

С. А. АЛЕКСАНЯНЦ

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Операция наложения щипцов является одной из часто применяемых акушерских операций и встречается в 1—2% родов. Вопросу о непосредственных результатах наложения щипцов для детей посвящено достаточно работ, в отношении же отдаленных последствий наложения щипцов в литературе имеются немногочисленные и разноречивые данные. Это и побудило нас разработать материал акушерско-гинекологической клиники Ереванского мед. института за период с 1931—1958 гг. За этот период проведено 52690 родов, из которых 446 (0,85%) закончились наложением щипцов. По своему характеру операции распределяются следующим образом: наложение высоких щипцов (5 роженицам), полостных (149 роженицам) и выходных (292 роженицам).

Для того, чтобы судить о ближайших результатах наложения щипцов для новорожденного, необходимо рассмотреть мертворождаемость и смертность новорожденных, а также травматичность операции для плода.

Мертворождаемость при всех родах в царской России имела место в 5%. За годы Советской власти мертворождаемость снизилась более чем в 2 раза и в 1956 г. составляла 1,77% (О. К. Никончик [19]).

При оперативных способах родоразрешения мертворождаемость выше. Повышение мертворождаемости в этих случаях обусловлено целым рядом моментов, осложняющих роды. Основное место среди них занимает внутриутробная асфиксия плода, внутричерепные кровоизлияния. Определенное место в этом вопросе, несомненно, должно быть отведено и оперативной травме.

Мертворождаемость при наложении щипцов по данным целого ряда авторов за последние 30 лет колеблется в пределах 3,9% (Л. Ф. Богданова [3]) — 13,6% (Я. Н. Полонский [23]). Этому же вопросу посвящены работы Сулгановой [26], Г. М. Шполянского [33], Г. Л. Дозорцевой [10], Н. А. Цовьянова [32], М. А. Петров-Маслакова [22], Ф. П. Ханиной [31], И. А. Штерн [34], А. В. Ланковиц [15], И. Т. Беляева [2], Е. Н. Антипиной [1].

По нашим данным, мертворождаемость имела место в 32 случаях, что на 446 родов, закончившихся наложением щипцов, составляет 7,17%.

При наложении щипцов в случаях мертворождений имелись следующие показания:

1. Глубокая внутриутробная асфиксия плода, затяжные роды (до 130 ч.), длительный безводный период, длительный период изгнания (от 8 ч. до 21 ч.), выпадение пуповины, затянувшийся истинный узел пуповины, преждевременная отслойка плаценты — 25 случаев.

2. Внутриутробная асфиксия плода при раннем отхождении вод — 4 случая.

3. Эклампсия — 3 случая.

Вышеуказанные показания наблюдались у рожениц, имеющих неблагоприятную «акушерскую характеристику»: узкий таз и атипическое вставление головки — в 13 случаях, «старые» первородящие — в 8, эндометрит в родах — в 8.

Кроме того, в 10 случаях роды начались в районах республики, и роженицы доставлялись в клинику в неблагоприятных условиях, зачастую после безуспешной многочасовой родовой деятельности.

Как видно из приведенных данных, ни в одном случае мертворождения не было нормального течения родов, а в большинстве их наблюдалась комбинация различных осложнений, которые сами по себе могут быть причиной повышения процента мертворождаемости. По нашим наблюдениям, эти осложнения в родах и являются основными причинами мертворождений при наложении щипцов. Несомненно, что определенную роль в этом вопросе играет и оперативная травма, но значение ее становится тем меньше, чем меньше отрицательных факторов влияло на плод. Технически правильно выполненная операция при отсутствии моментов, усугубляющих состояние внутриутробного плода, в подавляющем большинстве случаев служит причиной незначительных повреждений плода, проходящих в первые же дни жизни.

За последние годы в литературе имеется ряд работ, посвященных выяснению причин внутричерепных кровоизлияний у плода и мертворождаемости, а также роли оперативной травмы в их происхождении. Большинство авторов высказывают точку зрения о главенствующей роли в повышении процента мертворождаемости всех осложняющих роды моментов, которые предшествовали им или послужили причиной наложения щипцов (Д. Д. Лифшиц [17], М. И. Олевский [20], Г. П. Полякова [24], В. И. Тихеев [27], М. А. Даннахий [7], А. Д. Дейнина [8].

