



---

---

# АКУШЕРСКАЯ ГОСПИТАЛЬНАЯ КЛИНИКА

*ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ*

СОСТАВИТЕЛИ И РЕДАКТОРЫ  
А. Л. КАПЛАН и Л. Г. СТЕПАНОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО  
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ  
МЕДГИЗ—1959—МОСКВА

Авторами разделов настоящей книги являются проф. С. Д. АСТРИНСКИЙ (Джауджикау), проф. Л. И. БУБЛИЧЕНКО (Ленинград), проф. А. И. ВЫЛЕГЖАНИН (Киев),

(проф. И. И. ГРАЩЕНКО (Харьков), кандидат медицинских наук И. П. ИВАНОВ (Москва), доцент К. К. КОМЕШКО (Смоленск), доктор медицинских наук А. Л. КАПЛАН (Москва), проф. С. М. КЛЕЙН (Смоленск), проф. Я. С. КЛЕНИЦКИЙ (Алма-Ата) проф. В. И. КОНСТАНТИНОВ (Харьков), проф. А. З. КОЧЕРГИНСКИЙ (Кишинев)

проф. Н. П. ЛЕБЕДЕВ (Пермь), проф. М. Н. ЛЕХТМАН (Фрунзе), проф. П. В. МА-  
НЕНКОВ (Казань), проф. Ш. Я. МИКЕЛАДЗЕ (Ленинград), проф. Л. С. ПЕРСИАНИ-  
НОВ (Минск), проф. М. А. ПЕТРОВ-МАСЛАКОВ (Ленинград), проф. А. И. ПЕТ-  
ЧЕНКО (Ленинград), проф. В. А. ПОКРОВСКИЙ (Воронеж), доцент С. Б. РАФАЛЬ-  
КЕС (Москва), доцент Е. П. РОМАНОВА (Москва), проф. М. А. РОМАНОВ (Астра-  
хань), доцент М. П. РУДЮК (Винница), доцент Л. Г. СТЕПАНОВ (Москва), доцент  
П. А. СТЕПАНОВ (Москва), проф. А. Ф. ТУР (Ленинград), проф. А. М. ФОЙ (Сара-  
тов), проф. Д. Ф. ЧЕБОТАРЕВ (Киев).

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Советская система родовспоможения коренным образом изменила и улучшила обслуживание медицинской помощью беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, что позволило более чем в 14 раз снизить материнскую смертность и значительно уменьшить смертность новорожденных.

Однако эти очевидные успехи все же далеко не адекватны тем возможностям и преимуществам, какими располагает советское родовспоможение.

В повседневной практике врача акушера-гинеколога и участкового врача очень важно уметь правильно и своевременно оценить состояние беременной, роженицы и внутриутробного плода, уметь предвидеть возможные осложнения, уметь своевременно провести необходимые организационные и лечебные мероприятия, могущие предупредить неблагоприятный исход родов.

Анализ причин материнской летальности показывает, что еще в ряде случаев женщины погибают в родах именно из-за отсутствия правильной организации акушерской помощи, из-за неумения некоторых врачей правильно оценить состояние беременной и роженицы, из-за несвоевременной или неправильно оказанной помощи.

Значительное число неблагоприятных исходов родов для матери и ее ребенка связано в основном с отсутствием правильного «акушерского мышления» у врача, наблюдающего за беременной и проводящего роды.

Настоятельная потребность в специальном руководстве или пособии по акушерской госпитальной клинике побудила нас составить предлагаемую вниманию читателя книгу.

Задача настоящего пособия помочь молодым врачам и студентам старшего курса на основе клинического анализа наиболее типичных случаев акушерской патологии, взятых из повседневной практики, правильно оценивать состояние беременной, роженицы, родильницы, внутриутробного плода; своевременно выбрать рациональный научно обоснованный метод наблюдения и лечения.

В клиническом разборе акушерской патологии уделено внимание значению правильной организации и проведения лечебно-профилактических мероприятий на различных участках работы (женская консультация, родильный дом, родильное отделение больницы, колхозный родильный дом, родильная помощь на дому).

В клинко-теоретическом разборе каждого случая акушерской патологии указываются возможные ошибки, которые допускают врачи, причины, ведущие к ошибкам, и пути их предупреждения.

«Акушерская госпитальная клиника» включает в себя наиболее типичные случаи по трем основным разделам акушерства: патология беременности, патология родов, патология послеродового периода, представленным

в трех отдельных главах. В качестве дополнения для самостоятельных упражнений приводятся в конце книги акушерские задачи, решение которых позволит врачу и студенту углубить свои знания и будет служить целям самопроверки.

Настоящее пособие не заменяет собой учебника. Для пользования пособием необходимо хорошее знание основ акушерства.

В составлении настоящего пособия приняли участие руководители и преподаватели кафедр акушерства и гинекологии ряда медицинских институтов Советского Союза.

Рисунки в пособии частью заимствованные (из руководств: «Оперативная гинекология»—И. Л. Брауде; «Оперативное акушерство»—М. С. Малиновского; «Акушерство»—А. Л. Каплана), частью оригинальные; все рисунки и рентгенограммы подобраны А. Л. Капланом.

Надеемся, что в какой-то степени нам удалось разрешить поставленную задачу—помочь врачу акушеру-гинекологу и участковому врачу в его повседневной работе. Все указания и замечания читателей мы примем с благодарностью.

А. Л. Каплан,  
Л. Г. Степанов

### ЧРЕЗМЕРНАЯ РВОТА БЕРЕМЕННЫХ

Л. А., 23 лет, направлена 18/IV 1954 г. районной женской консультацией в отделение патологии беременности родильного дома с жалобами на слюнотечение, постоянную тошноту, рвоту, доходящую до 20—22 раз в сутки, на отсутствие аппетита, значительное похудание.

Беременность первая. В детстве болела корью, в 1948 г. перенесла воспаление легких. Менструации с 12 лет, через 4 недели по 3—4 дня, безболезненные, умеренные. Половая жизнь около года, от беременности не предохраняется. Последняя менструация с 12/II по 15/II 1954 г.

Обратилась в районную женскую консультацию 3/IV 1954 г. при сроке беременности 5—6 недель, когда впервые появилась тошнота, рвота по 4—5 раз в сутки преимущественно после еды. За неделю до обращения в консультацию потеряла в весе около 1 кг.

Общее состояние больной (по данным консультации) удовлетворительное. Вес 52,5 кг. Пульс 84—96 ударов в минуту, ритмичный; артериальное давление в пределах 115/70—105/60 мм. Температура 36,9—37,2°. Отмечается незначительное увеличение щитовидной железы, выявленное во время настоящей беременности, и слабо выраженные явления тиреотоксикоза. Влажность кожи обычная, зрачковые и сухожильные рефлексы без отклонений от нормы. Легко возбудима, плохо спит. Данные анализа крови нормальные. В моче обнаружен ацетон (+ +).

Таз нормальный.

При влагалищном исследовании установлено: наружные половые органы нормальные; слизистая входа во влагалище синюшная, шейка матки цилиндрической формы; наружный зев округлой формы, закрыт. Матка в anteversio-flexio увеличена до 5—6 недель беременности, грушевидной формы, равномерно мягковатой консистенции, подвижная, при пальпации безболезненная. Своды свободные. Придатки не изменены. Мыс не достигается. Емкость таза достаточная; костных деформаций нет.

*Какой диагноз?*

Рвота беременных в сочетании со струмой I степени, сопровождающейся нерезко выраженными явлениями гипертиреоза.

*Что предпринять?*

Наилучшим для данной формы токсикоза беременности является стационарное лечение с соблюдением необходимого лечебно-охранительного режима. Поэтому была показана госпитализация больной в отделение патологии беременности. Однако врач консультации этого не сделал. Больная продолжала оставаться без должного стационарного обследования и лечения.

Спустя примерно 2 недели больная явилась на амбулаторный прием в состоянии тяжелой психической травмы, связанной со смертью ее отца, что, по-видимому, способствовало резкому прогрессированию раннего токсикоза (рвота беременных). Беременная была в тот же день направлена в стационар с диагнозом чрезмерной рвоты.

Из расспроса установлено, что примерно за последние две недели больная потеряла в весе около 5 кг, особенно за последние 7—8 дней. С этого момента больная жалуется на общую слабость, отсутствие аппетита, плохой сон. Примерно 3—4 дня назад больная обратила внимание на необычную окраску мочи, напоминающую цвет пива, а также на малое суточное ее выделение (около 400 мл).

Больная хочет сохранить беременность. Обращает внимание обильное слюноотечение, частая рвота, состоящая из небольших кусочков пищи, мутной слизи с примесью желчи. Из рта отмечается запах ацетона. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 95/50 мм. Температура 37,4°. Кожа бледно-розового цвета, сухая, тургор ее понижен. Кожа нижней части лица и подбородка раздражена и несколько мацерирована вследствие постоянного слюнотечения. Имеется слабо выраженная желтушная окраска склер (субиктеричность). Губы местами имеют поверхностные трещинки, последние в некоторых местах кровоточат. Язык обложен желтоватым налетом, сухой. Подкожножировой слой развит мало.

Живот втянут. Печень и селезенку прощупать не удается, область их при пальпации безболезненна. Со стороны нервной системы отмечается повышение коленных и сухожильных рефлексов. В моче реакция на ацетон положительная (+ + + +), уробилин выше нормы (+ + +), желчные пигменты — слабо положительные. Общий белок крови—6,6 г% (норма: 6,5—7,5 г%); альбумины —4,5 г% (норма: 4,6—6,5 г%); глобулины—2,1 г% (норма: 1,2—2,3 г%); остаточный азот—24,8 мг% (норма: 20—35 мг%). В крови имеется несколько повышенное содержание билирубина—0,9 мг%. Холестерин сыворотки крови—220 мг%.

Влагалищное исследование: матка увеличена до 8 недель беременности.

#### *Какой теперь можно поставить диагноз?*

Больная страдает чрезмерной рвотой. Эта форма токсикоза возникла в результате развития и нарастания симптомов «обычной» рвоты беременных, что наблюдается примерно в 10% случаев.

Диагноз чрезмерной рвоты беременных не представляет трудностей. Иногда встречаются случаи, когда больная, страдающая этим заболеванием, обращается за помощью к терапевту, который связывает этот симптом с каким-либо желудочно-кишечным заболеванием и только в дальнейшем обнаруживается, что рвота связана с беременностью.

Рвота, разумеется, может быть сопутствующим симптомом не только желудочно-кишечных заболеваний, но встречается и при приступах желчно-каменной болезни, инфекционных заболеваниях, отравлениях и др. Однако основные симптомы перечисленных заболеваний настолько характерны, что дифференциальная диагностика чрезмерной рвоты беременных не представляет затруднений.

#### *Какова этиология и патогенез ранних токсикозов беременности?*

Г. М. Салганник, излагая различные теории происхождения токсикозов, приходит к заключению, что все существующие теории не выходят за пределы рабочих гипотез. Однако не вызывает сомнения то, что основным источником токсикозов является плодное яйцо, вернее, трофобласт в ранних сроках беременности и плацента в поздних сроках.

Какие вещества или сумма веществ, исходящих из плодного яйца, являются основными этиологическими факторами: будут ли это продукты неполного метаболизма плацентарных белков, специальные амины, необычные для организма матери ферменты и гормоны, имеющие свои специфические физико-химические особенности, или это особые вещества, играющие роль аллергенов, остается нерешенным. Однако ясно, что эти вещества, действуя на рецепторный аппарат матки, а также переходя в общий кровоток и влияя на другие системы и органы, при определенных условиях ведут к развитию токсикозов.

Не вызывает сомнения, что для развития токсикозов имеют большое значение предрасполагающие моменты. Эти моменты, по-видимому, весьма разнообразны:

а) в первую очередь индивидуальные особенности нервной системы, недостаточная приспособляемость организма к условиям внешней и внутренней среды;

б) гормональные нарушения: нарушение функции щитовидной железы, гипофиза, надпочечников и др;

в) заболевания отдельных органов и систем, авитаминозы и др.

Основную патогенетическую роль в возникновении и развитии ранних токсикозов, особенно в начальных их стадиях, играет состояние нервной системы, выражающееся в форме неадекватной реакции на импульсы с беременной матки, и указанные выше гуморальные агенты плодного яйца. Об этом свидетельствует ряд клинических фактов: неустойчивость психики, нарушение сна, извращение вкуса, лабильность сосудистой системы со склонностью к гипотонии, вегетативная дистония, большая возбудимость рвотного центра, возможность излечения токсикоза внушением и т. д.

Почему во всей картине заболевания, особенно в начале ее, превалируют явления рвоты и слюнотечения, остается неизвестным.

Отдельными объективными показателями нарушений в высших отделах нервной системы считаются весьма неустойчивые пороги оптической и кожночувствительной реобазы при ранних токсикозах беременности (Н. Е. Логинова).

Еще более показательными в этом отношении являются исследования Н. В. Кобозевой по изучению особенностей безусловной и условной слюнной секреции при нормальной беременности и при ранних токсикозах.

В легких случаях течения заболевания приспособительные способности центральной нервной системы проявляют свое действие, и дальнейшее развитие процесса приостанавливается. Если нарушения резко выражены, то патологический процесс вовлекает все новые и новые органы; появляются выраженные отклонения в функции печени, почек, периферической нервной системы, эндокринных органов и др.

Некоторые (С. М. Беккер и др.) предлагают заменить термин «ранний токсикоз беременных» термином «ранний невроз беременных». Едва ли это предложение правильно. Нецелесообразно определять заболевание теми явлениями, которые имеют место в самых начальных стадиях. В действительности при выраженной форме раннего токсикоза клинические, гематологические, биохимические и патоморфологические данные настолько характерны для «интоксикации» организма, что клинический термин «токсикоз» является совершенно оправданным, несмотря на то, что мы точно еще не знаем истинной сути начала интоксикации.

*Каково должно быть лечение данной больной?*

Исходя из положения, что у беременных, страдающих ранними токсикозами, имеет место повышение возбудимости подкорковых центров и понижение активности коры (Н. В. Кобозева и др.), необходимо все терапевтические мероприятия направлять на восстановление нормальных функциональных соотношений коры головного мозга и подкорки. Последнее можно достигнуть применением брома и кофеина (согласно данным М. К. Петровой), а также лечением сном. Бромиды, по И. П. Павлову, в основном способствуют усилению тормозных процессов, кофеин повышает активность коры головного мозга.

Под влиянием своевременной и правильной терапии в условиях стационара чрезмерная рвота беременных оказывается устранимой в 90—95% случаев без прерывания беременности. Комплекс лечебных мероприятий для больных, страдающих чрезмерной рвотой, кроме медикаментозных средств, предусматривает следующее:

1) обязательный постельный режим, правильная организация лечебно-охранительного режима, устранение по возможности всех факторов, которые могут неблагоприятно сказаться на течении чрезмерной рвоты (в данном случае психическая травма);

2) обязательное введение больших количеств жидкости и хлоридов капельным путем, так как больная при слюнотечении и рвоте теряет большое количество воды и хлоридов;

3) правильная организация режима питания.



Приняли меры к правильной организации лечебно-охранительного режима (психотерапия, внимательное отношение к больной, тишина, удлиненный сон, отсутствие в палате других больных с аналогичным заболеванием).

Лечение данной больной проводилось по схеме, предложенной Н. В. Кобозевой; применяли ежедневно в первые 10 дней внутривенно по 20 мл, а затем по 10 мл 10% раствор бромистого натрия и подкожно 2 раза в день по 1 мл 10% раствор бензойно-натриевого кофеина (такое лечение продолжалось 15 дней).

Из других медикаментозных средств лечения раннего токсикоза беременности можно указать на следующие:

1. Rp. Sol. Aminasini 2,5% 1,0 (25 mg) in amp.

DS. По 1 мл внутримышечно или внутривенно вместе с 40—50 мл 40% раствора глюкозы 1 раз в день

2. Rp. Bromurali 0,2  
Anaesthesini 0,15  
Acidi nicotiniци 0,02  
Luminali 0,015  
Aëroni tabul. № 1

MDS. По 1 порошку 2 раза в день

В течение первой недели — ежедневно капельная клизма следующего состава: 500 мл физиологического раствора поваренной соли, 50 мл 5% раствора глюкозы и 0,2 г амитал-натрия.

Наряду с этим больной 2 раза в день внутривенно вливали 40% раствор глюкозы по 50 мл с аскорбиновой кислотой и витамином В<sub>1</sub> (ввиду их дефицита при данной форме токсикоза); один раз в 3 дня производили переливание одногруппной донорской крови по 100 мл (кровь переливали дважды).

После проведенной нами первой беседы с больной (психотерапия) у нее частично стала удерживаться легкая и хорошо усваиваемая пища, которую давали небольшими порциями (через каждые 1—2 часа). Через 3 дня после начала терапии у больной появился аппетит и, несмотря на все продолжающуюся рвоту (по 6—8 раз в сутки), у нее значительно лучше начала удерживаться принимаемая пища.

Если у больных не удерживается пища, рекомендуется применять питательные клизмы следующего состава: бульона или физиологического раствора 150 мл, сахара 2 столовые ложки или 10 г глюкозы, чистого спирта 15 мл, бромиды, хлористый кальций, витамины С, А, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> (последние необходимы ввиду того, что ранние токсикозы приводят организм к резкому гиповитаминозу). В капельные клизмы, помимо глюкозы, рекомендуется добавлять также молоко, толокно, яйца. Режим питания больных проводится в зависимости от тяжести случая. При выборе питания всегда надлежит исходить из желаний больной, а также степени усвояемости пищевых продуктов.

На 3-и сутки после лечения состояние больной заметно улучшилось: рвота постепенно уменьшилась до 3—4 раз в день, а на 9-е сутки вообще прекратилась. Появились аппетит, сон. Увеличился суточный диурез до 900—1200 мл. Количество слюны уменьшилось с 900 до 100 мл. За 16 дней пребывания в стационаре больная прибавила в весе около 3 кг; реакция на ацетон и желчные пигменты отрицательная. Уробилин в пределах нормы. Билирубин крови снизился с 0,9 до 0,4 мг% (норма 0,2—0,7 мг%). Холестерин сыворотки снизился с 220 до 150 мг% (норма 100—200 мг%).

Выписана на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии с развивающейся беременностью. В дальнейшем рецидива рвоты у нее не было; в предполагаемый срок родила живого доношенного ребенка.

**Краткий эпикриз.** Первобеременная, страдающая рвотой, своевременно не была госпитализирована (ошибка женской консультации). Вскоре ранний токсикоз начал прогрессировать, а имевшая место психическая травма у больной усугубила заболевание; состояние больной резко ухудшилось.

С диагнозом чрезмерной рвоты беременных поступила в стационар. После клинического обследования и соответствующего лечения (психотерапия, лечебно-охранительный режим, лечение бромидами и кофеином, рациональное питание, внутривенно глюкоза с аскорбиновой кислотой, витамин В<sub>1</sub>) больная была выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии с развивающейся беременностью. Родила доношенного ребенка.

## НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Р. Г., 25 лет, поступила в акушерское отделение родильного дома 24/III 1954 г. с жалобами на небольшую одышку при ускоренной ходьбе, быструю утомляемость отечность голеней.

В детстве болела скарлатиной; 9 лет назад перенесла брюшной тиф. Последняя менструация была в июле 1953 г. Беременность первая, срок 35 недель.

Размеры таза: 25; 28; 30; 19,5 см.

В течение всей беременности больная чувствовала себя вполне удовлетворительно, работала. Диету не соблюдала. Под наблюдением женской консультации находилась с 24-й недели беременности; посетила консультацию 3 раза. Артериальное давление на 24-й и 31-й неделе беременности было нормальным (115/70 мм); в моче белка обнаружено не было. В конце VII месяца беременности появилась отечность голеней, в дальнейшем прогрессирующая. На 34-й неделе беременности, за несколько дней до поступления в акушерское отделение, больная обратилась в женскую консультацию, где было обнаружено повышение артериального давления до 175/110 мм и альбуминурия (белка в моче 9,9<sup>0</sup>/<sub>100</sub>). В тот же день больная была направлена для стационарного лечения в акушерское отделение, куда, однако, она явилась лишь через 6 дней.

При осмотре обнаружена пастозность рук и лица, значительная отечность голеней. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, несколько напряжен. Артериальное давление при поступлении 170/105 мм.

Родовой деятельности нет. Матка мягкая, невозбудима; высота стояния дна матки над лоном 34 см, окружность живота 92 см, размеры соответствуют сроку беременности—35 недель. Положение плода продольное, предлежит головка над входом таза. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

Офтальмологом на глазном дне изменений не обнаружено. Моча в день поступления: удельный вес 1027, белка 26,4<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, в осадке — единичные в поле зрения гиалиновые цилиндры, эритроциты и лейкоциты. Количество гемоглобина и морфологический состав крови отклонений от нормы не имеют. Остаточный азот крови 36 мг<sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

*Какой диагноз следует поставить на основании данных анамнеза, объективного исследования и лабораторных данных?*

У данной больной имеется отек нижних конечностей, пастозность лица и рук, высокая альбуминурия при небольших изменениях в морфологическом составе мочи и высоком удельном весе ее, артериальная гипертензия. Все эти симптомы развились в течение последних недель беременности и вряд ли можно сомневаться в том, что у больной имеется нефропатия.

Однако следует помнить, что отек, повышение давления и изменения мочи могут быть проявлением и других заболеваний, существовавших до беременности—гипертонической болезни, хронического нефрита, а также острого диффузного нефрита, развившегося при беременности. Иногда дифференциальный диагноз между нефропатией беременных и гипертонической болезнью или нефритом представляет значительные затруднения. Для дифференциального диагноза огромное значение имеют анамнестические данные о перенесенных заболеваниях, об уровне артериального давления и данных исследований мочи, срок появления гипертензии и альбуминурии.

Поздние токсикозы возникают обычно во второй половине беременности и чаще в конце ее. В связи с этим данные о повышенном артериальном давлении свыше 135/90 мм до 20-й недели беременности должны вызвать подозрение на существование гипертонической болезни, а наличие изменений в моче—хронического нефрита, существовавшего до беременности.

*Как же решить вопрос о дифференциальном диагнозе при наличии отека, гипертензии и выраженной альбуминурии или только гипертензии и альбуминурии, или даже только одного симптома—гипертензии, что нередко наблюдается при позднем токсикозе, если до беременности и в первые месяцы ее у больной не измерялось артериальное давление и не производилось исследование мочи?*

При гипертонической болезни отеки или отсутствуют, или бывают весьма незначительны, границы сердца обычно смещены за счет гипертрофии

левого желудочка, выслушивается акцент второго тона на аорте и часто раздвоение первого тона на верхушке сердца, чего не наблюдается, как правило, при гипертонии, обусловленной поздним токсикозом.

Количество белка в моче при гипертонической болезни очень небольшое (менее 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>). Однако гипертоническая болезнь, весьма близко стоящая по своему патогенезу к позднему токсикозу, нередко осложняется им, и тогда наряду с ухудшением состояния больной появляются и симптомы, характерные для нефропатии беременных—отеки и высокая альбуминурия. В этих случаях дифференциальная диагностика становится очень трудной и правильно диагностировать заболевание удастся только при наблюдении за больной в послеродовом периоде, когда в случае наличия только позднего токсикоза, как правило, наступает относительно быстрая нормализация артериального давления.

При хроническом нефрите наблюдаются низкие цифры и монотонность удельного веса мочи, что нехарактерно для нефропатии беременных. В этом смысле особенно показательна проба Зимницкого.

Повышение остаточного азота (свыше 40 мг%) при достаточном диурезе, изменения глазного дна, свидетельствующие о давно существующем альбуминурическом ретините, бледность кожи и слизистых, преимущественная локализация пастозности на лице—все это более характерно для хронического нефрита.

Для дифференциальной диагностики нефропатии беременных и острого нефрита как инфекционно-аллергического заболевания, развившегося во время беременности, решающее значение имеют данные анамнеза—наличие незадолго перенесенных инфекций (ангина, грипп, тиф).

У наблюдаемой нами больной анамнестические данные, подтвержденные лабораторными исследованиями, указывают на отсутствие повышения артериального давления и изменений мочи до VII месяца беременности; наличие недавно перенесенных инфекционных заболеваний также исключается. У больной отсутствуют жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, мелькание мушек перед глазами, нет изменений со стороны глазного дна, являющегося «зеркалом» и мозгового кровообращения, т. е. нет мозговых явлений. Все это дает достаточно оснований для диагноза нефропатии беременных с ее выраженными типичными симптомами.

*Какова этиология и патогенез заболевания?*

Термин «нефропатия», так же как и термин «поздний токсикоз», не соответствует полностью нашим современным представлениям о патогенезе разбираемого осложнения беременности и применяется условно в связи с отсутствием достаточно обоснованной другой классификации. Действительно, поздний токсикоз нередко на определенном этапе проявляется только повышением артериального давления, и в то же время эта форма его должна быть отнесена к нефропатии беременных, так как она не соответствует ни «водянке беременных», ни преэклампсии или эклампсии.

Различные клинические проявления позднего токсикоза, и в частности нефропатии беременных, обусловлены во многом теми изменениями, которые происходят в нервной системе женщины, в ее эндокринном аппарате, не приспособившихся к новым условиям существования организма, связанным с развитием беременности. Нарушения при этом проявляются в первую очередь изменением сосудистого тонуса, сосудистой проницаемости, изменением водно-солевого обмена, а при более тяжелом течении—выраженным нарушением и других видов обмена.

Указанные изменения, как при нефропатии, так и при преэклампсии или эклампсии, могут обусловить глубокие дистрофические изменения различных систем и органов в организме беременной и плода. Громадное значение при этом имеют изменения в газообмене, в плацентарном кровообращении.

щении, нарушения которых, особенно при наличии глубоких изменений метаболизма в организме матери, нередко обуславливают внутриутробную гибель плода. При нефропатии беременных нередко стойко поражаются сосудистая система, почки, печень. Эти явления обычно тем более выражены, чем длительнее существуют изменения сосудистого тонуса и другие проявления нефропатии беременных и чем они интенсивнее.

В результате длительных и интенсивных изменений в нейро-гуморальных механизмах беременной, обуславливающих симптомы тяжелой нефропатии—высокую гипертензию и альбуминурию,—иногда развиваются необратимые состояния, по своему клиническому течению аналогичные таковым при гипертонической болезни или при хроническом нефрите с нефротическим компонентом. В связи с этим длительно существующие выраженные симптомы нефропатии должны всегда рассматриваться как весьма серьезные осложнения беременности, угрожающие не только существованию плода, но и здоровью беременной, а в тех случаях, когда нефропатия переходит в эклампсию,—и жизни матери.

*Какие формы нефропатии беременных различают в зависимости от клинического течения?*

По своему клиническому течению нефропатия беременных может быть разделена на тяжелую, средней тяжести и легкую. Формой особой тяжести является нефропатия с высоким артериальным давлением, альбуминурией, олигурией, гипертоническим (альбуминурическим) ретинитом. Больные этой формой нефропатии, граничащей с эклампсией, должны быть подвергнуты более активному родоразрешению, которое не следует затягивать.

При менее тяжелых формах нефропатии у больных, у которых хотя и существует высокая альбуминурия, но гипертензия незначительна и нет мозговых симптомов и изменений глазного дна, возможно проведение терапии консервативными методами. Не следует, однако, допускать длительное (более 2 недель) существование такой формы нефропатии в связи с возможностью развития стойких, иногда необратимых изменений сосудистого тонуса, почек, внутриутробной гибели плода и перехода в наиболее тяжелую судорожную форму позднего токсикоза—эклампсию.

Одним из первых признаков, свидетельствующих о развитии позднего токсикоза, часто является прибавка в весе, превышающая 300—350 г в неделю. Повышение уровня артериального давления свыше 140/90 мм, увеличение артериального давления при существовавшей гипотонии на 30—35% против прежнего (например, с 95/50 до 130/80 мм), появление альбуминурии свыше 0,33‰ являются показанием к немедленной госпитализации беременных в стационар и тщательному наблюдению за ними уже в течение всей беременности, даже после ликвидации симптомов позднего токсикоза.

*Какая форма нефропатии у наблюдаемой нами больной?*

У данной больной при наличии высокой альбуминурии артериальная гипертензия не достигает высокого уровня и, что самое главное, нет изменений глазного дна и мозговых симптомов. В связи с этим течение нефропатии у нее можно рассматривать как тяжелое, однако не требующее срочного родоразрешения.

Из данных анамнеза выясняется, что уже за 6 дней до поступления больной в стационар у нее была обнаружена значительная альбуминурия и гипертония. За месяц до этого при обращении в женскую консультацию артериальное давление и состав мочи были нормальными. В течение месяца у больной довольно быстро развились отеки. Таким образом, можно предположить, что все обнаруженные явления нефропатии до поступления на стационарное лечение существовали уже примерно 2 недели назад, довольно длительный срок для этого заболевания. Поэтому необходимо приступить к энергичному лечению больной, и в течение ближайших дней, наблюдая

динамику заболевания, решить вопрос о необходимости преждевременного родоразрешения.

*Каковы наиболее рациональные методы консервативного лечения больных нефропатией беременных и, в частности, наблюдаемой нами больной?*

Первым обязательным условием является постельное пребывание с соблюдением всех условий лечебно-охранительного режима. Уже один фактор психического и физического покоя у многих больных поздним токсикозом обуславливает резкое улучшение их состояния, значительное снижение артериального давления, а при легком течении заболевания и ликвидацию симптомов заболевания.

Вторым условием является рациональная диета больных. Диетотерапия должна быть направлена на нормализацию обменных процессов в организме.

Одним из весьма серьезных проявлений нефропатии беременных является нарушение водно-солевого обмена, в основе патогенеза которого лежит главным образом повышенная гидрофильность тканей в связи с особенно интенсивной задержкой хлоридов в них, а нередко и гипопротеинемия. Поэтому вопрос о хлоридном и белковом рационе больных нефропатией имеет большое значение.

Беременных с явлениями нефропатии следует переводить на практически бессолевую диету; пища должна готовиться без соли, однако можно употреблять хлеб обычной выпечки, молоко в умеренном количестве и другие продукты, имеющие в своем составе небольшое количество поваренной соли. Количество соли за день не должно превышать 2—3 г. Такая бессолевая диета способствует увеличению диуреза и выведению хлоридов из тканей. Количество вводимой жидкости у больных с отеками должно быть значительно уменьшено, однако при переходе на бессолевую диету это ограничение не должно быть резким (до 600—800 мл) и длительным.

Следует рекомендовать разгрузочные дни. В эти дни больным дают 1—1,5 кг фруктов или ягод с сахаром. При достаточном удельном весе мочи (свыше 1020—1023) рекомендуется проведение творожно-сахарных дней (1—2 дня), в течение которых больным дают 3 раза в день по 150 г творога, 100 г сахара, 1—2 стакана фруктового или овощного сока и концентраты витаминов. Эта диета дает обычно выраженный мочегонный эффект у больных с гипопротеинемией, употреблявших во время беременности недостаточное количество белков.

В дальнейшем в диете больных нефропатией, ввиду их склонности к гиперхолестеринемии, должны быть резко ограничены животные жиры, яйца. Калорийность пищи не должна превышать 1500—2500 ккал. Рекомендуется повышенное введение витаминов и особенно аскорбиновой кислоты (до 1 г в сутки). Вопрос о возможности достаточного введения пищевых белков (1—1,5 г на 1 кг веса тела) должен быть решен положительно для беременных с нефропатией легкой или средней тяжести. При тяжелом течении нефропатии количество пищевых белков следует ограничивать.

В лечении беременных, страдающих нефропатией, весьма большое значение имеет глюкозотерапия. Вследствие изменения осмотического давления крови в результате внутривенного введения глюкозы обезвоживаются ткани, вытесняются из них хлориды и значительно увеличивается приток тканевой жидкости в кровяное русло. Гипертонические растворы глюкозы, особенно при введении ее с аскорбиновой кислотой, оказывая благоприятное действие на процессы тканевого метаболизма, в значительной мере нормализуют окислительные процессы в тканях. Лечение внутривенными введениями глюкозы с аскорбиновой кислотой можно рассматривать как бескислородный метод лечения гипоксических состояний, так часто наблюдаемых при тяжелом течении нефропатии беременных.

При значительных общих отеках, олигурии (суточный диурез ниже 600 мл), при тяжелой форме нефропатии, особенно при наличии симптомов, характерных для преэклампсии, показано внутривенное введение больших количеств глюкозо-витаминных растворов (150—300 мл 20—40% глюкозы с 300—400 мг аскорбиновой кислоты 1—2 раза в день). При вливании таких количеств удобно пользоваться аппаратом для переливания крови. Вливание надо производить медленно (300 мл за 30 минут или капельным методом), чтобы глюкоза успела усвоиться тканями, а не выводилась с мочой. Кроме того, при медленном введении значительного количества жидкости в кровяное русло не будет отягощаться сердечно-сосудистая система. При отсутствии значительных отеков и олигурии количество внутривенно вводимой глюкозы может быть ограничено до 50 мл.

При наличии высокого уровня артериального давления при нефропатии беременных показано внутримышечное введение небольших доз сернокислой магнезии (10—15 мл 25% раствора 1—2 раза в день), а также других средств, понижающих возбудимость нервной системы и являющихся гипотензивными (люминала 0,05 г, амитал-натрия 0,1—0,15 г или нембутала 0,1 г два-три раза в день).

Во всех случаях нефропатии беременных показана оксигенотерапия как фактор, нормализующий обменные процессы в организме матери и плода.

Что касается кровопускания, то в лечении нефропатий беременных этот метод не является рациональным в связи с анемизирующим действием значительных кровопусканий и может быть применен как исключение лишь у больных с высоким артериальным давлением и нарастанием мозговых симптомов в случае отсутствия эффекта от других методов консервативной терапии.

При поступлении в акушерское отделение больной был назначен постельный режим, творожно-сахарная разгрузочная диета на 2 дня, внутривенные вливания 40% раствора глюкозы по 100 мл с аскорбиновой кислотой 2 раза в день, оксигенотерапия и гипотензивные средства в следующей прописи:

Rp. Diuretini 0,3  
Papaverini hydrochlorici 0,03  
Luminali 0,05

DS. По 1 порошку 3 раза в день

В течение 6 дней с момента поступления самочувствие больной несколько улучшилось: почти исчезли отеки, артериальное давление снизилось до 150/100 мм, однако количество белка в моче осталось высоким (23—33%), в осадке наблюдались гиалиновые цилиндры и эритроциты.

В связи с тем, что проведенная консервативная терапия не дала значительного эффекта, до окончания срока беременности осталось еще около 4 недель, нарастающая альбуминурия при наличии умеренной гипертензии явно свидетельствовала о больших изменениях в паренхиме почек, было вынесено решение о необходимости активного родоразрешения.

