

К. И. Мышкиным предложен ряд диагностических и лечебных мероприятий. Большое впечатление оставляет простота рекомендованных автором диагностических методов, обеспечивающих точное и эффективное выявление эндокринных расстройств.

В заключение упомянем о прекрасном стиле изложения материала, благодаря чему он, несмотря на высокую специфичность, легко усваивается. Малочисленные погрешности в формулировках и терминах следует отнести к нелепой случайности. Несомненно, книга будет прочитана с большим интересом врачами всех специальностей.

Заслуж. врач ТАССР проф. В. В. Талантов (Казань)

ДИСКУССИЯ

УДК 618.7—08—031.81

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Проф. Г. М. Савельева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Г. М. Савельева) педиатрического факультета 2 МОЛГМИ им. Н. Пирогова

В статье «Некоторые актуальные вопросы современного акушерства и пути их решения» (Казанский мед. ж., 1978, 4) проф. С. М. Беккер выдвинул для обсуждения 3 аспекта проблемы снижения материнской и детской заболеваемости и смертности, каждый из которых имеет большое значение, требует обсуждения и дальнейших научных разработок. В связи с этим хотелось бы остановиться на двух первых вопросах, которые в большой мере связаны между собой.

Совершенно справедливо С. М. Беккер подчеркивает, что рождение в асфиксии представляет большую опасность для здоровья детей в последующем, и предлагает при выработке методов терапии асфиксии новорожденных больше внимания уделить изучению отдаленных последствий для детей.

Охрана здоровья ребенка в антенатальном периоде заключается в своевременном выявлении осложнений и заболеваний у матери во время беременности (включая экстрагенитальные) и их лечении или уменьшении степени неблагоприятного влияния патологического процесса в организме беременной на плод.

С этой точки зрения следует считать правильной постановку вопроса С. М. Беккером о необходимости более глубокого изучения преморбидного фона у беременных с поздним токсикозом и ранних симптомов как претоксикоза, так и токсикоза, хотя на современном уровне наших знаний трудно говорить о развитии «чистого» токсикоза в ранние сроки беременности.

С. М. Беккер подробно разбирает вопрос о роли патологического течения родов в возникновении осложнений для плода и среди причин заболеваемости детей указывает на такие, как роды в тазовом предлежании, перенашивание, крупный плод и т. д. Следует считать весьма целесообразным для акушеров пересмотр некоторых устоявшихся позиций в отношении ведения родов, расширение показаний при ряде осложнений для своевременного производства кесарева сечения.

Несмотря на профилактические и лечебные мероприятия во время беременности и родов, определенное число детей (3—7%) рождается в асфиксии. С. М. Беккер полагает, что для снижения неврологической заболеваемости детей в последующем большое значение имеют время реанимации детей, родившихся в асфиксии, и показания к реанимационным мероприятиям. Иными словами, он считает, что не следует оживать всех детей, родившихся в асфиксии, и проводить реанимационные мероприятия чрезмерно долго. Однако решать эти важные вопросы однозначно нельзя. Известно, что часть детей, родившихся в тяжелой асфиксии, несмотря на минимальные меры по восстановлению жизнедеятельности, остаются живы, а в последующем у них развиваются тяжелые неврологические заболевания.

Опыт нашей клиники свидетельствует, что отдаленные последствия асфиксии новорожденных зависят не только от времени начала реанимационных мероприятий, но и от их полноты. Чем раньше начата реанимация, чем более полно она осуществлена, тем лучших результатов удастся достигнуть.

В последние годы работами ряда специалистов, в том числе и исследованиями, проведенными в нашей клинике, показано, что кислородная недостаточность у плода приводит к выраженному нарушению метаболизма и гемодинамики в организме новорожденного, а также к изменению жизнедеятельности почти всех органов и систем. Учитывая эти изменения, необходимо при рождении детей в асфиксии проводить комплексную терапию, направленную на устранение гипоксии и метаболических

нарушений, а также на нормализацию сердечной деятельности и гемодинамики. В комплекс мер должно входить прежде всего адекватное снабжение кислородом. Доставка кислорода при легкой асфиксии может быть осуществлена с помощью маски, при тяжелых же состояниях обязательна интубация и искусственная вентиляция легких.

