

Характерной особенностью позднего токсикоза, развивающегося при гипертонической болезни, следует считать появление его в более ранние, чем обычно, сроки беременности. При I А ст. развитие позднего токсикоза наблюдалось у 33 беременных из 100, причем симптомы позднего токсикоза появлялись обычно с 25—28 недель; при I Б ст. поздний токсикоз развивался у 41 из 67, при II А ст.— у 19 из 28, при II Б ст.— у 11 из 13 и при III ст.— у 1 из 3 (симптомы возникли уже с 16—20 недель беременности).

При гипертонической болезни, осложненной поздним токсикозом, у 13 больных наблюдались кровоизлияния и отек соска зрительного нерва, у 10 из них — во II и III ст. гипертонической болезни.

Тяжелое течение беременности привело к необходимости досрочно прервать беременность путем родовозбуждения у 10 женщин, из них у 5 — с дополнительным расширением шейки матки метрейризом, у 1 (35 недель беременности) произведено абдоминальное кесарево сечение. Прерывание беременности производилось при II и III ст. гипертонической болезни у 8 из 11 больных.

Преждевременные роды наступили при осложнении у 21 беременной.

Отставание в развитии плода при гипертонической болезни, осложненной поздним токсикозом, наблюдалось более чем в 2 раза чаще, перинатальная потеря детей — в 3,5 раза чаще. Антенатальная гибель плода при осложнении происходила в 4,5 раза чаще. При II ст. гипертонической болезни перинатальная и антенатальная смертность была значительно выше, чем при I ст.

У большей части больных гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом, рождались маловесные дети (от 1000 до 2500 г), отстающие в физическом развитии; в родах у этих женщин вдвое чаще наблюдалась внутриутробная асфиксия плода. Они более предрасположены к повышенной кровопотере.

Общая продолжительность родов составила в этой группе больных $12,35 \pm 0,59$ часа, в группе женщин с гипертонией, не осложненной токсикозом, — $10,89 \pm 0,61$ часа.

У больных первой группы чаще применяли оперативные вмешательства ($64,0 \pm 3,4\%$), чем у больных второй группы ($36,0 \pm 3,4\%$), $P < 0,001$.

Артериальное давление во время родов у женщин с гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом, колебалось на более высоких цифрах во всех периодах родов, чем у женщин с неосложненной беременностью.

Следует отметить, что выжидательное ведение беременности у женщин, страдающих гипертонической болезнью, осложненной поздним токсикозом, с целью получения более жизнеспособного ребенка не достигает цели, так как при этом дети нередко погибают еще до начала родовой деятельности или рождаются с тяжелым отставанием в физическом развитии.

УДК 616—002.4—617.581.5—616.833.58—616—053.31

СУХИЕ НЕКРОЗЫ ЯГОДИЦ С ПАРАЛИЧАМИ СЕДАЛИЩНЫХ НЕРВОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Н. Я. Назаркин, Т. И. Назаркина и В. П. Осипова

(Саранск)

Данный синдром у новорожденных недостаточно изучен. Первые описания его появились в 1949 г. Английский врач Милс (1949) наблюдал 8 новорожденных с этой патологией. Роды были длительными, все дети родились в асфиксии, и всем в сосуды пуповины сразу же после рождения вводили некелмамид — синтетический препарат, возбуждающий дыхательный центр и сердечно-сосудистую систему. По мнению Милса, параличи и циркуляторные нарушения связаны с тромбозом нижней ягодичной артерии, которая питает седалищный нерв и соответствующий участок кожи ягодичной области. В дальнейшем аналогичные случаи описаны Гудсоном и соавторами, Сан Агистином, Т. Н. Дорофеевой, В. Л. Зубковой и В. А. Таболиним.

В Саранском роддоме № 1 в 1965 г. было 8 новорожденных с сухим некрозом ягодич. У 6 детей сухой некроз сопровождался вялым параличом ноги со стороны поражения, у 2 явлений паралича не было. У 4 родильниц был отягощенный акушерский анамнез (в прошлом они перенесли кесарево сечение).

Все дети родились от нормально протекающей беременности, в срок, с весом от 3400,0 до 4200,0. У 5 детей было головное предлежание, у 3 — ягодичное.

Роды у 4 матерей протекали тяжело с преждевременным отхождением вод и первичной слабостью родовых сил. У 4 детей было обвитие пуповины вокруг шеи. Все дети родились в тяжелой асфиксии, в связи с чем им тотчас после отсасывания слизи из дыхательных путей вводили в пупочную артерию от 3 до 5 мл 10% раствора

CaCl_2 и от 8 до 10 мл 40% раствора глюкозы. Все дети вышли из состояния асфиксии, однако или вскоре после рождения, или в первые сутки при первом осмотре ребенка педиатром были выявлены изменения со стороны кожи ягодич. Вначале возникало пятно на ягодиче синюшной или сине-багровой окраски. Пятна расценивались различно: у 3 детей как абсцесс ягодич, у 2 — как флегмона ягодич, у 3 — как сухой некроз ягодич, причем у 2 этот некроз считали врожденным.

