

ДИСКУССИЯ

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ С. М. БЕККЕРА «НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ»¹

Статья С. М. Беккера посвящена действительно актуальным вопросам современного акушерства. Поэтому она вызывает к себе интерес, и не только у акушеров, но и у педиатров и патологоанатомов. Некоторые положения статьи, высказанные столь авторитетным специалистом, требуют обсуждения.

1. Обеспечение рождения не только живого, но и вполне здорового ребенка, безусловно, задача первостепенной важности. Однако основное положение данного раздела: «чем выше перинатальная смертность, тем меньше в дальнейшем детская заболеваемость, и наоборот...» вызывает решительные возражения. Оно не подкреплено статистически достоверными данными. Ему противоречит тот факт, что в слаборазвитых странах высокая перинатальная смертность сопровождается столь же высокой детской заболеваемостью и смертностью.

Действительно, патология беременности и родов, акушерские и реанимационные манипуляции чреваты определенными опасностями для новорожденного. К тяжелым последствиям могут приводить не только асфиксия, применение щипцов и вакуум-экстракция, но и оксигенотерапия, гипербарическая оксигенация, заменное переливание крови и другие вмешательства. Это означает лишь, что лечебные мероприятия следует применять грамотно и осмотрительно, заменяя травматичные операции менее опасными. В этом отношении перспективно рассмотрение каждого случая смерти новорожденного ребенка с участием акушеров, педиатров и патологоанатомов, что рекомендуется С. М. Беккером и, кстати, проводится во многих городах комиссиями по изучению перинатальной смертности.

Неправомочно видеть в реанимации причину всех бед. Опасна для ребенка не реанимация, а предшествовавшие ей патологические состояния. Поэтому главное условие получения вполне здорового ребенка мы видим не в «установлении границ времени реанимации детей, родившихся в асфиксии», а в детальном изучении причин перинатальной патологии, в разработке их профилактики и рационального лечения. Например, данные последних лет, и в том числе городов Казани и Курска, позволяют говорить о снижении числа летальных исходов в связи с родовой травмой и применением щипцов. Это определенно свидетельствует о повышении качества акушерских манипуляций.

Ведущей причиной перинатальной патологии продолжает оставаться так называемая асфиксия. Это группа совершенно разнородных заболеваний, объединяемых лишь наличием сходного патогенетического механизма — гипоксии (Т. Е. Ивановская, 1976). К ним относятся синдром дыхательных расстройств, острые внутриутробные асфиксии в результате нарушения маточно-плацентарного и пуповинного кровообращения и ее последствия, а также разнообразные фетопатии (поражения плода при хронических заболеваниях и профессиональных вредностях матери, токсикозах беременности, тиреотоксические, диабетические и др.). Частой патологией является слабость родовой деятельности различного происхождения, которая приводит к длительному безводному периоду, возникновению хорионамигита, а затем асфиксии и аспирационной пневмонии новорожденного. Для совершенствования профилактики, дифференциальной диагностики и терапии различных асфиксических состояний большое значение имеет улучшение профилактической работы женских консультаций. Поэтому полезным может быть предлагаемое С. М. Беккером установление более тесного контакта между женскими и детскими консультациями, а также участие врачей женских консультаций в разборах случаев перинатальной смерти.

2. Совершенно справедлива также постановка вопроса о пересмотре отношения к применению антибиотиков при лечении послеродовой септической инфекции. Широкое использование антибиотиков разнообразного спектра часто оказывается безуспешным. Это связано с рядом обстоятельств. Во-первых, порочна сама предпосылка о возможности «стерилизовать» организм, уничтожив в нем патогенную микрофлору. Организм живого человека не аналогичен чашке Петри. Кроме того, нарушение экологического равновесия микрофлоры человеческого тела делает патогенными те микробы, которые ранее являлись симбионтами (например, кишечную палочку). Во-вторых, патогенез септической инфекции отнюдь не сводится лишь к прямому патогенному действию микробов (И. В. Давыдовский). Исследования последних лет, и в том числе наши (П. С. Гуревич, Н. П. Попов, В. С. Барсуков), показали, что при некоторых формах

¹ Казанский мед. ж., 1978, 4.