2/IV в боковые своды введено 40 мл 0,5% новокаина, произведено расширение зева шейки матки расширителями Гегара до № 19, вскрыт плодный пузырь. Больной назначены инъекции пенициллина по 100 000 ЕД через 3 часа, производились внутривенные вливания раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой. Для стимуляции родовой деятельности назначен через каждый час солянокислый хинин 6 раз по 0,15 г.

Через 2 часа после вскрытия плодного пузыря у больной появилась регулярная родовая деятельность, через 14 часов наступили потуги и родился живой, недоношенный ребенок весом 1800 г. В период родовой деятельности артериальное давление держалось в пределах 150/95—160/100 мм, мозговых симптомов не наблюдалось. В послеродовом периоде наступило довольно быстрое снижение альбуминурии до 0,66%, и нормализация артериального давления — до 110/70 мм. На 18-й день после родов больная вместе с ребенком была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации.

Анализируя данные из приведенной истории болезни, следует отметить, что допущенный разрыв в 6 дней между сроком, когда был установлен диагноз нефропатии, направлением больной в стационар и помещением ее в последний, является серьезной ошибкой женской консультации, не проконтролировавшей своевременную госпитализацию больной. Наблюдаемой больной в стационаре не было проведено лечение сернокислой магнезией, но и оно вряд ли дало бы желаемый результат.

Активное наблюдение за беременными, рано начатое лечение больных с поздним токсикозом обычно предупреждают тяжелые формы этого, нередко весьма грозного, осложнения беременности.

**Краткий эпикриз.** Беременная на 35-й неделе поступила в стационар с явлениями выраженной нефропатии беременных. Постельный режим, 2-дневная творожно-сахарная разгрузочная диета, внутривенные вливания 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой 2 раза в день, оксигенотерапия и гипотензивные средства привели к значительному улучшению состояния беременной: почти исчезли отеки, артериальное давление снизилось до 150/100 мм. Однако количество белка в моче продолжало оставаться высоким (23—33<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), в осадке—гИАлиновые цилиндры и эритроциты. Нарастающая альбуминурия при наличии умеренной гипертензии свидетельствовала о значительных изменениях в паренхиме почек, вследствие чего было проведено активное родоразрешение путем расширения шейного канала и вскрытия плодного пузыря с последующей стимуляцией родовой деятельности хинином. После вскрытия плодного пузыря появилась родовая деятельность и через 14 часов родилась живая девочка. На 18-й день после родов больная выписана в удовлетворительном состоянии вместе с ребенком.

## ЭКЛАМПСИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Р. Д., 22 лет, доставлена в родильный дом из ближайшей дачной местности скорой помощью 23/IV 1955 г. в 15 часов 05 минут в бессознательном состоянии. От сопровождавшего больную мужа мы узнали, что беременная ночь провела беспокойно из-за мучительной головной боли, а сегодня утром (после завтрака) у нее появилась тошнота, боль в подложечной области, двукратная рвота, мелькание «мушек» перед глазами.

В 13 часов 30 минут и в 14 часов 10 минут у больной (дома) было два кратковременных судорожных припадков с потерей сознания и непроизвольным мочеиспусканием; муж вызвал скорую помощь.

В смотровой комнате родильного отделения у нее начался третий припадок, продолжавшийся около 2 минут. Со слов мужа, настоящая беременность первая, его жена всегда была здорова, в женскую консультацию не обращалась. Даты последней менструации и первого шевеления плода не знает.

Женщина среднего роста, правильного телосложения, хорошего питания. Доставлена в бессознательном состоянии. Лицо одутловато. Глаза перекошены, зрачки расширены, роговичный и конъюнктивальный рефлекс отсутствуют. Температура 37°, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 210/110 мм. Имеется умеренная отечность голеней, передней брюшной стенки и кистей рук. Живот увеличен соответственно беременности на X лунном месяце. Слабо выраженная пигментация белой линии и области околососковых кружков. Пупок сглажен. Окружность живота 93 см. Дно матки под мечевидным отростком. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Спинка плода слева, мелкие части не определяются. Сердцебиение плода приглушено, ритмично, слева ниже пупка, 136 ударов в минуту. Схваток нет. Околоплодные воды (со слов мужа) не отошли. Таз нормальный.

23/IV в 15 часов 10 минут у больной начались фибриллярные подергивания мышц лица, после чего наступили тонические и клонические судороги во всей мускулатуре тела. Дыхание, будучи хрипящим, на время прекратилось, наступил значительный цианоз лица и губ, вслед за этим судорожные подергивания стали реже, и с глубоким тяжелым вздохом припадок прекратился. Лицо цианотично, зрачки стали значительно уже на свет вяло реагируют, изо рта выделяется слизь, окрашенная кровью. Язык местами прикушен. Дыхание ровное, глубокое. Больная апатична, сознание затемнено, сухожильные рефлексy повышены. В момент начала припадков больной дан эфир-

ный наркоз, введен роторасширитель и в 15 часов 20 минут произведена первая внутримышечная инъекция 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии. После прекращения припадка больной назначены ингаляции кислорода.

*Нужно ли сразу приступать к влагалищному исследованию?*

Да; так как больная уже находится в состоянии наркоза.

23/IV 1955 г. 15 часов 15 минут. В смотровой комнате под продолжающимся эфирным наркозом больной произведен обычный туалет наружных половых органов и туалет тела теплой водой; при помощи катетера выпущена моча в количестве 55 мл, насыщенная и мутная, при кипячении содержит большое количество белка (в дальнейшем установлено, что моча содержит 13,2% белка, в осадке — единичные гиалиновые цилиндры в препарате; удельный вес 1026). Затем произведено влагалищное исследование (в стерильной перчатке): наружные половые органы развиты нормально, несколько отечны; влагалище средней емкости. Шейка матки цилиндрической формы, мягкая, слегка укорочена, наружный зев закрыт. Через передний свод пальпируется головка, подвижная над входом в малый таз. Полость таза свободна, емкость таза достаточная; костных деформаций нет; мыс не достигается. Выделения молочного цвета в небольшом количестве.

*Какой диагноз у нашей больной?*

Первая мысль при взгляде на больную — эклампсия при беременности 37—38 недель.

Как рассказал нам муж, припадки у больной появились дома на фоне выраженных симптомов преэклампсии. Наблюдаемый нами припадок настолько характерен для эклампсии, что отличить его от эпилептического не представляет трудностей, так как при последнем отсутствуют симптомы тяжелого токсикоза; против эпилепсии говорят также анамнестические данные (из опроса мужа).

Для дифференциальной диагностики этих заболеваний Г. М. Салганник рекомендует руководствоваться следующими отличительными признаками (см. таблицу).

	Эпилепсия	Эклампсия
Начало заболевания	До беременности	Во время беременности, обычно в последние 2 месяца
Продромальные явления	Отсутствуют или имеется кратковременная аура	Явления эклампсизма
Возвращение сознания	Быстрое	Коматозное состояние
Состояние зрачков	Сужение	Расширение
Сухожильные рефлексы	Ослаблены	Повышены
Альбинурия, отеки, гипертония	Обычно отсутствуют	Имеются
Глазное дно	Нормальное	Измененное

Труднее дифференциальная диагностика между эклампсией и уремией (Г. Г. Гентер, Г. М. Салганник и др.).

Уремия во время беременности обычно возникает на почве случайно развившегося во время беременности острого гломерулонефрита или в связи с хроническим нефритом. Подробно собранный анамнез говорит против этих заболеваний. При уремии артериальное давление держится на высоких цифрах, в крови обнаруживается повышенное количество остаточного азота и мочевины, наблюдаются резкие расстройства зрения, вплоть до альбуминурического ретинита.

Нормальный удельный вес мочи, наличие единичных гиалиновых цилиндров в препарате при выраженной альбуминурии, а также незначитель-



ные изменения со стороны глазного дна, характерный анамнез эклампсии— все это говорит против уремиической комы. Нетрудно также исключить истерию, при которой роговичный и конъюнктивальный рефлекс сохранены, в то время как при эклампсическом припадке они выпадают (И. Ф. Жордания). Кроме того, при истерическом припадке женщина полностью сознания не теряет, припадок нетяжелый, нет асфиксии и прикусывания языка, изменений в моче не обнаруживается (А. И. Петченко). У данной больной этих признаков нет.

И, наконец, припадки хореи, тетании, судороги при сахарном диабете, менингите, опухолях мозга и при кровоизлияниях в мозг по своему характеру существенно отличаются от эклампсических припадков, и эти различия наряду с анамнезом дают возможность легко ориентироваться в диагнозе (Г. М. Салганник).

Вернемся к нашей больной. Типичный анамнез, общий вид больной, отеки, высокое артериальное давление, наличие белка в моче и характер наблюдаемого нами судорожного припадка— все это говорит об эклампсии при беременности 37—38 недель.

Исходя из современных представлений о патогенезе токсикозов, эклампсию следует считать конечной, наивысшей стадией позднего токсикоза, характеризующуюся сложным симптомокомплексом, завершающимся в подавляющем большинстве случаев судорожным припадком. Исключение составляет бессудорожная форма эклампсии, которая встречается крайне редко.

У первобеременных эклампсия встречается значительно чаще, чем у повторнобеременных. По времени наступления различают эклампсию беременных, рожениц и послеродовую эклампсию. Чаще всего эклампсия встречается в родах (около 60%), реже во время беременности (около 20—25%) и еще реже после родов (15—20%).

Опубликованные многочисленные литературные данные указывают на прогрессивное снижение заболеваемости эклампсией в нашей стране. Это объясняется теми особенностями организации советского родовспоможения, которое обеспечивает регулярное наблюдение над беременной женщиной в течение всей беременности, в процессе родового акта и в послеродовом периоде. Осуществить такое непрерывное наблюдение за беременной женщиной, роженицей и родильницей возможно было только путем увеличения количества родильных коек как в городах, так и в сельских местностях, а также путем создания широкой сети женских консультаций, фельдшерско-акушерских пунктов и др. Этим родовспомогательным учреждениям принадлежит решающая роль в предупреждении и выявлении токсикозов беременности в наиболее ранних стадиях, а также в своевременной госпитализации больных и правильном их лечении.

*Есть ли показания у наблюдаемой нами больной к досрочному родоразрешению?*

В данный момент нет показаний к немедленному родоразрешению. Родовой деятельности нет. Будем вести нашу больную консервативно.

Сразу же после перевода больной в палату для больных эклампсией, продолжая давать ей эфирный наркоз, произвели кровопускание в количестве 500 мл под контролем измерения артериального давления и с учетом предварительно определенного процента гемоглобина — 13 г% (78 единиц). Кровь срочно послали для исследования на остаточный азот и белки. Во время кровопускания артериальное давление снизилось с 210/110 до 150/100 мм. Одновременно в эту же вену введено 50 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (0,2 г).

Гипертонический раствор глюкозы, введенной внутривенно, обладает диуретическим действием. Кроме того, как показали клинические и экспериментальные наблюдения, этот раствор улучшает мозговое кровообраще-

ние и уменьшает отечность мозга и одновременно является прекрасным питательным средством для сердечной мышцы.

Наряду с этим некоторые авторы указывают, что глюкоза обладает также способностью уменьшать содержание хлоридов в крови и увеличивать их выделение с мочой, что является весьма желательным в лечении нашей больной.

Больная помещена в затемненную и хорошо проветриваемую палату; постель согрета; создан абсолютный покой. Установлен индивидуальный пост акушерки для ухода и выполнения назначений врача. Акушерке даны указания, чтобы она следила за беременной и плодом и при появлении признаков угрожающего припадка (фиксация глаз, стойкий поворот головы в одну сторону, подергивание мышц и др.) немедленно вводила резиновый роторасширитель и давала эфирный наркоз.

Кроме того, она должна учитывать каждую порцию собираемой мочи и определять количество мочи и выпиваемой жидкости за сутки. Магnezияльную терапию продолжали (25% раствор по 20 мл) через каждые 4—5 часов внутримышечно. Все процедуры, как кровопускание, влагалищное исследование, внутримышечные и подкожные инъекции, производили под легким эфирным наркозом.

В основу современного лечения эклампсии положены важнейшие принципы виднейшего отечественного акушера В. В. Строганова. Будучи крупным клиницистом, он правильно оценил значение состояния центральной нервной системы при заболевании эклампсией, объясняя эклампсические припадки как выражение резкого возбуждения центральной нервной системы. В. В. Строганов свой метод лечения построил в первую очередь на создании для больной условий абсолютного покоя и устранения каких бы то ни было внешних раздражений (световых, слуховых или тактильных), которые могли бы провоцировать возобновление припадков, на организации лечебно-охранительного режима.

На этом основано помещение больной в изолированную, затемненную комнату и проведение всех манипуляций под легким эфирным наркозом; с этой же целью В. В. Строганов предложил применение наркотических средств. В последние годы своей жизни В. В. Строганов отказался от применения рекомендованных им наркотических средств, таких, как морфин, хлоралгидрат, и признал целесообразным заменить их серноокислой магнезией, предложенной впервые Д. П. Бровкиным.

Д. П. Бровкин доказал наркотическое, диуретическое и сосудорасширяющее действие серноокислой магнезии. В своей последней работе он предложил при каждом введении раствора серноокислой магнезии одновременно вводить 25 000 ЕД пенициллина, разведенных в 0,5% растворе новокаина. Это предложение, на наш взгляд, заслуживает внимания. Лечение эклампсии по методу В. В. Строганова значительно снизило материнскую и детскую смертность при этом заболевании.

В настоящее время в ряде учреждений при нефропатии и преэклампсии с успехом применяются новые препараты, как, например, агрессин 0,01 г по 2 таблетки 2 раза в день; аминазин 25—50 мг в сутки (2,5% Sol. Aminasini 1 мл—в ампуле содержится 25 мг) внутривенно в сочетании с 40—60 мл 40% раствора глюкозы; резерпин по 0,25 мг 2—3 раза в день (per os).

23/IV 1955 г. в 17 часов 30 минут больная проснулась, жалуется на легкую головную боль. Зрение ясное, болей в подложечной области нет. Припадки эклампсии больше не повторялись. Артериальное давление 155/90 мм, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, умеренно напряжен. Отеки несколько уменьшились. Больная самостоятельно помочилась; выделилось 100 мл мочи, которая была направлена на исследование. Назначена ингаляция кислорода.

На консультацию приглашены терапевт и окулист. Данные терапевта: границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Акцент второго тона на легочной артерии. Легкие: везикулярное дыхание, хрипов нет; перкуторно-ясный легочный звук. Печень и селезенку пальпировать не удается. Симптом Пастернацкого отрицательный.

К этому времени получены ответы анализов мочи и крови. Анализ мочи (после кровопускания): прозрачность — слегка мутная, удельный вес 1020, белка 8,25%, реакция кислая, лейкоцитов 6—8 в поле зрения; эритроциты единичные в поле зрения, частично выщелоченные; гиалиновые цилиндры 2—3 в поле зрения.

Анализ крови: Hb 9,7 г% (58 единиц), эр. 4 200 000, цветной показатель 0,69; л. 6800, п. 8%, с. 52%, лимф. 37%, мон. 10%; РОЭ 38 мм в час.

Биохимический анализ крови: общий белок 5,4 г% (норма 6,5—7,5 г%), альбумины 2,6 г% (норма 4,6—6,5 г%), глобулины 2,8 г% (норма 1,2—2,3 г%), остаточный азот 28,5 мг% (норма 20—35 мг%).

Заключение терапевта: состояние после припадка эклампсии, тяжелая форма нефропатии.

Д а н н ы е о к у л и с т а: жалоб на ухудшение зрения нет. В переднем отделе глаз отклонений от нормы нет. Преломляющие среды прозрачны. Глазное дно: сосочки зрительных нервов бледно-розового цвета, границы их четкие. Артерии умеренно сужены, вены неравномерно расширены.

Заключение окулиста: имеется спазм артерий и неравномерное расширение вен.

23/IV в 19 часов 20 минут: общее состояние больной средней тяжести. Сознание ясное. Больная жалуется на общую слабость, слабо выраженную головную боль. Зрение ясное. Мочилась самостоятельно (150 мл мочи). Отечность голеней и одутловатость лица заметно уменьшились. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный, умеренно напряжен. Артериальное давление 150/95 мм. Дыхание глубокое, ровное, 20—22 в минуту; в легких хрипов нет.

Родовой деятельности нет. Положение плода правильное, сердцебиение слева ниже пупка — 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

Больной под легким эфирным наркозом (30 мл) вторично внутримышечно введено 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии и внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы.

После того как больная проснулась, ей продолжили применение ингаляции кислорода.

23/IV в 20 часов 30 минут больная просит пить. Мы предложили ей принять 100 г сухой глюкозы, запивая молоком. Она охотно выпила  $\frac{2}{3}$  стакана молока. В молоке мы предварительно развели 0,15 г люминала. Вскоре больная уснула и проснулась в 23 часа. Все это время за ней было установлено тщательное наблюдение и соответствующий уход.

23/IV в 23 часа 10 минут: артериальное давление 155/100 мм, пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, умеренно напряжен. Самочувствие больной несколько улучшилось, самостоятельно помочилась (130 мл мочи), жалоб нет.

В 23 часа 20 минут больной дан легкий эфирный наркоз (20 мл); быстро заснула. Внутримышечно (3-й раз) введено 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии. В 5 часов утра больная проснулась. Сознание ясное, жалобы на тяжесть в голове. Зрение ясное. Болей в подложечной области нет. Температура 36,7°, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, умеренно напряжен. Артериальное давление 155/95 мм. Отеки значительно уменьшились. Мочевой пузырь переполнен. Больной предложено помочиться, выделилось 850 мл слабо мутной мочи, соломенно-желтого цвета. Порция мочи направлена в лабораторию для исследования. Родовой деятельности нет.

24/IV в 5 часов 20 минут снова дан легкий наркоз (20 мл), после чего больной введено (4-й раз) внутримышечно 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии и внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (0,2 г).

Большое значение имеет правильная диета для больной, страдающей эклампсией.

1. Во время припадков назначается голодная диета. Одновременно обязательно производится внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой (40% раствор глюкозы с 1% раствором аскорбиновой кислоты в количестве 40—50 мл) 3—4 раза в сутки.

2. В первые сутки после прекращения припадков и восстановления сознания назначается голодная диета, но с обязательной дачей сахара в количестве 200—300 г, 1 г аскорбиновой кислоты, 2—3 стаканов теплого чая, а также фруктов в сыром или вареном виде.

3. Во вторые сутки после прекращения припадков назначается: сахара 300 г, аскорбиновой кислоты 1 г, теплого чая 2—3 стакана, печеные яблоки, а также рисовая, гречневая, манная или тыквенная каша на воде с сахаром, картофельное пюре—все без соли.

4. По мере выздоровления больную переводят на молочно-растительную диету. Временно, до окончательного выздоровления, запрещается мясо, мясные отвары, жиры.

24/IV в 6 часов больная проснулась, самочувствие ее удовлетворительное. Жалоб нет. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 145/90 мм. Имеется еще выраженная отечность тканей. Больной предложено выпить 40 мл 25% раствора сернокислой магнезии, после чего у больной дважды был жидкий стул, без примеси слизи и крови. Мочится самостоятельно. За 17 часов больная выделила около 1300 мл мочи, что является хорошим прогностическим признаком.

В данном случае у нас нет оснований отступать от общепринятых принципов питания больных эклампсией.

Принимая во внимание прекращение припадков эклампсии, улучшение общего состояния больной, снижение артериального давления до 145/90 мм, отсутствие каких-либо жалоб, мы решили в дальнейшем ограничиться внутримышечным введением сернокислой магнезии до 4 раз в сутки без применения эфирного наркоза. Ингаляцию кислорода и внутривенные вливания 40% раствора глюкозы мы продолжали. В случае появления тех или иных симптомов, указывающих на перевозбуждение нервной системы, применить легкий эфирный наркоз.

Диета на сутки: сахара 300 г, аскорбиновой кислоты 1 г, теплого чая 3 стакана, яблок в сыром виде 500 г; манная каша без соли.

24/IV в 11 часов: общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Пульс 74 удара в минуту, артериальное давление 150/90 мм, отечность голеней и одутловатость лица держатся.

Анализ мочи: удельный вес 1020, реакция кислая, белка 6,6<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, лейкоцитов 3—5 в поле зрения; эритроциты не обнаружены, цилиндры гиалиновые — единичные в частых полях зрения; зернистые и восковидные отсутствуют.

В 11 часов 20 минут: внутримышечно введено (5-й раз) 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии, после чего самочувствие больной начало быстро улучшаться. В дальнейшем лечение проводилось как при нефропатии (стр. 12).

К 7-му дню артериальное давление снизилось до 120/60 мм; в моче 0,066<sup>0</sup>/<sub>00</sub> белка. Имеется пастозность голеней.

15/V 1955 г. нормальные срочные роды живым ребенком. Вес ребенка 3150 г, рост 53 см. Последовый период нормальный. Послеродовой период без осложнений. На 9-й день родильница выписана со здоровым ребенком.

**Краткий эпикриз.** Первобеременная, 22 лет, на X лунном месяце 23/IV 1955 г. доставлена скорой помощью с припадками эклампсии. Дома было два припадка, при поступлении в смотровой комнате родильного дома еще один. Беременная консультацию не посещала, в связи с чем была просмотрена тяжелая форма нефропатии, вскоре перешедшая в преэклампсию и завершившаяся тремя эклампсическими припадками. Больную лечили консервативно (лечебно-охранительный режим, легкий наркоз, сернокислая магнезия, бессолевая диета); припадки не повторялись. 15/V 1955 г. нормальные срочные роды живым ребенком. Послеродовой период без осложнений. На 9-й день родильница выписана в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

## ПИЕЛИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Т. А., 24 лет, поступила во 2-е отделение родильного дома 11/X 1955 г. в связи с сильными болями в правой половине живота при повышенной температуре; беременность VI месяцев. Боли в животе и пояснице беспокоили женщину в течение нескольких дней, однако в консультацию она обратилась только 10/X. Больной дали направление для исследования мочи и крови, рекомендовали соблюдать постельный режим и назначили внутрь стрептоцид. В ночь с 10/X на 11/X боли в правой половине живота и пояснице усилились, температура поднялась до 39,6°. Все это заставило больную вызвать скорую помощь, которой она и была доставлена в родовое отделение.

В детстве перенесла дифтерию и корь. Страдает упорным запором; стула не было на протяжении более двух суток.

Менструации с 17 лет, через 28 дней по 3 дня, безболезненные. Замужем с 21 года. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на III месяце 2 года назад. Настоящая беременность — вторая. Последняя менструация с 1/IV по 3/IV

1955 г. В первой половине беременности отмечалась рвота, по поводу которой лечилась в женской консультации амбулаторно. Вторая половина беременности до настоящего заболевания протекала без осложнений. Первое шевеление плода ощутила в конце августа.

Состояние больной при поступлении средней тяжести; жалобы на сильные боли во всей правой половине живота и правой поясничной области; температура тела 39,9°; пульс 100 ударов в минуту. Язык суховат, обложен. Обращает на себя внимание гиперемия лица.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы не обнаружено. Артериальное давление 120/75 мм. В легких дыхане везикулярное, перкуторный звук ясный.

Живот мягкий. Печень и селезенка не пальпируются. Болезненность в области правого подреберья и справа на уровне пупка. Перистальтика кишечника живая. Симптом Щеткина—Блюмберга и симптом Ровзинга отрицательные, симптом Пастернацкого справа положительный. Мочепускание несколько учащено, болезненно. Матка не напряжена; увеличена до размеров 24—25 недель беременности. Сердцебиение плода справа ниже пупка ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.

Родовой деятельности нет. Воды не отходили.

Ночь беременная провела беспокойно, жаловалась на слабость, бессонницу, 2 раза была рвота пищевыми массами. Температура утром 37,4°. Пульс 88 ударов в минуту.

*Какой диагноз? Правильно ли, что женщину госпитализировали?*

Картина заболевания скорее всего укладывается в рамки п и е л т а. Однако она несколько сходна и с угрожающим прерыванием беременности.

Не отрицая указанных выше диагностических предположений, нельзя отвергнуть и подозрения на аппендицит или холецистит. Кроме того, нельзя сразу категорически исключить предположения о каком-либо общем инфекционном заболевании. Поэтому необходимо провести консультацию с хирургом и инфекционистом.

Женщина, безусловно, нуждалась в госпитализации, причем именно в родильном доме.

Клиническая картина заболевания у беременной не совсем отчетлива. Боли в животе держатся уже несколько дней. Правда, никаких выделений из влагалища беременная не отмечает; но неопределенного характера боли в животе и пояснице всегда могут быть ранним признаком н а ч и н а ю щ е г о с я п р е р ы в а н и я б е р е м е н н о с т и. К тому же надо учитывать данные анамнеза, позднее начало менструаций; в анамнезе имеется указание на самопроизвольный выкидыш.

Надо тщательно обследовать беременную, имея в виду возможность п и е л т а. Об этом говорит повышение температуры, легкая болезненность при поколачивании поясничной области справа (положительный симптом Пастернацкого), отсутствие симптома Ровзинга, характерного для аппендицита, отсутствие симптомов раздражения брюшины.

Вместе с тем у беременной нельзя категорически исключить а п п е н д и ц и т, так как при пальпации отмечаются боли справа на уровне пупка. Правда, область наибольшей болезненности расположена выше по сравнению с той, которую мы обычно обнаруживаем при аппендиците. Но, как известно, при беременности это и характерно из-за смещения кишечника кверху увеличенной маткой.

Не исключается и х о л е ц и с т и т, о наличии которого могут говорить боли при пальпации в правом подреберье, а также рвота. Наконец, не исключена возможность и какого-либо общего инфекционного заболевания.

Постараемся разобраться в высказанных предположениях. Е с т ь л и достаточные основания для установления д и а г н о з а н а ч и н а ю щ е г о с я п р е р ы в а н и я б е р е м е н н о с т и?

Боли в животе не носят схваткообразного характера, нет кровянистых выделений из влагалища матка при исследовании не напрягается.

Есть ли достаточные обоснования для установления диагноза аппендицита?

Наличие у больной только умеренной болезненности при пальпации живота справа от пупка, если отсутствуют другие симптомы аппендицита (стр. 27) и указания в анамнезе на предшествующие его приступы, не дает достаточных оснований ставить диагноз аппендицита. Для установления этого диагноза имеется слишком мало данных. Кстати, надо учесть, что ректальная температура у беременной утром, как выяснилось в процессе обследования, достигает  $37,6^{\circ}$ , что также говорит против аппендицита, при котором, как известно, разница между ректальной и аксиллярной температурой достигает одного градуса, а иногда и больше.

Мало у нас данных и для установления диагноза *холецистита*. Надо учесть, что болевые ощущения у больной отличны от приступообразных болей, характерных для холецистита. Живот мягкий, напряжение мышц живота в области правого подреберья отсутствует.

Также нет существенных данных для того, чтобы предположить у беременной какое-либо общее инфекционное заболевание, например брюшной тиф и др.

Больше всего имеется оснований поставить диагноз *пиелита* при беременности, хотя нужно признаться, что мы еще не располагаем всеми необходимыми данными для окончательного решения вопроса. Понятно, если в моче будет обнаружено большое количество лейкоцитов, то задача наша будет облегчена. Воспалительные заболевания выделительных органов являются частым осложнением беременности и среди них на первом месте стоят пиелит и цистит.

*Каковы причины, объясняющие сравнительную частоту пиелитов у беременных?*

При беременности часто отмечается расширение мочеточников. Впервые на это обратил внимание Гальберштам (Halberstamm) еще более 80 лет назад. Это явление встречается настолько часто и при рентгенологическом исследовании оно настолько убедительно, что есть даже тенденция атонию мочеточников при беременности считать «физиологическим» явлением. Стенки мочеточников при беременности разрыхлены и гиперемированы. Правый мочеточник обычно несколько больше расширен, чем левый. Матка во время беременности повернута вокруг своей оси вправо и оказывает давление больше на правый мочеточник. Поэтому понятно, почему долгое время считали, что причиной расширения мочеточников при беременности является давление на них увеличенной матки. Но с таким представлением нельзя согласовывать, например, тот факт, что при отсутствии беременности опухоли внутренних половых органов, несмотря на более значительное порой давление на мочеточники, не вызывают такого их расширения, какое наблюдается при беременности.

Основной причиной заболевания пиелитом у беременных в настоящее время признается атония мочеточников и верхних мочевых путей. Атония мочеточников проявляется иногда раньше, чем могло выявиться давление на них беременной матки. Можно допустить, что атония мочеточников, как и парез почечных лоханок, является следствием атипического токсикоза беременности (К. К. Скробанский). Механические же затруднения для оттока мочи, связанные с давлением беременной матки на мочеточники, следует рассматривать лишь как вспомогательные моменты. Такой точки зрения придерживаются многие советские акушеры и урологи.

Таким образом, на фоне затрудненного оттока мочи из расширенных мочеточников и лоханок в случае попадания в последние микробов создаются условия для развития инфекционного процесса. Пиелит беременных чаще бывает правосторонним.

*Какими путями могут проникнуть возбудители инфекции в почечную лоханку?*

Таких путей имеется несколько. Давно уже доказана связь лимфатических сосудов толстого кишечника с околопочечной клетчаткой. В некоторых случаях возбудители инфекционного поражения почек могут проникнуть в последние и гематогенным путем. Не исключен и путь восходящий (многие урологи называют его «урогенным»). При расширенных мочеточниках иногда имеет место так называемый пузырно-мочеточниковый рефлюкс, при котором моча из мочевого пузыря с имеющимися в ней микроорганизмами может попадать, правда в небольших количествах, в мочеточники и затем в лоханки. Этому способствует до известной степени изменение формы и увеличение емкости мочевого пузыря во время беременности, что в свою очередь иногда приводит к нарушению нормальной деятельности сфинктеров мочеточников. Анатомические особенности женской уретры позволяют нам объяснить более частое, чем у мужчин, проникновение возбудителей инфекции в мочевой пузырь. Женская уретра коротка и широка, а близость влагалища и анального отверстия может способствовать проникновению в мочевые пути патогенной микрофлоры, в частности кишечной палочки и трихомонад.

В связи с изложенным выше становится понятным, почему пиелиты нередко возникают в результате длительных желудочно-кишечных расстройств у беременных. Запор, так часто встречающийся у беременных женщин, может служить причиной проникновения кишечной палочки по лимфатическим путям из кишечника в почечную лоханку. Кроме того, при атонии кишечника часто имеет место и атония мочеточников.

Источником гематогенной инфекции может быть какой-нибудь инфекционный очаг в организме, как, например, заболевание глоточных миндалин, гнойный холецистит и др. (Е. Р. Сум-Шик).

Однако одного лишь наличия возбудителей инфекционного заболевания в почечных лоханках не всегда достаточно для возникновения острого пиелита.

Необходим еще один важный патогенетический фактор — снижение резистентности организма. С этой точки зрения в патогенезе пиелитов понятно значение простудного фактора, физических и психических травм, интоксикаций.

*Какие микроорганизмы вызывают пиелиты беременных?*

На первом месте по частоте поражения стоит кишечная палочка, обнаруживаемая, по данным различных авторов, не менее чем у 50% больных. По данным Б. Ф. Златмана, кишечная палочка встретилась у 76,9% больных, стрептококк — у 2,6%, стафилококк — у 7,7%, смешанная инфекция — у 11,9%. Полагают, что кишечная палочка попадает в почечные лоханки лимфогенным путем, а иногда восходящим, урогенным путем. В последнем случае в анамнезе у женщины мы часто находим указания на перенесенный ею цистит. Поражение лоханок гонококком возможно лишь при условии проникновения гонококков восходящим путем. Не следует забывать о возможности поражения лоханок одновременно несколькими видами микроорганизмов, что имеет определенное значение для рационального лечения.

*Какими симптомами характеризуется острый пиелит?*

Для острого пиелита наиболее характерна триада симптомов: боли в животе или пояснице, иногда с иррадиацией по ходу мочеточника, внезапное повышение температуры, сопровождающееся потрясающим ознобом, пиурия. Нередко при этом имеет место и учащенное мочеиспускание. Моча при пиелите, вызванном кишечной палочкой, имеет неприятный запах, она мутна, щелочной реакции.

Учитывая анамнез и жалобы больной, мы рассчитывали у нее найти пиурию.

*Всегда ли при пиелите имеется пиурия?*

Нередко приходится встречаться с такими случаями пиелитов, когда моча, взятая катетером, иногда не содержит лейкоцитов. Это можно объяснить тем, что моча из пораженной лоханки не поступает временами в мочевой пузырь и поэтому в такие моменты она не содержит гноя. Понятно, такие случаи встречаются преимущественно при односторонних пиелитах. Отсюда отсутствие гноя в моче при однократном ее исследовании не дает еще основания отвергнуть диагноз пиелита, если по всем другим клиническим данным этот диагноз представляется наиболее вероятным.

В процессе обсуждения дифференциального диагноза у наблюдаемой нами больной мы предвидим еще одно возражение.

*Почему в данном случае мы предполагаем пиелит и исключаем цистит?*

В ряде случаев при возникновении патологических явлений в почках (пиелит, камень почки, туберкулез почки), когда отсутствуют изменения в мочевом пузыре и явления цистита, больные отмечают учащенное и болезненное мочеиспускание, которое принято объяснять рефлекторными влияниями, идущими с почки на мочевой пузырь. Здесь, как видите, кроется еще одна причина возможных диагностических ошибок. Если без критического анализа в каждом случае, когда больная жалуется на болезненное и учащенное мочеиспускание, ставить диагноз цистита, то очень часто будут допускаться ошибки. Конечно, ошибка возможна и в нашем наблюдении: может быть, женщина страдает не только пиелитом, но и циститом. Однако против этого предположения говорит тот факт, что больная стала жаловаться на учащенное и болезненное мочеиспускание только уже после того, как у нее появились боли в животе и повысилась температура.

Для того чтобы избежать указанных ошибок, имеется только один путь: не торопиться с окончательным суждением, не ставить диагноза, основываясь на оценке только одного какого-нибудь симптома, а учитывать всю клиническую картину в совокупности признаков, прибегая повторно к необходимым лабораторным исследованиям.

У наблюдаемой нами больной моча при осмотре представляется мутной, дает при отстое небольшой осадок. Запах мочи неприятный. Реакция мочи слабощелочная. Удельный вес 1020, белка следы; сахара нет. При микроскопическом исследовании — лейкоциты покрывают каждое поле зрения, имеется много бактерий и отдельные эпителиальные клетки. После взятия катетером мочи было произведено тут же промывание пузыря слабым раствором борной кислоты. Уже после однократного введения жидкости в мочевой пузырь она обратно выделилась прозрачной.

