических заболеваний и расширить сферу применения других медикаментозных средств (не антибиотического профиля).

Успехи советского родовспоможения огромны. Они характеризуются значительным снижением материнской летальности и перинатальной смертности, резким уменьшением частоты эклампсии и другими показателями. Однако в настоящее время накоплено

достаточно свидетельств того, что наши возможности в этом отношении далеко еще не исчерпаны, в связи с чем некоторые вопросы требуют специального рассмотрения.

Первым из них является вопрос о правильной оценке и практической значимости отдаленных результатов родовспоможения. Он обоснован постановкой перед врачами-акушерами задачи обеспечить рождение не только живого, но и вполне здорового ребенка.

Об актуальности постановки такого вопроса говорят результаты проведенного Институтом акушерства и гинекологии АМН СССР обследования состояния здоровья и развития 20 518 детей первых 10 лет жизни, родившихся в условиях осложненной беременности и родов (табл. 1).

Данные табл. 1 показывают относительно большую частоту детской заболеваемости и в частности высокий удельный вес болезней нервной системы. Характер их различен: неврозы, дефекты речи, заикание, недержание мочи, отставание в психомоторном развитии, болезнь Литля, двусторонний атетоз, спастический гемипарез, эпилепсия и др.

Была отмечена следующая зависимость: чем выше перинатальная смертность, тем меньше в дальнейшем детская заболеваемость, и наоборот — при малой перинатальной смертности заболеваемость оказывалась большей. Это обстоятельство дало основание М. А. Петрову-Маслакову (1966) поставить вопрос: какой ценой подчас достигается снижение перинатальной смертности, не ценою ли в отдельных случаях сохранения поврежденного ребенка? Возможность последнего подтверждается проведенным

В. В. Агнисенко (1966) изучением частоты заболеваемости детей, родившихся в асфиксии (см. табл. 2).

Таким образом, чем тяжелее была асфиксия, тем выше была заболеваемость. Из 44 детей, оказавшихся больными, 36 страдали функциональными или органическими заболеваниями нервной системы.

В литературе более поздних лет, особенно зарубежной, мы находим веские доказательства сказанного. Бьенкевич и соавт. (1971) при обследовании 196 детей, родившихся в условиях перенашивания беременности, у 42 из них в возрасте 6—11 лет установили расстройства поведения, а у 13 — глубокие поражения центральной нервной системы. Челлус и соавт. (1971), обследовавшие 20 детей в возрасте от 1 до 7 лет, перенесших «простую» гипербилирубинемия, у 3 из них обнаружили отставание и у 4 — частичное отставание в умственном развитии, а у 2 — тяжелые физические и психические нарушения. Проведенное Эндлем и соавт. (1975) рентгенологическое обследование 104 детей, при рождении которых применялся вакуум-экстрактор, выявило у 2 из них перелом костей черепа, у 7 — деформацию теменной кости, у 26 — разрежение костной ткани, у 1 — разрыв стреловидного шва, у других — увеличение ширины венечного и ламбовидного швов. По заключению авторов, каждое повреждение костей черепа влечет за собою травму головного мозга или сопровождается ею.

Длительность оживания новорожденных, родившихся в асфиксии, и его последствия

Длительность оживания	В дальнейшем умерли или больны (в % к числу каждой группы)	
	доношенные	недоношенные
От 1 до 3 мин . . .	4,1	8,0
От 3 до 5 мин . . .	10,6	—
5 мин и больше . . .	18,9	30,0

Особого внимания заслуживают данные, полученные Н. В. Кобозевой и соавт. при обследовании 40 детей в возрасте от 3 до 7 лет, находившихся в специализированном доме для хроников. По характеру заболевания это были дети с наличием микроцефалии, болезнью Дауна, болезнью Литля, амвротической идиотией, олигофренией. Было установлено, что 40% из них родились в асфиксии, у 47% при рождении было нарушение мозгового кровообращения и 32,5% появились на свет в результате преждевременных родов.

Изложенное выше дает основание для следующих рекомендаций: а) при определении качественных показателей работы женских консультаций и родильных домов

Таблица 1

Частота заболеваемости детей, родившихся в условиях патологии беременности и родов

Характер патологии беременности и родов	Заболеваемость детей (индекс 1эг 01 эчядап в %)	
	всего	в т. ч. с поражением нервной системы
Поздний токсикоз . . .	9,3	5,2
Тазовое предлежание . . .	5,8	4,9
Перенашивание	3,8	1,6
Крупный плод	18,6	12,0
Гипертоническая болезнь	5,0	3,4
Лихорадка в родах	12,0	8,8

Примечание. Цифры даны в % к числу каждой группы.