сепсиса ведущими являются иммунологические механизмы, сопровождающиеся патогенным влиянием иммунных комплексов (антigen — антитело — комплемент), повреждением сосудов микроциркуляторного русла и нарушением свертываемости крови. Большое значение в патогенезе сепсиса имеет декомпенсация различных звеньев иммуногенеза, в крайнем варианте выражаясь в истощении лимфоидной системы. Разумеется, применение одних антибиотиков, без коррекции всего разнообразия патологических процессов, будет безуспешным. Необходимы широкие исследования тонких механизмов развития сепсиса и разработка на этой основе мер рациональной терапии.

Проф. П. С. Гуревич (Курск)

*
* *

Статья одного из старейших специалистов-перинатологов С. М. Беккера актуальна и затрагивает весьма важные проблемы. В последнее время мнение о необходимости оценки качества работы акушерских стационаров по отдаленным результатам состояния здоровья детей разделяют многие неонатологи, врачи-педиатры общего профиля, невропатологи, психоневрологи, логопеды и др. Действительно, уместен вопрос М. А. Петрова-Маслакова: «...Какой ценой подчас достигается снижение перинатальной смертности, не ценою ли в отдельных случаях сохранения поврежденного ребенка?».

Мы считаем правомерным рассматривать с этих позиций не только случаи асфиксии плода и новорожденного, но и результаты и исход для новорожденного при гемолитической болезни (ГБН), особенно при врожденных ее формах, которые нередко сопровождаются анемией и гипоксией.

На основе катамнестического обследования 217 детей, перенесших гемолитическую болезнь плода и новорожденных, нами установлено следующее. 2 детей с отечной формой ГБН, излеченные повторными заменными переливаниями крови (ЗПК), не отстают в своем развитии, однако у них отмечаются частые ОРВИ, пневмонии, они перенесли «позднюю анемию». У 94 детей, страдавших врожденной желтушной формой ГБН, были симптомы билирубиновой интоксикации, они получили ЗПК. При выписке из акушерского отделения у одного из них отсутствовала реакция на резкий звук, у другого определялось снижение мышечного тонуса и ослабление хватательного рефлекса. 121 ребенок с послеродовой желтушной формой ГБН (58 с тяжелой и 63 с легкой) выписаны в удовлетворительном состоянии без признаков нарушения ЦНС. ЗПК получили 55 детей с тяжелой формой.

Таким образом, из 217 детей 183 были выпisаны из акушерского отделения под наблюдение участкового врача во вполне удовлетворительном состоянии, с восстановленной массой тела, нормальными показателями красной крови, без грубых отклонений в неврологическом статусе. У остальных детей к моменту выписки наблюдались следующие нарушения: невосстановленная первоначальная масса тела (у 10), низкие показатели красной крови (у 22) и изменения со стороны ЦНС (у 2).

Как показал анализ физического развития этих детей в период новорожденности, при ЗПК, произведенном позже первых 6 ч жизни, отмечается большая физиологическая потеря в массе тела и более позднее восстановление первоначальной массы. На первом году жизни у детей, перенесших ГБН, показатели физического развития не отличались от стандартных индексов. В раннем (1—3 года), дошкольном (3—7 лет) и младшем школьном (7—12 лет) возрасте физическое развитие детей также не отклонялось от нормы. При индивидуальной оценке по шкале регрессии хорошее физическое развитие констатировано соответственно у 57,3%; 68,4% и 88% детей, удовлетворительное — у 36,7%, 31,6% и 4%, ухудшенное — у 6%, 0 и 8% детей.

Наши данные свидетельствуют, что дети, перенесшие ГБН, имеют более низкий «индекс здоровья», чем дети контрольной группы, больший процент их болеет рахитом, ОРВИ, пневмониями, экссудативным диатезом. Дети, страдавшие ГБН даже без признаков поражения ЦНС, тяжелее переносят патологические процессы, нередко сопровождающиеся у них явлениями нейротоксикоза. У детей с ГБН значительно чаще наблюдаются процессы, характеризующиеся измененной реактивностью. Однако нам не удалось выявить закономерной зависимости заболеваемости детей от клинического варианта ГБН, а также от вида лечения. Исключение составляет заболеваемость экссудативным диатезом. Последний чаще наблюдался у детей, получавших ЗПК. К годовалому возрасту дети, перенесшие ГБН, болели не чаще детей контрольной группы.

Изучение нервно-психического состояния проведено в трех группах детей. 1-ю группу составили 44 ребенка с функциональными расстройствами ЦНС, 2-ю — 13 детей с симптомами органического поражения ЦНС, 3-ю — 160 детей без отклонений в нервно-психической сфере.