С. Л. Кейлин [12] и А. П. Николаев [18] считают, что основным этнологическим фактором внутричерепного кровоизлияния является нарастающая внутриутробная асфиксия плода, сопровождающаяся расстройством кровообращения.

При наложении щипцов акушер всегда должен помнить, что сила влечения головки в щипцах должна заменять ту недостающую или отсутствующую силу, которая необходима для завершения родов в данный момент.

Грубая физическая сила при тракциях резко ухудшает прогноз для плода и является частой причиной мертворождаемости и ранней смертности новорожденных. В этих случаях могут иметь место внутричерепные кровоизлияния, разрывы синусов, мозжечкового намета, переломы

костей черепа со вдавлением в мозговую ткань, кровоизлияния в позвоночный канал, хотя целый ряд авторов описывает такие же повреждения и при самопроизвольном родоразрешении (Д. Д. Лифшиц, И. А. Штерн, С. Л. Кейлин, К. Т. Комарова, А. А. Лебедев, М. И. Олевский, Г. П. Полякова, М. А. Даниахий, Л. Г. Додонова, В. И. Тихеев).

Важное значение в повышении процента мертворождаемости имеет местонахождение головки плода при наложении щипцов. Чем выше в родовом канале находится головка плода в момент наложения щипцов, тем выше процент мертворождаемости.

По нашим данным, на 292 случая наложения выходных щипцов имело место 15 случаев мертворождения, что составляет 5,1%. Из 149 случаев наложения полостных щипцов мертворождаемость имела место в 16 случаях, или в 10,7%. На 5 случаев наложения высоких щипцов мертворождаемость была в 1 случае (условно — 20%).

Таким образом — чем выше стоит головка плода в родовом канале, тем больше мертворождаемость.

Ранняя смертность новорожденных имеет в своей этиологии, в основном, те же причины, что и мертворождаемость.

На основании данных целого ряда отечественных авторов, смертность новорожденных, извлеченных щипцами, за последние годы колеблется в пределах 1,6% (А. В. Ланковец) — 13,7% (М. Д. Гутнер, а также А. Ф. Пальмов, Султанова, Е. С. Лазарева, Н. А. Цовьянов, Я. Н. Полонский, Ф. П. Ханина, М. А. Петров-Маслаков, И. А. Штерн, И. Т. Беляев, Е. Н. Антипина).

На нашем материале наблюдений из 414 новорожденных в клинике умерло 18, или 4,35%.

Чем выше в родовом канале находилась головка плода к моменту операции, тем выше процент ранней смертности новорожденных. При выходных щипцах она составляла 5,2%, при полостных — 5,6%, при высоких (условно) — 25%, что подтверждается данными других авторов (М. А. Петров-Маслаков [22], А. П. Гумилевский [5], А. Баурейзен [35]).

На нашем материале наблюдений основной причиной смертности новорожденных являлось внутричерепное кровоизлияние. Они являлись следствием длительного течения родов, продолжительного сжатия головки плода в тазу, наличия внутриутробной асфиксии плода, являющейся наиболее частой причиной наложения щипцов в случаях смерти новорожденных, наличия тяжелых токсикозов беременности у роженицы (эклампсия, эклампсизм). Вместе с этим нельзя не учитывать неполноценность сосудистой стенки у новорожденных (А. Ф. Тур [22]) и оперативную травму, являющуюся в ряде случаев причиной этих кровоизлияний.

Таким образом, общая потеря детей (мертворождаемость и смертность новорожденных), по нашим данным, составляет — 42 или 12,1%. По характеру операции она распределяется следующим образом:

при выходных щипцах — 10,0%
при полостных щипцах — 16,0%
при высоких щипцах — 40,0%.

Общая потеря детей, по данным целого ряда отечественных и зарубежных авторов, колеблется в пределах 6,8% (Н. А. Цовьянов) — 21,6% Нотуга (Номура).

