

вазомоторном рините. Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов (19-20 ноября 2002г.). с. 233-234.

10. Лучихин Л.Н., Поляков Т.С. Траумель-С в лечении больных нейровегетативной формой вазомоторного ринита. Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов (19-20 ноября 2002г.), с.365-366.

11. Николаевская В.П., Захарова А.Ф. Щадящий метод лечения вазомоторного ринита у детей фонофорезом спленина. Сборник трудов «Щадящие методы в оториноларингологии». Вып. XXII Москва - 1976. с. 36-40.

12. Матвеева Е.В. Эффективность комплексного лечения вазомоторного ринита у детей. // Вестник оториноларинголога. 2003 - №1(4), с. 97-99.

13. Пискунов Г.З., Рябова С.В., Старосветский Б.В. Опыт применения подслизистой радиокоагуляции нижних носовых раковин. // Российская ринология 2000 - №1, с. 24-27.

14. Пискунов С.З. О хирургическом воздействии на сосуды слизистой оболочки носовых раковин (к 10-летию операции подслизистой вазотомии). // Вестник оториноларингологии - 1999, с. 40-43.

15. Полубудкин П.В. Дезинтеграция нижних носовых раковин ультразвуковым зондом в лечении хронического вазомоторного ринита. Сборник трудов «Щадящие методы в ото-

риноларингологии». Вып. XXI: Москва - 1976, с. 36-40.

16. Плужников М.С., Рябова М.А. Пути развития и перспективы лазерной хирургии в оториноларингологии. Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи - 2001, С. 18-26.

17. Пухлик С.М. Вазомоторный ринит - роль вегетативной нервной системы в его патогенезе. Методы диагностики и лечения. // Российская ринология - 1999 №3, с. 23-29

18. Саркисова Ф.Р., Митина Т.А. Амбулаторная хирургия в оториноларингологии. // Вестник оториноларингологии - 2001 - №4, с. 36-38

19. Сватко Л.Г., Батыршин Р.У., Батыршин С.Б. Сравнительный анализ методов лечения вазомоторного ринита. // Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов (19-20 ноября 2002г.), с. 263-266

20. Рыбалкин С.В., Маелов Э.Ю., Фениксова Л.В. Вазомоторный ринит у детей с искривлением носовой перегородки. // Российская ринология - 2002 - №1(1), с. 101-102

21. Togias A.G. «Non-allergic rhinitis. In Migind N, Naclerio RM eds. Allergie and non-allergie rhinitis clinical aspects.» Copengagen. Mundsgaard. 1993; 159-166

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО РОДДОМА г. БЕЛГОРОДА

Киселевич М.Ф.

(Медицинский колледж БелГУ – директор профессор Клепиков Э.Н.
Городской родильный дом г. Белгорода – гл. врач Верейтинов Ю.В.)

В современном акушерстве кесарево сечение – это наиболее часто проводимая операция, применяемая с целью быстрого родоразрешения при различных осложнениях для матери и плода.

Частота этой операции по данным отечественных и зарубежных авторов составила от 10 % до 20 % случаев (1,3,5). В России частота этой операции за последние

годы возросла и некоторых регионах составляет 35 – 45 % случаев (2,4,6,7). Это обусловлено расширением показаний к кесареву сечению, которые определили Пленум Всесоюзного и Всероссийского научных обществ акушеров – гинекологов в 1979 и 1988 гг. В решении его отмечалось, что кесарево сечение в современном акушерстве может существенно снизить пока-

затели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Учитывая вышеизложенное, мы поставили перед собой задачу выяснить частоту этой операции в Центрально - Чернозёмном регионе России на примере городского роддома г. Белгорода. Для этого нами был проведён анализ операций кесарево сечение в городском роддоме г. Белгорода за последние 5 лет (1998 - 2002 гг.). Статистической обработке была подвергнута следующая документация: индивидуальные карты беременных, истории родов, истории развития новорождённого, журналы родов и другая документация.

За 5 лет в городском роддоме было проведено 8050 родов, что представлено в таблице №1.

Из таблицы №1 видно, что в основном преобладали срочные роды у 7597 (94,3 %), преждевременные роды – у 297 (3,7 %) и запоздалые – у 156 (2 %) женщин.

Операция кесарево сечение за 1998 – 2002 гг. была произведена у 1459 женщин, что составляет 18 % случаев. Отношение числа кесарево сечение к общему числу родов по годам представлено в таблице №2.

Таблица №1

**Количество родов в абсолютных цифрах
по городскому роддому
г. Белгорода за 1998 – 2002 гг.**

Роды	1998 г.	1999 г.	2000г.	2001г.	2002г.	Всего.
Срочные	1316	1255	1543	1597	1886	7597
Преждевременные	48	59	55	64	71	297
Запоздалые	49	34	21	33	19	156
Итого :	1413	1348	1619	1694	1976	8050

Таблица №2

**Кесарево сечение по данным городского роддома
г. Белгорода за 1998-2002 гг.**

Год	Количество родов	Кесарево сечение в %
1998	1413	200-14%
1999	1348	230-17%
2000	1619	315-19%
2001	1694	316-18,6%
2002	1976	398-20%
Итого:	8050	1459-18%

Из таблицы №2 видно, что наибольшее число операций кесарево сечение имело место в 2002 году и составило 398 (20 %) случаев. Среди обследованных женщин преобладали служащие и домохозяйки (72,5 %).