Анализ состояния нервной системы показал, что с возрастом число детей, не имеющих отклонений со стороны ЦНС, уменьшалось, возрастало число детей с функциональными расстройствами. Органические поражения ЦНС с возрастом не имели тенденции к изменению. Констатирована прямая связь частоты органических поражений ЦНС со степенью тяжести ГБН. Отсутствие прямой зависимости частоты поражений ЦНС от вида лечения говорит о высокой эффективности ЗПК при тяжелых

формах ГБН, особенно проведенных в первые часы жизни с использованием 180—200 мл крови на 1 кг массы тела ребенка. Повторные ЗПК исключали возможность возникновения органических поражений ЦНС. У всех 57 детей с нарушениями функции ЦНС эти условия не были соблюдены. Осложнение в виде «поздней» анемии нами установлено у 126 переболевших ГБН. К пятимесячному возрасту показатели красной крови достигают нормы. Однако у детей с «поздней» анемией закономерно выше оказывалась заболеваемость рахитом, экссудативным диатезом, ОРВИ. Следовательно, «поздняя» анемия требует не только лечения, но и профилактики.

Наш 20-летний опыт показывает, что при возникновении гемолитической болезни плода и новорожденного осуществление гипосенсибилизирующих мер, наблюдение за состоянием плода, своевременное родоразрешение с последующим проведением лечения гемолитической болезни, включая ЗПК, и строгое диспансерное наблюдение за развитием детей обеспечивают сохранение их здоровья на таком же уровне, как у родившихся здоровыми. Это дает нам право считать обязательным выхаживание новорожденных при ГБН.

Проф. Б. Г. Садыков (Казань)

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616—06 (092 Сигал)

ПРОФЕССОР МИХАИЛ СЕМЕНОВИЧ СИГАЛ

В январе 1980 г. исполнилось 60 лет со дня рождения Михаила Семеновича Сигала, заведующего кафедрой хирургии и онкологии Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

Окончив в 1941 г. Донецкий медицинский институт, М. С. Сигал получил назначение на работу в село Печору на севере Коми АССР. В 1945 г. он окончил заочную аспирантуру при клинике госпитальной хирургии Казанского медицинского института, и с тех пор его врачебная, педагогическая и научная деятельность связана с Казанским ГИДУВом им. В. И. Ленина. С 1966 г. он руководит кафедрой хирургии и онкологии. Аналитический ум, удивительная целеустремленность, большое трудолюбие поставили Михаила Семеновича в ряд видных советских хирургов-онкологов.



В 1952 г. в журнале «Успехи современной биологии» появились первые в Советском Союзе работы по аутоаллергическим реакциям в патологии. Их автором был М. С. Сигал. К 1956 г. им были разработаны и внедрены в повседневную хирургическую практику методики асептических электрохирургических резекций и наложения анастомозов. Впервые показана возможность формирования асептических анастомозов с пищеводом, юонального комплекса с приводящей и отводящей кишечными петлями.

М. С. Сигалом создан новый принцип хирургического доступа к самым глубоким анатомическим областям и прежде всего к поддиафрагмальной зоне, кардии, пищеводу, надпочечникам и другим органам брюшной и грудной полостей.

Михаил Семенович широко изучал вопросы свободной кожной пластики в хирургии и онкологии. Им установлен ранее неизвестный феномен: устойчивость свободного дермоэпидермального трансплантата к действию ионизирующей радиации. Это явление не только имело общебиологическое значение, но и было использовано для разработки оригинальной методики комбинированного лечения опухолей различной локализации, включающего хирургическое удаление очага, свободную кожную пластику и облучение ложа опухоли через трансплантат. Наиболее крупной проблемой, разработанной Михаилом Семеновичем и его учениками, явилась трансиллюминация во время операций. Новое направление включает в себя создание трансиллюминационной анатомии (изображение ангиологических и других структур в проходящем свете), трансиллюминационной топографии органов, трансиллюминационной патологической анатомии (исследование таких патологических очагов, как рак, язва, ишемические поражения, полипы, гастриты, доброкачественные опухоли, холециститы и т. д.). Получена возможность определять наличие непальпируемых, а также невидимых в отраженном свете морфологических субстратов в стенках полых органов, выявлять анатомические варианты, обнаруживать конкременты во внепеченочных желчных протоках (метод экстраколедохальной трансиллюминации). Особенно интересным аспектом указанных исследований является трансиллюминационная ангиоскопия (-графия). Результаты этих разработок прочно вошли в практику хирургов, гинекологов и других специалистов.