В тесной связи с мертворождаемостью и ранней смертностью новорожденных стоит вопрос о травматизме плода, извлеченного щипцами. Эти повреждения могут быть как самыми безобидными (ссадины, царапины мягких частей головки плода), так и тяжелыми, вызывающими смерть новорожденного или калечащими его.

На нашем материале наблюдений поверхностные повреждения головки плода имели место в 196 случаях — 47,4%. Эти повреждения локализовались на лице, волосистой части головки плода, шее, ушах. Частота этих повреждений повышалась соответственно тяжести операции. Так, при выходных щипцах они имели место в 118 случаях — 40,7%, при полостных в 76 случаях — 51,0%, а при высоких — в половине случаев.

Кроме этого, у новорожденных, извлеченных щипцами, мы наблюдали кефалогематомы в 18 случаях, что составляет 4,3%, в то время как они обычно встречаются в 0,3—0,5% всех родов (Г. Г. Гентер, А. Ф. Тур). У одного новорожденного имело место кровоизлияние в грудинно-ключично-сосковую мышцу, прошедшее без следа.

Из поражений периферических нервов мы наблюдали: парезы лицевого нерва в 37 случаях (8,9%), 2 случая паралича плечевого сплетения, 2 случая паралича лучевого нерва. Необходимо отметить, что парезы лицевого нерва встречались при полостных щипцах в 1,5 раза чаще, чем при выходных. Это вполне понятно, так как при полостных щипцах в ряде случаев имеет место атипичное расположение ложек щипцов на головке плода и применяется больше усилий для его извлечения.

Считаем необходимым отметить, что мертворождаемость и смертность новорожденных при родоразрешении щипцами гораздо выше, чем при самопроизвольных родах. Это объясняется прежде всего причинами, обусловившими оперативное вмешательство. Эти причины связаны с аномалиями родового акта (асфиксия плода, слабость родовой деятельности, преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод, узкий таз, длительное стояние головки в малом тазу и т. д.), заболеваниями матери (эклампсия, нефропатия, эндометрит в родах) и неправильным ведением родов. В части случаев, бесспорно, усугубляющим моментом явилась оперативная травма, которой должно быть отведено при своевременной и технически правильно выполненной операции не-большое место.

Травматизм плода в основном связан с оперативной травмой. Но этим травмы в подавляющем большинстве являются незначительными (повреждения мелких частей, головки плода, парез лицевого нерва) и

проходят ко дню выписки из стационара, или в первые недели жизни ребенка.

Вопросу об отдаленных результатах, интересующему врачей различных специальностей (акушеры, педиатры, невропатологи, психиатры), в литературе уделено незначительное место.

Это и побудило нас, изучив течение родов, а также дальнейшее развитие ребенка, проследить за отдаленными результатами наложения щипцов и попытаться выяснить роль и значение оперативной травмы в происхождении тех или иных осложнений.

В. П. Жуковский в 1903 г. одним из первых сделал попытку проследить судьбу детей, родившихся с помощью щипцов. Он наблюдал 100 детей в течение 2 недель, причем смертность среди них составляла 22%.

Более детально этот вопрос разрабатывается в отечественной литературе в последние годы (Е. С. Лазарева [14], Я. Н. Полонский [23], Ф. П. Ханина [31], С. И. Федоров [30], А. В. Ланкович [15], Е. Н. Антипина [1], Ц. В. Тохалзе [28], Н. И. Раймова [25]).

Многие авторы отмечают единичные случаи неблагоприятных отдаленных результатов и считают, что физическое и умственное развитие детей не дает заметных отклонений от развития детей, родившихся без оперативного вмешательства.

В иностранной литературе имеется ряд работ, доказывающих, что дети, извлеченные щипцами, в своем физическом и умственном развитии не отличаются от сверстников, родившихся самопроизвольно (Г. Ганс [36], П. Веттердаль [38] и др.).

Наш материал составляет результаты обследования 172 детей, извлеченных щипцами за период 1931—1958 гг., из которых к моменту обследования было в живых 160, что составляет 93,0%. Возраст обследованных детей был в пределах от 1 до 22 лет. От 1 до 5 лет было 82 ребенка, от 6 до 10 лет — 32, от 11 до 15 лет — 26 и от 16 до 22 лет — 20 детей.