Устранению метаболических и гемодинамических нарушений у новорожденных, родившихся в асфиксии, способствует комплексная инфузионная терапия: введение раствора глюкозы, кокарбоксилаза, раствора натрия оксифуората. Уменьшить постгипоксический отек головного мозга позволяет, наряду с осмодиуретиками, введение в сосудистое русло декстранов (реополиглюкина), а также альбумина, плазмы. Инфузионная терапия обеспечивает более быстрое выведение детей из состояния асфиксии и предупреждает многие осложнения в первые дни жизни. Улучшение мозгового кровообращения, как показали наши исследования, может быть достигнуто при применении краниоцеребральной гипотермии (КЦГ). При КЦГ создаются условия для улучшения микроциркуляции, особенно в сосудах мозга, что уменьшает его кровенаполнение, предотвращает диapedезные кровоизлияния в паренхиму мозга. Этот метод способствует более длительному переживанию нейронов при гипоксии, более быстрому восстановлению клеточных мембран и обменных процессов в них.

По нашим данным, КЦГ не следует применять у детей с респираторным дистресс-синдромом, с выраженной дыхательной недостаточностью, с пороками развития, а также с массивными субарахноидальными, внутрижелудочковыми и субдуральными кровоизлияниями (диагноз может быть уточнен при спинномозговой пункции, трансллюминации черепа, эхоэнцефалографии). Однако если диагноз остается сомнительным, целесообразно провести сеанс КЦГ.

После выведения новорожденных из асфиксии надлежит установить тщательное наблюдение и уход за ними и продолжать интенсивную комплексную терапию, направленную на дальнейшее устранение дыхательной и сердечной недостаточности, на коррекцию метаболических и гемодинамических нарушений.

В нашей клинике было проведено сравнительное изучение состояния детей в двух группах: оживленных обычным методом и получивших описанное выше интенсивное лечение.

Из 33 детей 1-й группы 19 при рождении получили оценку по шкале Апгар 4 балла и ниже, остальные — 5 баллов, но затем состояние их ухудшилось. Комплекс лечения детей этой группы включал искусственную вентиляцию легких, инфузию щелочных растворов, глюкозы, кордиальную терапию; в последующие дни проводилось симптоматическое лечение.

Состояние детей в первые дни жизни было тяжелым: наблюдалось нарастание церебральной симптоматики с развитием судорожного синдрома (27) и псевдобульбарных явлений (17), с угнетением безусловных рефлексов, мышечной гипертонией или атонией и появлением очаговых симптомов (12). Большинство детей этой группы (25) были переведены в специализированные стационары с тяжелой неврологической симптоматикой.

При катamnестическом обследовании детей 1-й группы, проводившемся с 8-месячного их возраста до 6 лет, было установлено, что, несмотря на ранний перевод из родильного дома в специализированные стационары, у большинства из них развились грубые органические изменения в центральной нервной системе. У 18 детей сформировался синдром детского церебрального паралича со вторичной микроцефалией, грубым отставанием как психического развития, так и статико-моторных функций, и судорожный синдром. У 5 детей этой группы отмечалась задержка речевого развития, гемисиндром, некоторое отставание моторных функций. 10 детей этой группы к пятилетнему возрасту практически здоровы.

2-я группа включала 42 ребенка, которые также родились в тяжелом состоянии или их состояние ухудшилось в первые же сутки после рождения. 28 детей получили оценку по шкале Апгар 4—0 баллов, 9 детей — 5—6 баллов, 5 детей — 7 баллов, но затем у них проявились симптомы нарушений со стороны ЦНС. В этой группе комплекс терапии включал КЦГ (4 детям КЦГ осуществлялось дважды). Лечение способствовало значительному улучшению неврологического статуса. 18 детей на 10—14-й день были выписаны, остальные переведены в специализированные отделения.

Катamnестическое обследование в возрасте от 10 мес до 3 лет показало, что 27 из 42 детей практически здоровы, у 5 сформировался синдром детского паралича (у 3 из них при рождении были явления кровоизлияния в мозг, у 2 — длительная гипоксия за счет осложненного течения беременности матери и родов). У остальных детей выявлены функциональные изменения ЦНС (церебро-астенический синдром).

Данные катamnеза свидетельствуют, что включение краниоцеребральной гипотермии в комплекс реанимационных мероприятий предупреждает нарастание изменений со стороны центральной нервной системы. Вместе с тем необходимо учитывать противопоказания к КЦГ.

На основании указанного следует, что отдаленные результаты реанимации детей, родившихся в асфиксии, зависят в большей мере от характера проводимой терапии.

В заключение хотелось бы отметить своевременность и важность поднятых автором статьи вопросов, обсуждение которых позволит наметить пути дальнейших научных изысканий по профилактике и терапии заболеваний плода и новорожденного.

Поступила 19 декабря 1978 г.

