

Фамилия боль- ного	Возраст	Число дней на вытяжении	Число дней в гипсовой повязке	Общий срок им- мобилизации конечности (в днях)
Ш.	24	17	30	47
С.	18	19	24	43
Г.	48	20	32	52
Ф.	33	20	29	49
Ф.	27	19	31	50
С.	58	20	38	58
М.	14	13	19	32
К.	29	19	29	48
И.	19	18	22	40
С.	45	20	40	60
К.	39	20	33	53
Ч.	40	20	31	51

ренной кости позволило значительно сократить сроки иммобилизации конечности, ввиду более быстрого образования костной мозоли. Во всех наблюдаемых нами случаях общий срок иммобилизации конечности не превышал 60 дней.

Поступила 1 ноября 1958 г.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ДЛЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО

Асс. Н. В. Ильина

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав.—проф. М. В. Дубнов)
Оренбургского медицинского института

В данной работе мы поставили своей задачей изучить непосредственные и отдаленные результаты после операции кесарева сечения для матери и новорожденного. Нами разработан материал по двум клиническим базам Оренбурга за 5 лет (1950—1954 гг). Всего родов было 18845, кесаревых сечений произведено 190 (1,01%), из них 81 классическое и 109 в нижнем сегменте.

По данным Белоножкина (1956), представившего значительный обзорный материал, материнская смертность при кесаревом сечении колеблется в различные периоды в довольно широких пределах (9,5—1,3%). Эти колебания частоты находятся в зависимости от самых разнообразных факторов. К ним, прежде всего, должны быть отнесены показания к операции, выбор обезболивания и техника вмешательства.

Снижение летальности объясняется строгим выбором показаний, усовершенствованием техники операции, своевременностью ее производства, методом обезболивания, а также внедрением за последние годы в хирургическую практику антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и переливания крови.

Среди наших наблюдений было два случая смерти (1,05%): в одном от кровотечения при предлежании плаценты, а в другом — от сердечной недостаточности при декомпенсированном пороке сердца.

Разбор наших наблюдений показал, что на первом месте среди показаний к кесареву сечению стоит узкий таз — 96 случаев (50,5%). В нашей клинике кесарево сечение, как правило, производится при узком тазе в нижнем сегменте с поперечным разрезом. Всего было 23 корпоральных и 73 операции в нижнем сегменте.

По поводу предлежания плаценты произведено 49 операций: по классическому методу 38, и 11 — в нижнем сегменте. 30 больных к

моменту операции были доставлены в тяжелом состоянии. Кесарево сечение в нижнем сегменте при предлежании плаценты мы начали производить с 1953 г., не имея при этом осложнений. Следует отметить, что вопрос о методике операции при предлежании плаценты является нерешенным. Наряду со сторонниками классического кесарева сечения при этой патологии, имеется ряд акушеров, рекомендующих кесарево сечение в нижнем сегменте (Пальмов, 1926; Дедерлейн, 1953; Мюллер, 1952; и др.).

Кесарево сечение по поводу преждевременной отслойки нормально прикрепленной плаценты произведено нами в 5 случаях. Эти показания для кесарева сечения мы считаем абсолютными для тех случаев, где абдоминальный путь является самым быстрым и бережным методом родоразрешения.

Неправильное положение плода может служить показанием к операции кесарева сечения, главным образом, в интересах плода (раннее и преждевременное отхождение вод). Операций при неправильном положении было 7: одно классическое и 6 в нижнем сегменте.

По поводу тяжелых токсикозов беременности было кесарево сечение в 5 случаях (2,6%).

Повторных кесаревых сечений в связи с осложнением в маточном рубце было 11 (7%), причем 4 женщинам первое кесарево сечение произведено в других лечебных учреждениях.

По прочим показаниям произведено 17 операций кесарева сечения, из них 9 классических и 8 в нижнем сегменте.

Из 190 операций кесарева сечения гладкое послеоперационное течение наблюдалось нами у 139 женщин (73%), осложненное — у 51 (27%).