Нами умышленно был взят такой большой диапазон в возрасте, так как в имеющихся работах по этому вопросу возраст обследованных детей ограничивался 12 годами, а нас интересовал вопрос, как развиваются такие дети и в юношеском возрасте. Учитывалось и то, что в литературе имеется указание, что последствия родовой травмы выявляются тем чаще, чем старше ребенок (А. Д. Дейнина). Вместе с тем, мы понимали и большую трудность поставленной перед нами задачи ввиду того, что бурный рост социалистического строительства в Армении в послевоенные годы вызвал большое передвижение людей, что вместе с давностью лет, прошедших после родов, значительно затрудняло нахождение детей, извлеченных щипцами.

Из 172 детей было извлечено наложением высоких щипцов — 2, полостных — 65, выходных — 105. Умерло после выписки из стационара — 12 детей (7 — из группы полостных и 5 — из группы выходных щипцов) и прямых указаний на связь между причиной смерти этих детей и опера-

нией наложения шипцов нет. При изучении данных не отмечено какой-либо повышенной заболеваемости этих детей. В подавляющем большинстве это детские инфекционные заболевания (корь, коклюш, ветряная оспа, скарлатина, паратиф, диспепсия, дифтерит), характерные для детей данного возраста. На первом году жизни болело 40 детей из 172, что составляет 23,2%. Умерло на 1 году жизни 9 детей (5,2%), на 2 году — 1 ребенок (0,6%), на 3 году — 1 (0,6%) и на 4 — 1 (0,6%). Эти данные позволяют считать, что у детей, извлеченных шипцами, нет повышенной заболеваемости или пониженной жизнеспособности организма.

Для суждения о физическом и умственном развитии, мы обследовали 160 детей. Обследование производилось по анкете, разработанной для этих целей А. В. Ланковиц совместно с детским психоневрологом проф. Т. П. Симпсон. Данные физического развития обследованных детей не говорили о каком-либо отставании и оно соответствовало общепринятым нормам физиологии данного возраста. Из 160 обследованных детей у 1 наблюдались припадки с 1 г. 8 мес., у 3 наблюдалась отсталость движений в нижних конечностях, а у 1 — в верхних. Двое детей с отсталостью движений в нижних конечностях перенесли полиомиелит после которого это и имело место, а у мальчика с поражением руки имелся при рождении паралич плечевого сплетения, приведший к частичной атрофии мышц. Один ребенок имел подергивание головы, которое имело место при заболевании хореей.

Зрение было хорошим у 151 ребенка, понижено у одного ребенка (до 0,4), близорукость с 8, 9, 10 и 12 лет отмечалась у 5 детей и косоглазие имело место у 3 детей. Слух был хороший у всех 160 детей.

Развитие речи происходило у них нормально: первые слова произносили к 9 месяцам — 47 детей, до 1 года — 79 детей, в 13—15 мес. — 16 детей, до 18 мес. — 12 детей, в 19—24 мес. — 6 детей, в 2,5 года — 1 ребенок. К моменту обследования ни у одного ребенка не отмечено заикание, хотя у 3 из них в возрасте 2—3 года оно имело место.

Беспокойный сон отмечался у 16 детей, а 2 — имели ночные страхи. Ночным недержанием мочи к моменту обследования ни один ребенок не страдал, хотя 4 из них имели его в возрасте 8, 12 и 14—16 лет.

Плохая память отмечена у 3 детей. Головными болями страдают 7 детей, причем 4 это связывают с занятиями (в школе или дома), одна девушка 17 лет отмечает их наличие весной и осенью в течение последних 2 лет и двое имеют головные боли с 13 и 16-летнего возраста, обычно наступающие после переутомления или нервного возбуждения.

Среди обследованных — 64 дети школьного возраста. Все они учатся, причем отстают в учебе только 4 ребят (6,25%). Среди них 34 (56,7%) — отличники и ударники учебы, 4 — с хорошими музыкальными способностями, 1 — хорошо рисует.