По возрасту прооперированные женщины распределились следующим образом: до 20 лет – 132, от 21 – 25 лет – 511, от 26 – 30 лет – 400, 31 – 35 лет – 254 и старше 36 лет – 162 женщины. Таким образом, преобладали женщины в возрасте 21 до 30 лет (911-62,4 %). Состояли в браке – 1001 (68,6 %), не зарегистрированных – 301 (20,6 %) и одинокие – 157 (10,7 %) женщин.

Первобеременных было 892 (61,2 %), а повторнобеременных – 567 (38,8 %) женщин. В анамнезе у многих были искусственные аборты, бесплодие, мертворождения и т.д. Кроме того, во время беременности у них наблюдались следующие осложнения: анемия беременных (613), гестационный пиелонефрит (51), гестоз I пол. беременности (133), гестоз II пол. беременности (188), угроза прерывания беременности (75).

Госпитализировано заблаговременно в роддом на прфкойку 951 (65,2 %) беремен-

ных и среднее прибывание их на койке до операции составило 8-9 дней. Поступило с «улицы» 508(34,8%) женщин, что указывает на высокий процент несвоевременной госпитализации беременных, относящихся к «высокой» группе риска. Имели среднюю степень риска 78 % беременных, высокую – 22.

По данным литературы известно, что операция кесарево сечение выполняется в плановом порядке у 60 % и более женщин по различным причинам (не состоятельность рубца на матке, неправильное положение плода, поздние токсикозы, узкий таз, тазовое предлежание, экстрагинетальная патология и др.), а экстренно она выполняется реже (предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, клинически узкий таз и др.).

Анализ исследования показал, что кесарево сечение в плановом порядке было произведено - у 944 (64,8 %), а в экстренном – у 515 (35,2 %) обследованных нами женщин. Таким образом, преобладало родоразрешение в плановом порядке – 944 (64,8 %).

Основные показания к операции кесарево сечение представлены в таблице №3.

Таблица №3

Основные показатели к операции кесарево сечение по городскому роддому г. Белгорода за 1998-2000 гг.

Наименование заболеваний	1998г.	1999г.	2000г.	2001г.	2002г.	Всего
Возрастная первородящая с ОАА	105	44	30	52	52	283
Дистресс-синдром	24	16	44	48	83	215
Рубец на матке	18	15	40	53	66	198
Тазовое предлежание	36	27	34	34	55	186
Аномалии родовых сил	32	12	35	34	32	145
Тяжёлый гестоз II пол. беременности	21	7	13	9	77	127
Анатомически узкий таз высокой степени	5	4	9	4	40	62
Преждевременная отслойка норм. расп. плаценты	8	6	4	12	18	48
Клинически узкий таз	13	5	6	6	13	43
Рубцовая деформация тканей родового канала	7	4	15	4	4	34
Костные деформации таз	3	5	2	3	8	21
Поперечные положения плода	8	4	2	2	4	20
Предлежание плаценты	4	-	-	7	2	13

Из таблицы №3 очевидно, что среди основных показаний были: возрастная первородящая с ОАА (283), дистресс-синдром (215), рубец на матке (198), тазовое предлежание (186), аномалии родовых сил (145), миопия высокой степени (114) и др. Анализ показал, что среди сопутствующих показаний к операции преобладали ХВГП на фоне ХФПН (948), ОАА (516), дородовое излитие околоплодных вод (247), анатомически узкий таз I- II степени (165), крупный плод (134), незрелая шейка матки (107) и др. По абсолютным показаниям было прооперированно 486 (33,4 %) женщин, а по относительным 973 (66,6 %). Эти данные подтверждают, что операция кесарево сечение чаще производилась по относительным показаниям (66,6).

При изучении условий операции кесарево сечение установлено, что длительность родового акта до операции составила в среднем 4-6 час., число влагалищных исследований до операции 2-3, длительность безводного периода была в среднем 8-10 час., наличие живого плода и отсутствие лихорадки в родах составило 100 %.

Перед операцией всем беременным и роженицам проводилось полное клинико-лабораторное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови, гемостазиограмма, бакпосев содержимого цервикального канала, исследование микрофлоры влагалища, кардиотокография, УЗИ-плода, доплеронетрия и др. Кроме того, проводилась консультация окулиста, терапевта, анестезиолога.

С целью общего обезболивания во время операции у 1449 (99,3 %) применялся наркоз и только у 10 женщин перидуральная анестезия.

