

мальный контакт между ними и предотвращает микроподвижность. Операцию заканчиваем наложением швов на мягкие ткани и на кожу наглухо с дренированием вакуумотсосом в течение 2 суток.

В послеоперационном периоде больных укладываем на щит с мягкими подушками. С целью профилактики послеоперационной пневмонии и пролежней больного через каждые 6 ч переворачиваем. Назначаем ЛФК и содовую ингаляцию. Швы снимаем на 10-й день. Ни у одного больного не возникло послеоперационных осложнений и не было детальности. Каждого больного поднимаем только после рентгенологического контроля.

В целях сокращения сроков постельного режима до поднятия больных накладываем им в положении лежа корсет из поливика по следующей методике. В положении больного на животе моделируем позвоночный отдел корсета, после застывания поливика переворачиваем его на спину и моделируем передний отдел, предварительно прогрев передние края поливика. Средняя продолжительность послеоперационного постельного режима сокращается с 5—6 до 2,8 месяцев.

Антибактериальное послеоперационное лечение осуществляем в течение 3—6 мес. В амбулаторном режиме больной получает прерывистое лечение двумя антибактериальными препаратами. Ношение корсета рекомендуем от 1 до 1,5 лет в зависимости

от профессии. У всех 6 больных с глубокими неврологическими нарушениями, оперированных по описанной методике, восстановились функции тазовых органов и движения в нижних конечностях. Отдаленные результаты проверены на сроках от 8 мес до 4 лет. Стойкий лечебный эффект отмечен в 96% случаев с образованием прочного костного блока позвонками и отсутствием очагов деструкции. Наиболее выраженные костные спайки образовались после применения трансплантата на питающей ножке.

Таким образом, трансторакальные внебрюшинные доступы к пораженному позвоночнику с одномоментным выполнением экзотомной резекции тел позвонков, ревизией спинномозгового канала у больных с неврологическими нарушениями, а также переднебоковой спондиледез фрагментами аутокости на питательной ножке или свободными с формированием замка между позвонком и трансплантатом в виде трапеции обеспечивают радикализм, сокращают сроки лечения и могут успешно осуществляться в условиях противотуберкулезного диспансера.

Передний спондиледез с ревизией спинномозгового канала, применяемый при лечении туберкулезных спондилитов, эффективен и у больных с компрессионным переломом позвоночника, осложненным сдавливанием передних отделов спинного мозга.

Поступила 07.07.88.

УДК 618.5—089.888.61—02:616—053.2—037

РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Э. Н. Ахмадеева

*Кафедра детских болезней педиатрического факультета (зав.— проф. С. Е. Беляев)
Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

В целях профилактики материнской и перинатальной смертности в последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к расширению показаний для абдоминального родоразрешения [1, 4]. Частота кесарева сечения, по данным различных авторов, колеблется от 3—6,5 [3] до 21,6% [6]. В то же время в литературе недостаточно освещены непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты кесарева сечения для ребенка, соответственно не разработаны и методические подходы к выхаживанию данной группы детей. Врачи нередко не различают детей, извлеченных абдоминальным путем и родившихся через естественные родовые пути, а в ряде случаев считают кесарево сечение оптимальным методом родоразрешения для плода и новорожденно-го. Первые результаты физиологических исследований детей, родившихся с помощью кесарева сечения [5], свидетельствуют о не-

безразличности данной операции для новорожденного.

Нами изучены исходы кесарева сечения для новорожденных (470) и для детей первого года жизни (175) при неосложненном течении беременности, когда исключалось неблагоприятное влияние тяжелой соматической и акушерской патологии на развитие плода. Контрольную группу составили 120 новорожденных, родившихся естественным путем при неосложненной беременности; у 60 из них были изучены катamnестические данные.

Новорожденные были разделены на 2 группы в зависимости от кратности кесарева сечения у матери. В 1-ю группу вошли 208 новорожденных, извлеченных путем первичного кесарева сечения по относительным показаниям в интересах плода (клинически узкий таз, неправильное положение плода, первичная слабость родовой деятель-

ности). 2-ю группу детей представляли 262 новорожденных, родившихся с помощью повторного кесарева сечения по послеоперационному рубцу на матке. Показаниями к операции в последней группе были анатомо-функциональная неполноценность рубца на матке, клинически и анатомически узкий таз.