Из 172 детей, вошедших в разрабатываемый нами материал, после рождения имели ссадины, небольшие ранки на лице, голове, шее — 93 (54,1%) ребенка, явления пареза лицевого нерва — 15 (8,7%) детей,

1 (0,6%) — пареза плечевого сплетения и 1 (0,6%) — пареза лучевого нерва. Из числа этих детей при обследовании обнаружены кожные рубцы на лице, волосистой части головы, шее в виде едва заметных рубцов — «оспинок», а также небольших линейных рубцов до 8—10 мм длиной, не связанных с подлежащими тканями и совершенно безболезненными у 36 (20,7%) детей. У 3 детей имеется небольшое вдавление на лобной или затылочной костях, не причиняющих им никакого беспокойства.

Ниже приводятся выписки из истории родов матерей с краткими данными о последующем развитии родившихся с наложением щипцов и у которых имеются данные детей о наличии родовой травмы или случаи подозрительные на это.

1. Г. Р. Н., 31 года, первые роды (ист. бол. № 255), поступила в клинику 23/X—1937 г с ранним отхождением околоплодных вод. Размеры таза нормальные; ввиду слабости родовой деятельности и продолжительной асфиксии плода наложены полостные щипцы (период изгнания—8 час. 55 мин.). Извлечен доношенный плод, мужского пола, весом 3500 г, в синей асфиксии. За ушком имелась рана и гематома, которые затем прошли. Выписан домой здоровым. В 1,5—2 месяца держал головку, а в 6,5 мес. прорезались первые зубы, но сидеть начал поздно, с 9 месяцев, причем сидел не крепко. Ходить начал с 1 года 4 мес., но ходил неустойчиво. В 1 год 8 мес. заболел токсической диспепсией с наличием высокой температуры. В это время впервые у ребенка появились эпилептоформенные припадки, которые повторялись не часто и, большей частью, проявлялись во время заболеваний, когда была высокая температура. В 3 года 8 мес. болел скарлатиной, в 4,5 года — левосторонним воспалением среднего уха, в 5 лет — паратифом, в 7,5 лет корью, ветряной оспой, паратифом и часто ангиной.

Говорить начал с 8 месяцев. Говорит хорошо, заикания нет. Примерно с 2 лет мать заметила, что у ребенка несколько отстают в движении левая рука и нога; невропатолог установил у ребенка гемипарез. В 1946 г. находился на излечении в клинике нервных болезней 1 МОЛМИ, где был поставлен диагноз — органическая эпилепсия и остаточный левосторонний гемипарез.

Умственно мальчик хорошо развивался. Слух хороший, музыкален. Учился в школе хорошо. Окончил ее с золотой медалью. Хорошо учится также в ВУЗ-е.

Приступы эпилепсии, частые до лечения (1945—15 в год, в 1946 г.—26), с 1947 г. стали значительно реже и в последние годы имеют место по 2—3—4 в год. В настоящее время — студент IV курса.

2. А. В. Х., 42 года, восьмые роды (ист. бол. № 2053). Поступила в клинику 15/XII—1945 г. По поводу вторичной слабости родовых сил наложены выходные щипцы (потужный период — 4 ч. 30 мин.). Извлечен доношенный плод мужского пола, весом 4400 г, в асфиксии. Оживлен через 12 мин. Применялось оживление по Шульце. Повреждение кожи на лбу, на шее имеется отек. Правая рука свисает. Через 5 дней отек на шее уменьшился, общее состояние улучшилось и ребенок был выписан с парезом плечевого сплетения. С 1 мес. жизни держал головку. Зубы прорезались к 1 году. К этому же времени начал произносить первые слова. В 1,5 года начал ходить. Ребенок очень подвижен, раздражителен. В 3 и 4 года перенес корь и ветряную оспу. Невропатолог подтвердил наличие пареза плечевого сплетения. Лечебная физкультура в 1954 году дала небольшое улучшение. В настоящее время при обследовании в клинике нервных болезней констатировано наличие остаточных явлений паралича плечевого сплетения с наличием мышечной атрофии. Возраст — 9,5 лет. Учится во 2 классе.

