

О ВЗАИМОСВЯЗИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ И ХАРАКТЕРА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ПОЛОМ ПЛОДА

*И. М. Кушнир, В. Е. Сабо, М. Н. Долгопятава, С. С. Рускова,
Л. А. Тумакова, Л. Д. Кин*

Врачебно-санитарная служба Забайкальской железной дороги
(нач. службы — В. Г. Егиазарян, гл. акушер-гинеколог — И. М. Кушнир)
и родильный дом № 3 (главврач — Г. С. Козлова) г. Читы

В литературе есть указания, что перинатальная смертность среди мальчиков несколько выше, чем среди девочек. По данным К. И. Журавлевой и В. А. Кушировой (1964), из общей смертности детей 1-го месяца жизни гибель их в первые 7—9 дней среди мальчиков равнялась 63,7%, а среди девочек — 54,5%. Авторы отмечают (на большом материале в целом по области), что родовые травмы как причина смерти детей у мальчиков встречаются значительно чаще, чем у девочек. Другие заболевания новорожденных наблюдались приблизительно в одинаковом проценте.

Аналогичные результаты получены нами и при анализе перинатальной смертности одного из родовспомогательных учреждений Забайкальской железной дороги — родильного отделения больницы ст. Чита 1-я.

За 3 последних года в этом отделении родилось 1083 мальчика и 1058 девочек. Мертворожденных среди мальчиков было 17, умерших в первые 7 дней жизни — 16; среди девочек — соответственно 13 и 7. Сравнительно высокие цифры перинатальной смертности связаны с тем, что в этом отделении сосредоточивается значительная часть беременных с осложненным течением беременности и родов (перинатальная смертность среди мальчиков составила 30,5%, а среди девочек — 18,9%). Эта разница наблюдалась в каждом из проанализированных 3 лет. В 1961 г. перинатальная смертность среди мальчиков была 39,1%, среди девочек — 23,1%, в 1962 г. соответственно — 26,9% и 23,8%, в 1963 г. — 19,8% и 9,1%.

Учитывая, что мертворождаемость и ранняя детская смертность во многом определяются характером течения родового акта (М. Д. Гутнер, 1945; А. П. Николаев, 1952; Л. С. Персианинов, 1961; М. М. Сухинина, 1961; М. А. Петров-Маслаков, 1963; Л. В. Тимошенко, 1963; и др.), мы изучили среднюю продолжительность родов, частоту слабости родовых сил, быстрых и стремительных родов при рождении мальчиков и девочек.

Принимая во внимание указание А. П. Николаева (1952), что «продолжительность родов имеет для состояния внутриутробного плода и дальнейшей судьбы новорожденного важнейшее значение», мы высчитали среднюю продолжительность родов при рождении мальчиков и девочек. Нами проанализированы 1071 роды мальчиками и 967 — девочками у первородящих и 1025 — мальчиками и 1148 — девочками у повторнородящих. Из анализа исключены случаи рождения разнополых плодов при родах двойнями.

Средняя продолжительность родов при рождении мальчиков первородящими составляла 14 час. 24 мин и девочек — 11 час. 11 мин; повторнородящими — соответственно 8 час. 37 мин и 8 час. 12 мин. Таким образом, в группе первородящих роды мальчиков длятся более, чем роды девочек.

При рождении мальчиков слабость родовых сил была у 9% первородящих, у 4,4% — повторнородящих, при рождении девочек — соответственно у 8,5 и 2,9%.

Как видно, родовая слабость при рождении мальчиков встречается чаще, что особенно выражено у повторнородящих.

По М. М. Сухининой (1961) быстрое и стремительное течение родов неблагоприятно сказывается как на матери, так и на плоде.

Мы отнесли к быстрым родам те, которые у первородящих длились в пределах 6 часов и у повторнородящих — до 4 часов; к стремительным — те, которые у первородящих длились в пределах 3 часов, а у повторнородящих — до 2 часов.

На нашем материале быстрые и стремительные роды оказались в 11,1%, в группе первородящих — в 7,2%, в группе повторнородящих — в 15,1%.