Это значит, что имеющаяся пиурия лоханочного, а не пузырного происхождения; при пиурии пузырного происхождения мочевой пузырь «отмывается» с трудом (С. П. Федоров).

Исследование крови больной показало: Нв 13,5 г% (81 единица), эр. 3 800 000, л. 11 000; РОЭ 62 мм в час. Формула белой крови без отклонений от нормы.

*Необходимо выяснить, не страдает ли наша больная туберкулезом почек или пиелонефритом?*

Для туберкулеза почки также характерна пиурия, правда, при кислой реакции мочи. При туберкулезе почки в моче можно найти туберкулезные палочки, не обнаружив никакой другой микрофлоры. Туберкулезное поражение почки — заболевание хроническое. Начинается оно исподволь и постепенно, а не так остро, как у данной больной. Правда, туберкулез почки мог протекать незаметно, а обостриться лишь в настоящий момент. Следует обращать внимание на характер дизурических явлений. При туберкулезе почки они всегда имеют место и носят очень стойкий характер. Дизурические явления трудно поддаются терапевтическим воздействиям, так как причиной их бывает сопутствующее туберкулезное поражение мочевого пузыря.



При пиелонефрите пораженной оказывается не только лоханка, но и почечная паренхима. Состояние больной при пиелонефрите обычно более тяжелое, лихорадочные явления выражены сильнее и длительнее, чем это имеется у наблюдаемой нами больной. Моча при пиелонефрите содержит белка до 1% и выше. Количество лейкоцитов в моче иногда бывает больше, чем при пиелите. Моча содержит цилиндры.

При двустороннем пиелонефрите может быть резко понижена функция почек. Общее количество мочи при этом уменьшено. Моча имеет низкий удельный вес. У женщины могут появиться отеки нижних конечностей; иногда резко выражены явления азотемии: икота, жажда, сухой, обложенный язык.

Чаще пиелонефрит бывает односторонним. При значительном поражении паренхимы почка может быть увеличенной и легко прощупывается. Появляется чувствительность при ее пальпации, симптом Пастернацкого резко положительный. Всего этого нет у данной больной.

Надо помнить, что не всегда белок в моче, обнаруживаемый при беременности, свидетельствует о токсикозе беременности отечно-нефротического ряда. Белок в моче может обнаруживаться, как мы уже указывали, и при пиелонефрите, и при других заболеваниях почек. В этих случаях чрезвычайно полезным оказывается применение специальных методов урологического обследования, в том числе и цистоскопии.

Данной больной была произведена хромоцистоскопия; внутривенно введено 5 мл 0,4% раствора индигокармина в теплом виде. Патологических изменений стенок мочевого пузыря не обнаружено за исключением небольшой гиперемии слизистой оболочки в области устья правого мочеточника. Выделение окрашенной синькой мочи из правого устья отмечено на 10-й минуте, а из левого—на 5-й минуте (в норме при внутривенном введении индигокармина последний выделяется с мочой на 3—5-й минуте).

Не следует, однако, думать, что без цистоскопии не может быть поставлен диагноз пиелита. Надо стремиться выработать умение распознавать заболевание, пользуясь наиболее простыми методами исследования и наблюдения.

При подробном клиническом обследовании больной мы не обнаружили у нее каких-либо очагов инфекции, из которых можно было бы предположить метастатическое гематогенное ее распространение. Приходится остановиться на предположении о том, что инфекционный процесс возник лимфогенным путем и, по-видимому, стал возможным при наличии упорного запора у беременной.

Нет оснований обязательно дожидаться результатов бактериологического исследования мочи для того, чтобы начать терапию. Кстати, не везде еще имеется возможность производить бактериологическое исследование.

Необходимость своевременного обнаружения и раннего лечения пиелита беременных становится особенно понятной, если учесть, что при этом заболевании в 40% роды наступают преждевременно, что в ряде случаев обуславливает гибель недоношенного плода.

#### *Какова терапия при пиелите беременных?*

При остром пиелите прежде всего необходим строгий постельный режим. При одностороннем процессе рекомендуется лежать на здоровом боку, что до некоторой степени способствует лучшему опорожнению пораженной лоханки.

Существенное значение в лечении пиелита имеет рациональная диета. При первых стадиях применяется молочно-растительная диета, состоящая из овощных или фруктовых супов, овощей, зелени, фруктов, кислого молока, молочных продуктов. Плохо усваиваемые продукты, а также копчености, острые и соленые блюда нельзя употреблять.

Диетологи издавна советуют изменением реакции мочи создавать неблагоприятные условия для развития микробной флоры, а также способствовать повышению диуреза.

Желательно периодически назначать ацидотическую диету, компотные и сыроовощные дни.

С целью промывания почечных лоханок полезно обильное употребление жидкости. При отсутствии противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы, отсутствии белка в моче, отеков, нормальном артериальном давлении можно употреблять до 10 стаканов и больше жидкости в день в виде отвара шиповника, воды с лимоном, фруктовых и ягодных соков, молока. При очень кислой моче рекомендуется употребление боржома, эссентуков № 4; при щелочной моче — смирновской воды.

С целью повышения диуреза назначают медвежье ушко:

Rp. Decocti fol. Uvae ursi ex 10,0 : 200,0  
DS. По 1 столовой ложке каждые 2 часа

Действие его мочегонное и дезинфицирующее.

Очень важно при колибациллярной этиологии пиелита и при наличии запора следить за регулярной функцией кишечника. Это достигается соответствующей диетой. Лишь в отдельных случаях с крайней осторожностью допустимо применять клизмы и слабительные средства.

Если щелочная моча в процессе лечения плохо поддается окислению, рекомендуется этот процесс ускорить пероральным назначением соляной или фосфорной кислоты.

Из физиотерапевтических мероприятий для облегчения болей можно с большой осторожностью прибегать к грелкам. Для лечения пиелитов у беременных применяют и диатермию на область почек; это повышает перистальтику мочеточников, что способствует лучшему опорожнению лоханок.

При лечении пиелитов в настоящее время имеют широкое распространение уротропин и родственные ему препараты. Уротропин применяется (при кислой реакции мочи) перорально в дозах 0,5—1 г три раза в день или лучше внутривенно в виде 40% раствора по 5—8 мл через день. При лечении уротропином необходимо резкое ограничение приема жидкости — до 1 л в день.

Применяемый издавна при инфекции мочевых путей салол не потерял и в настоящее время своего значения и может быть использован при щелочной моче и колибациллярной флоре. Салол назначают по 0,5 г три-четыре раза в день.

Для лечения воспалительных заболеваний мочевыводящих путей получили широкое распространение сульфаниламиды: стрептоцид, норсульфазол, уросульфаз, этазол, сульфодимезин и антибиотики (синтомицин и др.).

Не потеряло своего значения применение стрептоцида в комбинации с уротропином по следующей прописи:

Rp. Streptocidi albi 1,0  
Sol. Urotropini steril. 40% 10,0  
MDS. Для внутривенного вливания

Не следует забывать и противопоказания к применению сульфаниламидов при пиелитах у беременных. К их числу относятся поздние токсикозы беременности (токсикозы отечно-нефротического ряда, тяжелые формы эндокринных заболеваний, болезни печени, заболевания сердечно-сосудистой системы и крови).

Несмотря на то, что пенициллин не обладает выраженным химиотерапевтическим воздействием на кишечную палочку, все же в практической деятельности не раз приходилось видеть положительный терапевтический

эффект в результате применения пенициллина при пиелитах у беременных. Возможно, что терапевтически эффект пенициллина в этих случаях объясняется его воздействием на сопутствующую микрофлору.

При назначении антибиотиков для лечения пиелитов у беременных следует исходить из учета химиотерапевтической активности препарата против различных видов микроорганизмов, имея в виду следующие данные. Пенициллин надо считать наиболее эффективным при пиелитах, вызванных стафилококками, гемолитическим стрептококком и гонококком.

Стрептомицин обладает резко выраженным действием в отношении ряда грамположительных и грамотрицательных палочек, протей и кишечной палочки (Я. Б. Войташевский). Однако и в отношении стрептомицина имеются клинические наблюдения, свидетельствующие о том, что на некоторые штаммы кишечной палочки при пиелитах он не оказывает влияния (А. Я. Абрамян и др.).

#### *Какая терапия пиелита проводилась у больной?*

С первого дня пребывания беременной в стационаре были назначены все общие мероприятия, о которых говорилось выше: постельный режим, положение на левом боку, молочно-растительная диета, обильное питье (контролируя при этом количество выпитой жидкости и выделенной мочи), витамины А и С. В течение первых двух дней внутривенно вводили один раз в день по 5 мл 40% раствора уротропина. С 3-го по 6-й день внутримышечно вводили 2-раза в день по 250 000 ЕД стрептомицина. Нормальная температура у беременной установилась с 4-го дня после поступления, боли исчезли, симптом Пастернацкого в эти дни стал отрицательным.

При бактериологическом исследовании мочи, взятой в первый день пребывания больной в стационаре, в ней была обнаружена кишечная палочка. Посев мочи, сделанный на 9-й день, при выписке беременной из стационара роста микрофлоры не обнаружил. За несколько дней до выписки больной из отделения и в день выписки у нее в моче было найдено не более 3—5 лейкоцитов не в каждом поле зрения.

#### *Каковы последствия перенесенного пиелита беременных?*

Обычно пиелиты беременных после родов не возобновляются. Однако иногда и эти пиелиты, как и пиелиты у небеременных женщин, при отсутствии рационального лечения могут переходить в хроническую стадию заболевания с периодическими обострениями и длительно протекающей пиурией. Атония мочеточников после родов исчезает не сразу, что может вести к застою мочи и способствовать поддержанию пиурии. В свою очередь имеются клинические наблюдения, свидетельствующие о том, что при наличии пиурии атония мочеточников после родов длится дольше. Нет ничего удивительного в том, что у женщины, страдающей пиурией после родов, в любой момент может наступить обострение пиелита. Поэтому необходимо внимательно наблюдать за состоянием здоровья беременных и родильниц, перенесших пиелит при беременности, выявлять у них пиурию, выяснять ее причину и принимать эффективные меры для ликвидации.

К сожалению, не у всех страдающих пиелитом так благополучно протекает заболевание при беременности, как у данной больной.

Для лечения очень тяжелых форм пиелита имеются эффективные лечебные мероприятия в виде промывания и дренирования почечных лоханок — введения в них лекарственных веществ при помощи катетеризационного цистоскопа. Обычно даже при тяжелом состоянии больной иногда бывает достаточно промыть почечную лоханку несколькими миллилитрами 0,5—1% ляписа, как все явления пиелита быстро исчезают. В тех случаях, когда и промывание почечных лоханок оказывается недостаточно эффективным, применяют методы дренирования почечных лоханок путем введения в них с помощью катетеризационного цистоскопа катетеров, которые оставляют в течение 1—2 дней.

*Что делать в тех редких случаях, когда и методы специального урологического лечения при пиелите у беременных, или, вернее, при пиелонефрите, не дают успеха?*

В этих случаях приходится ставить вопрос о прерывании беременности. Чаще всего это бывает при двусторонних пиелонефритах с выраженной деструкцией почечной паренхимы, когда имеется значительное нарушение функции почек.

Однако, как уже упоминалось, такие случаи в практике акушера-гинеколога в настоящее время исключительно редки.

*Какова профилактика пиелитов у беременных?*

Поскольку пиелиты у беременных чаще всего бывают колибациллярного происхождения, необходимо в женской консультации уделять серьезное внимание своевременному лечению различных расстройств желудочно-кишечного тракта и борьбе с запором. Учитывая возможность восходящей инфекции, надо своевременно выявлять и правильно лечить циститы.

Для профилактики кокковых пиелитов необходимо тщательно исследовать беременную и выявлять у нее очаги инфекции для своевременной санации.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная, 24 лет, поступила в отделение патологии беременных на VI месяце беременности с высокой температурой тела и жалобами на боли в правой половине живота, озноб. При обследовании была выявлена характерная клиническая картина колибациллярного пиелита при беременности, подтвержденного бактериологическим исследованием. Своевременная терапия антибиотиками в сочетании с постельным режимом и соответствующей диетой дали быстрый положительный эффект.

Беременная выписана в хорошем состоянии спустя 9 дней с момента поступления под наблюдение женской консультации.

## АППЕНДИЦИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Т. В., 28 лет, доставлена в родильный дом 17/IX 1956 г. в 13 часов 30 минут с жалобами на нерегулярные разлитого характера схваткообразные боли в животе. Боли появились внезапно в 5 часов утра, вначале в правой половине живота, а затем по всему животу; появление болей сопровождалось небольшим ознобом.

Перенесла корь, колит, грипп. Менструации с 15 лет, по 3—4 дня через 4 недели, необильные, безболезненные, установились сразу. Замужем 2 года. Последняя менструация с 8/III по 12/III. Беременность первая. Первого шевеления плода не помнит. Беременность на VII месяце.

Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,9°, пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Язык влажный, обложен. Телосложение правильное; питание удовлетворительное. Органы кровообращения: тоны сердца чистые; артериальное давление 120/70 мм. Органы дыхания: в легких дыхание везикулярное.

Отмечает частые запоры, как до беременности, так и в течение настоящей беременности. Примерно год назад дважды появлялись кратковременные приступы болей в правой подвздошной области. Боли держались несколько часов и после применения грелки исчезали.

При глубокой пальпации брюшной стенки отмечает болезненность в подвздошной области, особенно справа, и болезненность несколько ниже области правого подреберья. Край печени не прощупывается; область расположения желчного пузыря безболезненна. Симптом Щеткина — Блюмберга отсутствует.

Органы мочепускания: мочепускание безболезненное, временами учащенное. Моча: при кипячении осадка не образуется; симптом Пастернацкого отрицательный, но при ударе по поясничной области отмечает боль внизу живота.

Беременность протекала без заметных отклонений от нормы. Пальпируется беременная матка, дно ее стоит на 26 см над лоном. Стенки матки мягкие; при пальпации матка не сокращается, безболезненная.

Положение плода продольное, прощупывается маленькая головка плода высоко над входом таза. Сердцебиение плода на уровне пупка, глухое. Выделений из влагалища беременная не отмечает; при поступлении выделений нет.

Таз: наружные размеры нормальные.

*Какой диагноз?*

Беременность 25—26 недель; угрожающий поздний выкидыш.

*Достаточно ли подробно обследовали беременную, все ли правильно учли?*

Диагноз угрожающего выкидыша встречается в повседневной практике не так уж редко. К сожалению, часто забывают о возможности другой патологии и устанавливают последнюю нередко с запозданием. И в данном случае мы ограничились «трафаретным» диагнозом.

В самом деле, у беременной боли начались внезапно, сопровождалось небольшим ознобом, схваткообразные, нерегулярные, интенсивность их не нарастает. Несмотря на боли, матка оставалась мягкой и даже при пальпации не сокращалась. Необычна и локализация болей—отмечается болезненность в области правого подреберья и в подвздошных областях. Если бы эта больная была повторнородящая, она, вероятно, смогла бы отличить эти боли от родовых схваток. Первородящая всякую боль в животе готова принять за родовые схватки.

Родовые схватки, продолжающиеся свыше 8 часов, как у этой больной, надо думать, привели бы к значительным изменениям в нижнем сегменте и в шейке матки. Наша ошибка в том, что мы не произвели влагалищного исследования.

Кроме того, при наличии таких болей в животе следовало бы предположить какое-либо острое заболевание в брюшной полости (правосторонний пиелит, правосторонняя почечно-мочеточниковая колика, холецистит, аппендицит).

Все это требует прежде всего срочного проведения дополнительных клинических и лабораторных исследований (анализ крови, анализ мочи).

17/IX в 15 часов влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; слизистая входа во влагалище цианотичная; влагалище емкое; шейка матки сохранена, цилиндрической формы; маточный зев закрыт; своды свободные; через передний свод высоко определяется маленькая подвижная головка плода; мыс не достигается. При осмотре шейки с помощью зеркал эпителий шейки без патологических изменений. Из канала шейки матки выделений нет.

Симптом Ровзинга (при надавливании на нисходящую часть толстого кишечника и продвижении руки в направлении снизу вверх появляется острая боль в области расположения червеобразного отростка) положительный; симптом Ситковского (усиление болей в илеоцекальной области при поворачивании больной на левый бок) слабо положительный; симптом Яворского (при поднятии вытянутой правой ноги усиливается пальпаторно боль в правой подвздошной области) положительный.

Анализ крови: Hb 15 г% (90 единиц), эр. 4 100 000, л. 9200, э. 2%, п. 3%, с. 66%, лимф. 23%, мон. 6%; РОЭ 40 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1040, цвет соломенно-желтый (при взятии катетером), прозрачная, реакция кислая, белка нет, уробилин в норме, сахар не обнаружен; в осадке — плоский эпителий и единичные лейкоциты.

Влагалищное исследование подтверждает, что в данном случае родовой деятельности нет. Следовательно, боли не связаны с сокращениями матки и они исходят из другого органа, расположенного в брюшной полости.

Острый пиелит (стр. 22) обычно начинается с озноба, сопровождается значительным повышением температуры. Боли локализуются на уровне расположения почек, симптом Пастернацкого положительный. Часто началу заболевания предшествуют дизурические явления. В моче, полученной с помощью катетера, большое количество лейкоцитов. У данной больной этого симптомокомплекса нет.

Почечно-мочеточниковая колика сопровождается частыми позывами на мочеиспускание, гематурией. Боли очень резкие, носят колющий или стреляющий характер, локализуются в поясничной области.

При холецистите и печеночной колике боли обычно носят непрерывный спазматический характер, локализуются в правом подреберье, иррадиируют в правое плечо. Пальпаторно определяется увеличенная печень, болезненный желчный пузырь, отмечается непрерывная тошнота, часто появляется быстро желтуха. Всех этих симптомов у нашей больной нет.

Из других острых заболеваний можно предположить перфоративную язву желудка. При этом боли обычно локализуются в подложечной области и отдают в плечо и лопатку, быстро распространяясь по всему животу. Отмечается резкое напряжение брюшной стенки. Появляется затрудненное, учащенное и поверхностное дыхание. Симптом Щеткина — Блюмберга резко выражен по всему животу. В анамнезе обычно имеются указания на язвенную болезнь.

Данные объективного исследования и жалобы у нашей больной не соответствуют таковым при указанных заболеваниях. В то же время для установления диагноза острого или, вернее, обострившегося аппендицита имеется достаточно оснований: внезапное появление болей, локализация болей, обложенный язык, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского Яворского. К этому следует добавить, что и в анамнезе у больной отмечались боли в области расположения аппендикса.

Сочетание аппендицита и беременности является не столь уж редким. По данным ряда авторов, оно встречается примерно у 2—3% женщин, поступающих в клиники по поводу аппендицита.

Наибольший процент такого сочетания наблюдается у беременных в первые 6 месяцев, значительно меньший — во вторую половину беременности. Во время родов и в послеродовом периоде аппендицит встречается крайне редко. Так, по данным Шмидта (Н. Н. Schmiedt), из общего количества больных аппендицитом во время беременности встретились в 86,5%, а в послеродовом периоде — в 12,5%.

Ряд авторов отмечает, что беременность способствует возникновению острого аппендицита. Встречающийся при беременности запор, задержка содержимого в правой половине толстого кишечника, связанные с наблюдающейся при беременности атонией кишечника, предрасполагают к указанному осложнению.

С увеличением срока беременности наряду с увеличением размеров беременной матки к указанной выше атонии кишечника присоединяются и механические моменты — смещение и давление на толстый кишечник, в частности на слепую кишку и на червеобразный отросток.

Смещение слепой кишки начинается особенно заметно с V месяца беременности.

Рентгенологические исследования, проведенные Н. А. Виноградовым, показали, что до 4½ месяцев беременности слепая кишка находится на своем обычном месте и расположена в горизонтальном положении большой на 5—7 см ниже гребешка подвздошной кости, а в вертикальном положении — на 9,5 см ниже его. На V—VI месяце беременности слепая кишка в горизонтальном положении больной находится на 1 см выше гребешка подвздошной кости, а в вертикальном положении — на 5,5 см ниже гребешка. От VI до VII месяца беременности слепая кишка в горизонтальном положении больной находится на 2,2 см, а в вертикальном — на 0,5 см выше гребешка подвздошной кости. Наибольшее смещение слепой кишки Н. А. Виноградов наблюдал от VIII до IX месяца беременности, на X лунном месяце беременности слепая кишка опускается, и в горизонтальном положении больной находится на уровне гребешка подвздошной кости.

Приведенные топографические данные у разных беременных могут колебаться в зависимости от ряда обстоятельств: первая или повторная беременность, упругая или очень податливая брюшная стенка, широкая или узкая форма беременной матки, малое или чрезмерно большое количество вод, один или два плода. К этому, разумеется, надо добавить еще нормальное или патологическое состояние червеобразного отростка, бывшие ранее приступы аппендицита, наличие или отсутствие спаек между правыми придатками и червеобразным отростком.

Следует отметить, что при беременности, начиная с IV—V месяца, имеется смещение слепой кишки кверху. Кроме смещения вверх, отмечается также значительное оттеснение слепой кишки кнаружи и кзади. Образующиеся перегибы червеобразного отростка ведут к нарушению кровообращения и к застойным явлениям в нем. Существующая при беременности отечность и разрыхление слизистой оболочки кишечника, наличие венозной гиперемии — все это в еще большей степени благоприятствует развитию заболевания.

Однако одних лишь механических факторов, имеющих место при беременности, еще недостаточно для развития острого аппендицита. Беременность и связанные с ней изменения в организме женщины не могут сами по себе вызвать первичное появление аппендицита. Чаще всего указанные изменения при беременности способствуют рецидиву, обострению имевшегося у беременной ранее аппендицита, что, по-видимому, имеет место и у наблюдаемой нами больной.

В ряде случаев аппендицит может не сопровождаться острым приступом и первый приступ, появляющийся во время беременности, еще не доказывает, что имеется первичный аппендицит. У таких больных нельзя исключить скрыто протекающее до беременности воспаление червеобразного отростка. Воспалительная инфильтрация слизистой оболочки могла привести к закрытию просвета червеобразного отростка и бактериальному разложению его содержимого, а смещение и перегиб, наблюдаемые во время беременности, в подобном случае могут вести к обострению и появлению приступа аппендицита.

Если беременность благоприятствует обострению, рецидиву аппендицита, то последний со своей стороны оказывает в ряде случаев отрицательное влияние на течение беременности, способствуя прерыванию ее в виде аборта или наступления преждевременных родов. Прерывание беременности в подобных случаях связывают с раздражением брюшинного покрова матки, повышением температуры, общей интоксикацией; в некоторых случаях наблюдается инфицирование плаценты и плода.

Некоторые авторы указывают на три возможные причины выкидыша при обострении аппендицита у беременной: а) сращения при хроническом аппендиците, распространяющиеся на матку и придатки, что обуславливает преждевременные сокращения матки; б) инфекция матки, распространяющаяся по брюшине и маточным трубам; в) метастатические гнойные очаги, идущие из червеобразного отростка в стенку беременной матки, плаценту, оболочки плодного яйца и в само яйцо.

Помимо выкидыша, обострение аппендицита, приводя к инфицированию брюшины, покрывающей внутренние половые органы, к инфицированию просвета маточных труб, может вести в дальнейшем к непроходимости последних и тем самым к бесплодию.

Как следует из сказанного, в ряде случаев аппендицит может быть причиной привычного выкидыша и бесплодия женщины.

Необычная локализация червеобразного отростка во время беременности значительно затрудняет своевременный диагноз, что нередко является причиной более тяжелого течения заболевания. Известно, чем выше в брюшной полости находится воспалительный очаг, тем он опаснее по своим последствиям. Воспалительные процессы, возникающие в малом тазу, протекают сравнительно легче, быстрее отграничиваются, крайне редко ведут к распространенному перитониту. К этому надо добавить, что при имеющемся во время беременности значительном кровенаполнении и разрыхлении тканей опасность воспалительного процесса в брюшной полости еще большая.

Таким образом, беременность благоприятствует распространению процесса и тем самым обуславливает тяжелое течение аппендицита. Отсюда,

с одной стороны, необходимо у женщин еще до беременности удалять червеобразный отросток при его воспалении, с другой — во время беременности своевременно устанавливать диагноз воспаления червеобразного отростка и немедленно оперировать больную.

Следует помнить, что при прочих относительно одинаковых условиях исход аппендицита при беременности тем менее благоприятен, чем больше срок беременности. Даже теперь, когда клиника имеет в своем распоряжении антибиотики, запоздалый диагноз или поздно проведенная операция при аппендиците у беременных часто дает тяжелые исходы как для матери, так и для плода. Отсюда ясно, насколько важно своевременное правильное распознавание аппендицита у беременной.

Вместе с тем указанные выше топографические и другие особенности аппендицита при беременности значительно затрудняют установление диагноза и дифференциального диагноза.

Сравнительно поздняя аппендэктомия объясняется тем, что наступающие боли женщина часто связывает с беременностью, желудочно-кишечными расстройствами, воспалением правых придатков. К сожалению, такие же ошибки часто допускают и врачи женских консультаций. Как мы отмечали выше, многие симптомы, наблюдающиеся при беременности, могут быть сходными с таковыми при аппендиците. Однако главной причиной ошибок, ведущих к несвоевременному диагнозу, является недостаточное внимание со стороны врача, неудовлетворительно собранный анамнез, отсутствие тщательного объективного обследования.

Разумеется, установить диагноз аппендицита в первые недели и месяцы беременности значительно легче, чем в поздние сроки ее. Этим объясняется и меньший процент ошибок в ранние сроки беременности.

При беременности сравнительно редко наблюдается так называемая классическая симптоматология аппендицита.

Диспепсические явления в виде тошноты и рвоты бывают далеко не во всех случаях и могут отсутствовать даже в очень тяжелых случаях аппендицита. Важным признаком при аппендиците является повышение температуры. Некоторые авторы придают большое значение разнице температуры (свыше  $1^{\circ}$ ) в подмышечной впадине и в прямой кишке. Однако следует помнить, что при беременности возможно наличие аппендицита и без повышения температуры.

Наиболее существенным признаком острого аппендицита является внезапно наступающий приступ болей коликообразного характера. Боли при аппендиците, локализующиеся обычно в правой подвздошной области, при беременности могут локализоваться несколько выше. Следует отметить, что и сам болевой симптом в поздние сроки беременности не так уж резко выражен.

Из-за резких болей в животе при остром приступе аппендицита беременная нередко остается на длительный срок в вынужденном положении на спине с приведенными к животу ногами. Дыхание у больной учащенное, поверхностное. Брюшная стенка напряжена и не участвует в акте дыхания (что имеет значение только для первой половины беременности).

При значительном смещении слепой кишки червеобразный отросток отделяется от париетальной брюшины; этим объясняется отсутствие нередко рефлекторного напряжения брюшной стенки, что преимущественно наблюдается у больных с большим сроком беременности.

При остром аппендиците во время беременности отмечается повышенный лейкоцитоз. Однако надо помнить, что повышенный лейкоцитоз может быть у беременных, не страдающих аппендицитом. Поэтому о лейкоцитозе при беременности как о вспомогательном признаке для установления диагноза аппендицита можно говорить лишь тогда, когда количество лейкоцитов



превышает 10 000 и при этом имеется увеличение количества полинуклеаров. РОЭ при аппендиците, как правило, не повышена. Не увеличена скорость оседания эритроцитов и в первую половину нормально протекающей беременности. РОЭ ускорена при воспалительных заболеваниях придатков матки, что до известной степени помогает в дифференциальном диагнозе этих заболеваний.

Объективные симптомы острого аппендицита при беременности, особенно при большом сроке последней, крайне трудно устанавливаются. Объясняется это главным образом тем, что червеобразный отросток заслоняется увеличенной маткой; растянутая давлением беременной матки брюшная стенка затрудняет пальпацию. Поэтому нередко появляющиеся боли, тошнота и рвота при невнимательном обследовании больной относят за счет беременности (угрожающий выкидыш или преждевременные роды). При большом сроке беременности, когда червеобразный отросток располагается высоко, появляющиеся боли принимают за печеночную колику, приступ холецистита, перфоративную язву желудка, острую кишечную непроходимость. Боли, отдающие в поясничную область, что чаще наблюдается при ретроцекальном расположении воспаленного червеобразного отростка, связывают с возможной почечной и мочеточниковой коликой, с острым пиелитом, забывая при этом об аппендиците. Надо помнить, что своевременно поставленный диагноз при аппендиците, особенно у беременной женщины — нередко выигрывает жизни и не только матери, но и ребенка.

Как видно из сказанного, аппендицит у беременных приходится дифференцировать от различных заболеваний органов, расположенных в малом тазу и в брюшной полости. Однако акушеру, как и хирургу, в подобных случаях обычно приходится дифференцировать аппендицит в ранние сроки беременности главным образом от пиелита, воспаления правых придатков матки, а в поздние сроки беременности — от холецистита и правосторонней почечно-мочеточниковой колики как наиболее возможных заболеваний в указанные сроки беременности.

Итак, у данной больной устанавливаем диагноз: обострение хронического аппендицита.

*Что делать?*

Несмотря на удовлетворительное состояние больной, необходимо произвести аппендэктомию.

Иногда консервативное ведение острого аппендицита в ранние сроки беременности как будто дает благоприятный исход, процесс затихает, и беременную выписывают из клиники в удовлетворительном состоянии. Однако нередко эти беременные вновь поступают с приступами аппендицита уже в более поздний срок беременности в очень тяжелом состоянии. К тому же и условия для хирургического вмешательства в этот период беременности оказываются очень тяжелыми.

Лечение острого аппендицита при беременности, независимо от срока последней, должно быть только оперативным. Чем раньше от начала заболевания производится операция, тем лучшие результаты она дает как для матери, так и для плода.

*Какую анестезию и какой метод оперативного вмешательства следует избрать при аппендиците у беременной?*

В ранние сроки беременности при неосложненном аппендиците можно производить операцию под местной инфильтрационной анестезией. В осложненных случаях следует пользоваться общим наркозом как в ранние, так тем более и в поздние сроки беременности.

Х а р а к т е р р а з р е з а до известной степени зависит от срока беременности, тяжести случая и индивидуальных особенностей хирурга.

При малом сроке беременности одни авторы предпочитают обычный разрез Мак Бурнея, другие — разрез Ленандера (параректальный по наружному краю прямой мышцы живота). При большом сроке беременности и тем более в родах лучше производить срединный разрез.

Обычно, если операция производится в ранние сроки беременности и аппендицит «свежий», ограничиваются удалением червеобразного отростка с тщательной последующей перитонизацией культи. Брюшную полость не дренируют и зашивают наглухо. Беременность в таких случаях обычно сохраняется и донашивается до конца. Надо избегать во время операции грубых манипуляций и особенно манипуляций с беременной маткой. Главной причиной, обуславливающей прерывание беременности после операции, является операционная травма.

Случаи с перфорацией червеобразного отростка, тяжелые флегмонозно-перфоративные аппендициты особенно опасны как в смысле исхода операции для матери, так особенно и для ребенка. При этом имеется опасность инфицирования матки и плода, что, как правило, ведет к прерыванию беременности.

В подобных случаях, если больные поступают в первые часы от начала заболевания, можно ограничиться удалением червеобразного отростка и рану зашить наглухо.

В запущенных случаях с явлениями перитонита следует после удаления отростка поставить в рану дренаж. При этом в случае начавшегося выкидыша произвести обычным путем инструментальное удаление плодного яйца.

Во второй половине беременности, когда матка находится в брюшной полости и слепая кишка высоко приподнята (см. стр. 29), имеется большая опасность разлитого перитонита и прерывания беременности. Это последнее в свою очередь ухудшает течение аппендицита (быстрое нарушение спаек, нередкое разрыв отростка), так как отсутствуют условия для ограничения воспаления, процесс генерализуется и наступают явления разлитого перитонита.

При аппендиците с диффузным перитонитом показано сначала опорожнить влагалищным путем матку (влагалищное кесарево сечение), а затем удалить червеобразный отросток и дренировать брюшную полость сверху и через задний свод (кольпотомия).

При доношенной или почти доношенной беременности, когда невозможно опорожнить матку влагалищным путем, рекомендуется вначале произвести кесарево сечение в нижнем сегменте, а затем удалить червеобразный отросток. При наличии же разлитого перитонита после кесарева сечения нужно удалить и матку (полная экстирпация) с последующим дренированием брюшной полости.

Если после вскрытия периаппендикулярного абсцесса выделение и удаление аппендикулярного отростка оказывается рискованным, его оставляют, полость абсцесса дренируют, а затем приступают к опорожнению матки. Если матка вовлечена в абсцесс, иногда производят операцию Порро.

Больной была предложена операция, на которую она согласилась.

Располагая возможностью применить газовый наркоз (смесь эфира, веселящего газа и кислорода), мы остановились на последнем. У данной больной мы предпочли параректальный разрез.

17/IX в 16 часов 30 минут произведен параректальный разрез справа длиной 10 см. Вскрыта брюшная полость. Слепая кишка расположена выше, чем обычно, сбоку и сзади от матки. Слепая кишка бережно выведена в рану наружу; при этом старались не касаться матки ни руками, ни инструментами. Червеобразный отросток резко гиперемирован, утолщен и значительно удлинен (катаральный аппендицит).

Тщательно отгородив салфеткой оперируемый участок, перевязали брыжейку отростка, рассекли ее и освободили до основания червеобразный отросток от брыжейки. Отросток у основания трипсирован и после снятия с зажима перевязан лигатурой,

над которой отсечен. Культя прижжена настойкой йода и погружена в предварительно подготовленный из серозной оболочки карман, последний завязан в кисетный шов. Поверх кисетного шва наложены два дополнительных отдельных серо-серозных шва. Приподняты края брюшной раны, и слепая кишка бережно погружена в брюшную полость. Брюшина зашита непрерывным кетгутовым швом. Узловые шелковые швы на апоневроз; отдельные шелковые швы на кожу. Повязка клеоловая.

Операция продолжалась 35 минут.

Послеоперационный период прошел гладко без повышения температуры. На 7-й день сняты швы — натяжение первичное. Больную продолжали держать в постели еще 5 дней с целью предупредить возможное прерывание беременности.

Выписана на 16-й день после операции в хорошем состоянии с сохраненной беременностью под наблюдение женской консультации.

15/XII 1956 г. поступила в тот же родильный дом со схватками. Рубец в хорошем состоянии. Роды в срок, самопроизвольные, родилась девочка весом 3300 г, длиной 49 см. Послеродовой период без осложнений.