3. Б. Р. Г. 20 лет, первые роды (ист. род. № 931). Поступила в клинику с ранним отхождением околоплодных вод 6/XI—1945 г. Безводный промежуток — 17 ч. Потужной период — 6 ч. 55 мин. Установлен задний вид затылочного вставления. По поводу слабости родовой деятельности наложены полостные щипцы. Извлечен доношенный плод мужского пола, весом 3300 г, в глубокой асфиксии. Оживлен с трудом. На лбу имелись ссадины. Имелись явления паралича лицевого нерва, которые прошли к концу 1 месяца жизни. В дальнейшем развивался нормально. Болеет рахитом, корью, паратифом. При обследовании ребенку было 9 лет 8 мес. На лбу справа и слева под нижней челюстью имеются рубцы в виде точек — следы от ложек щипцов. Имеет ночные страхи, часто вскакивает с постели, ходит по комнате. Память плохая, учится в 3 классе, в учебе отстает от товарищей. Раздражителен, плаксив.

4. А. Г. А., 32 года, первые роды (ист. род. № 603). Поступила в клинику 5/VI—1948 г. с ранним отхождением околоплодных вод и выраженной нефропатией. Ввиду слабости родовой деятельности (продолжительность 1 пер. родов 38 ч., потужного периода — 9 ч.) под хлороформовым наркозом, наложены полостные щипцы. Извлечен доношенный плод мужского пола весом 3200 г, в синей асфиксии. У новорожденного были ссадины на веке справа, на лбу и за левым ухом, а также явления паралича лицевого нерва, выписан здоровым.

В дальнейшем развивался нормально, болеет коклюшем и корью. Учится во 2 классе. В учебе отстает от сверстников. Жалуется на систематические головные боли после занятий. Капризный ребенок. В 1956 г. находился на лечении в отд. нервных болезней детской клиники г. Еревана, где установлено наличие остаточных явлений после перенесенного энцефалита (с изменением психики).

Нам кажется, что есть много оснований думать о наличии последствий родовой травмы у данного ребенка, а не энцефалита, на наличие которого в анамнезе нет указаний.

Таким образом, в первом случае имела место тяжелая родовая травма—внутричерепное кровоизлияние, обусловившее все последующие явления (гемипарез, эпилепсия). Во втором случае имел место паралич плечевого сплетения. В третьем и четвертом случаях дети плохо умственно развиваются, отстают в учебе от сверстников, нервны, раздражительны.

Как видно из приведенного, и в последних двух случаях имеется много данных, говорящих за наличие родовой травмы. Все четверо детей были извлечены в асфиксии, причем в трех случаях она служила показанием к операции, в трех случаях имело место раннее отхождение околоплодных вод, во всех случаях имело место значительное удлинение потужного периода (до 9 ч.), одна роженица страдала нефропатией, две роженицы имели первые роды в 31 и 32 года.

Как явствует из вышесказанного, во всех случаях имело место несколько осложнений родового акта, которые сами по себе могут давать различные родовые травмы.

Если головка плода не травмирована всеми предшествующими наложению щипцов моментами (преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод, внутриутробная асфиксия, удлинение родов и особенно потужного периода, длительное стояние головки в полости таза и т. д.), то она без вреда выдерживает то незначительное сдавление щипцами, которое, бесспорно, имеет место при этом.

В тех случаях, когда наложению щипцов предшествует целый ряд

осложнений родового акта, то и это незначительное сдавление щипцами может привести к тяжелым родовым травмам.

По нашему убеждению, основной причиной родовой травмы в случаях, требующих наложения щипцов, являются те моменты, которые приводят к оперативному вмешательству (внутриутробная асфиксия плода, длительный потужной период, длительный безводный промежуток, слабость родовой деятельности, эклампсия). Эти осложнения родового акта часто сочетаются с узким тазом, большим числом «старых» первородящих, наличием крупного плода и т. д.

Подобное же мнение высказано в литературе и целым рядом авторов (Я. Н. Полонский, Д. Д. Лифшиц, М. И. Олевский, Г. П. Полякова, В. И. Тихеев, М. А. Даниахий, А. Д. Дейнина).

Мы далеки от мысли о совершенной безвредности щипцов. Те ссадины, вдавления, ранки на коже лица и волосистой части головки плода, которые часто имеют место у детей, извлеченных щипцами, бесспорно являются следствием самого оперативного вмешательства. Часть случаев периферического поражения лицевого нерва также связана только с операцией.