При рождении мальчиков первородящими быстрые и стремительные роды наблюдались в 7,8% (6,2% — быстрые и 1,6% — стремительные), при рождении девочек — в 6,6% (6% — быстрые и 0,6% — стремительные); в группе повторнородящих при рождении мальчиков — в 16,9% (14,2% — быстрые и 2,7% — стремительные), при рождении девочек — в 13,5% (10,5% — быстрые и 3% — стремительные). Таким образом, быстрые и стремительные роды при рождении мальчиков встречались чаще, чем при рождении девочек.

ВЫВОДЫ

1. Перинатальная смертность среди мальчиков выше, чем среди девочек.
2. Продолжительность родового акта при рождении мальчиков выше, чем при рождении девочек.

3. Число аномалий родовой деятельности (слабость родовых сил, быстрые и стремительные роды) при рождении мальчиков выше, чем при рождении девочек.

4. Более высокая перинатальная смертность среди мальчиков, очевидно, в определенной степени связана с различием характера родового акта. Наряду с более высоким весом и ростом плода мужского пола (Р. И. Сифман, 1963) причину в различии характера родового акта при рождении мальчиков и девочек, а также факторы, способствующие перенашиванию и недонашиванию, надо искать и в возможном влиянии на женский организм продуктов гормональной деятельности внутриутробного плода (Роза, 1955).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гутнер М. Д. Родовой акт и черенная травма новорожденных. Изд. ВММА, Л., 1945.
2. Журавлева К. И. и Кушнирова В. А. В кн. «Акушерско-гинекологическая практика в Забайкалье». Читинское книжное издательство, Чита, 1964.
3. Кинчий Д. А., Крамарева В. К. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов. Медгиз, М., 1963.
4. Николаев А. П. Профилактика и терапия внутриутробной асфиксии плода. Изд. АМН СССР, М., 1952.
5. Персианинов Л. С. Асфиксия плода и новорожденного. Медгиз, М., 1961.
6. Петров-Маслаков М. А. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов. Медгиз, М., 1963.
7. Петченко А. И. Акушерство. Госмедиздат УССР, Киев, 1956.
8. Сифман Р. И. Статистика охраны здоровья матери и новорожденного. Медгиз, М., 1963.
9. Тимошенко Л. В. Тез. докл. XI Всесоюз. съезда акушеров-гинекологов, 1963. Медгиз, М.

Поступила 22 июля 1964 г.

УДК 618.14—036.6

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАКЕ МАТКИ

И. А. Куцаев

Акушерско-гинекологическая клиника (зав. — проф. И. Т. Мильченко)
Куйбышевского медицинского института

Мы наблюдали за изменениями слизистой оболочки дистального отдела толстого кишечника при различных стадиях поражения раком матки до лечения и в процессе проведения сочетанно-лучевой терапии у 38 женщин. Проводилась ректоскопия. Обнаруженные изменения слизистой оболочки нами зарисовывались и подробно описывались.

Изучение ректоскопической картины выявило характерные изменения, которые могут быть представлены в виде трех типов.

При первом типе отмечается богатое развитие расширенных сосудов, гиперемия, множество микро- и макроэкстравазатов, очаги кровоизлияний. Такие изменения нами обнаружены у всех больных с I ст. распространения рака шейки матки и у 13 из 14 — со II.

При втором типе все вышеописанные изменения слизистой оболочки прямой кишки комбинируются с отеком слизистой оболочки и деформацией просвета кишки. Такая картина выявлена у 5 больных с III, у 2 — с IV ст. рака шейки матки. У последних 2 больных рак шейки матки представлял собой пузырный вариант.

Для третьего типа является характерным прорастание раковой опухоли стенки прямой кишки. Такое состояние выявлено у 2 больных, страдающих раком шейки матки IV ст.

При раке эндометрия изменения в слизистой оболочке прямой кишки менее выражены и не всегда соответствуют стадии распространения. Чаще всего наблюдаются изменения слизистой, соответствующие I типу (при всех стадиях рака), и только у одной больной с IV ст. найдены явления отека слизистой и деформация просвета кишки. Изменения отсутствовали у больной со II ст. рака эндометрия.

Больные с отсутствием эндоскопических изменений слизистой оболочки прямой кишки объединены в «0» группу.

Таким образом, в зависимости от локализации и стадии ракового процесса ректоскопически выявляются определенные объективные закономерности: с возрастанием стадии рака увеличиваются изменения слизистой оболочки прямой кишки.