**Краткий эпикриз.** Т. В., 28 лет, первобеременная, поступила в родильный дом на 26-й неделе беременности с приступами болей в животе. Установлен диагноз аппендицита и произведена операция удаления воспалительного измененного червеобразного отростка. Беременность после операции сохранилась; роды наступили в срок.

## ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ (МИОКАРДИТ, МИОКАРДИОДИСТРОФИЯ)

Е. П., 28 лет, поступила в акушерское отделение 10/V 1954 г. с жалобами на одышку при умеренных физических напряжениях, ходьбе, часто сопровождающуюся сердцебиениями, на общую слабость, недомогание. Настоящая беременность первая.

Часто болеет ангинами; в 20- и 24-летнем возрасте наблюдался острый ревматический процесс. Около месяца назад перенесла ангину с температурой до 39°. После ликвидации воспалительных явлений в зеве температура продолжала оставаться субфебрильной (до 37,3°), появилось сердцебиение, одышка, общее недомогание.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Отмечается небольшая отечность голеней и стоп. Температура 37,3°; пульс 92 удара в минуту, с редкими экстрасистолами. Артериальное давление 110/70 мм. Набухания шейных вен и патологической пульсации на шее нет. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,5 см вправо от правой грудинной линии, верхняя — III ребро, левая — на 2 см влево от срединно-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены во всех местах выслушивания, на верхушке определяется мягкий систолический шум и раздвоение первого тона. Выраженного акцента второго тона на легочной артерии нет. В легких изменений нет. Печень и селезенка не увеличены.

Окружность живота 86 см, высота стояния дна матки над лоном 33 см; размеры матки соответствуют беременности в 34 недели; размеры таза: 26, 29, 30, 20 см. Положение плода продольное; головка над входом таза; сердцебиение плода слева на уровне пупка, ритмичное, 130 ударов в минуту. Анализ мочи: удельный вес 1022, следы белка, патологических элементов в осадке нет.

Анализ крови: лейкоцитов 9200; РОЭ 46 мм в час; формула белой крови без изменений; со стороны красной крови — умеренная гипохромная (железодефицитная) анемия — гемоглобина 11 г% (66 единиц) и 3 800 000 эритроцитов.

При рентгенологическом исследовании отмечено умеренное расширение сердца в основном за счет левого желудочка, несколько возбужденная пульсация с малой амплитудой. Электрокардиограмма (заключение): выраженная миокардиодистрофия с хронической коронарной недостаточностью и гипоксией миокарда.

Итак, перед нами беременная с субфебрильной температурой и рядом жалоб, дающих основание предполагать наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Следует, однако, учитывать, что одышка, быстрая утомляемость, иногда головокружение, необходимость во время сна придавать верхней части туловища более возвышенное положение встречается и при беременности у женщин с нормальным состоянием сердечно-сосудистой системы. Это в основном объясняется тем, что во время беременности в связи с возрастающей потребностью развивающегося плода постепенно увеличивается нагрузка всех систем и органов женщины, что уже с V—VI месяца беременности обуславливает и значительное увеличение нагрузки на сердечно-сосудистую систему.

Особенно неблагоприятные условия для деятельности сердца создаются в течение двух последних месяцев беременности, когда, помимо повышения нагрузки на органы кровообращения, обусловленной значительным расширением сосудистого русла и постепенным увеличением массы циркулирующей крови, присоединяется еще и ряд механических факторов, затрудняющих работу органов кровообращения. Основным из них является высокое стояние диафрагмы, в результате чего уменьшается жизненная емкость легких, затрудняется легочное кровообращение, сердце смещается кверху, приближается к грудной клетке и несколько поворачивается вокруг своей оси, что сопровождается и относительным сужением просвета сосудов и главным образом легочной артерии. Все это затрудняет работу сердечно-сосудистой системы, ухудшает возможность обогащения крови кислородом в легких, в результате чего появляется одышка, что наблюдается иногда во второй половине беременности, особенно у тучных женщин.

Приближение основания сердца и, в частности, ушка левого предсердия к передней стенке грудной клетки обуславливает лучшую проводимость второго тона сердца, что нередко воспринимается как акцент его на легочной артерии, а относительное сужение легочной артерии, обусловленное ее перегибом, вызывает появление систолического шума, выслушиваемого у левого края грудины в области третьего межреберья. Наличие этих аускультативных данных наряду с некоторым смещением левой границы сердца нередко создает впечатление органической недостаточности митрального клапана. Иногда эти данные настолько выражены, что только наблюдение в динамике — исчезновение их после родов — позволяет исключить этот диагноз.

У многих беременных (в 20—25%) с вполне нормальным состоянием сердечно-сосудистой системы нередко, преимущественно в ранние сроки беременности, отмечается небольшая субфебрильная температура, обусловленная изменением состояния нейро-гуморальных механизмов терморегуляции организма при беременности. При этом значительно ускоряется РОЭ; это ускорение РОЭ происходит постепенно, параллельно увеличению срока беременности, и к концу ее достигает 35—40 мм в час, а иногда и больше. Сочетание наличия субфебрильной температуры, повышенной РОЭ, а иногда и функционального систолического шума на верхушке сердца может дать повод к установлению диагноза эндомиокардита. В связи с указанным этот диагноз при беременности следует ставить только после весьма тщательного анализа анамнестических данных (существование ревматического порока сердца, хронического тонзиллита, ангины или других заболеваний, которые могли бы обусловить развитие эндомиокардита или его обострение до беременности или в течение ее) и данных объективного исследования с учетом состояния не только сердечно-сосудистой системы, но и состояния легких, печени, зева, полости рта и т. д.

*Можно ли у данной больной обнаруженные изменения сердечно-сосудистой системы, субфебрилитет расценивать как проявление варианта физиологического течения беременности?*

Наблюдаемая нами больная дважды перенесла атаки острого ревматизма, часто бодела ангиной. Появление стойкого субфебрилитета она связывает с ангиной, перенесенной во время беременности. Помимо приглушенных тонов, короткого систолического шума и раздвоения первого тона на верхушке сердца, у нее определяется и экстрасистолическая аритмия. Все это в комплексе дает основание предположить у больной ревматическое поражение сердца — ревматический миокардит. Незначительная интенсивность шума, его тембр, отсутствие выраженного акцента на легочной артерии не дают оснований для диагноза эндомиокардита, хотя наличие латентно протекающего процесса на клапанах нельзя исключить с уверенностью.

*Как расценивать одышку, сердцебиение и отеки, появившиеся в течение беременности?*

Большая жалуется на значительную одышку при ходьбе, сердцебиение, отечность голеней. Это вынуждает нас ставить вопрос о существовании недостаточности кровообращения. Решение этого вопроса является весьма важным, так как при разной степени недостаточности кровообращения следует применять и различную терапию, по-разному решать вопрос о возможности продолжения беременности, о сроках и методах родоразрешения.

В настоящее время различают три степени хронической недостаточности кровообращения (классификация предложена Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко и принята на XII Всесоюзном съезде терапевтов).

При I степени недостаточности кровообращения субъективные признаки, среди которых превалирует одышка, сердцебиение, чувство усталости, появляются только после нагрузки, и в первую очередь после физической. Объективные признаки недостаточности кровообращения при этом мало выражены. Чаще наблюдается более медленное возвращение учащенного пульса к норме (позже чем через 2—3 минуты).

При II степени недостаточности кровообращения одышка и сердцебиение уже более выражены, они часто отмечаются даже в состоянии покоя. Сердце в этой стадии недостаточности обычно увеличено за счет миогенной дилатации. В зависимости от преобладания недостаточности правого или левого желудочка или предсердия развиваются застойные явления соответственно в легких или в большом круге кровообращения (отеки, увеличение печени, набухание шейных вен и др.). Гемодинамические сдвиги уже значительно выражены. В этой стадии хронической недостаточности кровообращения различают два периода: II<sub>A</sub>, когда все указанные выше явления выражены менее резко, и II<sub>B</sub> с резко выраженными признаками недостаточности кровообращения, нарушением гемодинамики во всей сердечно-сосудистой системе. При этом наблюдаются уже и глубокие нарушения всех видов обмена.

При III степени (стадия циркуляторной дистрофии) обнаруживаются все последствия недостаточности кровообращения в виде необратимых изменений обмена, кахексии, нарушения функций и структуры всех органов.

*Какая степень недостаточности кровообращения у данной больной?*

Наблюдаемая нами беременная жалуется на одышку при умеренной физической нагрузке, сочетающуюся с сердцебиением, быстро нарастающим чувством утомления. Отеки стоп и голеней нельзя с уверенностью отнести за счет проявления недостаточности кровообращения, так как в такой степени они нередко имеют место в поздние сроки беременности и у вполне здоровых женщин. Таким образом, у нас есть основания предположить у данной беременной первую степень недостаточности кровообращения. Диагноз в данном случае можно поставить следующий: ревматический миокардит, недостаточность митрального клапана, недостаточность кровообращения I степени, железодефицитная анемия; беременность 34—35 недель.

*Какое лечение следует назначить данной больной и допустимо ли у нее продолжение беременности?*

При решении этих вопросов следует учесть наличие у больной текущего, по-видимому, не впервые обостряющегося, ревматического миокардита, т. е. процесса в сердце, обусловленного инфекционно-аллергическими факторами, имеющими при ревматизме основное патогенетическое значение, с соответствующими морфологическими изменениями в миокарде (ревматические гранулемы и др.). В связи с существованием у данной больной раздвоения первого тона на верхушке сердца, экстрасистолической аритмии можно предположить, что имеется поражение не только миокарда, но и проводниковой системы сердца. Всякий миокардит сопровождается и миокар-

диодистрофией. В связи с этим миокардит требует более пристального внимания, более осторожной оценки деятельности сердечно-сосудистой системы, чем только миокардиодистрофия, при условии наличия одной и той же степени недостаточности кровообращения.

Наличие ревматического поражения миокарда даже при полной компенсации деятельности сердца требует довольно длительного (в течение нескольких недель) постельного режима. Тем более он показан при наличии даже начальных проявлений недостаточности кровообращения у беременной.

У нашей больной нет симптомов, характерных для резко выраженной декомпенсации, а в течение оставшегося до родов срока (около 6 недель) при рациональном режиме и лечении все эти явления могут значительно уменьшиться. На этом основании нет срочных показаний к родоразрешению у данной больной. Больная должна находиться под наблюдением терапевта и акушера и соблюдать постельный режим.

При поступлении больной был назначен постельный режим, диета с резким ограничением поваренной соли, пирамидон по 0,3 г три раза в день и кардиальная терапия: диуретин 0,3 г, монобромистая камфара 0,25 г по одной таблетке 3 раза в день. Кроме этого, одна инъекция 2 мл камфарного масла на ночь, а в связи с железодифицитной анемией Ferrī reducti 1 г по одному порошку 3 раза в день после еды (запивать полустаканом воды с 8 каплями Acidi muriatici diluti), аскорбиновая кислота 0,2 г с 1 г глюкозы по 1 порошку 2 раза в день.

После 3 недель такой терапии состояние больной несколько улучшилось, явления недостаточности кровообращения уменьшились, экстрасистолы стали появляться реже, а субфебрилитет стал менее стойким.

#### *Как следует проводить предстоящие роды?*

Учитывая значительное улучшение состояния больной, возможно представить роды естественному течению при условии сокращения (выключение потуг) второго периода родов путем наложения акушерских щипцов.

14/VI 1954 г. при удовлетворительной деятельности сердечно-сосудистой системы больная родила доношенную живую девочку весом 3100 г, длиной 49 см. Период изгнания был сокращен наложением выходных щипцов под пудендальной анестезией. Длительность первого и второго периода родов 8 часов 40 минут. Послед отошел самостоятельно через 35 минут. Течение послеродового периода без осложнений. Через 21 день после родов больная выписана под наблюдение женской консультации и участкового терапевта.

Приведенный случай течения беременности у больной с ревматическим миокардитом и недостаточностью кровообращения I степени иллюстрирует громадное значение подготовительной терапии у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в конце беременности. Исход беременности у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в значительной мере зависит от своевременности госпитализации их в палату патологии беременных, где они находятся под постоянным наблюдением терапевта и акушера.

Применение подготовительной терапии у больных с сердечно-сосудистой недостаточностью часто дает возможность провести роды и без оперативного вмешательства, ограничиваясь в некоторых случаях наложением выходных щипцов во втором периоде родов, так как именно во время потуг на сердечно-сосудистую систему падает наибольшая нагрузка. Не следует спешить с родоразрешением больных, у которых до срока родов еще остается некоторое время, в течение которого можно провести подготовительную кардиальную терапию и выяснить ее эффективность. При отсутствии эффекта от терапии в течение 7—10 дней и при явлениях нарастания недостаточности кровообращения следует ставить вопрос о прерывании беременности (в поздние сроки преимущественно кесаревым сечением под местной анестезией).

Проведенная терапия привела к значительному улучшению состояния сердечно-сосудистой системы — затиханию миокардита. Это дало возможность провести роды, ограничившись лишь оперативным вмешательством

в виде наложения выходных щипцов. В этом случае, если бы терапия оказалась неэффективной, что наблюдается преимущественно при эндомиокардитах, при некоторых клапанных пороках с резко выраженной миокардиодистрофией, и явления недостаточности кровообращения прогрессировали бы, проводить роды обычным путем опасно и следовало родоразрешение провести путем кесарева сечения с началом родовой деятельности или даже в более ранние сроки.

**Краткий эпикриз.** Е. П., 28 лет; беременность 34—35 недель. Поступила в акушерское отделение 10/V 1954 г. с диагнозом ревматического миокардита, недостаточности митрального клапана, недостаточности кровообращения I степени, железодефицитной анемии. Постельный режим в течение 3 недель, диета с резким ограничением поваренной соли, пирамидон, диуретин и монобромистая камфара, инъекции камфарного масла, препараты железа и аскорбиновая кислота привели к значительному улучшению состояния больной. 14/VI роды с наложением выходных щипцов; родилась доношенная живая девочка. Послеродовой период протекал без осложнений.

## МИТРАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

М. П., 24 лет, первобеременная, поступила в акушерское отделение 1/X 1954 г. с жалобами на одышку и сердцебиение при некотором ускорении ходьбы, небольшой физической нагрузке; после этого нередко появляется и кашель. Последняя менструация в начале февраля 1954 г.; время появления первого шевеления плода не помнит. Беременность 34 недели. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см.

В детстве часто болела ангиной; в возрасте 16 лет перенесла острый суставной ревматизм.

В первые месяцы беременности чувствовала себя удовлетворительно и, желая иметь ребенка, категорически отказалась от предложенного ей прерывания беременности. С 28-й недели беременности у больной появилось ощущение одышки, сердцебиения и быстрая утомляемость, в дальнейшем прогрессирующие.

При осмотре больной отмечается умеренно выраженная цианотичная окраска слизистых, на голенях и стопах — отечность. В горизонтальном положении — выраженное набухание и пульсация шейных вен, сердечный толчок усилен и определяется на 3 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Отчетливо пальпируется «кошачье мурлыканье». Правая граница сердца смещена на 2 см вправо от правой грудной линии, а верхняя до II ребра. На верхушке сердца выслушивается пресистолический и жесткий систолический шум, хлопающий первый тон, раздвоение второго тона. На легочной артерии — выраженный акцент и раздвоение второго тона. Пульс 104 удара в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/60 мм. В легких — укорочение перкуторного тона и жесткое дыхание в межлопаточном пространстве. В нижних отделах легких выслушивается небольшое количество сухих хрипов. Абсолютная тулость верхнего края печени определяется на уровне пятого межреберья, а нижний край ее на 2 см ниже реберной дуги уплотнен и слегка болезнен.

При рентгенологическом обследовании обнаружено значительное расширение сердца, конфигурация его характерна для комбинированного митрального порока; в легких — застойные корни.

При исследовании мочи патологических отклонений не обнаружено. В крови умеренная гипохромная анемия (гемоглобин 11 г%—66 единиц, эр. 3 800 000); РОЭ 24 мм в час.

*Какой диагноз заболевания должен быть поставлен у нашей больной?*

У больной, перенесшей в прошлом острый ревматизм, обнаружены значительные изменения со стороны сердца: смещение границ сердца преимущественно вверх и влево, что характерно для расширения левого предсердия и левого желудочка, на верхушке жесткий систолический шум, наличие которого свидетельствует об органической недостаточности митрального клапана, пресистолический шум и хлопающий первый тон на верхушке, что при наличии акцента раздвоенного второго тона на легочной артерии указывает на существование стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия с застоем в малом (легочном) круге кровообращения. Таким образом, учитывая и рентгенологические данные, можно диагностировать у данной боль-

ной наличие комбинированного митрального порока (недостаточность митрального клапана и сужение левого предсердно-желудочкового отверстия) или митральной болезни.

Существование выраженного пресистолического шума и хлопающего первого тона на верхушке, резкого смещения верхней границы сердца и явлений застоя в малом круге кровообращения при не особенно длительном систолическом шуме на верхушке свидетельствует о преобладании сужения левого предсердно-желудочкового отверстия над недостаточностью митрального клапана.

Решение вопроса о преобладании одного из видов порока при их комбинации над другими имеет большое практическое значение, так как оно характеризуется определенными гемодинамическими сдвигами. Преобладание стеноза над недостаточностью митрального клапана более неблагоприятно, чем, наоборот, вследствие большего застоя в легких и больших предпосылок к развитию острой недостаточности сердца по левостороннему типу с развитием астматического состояния и отека легких.

У наблюдаемой нами больной как субъективные (одышка при небольшой физической нагрузке, сердцебиение), так и объективные (застой в легких, увеличение печени) данные свидетельствуют о недостаточности кровообращения — декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности, которую на основании наиболее распространенной классификации недостаточности кровообращения, по Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко (стр. 36), можно характеризовать как недостаточность кровообращения степени II<sub>A</sub>.

Таким образом, есть все основания диагностировать у нашей больной митральную болезнь с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения степени II<sub>A</sub>, гипохромную анемию при наличии беременности 34 недели.

*Какой должна быть тактика врача по отношению к беременной, страдающей митральной болезнью?*

В настоящее время этот вопрос получил достаточное освещение в литературе<sup>1</sup>.

Установлено, что неблагоприятное течение пороков сердца при беременности, серьезный прогноз при них, материнская смертность объясняются в основном не столько механизмом поражения, сколько сопутствующими изменениями сердечной мышцы, обусловленными главным образом эндокардитом. Опыт показывает, что при наличии вяло, латентно протекающего эндокардита беременность весьма часто способствует его вспышке, обостряет течение. Заболевание нередко переходит в более тяжелую форму, что дает повод ко всевозможным осложнениям, свойственным этому процессу.

Таким образом, существование эндокардита является фактором, чрезвычайно осложняющим состояние беременных с пороками сердца. Поэтому за ними должно быть установлено тщательное наблюдение с целью выявления<sup>1</sup> наличия или отсутствия текущего эндокардита.

Из существующих пороков сердца митральный стеноз или более часто встречающаяся митральная болезнь, особенно если наблюдается преобладание стеноза, являются заболеваниями, при которых беременность или ее продолжение крайне нежелательны.

Несмотря на то, что в литературе существуют многочисленные указания на благоприятный исход беременности для матери и плода у женщин, страдающих митральной болезнью (В. В. Сайкова, Н. К. Годунова и др.), таким больным следует особенно настойчиво разъяснять недопустимость беременности. Это положение остается, если даже отсутствуют клинические проявления недостаточности кровообращения, но существует значительное

<sup>1</sup> Сборник «Внутренняя патология и беременность». Госмедиздат УССР, 1955.



смещение границ сердца, особенно за счет расширения левого предсердия, а также имеются указания на значительное повышение давления в малом круге кровообращения (кашель после физической нагрузки, кровохарканье, одышка, резкий акцент и раздвоение второго тона на легочной артерии). В таких случаях показано прерывание беременности со сроком до 12 недель и последующее длительное диспансерное наблюдение за этими больными.

Н. Д. Стражеско<sup>1</sup> в своей работе писал по этому поводу: «Однако не надо забывать, что в случае стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия иногда может совершенно неожиданно наступить грозная картина острой недостаточности, аритмия и острый отек легких. Необходимо учитывать, что у отдельных больных все наши лечебные мероприятия с целью борьбы с острым отеком легких, в том числе и кесарево сечение, могут не дать благоприятных результатов. Вот почему врач должен предупредить беременную и родственников об опасности сохранения беременности при стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия. Из сказанного, конечно, нельзя делать вывод, что тяжелые осложнения неизбежны; у ряда подобных больных беременность и роды благополучно заканчиваются».

Значительно более сложным является вопрос о показаниях к прерыванию беременности или активному родоразрешению больных с митральной болезнью в более поздние сроки беременности. Правильное решение этого вопроса возможно только в условиях стационара после выяснения наличия или отсутствия эндомиокардита, недостаточности кровообращения и степени ее развития, после оценки влияния строгого постельного режима, рациональной диеты, кардиальной терапии. В связи с этим беременные даже с начальными признаками недостаточности кровообращения должны быть помещены в больницу или палату патологии беременности родильного дома, акушерского отделения, где их лечение должно проводиться совместно терапевтом и акушером.

При выраженной сердечной недостаточности, если нет абсолютных показаний со стороны органов кровообращения, т. е. если состояние больной не столь тяжелое и не требует срочного родоразрешения, необходимо предварительно подвергнуть больную активному лечению для устранения или уменьшения выраженных явлений декомпенсации, что в значительной мере благоприятствует исходу операции (стр. 37). В настоящее время существует вполне обоснованное мнение о том, что смертность у больных с сердечной декомпенсацией наблюдается главным образом в тех случаях, где не проводилась подготовительная терапия.

Прерывание беременности в поздние сроки у сердечных больных, согласно существующим установкам, показано при наличии:

а) выраженной недостаточности кровообращения степени II<sub>A</sub> и II<sub>B</sub>, не поддающейся рациональной терапии в стационаре в течение 10—14 дней;

б) при вспышке эндомиокардита, не поддающегося соответствующей терапии, особенно в более ранние сроки беременности;

в) при наличии акушерской патологии у больных с выраженной сердечно-сосудистой патологией и склонностью к развитию недостаточности кровообращения в тех случаях, когда можно предположить длительные роды.

Состояние наблюдаемой нами больной не требует срочного родоразрешения, поэтому мы начали проводить консервативную терапию в условиях стационара. Это выгодно как для больной в связи с возможностью проведения подготовительной терапии, так и для плода в связи с продлением его внутриутробного развития и повышением жизнедеятельности. Следует отметить, что плоды женщин, больных митральной болезнью, менее жизне-

---

<sup>1</sup> Н. Д. Стражеско. Внутренние болезни и беременность. Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. Медгиз, 1953, стр. 6.

устойчивы, чем плоды здоровых женщин. Лечебные мероприятия должны быть направлены на то, чтобы продлить срок беременности до ее конца. Даже в тех случаях, когда оперативное родоразрешение является неизбежным, продление беременности наиболее выгодно до наступления родов, так как родовые схватки способствуют опорожнению матки от ее содержимого после кесарева сечения. Этим предупреждается развитие крайне нежелательных для сердечных больных реакций, нередко связанных с задержкой обратного развития матки.

При поступлении в стационар больной после консультации с терапевтом был назначен строгий постельный режим, диета с резким ограничением поваренной соли и медикаментозная терапия:

1. Rp. Sol. Camphorae 20%  
DS. По 2 мл 2 раза в сутки
2. Rp. Pulv. fol. Digitalis 0,05 (возможно до 0,1)  
Sacchari 0,3  
MDS. По 1 порошку 3 раза в сутки после еды

При гипохромной (железодефицитной анемии) назначается:

1. Rp. Ferri reducti 1,0 (можно Ferri carbonici или Ferri lactici в той же дозе)  
DS. По 1 порошку 3 раза в день после еды, запивать Ас. muriatici diluti по 8 капель на стакан воды
2. Rp. Acidi ascorbinici 0,3  
Glucosae 1,0  
MDS. По 1 порошку 3 раза в день

После проведенной терапии у больной уже через несколько дней исчезла отечность голеней, одышка, замедлился пульс до 80—76 ударов в минуту, улучшилось самочувствие. При измерении температуры тела через каждые 2 часа повышение ее не было обнаружено, что в связи с относительно невысокой РОЭ (для последних недель беременности характерно повышение РОЭ до 25—35 мм в час) и благоприятным влиянием кардиальной терапии давало возможность исключить наличие эндокардита. В связи с наметившимся улучшением в состоянии больной было решено продолжать консервативную терапию, а при наступлении родовых деятельности роды вести активно-наблюдательно, в зависимости от состояния больной и хода родового акта, прибегнув к операции кесарева сечения лишь в случае ухудшения сердечной деятельности.

Однако на 4-й неделе пребывания в стационаре (на 39-й неделе беременности) состояние больной значительно ухудшилось, усилилась одышка, снова появилось сердцебиение, небольшой кашель с мокротой, содержащей прожилки крови.

#### *Какой план дальнейшего ведения больной?*

В связи с прогрессирующими явлениями застоя в легких, что свидетельствует об угрозе острой недостаточности кровообращения и возможности развития отека легких на высоте родового акта, целесообразнее провести родоразрешение операцией кесарева сечения под местной анестезией.

Вместо приема дигиталиса внутрь был назначен дигален-нео в инъекциях по 1 мл 2 раза в сутки (через 12 часов).

Срок наблюдения в стационаре и срок проведения терапии достаточны для того, чтобы признать невозможным дальнейшее сохранение беременности без риска для жизни больной.

2/XI 1954 г. под инфильтрационной анестезией (0,25% раствор новокаина) было проведено абдоминальное кесарево сечение. Извлечен живой недоношенный ребенок весом 2400 г. Во время операции больной вводили кардиазол под кожу и применили кислородную терапию. После операции был назначен пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 3 часа.

Послеоперационное течение без осложнений. С 6-го дня после родов в связи с резким уменьшением явлений недостаточности кровообращения вместо ранее проводимой кардиальной терапии назначен адонилен по 15 капель 3 раза в день и кардиазол по 0,1 два раза в день. На 22-й день после родов больная была выписана с ребенком в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем находилась в течение длительного времени под наблюдением участкового врача-терапевта и акушера.

Анализируя течение заболевания, беременности, родов и послеродового периода, мы должны признать, что женской консультацией была допущена серьезная ошибка, в результате которой, возможно, значительно ухудшилось состояние больной в период между 28-й и 34-й неделями беременности. Ошибка заключалась в том, что больная с развивающимися явлениями недостаточности кровообращения (усилившаяся одышка, сердцебиение, быстрая утомляемость) не была срочно госпитализирована.

Тщательное наблюдение в женской консультации за беременными с заболеваниями сердечно-сосудистой системы с самых ранних сроков беременности, помещение их в стационар при первых проявлениях недостаточности кровообращения и при подозрении на наличие эндомиокардита, рационально проведенная подготовительная терапия, правильный выбор и осуществление метода прерывания беременности или активного родоразрешения, целесообразное проведение лечения в родах и послеродовом периоде позволяют резко снизить осложнения и материнскую смертность при сердечно-сосудистой патологии.

В вопросе профилактики недостаточности кровообращения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в частности, с митральной болезнью, громадную роль играет своевременное взятие их на специальный учет. В связи с этим необходимо, чтобы каждая беременная уже при первом посещении ею женской консультации была проконсультирована терапевтом. Акушер-гинеколог должен производить всестороннее объективное исследование беременных, не ограничиваясь выяснением состояния половых органов. Представления о состоянии внутренних органов, полученные при исследовании больной, подкрепленные соответствующими консультациями специалистов, дают возможность акушеру-гинекологу выявить различные заболевания и избежать ряда ошибок в ведении больной.

Выписывать больных женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы из стационара следует лишь при установлении у них стойкой компенсации кровообращения и при наличии благоприятных бытовых условий. После выписки за этими беременными должно быть установлено систематическое наблюдение участкового терапевта и акушера-гинеколога. При повторной декомпенсации кровообращения у беременных последние должны находиться в стационаре до родоразрешения.

В послеродовом периоде больные с выраженной сердечно-сосудистой патологией должны соблюдать строгий постельный режим, причем в течение более длительного времени, чем здоровые беременные. Выписывать их из стационара при благоприятном течении послеродового периода можно лишь через 3—4 недели после родов.

**Краткий эпикриз.** М. П., 24 лет, поступила в акушерское отделение 1/X 1954 г. по поводу митральной болезни с недостаточностью кровообращения степени II<sub>A</sub>; беременность 34 недели.

С 28-й недели беременности стала предъявлять жалобы, характерные для развивающейся недостаточности кровообращения. В течение последующих 6 недель больная находилась на амбулаторном лечении и только на 34-й неделе беременности была помещена в стационар с выраженными явлениями нарушения кровообращения. Проведенная в условиях стационара подготовительная терапия хотя и дала определенный эффект, однако не исключила необходимости прерывания беременности путем кесарева сечения на 38-й неделе беременности. В послеродовом периоде наблюдалось благоприятное течение заболевания и довольно быстрое уменьшение явлений недостаточности кровообращения. Выписана 24/XI 1954 г. в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение женской и детской консультации.

## МИТРАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Р. В., 28 лет, поступила в родильный дом 19/1 1955 г. в 17 часов 40 минут по направлению женской консультации с диагнозом: беременность 20 недель; *affectio mitralis*; *insufficiencia cardiovascularis II*.

В детстве болела корью, часто ангинами; с 1942 по 1952 г. перенесла четыре ревматические атаки.

Менструации с 14 лет, по 4—5 дней через месяц, болезненные, обильные; уставновились сразу.

Половая жизнь с 25 лет. Первая беременность (1954) закончилась родами в срок. Была произведена операция наложения щипцов с целью исключения потуг. Родился доношенный ребенок.

Настоящая беременность вторая. Беременность в первые три месяца протекала удовлетворительно; в дальнейшем появилась одышка. Будучи предупреждена после предыдущих родов о том, что ей не следует пока беременеть, она, настойчиво желая иметь второго ребенка, сознательно не обращалась в женскую консультацию, боясь, что ей могут предложить прервать беременность.

Только на 17-й неделе беременности, когда состояние заметно ухудшилось, усилилась одышка, она впервые обратилась в женскую консультацию.

При поступлении: состояние средней тяжести, жалобы на одышку и кашель; небольшие отеки на голенях. Температура 36,5°.

Органы дыхания: в легких дыхание жестковатое; незначительные влажные хрипы в нижних долях сзади. Одышка при ходьбе и после приема пищи. Границы сердца расширены влево; систолический и диастолический шум на верхушке. Артериальное давление 120/65 мм. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения.

Печень, селезенка не пальпируются. Аппетит плохой; стул нормальный.

Моченспускание безболезненное; симптом Пастернацкого отрицательный. В моче следы белка.

Анализ крови: Hb 12 г% (72 единицы), эр. 4 270 000, цветной показатель 0,71, л. 6200, э. 2%, п. 7%, с. 71%, лимф. 18%, мон. 2%; РОЭ 45 мм в час (по Панченкову).

При наружном осмотре — дно матки на середине между лоном и пупком; удаётся пальпировать части плода. Сердцебиение плода прослушать не удаётся.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище широкое, отмечается незначительная степень опущения передней и задней стенок влагалища; шейка матки цилиндрической формы; покрывающий эпителий нормальный; маточный зев щелевидной формы, закрыт, матка увеличена до размеров 20—21 недели беременности; придатки не пальпируются; своды свободные; мыс достигается; диагональная конъюгата 12 см.

### *Какой диагноз?*

Беременность сроком 20—21 неделя; митральная болезнь с явлениями нарушения кровообращения степени II<sub>A</sub>—B.

Состояние женщины уже теперь, при сроке беременности в 20—21 неделю, надо признать сравнительно тяжелым: отмечаются одышка, отеки. Нарушение кровообращения при наличии митральной болезни (стр. 38) с увеличением срока беременности может ухудшить заболевание и угрожать здоровью и жизни беременной. При более детальном обследовании обнаружено преобладание стеноза над недостаточностью митрального клапана.

### *Что делать?*

Показано прерывание беременности. Однако так ли уж необходимо немедленно приступить к прерыванию беременности?

Полагаем, что будет разумнее несколько повременить в надежде, что пребывание больной в стационарных условиях поведет к некоторому улучшению ее состояния и в зависимости от состояния позволит решить вопрос о сроке прерывания беременности, тем более что теперь при таком большом сроке беременности уже для любого метода прерывания ее 1—2 недели не имеют значения.

С 19/1 по 31/1 состояние больной оставалось удовлетворительным. Больной был назначен постельный режим, диетотерапия, препараты наперстянки стрихнин, камфара и др.

Больная стала спокойнее и значительно бодрее. Однако одышка по-прежнему оставалась. После консультации с терапевтом было решено прервать беременность.

*Какой метод прерывания беременности следует избрать у данной больной?*

В таких случаях может быть произведено одно из следующих вмешательств:

- 1) метрейризм;
- 2) заоболочечное вливание;
- 3) малое кесарево сечение;
- 4) влагалищное кесарево сечение.

Все перечисленные методы являются более или менее эффективными, однако ни один из них, по единодушному признанию, не удовлетворяет в достаточной степени предъявляемым требованиям.

В свое время для прерывания беременности в поздние сроки применялись разнообразные способы. Большинство из них, каковы, например, прокол оболочек, тампонада влагалища, введение бужа и др., теперь уже отвергнуты.

*Какой же из названных методов более пригоден у нашей больной?*

Операция метрейризм является методом выбора. Обычно пользуются метрейринтером среднего размера, который вводят в матку после предварительного расширения канала шейки расширителями Гегара до № 15—16. Однако эта операция требует длительного пребывания (не менее 12 часов) метрейринтера в полости матки, что связано с большим риском проникновения в матку инфекции.

Кроме того, операция не заканчивается только рождением или извлечением метрейринтера. В дальнейшем приходится прибегать в зависимости от степени сглаживания и раскрытия шейки матки к извлечению плода, наложению кожно-головных щипцов и другим манипуляциям. К тому же пребывание метрейринтера в матке дольше 12 часов существенно ухудшает течение послеабортного периода.

Состояние больной требует более быстрого метода прерывания беременности.

Метод заоболочечного вливания, предложенный И. П. Лазаревичем, был разработан позднее М. М. Мироновым, а в самое последнее время Э. М. Каплуном.

Для этой цели обычно пользуются раствором риванола 1 : 4000, который вводят заоболочечно через металлический или твердый резиновый катетер в количестве примерно из расчета 100 мл раствора на 1 месяц беременности.