Таблица 2

Длительность оживания новорожденных, родившихся в асфиксии, и его последствия

Длительность оживания	В дальнейшем умерли или больны (в % к числу каждой группы)	
	доношенные	недоношенные
От 1 до 3 мин . . .	4,1	8,0
От 3 до 5 мин . . .	10,6	—
5 мин и больше . . .	18,9	30,0

Особого внимания заслуживают данные, полученные Н. В. Кобозевой и соавт. при обследовании 40 детей в возрасте от 3 до 7 лет, находившихся в специализированном доме для хроников. По характеру заболевания это были дети с наличием микроцефалии, болезнью Дауна, болезнью Литля, амвротической идиотией, олигофренией. Было установлено, что 40% из них родились в асфиксии, у 47% при рождении было нарушение мозгового кровообращения и 32,5% появились на свет в результате преждевременных родов.

Изложенное выше дает основание для следующих рекомендаций: а) при определении качественных показателей работы женских консультаций и родильных домов

учитывать отдаленные результаты их работы, вначале одного года после рождения; б) установить границы времени реанимации детей, родившихся в асфиксию; в) изыскать возможности территориально объединить (сблизить) женскую и детскую консультации в целях установления более тесного контакта акушера с педиатрами. Этот вопрос был выдвинут в IV докладе Комитета экспертов ВОЗ по охране материнства и детства в 1963 г., но не получил своего решения; г) все случаи гибели детей рассматривать на совместных заседаниях городской комиссии врачей-педиатров с акушерами.

Второй вопрос касается установления срока беременности, при котором формируется поздний токсикоз. До сих пор общепризнано, что он возникает преимущественно после 30 недель беременности и лишь изредка — раньше. Однако в послевоенный период, особенно в последнее десятилетие, появился ряд сообщений, ставящих под сомнение это положение.

К числу мотивов, обосновывающих постановку данного вопроса, можно отнести нередкое рождение при позднем токсикозе детей с признаками гипотрофии. Частота этой патологии колеблется, по данным разных авторов, от 13,2 до 32,7% [2]. При этом важно отметить, что время от первых установленных клинических проявлений токсикоза до рождения ребенка оказывается относительно непродолжительным, в пределах нескольких недель. Спрашивается, достаточно ли этого срока для формирования гипотрофии плода, особенно выраженной? В настоящее время установлена довольно частая гипотрофия плода при токсикозе, развившемся на фоне хронических заболеваний матери, особенно гипертонической болезни или нефрита. При гипертонической болезни это можно объяснить снижением скорости кровотока в матке, а при нефрите — интоксикацией. Но главное состоит в том, что в этих случаях плод подвергается вредному воздействию с самого начала беременности.

Если мы обратимся к клинике позднего токсикоза, то здесь обнаруживается ряд данных, указывающих на возможное более раннее возникновение этого осложнения беременности.

З. И. Лабутина (1963) установила, что при сроке беременности 12—16 нед происходит, как явление физиологическое, снижение АД. У таких лиц в дальнейшем редко возникает токсикоз. В группе женщин, у которых в эти сроки АД не снижалось, токсикоз развился в 17%, в том числе нефропатия — в 14,8%. Ю. И. Новиковым (1970), изучавшим биоэлектрическую активность коры головного мозга у беременных, были зарегистрированы аномальные изменения ЭЭГ задолго до клинического проявления токсикоза, в конце первого и начале второго триместра беременности. По данным Дальтона (1960), у каждой четвертой беременной, у которой в сроки 16—28 нед появляется тошнота, рвота, головная боль, обмороки, парестезии, в дальнейшем возникает поздний токсикоз.

И. П. Иванов (1976) указывает, что претоксикоз, или начальные клинические проявления токсикоза, выявляется с 26—30 недель. При этом в расчет принимаются следующие показатели: скрытые отеки, лабильность сосудистой системы, нарушения функции почек.

Таких примеров можно привести много. Поставленный вопрос имеет и теоретическое значение, особенно в связи с работами, посвященными выяснению роли иммунологического фактора в возникновении токсикоза. М. А. Петров-Маслаков (1971) рассматривает иммунологический конфликт между матерью и плодом в качестве фактора, имеющего непосредственное значение в возникновении токсикоза. Эту точку зрения разделяет ряд исследователей. Однако, если исходить из наличия антигенных различий между организмами матери и плода, возникает вопрос: почему мы относим начало резус-конфликта к первым неделям беременности, а иммунологического конфликта при токсикозе — ко второй?

На наш взгляд, есть основания считать, что поздний токсикоз возникает с первых недель беременности, но это положение нуждается в дальнейшем изучении и подтверждении. Игнорировать накопившиеся данные о «претоксикозе» нельзя. Они открывают новые пути профилактики этого осложнения беременности, особенно теперь, когда клиника позднего токсикоза почти в половине случаев стала атипичной [9].

Третий вопрос касается применения антибиотиков в комплексном лечении послеродовых септических заболеваний. Как известно, антибиотики получили широкое распространение при лечении послеродовой септической инфекции в послевоенное время, причем для достижения эффекта было достаточно даже небольших доз. Частота неблагоприятных исходов для матери резко снизилась, уменьшилось и число тяжелых форм послеродовых заболеваний.