В заключение считаем необходимым отметить, что операция наложения акушерских щипцов, при соблюдении строгих показаний и условий, выработанных многолетним опытом классического отечественного и зарубежного акушерства, и при правильной технике их наложения, дает неплохие отдаленные результаты. Те же единичные случаи тяжелой родовой травмы, которые имеют место, по нашему мнению, являются результатом запоздалого или технически неправильно выполненного оперативного вмешательства.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступило 5.IV 1959 г.

И. О. ԱՇԿԱՆՅԱՆ

ԱՎՅԱՆԱԴԻՄԱՆ ՄԵՐՁԱՎՈՐ ԵՎ ՀԵՌԱՎՈՐ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ
ԵՐԵՎԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ու մ

Տվյալ աշխատությունում հեղինակը մշակել է Երևանի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի կլինիկայում 1931—1958 թթ. ընթացքում աքցանադրման միջոցով ազատված նորածինների մերձավոր և հեռավոր արդյունքները: Տվյալ ժամանակաշրջանում տեղի է ունեցել 52690 ծննդաբերություն, որից 446-ը՝ աքցանադրման միջոցով ($0,85\%$):

Ըստ հեղինակի տվյալների, աքցանադրումով ազատված պտուղներից 32-ը ($7,17\%$) ծնվել են մահացած, իսկ աքցանադրումով ազատված կենդանի նորածիններից 18-ը մահացել են կյանքի առաջին օրերին, որ կազմում է $4,33\%$:

Հեղինակը նշում է, որ մեռելաժնություն և նորածինների մահացության հիմնական պատճառները ալն հանդամանքներն են, որոնցով պայմանավորված է օպերատիվ միջամտության կիրառումը: Նշված բարդություններից բացի, հեղինակի տվյալների համաձայն, 194 ($47,4\%_{10}$) զեպլքերում նորածինների զլխի և գեմքի վրա եզկը են քերծվածքներ, որոնք առաջացել են կլանքի առաջին օրերի ընթացքում:

Հետավոր արդյունքների ուսումնասիրություն համար հեղինակը հետազոտել է 172 երեխաների ֆիզիկական ու մտավոր զարգացումը և հանգել է այն եզրակացությունը, որ աքցանադրումով սղատված երեխաների և ինքնուրույն ծնված երեխաների ֆիզիկական ու մտավոր զարգացման միջև, հիմնականում, տարբերություն չկա:

Աշխատության մեջ բերված 4 զեպլքը, որտեղ նկատվել են այս կամ այն շեղումները, հեղինակը վերագրում է ծննդաբերությունը ոչ ճիշտ վարելուն:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антипина Е. Н. Травматизм плода при операции наложения щипцов. Материалы тр. III съезда ак. и гинек. Челябинской обл., Челябинск, 1954.
2. Беляев Н. Т. Травматизм плода при операции наложения щипцов. Материалы тр. III съезда ак. и гинек. Челябинской обл., Челябинск, 1954.
3. Богданова Л. Ф. Результаты наложения прямых акушерских щипцов Лазаревича-Гумилевского, Ак. и гин., 1, 1957.
4. Гентер Г. Г. Учебник акушерства, Л., 1937.
5. Гумилевский А. П. Прямые акушерские щипцы со скользящим замком (модель Лазаревича-Гумилевского), Ак. и гин., 1, 1957.
6. Гутнер М. Д. О происхождении асфиксии новорожденных. Ак. и гин., 9, 1940.
7. Даниахия М. А. К вопросу о патогенезе внутричерепных кровоизлияний у новорожденных. Педиатрия, 6, 1953.
8. Дегина А. Д. О внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных. Дисс. канд. мед. наук, Харьков, 1952.
9. Доденова Л. Г. К вопросу о кровоизлияниях в позвоночный канал у плодов и новорожденных. Дисс. канд. мед. наук., М., 1953.
10. Дозорцева Г. Л., Лившиц Р. О. Родоразрешение щипцами. Мед. журн. БССР, 1—2, 1940.
11. Жуковский В. П. О заболеваниях у детей, родившихся с помощью щипцов при тазовом головии. Ак. и жем. бэл., т. XVI, 7—8, 1903.
12. Кейлин С. Л. Внутриутробная асфиксия как главная причина мертворождаемости (клинико-анатомические параллели мертворождаемости), Ак. и гин., 2, 1949.
13. Комарова К. Г. Роль внутричерепных кровоизлияний в этиологии мертворождаемости и ранней детской смертности. Ак. и гин., 2, 1945.
14. Лазарева Е. С. Акушерские щипцы. Тр. Ростовск. и/Дону гос. мед. ин-та, сб. IV, Ростов и/Дону, 1939.
15. Ланковиц А. В. Операция наложения щипцов в русском акушерстве. Дисс. докт. мед. наук, М., 1951.
16. Лебедев А. А. Внутричерепная родовая травма новорожденных в связи с течением и ведением родов. Ак. и гин., 4, 1950.
17. Лифшиц Д. Д. Роль акушерской патологии в происхождении кровоизлияний в мозг плода при оперативных род. Реф. научно-исслед. работ по ак.-гинек. и педиатрии, вып. I, Свердловск, 1949.
18. Николаев А. П. Профилактика и терапия внутриутробной асфиксии плода, М., 1952.