Надо сказать, что и этот метод, получивший значительное распространение, имеет существенные недостатки. Прежде всего он ведет к прерыванию беременности лишь спустя сутки, а иногда и дольше, даже при сочетании вливания с предварительной и последующей медикаментозно-гормональной стимуляцией. Иногда приходится прибегать к повторному вливанию.

Кроме сказанного, этот метод часто осложняется лихорадочным послеабортным течением и неполным опорожнением матки. По данным И. К. Вачнадзе, в 12,8% отмечалось повышение температуры, а в 43,7% — неполные аборты.

Все это заставляет нас воздержаться от применения такого метода прерывания беременности.

Малое кесарево сечение — хирургический асептический метод прерывания беременности. Можно было бы на нем остановиться, учитывая полную возможность проведения операции под местной анестезией. И все же мы не решились воспользоваться этим методом. Если бы больной попутно нужно было произвести стерилизацию, разумеется, мы выбрали бы только малое кесарево сечение. Но больная надеется, что она выздоровеет и сможет еще родить. К тому же и рубец после малого кесарева сечения

менее благоприятен при последующей беременности и родах, чем рубец в шейке и лишь частично в нижнем сегменте матки.

Итак, мы останавливаемся на операции в л а т а л ь н о г о к е с а р е в а с е ч е н и я. Эта операция производится сравнительно быстрее и не сопряжена со вскрытием брюшной полости.

Данную операцию можно рекомендовать, если нет рубцовых изменений в параметральной клетчатке, если шейка матки легко подтягивается книзу. *Sectio caesarea vaginalis s. hysterotomia vaginalis anterior*, предложенная в свое время Дюрсенном (Dührssen), в дальнейшем была модифицирована различными акушерами-гинекологами (Ю. А. Лейбчик, Н. М. Какушкин и др.).

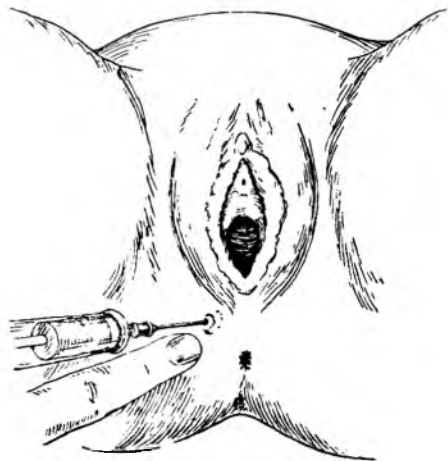


Рис. 1. Пудендальная анестезия.

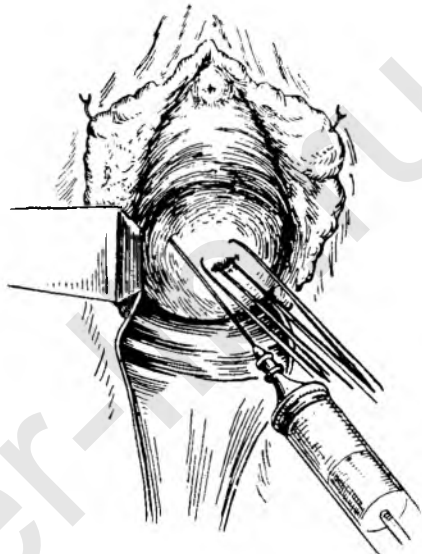


Рис. 2. Парацервикальная анестезия.

В основном операция сводится к рассечению (после отсепаровки мочевого пузыря) передней стенки шейки матки до внутреннего зева включительно, захватывая и часть нижнего сегмента. Таким образом, создается свободный доступ в полость матки для опорожнения последней от ее содержимого.

Ю. А. Лейбчик (см. рис. 5) с целью сохранения целостности наружного зева и предупреждения образования рубцов в последнем предложил делать разрез не через всю переднюю стенку шейки, а отступя на 2 см от наружного зева.

*Какой вид анестезии следует применить в данном случае?*

Операция *hysterotomia vaginalis anterior* сама по себе малоблезненна. Однако и небольшая болезненность для данной больной должна быть совершенно исключена. Достаточно эффективной и вместе с тем безопасной будет местная анестезия 0,5% раствором новокаина, причем сначала пудендальная, а затем дополнительно анестезия в области переднебоковой стенки влагалищной части матки с обеих сторон.

1/11 в 12 часов 35 минут произведено влагалищное кесарево сечение.

После соответствующей подготовки произведена пудендальная анестезия (рис. 1) 0,5% раствором новокаина в количестве по 60 мл с каждой стороны

Влагалище раскрыто с помощью зеркал и обработано йодом. Передняя губа шейки матки захвачена пулевыми щипцами. Слегка низведя шейку матки ко входу во влагалище, мы произвели парацервикальную анестезию (рис. 2) тем же раствором новокаина в количестве 30 мл с каждой стороны при помощи длинной иглы, постепенно продвигаемой вверх в толщу окологречной клетчатки. С обеих сторон образовались подушкообразные инфильтраты, почти сливающиеся вместе.

Расширителями Гегара, введенными до № 15 в канал шейки матки, последний раскрыт. На уровне последней сошпнае гигагит сделан полулунный разрез переднего свода влагалища (рис. 3) длиной 4—4,5 см. На край разреза наложен длинный зажим, при помощи которого лоскут подтянут вверх. Обнаруженные при этом натянутые соединительнотканнные тяжи рассечены изогнутыми ножницами ближе к шейке и таким образом постепенно стенка влагалища вместе с мочевым пузырем продвинута (частью острым, частью тупым путем) вверх. Подъемник извлечен и очень бережно отодвинут мочевой пузырь до пузырно-маточной складки. Затем снова введен подъемник, но теперь уже под отсепарованный мочевой пузырь. Потянув к себе шейку при

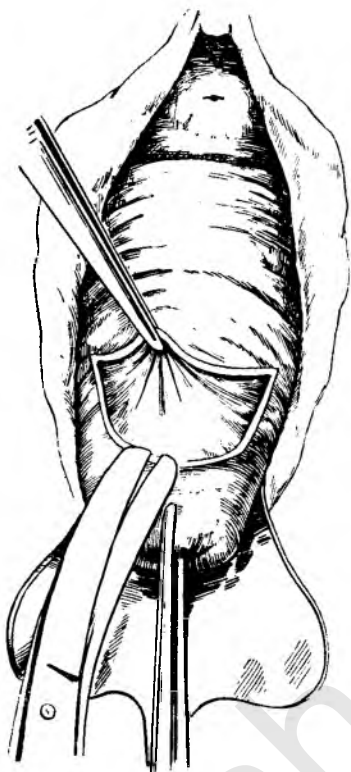


Рис. 3. Влагалищное кесарево сечение. Передняя кольпогистеротомия. Начало отделения мочевого пузыря от шейки матки.

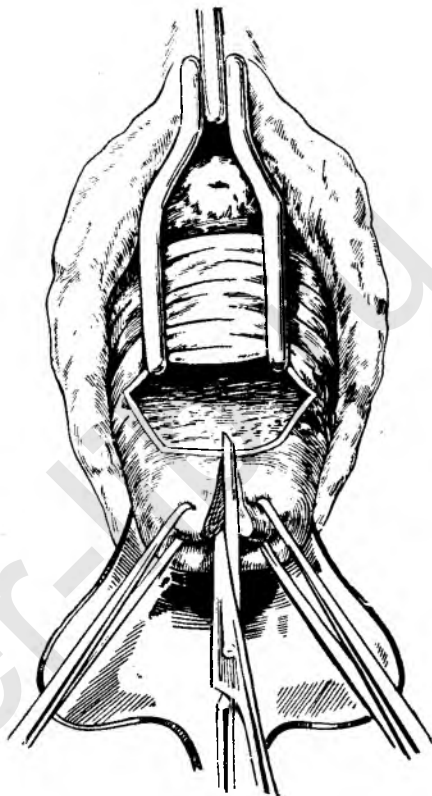


Рис. 4. Влагалищное кесарево сечение. Мочевой пузырь отделен и отодвинут подъемником вверх. Рассекают переднюю стенку шейки матки по средней линии.

помощи лежащих на ней пулевых щипцов, мы рассекли прямыми ножницами (рис. 4) переднюю стенку шейки матки за внутренний зев (обязательно); можно это делать, постепенно перемещая пулевые щипцы. Если стенка шейки матки рассечена недостаточно, то при извлечении плода она рвется, что может сопровождаться кровоизлиянием и разрывом в поперечном направлении.

Затем все инструменты сняты и двумя пальцами, введенными в матку, захвачены ножки плода, произведен поворот последнего и извлечение до лопаток. Выведены ручки и произведена перфорация последующей головки (см. рис. 185), удален мозг и извлечен плод (рис. 6); пуповина рассечена. Во время извлечения плода в ткань шейки матки введен 1 мл питуитрина. Двумя пальцами, введенными в матку, отделено детское место и последнее выведено из матки.

Снова введены во влагалище зеркала, обе половины передней стенки шейки захвачены пулевыми щипцами; стенки полости матки проверены большой кюреткой. Разрез шейки матки зашит отдельными кетгутowymi швами, начиная с верхнего края. Для этого шейка матки подтянута к себе, обнажен верхний угол разреза и под контролем глаза наложены швы (рис. 7).

Концы лигатур срезаны, кроме последней, за которую после снятия пулевых щипцов и извлечения подъемника удерживают шейку. После того как разрез шейки



Рис. 5. Кольпогистеротомия (по Лейбчику); передняя стенка матки рассечена над расширителем. Наружный маточный зев сохраняется.



Рис. 6. Влагалищное кесарево сечение. После извлечения плода через разрез в шейке матки.

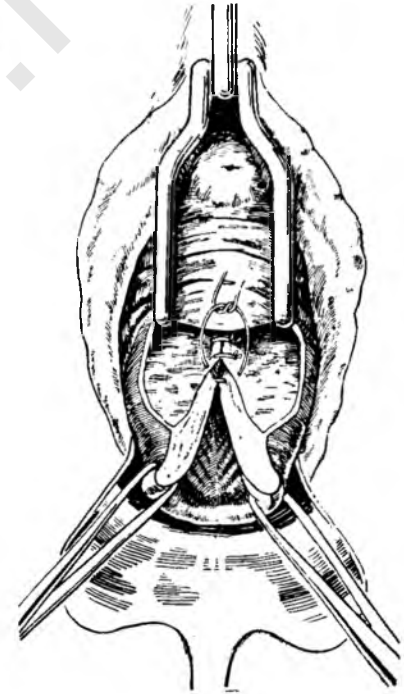


Рис. 7. Влагалищное кесарево сечение. Зашивание разреза шейки матки.



тщательно зашит, на прежнее место пришит отдельными швами отсепарованный лоскут слизистой влагалищной части (рис. 8). На 10—12 часов оставлена марлевая турунда в переднем своде (не надо забывать о своевременном извлечении ее).

Послеоперационный период прошел гладко. Общее состояние больной быстро улучшалось; кашель исчез. Выписана на 12-й день после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации и участкового терапевта.

Следует отметить, что и этот метод операции не является совершенным: остается рубец в шейке матки. Иногда, особенно если первый шов наложен низко или он недостаточно стягивает края, в разрезе шейки матки может остаться отверстие в виде свища под мочевым пузырем.

Поэтому к прерыванию беременности, если это необходимо, следует прибегать, когда срок ее не превышает 10—12 недель.

**Краткий эпикриз.** Р. В., 28 лет, страдает митральной болезнью с нарушением кровообращения степени П<sub>A—1</sub> при наличии беременности 20 недель. Консервативное лечение не привело к улучшению состояния. Произведено влагалищное кесарево сечение. Операция и послеоперационный период прошли гладко.

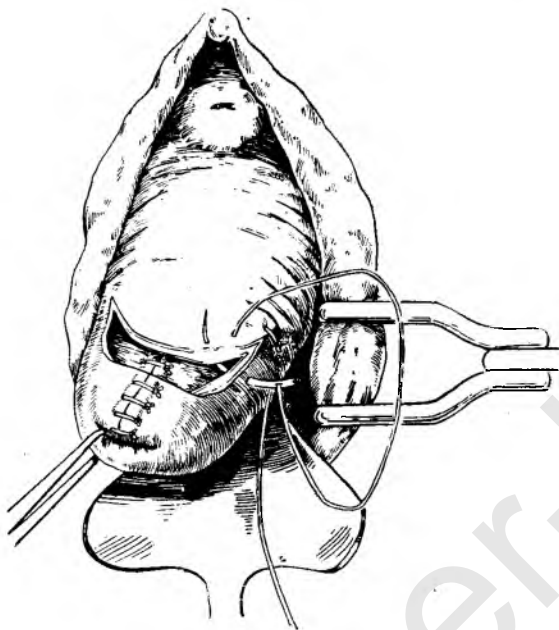


Рис. 8. Влагалищное кесарево сечение. Зашивание разреза влагалища. Мочевой пузырь и стенка влагалища пришиваются на свое место.

Отмечается высокое артериальное давление. Последняя менструация с 14/IX по 17/IX 1952 г. Беременность первая; беременность 23—24 недели.

За 6 месяцев до наступления беременности было обнаружено высокое артериальное давление, достигавшее 170/120 мм, и диагностирована гипертоническая болезнь. Мать больной и старшая сестра также страдают гипертонической болезнью.

В первые 3 месяца беременности у больной отмечалась умеренная тошнота, иногда по утрам рвота. Артериальное давление было в пределах 170/110 мм, а временами поднималось и выше. В моче белок не был обнаружен отеков не наблюдалось.

Больной было предложено прервать беременность, но она от этого категорически отказалась. Больная была госпитализирована в больницу. Кроме полного покоя, ее лечили внутривенными вливаниями 40% раствора глюкозы и люминалом. Состояние ее оставалось без перемен, артериальное давление не снижалось, оставаясь в пределах 170/110 мм. Через 3 недели больная по собственному желанию была выписана из больницы и по семейным обстоятельствам переехала в другой город. Переезд по железной дороге перенесла хорошо и явилась в женскую консультацию в конце февраля для дальнейшего наблюдения.

Больная среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и слизистые оболочки бледные. Отеков на лице и на ногах не отмечается. Вес больной 74,5 кг; рост 164 см.

Со стороны сердца небольшое расширение границ влево, тоны его нормальные. Артериальное давление 160/90 мм. В моче белка нет; анализ крови нормальный.

Размеры таза нормальные. Дно матки определяется на три поперечных пальца выше пупка. Положение плода продольное, головка над входом таза. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

## ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Б. К., 24 лет, обратилась в конце февраля 1953 г. в женскую консультацию с жалобами на постоянную головную боль.

### *Какой диагноз?*

Беременность на 23—24-й неделе, осложненная гипертонической болезнью в I неврогенной стадии (по классификации Ланга).

В данном случае определить гипертоническую болезнь было нетрудно, так как последняя была установлена у больной еще до беременности. В более затруднительном положении оказывается акушер-гинеколог, когда женщина впервые обращается в середине или даже в конце беременности с повышенным артериальным давлением и у нее нет данных о высоте артериального давления до беременности или в начале ее.

### *Как же в таком случае провести дифференциальный диагноз?*

Нужно иметь в виду следующее: повышенное артериальное давление у беременных является одним из постоянных и наиболее выраженных симптомов позднего токсикоза, развивающегося обычно после 24-й недели беременности. Кроме того, повышенное артериальное давление бывает у беременных, которые страдают гипертонической болезнью, а также приблизительно у 2—3% совершенно здоровых беременных женщин в конце беременности, т. е. после 30-й недели. Обычно оно не превышает 140/90 мм и не осложняется какими-либо другими патологическими симптомами, как-то: наличием белка в моче, отеками, головной болью и т. д.

*Как следует рассматривать бессимптомно протекающую гипертонию в конце беременности: как патологическое состояние или как компенсаторную защитно-физиологическую реакцию организма?*

Вопрос этот окончательно не разрешен, но клинические наблюдения говорят больше в пользу последнего взгляда: такая гипертония обычно бесследно исчезает в первые же дни послеродового периода, даже если беременная не подвергалась предварительной госпитализации и лечению.

Наконец, гипертония у беременных может быть одним из симптомов хронического нефрита.

Наши наблюдения и литературные данные позволяют считать, что приблизительно в 70—75% всех случаев гипертония у беременных является симптомом позднего токсикоза, у 20% больных — появлением гипертонической болезни, в остальных случаях — это или так называемая компенсаторная гипертония, или же результат хронического нефрита, обострившегося при беременности.

При дифференциальной диагностике нужно учитывать, что высокое артериальное давление в качестве изолированного симптома позднего токсикоза встречается сравнительно редко, а чаще оно комбинируется с развитием отеков, появлением белка в моче и мозговыми явлениями. Кроме того, у беременных с поздним токсикозом, так же как и с компенсаторной гипертонией, обычно артериальное давление до беременности и в первые недели беременности бывает нормальным и начинает повышаться только после 24-й недели беременности. Это служит отличительным признаком.

В настоящее время принято считать, что если артериальное давление повышается в первые 16—18 недель беременности и при этом исключается заболевание почек, то с наибольшей долей вероятности в данном случае можно предположить гипертоническую болезнь, которая до беременности не была обнаружена или протекала скрытно.

Гипертония, обусловленная хроническим нефритом, распознается на основании тщательного собранного анамнеза, данных исследования мочи, исследования глазного дна и т. д.

*Какой уровень артериального давления у беременных следует считать нормальным?*

Этот вопрос окончательно не разрешен. По-видимому, и нельзя указать определенную цифру высоты артериального давления, которая была бы нормой для всех клинически здоровых беременных женщин. К абсолютным

показателям высоты артериального давления у беременных нужно относиться с некоторой осторожностью. Встречаются женщины с гипотонией, имеющие при обычных условиях артериальное давление не выше 100/50 мм. Если у них при беременности артериальное давление будет равно 135/80 мм, то это будет для них уже значительным повышением, граничащим с патологией. И, наоборот, у некоторых женщин, склонных к гипертонии, давление в 135/85 мм будет еще нормальным.

В настоящее время принято считать у беременных нормальным систолическое артериальное давление в пределах от 100 до 135 мм и диастолическое — до 80 мм ртутного столба. Артериальное давление следует считать патологическим, если оно повышается на 30—35% от первоначального, т. е. бывшего до беременности или в самом начале ее. При этом важное значение в отношении прогноза принадлежит показателям диастолического («минимального») давления, отображающего тонус артериол. Полагают, что заболевание протекает будто бы легче, если диастолическое артериальное давление ниже 100 мм; если же оно выше этой цифры, то можно ожидать развития всяких осложнений.

Отсюда видно, что акушеру-гинекологу важно знать исходную величину артериального давления у женщины до беременности или в начале ее. Если повышенное артериальное давление у женщины впервые установлено только после 20-й недели беременности, то дифференциальный диагноз между гипертонической болезнью и поздним токсикозом в ряде случаев провести почти невозможно. Поэтому измерение артериального давления у каждой беременной при первом посещении ею женской консультации должно быть таким же обязательным, как исследование мочи, крови, измерение таза и т. д.

*Какой диагноз у наблюдаемой нами больной?*

Данные анамнеза и подробного обследования позволяют установить у больной беременность, осложненную гипертонической болезнью в I неврогенной стадии (по классификации Ланга).

Характерным для этого заболевания у беременных является именно то, что у них не развиваются отеки и в моче отсутствует белок, но отмечаются головные боли, головокружение, общая слабость. Очень часто обнаруживается недоразвитие плода.

Приблизительно у 30% женщин, страдающих гипертонической болезнью, между 14-й и 24-й неделями беременности наблюдается снижение артериального давления, достигающего иногда нормальных границ, которое в последнюю треть беременности опять начинает значительно повышаться. Такое снижение артериального давления является, по мнению некоторых акушеров, благоприятным прогностическим симптомом как для матери, так и для плода.

У наблюдаемой нами больной имеется некоторое снижение артериального давления по сравнению с тем, каким оно у нее было до беременности; кроме того, у нее совершенно отсутствуют отеки и белок в моче. Все это дает основание ставить у нее благоприятный прогноз. Тем не менее эта больная заслуживает особого внимания и нуждается в госпитализации с тем, чтобы предупредить возможные у нее осложнения.

*Какие опасности угрожают беременной с гипертонической болезнью?*

1. Возможность развития внутричерепных (мозговых) кровоизлияний и внутриглазных с отслойкой сетчатки. При развитии таких осложнений большинство больных погибает.

2. Развитие позднего токсикоза, т. е. появление отеков, белка в моче, болей в подложечной области, усиление головных болей, нарушение зрения и т. д. Интересно отметить, что эклампсия у беременных, страдающих гипертонической болезнью, обычно не развивается.

3. У беременных, страдающих гипертонической болезнью, часто бывает внутриутробная гибель плода или его недоразвитие. На предупреждение развития этих осложнений и должны быть направлены все наши мероприятия. Поэтому, несмотря на то, что наблюдаемая нами больная не предъявляла особых жалоб, мы тем не менее госпитализировали ее для более тщательного наблюдения и лечения.

Лечение при гипертонической болезни у беременных должно сводиться к следующему: а) полный покой, обеспечиваемый своевременной госпитализацией; б) диета, полноценная в отношении белков и витаминов, с малым содержанием жиров и поваренной соли; прием жидкости может быть разрешен по потребности; у тяжелобольных поваренная соль должна быть исключена из пищи совершенно; в) парентеральное введение больших доз глюкозы с аскорбиновой кислотой; г) введение гипотензивных веществ (папаверин и др.).

В стационаре больная соблюдала строгий постельный режим и получала диету с резким ограничением поваренной соли; пища готовилась без соли за исключением хлеба; хлеб как белый, так и черный был обычного приготовления. Пить ей было разрешено по потребности.

Следует отметить, что если больные получают бессолевую диету, то они обычно пьют очень мало.

Питание больной было смешанным, богатым белковыми веществами и витаминами, причем если больная получала один день мясо, то на другой день — рыбу, на следующий день — творог, затем яйца и т. д. Кроме того, больной ежедневно вводили внутривенно по 60—100 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой и проводили кислородную терапию (4—5 кислородных подушек в сутки). На ночь больной давали люминал с папаверином.

*Нужно ли стремиться у таких больных к снижению артериального давления?*

Большинство современных акушеров считает, что к этому стремиться нужно, особенно если артериальное давление достигает высоких пределов, во избежание развития кровоизлияний и поражения почек, тем более что современная фармакология располагает рядом эффективных гипотензивных средств. Однако опасность внутричерепных и внутриглазных кровоизлияний у беременных, страдающих гипертонической болезнью в неврогенной стадии, по-видимому, не так велика, как это может казаться теоретически. Так, например, из 66 таких больных, наблюдавшихся нами, только у одной было внутричерепное кровоизлияние со смертельным исходом. Тем не менее нельзя отрицать, что гипертоническая болезнь предрасполагает к внутричерепным кровоизлияниям, причем беременность и присоединяющийся поздний токсикоз могут явиться провоцирующими факторами.

Для лечения беременных, страдающих гипертонической болезнью, большое значение имеет соблюдение постельного режима, бессолевой диеты и парентеральное введение достаточных доз глюкозы. При таком лечении у больных обычно снижается артериальное давление и предупреждается развитие позднего токсикоза. Глюкоза способствует сохранению белков в организме беременной, улучшает питание ее нервной ткани, а также способствует питанию и развитию плода, так как глюкоза свободно переходит через плаценту. Папаверин ослабляет спазм мозговых сосудов, в результате чего уменьшается мозговое кровообращение и повышается утилизация кислорода мозговой тканью. Серноокислая магнезия, по мнению многих акушеров, является малоэффективной для лечения беременных, страдающих гипертонической болезнью.

Наблюдаемая нами беременная находилась в стационаре в течение месяца. Общее ее состояние было удовлетворительным, сон и аппетит были нормальными, головная боль почти не беспокоила ее. Артериальное давление заметно снизилось, но все же оставалось в пределах 150/90 мм; в моче белка не было, не отмечались и отеки. Картина

глазного дна в норме. Сердцебиение плода прослушивалось отчетливо. Объем матки не соответствовал (отставал) сроку беременности, что указывало на возможность недоразвития плода. Принимая во внимание хорошие домашние условия и удовлетворительное состояние больной, она была выписана домой для дальнейшего наблюдения за ней женской консультацией. Больная продолжала соблюдать покой и бессолевую диету.

В последующие недели состояние больной продолжало оставаться удовлетворительным, но, начиная с 34-й недели беременности, артериальное давление повысилось до 190/120 мм, появились жалобы на умеренную головную боль; в моче следы белка (0,2‰); отеков не было, изменений со стороны глаз не отмечалось.

*Что произошло у данной больной, какие меры необходимо предпринять?*

С повышением артериального давления и с появлением следов белка в моче возникла серьезная угроза не только здоровью матери, но и угроза внутриутробной гибели плода. Состояние, наступившее у больной, нужно рассматривать как начинающийся токсикоз. Появление белка в моче, хотя бы и в небольшом количестве, свидетельствует о поражении почек. При развитии такой клинической картины встает вопрос о прекращении беременности, так как трудно рассчитывать, что предпринятые вновь лечебные и диететические мероприятия и постельный режим помогут женщине доносить беременность до конца и сохранить живого ребенка. Об этом мы сообщили родственникам больной, а ей предложили госпитализацию, от которой она отказалась.

Развитие плода отставало и поэтому трудно было рассчитывать на его жизнеспособность. Однако больная, настойчиво желая иметь ребенка, от предложения прервать беременность на данном этапе ее развития категорически отказалась.

Дома больная соблюдала постельный режим, получала бессолевую диету, папаверин с люминалом, внутренне ей ежедневно вводили по 40 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, ежедневно исследовали мочу и измеряли артериальное давление.

В течение 35—37-й недели беременности состояние больной оставалось почти без изменений: артериальное давление держалось в пределах 190/120 мм, количество белка в моче не увеличивалось (в пределах 0,2‰), головная боль была умеренной, со стороны глазного дна изменений не отмечалось.

Сердцебиение плода выслушивалось отчетливо; развитие плода несколько продвинулось вперед.

На 38-й неделе беременности внезапно у больной развилась сильная головная боль, артериальное давление поднялось до 240/135 мм, а содержание белка в моче в течение нескольких часов поднялось до 20‰, в то же время больная отметила нарушения со стороны глаз (мельканье мушек перед глазами). При исследовании глазного дна обнаружен начинающийся отек сетчатки и в одном глазу небольшое кровоизлияние. Больную немедленно госпитализировали и под местной инфильтрационной анестезией произвели операцию кесарева сечения. Извлечена живая девочка весом 2200 г, длиной 45 см, но с явными признаками недоразвития и дистрофии. Операция прошла без осложнений. Послеоперационный период протекал гладко. На 22-й день больная была выписана домой с ребенком. При выписке артериальное давление 170/120 мм, в моче содержалось 6,6‰ белка, отеков не было. Больную беспокоила умеренная головная боль. Глазное дно справа было нормальным, слева—остатки кровоизлияния в состоянии рассасывания.

Больная и ребенок оставались под нашим наблюдением. Через 4 месяца содержание белка в моче у больной составляло только 0,2‰, артериальное давление было 150/90 мм, самочувствие вполне удовлетворительное, зрение полностью восстановилось. Беспокоила только умеренная головная боль. Ребенок развивался нормально.

Нужно отметить, что в данном случае больная, упорно отказываясь от госпитализации и своевременной операции, рисковала своим здоровьем. Настойчивое желание иметь ребенка, с одной стороны, с другой — тщательное наблюдение акушера привели к тому, что беременность была доведена почти до конца; произведено кесарево сечение и извлечен жизнеспособный ребенок.

Опыт показывает, что у женщин, страдающих гипертонической болезнью, довольно редко приходится заканчивать беременность операцией

кесарева сечения. В большинстве случаев такие больные рожают самостоятельно. Так, из 66 больных, бывших под нашим наблюдением, только у двух пришлось прибегнуть к этой операции. Приблизительно у одной трети беременных, страдающих гипертонической болезнью, наступают преждевременные роды.

*Не ухудшает ли беременность течения гипертонической болезни? Является ли это заболевание достаточным основанием для прерывания беременности? Как отражается гипертоническая болезнь матери на развитии плода?*

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования на животных, проведенные нами, показывают, что беременность в большинстве случаев не ухудшает течения гипертонической болезни. У таких больных очень часто к концу беременности отмечается снижение артериального давления и улучшение общего состояния. Но даже у тех больных, у которых в последней трети беременности повышается артериальное давление, в послеродовом периоде оно, как правило, снижается до цифр, какие наблюдались до беременности или в самом начале ее.

Предрасполагает ли гипертоническая болезнь к развитию позднего токсикоза, еще нельзя считать окончательно разрешенным. Примерно из 70 больных гипертонической болезнью развитие позднего токсикоза беременности мы отмечали у 10%. У беременных, у которых на почве гипертонической болезни развивается поздний токсикоз, течение гипертонической болезни может ухудшиться, при этом большое значение имеет не тяжесть токсикоза, а длительность его.

Гипертоническая болезнь в неврогенной стадии (вторая и третья стадии по классификации Ланга) является абсолютным показанием к прекращению беременности на любом этапе ее развития. Осложнение беременности гипертонической болезнью в первой неврогенной стадии не является достаточным основанием для прекращения беременности. При решении этого вопроса нужно принимать во внимание как срок беременности, так и результаты анализа мочи, т. е. наличие белка в моче. Если у больной уже в первые 12 недель беременности в моче появляется белок, хотя и в небольшом количестве (0,2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), нужно прервать беременность, так как мало надежды на то, что в последующие месяцы не наступит антенатальная смерть плода или не разовьется поздний токсикоз со всеми его последствиями. Если же в моче белка нет, то можно не настаивать на прекращении беременности, учитывая благоприятное течение первой неврогенной стадии гипертонической болезни у большинства беременных; кроме того, у 80% из них рождаются жизнеспособные дети. Если больная является впервые на осмотр к врачу в середине или в конце беременности, необходимо, учитывая всю клиническую картину, решить вопрос о возможности продолжения беременности. Если нет поражения почек, т. е. отсутствует белок в моче, нет изменений в глазном дне, не беспокоят резкие головные боли и т. д., можно ограничиться наблюдением в условиях акушерского стационара. При наличии указанных симптомов необходимо прервать беременность, независимо от ее срока.

Следует отметить, что приблизительно у 20—25% беременных, страдающих гипертонической болезнью, развитие плода страдает и при этом нередко наступает его антенатальная смерть. В зарубежной литературе приводятся такие данные: Чесли и Аннито (США) наблюдали 218 больных гипертонией, у которых имела место 301 беременность; 30,2% этих беременностей закончились гибелью плода в антенатальном периоде и 5,3% — смертью новорожденных. По данным клиники Мэйо, у 87 беременных, больных гипертонией, редуцированная детская смертность составляла 16%. Наши данные несколько лучше: так, из 66 больных гипертонической болезнью у 10 произошла антенатальная смерть плода, а у 16 дети родились живыми с явными

признаками дистрофии. При развитии позднего токсикоза у беременной, страдающей гипертонической болезнью, плод, как правило, погибает. Внутриутробная смерть плода у этих больных часто наступает и без всяких симптомов токсикоза, при удовлетворительном самочувствии матери, отсутствии отеков и отсутствии белка в моче. Поэтому у некоторых беременных, особенно у которых появляется белок в моче, с целью предупредить прогрессирование токсикоза и сохранить жизнеспособность ребенка приходится прибегать к операции кесарева сечения. Следует иметь в виду, что способность к выживанию родившегося плода у таких больных наступает несколько позже — на 36—37-й неделе беременности.

**Краткий эпикриз.** Б. К., 24 лет, страдает гипертонической болезнью, находилась под наблюдением консультации. Больная хотела сохранить беременность и отказалась от предложенного прерывания ее. На протяжении беременности дважды была госпитализирована: первый раз — на 12—13-й неделе беременности; второй раз — на 23—24-й неделе, когда она находилась в стационаре в течение месяца.

Выписалась в удовлетворительном состоянии под наблюдение консультации. Начиная с 34-й недели беременности состояние ухудшилось (артериальное давление повысилось до 190/120 мм, в моче появились следы белка). От госпитализации и от предложения прервать беременность категорически отказалась.

На 38-й неделе у больной внезапно повысилось артериальное давление (240/135 мм), в течение нескольких часов появился в моче белок в количестве до 20<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, отек сетчатки глаза. Больная немедленно госпитализирована и ей срочно произведено кесарево сечение. Извлечена девочка весом 2200 г. Послеоперационное течение гладкое. При выписке артериальное давление 170/120 мм, в моче белка 6,6<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Через 4 месяца артериальное давление 150/90 мм, белка 0,2<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. Ребенок развивается нормально.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

С. Н., 29 лет, обратилась в поликлинику 9/X 1955 г.

Росла здоровым ребенком. Детскими инфекциями не болела. В возрасте 23 лет перенесла рожистое воспаление лица. Половая жизнь с 24 лет. Через год имела первую беременность, которая закончилась в 20 недель самопроизвольным выкидышем. В 1951 г. у больной был выявлен сахарный диабет. Заболевание началось с появления жажды, полиурии, слабости и похудания. Уровень сахара в крови достигал 224 мг%, в моче — 5%. За сутки выделяла с мочой 120—150 г сахара. Лечилась соответствующей диетой (углеводов 300—350 г, белков 100 г, жиров 50—60 г) и инсулином (20 единиц в сутки). В 1952 г. наступила вторая беременность; протекала благополучно. Однако в 35 недель произошли преждевременные роды. Плод в тазовом предлежании родился мертвым. Вес плода 4400 г, длина 52 см.

Последняя менструация с 23/VII по 29/VII 1955 г.

Настоящая беременность третья; срок беременности 10—11 недель.

*Можно ли у больной сахарным диабетом сохранить беременность? В какой мере беременность угрожает ее здоровью и жизни? Как отражается заболевание диабетом на состоянии и развитии плода?*

Материнская смертность при сахарном диабете в доинсулиновый период была чрезвычайно высокая. Так, по данным Вильямса (Williams), Оффергельда (Offergeld) (1909), во время беременности, в родах и в ближайшие месяцы после родов погибала каждая вторая женщина, больная сахарным диабетом. К счастью, в доинсулиновый период беременность при диабете наступала чрезвычайно редко.

Широкое применение инсулина для лечения сахарного диабета резко снизило материнскую смертность. За последние 10 лет в странах Европы и Америки материнская смертность при сахарном диабете колебалась от 3 до 0,2%, причем ряд авторов совсем не отметил материнской смертности

во время беременности и в родах. Эти данные показывают, что в настоящее время беременность при сахарном диабете не представляет большой опасности для жизни больной, если последняя систематически наблюдается акушером и эндокринологом.