Среди осложнений в послеоперационном периоде были: послеродовой эндометрит (13,6%), субинволюция матки (3,7%), воспалительные процессы в околоматочной клетчатке, придатках и в области послеоперационного рубца (3,7%), мочеточниково-влагалищный свищ при операции в нижнем сегменте (0,5%), тромбоз глубоких вен нижней конечности (0,5%), пневмония (0,5%), парез кишечника и перитонеальные симптомы (1%). Первичное заживление швов было у 175 женщин (92,2%), и у 15 (7,8%) — вторичное заживление.

Таким образом, процент осложнений все еще высок. Это обстоятельство не может быть не принято в расчет при общей оценке кесарева сечения, производимого даже по весьма строгим показаниям.

Значительный интерес представляет изучение отдаленных результатов после кесарева сечения для матери. Мы сочли необходимым остановиться на отдаленных результатах, связанных с анатомо-физиологическими особенностями травмированного органа, а также на общих изменениях всего организма.

Нас, прежде всего, интересовал вопрос — в какой мере страдает плодовитость матери. По данным литературы, способность женщины к зачатию и ее плодовитость после кесарева сечения снижаются. Из исследованных нами 100 женщин, которые могли бы забеременеть, забеременели 54. Исход беременности: самопроизвольные роды — у 4, повторное кесарево сечение — у 11, искусственный аборт — у 39. Снижение способности к зачатию у женщин, перенесших кесарево сечение, зависит от ряда факторов, среди которых несомненную роль играют сращения в результате чревосечения.

Менструальная функция нарушилась у 5, у 3 появились боли дисменоррейного характера и у двух полименоррея.

В связи с хирургическим вмешательством отмечены стойкие анатомические изменения в виде сращений послеоперационного рубца с подлежащими тканями (у 3), истончение рубца на матке (у 7); у 2 беременных, перенесших классическое кесарево сечение, образовалась послеоперационная грыжа. Пять женщин жаловались на боли в области

послеоперационного рубца и три — на общую слабость и головную боль. У 4 женщин отмечено снижение трудоспособности.

Таким образом, анатомо-физиологические нарушения встретились, по нашим наблюдениям, в 13,9%, то есть примерно у каждой 7-й женщины, перенесшей операцию.

Переходя к вопросу о ранней детской смертности после операций кесарева сечения, следует отметить, что в клинике смерть наступила у семи новорожденных (3,8%).

Из детей, извлеченных при операции по поводу узкого таза, умерли трое. У всех трех рожениц было раннее отхождение вод, период раскрытия продолжался свыше суток и период изгнания — 4—5 часов. Во всех этих случаях новорожденные извлечены в асфиксии и погибли в первые-вторые сутки после рождения. Причиной смерти явились либо внутриутробная асфиксия, либо родовая травма. Операция во всех случаях была запоздалой: в одном случае из-за позднего обращения роженицы в роддом, и в двух других — в результате затянувшегося врачебного наблюдения.

Ранняя детская смертность при предлежании плаценты была в двух случаях. Операция производилась по жизненным показаниям для матери. Извлечены недоношенные дети — в 2000 г и 1300 г с явлениями резко выраженного кислородного голодания.

Среди группы детей, извлеченных при операции кесарева сечения, произведенной по прочим показаниям, умерли два ребенка. Одна женщина страдала ревматическим митральным пороком с расстройством кровообращения 2—3 степени — извлеченный ребенок, недоношенный, весом 1800 г. У другой операция производилась по поводу опухоли брюшной полости. Извлеченные двойни весом 2000 и 1500 г. Ребенок весом 1500 г умер на 15-й день.

Наши наблюдения и литературные данные позволяют сделать заключение, что среди причин ранней смертности новорожденных при кесаревом сечении на первом месте стоят недоношенность и родовая травма. Обе эти причины отнюдь не связаны с операцией как таковой. Недоношенность новорожденных обусловлена широким применением кесарева сечения при преждевременных родах по поводу предлежания плаценты и при различных заболеваниях матери. Родовая травма является следствием выжидательного ведения родов при узком тазе.