У 6 детей изменения со стороны кожи сразу сопровождались парезом стопы или голеней на стороне поражения, у 2 некроз протекал без поражения нервных стволов. У 5 детей изменения были на правой ягодиче, у 3 — на левой.

Отмечена характерная динамика некротического процесса: вначале происходила отслойка эпидермиса, на 6—10-й день — отторжение некротических масс кожи и подкожной жировой клетчатки. Обнажалась глубокая рана с грануляционной тканью на дне. У 2 детей площадь участка некроза составляла 5×4 см, у 6 некроз был более распространенным, в процесс был вовлечен седалищный нерв. У 1 ребенка некроз распространялся не только на ягодичу, но и на поясничную область, рана инфицировалась, в последующем развились множественные подкожные абсцессы. Этот ребенок умер на 29-й день от сепсиса. У 1 ребенка некротический процесс распространился на область крестца и заднего прохода.

После отторжения некротических масс раны зарубцовывались.

У всех детей с вялым параличом седалищного нерва в последующем отмечалась выраженная динамика на сторону восстановления функций нижней конечности.

Приведенный литературный материал и данные родильного дома № 1 г. Саранска дают основание предполагать, что для развития некроза ягодич решающую роль играет введение тех или иных веществ в пупочные артерии.

УДК 616.314—002—616.314—008.3

ФУНКЦИЯ ЖЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ С КАРИОЗНЫМИ ЗУБАМИ

Л. М. Демнер и Г. Х. Ахметова

Кафедра ортопедической стоматологии (зав.— проф. И. М. Оксан) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В литературе мы не нашли данных о проявлении эмалево-мышечного рефлекса в начальных стадиях развития кариозного процесса. Не освещен также вопрос об определении жевательной функции при помощи мастикацииграфии после пломбирования зубов в детской практике в условиях плановой профилактической санации с наложением нескольких пломб одному ребенку в один сеанс.

Для изучения этих вопросов нами проведена мастикацииграфия по методу И. С. Рубинова при помощи электрокимографа с чернильной записью на миллиметровой бумаге у 72 девочек и 46 мальчиков в возрасте от 5 до 15 лет без аномалий зубочелюстной системы. С молочным прикусом было 7 детей, со смешанным — 51 и с постоянным — 60. У 84 детей были кариозные зубы, у 34 зубы были здоровы (контрольная группа).

В качестве пищевого раздражителя мы применяли ядро кавказского лесного ореха (фундук) весом 800 мг. Запись проводили отдельно при жевании на правой и левой сторонах от 2 до 4 раз для исключения случайностей.

Время жевания ядра ореха (жевательный период) неодинаково и зависит от многих факторов, в том числе от темперамента, жевания привычной стороной и др. Так, у детей с интактными зубами колебания между правой и левой стороной были незначительны. Жевательный период в молочном прикусе составляет в среднем 16 сек. при 32 жевательных движениях нижней челюсти. В смешанном прикусе жевательный период удлиняется и составляет $18,26 \pm 1,8''$ на правой и $16,8 \pm 1,4''$ на левой стороне с количеством жевательных движений соответственно $31 \pm 3,4$ и $30 \pm 3,3$. В постоянном прикусе время, затраченное на пережевывание одного ядра лесного ореха, значительно сокращается и составляет в среднем $12,6 \pm 1,6''$ при $20 \pm 1,8$ жевательных движений на правой и $12,2 \pm 0,9''$ при $20,3 \pm 1,6$ жевательных движений на левой стороне. Жевательные волны ритмичны, равномерны, петли смыкания — на уровне линии покоя или несколько ниже, имеют остроконую и плоскую форму. У детей с кариесом зубов значительно удлиняется период жевания, он достигает в молочном прикусе в среднем $23,8 \pm 1,2''$ при $37 \pm 1,7$ жевательных движений на правой стороне и $22 \pm 1,2''$ при $32 \pm 1,3$ жевательных движений нижней челюсти на левой.

В смешанном прикусе у детей с кариозными зубами длительность жевательного периода почти такая же, как у детей без кариеса: $18,1 \pm 1,2''$ при $24,7 \pm 1,8$ жевательных движений на правой и $17,4 \pm 1,1''$ при $28 \pm 1,3$ жевательных движений на левой стороне, что, вероятно, объясняется болью при попадании на кариозный зуб пищевого