В литературе имеются указания, что сахарный диабет является заболеванием, в возникновении которого известную роль играет наследственное предрасположение, причем болезнь может выявляться в самом различном возрасте, иногда весьма преклонном, и далеко не всегда. П. Уайт (P. White), изучая состояние 105 детей, рожденных от матерей, больных диабетом, прослеженных ею от рождения до 20-летнего возраста, установила лишь у 9% из них заболевание диабетом.

Особенно неблагоприятно для плода, если диабетом больны и мать, и отец. В подобных случаях заболевание диабетом у детей наблюдается значительно чаще. Так, по данным Уайт, при таком сочетании из 19 детей сахарным диабетом заболело 6.

Литературные данные указывают также на повышенное число пороков развития среди детей, рожденных от матерей, больных диабетом. Правда, по этому вопросу нет единого мнения. Ряд авторов наблюдал, что частота пороков развития у детей, родившихся от матерей, больных диабетом, в 5—6 раз выше, чем у детей, родившихся от здоровых матерей. Но наряду с этим имеются указания ряда других авторов, которые не отметили повышенного числа уродств у новорожденных, родившихся от матерей, страдающих диабетом, по сравнению с детьми, родившимися от здоровых родителей.

Значительное большинство детей, рожденных от матерей, больных сахарным диабетом, развивается нормально.

Под нашим (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР) наблюдением на протяжении 10 лет находятся 34 ребенка, родившихся от матерей, больных сахарным диабетом; они развиваются нормально, ни один из них пока не заболел диабетом. Поэтому если женщина, больная сахарным диабетом, изъявляет настойчивое желание иметь ребенка, ее желание должно быть удовлетворено.

Наблюдаемая нами беременная третий раз пытается сохранить беременность и обращается к нам с просьбой помочь осуществить ее мечту—иметь ребенка.

Беременная была взята под наблюдение акушера и эндокринолога.

При изучении анамнеза больной было установлено, что до настоящей беременности уровень сахара в крови достигал 200—250 мг%, в моче 4—5% при суточном количестве мочи 1,5—2 л. Реакция мочи на ацетон была всегда отрицательной. Реакция Вассермана отрицательная; кровь резусположительная. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Анализы крови и мочи нормальные.

Больной назначена указанная выше диета и 40 единиц инсулина в сутки.

Беременная систематически каждые 2 недели посещала поликлинику и к этому дню исследовалось содержание сахара в крови и в суточной моче, она строго соблюдала рекомендованную диету с добавлением витаминов, особенно аскорбиновой кислоты и витамина В<sub>1</sub>, продолжая получать 40 единиц инсулина в сутки (в два приема).

Систематическое наблюдение за содержанием сахара в крови и в суточной моче является крайне необходимым в течение беременности, в родах и в послеродовом периоде. Уровень сахара в крови и в моче подвергается большим колебаниям в различные сроки беременности; отсюда и дозировка инсулина не может быть стандартной: она тоже должна меняться. Инсулин дозируется с таким расчетом, чтобы количество выделяемого сахара в суточной моче не превышало  $\frac{1}{10}$  части вводимых углеводов и чтобы количество сахара в моче не было ниже 1%, во избежание явлений гипогликемии (появление возбуждения, судорожного подергивания мышц, ощущение голода, появление пота).



Первая половина беременности протекала без осложнений. В течении диабета наблюдалось значительное улучшение. Уровень сахара в крови снизился до нормы (с 200 до 122—126 мг%). Процент сахара в суточной моче колебался от 0,5 до 1 при суточном количестве мочи 1—1,5 л (за сутки больная выделяла 10—15 г сахара с мочой). Реакция на ацетон отрицательная. В связи с этим уменьшена вдвое (с 40 до 20 единиц) доза инсулина.

Такое улучшение в течении диабета в первую половину беременности вполне совпадает с литературными данными. Имеются указания, что сахарный диабет в первую половину беременности чаще всего протекает без особых изменений, а у единичных больных наблюдается даже улучшение в его течении и временами появляются симптомы гипогликемии.

Начиная с 20 недель беременности уровень сахара в крови у данной больной начал постепенно повышаться (до 137—157—166 мг%), стала также нарастать гликозурия до 5—6%. Больная начала за сутки выделять с мочой 100—120 г сахара при той же диете, что заставило нас постепенно увеличивать дозировку инсулина с 20 единиц до 36—48—60 (под контролем уровня сахара в моче и в крови).

Причины ухудшения течения сахарного диабета во второй половине беременности различны. Большинство авторов отмечает при диабете, начиная с 4—5 месяцев беременности, увеличение проточной способности почек для сахара, что влечет за собой значительное повышение гликозурии и большую потерю сахара с мочой, что, в свою очередь, по мнению некоторых авторов, является следствием воздействия прогестерона.

Значительное большинство авторов придает основное значение в ухудшении течения диабета повышенной продукции во время беременности адренкортикотропного гормона, который вырабатывается в передней доле гипофиза и в плаценте. Некоторые авторы придают значение и повышенной продукции кортизона.

Надо полагать также, что с увеличением срока беременности появляется повышенная потребность в инсулине; отсюда — усиленная работа поджелудочной железы, функция которой и без того несостоятельна.

Во время беременности (30 недель) наблюдаемая нами больная перенесла острый катар верхних дыхательных путей, который сопровождался субфебрильной температурой. При очередном осмотре больная жаловалась на большую сухость во рту, жажду, чувство тошноты и полиурию (суточное количество мочи достигало 3—3,5 л). В течение суток с мочой выделялось 150—160 г сахара; изо рта запах ацетона. Отмечалась выраженная сухость кожи. В моче обнаружена резко положительная реакция на ацетон.

#### *Какой диагноз?*

Беременность 30 недель; остаточные явления катара верхних дыхательных путей; состояние ацидоза.

#### *Что делать?*

Срочно госпитализировать больную ввиду опасности как для самой больной (кома), так и для плода (асфиксия).

Состояние ацидоза является весьма грозным осложнением при сахарном диабете, особенно во время беременности. Оно сигнализирует о наличии глубоких нарушений со стороны обменных процессов в организме, и, будучи предвестником диабетической комы, таит в себе большую угрозу не только для жизни плода, но и для жизни матери.

У наблюдаемой нами больной все симптомы этого состояния налицо: сухость во рту, повышенная жажда, чувство тошноты и полиурия. Объективно: запах ацетона изо рта, сухость кожи и положительная реакция мочи на ацетон. С целью еще большего уточнения диагноза можно было бы определить кетоновые тела в крови, количество которых при ацидозе превышает норму, и установить резервную щелочность крови, которая при этом состоянии больной бывает ниже нормы (норма 70—50 мл). Практически можно обойтись и без этого, поставив диагноз на основании указанных выше клинических симптомов.

Состояние ацидоза в 10—25% случаев осложняет беременность при диабете. Диабетическая кома весьма опасна для матери и занимает первое место среди причин материнской смертности при диабете. Она чрезвычайно опасна и для плода. Более чем у половины беременных, перенесших тяжелый ацидоз или диабетическую кому, наблюдается внутриутробная гибель плода, которая констатируется вскоре же после выведения этих больных из коматозного состояния.

*Что является причиной возникновения ацидоза?*

Причины весьма многообразны. В большинстве случаев появлению ацидоза способствует невнимательное отношение к себе больных, нарушающих рекомендованную им диету. В ряде случаев состояние ацидоза является следствием плохого наблюдения женской консультации за беременной, страдающей диабетом, и несвоевременности назначения необходимой дозы инсулина.

Ряд авторов объясняет предрасположение к ацидозу и диабетической коме во второй половине беременности наличием неполноценной функции печени у больных диабетом, склонностью ее к жировой инфильтрации и обеднению гликогеном.

Кроме того, как известно, состояние ацидоза сопровождает любую инфекцию, даже слабо выраженную, как, например, легкий бронхит, гайморит, цистит, пиелит. У наблюдаемой нами больной, по-видимому, инфекция (острый катар дыхательных путей) способствовала наступлению состояния ацидоза.

Поскольку состояние ацидоза можно рассматривать как предвестник диабетической комы, необходимо больную срочно госпитализировать для оказания ей соответствующей помощи.

В стационаре была назначена строгая диета с полным исключением из пищи жиров и ограничением белков, разгрузочные дни—200 г овсяной крупы на день. Дозировка инсулина была повышена с 40 единиц до 56 единиц, причем инсулин вводили дробными дозами в три приема; давали щелочные воды; липокаин по 1—2 таблетки 3 раза в день. Ввиду остаточных явлений катара верхних дыхательных путей был применен пенициллин.

Через 3 дня явления ацидоза исчезли. Реакция мочи на ацетон стала отрицательной. Уровень сахара в крови достиг 170 мг%, в моче—3% при суточном диурезе 1—2 л. Спустя 10 дней беременная выписана домой под наблюдение женской консультации.

С 33—34 недель беременности больная начала усиленно прибавлять в весе. Вначале отеки были скрытыми, а к 35 неделям беременности они стали видимыми и локализовались преимущественно на нижних конечностях. За две недели больная прибавила в весе 3 кг. В моче появился белок (0,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub>) и единичные гиалиновые цилиндры. Артериальное давление 125/70 мм.

*Что делать?*

Необходимо срочно госпитализировать беременную.

30/III 1956 г. беременная госпитализирована в отделение патологии беременных.

Назначена бессолевая диета с ограничением жидкости до 800 мл; с целью повышения диуреза применяли 10% хлористый аммоний по одной столовой ложке 3—4 раза в день, инсулин вводили дробными дозами (24 + 20 + 16 = 60 единиц).

В течение недели отеки уменьшились, вес больной понизился на 2 кг, но альбуминурия продолжалась; содержание белка в моче колебалось в пределах 1—1,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> наблюдались единичные гиалиновые цилиндры. Артериальное давление 125/75 мм. Глазное дно без патологических изменений. К 37 неделям беременности уровень сахара в крови снизился до нормы (120 мг%), уменьшилась гликозурия (с суточной мочой выделено 30—50 г сахара). Вследствие этого пришлось постепенно уменьшить дозу инсулина: с 60 единиц до 52 единиц, а затем до 44 единиц.

К этому времени окружность живота равнялась 100 см, высота дна матки—38 см. Плод производил впечатление крупного, длина его 54 см; лобно-затылочный размер головки плода 12 см.

*Что делать?*

1. Следует ли продолжать дальнейшее наблюдение за больной и проводить лечение нефропатии или произвести досрочное родоразрешение?

2. Целесообразно ли продолжать беременность при сахарном диабете, если она осложнена нефропатией?

Нефропатия является весьма нежелательным осложнением при сахарном диабете, особенно для внутриутробного плода. К сожалению, поздний токсикоз очень часто осложняет беременность при диабете. По литературным данным, частота поздних токсикозов при сахарном диабете достигает 30—40 и даже 50%, в то время как среди здоровых беременных поздний токсикоз не превышает 10% случаев.

Прогрессирующие токсикозы беременности и особенно эклампсия очень опасны для жизни больных диабетом; они занимают второе место среди причин материнской смертности при диабете. Еще более опасны поздние токсикозы беременности для жизни внутриутробного плода; они весьма часто служат причиной его гибели. Процент мертворождаемости при этом осложнении, по данным ряда авторов, колеблется от 25 до 46.

Внутриутробная гибель плода наступает чаще всего в последние 4—5 недель перед родами и потому большинство авторов рекомендует больных, страдающих диабетом, у которых беременность осложнена поздним токсикозом, разрешать преждевременно (желательно не ранее 35 недель беременности).

Принимая во внимание у нашей больной продолжающуюся нефропатию в течение двух недель, несмотря на проводимую терапию, а также учитывая отягощенный акушерский анамнез, следует родоразрешить больную, не дожидаясь срочных родов, тем более что срок беременности уже 37 недель и плод крупный.

*Каким методом провести родоразрешение?*

Беременная рождает второй раз, поэтому было решено вызвать роды *per vias naturales* возбуждением родовой деятельности путем применения медикаментозных средств.

На протяжении 2 суток был создан фолликулиновый фон (два раза в день вводили по 15 000 единиц фолликулина). По истечении 2 суток дано внутрь касторовое масло, через 2 часа встречная клизма и затем через каждые 30 минут 0,15 г хинина и 0,2 г маммофизина, поочередно каждого медикамента 4—5 раз.

10/IV 1956 г. появились схватки, которые постепенно усиливались. Во время родов продолжали применять инсулин (44 единицы разбили на три приема). После каждого введения инсулина больная получала не менее 80—100 г углеводов в виде киселя, компота, жидкой каши или сладкого чая. Широко применялось вдыхание кислорода.

Через 7 часов 15 минут после начала родовой деятельности самостоятельно родилась живая девочка весом 4580 г, длиной 55 см. Послед отошел через 30 минут самостоятельно. Кровопотеря не превышала 200 мл. Общая продолжительность родов 7 часов 45 минут.

В связи с пониженной сопротивляемостью организма к инфекциям у больных диабетом чаще наблюдается осложненное течение послеродового периода. Относительно течения диабета у родильниц следует сказать, что очень часто в первые дни после родов у них отмечается снижение сахара и в моче, склонность к гипогликемии. Описаны даже случаи наступления гипогликемической комы в послеродовом периоде. Потребность в инсулине значительно уменьшается. У некоторых больных введение инсулина даже прекращают. К сожалению, такое улучшение диабета очень кратковременное и длится обычно только несколько дней после родов; об этом надо помнить и вести за больной соответствующее наблюдение.

У данной родильницы в первые 4 дня значительно уменьшилась гликозурия, за сутки выделялось с мочой 10—20 г сахара. Доза инсулина была уменьшена с 44 до 28 единиц. На 5-й день сахар в моче и в крови стал повышаться и к 9-му дню достиг исходных цифр. Соответственно этому постепенно увеличивалась доза инсулина; больная к 9-му дню получала 48 единиц инсулина в сутки (в два приема).

Большой вес ребенка является отличительной особенностью при сахарном диабете у беременной; у нашей больной срок беременности 37 недель, а вес ребенка 4580 г, длина 55 см.

*Чем объяснить, что у больных сахарным диабетом рождаются такие крупные дети?*

Ряд авторов полагает, что большой вес плода является следствием высокого содержания сахара в крови у беременных, больных диабетом. Имеет место «перекармливание» внутриутробного плода глюкозой. Однако теперь установлено, что дети, рожденные от матерей до выявления у последней диабета, в так называемый период предиабета, когда еще отсутствует гипергликемия, тоже имеют большой вес и крупные размеры.

В значительном увеличении веса и размеров плода решающее значение придают нарушению гормонального обмена у беременных, больных диабетом, вследствие гиперфункции передней доли гипофиза. Юнг (Yong) полагает, что основное значение в усиленном росте плода имеет гормон передней доли гипофиза — соматотропин; он устанавливает синтез протеинов и утилизирует глюкозу для построения тканей. Одновременно соматотропин вызывает гипертрофию островкового аппарата поджелудочной железы внутриутробного плода. В присутствии инсулина, являющегося синергистом соматотропина, активность последнего повышается и благодаря этому быстро увеличиваются размеры и вес плода. Считают, что на усиленный рост внутриутробного плода также оказывают воздействие и гормоны коры надпочечника.

Помимо крупных размеров и большого веса, дети, рожденные от матерей, больных сахарным диабетом, отличаются еще рядом особенностей. Они вялые, сонливые, с пониженными физиологическими рефлексам, часто страдают ателектазом легких и склонны к повторным приступам асфиксии.

На аутопсии детей, мертворожденных или погибших вскоре после рождения, от матерей, больных диабетом, обнаруживается гипертрофия и гиперплазия островкового аппарата поджелудочной железы, что является ответной реакцией на высокое содержание сахара в крови у матери во время беременности и может быть также вызвано воздействием гормонов передней доли гипофиза, о чем уже упоминалось выше.

Усиленная работа гипертрофированного островкового аппарата и высокая продукция инсулина могут повлечь за собой резкое снижение сахара в крови у новорожденного, вызвать явления гипогликемии и даже гипогликемическую кому с летальным исходом. Поэтому с момента рождения ребенка необходимо насыщать его организм глюкозой под контролем сахара в крови. Глюкозу рекомендуют вводить любым путем: пер ос, в клизмах, а в тяжелых случаях под кожу и внутривенно. Новорожденный должен получать до 50 г глюкозы в сутки под контролем определения сахара в крови. Необходимо также периодически применять ингаляцию кислорода.

Послеродовой период у наблюдаемой нами больной протекал благополучно. Через 9 дней после родов она была выписана вместе с ребенком в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** С. Н., 29 лет, страдала в течение 4 лет сахарным диабетом. Беременность третья. Акушерский анамнез был отягощен мертворождением. Беременная выражала настойчивое желание иметь ребенка.

Беременная находилась под систематическим наблюдением акушера и эндокринолога, строго соблюдала диету и подвергалась инсулинотерапии.

Первая половина беременности протекала без осложнений. Со второй половины беременности начал нарастать сахар в моче и в крови. Увеличилась потребность в инсулине.

При беременности 30 недель в связи с острым катаром верхних дыхательных путей возникло состояние ацидоза. Больная была немедленно госпитализирована и благодаря своевременно проведенной терапии (диета без жиров и с ограничением белков, разгрузочные «овсяные дни», инсулинотерапия большой дозировки дробными порциями) все явления ацидоза исчезли.

В 35 недель беременность осложнилась нефропатией. Больная повторно госпитализирована и ввиду отсутствия эффекта от проводимой терапии в 37 недель была досрочно разрешена. Роды, вызванные медикаментозной стимуляцией, прошли без осложнений. Родилась живая девочка весом 4580 г, длиной 55 см.

Послеродовой период протекал без осложнений. Больная выписана домой через 9 дней после родов в удовлетворительном состоянии с живым ребенком.

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Ш. А., 26 лет, поступила в акушерскую клинику 18/IV 1954 г. в 21 час 50 минут со слабыми и редкими схватками. Беременность первая.

Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, желтуху, малярию, грипп; в 1953 г. была произведена аппендэктомия.

Менструации с 17 лет, через 28 дней по 3 дня, безболезненные, умеренные. Начало половой жизни с 23 лет. Последняя менструация с 14/VII по 17/VII 1953 г. Муж здоров.

Женскую консультацию посещала с 6 месяцев беременности. Беременность протекала удовлетворительно.

Туберкулез правого легкого в фазе распада обнаружен на 31-й неделе беременности, когда у больной внезапно появилось кровохарканье (до беременности в мае 1953 г. при рентгенокопии легких патологических отклонений не отмечалось).

С момента заболевания находится под наблюдением туберкулезного диспансера. В мокроте были найдены туберкулезные палочки. При рентгенологическом обследовании в правом легком обнаружен туберкулезный очаг в фазе распада.

Наложенный правосторонний пневмоторакс оказался неэффективным ввиду наличия спаек; правое легкое неподвижно. Одновременно лечилась стрептомицином и фтивазидом. Во время беременности находилась в санатории, где было сделано пережигание плевральных спаек, но каверна осталась неподжатой.

При поступлении в клинику температура нормальная.

Роженица правильного телосложения, подкожножировая клетчатка развита плохо. Кожные покровы и слизистые бледны. Отеков нет.

Сердце: границы в пределах нормы, тоны сердца чистые. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/70 мм. Органы дыхания: в правом легком ослабленное дыхание; в левом легком дыхание везикулярное; перкуторно ограниченное притупление справа под ключицей.

Положение плода продольное. Предлежит головка над входом таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Окружность живота 91 см. Высота стояния дна матки над лоном 34 см. Размеры таза: 26, 29, 33, 21 см.

Влагалищное исследование: шейка матки почти полностью сглажена. Наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка над входом в таз. Мыс не достигается.

### *Какой диагноз?*

Срочные роды. Туберкулез правого легкого с наличием каверны. Субкомпенсированная форма легочного туберкулеза.

### *Как вести роды?*

При компенсированных формах легочного туберкулеза (затихшие фиброзные процессы в легких) роды следует вести консервативно. При субкомпенсированных и декомпенсированных формах туберкулеза нужно обратить внимание на период изгнания. Поскольку в период изгнания во время потужной деятельности появляются застойные явления в малом круге кровообращения и колебания артериального давления, то при наличии распада в легких может возникнуть не только кровохарканье, но и выраженное кровотечение. Кроме того, потужная деятельность при наличии распада

в легких содействует поступлению туберкулезных палочек в лимфатическую и кровеносную систему и тем самым содействует диссеминации туберкулезного процесса.

У наблюдаемой нами больной имеется каверна при неподжатом легком; вследствие наличия спаек пневмоторакс не удался.

Наличие нормальной температуры и пульса, отсутствие кровохарканья и туберкулезных палочек в момент поступления, а также общее удовлетворительное состояние позволяют считать, что у больной субкомпенсированная форма туберкулеза. При такой форме туберкулеза можно ограничиться исключением потужной деятельности в период изгнания.

При субкомпенсированных формах во время родового акта нужно следить за общим состоянием роженицы; не допустить одышки, цианоза и кровохарканья. Появление таких симптомов свидетельствует о том, что туберкулезный процесс переходит в стадию декомпенсации и необходимо срочно прибегнуть к родоразрешению. При наличии декомпенсированных форм легочного туберкулеза (распад в легких, легочное кровотечение или кровохарканье при общем плохом самочувствии больной) с целью сокращения родового акта показано с самого начала родовой деятельности родоразрешение путем кесарева сечения под местной анестезией. С согласия больной можно произвести одновременно стерилизацию.

19/IV в 1 час ночи схватки усилились, стали через 3—4 минуты по 40 секунд. Головка опустилась во вход малого таза большим сегментом. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Одышки и цианоза нет. 19/IV в 5 часов утра отошли воды, головка быстро опустилась в полость таза.

#### *Как вести роды дальше?*

Выяснить состояние родовых путей, положение головки в тазу и при наличии соответствующих условий закончить роды наложением щипцов.

19/IV в 5 часов 20 минут произведено влагалищное исследование: полное открытие наружного зева, края шейки не определяются, головка в выходе таза, стреловидный шов в прямом размере таза. Малый родничок спереди, большой сзади. Имеются условия для наложения щипцов.

Под пудендальной анестезией наложены щипцы модели Симпсона—Феноменова в поперечном размере таза. Несколькими тракциями на себя и вверх головка выведена до теменных бугров, ложки щипцов сняты. Ручными приемами освобождена головка. В 5 часов 50 минут родился живой мальчик весом 2700 г, длиной 48 см, тут же закрычал. Через 20 минут родился послед; детское место целое, оболочки все. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря в последовом периоде 160 мл.

При осмотре зеркалами обнаружен разрыв шейки матки справа длиной 1,5 см; наложено два узловых кетгутовых шва. Разрыв слизистой боковых стенок влагалища зашит несколькими узловыми кетгутовыми швами.

#### *Каковы особенности ведения данной больной в послеродовом периоде?*

Ввиду того что родильнице было запрещено вскармливание новорожденного, молочные железы после родов были забинтованы. Перед выпиской молочные железы находились в удовлетворительном состоянии. По поводу туберкулезного процесса родильница ежедневно получала 500 000 ЕД стрептомицина внутримышечно и 2 раза в день по 0,3 г фтивазида.

23/IV, т. е. на 5-й день после родов, был наложен пневмоторакс, но также без эффекта. При рентгеноскопии легких после пневмоторакса каверна в правом легком остается неподжатой.

После родов родильница пробыла в акушерской клинике 10 дней. В течение этого времени самочувствие было хорошим. Температура за указанный срок повысилась в день родов до 37,5°, на 6-й день—до 37,2° и на 8-й день—до 37,1°, в остальные дни температура была нормальной. Инволюция матки хорошая.

На 10-й день после родов родильница была выписана в удовлетворительном состоянии без ребенка, во избежание контакта, для дальнейшего диспансерного наблюдения. Ребенок оставлен в детском отделении; состояние его удовлетворительное. Ребенок подвергался вакцинации БЦЖ.

*Какие погрешности были допущены при ведении родов у данной больной?*

Переходя к анализу родов, следует отметить, что при ведении родов нами была выбрана правильная тактика. Правильной была оценка стадии туберкулеза как субкомпенсированной, что дало возможность провести роды без большой травмы и не получить обострения туберкулезного процесса в послеродовом периоде. Чаще всего обострение туберкулезного процесса наступает в раннем послеродовом периоде. В этих случаях течение процесса иногда принимает галопирующий характер.

Однако наряду с правильной оценкой стадии заболевания следует указать и на некоторые погрешности, допущенные нами при ведении родов.

Следовало бы наложить щипцы немного раньше, когда головка находилась в полости таза, чтобы по возможности раньше выключить потужную деятельность. При головке, стоящей в выходе таза, как это было у наблюдаемой нами беременной, нет гарантии, что роженица не тужилась.

Следует также остановиться на роли женской консультации при обследовании таких беременных. Женская консультация должна выявлять всех беременных в возможно ранние сроки. При первой же явке необходимо произвести рентгеноскопию легких, чтобы исключить туберкулезный процесс.

Данная беременная стала посещать женскую консультацию поздно, на VI месяце беременности, и поэтому туберкулез у нее был выявлен лишь во второй половине беременности, после появления кровохарканья. Следует отметить, что врач не сделал своевременно рентгеноскопического исследования при первой явке беременной в женскую консультацию.

Хорошие бытовые условия, пребывание в санатории и лечение антибиотиками во время беременности, несмотря на субкомпенсированную форму туберкулеза, способствовали рождению у нашей больной здорового ребенка.

При наступлении беременности у женщин, больных туберкулезом, туберкулезный диспансер должен поставить в известность районную женскую консультацию и решить вопрос о возможности дальнейшего продолжения беременности.

Вопрос о сохранении и прерывании беременности у таких больных решается на основании правильного представления о влиянии беременности на туберкулез. Раньше прогноз считался совершенно безнадежным, если легочный процесс осложнялся при беременности туберкулезом гортани. Однако прогноз при туберкулезе гортани во время беременности в настоящее время не является таким плохим. Туберкулез гортани обычно хорошо поддается лечению антибиотиками (стрептомицином). Если под влиянием лечения процесс в гортани не улучшается, то следует прервать беременность. Однако это нужно делать до 3 месяцев беременности. Прерывание беременности во второй половине часто вызывает обострение туберкулезного процесса.

Что касается туберкулеза легких, то компенсированные формы не ухудшаются под влиянием беременности и родов. Субкомпенсированные формы туберкулеза при хороших бытовых условиях, длительном санаторном режиме во время беременности и рациональной терапии (энергичное лечение: фтивазид, стрептомицин) дают благоприятный прогноз.

При декомпенсированных стадиях туберкулеза показано прерывание беременности, если лечение антибиотиками и химиопрепаратами не дает эффекта. Вопрос о стадии туберкулеза легких должен решать врач туберкулезного диспансера, а вопрос о прерывании беременности должны решать совместно фтизиатр и акушер-гинеколог. Беременность следует прерывать в первые месяцы, так как прерывание во второй половине не останавливает дальнейшего развития туберкулезного процесса в легких. Во время беременности и даже перед родами с лечебной целью может быть наложен искус-

ственный пневмоторакс. Ведение родов у больных с наложенным искусственным пневмотораксом или у перенесших торакопластику должно сопровождаться выключением периода изгнания (путем наложения акушерских щипцов).

*Как влияет туберкулез на течение беременности и родов?*

Туберкулез обычно не оказывает заметного влияния на течение беременности и родов. Преждевременные роды наблюдаются преимущественно при декомпенсированных формах туберкулеза, сопровождающихся интоксикацией, высокой температурой и постоянным напряжением при сильном кашле. Переход туберкулезных бактерий от матери к плоду через плаценту наблюдается крайне редко.

Важным является также вопрос о лактации родильниц, болеющих туберкулезом. Ребенок наблюдаемой нами больной после родов был изолирован от матери с целью предупредить возможность заражения. Заражение происходит главным образом аэрогенным путем и при лактации. Доказано наличие туберкулезных палочек в молоке матери, больных туберкулезом легких. Мать, страдающая активной формой туберкулеза, не должна кормить своего ребенка грудью и не должна приходить с ним в контакт по крайней мере в течение первых 6—7 недель. В продолжение этого срока нельзя выписывать новорожденного из отделения. К этому времени под влиянием вакцинации, которой в обязательном порядке должны подвергаться все новорожденные, у ребенка вырабатывается некоторый иммунитет к туберкулезу.

**Краткий эпикриз.** Ш. А., 26 лет. Во второй половине беременности была выявлена субкомпенсированная форма туберкулеза легких. Имелась каверна и выделялись туберкулезные палочки. Благодаря санаторному лечению с одновременным применением антибиотиков беременность была доведена до срока. Роды проводились с выключением потуг путем наложения выходных щипцов. Обострения туберкулезного процесса в послеродовом периоде не наблюдалось.

## ФИБРОМИОМА МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

А Х., 29 лет, поступила в акушерскую клинику 2/Х 1954 г. в 14 часов 45 минут. Последняя менструация с 5/1 по 7/1 1954 г. Беременность первая.

Состояние при поступлении удовлетворительное, температура 36,8°, пульс 72 удара в минуту. Схватки через 15—20 минут по 10—20 секунд, слабые.

Размеры таза: 26, 28, 31, 19 см; окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 35 см. Положение плода продольное. Предлежит головка над входом в таз, сердцебиение плода ясное, 124 удара в минуту, ритмичное, справа ниже пупка. По средней линии над входом в малый таз определяется плотное, округлое образование размером с голову новорожденного, нижний полюс этого образования уходит в малый таз. Воды отошли дома 2/Х в 11 часов 45 минут при отсутствии схваток.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие зева на 1 палец, плодного пузыря нет. Предлежит головка высоко над входом таза. Мыс не достигается.

По средней линии и ниже предлежащей головки, несколько левее, определяется образование, исходящее из передней стенки матки и интимно связанное с ней, расположенное между мочевым пузырем и нижним сегментом матки (ретровезикально), размером с голову новорожденного (рис. 9). Нижний полюс образования занимает часть входа в малый таз. Образование шаровидной формы, плотной консистенции.

Из анамнеза выяснилось, что у роженицы год назад была диагностирована фибромиома и ей была предложена операция, от которой она отказалась. Во время беременности под наблюдением женской консультации не находилась.

*Какой диагноз мы поставим у данной роженицы?*

Срочные роды. Преждевременное отхождение околоплодных вод, фибромиома матки в нижнем сегменте ее.



*Возможны ли роды через естественные родовые пути живым плодом? Если невозможны, то какой следует избрать способ родоразрешения?*

Из полученных топографических данных следует, что роды живым плодом через естественные родовые пути у наблюдаемой нами роженицы невозможны, поскольку опухоль своим нижним полюсом расположена ниже безымянной линии в малом тазу и является механическим препятствием к продвижению головки плода.



Рис. 9. Большая субсерозная миома, исходящая из передней стенки матки. Fibromyoma subperitoneale anterior в разрезе.

Операцией выбора у нашей роженицы с целью сохранения живого плода является абдоминальное кесарево сечение. Надо думать, что в данном случае другого более бережного метода как для плода, так и для матери нет. Учитывая вышеизложенное, решено было приступить к абдоминальному кесареву сечению.

*Какое обезболивание применять при абдоминальном кесаревом сечении?*

Местная анестезия в данном случае при кесаревом сечении имеет преимущества не только для матери, но и для плода. При ингаляционном наркозе, вследствие проникновения эфира через плаценту, плод подвергается усыплению и поэтому часто рождается в о состоянии *hурорhноё*; иногда приходится прибегать к оживлению его.

При местной анестезии роженице во время операции также целесообразно давать вдыхать кислород и проводить остальные мероприятия по профилактике внутриутробной асфиксии плода. Благодаря этому плод во время операции получает обогащенную кислородом кровь.

2/Х 1954 г. в 20 часов 40 минут произведено кесарево сечение и вылущение фиброматозного узла.

Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия 0,25% раствором новокаина. Брюшная полость вскрыта по белой линии между лоном и пупком; длина разреза 12—13 см. Пузырно-маточная складка отсепарована вместе с мочевым пузырем. После отсепаровки этой складки была обнаружена расположенная ретровезикально в толще нижнего сегмента матки опухоль. Решено вначале извлечь ребенка, а затем удалить опухоль.

Продольным разрезом по передней стенке тела матки последняя вскрыта, извлечен живой ребенок весом 2800 г, длиной 50 см. Послед извлечен рукой; полость матки протерта стерильными тупферами; матка зашита двухслойным швом: мышечно-мышечным и серозно-мышечным.

Затем над опухолью сделан продольный разрез, проникающий через истонченную мышцу матки в капсулу узла. Пулевыми щипцами захвачена опухоль, которая вылущена частично тупым, частично острым путем. Ложе опухоли, отделявшееся от полости матки тонким мышечным слоем, ушито рядом погружных кетгутовых швов.

Вся раневая поверхность и швы на теле матки покрыты переходной пузырно-маточной складкой, которая пришита к передней стенке матки непрерывным кетгутовым швом. В брюшную полость влито 1 000 000 ЕД пенициллина. Брюшная рана зашита послыно наглухо. Наложена асептическая повязка. Продолжительность операции 55 минут.

Послеоперационное течение гладкое; в течение 7 дней отмечалась субфебрильная температура. В течение 8 дней применялась пенициллинотерапия по 50 000 ЕД через

3 часа. Выписана в удовлетворительном состоянии с живым ребенком на 15-й день после операции.

Влагалищное исследование в день выписки: шейка сформирована, матка в ante-versio несколько увеличена, ограниченно подвижная (несколько спаяна с передней брюшной стенкой), безболезненна. Своды свободные. Придатки не определяются.

### *Правильно ли мы поступили?*

Ведение родов при сочетании беременности с фибромиомой матки представляет трудную задачу и зависит наряду с другими факторами от локализации фибромиомы и величины ее.

Могут быть два варианта. Во-первых, фибромиома располагается в матке выше безымянной линии и не представляет механического препятствия для продвижения головки плода. В этих случаях роды следует вести выжидательно. Во-вторых, фибромиома располагается ниже безымянной линии в малом тазу, как было у наблюдаемой нами больной (см. рис. 9). В таких случаях чаще приходится прибегать к родоразрешению путем операции кесарева сечения.

*Какой метод удаления фибромиомы следует применять: вылушение фиброзных узлов или надвлагалищное удаление матки?*

Тактика в отношении узлов во время операции может быть различной. При наличии субсерозных узлов нужно во время операции кесарева сечения ограничиться удалением этих узлов с оставлением матки. При наличии интерстициальных узлов, как у наблюдаемой нами больной, многие акушеры предпочитают делать надвлагалищную ампутацию матки, учитывая, что послеоперационный период протекает лучше. При удалении интерстициальных узлов имеется опасность инфицировать ложе узла. Ложе связано с внутренней поверхностью матки лимфатической и венозной системой. Как известно, на 2—3-й день после родов полость матки инфицируется микробами из влагалища, которые могут быть перенесены указанными выше путями в ложе узла. Поэтому при вылушении узла во время операции кесарева сечения послеоперационный период протекает хуже.