Резкое снижение операций кесарева сечения при токсикозах беременных способствовало улучшению исходов для новорожденных.

На восстановлении веса новорожденных сказывается отмеченное нами снижение лактационной функции у родильниц, перенесших кесарево сечение. Причинным фактором является не столько сама операция, сколько те показания, по поводу которых она произведена: перенесенное кровотечение с выраженной вторичной анемией, тяжесть заболевания сердечно-сосудистой системы, а также лихорадочный послеоперационный период и его осложнения.

Мы проследили вес на 9—10 день, сравнили его с контрольной группой детей, рожденных через естественные родовые пути, причем оказалось, что снижение веса наблюдалось при кесаревом сечении у 46,8%, в контрольной группе у 32% новорожденных. Вес больше, чем при рождении — в 25,7%, в контрольной группе — в 38%.

Остановимся кратко на физическом и нервно-психическом развитии детей на первых годах жизни.

Нами обследован 141 ребенок, рожденный путем кесарева сечения; 87 детей при узком тазе и повторных кесаревых сечениях, 34 при предлежании плаценты и 20 при прочих показаниях. На первом году жизни исследовано 12, от года до полутора лет — 33, от 1,5 до 2 лет — 18 и свыше 2 лет — 78 детей.

По нашим данным, 65,2% детей после кесарева сечения начали при-

кармливаться с 5—6 месяцев, то есть своевременно, и в 34,8% начали получать прикорм рано.

Держание головки с первого месяца встретилось в 14,2%, с полутора месяцев в 9,29% и с двух месяцев — у основной массы детей. Более раннее держание головки встретилось, главным образом, после вмешательства при узком тазе и предлежании плаценты.

В отношении начала сидения дети развивались нормально. Почти половина детей (40,7%) начали сидеть с 5 мес. с поддержкой, другая половина (54,3%) — с 6 мес. без всякой поддержки.

А. Ф. Тур указывает, что в возрасте 6 мес. ребенок начинает ползать на четвереньках, а спустя месяц встает на коленки. По нашим данным, с 7 мес. начали ползать 22% всех детей после кесарева сечения, с 8—9 месяцев — 44,7%, на более поздний период приходится 27%, и о 6,3% данных нет.

Исследованные нами дети не отличались от рожденных через естественные родовые пути и в отношении начала стояния и хождения. 52 ребенка после кесарева сечения уже начинали стоять с 8 мес. при поддержке, 49 детей стояли с 9—10 мес. без всякой поддержки, и 33 ребенка начали стоять позднее (с проявлением рахита).

Почти половина (41,2%) находившихся под нашим наблюдением детей начали ходить самостоятельно с 10—11 мес., в 29,1% — с 12—13 мес., в 16,3% — с полутора лет, и в 5,7% — в более поздние сроки. Эти поздно начавшие ходить дети имели резкие проявления рахита.

По нашим данным, после кесарева сечения у 10,6% детей прорезывание зубов началось с 5 мес., у 56% — с 6 мес., у 9,2% — с 7 мес., у 5,7% — с 8 мес., и у 15,6% — позднее (о 2,8% нет данных).

По данным, полученным от матерей, дети после кесарева сечения начали улыбаться с 2 месяцев в 86,4%, с 3 мес. и позже — в 13,6%. Среди детей, начавших улыбаться более поздно, преобладают дети после операций по поводу токсокозов, неправильных положений и прочих показаний.

Наблюдаемые нами дети в 27,6% начали гулить с 2 мес. и в 72,2% — с 3 мес. и позже. Интересно, что в группе с ранним гуленьем оказались дети после повторных операций кесарева сечения, где, как правило, из-за боязни разрыва по рубцу, операция предпринималась в ранний этап родового акта.

Фиксация взгляда на предмете и интерес к игрушкам у детей появились с 2 мес. в 4,25%, с 3 мес. — в 43,26% и с 4 мес. и позднее — в 46%, о 6,39% данных нет.