Удовлетворительная (8—10 баллов) оценка по шкале Апгар на 1-й минуте извлечения была дана $20,2 \pm 2,8\%$ новорожденным 1-й группы и $16,8 \pm 2,3\%$ детям 2-й группы ($P \leq 0,05$), оценка 5 баллов и ниже — соответственно $18,3 \pm 1,7\%$ и $22,9 \pm 1,8\%$ новорожденным. На 5-й минуте после рождения на 5 баллов и ниже по шкале Апгар были оценены $2,4 \pm 1,0\%$ детей 1-й группы и у $8,0 \pm 1,1\%$ новорожденных 2-й группы ($P < 0,01$). В контроле эта группа детей составила $0,9 \pm 0,8\%$. Общеизвестно, что оценка по шкале Апгар на 5-й минуте коррелирует с уровнем нервно-психического развития детей раннего возраста. Полученные результаты представляют в данном аспекте определенный клинический и теоретический интерес. Достоверно большая частота тяжелых и среднетяжелых форм гипоксии плода при повторных кесаревых сечениях свидетельствует о том, что наличие послеоперационного рубца на матке небезразлично для кислородного обеспечения организма внутриутробного плода.

Особое внимание было уделено изучению показателей физического развития новорожденных. С помощью метода Г. М. Деметевой и соавт. [2] было установлено, что при первом кесаревом сечении все дети были доношенными. Низкая масса тела (2500 г и ниже) была лишь у $1,9 \pm 0,9\%$ детей. При повторной операции недоношенных детей было $6,1\%$, с низкой массой тела — $9,9 \pm 1,2\%$ (в контроле — $2,5 \pm 1,0\%$). При повторном кесаревом сечении общее число новорожденных с низкой массой тела вместе с недоношенными увеличилось до $16,0\%$.

Распределение показателей массы тела новорожденных по перцентильным интервалам показало отчетливое снижение питания (ниже P_{10}) при первичном кесаревом сечении в $22,6 \pm 3,0\%$ случаев, при повторной операции — в $48,0 \pm 3,2\%$ ($P < 0,001$). Нарушения процессов развития плода при наличии послеоперационного рубца на матке помимо уменьшения массы тела характеризовались диспропорцией телосложения (несоответствие массы тела росту), различными стигмами дисэмбриогенеза. Частота врожденных пороков и аномалий развития у новорожденных сравниваемых групп не имела достоверных различий.

Процессы ранней адаптации новорожденных после кесарева сечения протекали с напряжением (чаще отмечались большая потеря и позднее восстановление первоначальной массы тела за счет катаболической

направленности обменных процессов, срывы адаптации, анемия за счет фетоплацентарной кровопотери и др.). Срывы адаптации наиболее часто наблюдались у новорожденных, извлеченных путем повторного кесарева сечения.

Показатели общей заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде были выше при абдоминальном родоразрешении; летальные исходы были лишь при повторных операциях кесарева сечения. Причиной смерти детей во всех случаях были пневмопатии с синдромом дыхательных расстройств на фоне недоношенности или морфофункциональной незрелости.

В постнатальном онтогенезе изучали показатели физического, нервно-психического и соматического развития детей. Проведены обследование и анализ катamnестических данных 175 детей, родившихся путем кесарева сечения, на первом году жизни; 16 из них были извлечены путем повторного кесарева сечения. Годовалого возраста не достиг один ($0,6\%$) ребенок, умерший в возрасте 3 мес от респираторной инфекции, пневмонии. В контрольной группе было обследовано 60 детей.

На естественном вскармливании до 10—12 мес содержались 70 ($40,0\%$) из 175 детей основной группы, на смешанном — 18 ($10,3\%$), на искусственном — 87 ($49,7\%$); в контрольной группе — соответственно $66,7\%$, $16,7\%$ и $16,7\%$. Всего на искусственном и смешанном вскармливании находились $59,8\%$ детей, родившихся абдоминальным путем. В абсолютном большинстве случаев (93%) причиной перевода детей на искусственное вскармливание была гипогалактия у матерей.

У большинства из 175 детей время прорезывания первых зубов соответствовало возрастным нормам. У $76,4\%$ детей первые зубы прорезались в 6—8 мес; в возрасте 12 мес зубы отсутствовали у 2 ($1,1\%$) детей. Однако общее количество зубов в первый год у детей, родившихся путем кесарева сечения, было меньше (средний показатель — 5,8), чем в контроле (8,2).

Физическое развитие изучаемого контингента характеризовалось неравномерностью нарастания массы и роста по кварталам первого года жизни, а также значительным отставанием этих показателей от таковых в контрольной группе. Так, низкие (ниже P_{25}) и очень низкие (ниже P_3) показатели массы тела в 3 мес были у $34,5\%$ детей, в 6 мес — у 46% , в 9 мес — у $37,9\%$, в 12 мес — у 31% ; низкие и очень низкие показатели длины тела — соответственно у $48,0\%$, $55,2\%$, $48,3\%$ и $47,1\%$. Полученные данные свидетельствуют о нарушениях и диспропорциях в физическом развитии детей, родившихся абдоминальным путем. У детей от повторного кесарева сечения неравномерность нарастания массы и роста

тела была более выражена, чем у детей от первичной операции, однако разница была статистически недостоверной, что, возможно, объясняется сравнительно небольшим числом наблюдений.