Вылушение интерстициального узла таит в себе еще одну опасность. Участок мышечной стенки матки, где был вылушен узел, может плохо сокращаться, а потому в раннем послеродовом периоде после кесарева сечения наступает атоническое кровотечение. Нам пришлось наблюдать одну большую фибромиому, у которой при кесаревом сечении был удален интерстициальный узел. По окончании операции было обнаружено атоническое кровотечение и пришлось прибегнуть к повторной лапаротомии с целью надвлагалищной ампутации матки. Чтобы избежать такого осложнения, нужно во время операции, еще до зашивания брюшной стенки, выяснить, хорошо ли сократилась матка. Во время операции следует впрыснуть в матку питуитрин. В сомнительных случаях лучше сделать надвлагалищную ампутацию.

Нашей больной можно было произвести надвлагалищную ампутацию матки: фиброзный узел занимал весь нижний сегмент матки; ложе узла большое и близко расположено к полости матки (отделял тонкий мышечный слой) и к влагалищу. Однако к концу операции матка хорошо сократилась, наружного кровотечения не было, и мы решили, учитывая молодой возраст роженицы, ограничиться удалением узла.

Следует также остановиться на родах при фибромиомах, которые расположены выше безымянной линии в теле матки. При этих фибромиомах роды обычно ведут консервативно, однако наличие таких фибромиом часто осложняет роды. Наибольшее количество осложнений дают интерстициальные фибромиомы, так как они понижают сократительную способность матки и могут вести к первичной родовой слабости, к атоническим кровотечениям. Мы не останавливаемся на подслизистых фибромиомах, поскольку

ку при них редко наступает беременность. Если же беременность наступает, то она также дает указанные выше осложнения.

При фибромиоме матки не только осложняется течение родов, но и течение послеродового периода; очень вялая инволюция матки, длительные кровянистые выделения, чаще наблюдается воспаление в виде метроэндометрита; в отдельных узлах может наблюдаться омертвление. Поэтому у таких родильниц в послеродовом периоде целесообразно профилактически применять антибиотики.

Особую роль при выявлении беременности, осложненной фибромиомой, играет женская консультация. Если врач установил, что фибромиома расположена ниже безмянной линии и является механическим препятствием для прохождения головки через малый таз, то нужно предупредить беременную о предстоящей во время родов операции кесарева сечения. Если беременная не хочет подвергнуть себя этой операции, необходимо вовремя прибегнуть к прерыванию беременности. Однако и искусственное прерывание беременности при фибромиоме матки также дает ряд осложнений (кровотечение, плохая инволюция, воспалительные заболевания, большой риск перфорации, в дальнейшем бесплодие и др.).

*Какое влияние оказывает фибромиома матки на течение беременности и беременность на имеющуюся фибромиому?*

Фибромиома часто создает неблагоприятные условия для развития беременности; особенно это относится к субмукозным фибромиомам. Деформация полости матки, отклонения в децидуальной реакции создают неблагоприятные условия для имплантации и развития беременности и потому чаще наблюдаются преждевременные прерывания ее. Такие беременные особенно нуждаются в покое (психическом, физическом и половом). При появлении у беременных симптомов угрожающего выкидыша или преждевременных родов их нужно помещать в стационар. Для понижения возбудимости мускулатуры матки применяют прогестерон и свечи с папаверином или с экстрактом опия.

Во время беременности нежелательно удалять узлы, так как заранее не может быть известен характер возможного оперативного вмешательства и течения в дальнейшем родов. Не исключено, что данная беременность является для женщины последней, и операция тем самым лишит женщину возможности стать матерью. Если имеется крайняя необходимость в операции, то ее желательно произвести перед самыми родами, т. е. совместить кесарево сечение с операцией, требующей удаления узлов.

Беременность вследствие обильного кровенаполнения матки влияет на фибромиому в смысле стимуляции ее роста.

Как отмечалось выше, опасность при фибромиоме матки может возникнуть и в послеродовом периоде — некроз узла. Этому содействует обратное развитие матки, когда создаются плохие условия питания опухоли. Некрозу узла способствует также применение в большом количестве сокращающих матку средств, особенно спорыньи, нарушающей питание узлов.

14/II 1956 г., т. е. через 1 год 4 месяца после операции, больная явилась к нам в связи с задержкой менструации.

Влагалищное исследование: матка соответствует 8-недельной беременности, подвижная, безболезненная, своды свободные. Придатки не определяются.

Наступившая беременность свидетельствует о том, что функциональное состояние полового аппарата после операции находится в удовлетворительном состоянии. Это также подтверждает то, что и тактика наша при операции в данном случае была правильной.

**Краткий эпикриз.** А. Х., 29 лет, поступила в клинику 2/X 1954 г. с большой интрастициальной фибромиомой, расположенной спереди в истмической части матки и препятствующей рождению плода. 2/X 1954 г.

произведено кесарево сечение, извлечен живой плод; путем вылушения удален миоматозный узел с сохранением матки. Послеродовой период прошел гладко. Родильница выписана в удовлетворительном состоянии с живым ребенком.

## РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Г. П., 27 лет, поступила в клинику 20/IV 1955 г. с диагнозом беременности 14 недель, эрозии шейки матки, подозрительной на рак.

Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней по 3—4 дня, умеренные. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей пять; первые три беременности (в 1949, 1951 и 1952 гг.) протекали нормально, закончились срочными родами. В 1954 г. — две беременности (четвертая и пятая) — самопроизвольно прерывались в ранние сроки. В 1952 г., после третьих родов, болела параметритом, по поводу чего лечилась в стационаре в течение 5 месяцев. Последняя менструация с 8/1 по 11/1 1955 г.

Считает себя больной с сентября 1954 г., когда у нее при беременности 3 месяцев была обнаружена эрозия шейки матки, по поводу чего проводилось амбулаторное лечение. В октябре 1954 г. произошел самопроизвольный неполный выкидыш. Было произведено выскабливание полости матки.

В настоящее время считает себя беременной около 3 месяцев. С начала марта 1955 г. у беременной появились значительные выделения из влагалища с запахом и примесью крови; кровяные выделения после полового сношения. 15/III 1955 г. обратилась в связи с этим в женскую консультацию; по поводу предполагаемого начинающегося выкидыша врач назначил лечение. Осмотра шейки матки при помощи зеркал не было произведено. Ввиду непрекращающихся кровяных выделений больная 18/IV 1955 г. вторично обратилась к врачу, который тогда уже, осмотрев шейку матки в зеркалах, обнаружил эрозию, подозрительную на рак, и направил больную в клинику.

Больная среднего роста, правильного сложения, кожа и видимые слизистые бледные. Со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта отклонений нет. Мочиспускание не нарушено. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

Наружные половые органы развиты нормально; половая щель незначительно зияет; слизистая входа во влагалище цианотична.

Влагалищное исследование: шейка матки деформирована, различной консистенции; передняя губа значительно плотнее задней, хрящевидная. Наружный зев слегка зияет. Теломатки в anteversio flexio увеличено до 14 недель беременности, размягчено, подвижно. Придатки не определяются. Параметрии свободны. Своды глубокие; левый несколько уже правого. Крестцово-маточные связки не инфильтрированы. Выделения кровянистые, грязные.

Исследование при помощи зеркал: передняя губа шейки матки гипертрофирована, на ней имеются значительные разрастания в виде цветной капусты (рис. 10), местами изъязвления. Поверхность разрастаний ярко-красная, при дотрагивании легко кровоточит. Задняя губа на значительном протяжении эрозирована, не кровоточит.

Реакция Вассермана отрицательная.

Цистоскопия: легкая гиперемия слизистой мочевого пузыря, более выраженная у дна пузыря слева. Других изменений не обнаружено

### Какой диагноз?

Беременность 14 недель не вызывает сомнений. Необходимо разрешить вопрос о характере имеющейся на шейке матки обширной язвы, по своему виду весьма похожей на раковую. Несмотря на большую вероятность ракового характера язвы, необходимо дифференцировать данное поражение от других заболеваний шейки, сопровождающихся разрастаниями или изъязвлениями — туберкулезного и сифилитического происхождения. О простой



Рис. 10. Рак шейки матки и беременность.

эрозии здесь не могло быть и речи, так как слишком значительны разрастания на шейке матки.

*Что характеризует туберкулезную язву?*

Туберкулезные заболевания женских половых органов в подавляющем большинстве случаев являются вторичными. В 90% при туберкулезе половых органов поражаются трубы, причем чаще обе трубы одновременно. Что касается изолированного заболевания шейки матки туберкулезом, то оно встречается весьма редко. Туберкулез шейки обычно сочетается с такими же заболеваниями вышележащих отделов полового аппарата и проявляется в виде поверхностной язвы неправильной формы с резко очерченными и подрытыми краями, с бледно-желтым дном. На дне и особенно на краях язвы заметны мелкие просовидные бугорки. Иногда такие разрастания бывают множественными.

Другая форма туберкулезного поражения шейки состоит из полипозных разрастаний бледного цвета; туберкулезные разрастания мало кровоточат.

Общее состояние больной, отсутствие данных о туберкулезном заболевании каких-либо органов как в анамнезе, так и при обследовании больной позволяют нам отказаться от предположения о туберкулезном характере язвы у этой больной. Кроме того, против туберкулезного характера язвы шейки говорит также вид этих разрастаний, имеющих ярко-красный, а не бледный цвет, как при туберкулезе, а также отсутствие просовидных высыпаний. Разумеется, правильное истолкование характера эрозии возможно и путем гистологического исследования ткани шейки матки, о чем будет сказано позже.

У данной беременной необходимо еще исключить сифилитический характер язвы.

*Что характеризует сифилитическую язву?*

Как известно, сифилитические поражения могут быть в виде первичных, вторичных и третичных проявлений. На влажной части шейки первичные сифилитические проявления чаще всего имеют вид круглой ссадины — плоского изъязвления, не выдающегося над уровнем слизистой, с чистой поверхностью, иногда же с небольшим углублением, с сероватым распадом точечного характера. В других случаях на поверхности шейки развивается покрытая некротическими массами гангренозная твердая язва с обильным гнойным отделяемым. Вторичные сифилитические проявления на влажной части шейки матки встречаются редко и выражаются они в виде папул. Папулы возвышаются над уровнем здоровой слизистой, не имеют вокруг воспалительной каймы. Третичные проявления на шейке в виде гумм встречаются еще реже. Гуммы на шейке имеют вид шарообразно-выпуклых образований, покрытых гладкой слизистой оболочкой красноватого или желтоватого оттенка. Консистенция гуммы различна: то твердая, то мягкая, в зависимости от степени развития гуммы.

Нетрудно заметить, что ни одна из указанных форм сифилитического поражения шейки по своему виду не напоминает имеющуюся у нашей больной язву. Все это позволяет отказаться и от предположения о сифилитическом характере язвы, что подтверждается и отрицательным результатом реакции Вассермана.

Таким образом, клиническая характеристика язвы шейки матки у наблюдаемой нами больной дает основание считать ее раковой.

*Все ли предпринято для полного подтверждения диагноза?*

Как уже отмечалось выше, в нашем распоряжении имеется еще возможность убедиться в истинном характере язвы — произвести гистологическое исследование шеечной ткани. Оно с наибольшей убедительностью укажет характер заболевания. Такое исследование было произведено

и подтвердило наш предположительный диагноз; оно показало наличие плоскоклеточного рака без признаков ороговения.

Таким образом, у данной больной клиническая картина совпала с гистологической, и мы имеем все основания говорить о раке шейки матки как об окончательном диагнозе.

Сочетание рака шейки матки с беременностью встречается редко. По данным различных авторов, процент такого сочетания колеблется между 0,025 по Я. Ф. Вербову и 0,75 по А. И. Сереброву; по нашим данным, процент этот составляет 0,5. Что касается частоты беременности среди больных раком матки, то она составляет 1,3—4,2% (Н. П. Лебедев, Ф. А. Сыроватко), по материалам нашей клиники — 1,65%.

Тот факт, что при раке шейки возможно наступление беременности и развитие ее до конца, выдвигает перед нами ряд вопросов, требующих разъяснения.

*Какое влияние оказывает наступившая беременность на развитие рака шейки матки и возникшее заболевание на течение беременности?*

Большое практическое значение имеет вопрос взаимосвязи беременности и рака шейки матки, не получивший до настоящего времени окончательного разъяснения. Одни авторы считают, что беременность вследствие наступающей при ней гиперемии, васкуляризации и разрыхленности тканей способствует более быстрому развитию ракового процесса, другие — на основании клинических и экспериментальных исследований приходят к противоположному выводу, что рак шейки матки при беременности приобретает менее злокачественное течение (Н. Н. Петров, А. И. Серебров, К. П. Улезко-Строганова и др.). Существует и компромиссная точка зрения [Варнекроз (Warnekros), Вертгейм (Wertheim), Френкель (Fränkel)], сторонники которой считают, что беременность вообще не оказывает никакого влияния на течение рака шейки матки.

Таким образом, взгляды весьма противоречивые. Очевидно, лишь дальнейшие специально проведенные наблюдения в этом направлении, основанные на большом материале, сумеют дать наиболее правильный ответ.

Наши данные совпадают с таковыми тех авторов, которые полагают, что беременность способствует более бурному течению ракового процесса, более быстрому его распространению.

У рассматриваемой нами больной в октябре 1954 г. производилось выскабливание полости матки по поводу неполного аборта. Не исключена возможность того, что имевшаяся у нее в то время эрозия шейки, несмотря на недостаточную выраженность симптомов, уже тогда находилась в предраковом состоянии. В январе 1955 г. наступила новая беременность, при которой состояние шейки матки настолько изменилось, что уже в марте того же года характер поражения не вызывал сомнений. Возможно, что эти две беременности, следовавшие одна за другой на протяжении относительно короткого времени (октябрь — январь), явились провоцирующим фактором быстрого развития ракового заболевания.

Не вызывает споров другая сторона вопроса — влияние ракового процесса шейки матки на беременность. Почти в половине всех случаев (свыше 40%) последняя прерывается до срока вследствие распространения инфекции из распадающегося новообразования на плодное яйцо и эндометрий.

*Имеются ли какие-либо различия в течении ракового процесса шейки матки у беременных и небеременных?*

Наблюдения показывают, что симптомы заболевания у беременных, страдающих раком шейки матки, проявляются значительно раньше и выступают резче. Уже вскоре после наступления беременности в случае наличия рака шейки матки такие больные отмечают появление более обильных

выделений из влагалища, чем это обычно бывает при беременности. Выделения весьма быстро приобретают неприятный запах и меняют окраску, становятся кровянистыми и даже бурыми; выделения тем больше усиливаются и качественно меняются, чем больше срок беременности.

Если в начальных сроках беременности появляющиеся обильные выделения принимаются больными за «обычные» при беременности, то в более поздние сроки сами беременные уже считают их проявлением какого-то заболевания. Более выражен симптом контактного кровотечения. Если контактные кровотечения при раке шейки матки вне беременности не считаются постоянным симптомом, то во время беременности вследствие усиленной васкуляризации и ломкости тканей контактное кровотечение становится постоянным явлением. Кровотечения появляются при малейшем физическом напряжении, не говоря уже о половом сношении.

Все эти симптомы имеют место у наблюдаемой нами больной. Обильные с неприятным запахом, кровянистые выделения появились уже с 8-й недели беременности, что и заставило больную обратиться к врачу.

*Какова должна быть тактика врача при сочетании рака шейки матки с беременностью?*

В решении данного вопроса прежде всего надо исходить из интересов матери. То или иное решение в отношении терапии должно быть предпринято, как только устанавливается диагноз рака шейки матки. Во всех случаях рака шейки матки при беременности тактика врача определяется степенью запущенности процесса.

У беременных с операбельными формами рака шейки матки тактика врача не должна вызывать никаких сомнений. Поскольку вопрос должен решаться в интересах матери, то у таких больных должна быть произведена расширенная экстирпация матки с придатками, независимо от сроков беременности. Конечно, при жизнеспособном плоде вначале производится кесарево сечение, а затем расширенная экстирпация матки с придатками. В дальнейшем после операции больную подвергают лучевой терапии.

*Как же поступать в случае неоперабельного рака шейки матки в сочетании с беременностью?*

В подобных случаях, несмотря на известные затруднения, можно все же наметить следующие положения.

Если состояние больной позволяет, то наиболее целесообразно вначале прервать беременность, а затем подвергнуть больную лучевой терапии. Вопрос о способе прерывания беременности в этих случаях решается в сторону кесарева сечения: классического — при жизнеспособном плоде и малого — при незрелом. Прерывание беременности через естественные родовые пути представляет большую опасность (о чем речь будет ниже).

Если состояние беременной таково, что прерывание беременности может представлять известный риск, то ничего другого не остается, как подвергнуть больную лучевому лечению, а вопрос о судьбе беременности решить впоследствии.

*Как будут протекать роды в случае просмотренного во время беременности рака шейки матки?*

Уже с самого начала необходимо подчеркнуть, что роды в подобных случаях будут представлять большую опасность из-за неизбежного кровотечения. В первом периоде родов раскрытие изменений шейки матки, вследствие ее неподатливости к растяжению, может привести к разрыву нижнего маточного сегмента или, чаще, шейки матки и последующему сильному кровотечению. Более благоприятное течение роды могут принять, когда раковый процесс не зашел еще далеко, когда имеется начальная степень поражения и процесс ограничивается небольшой частью шейки. В этих случаях раскрытие шейки компенсируется оставшейся непораженной ча-

стью, сохранившей эластичность. Однако, учитывая обычно быстрое прогрессирование ракового процесса во время беременности, рассчитывать на начальную степень в конце беременности не приходится (если это бывает, то крайне редко). При этом не исключается возможность возникновения и распространения инфекции из тканей, пораженных раком. Из сказанного следует, что роды при раке шейки матки сопряжены с большим риском для жизни больной, следовательно, не должны быть допущены.

*Каким должно быть лечение у данной больной?*

Для решения этого вопроса прежде всего, как уже отмечалось выше, нужно установить степень запущенности ракового процесса и в зависимости от этого избрать тот или иной вид терапии.

При обследовании наблюдаемой нами больной установлено, что раковое поражение захватывает верхнюю губу шейки матки в виде значительных разрастаний. Задняя губа лишь несколько эрозирована. Параметрии свободны, придатки не определяются. Своды глубокие, крестцово-маточные связки не инфильтрированы. Увеличенная до 14 недель беременности матка подвижна. Все это позволяет считать данную форму заболевания операбельной (I стадия заболевания, экзофитная форма).

В таких случаях, как мы установили выше, показана расширенная экстирпация матки с придатками, независимо от срока беременности.

26/IV 1955 г. была произведена расширенная экстирпация матки.

Техника операции расширенной экстирпации матки при беременности фактически почти ничем не отличается от подобной операции вне беременности. Поскольку срок беременности был небольшим (14 недель), операцию производили без предварительного опорожнения матки. Необходимо отметить, что наступающая при беременности обширная васкуляризация тканей приводит к значительной подвижности матки, что создает известные пространственные удобства по ходу операции.

Наряду с этим наблюдается чрезмерная кровоточивость тканей, к чему необходимо быть готовым, приступая к операции.

Послеоперационный период протекал без осложнений при нормальной температуре. Больная была выписана под наблюдение онкологического диспансера. Состояние больной спустя год после операции вполне удовлетворительное.

Итак, у данной больной все обошлось благополучно. Мы имеем в виду ближайшие результаты, так как об отдаленных результатах можно судить по истечении 3—5 лет. Заболевание было распознано в операбельной стадии; операция прошла благополучно, предприняты профилактические меры—проведено последующее облучение рентгеновыми лучами. Больная находится под систематическим наблюдением онкологического диспансера.

*Все ли у данной больной было предпринято вовремя?*

Проводимые массовые профилактические осмотры населения создают у врачей известную настороженность к своевременному выявлению раковых заболеваний. Кроме того, акушеры-гинекологи наряду с другими методами обследования женщин имеют возможность пользоваться осмотром шейки матки в зеркалах. Однако следует признать, что онкологическая настороженность у акушеров-гинекологов при обследовании беременных женщин, особенно в поздние сроки беременности, еще явно недостаточна. А это в отдельных случаях является почти единственной причиной просмотра рака шейки матки у беременных, что имело место и у нашей больной; при первом обращении ее в консультацию 15/III 1955 г. шейка матки не была осмотрена.

Кроме того, за данной больной следовало установить постоянное наблюдение еще после обнаружения у нее эрозии шейки матки при предыдущей беременности, чего тоже не было сделано.

*Какие выводы нужно сделать из данной истории болезни?*

1. Необходимо помнить о возможности наступления и развития беременности при имеющемся раке шейки матки.



2. Осмотр шейки матки у беременных с помощью зеркал должен быть обязательным, независимо от срока беременности.

3. Кровянистые выделения, появляющиеся во время беременности и наводящие мысль врача на возможность того или иного вида аборта, пузырного заноса, шеечной беременности или предлежания детского места требуют также обязательного исключения поражения шейки матки раковым или иным процессом (полип).

4. Метод биопсии должен найти себе широкое применение в акушерской практике, особенно при сомнительном состоянии шейки матки.

5. В то же время следует помнить, что слизистая шейки матки во время беременности претерпевает значительные изменения. Наряду с развитием децидуальной ткани в цервикальной слизистой в ней также отмечается лейкоцитарная инфильтрация с одновременным разрастанием покровного и железистого эпителия, который нередко метаплазируется и становится многослойным. Измененный эпителий часто обнаруживает склонность врастать в окружающую строму. Эти изменения иногда настолько выражены, что напоминают картину начинающегося рака (В. С. Груздев).

Поэтому необходимо квалифицированное, с учетом клинических данных наблюдение за больной. Кроме того, наряду с гистологической картиной эрозии шейки матки нужно учитывать клинические проявления, а иногда производить и повторное гистологическое исследование.

**Краткий эпикриз.** Г. П., 27 лет, повторнобеременная, обратилась 15/III 1955 г. в женскую консультацию с жалобами на значительные выделения с примесью крови. Без осмотра шейки матки при помощи зеркал врач назначил лечение. Однако кровянистые выделения из влагалища продолжались и больная обратилась к врачу повторно 18/IV 1955 г. При исследовании с помощью зеркал была обнаружена эрозия подозрительная на рак, и беременность 14 недель. Больная немедленно госпитализирована. Биопсия с последующим гистологическим исследованием подтвердила диагноз рака шейки матки.

26/IV 1955 г. была оперирована: произведена расширенная экстирпация беременной матки с придатками. Операция и послеоперационный период протекали благополучно. После операции больная выписана под наблюдение онкологического диспансера, где ей проведен курс рентгенотерапии.

## ПРОБОДЕНИЕ МАТКИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ АБОРТЕ

Б. Н., 32 лет, поступила в гинекологическое отделение больницы 3/VIII 1955 г. для искусственного аборта при 11—12-недельной беременности.

Менструации с 15 лет, установились сразу, по 3—4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Замужем с 22 лет; было 2 родов и 2 искусственных аборта; последняя беременность в 1951 г. закончилась абортom. Аборты и роды прошли без осложнений. Последняя менструация с 1/V по 3/V 1955 г.

4/VIII после соответствующей подготовки произведена операция искусственного прерывания беременности. Операция производилась под местной анестезией по 60 мл 0,5% раствора новокаина в боковые своды влагалища. После введения в шеечный канал расширителей Гегара до № 12 плодное яйцо абортангом и кюретками разрушено и удалено по частям. По окончании операции кровотечения не было.

В течение 3 последующих дней с 4/VIII по 6/VIII продолжались кровянистые выделения с примесью мелких кусочков ткани, что свидетельствовало о неполном удалении элементов плодного яйца из полости матки.

### *Что делать?*

Произвести влагалищное исследование для возможного уточнения диагноза.

6/VIII влагалищное исследование: наружный маточный зев проходим для одного пальца; матка в anteversio-flexio увеличена до размеров 5—6 недель беременности, мяг-

коватой консистенции, подвижная, безболезненная. Придатки не изменены. На исследующих пальцах кровь.

*Какой диагноз?*

Субинволюция матки; задержка в полости матки остатков плодного яйца. Показано повторное выскабливание полости матки.

6/VIII, на 3-й день после первой операции, повторно произведено выскабливание полости матки с целью проверки и удаления задержавшихся остатков плодного яйца. Во время операции врач почувствовал «выступ» на задней стенке матки, кюреткой были выделены кусочки сальника. Операция была прекращена.

*Что случилось? Каков диагноз происшедшего осложнения?*

Диагноз не вызывает сомнений. Во время операции повторного выскабливания полости матки произошло прободение ее стенки с выведением в отверстие сальника (рис. 11).

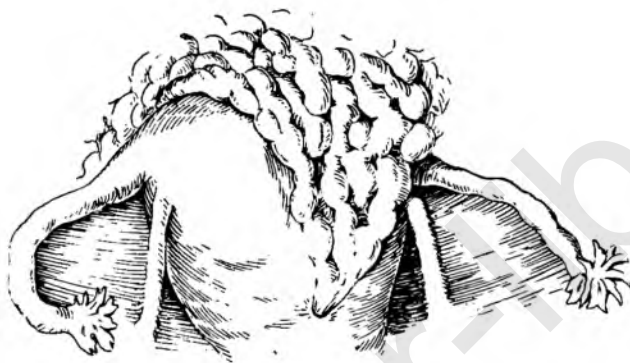


Рис. 11. Перфорация стенки матки при аборте. В перфорационное отверстие втянут сальник.

*Какими признаками характеризуется неосложненное прободение матки?*

Прободение матки можно заподозрить в тех случаях, когда врач во время выскабливания перестает ощущать стенки матки. Если операция производится без наркоза, то в подобном случае у больной часто внезапно возникает острая боль или наступает шоковое состояние.

Прободение может быть распознано также по внезапному проникновению инструмента на такую глубину, которая не соответствует длине полости матки, определенной до начала выскабливания, или которая отмечалась ориентировочно при влагалищном исследовании до операции. Врач не ощущает, что введенный в матку инструмент (расширитель, кюретка, абортцанг) встречает обычное сопротивление со стороны стенок матки; наоборот, у него создается впечатление, что инструмент как бы провалился на большую глубину.

Однако этот, казалось бы, убедительный признак иногда может привести врача к ошибочному диагнозу; при внезапном расслаблении стенок матки в результате атонии ее во время выскабливания полость матки становится большой и инструмент проникает глубже, что может создать впечатление прободения стенки матки.

*Какими признаками характеризуется осложненное прободение матки?*

В осложненных случаях прободное отверстие обычно бывает большое, вследствие чего часто развивается сильное кровотечение, нередко сопровождающееся шоком. Внутреннее кровотечение может быть в свободную брюшную полость; в ряде случаев кровь скопляется между листками широкой связки (рис. 12).

Главным же симптомом осложненного прободения матки является извлечение через перфорационное отверстие внутренних органов или отрыв части их.

*Всегда ли легко диагностировать перфорацию матки?*

Нет, далеко не всегда. Нередко очень трудно диагностировать прободение и особенно определить, когда оно произошло. Бывает и так, что врач, производящий выскабливание, не распознав случившегося прободения, продолжает операцию, которая может оказаться роковой.

Возможны и такие случаи, когда врач ставит диагноз прободения, а в действительности его нет.

Своевременному диагнозу прободения матки должно быть уделено серьезное внимание, так как опасность заключается не столько в самом



Рис. 12. Прободение стенки матки с образованием гематомы широкой связки.

факте прободения матки, сколько в несвоевременном распознавании его. Не заметив перфорации, врач продолжает операцию и извлекает иной раз петли кишок, части сальника, как это случилось у данной больной, и другие органы и ткани.

Надо отметить, что не всегда легко правильно распознать извлеченную ткань среди массы соскоба и сгустков крови. Только при известном внимании и опыте врача момент перфорации обычно не ускользает от него.

Для диагностирования прободения матки пользуются так называемым контрольным зондированием полости матки. Однако не всегда даже

при многократном введении зонда в полость матки и тщательном ощупывании им ее стенок удается обнаружить прободное отверстие, особенно если оно мало. При настойчивом же стремлении отыскать отверстие зондом имеется риск произвести новое перфорационное отверстие. Не следует делать контрольного зондирования при подозрении на инфекцию в полости матки, тем более при наличии инфекции. Зондирование может способствовать переносу инфицированных масс из полости матки в брюшную полость. Поэтому контрольное зондирование допустимо только в тех случаях, когда возможность инфекции исключена.

При установлении прободения матки нужно различать неосложненные прободения, не сопровождающиеся повреждением смежных органов и осложненные, связанные с повреждением тазовых органов или органов брюшной полости, иногда с извлечением их наружу. Осложненные прободения диагностируются чаще несложненных. Правильная диагностика предопределяет дальнейшую терапию.

При прободении матки, особенно с повреждением внутренних органов, показано немедленное оперативное вмешательство. Отсюда ясно, что врач, не имеющий достаточного опыта или работающий в условиях, которые не позволяют произвести чревосечение в случае прободения матки, должен немедленно перевести больную в соответствующее ближайшее лечебное учреждение.

*Какие причины предрасполагают к прободению стенки матки?*

Среди патологических изменений стенки матки, которые могут обусловить легкое проникновение инструмента в брюшную полость, надо указать на эндометриоз, так называемый аденомиоз, глубокое прорастание ворсинок, рубцовые изменения стенки матки после бывших аборт, после длительных и тяжелых родов с образованием в стенке матки глубоких трещин, с последующим развитием соединительной ткани в этих участках. Однако следует отметить, что в громадном большинстве случаев перфорации при искусственном аборте встречаются тогда, когда нет указанных патологических изменений в стенке матки.

Так, по Маджугинскому, из 26 случаев перфораций на 130 000 искусственных абортов только в 2 было наличие патологических изменений в стенке матки, которые до некоторой степени могли благоприятствовать прободению. Во всех остальных (92%) случаях перфорации не связаны с какой-либо патологией в стенке матки.

Причина повреждений матки и смежных с ней органов при выскабливании в известной степени связана с неправильным отношением некоторых врачей к операции искусственного аборта, считающих последнюю простой и легкой. Следствием этого является недостаточная внимательность во время работы и неосторожное пользование опасными инструментами в виде корнцанга, зонда. Чаще всего прободение производится именно этими инструментами. При этой операции корнцанг не следует вводить в полость матки. Зондом следует пользоваться осторожно. Необходимо тщательное бимануальное исследование перед операцией, что дает возможность точно ориентироваться в положении матки. Малыми номерами расширителей Гегара безопаснее установить направление шейного канала и уточнить положение матки.

При производстве аборта прежде всего необходимо соблюдать следующие правила.

1. Ограничение срока беременности, при котором возможно наиболее безопасное производство операции (от 7 до 12 недель).

2. Последовательное медленное расширение шейного канала расширителями; правильное их направление, что предварительно контролируется зондом или расширителем малого номера.

3. Удаление частей плодного яйца тупым инструментом (абортцангом).

4. Каждый раз после захвата ткани абортцанг должен быть выведен из матки.

5. Тщательно осмотреть и собрать соскоб.

6. При малейшем подозрении на перфорацию следует прекратить операцию.

*Каким должно быть поведение врача при подобном осложнении?*

При прободении матки, как правило, показано чревосечение. Известно, что некоторые случаи нераспознанного своевременно прободения матки проходят благополучно без операции, и только при лапаротомии, произведенной по другому поводу, обнаруживается на матке рубец или вращение сальника в толщу стенки матки. Иногда прободение устанавливалось во время выскабливания, но чревосечения не производилось, и все заканчивалось выздоровлением больной. Однако такие случаи являются скорее исключением и не могут служить доказательством того, что при перфорации матки следует обходиться без немедленного оперативного вмешательства.

Благоприятный исход без чревосечения может иметь место в случаях, когда прободное отверстие мало и повреждение не сопровождается внутренним кровотечением, занесением инфекции, в полость матки не выведена кишечная петля или сальник и т. д.

Однако в каждом случае нельзя быть уверенным, что нет подобных осложнений. В связи с этим каждая больная, независимо от величины прободного отверстия и возможности ранения кишечника, сальника и прочих органов, подлежит немедленному оперативному лечению, причем чем раньше оно будет начато, тем лучше исход.

*Какова методика оперативного вмешательства при прободении матки?*

Что касается методики оперативного вмешательства, то прежде всего— это брюшиностеночная лапаротомия. Известно, что при повреждениях различных органов наилучшие результаты дает щадящая операция, а не удаление поврежденного органа.

Если имеется возможность бережно иссечь края перфорационной раны, если стенка матки не дряблая, вкол иглы в нее не вызывает кровоизлияния и образования гематомы и при затягивании швы не прорезаются, то нужно ограничиться консервативной операцией. Поэтому при операции в первые сутки с момента прободения следует чаще практиковать зашивание прободного отверстия. Во время чревосечения по поводу прободения матки необходимо произвести тщательную ревизию органов брюшной полости.

*Какая операция предпочтительна, если нельзя по тем или иным причинам ограничиться ушиванием перфорационного отверстия?*

В тех случаях, когда возникает вопрос об удалении перфорированной матки, следует руководствоваться рядом соображений при выборе метода— избрать полную экстирпацию или надвлагалищную ампутацию матки.

Место повреждения и его характер решают вопрос о том, какой вид хирургического вмешательства должен быть применен в каждом отдельном случае. К экстирпации матки, например, приходится прибегать, когда перфорация произведена в нижнем сегменте с образованием большой гематомы в клетчатке (см. рис. 12), или, когда повреждена и шейка матки. В остальных случаях можно ограничиться надвлагалищной ампутацией матки.

При перфорации матки придатки обычно не повреждаются, поэтому при удалении матки их можно оставить. Естественно, что в случае их повреждения может явиться необходимость удалить яичник или трубу.

Большие затруднения в установлении диагноза перфорации встречаются, когда больная поступает уже с явлениями воспаления брюшины. Если нельзя установить, что перитонит является следствием прободения, то это при тяжелом состоянии больной не имеет решающего значения. Главным в лечении перитонита у такой больной является раннее активное хирургическое вмешательство. Если же состояние больной нетяжелое и воспалительный процесс не распространился на всю брюшину, то точное установление перфорации как причины начинающегося перитонита имеет существенное значение. Перитонеальные явления, наступившие после выскабливания, могут быть результатом прободения матки с последующей инфекцией или одной лишь инфекцией без прободения.