Однако примерно за последние 10—15 лет результаты применения антибиотиков значительно снизились, и частота неблагоприятных для матери исходов послеродового септического заболевания стала возрастать. При этом было установлено, что при таких заболеваниях изменялась микрофлора: доминирующее место занял коагулазоположительный стафилококк, за ним кишечная палочка. Выяснилось также, что указанная патогенная микрофлора стала часто устойчивой ко многим антибиотикам.

Нам представляется, что в механизме неблагоприятных исходов антибиотикотерапии выпал еще один фактор, который впервые подметил Л. И. Бубличенко в ИАГ АМН еще в 1948 г. Он показал на трупe женщины, погибшей от послеродового сепсиса и получившей за несколько дней до смерти курс лечения пенициллином, отсутствие

каких-либо признаков разложения как наружно, так и при вскрытии, несмотря на то, что труп пролежал в покойничке 2 суток без льда в жаркое время года. Это наводило Л. И. Бубличенко на мысль о консервирующем действии пенициллина на ткани и органы человека. Поставленный им эксперимент на животных (крысах и мышах) подтвердил это предположение. Благодаря консервирующим свойствам антибиотиков используются в народном хозяйстве для консервации мяса, рыбы, для предохранения от порчи овощей и фруктов. Как указывают П. Н. Кашкин и Н. П. Елинова (1970), при применении антибиотиков для консервации пищевых продуктов всегда реальна опасность сенсибилизации ими организма, возникновения аллергических реакций. Как побочное действие антибиотиков описаны функциональные нарушения в различных органах и тканях, повреждение кровотока и др.

Отсюда вытекает предположение, что к числу факторов, обусловивших снижение эффективности антибиотикотерапии, следует отнести нарушение компенсаторно-приспособительных реакций организма, обусловленное «консервацией» тканей и органов больного человека этими препаратами. Но тогда возникает вопрос: почему при малых дозах вначале они показали высокую эффективность, и только в дальнейшем перестали действовать благоприятно или снизили эффективность? Этот вопрос по существу сопряжен с другими: об изменении клиники болезни, характера микрофлоры, о снижении чувствительности к антибиотикам патогенных возбудителей, изменении реактивности организма в целом. Очевидно, в условиях широкого применения антибиотиков необходимо время, возможно, с участием генетического фактора, для того, чтобы выявились указанные выше нарушения.

Для повышения эффективности антибиотиков в комплексном лечении септических послеродовых заболеваний теперь принято вводить их в больших дозах, преимущественно внутривенно, применять различные их сочетания, при необходимости заменяя в этом сочетании один антибиотик другим. Фармакологическая промышленность значительно увеличила ассортимент антибиотиков, выпускает полусинтетический пенициллин, цефалоспорины, аминогликозиды и др.

Возникает еще один вопрос: не приведет ли это к новым изменениям клиники септических заболеваний, биологических свойств возбудителей заболевания, чувствительности их к антибиотикам, изменению реактивности организма и как следствие — к очередному снижению эффективности терапии? Все это требует пересмотра нашего отношения к антибиотикам, более широкого использования при лечении послеродовых септических заболеваний других медикаментозных (не антибиотических) препаратов, постановку новых изысканий в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агнисенко В. В. В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Л., «Медицина», 1966.—2. Иванов И. П. Акуш. и гин., 1976, 6.—3. Кобозева Н. В., Змитрович Л. А., Михайлова В. А., В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Л., «Медицина», 1966.—4. Лабутина З. И. Ранняя диагностика позднего токсикоза в условиях женской консультации. Автореф. канд. дисс., М., 1963.—5. Новиков Ю. И. Характеристика биоэлектрической активности коры головного мозга и тонуса периферических сосудов у женщин с нормальной беременностью и при позднем токсикозе. Автореф. докт. дисс., М., 1970.—6. Петров-Маслаков М. А. В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Л., «Медицина», 1966.—7. Петров-Маслаков М. А., Сотникова Л. Г. Поздний токсикоз беременных. Л., «Медицина», 1971.—8. Серенко А. Ф., Брушлинская Л. А., Фролова О. Г. Педиатрия. 1971, 11.—9. Шлямин А. Б. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1975, 6.—10. Bienkiewicz L., Komogowska A. *Ginek. pol.*, 1971, 42, 9.—11. Chellus H., Böhme K., Dettmer U. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1971, 31, 9.—12. Dalton K. *Lancet*, 1960, 7117, 198.—13. Endl J., Wolf G., Schaller A. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1975, 35, 12.

Поступила 15 ноября 1977 г.

УДК 612.662—055.23—072.7

ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВОЧЕК

Л. А. Лазарева, проф. Т. Г. Бозуш

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Т. Г. Бозуш) и курс пропедевтики детских болезней (зав.—доц. А. Р. Колоколов) Астраханского медицинского института им. А. В. Луначарского

Реферат. По тестам функциональной диагностики (количество лейкоцитов, базальная температура) исследовано становление менструального цикла у девочек 11—18 лет. Изучено 109 менструальных циклов, 748 мазков. В период полового созревания у 20%