Обращено внимание на большую частоту общей заболеваемости детей первого года жизни в основной группе. Индекс здоровья составил 5,2 (в контрольной группе — 25), показатель общей заболеваемости по обращаемости (без учета показателей отставания в физическом развитии и заболеваемости рахитом) достиг 3569 на 1000 детей, что превышало допустимые нормативы более чем в 2 раза. 44,8% детей болели эпизодически и редко (1—3 раза в год), 43,1% — часто (4—5 раз), 6,9% — очень часто (6 и более раз). Таким образом, 50% детей, родившихся с помощью кесарева сечения, болели часто и очень часто.

В структуре заболеваний изучаемого контингента детей ведущие место занимали ОРВИ (58,0%) и неспецифические воспалительные заболевания бронхолегочной системы (14,5%). Сравнительно большой удельный вес (10,8%) приходился на гнойно-воспалительные процессы, аллергический диатез, острые кишечные инфекции. Экспертная оценка результатов исследования позволила заключить, что большая частота случаев заболеваний детей, извлеченных путем кесарева сечения, на первом году обусловлена комплексом факторов — более низким индексом здоровья в период новорожденности, низкими показателями иммунного статуса при рождении, поздним прикладыванием к груди матери в родильном доме, большой частотой случаев раннего перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание ввиду гипогалактики у матерей.

Нервно-психическое развитие также характеризовалось рядом отклонений. Так, в первом полугодии жизни у 37 (21,1%) детей были выявлены невропатологом такие неврологические симптомы, которые свидетельствовали о функциональных нарушениях центральной нервной системы: у 25 наблюдался гипертензионно-гидроцефальный

синдром, у 12 — церебрастенический синдром, однако указанные расстройства были нестойкими и к 10—12 мес жизни у большинства из них компенсировались. 18 (10,3%) детей начали поздно ходить (после 13—14 мес); 7 (4,0%) обследованных отставали в психическом развитии (в контроле — 0,9%); у 3 (1,7%) детей отмечалось некоторое опережение возрастных норм развития.

ВЫВОДЫ

1. Дети, извлеченные путем кесарева сечения, должны быть включены в группу риска по потенциальной возможности повышенной частоты перинатальной патологии, нарушения физического и соматического здоровья на первом году жизни. Наличие послеоперационного рубца на матке повышает риск развития перинатальной патологии и ранней неонатальной смертности.

2. Организация медицинского обеспечения детей, извлеченных путем кесарева сечения (особенно повторного), должна предусматривать в антенатальном периоде следующие мероприятия: профилактику хронической гипоксии и гипотрофии плода, хронической фетоплацентарной недостаточности, пневмопатии новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В., Ланцев Е. Е.* // Кесарево сечение. — М., Медицина, 1985.
2. *Дементьева Г. М., Козлова Е. А., Нисан Л. Г.* // Оценка физического развития новорожденных. Методические рекомендации. — М., 1984.
3. *Ельцов-Стрелков В. И.* // Акуш. и гин. — 1980. — № 11. — С. 29—32.
4. *Савельева Г. М., Серов В. Н., Кулаков В. И.* // В кн.: Объединенный пленум правлений Всесоюзного и Всероссийского научных медицинских обществ акушеров-гинекологов. — М., 1979.
5. *Цыбульская И. С.* // Клинико-физиологические основы адаптации новорожденных детей. — Автореф. докт. дисс. — М., 1984.
6. *Farrel S. I. et al.* // *Obstet. and Gynec.* — 1980. — Vol. 56. — P. 696—700.

Поступила 06.05.88.

УДК 615.814.1 + 615.849.191:613.84

ЛАЗЕРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ

А. С. Юсупов, С. Х. Вахитова, С. П. Васюк

Кафедра терапии № 4 (зав. — доктор мед. наук Р. М. Фаздыева) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ, поликлиника № 38 (главврач — А. В. Тетерина), Уфа

Табакокурение является самой распространенной токсикоманией современности и одной из причин многих тяжелых заболеваний, особенно в развитых странах. По сведениям ВОЗ, общая смертность среди курящих в разных странах превышает на 30—

80% смертность среди некурящих, причем наиболее значительная часть курящих погибает в возрасте 45—54 лет, особенно ценном с точки зрения профессионального опыта. С каждым годом возрастает опасность пагубного влияния табакокурения на про-