Дети начали хватать предметы с 3 мес. — в 28,57%, с 4 мес. — в 42,86% и с 5 мес. — в 28,58%. Более раннее хватание предметов отмечено в группе операций по поводу узкого таза и при повторных кесаревых сечениях, то есть в группе, где нет недоношенных детей.

Реакция на голос была отчетливо выражена на 3 мес. в 44%, на 4 мес. — в 54%, на 5 мес. и позже — в 2%.

По данным опроса матерей, подвергшихся операции кесарева сечения, первые слоги, лепет у детей отмечались с 6 мес. в 23,7%, с 7 мес. — в 34,55% и в 41,72% — в более поздние сроки. Кажущееся более поздним развитие этого признака среди детей обусловлено тем, что учитывались не отдельно повторяемые слоги, а хорошо выраженный детский лепет.

Выполнение просьб дети начали осуществлять с 10 мес. в 24,11%, с 11 мес. — в 26,35%, с 12 мес. — в 43,26%. Нет данных о 5,67%.

Приведенные данные о физическом и нервно-психическом развитии детей, рожденных путем кесарева сечения, не дают основания выявить какие-либо отклонения, по сравнению с детьми, рожденными через естественные родовые пути при нормальном, неосложненном течении родового акта.

Таким образом, на основании наших материалов, мы можем заключить, что операция кесарева сечения наносит значительный ущерб здоровью женщины, но не нарушает физическое и нервно-психическое развитие ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальмов А. Ф. Акуш. и жен. бол., 1926. — 2. Полонский Я. Н. и Ильина Н. В. Акуш. и гинек., 1956, 4. — 3. Döderlein G. Münch. med. Wschr., 1953, Bd. 95. — 4. Müller F. Med. klin., 1952, Bd. 47.

Поступила 23 июня 1959 г.

ВЛИЯНИЕ АМИНАЗИНА НА РОДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Асс. В. М. Орловский

Из 2-й клиники акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Аминазин за последние годы стал довольно широко и со значительным терапевтическим эффектом применяться при лечении поздних токсикозов беременности.

При нормальных родах аминазин не оказывает существенного влияния на родовую деятельность, о чем свидетельствуют многочисленные данные иностранных авторов [2, 6, 7 и др.], применявших его для обезболивания родов. О влиянии аминазина на родовую деятельность при поздних токсикозах беременности имеются противоречивые наблюдения. Большинство авторов [1, 3, 6 и др.] указывает, что аминазин существенно не влияет на течение родовой деятельности, однако опубликованы и противоположные мнения.

Разноречивые данные о влиянии аминазина на течение родовой деятельности у больных с поздним токсикозом беременности и недостаточное освещение этого вопроса в литературе послужили основанием для опубликования наших наблюдений¹.

Нами проведено наблюдение за родовой деятельностью у 33 рожениц с различным по тяжести поздним токсикозом беременности. У большинства из них родовая деятельность записывалась токографом Лоранда. Аминазин вводился по 25—50 мг, преимущественно внутривенно, в 20—40 мл 40% раствора глюкозы однократно и в зависимости от тяжести токсикоза — повторно.

Все роженицы распределены на 3 группы.

Первая группа, где лечение проводилось только аминазином, включает 23 роженицы. Из 6 рожениц этой группы, которым аминазин вводился внутримышечно в периоде раскрытия, только у одной произошло ослабление родовой деятельности в 1-м периоде родов, после предоставления роженице отдыха эфиром развилась хорошая родовая деятельность. Из 10 рожениц, получивших аминазин внутривенно в 1-м периоде родов, у половины наблюдалась различная по тяжести слабость родовой деятельности. Двум роженицам из 10 аминазин применялся при уже имеющейся слабости родовой деятельности (в одном случае — первичной, в другом — вторичной). У одной из них в родах была преэклампсия, в связи с чем было сделано кровопускание. Ввиду повтор-

¹ См. «Казанский медицинский журнал», 1959 г., № 4.