К дискуссии по поводу статьи проф. С. М. Беккера «Некоторые актуальные вопросы современного акушерства и пути их решения»

Статью выдающегося акушера-гинеколога профессора С. М. Беккера, опубликованную, к сожалению, после его смерти, можно рассматривать как завещание нам, живым. В статье поднимаются актуальные вопросы, на которые необходимо искать и находить ответы в интересах как ныне живущих, так и будущих поколений.

Профессором С. М. Беккером высказаны очень оригинальные мысли о сроке беременности, при котором формируется поздний токсикоз, о претоксикозе. Интересно его рассуждение о противоположности в развитии болезни, связанной с наследственностью, — резус-конфликте, который возникает при несовместимости матери и плода по антигенам крови и развивается на основе иммунологической реакции у матери на ранних сроках беременности. При последующих беременностях резус-конфликт усугубляется. Токсикоз чаще развивается при первой беременности, тогда как при повторных беременностях его рецидив у большинства женщин отсутствует, что действительно ставит под сомнение вопрос об иммунологическом конфликте при токсикозе.

Приведенные в статье данные о физиологическом снижении АД у беременных при сроке 12—16 недель и отсутствии в дальнейшем у этой группы беременных токсикоза, возможно, имеют под собой объяснение и другого факта: достоверного увеличения количества циркулирующей крови к концу I триместра беременности (Н. Л. Гармашева, «Введение в перинатальную медицину», 1978, стр. 38). Похоже, что если организм беременной справляется с этим увеличением количества циркулирующей крови, то чаще всего он справляется и со следующим пиком увеличения количества крови, относящимся к 26—36-й неделям беременности. Эти же сроки приведены профессором С. М. Беккером при указании на претоксикоз или начальные клинические проявления токсикоза, выявляемые с 26—30 недель в виде скрытых отеков, лабильности сосудистой системы, нарушения функции почек.

Нами в практической деятельности замечено повышение АД у рожениц при обвитиях пуповины плода и развитии вследствие этого у плода внутриутробной асфиксии. После рождения плода АД у родильниц нормализовалось без лечения в раннем послеродовом периоде, иногда в течение суток. Замеченный нами симптом, при подтверждении другими исследователями, в память о профессоре С. М. Беккере мы предложили бы назвать симптомом Беккера.

Касаясь вопроса о применении антибиотиков в комплексном лечении послеродовых септических заболеваний, мы считаем, что нельзя согласиться с мнением автора в его предположении о снижении эффективности антибиотикотерапии в связи с «консервацией» тканей и органов больного человека этими препаратами. Вполне реально, что антибиотики хорошо консервируют мясо, рыбу и тому подобные «мертвые» структуры, но для объяснения снижения эффективности антибиотикотерапии на живой организм больше подходит, как нам кажется, объяснение, данное Г. Стентом в его книге «Молекулярная генетика» (1974, стр. 148—151), где указано: «если для лечения бактериальной инфекции применяют пенициллин, то врач с самого начала должен вводить этот антибиотик в возможно максимальных концентрациях. Это обеспечивает наибольшую вероятность того, что будут убиты все патогенные бактерии, и снизит вероятность отбора мутантов, устойчивых к высоким концентрациям пеницилина. Если же больному, наоборот, сначала дают небольшую дозу антибиотика и затем, при отсутствии эффекта, дозу повышают, то при таком постепенном повышении дозы антибиотика есть риск провести последовательный отбор все более и более устойчивых мутантов патогенной бактерии. При лечении стрептомицином уже не так важно избегать такого ступенчатого повышения дозы лекарства, так как даже в присутствии низких концентраций стрептомицина отбираются мутанты, обладающие устойчивостью к высоким дозам этого антибиотика. Предотвратить появление таких мутантов практически невозможно».

Сочетанное применение антибиотиков различных типов и направлено на то, чтобы избежать при лечении появления устойчивых штаммов бактерий. Но прав профессор С. М. Беккер в том, что эта «уловка» не всегда помогает, и поэтому, действительно, на повестку дня встал вопрос о комплексном лечении септических заболеваний с применением и других медикаментозных средств, о повышении защитных сил ослабленного родами женского организма.

В. М. Галков (Казань)

СОДЕРЖАНИЕ

Изуткин Д. А., Лавренко В. П. В. И. Ленин о социально-гигиенических основах социалистического образа жизни	1
Стегунин С. И., Разумов В. И. За строкой биографии В. И. Ленина	4

Юбилейные даты

Биялов М. Ш., Низамов И. Г. Казанскому ГИДУВу имени В. И. Ленина—	7
---	---