Операция кесарево сечение проводилась с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Лапоротомия у 97 % женщин была по Пфанненштелю, а у 3-продольным разрезом. Разрез матки в 100 % производился поперечным разрезом в нижнем сегменте. Длительность операции в среднем составила 42 – 45 минут, а извлечение плода с момента начала наркоза – 3 – 4 минуты. Кровопотеря по ходу операции в среднем составила 500 – 600 мл. Ушивание матки после извлечения плода проводилось в три

ряда кетгутовых швов (2 ряда мышечно – мышечных и один серозо – серозный), брюшная стенка ушивалась послойно, на кожу накладывали шёлковые одиночные швы и стерильную повязку.

Во время операции кесарево сечение было извлечено 1449 живых детей, из них по полу было 745 (51 %) мальчиков и 714 (49 %) девочек. Оценка по шкале Апгар новорождённых на первой минуте при рождении у 23 % детей составила 5 – 7 бал., у 41 % - 7 – 8 бал., и у 36 % - 8 – 9 бал. Все новорождённые были осмотрены врачом неонатологом. Детям, родившимся в лёгкой степени асфиксии, были проведены срочные реанимационные мероприятия, после которых их оценка по шкале Апгар составила 8 – 9 баллов.

С целью профилактики гнойно – септических осложнений во время операции и после извлечения плода внутривенно вводился I гр. цефалоспоринов, а также проводился кюретаж матки. Инфузионная терапия в послеоперационном периоде составила на первые сутки 1800 – 2000 мл., на вторые сутки – 1400 – 1600 мл., а на третьи сутки – 800 мл.

В послеоперационном периоде во всех случаях роженицам проводилась антибактериальная терапия (1 – 2 антибиотика широкого спектра действия), сокращающие маточные средства, витаминотерапия, обезболивающие вещества и хороший уход.

У большинства женщин послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление швов на коже у 1455 (99,7 %) рожениц было первичным натяжением, у 3 – вторичным натяжением и у 1 – были наложены вторично – отсрочены швы. Кроме того в 5 случаях наблюдались и другие гнойно – септические осложнения: послеоперационный эндометрит (3), гематома широкой связки (1), гематома параметральной клетчатки (1). Таким образом, гнойно – септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдались только у 9 (0,006 %) женщин.

Перинатальная смертность за 5 лет составила 5 (0,003 %) случаев, причём эти дети умерли в раннем неонатальном периоде. Материнской летальности после операции не было. Выписка женщин при нормальном

течении послеоперационного периода производилась на 10 – 12 сутки.

На основании наших исследований можно сделать следующие выводы:

1. Частота операций кесарево сечение по городскому роддому г. Белгорода составляет в среднем 18 %.

2. Кесарево сечение чаще всего производилось у первородящих женщин в возрасте от 21 до 30 лет.

3. Отмечается рост операций кесарево сечение по годам с 14 % в 1998 г. и до 20 % в 2002 г.

Литература:

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А. Кесарево сечение. Санкт – Петербург: Медицина, 1991.- 147 с.

2. Гуртовой Б.Л. Принципы антибактериальной профилактики и терапии инфекционных осложнений кесарева сечения 3 // Съезд Росс. асс. Акушеров – гинекологов 1-й, -М., 1995. с. 32 – 33.

3. Краснопольский В.И. с соавт. Кесарево сечение / Под ред. В.И. Краснопольского, 2-е изд., перераб. и допол. –М.: ТОО «ТЕХЛИТ»; МЕДИЦИНА, 1997. – 285 с.

4. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М., 1998.

5. Логутова Л.С. Оптимизация кесарево сечения (медицинские и социальные аспекты): Дис. ...докт. мед. наук, -М., 1996, 362 с.

6. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. –М., 1998.

7. Чернуха Е.А. Кесарево сечение – настоящее и будущее. Акуш. и гин.- 1997.-№5. – с.22-28.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.

Киселевич М.Ф.

Медицинский колледж БелГУ/ директор – профессор Клепиков Э.Н.,
городской роддом/гл. врач – Верейтинов Ю.В./

Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях является актуальным, так как перинатальная смертность при них в 3-8 раз выше, чем при головных предлежаниях. При тазовых предлежаниях повышена заболеваемость детей и наблюдаются неблагоприятные отдалённые результаты в виде центральных парезов, эпилепсии, гидроцефалии, отставания в умственном развитии и др. (1,2,5). У женщин возникают следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, затяжные роды, оперативные вмешательства, инфицирования и др. (3,4,6). Поэтому большинство авторов тазовое предлежание относят к патологическим родам.

Частота тазового предлежания плода, по данным отечественных и зарубежных авторов, колеблется от 3 до 5 % и не имеет тенденции к снижению (3,6,7).

Наиболее часто встречается чисто ягодичное предлежание (67%), реже смешанное ягодичное (20 %) и ножное (13 %).

Целью нашего исследования явилось изучение частоты и течения беременности и родов с тазовым предлежанием у женщин г. Белгорода. Для этого нами был проведён анализ медицинской документации городского роддома г. Белгорода за последние 5 лет (1998 – 2002 гг.): индивидуальные карты беременных, обменные карты беременных, истории родов, истории развития новорождённого, журналы родов и др.

За 5 лет в городском роддоме было проведено 8050 родов, из них в 300 случаях были роды в тазовом предлежании, что составляет 3,7 %. Эти данные представлены в таблице №1.