19. Никончик О. К. Государственная забота о женщине-матери в СССР. Ак. и гин., 2, 1957.
20. Олевский М. И. Внутрочерепная родовая травма новорожденных. Ак. и гин., 4, 1950.
21. Пальмов А. Ф. 800 щипцов. Тр. VII Всесоюзн. съезда гин. и ак., Л., 1927.
22. Петров-Маслаков М. А. Акушерские щипцы по материалам родильного дома им. проф. Снегирева за 10 лет (1936—1944). В кн. Род. дом им. проф. Снегирева. Сборник, посвящ. 175-летию род. дома, Л., 1949.
23. Полонский Я. Н. Непосредственные и отдаленные результаты акушерских операций, Л., 1914.
24. Полякова Г. П. О внутрочерепной травме новорожденного. Ак. и гин., 3, 1952.
25. Раймова Н. И. Отдаленные результаты операции наложения акушерских щипцов для матери и ребенка. Тез. докл. X Всесоюз. съезда ак.-гин., М., 1957.
26. Султанова. Щипцы в акушерстве по материалам акуш.-гин. кл. Азерб. мед. института, Азерб. мед. журнал, 4—5, 1935.
27. Тихеев В. И. Состояние новорожденных в связи с нарушением мозгового кровообращения. Тр. Ак. мед. наук, т. XXIX, М., 1953.
28. Тохадзе Ц. В. Физиологическое состояние детей в связи с наложением щипцов во время родов. Реф. в мед. реф. журнале 4. Разд. III, М., 1958.
29. Тур А. Ф. Физиология и патология детей периода новорожденности. Л., 1955.
30. Федоров С. И. Операция наложения акушерских щипцов по данным клиники за последние пять лет. В кн. Ижевск, гос. мед. ин-т. Сб. раб. ак.-гин. клиники, Ижевск, 1950.
31. Ханина Ф. П. Акушерский травматизм при операции наложения щипцов, его непосредственные и отдаленные результаты для матери и ребенка. Дисс. канд. мед. наук. М., 1946.
32. Цовьянов Н. А. К технике наложения щипцов. Дисс. докт. мед. наук, М., 1943.
33. Шполянский Г. М. и Александровский В. Н. Акушерские щипцы. Ак. и гин., 2, 1936.
34. Штерн И. А. Асфиксия и внутрочерепные кровоизлияния плода у новорожденного, их профилактика и лечение. Ак. и гин., 4, 1956.
35. Bauereisen A. Erfahrungen mit der Spekulimentbildung als Ersatz der Beckenausgangzange. Zbl. f. Gyn., 3, 1, 1951.
36. Gans H. Früh—und Spätergebnisse der Zangenoperationen für Mutter und Kind. Monatsschr. f. Gyn., 1908. B. 27.
37. Nomura R. Statistik über Zangen geburten. Ref. Zbl. f. Gyn. 30, 1937.
38. Wetterdal P. Die Prognose der Zangenkinder. Zbl. f. Gyn., 18, 1929.