Если перитонеальные явления связаны с прободением, то оперативное (лапаротомия) вмешательство дает наилучшие результаты. В случаях одной лишь инфекции необходимо прежде всего консервативное лечение; к операции (кольпотомия) в подобных случаях прибегают в дальнейшем, если образуется экссудат.

Если состояние больной не представляет серьезных опасений и факт прободения сомнителен, можно сначала занять выжидательную позицию, поместив больную в условия, допускающие возможность производства операции в любой момент. Если же имеется подозрение на перфорацию, а консервативное лечение представляет известную опасность, может быть произведена лапаротомия. Одновременно она может оказаться ценной, так как дает возможность произвести необходимые мероприятия в случае, если обнаружится перфорация матки. Во всех подобных случаях для дифферен-

циального диагноза необходимо пользоваться подробными анамнестическими данными.

Чревосечение по поводу перфорации матки может быть произведено с любым видом обезболивания. Учитывая нервно-психическое состояние, в котором находится такая больная, столь неожиданно подвергающаяся чревосечению, следует предпочесть общий наркоз (ингаляционный наркоз).

*Какой метод оперативного вмешательства мы избрали для данной больной?*

Метод оперативного вмешательства можно избрать только после осмотра места, характера и размеров прободения.

У наблюдаемой нами больной врач, обнаружив во влагалище сальник, правильно решил тотчас же произвести лапаротомию, предполагая, что прободение матки должно быть значительных размеров вследствие применения им при выскабливании абортанга. Не исключена также возможность инфекции в результате двукратного оперативного вмешательства.

Подготовка к операции обычная.

Под эфирным наркозом брюшная полость вскрыта по белой линии продольным разрезом от лобка до пупка. По правому ребру матки сейчас же у внутреннего зева обнаружено обширное прободное отверстие со значительным размождением краев раны и гематома между листками широкой связки. Прободное отверстие соприкасается с крупными ветвями маточных сосудов. Произведена перевязка и перерезка сальника над перфорационным отверстием. Отсеченный участок сальника оставлен на месте и из матки не извлечен. После этого произведена в пределах здоровых тканей надвлагалищная ампутация матки.

Во время операции в брюшную полость введен раствор пенициллина в количестве 400 000 ЕД. После операции вводили пенициллин внутримышечно по 100 000 ЕД через 3 часа в течение 4 суток. Послеоперационный период протекал без осложнений.

На 20-й день после операции больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Влагалищное исследование, произведенное перед выпиской: культя шейки матки подвижна, своды свободны, придатки не увеличены, выделения слизистые.

Как оказалось при лапаротомии, прободное отверстие соприкасалось с крупными ветвями маточных сосудов. Увеличить прободное отверстие при такой анатомической локализации было рискованно. Края прободного отверстия оказались сильно травмированными, их необходимо было широко иссечь, иначе условий для первичного заживления не могло быть. Само место перфорации не было удобно расположено для зашивания, поэтому методом выбора операции явилась надвлагалищная ампутация матки с оставлением придатков.

**Краткий эпикриз.** Б. Н., 32 лет, 4 /VIII 1955 г. произведена операция искусственного аборта при 11—12-недельной беременности.

Операцию делали под местной инфильтрационной анестезией.

В течение 3 дней после операции продолжалось маточное кровотечение, ввиду чего было произведено вторичное выскабливание матки, во время которого произошло прободение стенки матки с извлечением сальника. Срочно пошли на лапаротомию. Перфорационное отверстие оказалось по правому ребру матки со значительным размождением краев раны. Произведена резекция сальника и надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана на 20-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

## НЕПОЛНЫЙ ВЫКИДЫШ

О. М., 35 лет, поступила 12/IX 1955 г. в родильный дом с диагнозом аборта. За мужем 10 лет. Беременностей три: одни роды и два выкидыша (один самопроизвольный, другой искусственный). Последняя менструация с 25/VI по 1/VII 1955 г. Настоящая беременность четвертая. В женскую консультацию во время настоящей беременности не обращалась.

Жалобы на боль внизу живота схваткообразного характера и кровянистые выделения из влагалища, появившиеся 12/IX. Причины появившегося кровотечения объяснить не может. Попытки вызвать аборт отрицает.

Больная среднего роста, правильного сложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов отклонений не отмечается. Пульс 64 удара в минуту, хорошего наполнения; температура 36,7°. Общее состояние больной удовлетворительное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки в anteversio-flexio увеличено соответственно 8—9 неделям беременности, грушевидной формы, мягковатой консистенции, в состоянии повышенного тонуса (матка сокращается при исследовании), подвижна. Придатки без особых изменений. Своды свободные. Из влагалища выделяется в небольшом количестве кровь темного цвета.

Исследование с помощью зеркал: эпителий наружного зева шейки нормальный, зев закрыт; незначительные кровянистые выделения из шеечного канала.

### *Какой диагноз?*

Перед нами больная, диагноз заболевания которой, по-видимому, не представляет затруднений. Задержка менструации, увеличенная и размягченная матка говорят о 8—9-недельной беременности; нормальное течение ее нарушено—налицо признаки начинающегося аборта.

### *Какая форма выкидыша имеется у данной больной?*

По стадиям развития выкидыша делят на угрожающий, начинающийся, выкидыш «в ходу», неполный и полный.

Полный аборт в данном случае можно сразу же исключить, ввиду несомненного присутствия в матке яйца, что не нуждается в дальнейшем объяснении (величина матки). Также можно отвергнуть предположение об аборте «в ходу», ибо характерными признаками последнего служат широкое раскрытие шеечного канала до внутреннего зева включительно, более или менее обильное кровотечение, присутствие в шейке матки частей плодного яйца. Эти признаки у наблюдаемой нами больной отсутствуют.

Некоторые трудности возникают при различии угрожающего и начинающегося выкидыша, с одной стороны, и неполного выкидыша—с другой. Подходя к решению этого вопроса, следует сделать оговорку, что на практике крайне трудно проводить границу между угрожающим и начинающимся абортом, настолько малозаметны различия между ними. Угрожающий выкидыш является вместе с тем и начинающимся, если аборт прогрессирует; начинающийся выкидыш остается по существу угрожающим, если развитие процесса отторжения яйца останавливается в начальной стадии, и беременность продолжается. Закрыт ли наружный зев полностью или немного открыт, выделяется ли крови несколько больше или меньше—эти признаки сами по себе не предрешают исхода беременности.

Из этих соображений при дифференциальной диагностике целесообразно объединить угрожающий и начинающийся выкидыш.

### *Что же говорит о начинающемся или угрожающем выкидыше? Что свидетельствует о наличии неполного аборта?*

Угрожающий (или начинающийся) аборт сопровождается нерезко выраженной болью внизу живота и в пояснице. Боль отличается разнообразным характером: от тупых смутных ощущений до отчетливо воспринимаемых большой схваток. Боль может быть как постоянной, так и преходящей. Менее постоянный признак, но все же довольно нередко встречающийся при этом выкидыше,—это незначительное кровотечение. При влагалищном исследовании определяется сформированная шейка матки, шеечный канал закрыт или приоткрыт очень незначительно (не пропускает пальца). Лишь в довольно редких случаях при начинающемся выкидыше палец может достигать внутреннего зева.

У наблюдаемой нами больной имеются признаки, характеризующие начинающийся или угрожающий выкидыш. Однако нельзя категорически

отрицать и другой возможности—неполного аборта, поскольку клиническая картина последнего в некоторых случаях очень сходна с той, которая имеется при угрожающем и начинающемся аборте.

После того как часть яйца отслаивается, а иногда и извергается, шейечный канал может закрыться и кровянистые выделения становятся небольшими. Вместе с тем болевые ощущения слабеют или временно вовсе исче-

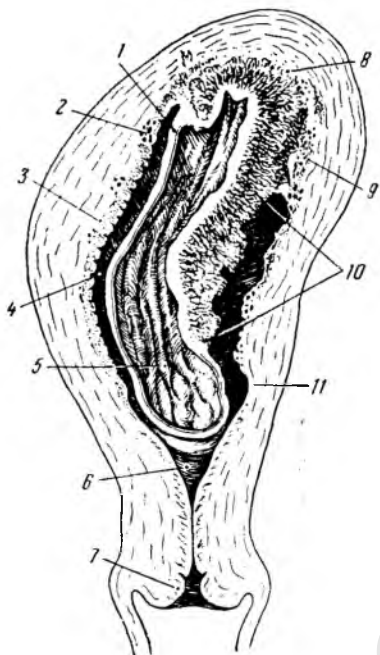


Рис. 13. Неполный выкидыш на III месяце беременности. I стадия. Начавшаяся отслойка плаценты и начало раскрытия шейки.

1—decidua capsularis (reflexa); 2,3—decidua vera; 4—полость матки; 5—полость яйца; 6—раскрытая часть шейки матки; 7—наружный зев; 8—прикрепленная часть плаценты; 9—decidua basalis; 10—отделяющаяся часть плаценты; 11—внутренний зев.

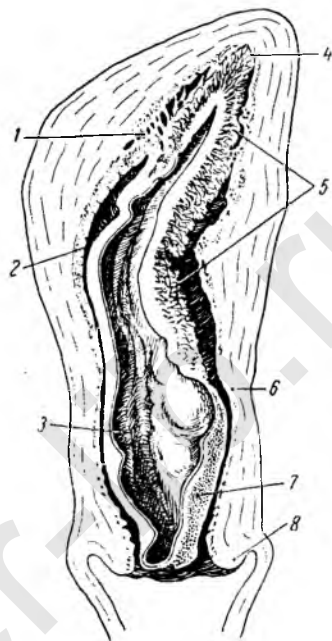


Рис. 14. Неполный выкидыш на III месяце беременности. II стадия. Плацента почти полностью отслоилась, кроме участка в области туберного угла. Шейка раскрыта; в ней прощупывается плодный мешок.

1—начинающаяся отслойка decidua vera; 2—полость матки; 3—полость яйца; 4—прикрепленная еще часть плаценты; 5—отделяющаяся часть плаценты; 6—внутренний зев; 7—пропитанная кровью decidua capsularis (reflexa); 8—наружный зев.

зают. Если приходится исследовать женщину в этот момент, можно прийти к ошибочному выводу, что в данном случае имеет место угрожающий или начинающийся выкидыш.

*Отражает ли величина, форма и консистенция матки в достаточной степени изменения при указанных формах выкидыша?*

Матка, освободившаяся от части плодного яйца, становится, как правило, меньше. Для этого необходимо врачебное наблюдение за беременной еще до появления признаков угрожающего выкидыша. Если есть возможность видеть больную незадолго до выкидыша, то путем сравнения можно определить перемену, которая произошла в матке после наступления выкидыша, и это может обеспечить довольно точный диагноз.

К сожалению, данную больную мы видим впервые и о предыдущем ее состоянии узнали лишь со слов самой больной.



Следует учесть, что установить срок беременности и величину матки по дате последней менструации можно только приблизительно. Увеличение размеров матки на протяжении беременности у разных женщин происходит не совсем одинаково. Наконец, разным бывает состояние матки в отношении ее тонуса, кровенаполнения, а также после отхождения части плодного яйца. Это зависит от величины отторгнувшейся и выделившейся части плодного яйца.

В ранние месяцы беременности нет точных признаков жизни или смерти плодного яйца: последует ли выкидыш или его можно еще задержать, неизвестно. Приходится пользоваться только косвенными данными о состоянии плодного яйца, о состоянии и изменениях в матке.

*Как поступить в данном случае?*

Исходя из диагноза угрожающего или начинающегося выкидыша, следует прибегнуть к мерам, направленным на подавление сократительной деятельности матки. Однако эта тактика оказалась неуместной, если бы вопреки ожиданию произошел неполный выкидыш. Поставив диагноз неполного выкидыша, мы должны были бы приступить к опорожнению полости матки путем выскабливания, что, конечно, противоречит интересам больной, если у нее имеется только угрожающее или начинающееся самопроизвольное прерывание беременности и желание сохранить беременность.

Следовательно, наиболее рациональным в данном случае будет выждать некоторое время, чтобы, наблюдая за больной в условиях стационара, поставить диагноз более точно.

Некоторые врачи, исследовавшие больную, выразили сомнение относительно возможности уточнить диагноз в кратчайший срок. Затягивание же с вмешательством может оказаться небезопасным для больной в отношении развития инфекции. Если в данном случае имеется неполный аборт, в настоящий момент развитие инфекции ничем не подкрепляется: ни общим состоянием больной (температура, пульс), ни состоянием половой сферы.

Больной предложено находиться в постели.

12/IX и 13/IX в состоянии больной никаких особых перемен не отмечалось. Температура по вечерам субфебрильная (37,2—37,3°). Пульс 66—70 ударов в минуту.

В 2 часа 14/IX у больной появились схваткообразные боли и усилилось маточное кровотечение.

Дежурный врач при влагалищном исследовании обнаружил, что матка по своим размерам соответствует 8 неделям беременности, плотная. Диагноз: неполный выкидыш (рис. 13, 14 и 15).

Рис. 15. Неполный выкидыш на III месяце беременности. III стадия. Плодное яйцо отделилось, спустилось в шейку матки и тянет за собой оболочки.

1—decidua vera; 2—полость яйца; 3—нижний полюс яйца; 4—полость матки; 5—внутренний зев; 6—плацента; 7—наружный зев; 8—пропитанные кровью яйцевые оболочки.

Произведено выскабливание полости матки без предварительного расширения канала шейки. Яйцо удалено по частям. Часть яйца покрыта довольно свежим ворсинчатым покровом, другая часть — хорионом в состоянии атрофии; в матке большое количество кровяных сгустков. Эмбрион не обнаружен.

На основании всего изложенного можно считать подтвержденным диагноз неполного аборта.

Краткий эпикриз. О. М., 35 лет, поступила 12/IX 1955 г. в родильный дом со схваткообразными умеренными болями и небольшим кровотечением

из матки. Беременность 8—9 недель. Ввиду неясности диагноза—начинающегося выкидыша или неполного выкидыша—решено наблюдать за женщиной. Через двое суток после поступления в стационар у нее начались сильные схваткообразные боли и кровотечение. Дежурный врач установил диагноз неполного выкидыша и произвел удаление плодного яйца. Послеоперационный период прошел благополучно.

## НЕПОЛНЫЙ ИНФИЦИРОВАННЫЙ ВЫКИДЫШ

П. К., 27 лет, доставлена 9/ХII 1954 г. в 13 часов 30 минут в гинекологическую клинику по поводу сильного маточного кровотечения. Незначительное кровотечение началось 2 дня назад, затем усилилось. Дома отмечался озноб и повышенная температура.

Менструации с 15 лет, через 26—28 дней по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Замужем с 22 лет. Муж здоров. Была одна беременность, закончилась нормальными срочными родами (1953). Последняя менструация около двух с лишним месяцев назад (точной даты не помнит). В консультацию по поводу данной беременности не обращалась. Вмешательства с целью вызвать аборт отрицает.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые резко бледны. Температура тела при поступлении 38,8°, пульс 105 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения. Тоны сердца ясные, чистые. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный; при перкуссии живота — тимпанит. Стул и мочеиспускание в норме.

Моча в норме.

Кровь: гемоглобина 7,5 г% (45 единиц), лейкоцитов 8200; незначительный сдвиг формулы белой крови влево; РОЭ 34 мм в час.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище заполнено сгустками и жидкой кровью; шейка матки пропускает палец, в канале ее определяются части плодного яйца; тело матки грушевидной формы, в anteversio-flexio, подвижное, увеличено соответственно 9-недельной беременности, несколько болезненное при пальпации; придатки не определяются; своды свободные, глубокие.

Исследование с помощью зеркал: во влагалище сгустки крови, эпителий наружного зева шейки нормальный; зев слегка приоткрыт.

### *Какой диагноз?*

Данные влагалищного исследования и анамнез говорят о прерывающейся беременности. Озноб, высокая температура и общее плохое состояние указывают на наличие инфекции.

Тщательное обследование больной не выявило патологических процессов в других органах и системах, кроме половой. Собранный эпидемиологический анамнез также исключает какое-либо общее инфекционное заболевание.

Таким образом, у наблюдаемой нами больной неполный лихорадочный выкидыш на 9-й неделе беременности.

*Что характерно для клинического течения неполного инфицированного выкидыша?*

Чаще всего больные с неполным инфицированным выкидышем поступают в стационар по поводу обильного маточного кровотечения в тяжелом состоянии, с выраженной анемией и наличием болезненных схваток.

Обычно в таких случаях эмбрион выходит через открытый шейечный канал вместе с кровяными сгустками; остальные элементы плодного яйца частично отделяются, а частично остаются прикрепленными к стенке матки (рис. 16 и 17). Вследствие такой задержки матка плохо сокращается, что и обуславливает сильное маточное кровотечение. Последнее ослабляет организм, что в свою очередь создает благоприятные условия для развития инфекции.

Уже одно только длительное кровотечение из матки и изменение влагалищной среды (из кислой в щелочную) способствуют росту микроорганизмов. Особенно благоприятствуют развитию инфекции в таких случаях дли-

тельно открытая шейка, некротизированные остатки плодного яйца и сгустки крови в матке (см. рис. 17), наличие обширной раневой поверхности в ней.

Инфицированный выкидыш протекает с повышенной температурой и ознобом, особенно в первые дни болезни. Инфицированные выкидыши могут быть следствием: 1) искусственного, произведенного в лечебном учреждении, аборта; 2) искусственного внебольничного (криминального) аборта; 3) самопроизвольного выкидыша.

При выкидыше, произведенном в лечебном учреждении, внутренние полые органы инфицируются обычно в случаях, когда в половых путях



Рис. 16. Неполный выкидыш на III месяце беременности. Плод вышел; плацента частично отслоилась. Канал пропускает I палец.

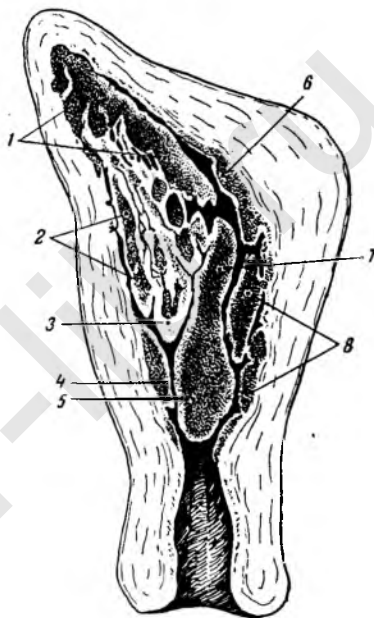


Рис. 17. Неполный выкидыш. В матке остатки отпадающей оболочки и части плацентарной ткани.

1—остатки плаценты; 2, 5 и 7—кровяные сгустки; 3—отделившаяся decidua vera; 4, 6, 8—не отделившаяся decidua vera.

или в других отделах организма женщины имеются очаги латентно протекающей инфекции. Тщательное обследование женщины до операции позволяет выявить наличие такой скрытой инфекции и воздержаться от операции аборта до ликвидации этой инфекции.

Все внебольничные аборты, как правило, сопровождаются занесением инфекции. Заболевание чаще вызывается занесением стрептококков и стафилококков с наружных половых органов в глубь влагалища; отсюда через открытый шейный канал микроорганизмы проникают в полость матки. Из матки инфекция может распространяться по трубам, лимфатическим и кровеносным путям; обычно она распространяется одновременно несколькими путями.

В отдельных случаях этиологическим моментом является анаэробная инфекция, которая вызывает тяжелейшую картину септического аборта с характерной триадой клинических симптомов: 1) желто-коричневая

окраска кожи, 2) бурая, почти черная моча и 3) коричневая окраска сыворотки крови.

Попытки определить тяжесть инфицированного аборта только на основании бактериоскопических и бактериологических исследований не увенчались успехом. Бактериемия еще не доказывает наличия инфекционного поражения организма. Для клинического проявления ее необходимо, чтобы организм соответствующим образом реагировал на инфекцию.

При развитии инфекции наблюдается лихорадочное состояние с повышением температуры до 38° и выше, озноб, понижение артериального давления, сдвиг формулы белой крови влево, падение гемоглобина, появление белка в моче при почти нормальном осадке. Инфекция матки проявляется в виде метроэндометрита, воспаления придатков матки, тазовой брюшины и клетчатки, перитонита. Нередки случаи, когда эти поражения протекают как септические процессы.

*Какова терапия больных с неполным инфицированным выкидышем?*

В настоящее время этот вопрос служит предметом некоторых разногласий.

Терапия инфицированного выкидыша находится в зависимости от срока беременности, стадии аборта, общего состояния больной, наличия или отсутствия воспалительных изменений за пределами матки.

Учитывая все эти моменты, инфицированные аборты условно можно классифицировать следующим образом:

1) неосложненный инфицированный аборт (инфекция в пределах матки);

2) осложненный инфицированный аборт (инфекция за пределами матки, но процесс остается местным);

3) септический аборт (инфекция носит генерализованный характер).

*Уместна ли при лечении инфицированного неполного аборта предварительная консервативная терапия?*

Многие авторы являются сторонниками немедленного выскабливания полости матки при неосложненном выкидыше. Обычно они ссылаются на то, что подобный выкидыш следует рассматривать с хирургической точки зрения как гнойник. Однако эта точка зрения не оправдывается клиническими наблюдениями: выскабливание полости матки без учета степени инфицирования может создать условия для дальнейшего развития инфекции. Такой метод лечения приводит к увеличению числа и тяжести послеабортных заболеваний.

Отказ вообще от выскабливания полости матки представляет собой другую крайность, так как оставление в полости матки задержавшихся остатков плодного яйца ведет к длительному кровотечению, обескровливающему женщину, к ослаблению ее защитных сил.

Общепринятой является выжидательно-активная методика. Консервативным лечением (антибиотики, сульфаниламидные препараты, введение жидкостей и др.) в течение нескольких дней удается не только приостановить развитие инфекции, но даже ликвидировать ее. Затем уже производят выскабливание полости матки. Опыт показывает, что при подобной практике имеется наименьшее количество осложнений.

Единственным показанием к немедленному выскабливанию является наличие обильного кровотечения. Однако степень его не всегда предопределяет тактику врача. Каждая больная, в зависимости от ее состояния, по-разному реагирует на одну и ту же кровопотерю. Одна больная почти не реагирует на кровопотерю 300—400 мл, у другой наблюдается реакция уже при потере 150—200 мл. Надо учитывать и то обстоятельство, что в ряде случаев кровотечение носит хронический характер, постепенно анемизируя больную.

Выскабливание при неосложненных лихорадочных абортах допустимо, но его следует проводить только в сочетании с ранним активным комплексным противосептическим лечением. Таким больным назначают обильное питье, пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через каждые 3 часа внутримышечно, холод на низ живота, хинин, спорынью, стрептоцид, иногда уротропин. Эффективны аутогемотерапия и переливание крови. Особое внимание следует уделить организации ухода и питания при лечении таких больных.

Большое значение имеет и техника выскабливания. Выскабливание следует производить осторожно, стараясь полностью опорожнить матку



Рис. 18. Пальцевое удаление остатков плодного яйца.

от инфицированных элементов плодного яйца. Результаты выскабливания полости матки при инфицированных «неосложненных абортах» находятся в большой зависимости от срока беременности. Чем больше срок беременности, тем больше повышается процент тяжелых осложнений и количество летальных исходов.

Необходимо помнить и об опасностях, которые может повлечь за собой эта операция при инфицированных неполных абортах. Анализ случаев перфораций матки показывает, что большинство из них происходит при выскабливании у больных с сильно измененными стенками матки, и здесь с увеличением срока беременности увеличивается также опасность перфорации матки (Л. И. Бубличенко).

В отдельных случаях, когда шейка матки значительно укорочена и канал пропускает свободно не менее 2 пальцев, некоторые считают возможным удалить остатки плодного яйца из матки пальцами (рис. 18), одновременно пальцами же проверить тщательно стенки полости матки.

Этот способ менее асептичен и очень болезнен; большинство применяет инструментальное удаление с соблюдением необходимой осторожности.

*В какой помощи нуждается наша больная?*

У нашей больной имеется обильное кровотечение в связи с неполным инфицированным «неосложненным» абортom при беременности 9 недель.

Шейка матки пропускает один палец; имеются жизненные показания к срочному выскабливанию полости матки. Наличие острой анемии [гемо-

глобин 7,5 г% (45 единиц)] обязывает сделать переливание крови одновременно с операцией.

9/XII 1954 г. в 13 часов 55 минут больная взята на операционный стол. После обычной подготовки наружных половых органов и влагалища, после предварительного осторожного зондирования без расширения канала шейки, так как последний свободно пропускал один палец, большой тупой кюреткой осторожно произвели выскабливание стенок полости матки. Удалены инфицированные остатки плодного яйца и сгустки крови. К концу выскабливания матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось. Во время операции произведено переливание крови (250 мл одногруппной консервированной крови). Начата противосептическая комплексная терапия: обильное питье, сокращающие средства, лед на низ живота, пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 3 часа. Через 6 часов после выскабливания температура снизилась до нормы и в последующем не повышалась, пульс стал редким (75—80 ударов в минуту), среднего наполнения. Больная на 7-й день была выписана в хорошем состоянии.

**Краткий эпикриз.** П. К., 27 лет, доставлена в клинику по поводу сильного маточного кровотечения.

Диагностирован неполный инфицированный аборт (неосложненный) при 9 неделях беременности. Срочно сделано выскабливание полости матки. Одновременно произведено переливание 250 мл одногруппной консервированной крови и комплексная противосептическая терапия. Через 6 часов температура снизилась до нормы и в последующем не повышалась. Больная выписалась на 7-й день в хорошем состоянии.

### НЕСОСТОЯВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ (MISSED ABORTION)

М. С., 22 лет, поступила в родильный дом 19/VIII 1954 г. с жалобами на тянущие боли внизу живота и в пояснице, появившиеся несколько дней назад; боли связывает с наличием у нее беременности.

В детстве болела малярией, корью; в настоящее время считает себя здоровой.

Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней по 3—4 дня, умеренные, безболезненные.

Замужем 2 года. Первая беременность, наступившая через 4 месяца после замужества, закончилась самопроизвольным выкидышем на 9-й неделе, без последующего выскабливания полости матки. После аборта в течение года предохранялась от наступления новой беременности (coitus interruptus). Последняя менструация с 23/VI по 25/VI.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; внутренние органы без отклонений от нормы. Живот правильной формы, безболезненный при ощупывании. Температура 36,6°, пульс 72 удара в минуту, артериальное давление 110/70 мм; реакция Вассермана отрицательная.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, слизистая входа во влагалище гиперемирована; влагалище средней емкости; шейка матки цилиндрической формы, наружный зев округлой формы, закрыт. Матка в положении anteversio-flexio, грушевидной формы, по величине соответствует 6—7 неделям беременности, тестоватой консистенции, безболезненная, подвижная; придатки без особых изменений. Своды свободны.

Исследование с помощью зеркала: влагалищная часть шейки матки нормальная, покрывающая ее слизистая с синюшным оттенком. Стенки влагалища синюшные. Под впечатлением бывшего у нее самопроизвольного выкидыша женщина обеспокоена и просит помочь ей сохранить беременность.

Все признаки беременности настолько выражены, что не представляет никакого труда поставить правильный диагноз. Однако не следует забывать, что до появления сердцебиения плода и возможности прощупывать его части, диагноз может считаться только вероятным.

*Чем объяснить появление болей внизу живота и в пояснице?*

Появление болей внизу живота и в пояснице, по-видимому, является симптомом некоторого возбуждения нервно-мышечного аппарата матки, что можно рассматривать, как угрозу самопроизвольного выкидыша.

Вот почему мы считаем возможным у нашей больной к диагнозу беременности присоединить и другой диагноз: угрожающий аборт.

*Что делать?*

Отсюда явствует и тот образ действий, который показан при данных обстоятельствах. Прежде всего нужно устранить возбуждение матки, для чего необходимо обеспечить женщине постельный режим, легкую диету; кроме того, назначить опийную настойку по 8—10 капель 2 раза в сутки; от применения слабительных следует воздержаться.

После такого лечения через 3 дня боли у женщины совершенно исчезли и на 4-й день в хорошем состоянии она была выписана по своей настойчивой просьбе.

Через 2 недели после выписки беременная 8/IX 1954 г. была направлена в родильный дом вторично. На этот раз ее направил врач консультации, который установил отставание величины матки от срока беременности.

При исследовании беременной в общем состоянии ее здоровья каких-либо перемен не обнаружено.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт; матка в anteversio-flexio, величиной, как и прежде, соответственно 6—7 неделям беременности, подвижная, безболезненная; придатки не определяются: своды свободны.

Больная встревожена и настойчиво допытывается о состоянии своей беременности.

#### *Какой можно поставить теперь диагноз?*

Матка по своей величине, действительно, не соответствует сроку последних менструаций. Если учесть длительность аменорей, то матка должна была к моменту настоящего исследования достигнуть размеров, соответствующих приблизительно 9-недельной беременности, но на самом деле величина ее оказывается меньшей. Это несоответствие особенно заметно и при сопоставлении результатов исследований при первом и втором поступлении женщины в родильное учреждение.

Исследование позволило установить, что матка не только не увеличилась в размерах за последние 3 недели, но как бы даже несколько уменьшилась.

Таким образом, имеющиеся в нашем распоряжении факты дают основание предположить, что у данной беременной наступила гибель яйца, т. е. прекращение беременности. Хотя этот диагноз представляется весьма вероятным, все же к нему следует относиться осторожно. При нормальной беременности увеличение матки может происходить неравномерно, вследствие чего иногда кажется, что рост матки прекратился и течение беременности нарушилось; последующее же наблюдение заставляет опровергнуть создавшееся неправильное впечатление. Учитывая это, а также возможность недостаточно точного определения величины матки при первом исследовании, мы поступим более благоразумно, если поставленный диагноз сочтем пока предположительным и посоветуем беременной показаться через 2—3 недели.

#### *Можно ли в данный момент уточнить диагноз?*

В ряде случаев можно. Для этой цели мы прибегли к биологической реакции на беременность, используя самцов лягушек (сперматурическая реакция). Сперматурическая реакция у больной оказалась сомнительной.

Больную мы вновь осмотрели через две с половиной недели; она отмечает у себя ощущение какой-то перемены в организме, которую она не в состоянии словами выразить. Более определенно она указывает на то, что «грудь» стала мягче и в ней нет чувства напряжения, которое было раньше; свое состояние она выразила: «Со мной творится что-то странное; мне кажется, что я не беременна». Встревожена, плачет. Температура 36,7°, пульс 82 удара в минуту.

Влагалищное исследование (третий раз): наружный зев шейки матки закрыт, тело матки увеличено до 7 недель беременности; шаровидная форма матки стала менее выраженной, переднезадний размер ее уменьшился. Изменилась и консистенция матки, она стала дрябловатой.

Сомнений больше не остается. Предположительный диагноз сменяется достоверным; несостоявшийся выкидыш [англ. missed abortion (рис. 19), нем. verhaltene Fehlgeburt].

Эта патология представляет относительно редкое осложнение беременности, этиология и патогенез которого недостаточно выяснены. В качест-

ве причин несостоявшегося выкидыша указываются разнообразные процессы в организме женщины: беременность во время лактации, когда стенки матки могут оказаться несколько атрофичными, гипоплазия матки; изменения в миометрии дистрофического характера на почве перенесенного воспаления.

Предпринимаются попытки рассматривать данную патологию как результат нарушения нейро-эндокринной регуляции, в частности, как следствие недостатка в организме беременной эстрогенов, обладающих способностью активизировать мускулатуру матки. Происшедшая по каким-то неизвестным причинам гибель яйца не вызывает «ответной» нормальной реакции матки, которой она обычно отвечает на присутствие в ее полости инородного тела, каким в данном случае является мертвое плодное яйцо; сокращения матки отсутствуют.

Недостаток в акушерской науке более или менее определенных представлений об этиологии несостоявшегося аборта не дает нам возможности объяснить генез и в настоящем случае. Тем не менее не следует упускать из виду, что больная некоторое время (в течение многих месяцев) пользовалась для предупреждения беременности прерванным половым сношением, неблагоприятное влияние которого на нервную систему женщины не вызывает сомнений. Не исключена возможность, что на этой почве рефлекторным путем возникло нарушение нейро-эндокринной регуляции функционального состояния мышцы матки, что могло привести к ее инертности.

*Существует ли связь между симптомами, по поводу которых больная была направлена в стационар впервые, и наступившей смертью плодного яйца?*

Подобное предположение является оправданным. Хотя в большинстве случаев при несостоявшемся выкидыше крайне трудно установить момент, когда происходит гибель яйца, все же иногда это до некоторой степени удастся. На умершее или находящееся в стадии умирания яйцо матка иногда реагирует сначала небольшими сокращениями; наступают легкие схватки, ощущаемые женщиной в виде умеренной боли. Схватки, как и у данной больной, могут быть настолько слабыми, что не вызывают ни раскрытия шейки, ни кровотечения. Затем кратковременная активность маточной мускулатуры сменяется ее покоем, длящимся недели и даже месяцы.

*Как поступить при создавшихся условиях?*

1. Не откладывая, произвести удаление мертвого плодного яйца при помощи стимуляции сокращений матки; в случае неудачи этого мероприятия прибегнуть к оперативному вмешательству (выскабливание).

2. Выждать, пока наступит самопроизвольное изгнание яйца.

Оба предложения заслуживают внимания.

Прежде чем взвесить тщательно обе возможности и отдать предпочтение тому или другому образу действий, вспомним, что перед нами раньше всего

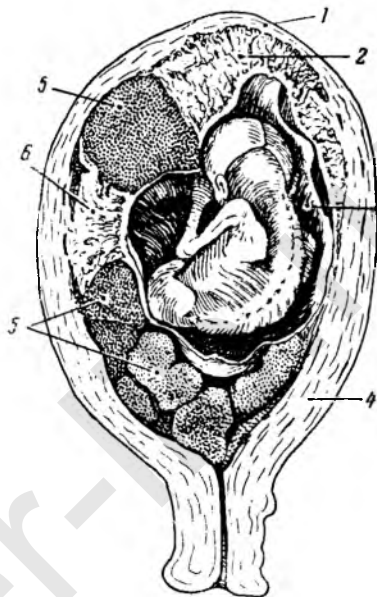


Рис. 19. Несостоявшийся выкидыш. Матка с задержавшимся мертвым плодом.

1 — истонченная маточная стенка; 2 — разросшаяся плацента; 3 — сморщенный яйцевой мешок; 4 — утолщенная маточная стенка; 5 — кровяные сгустки; 6 — плацента.



стоит задача сообщить установленный диагноз больной. Мы умышленно воспользовались словом «задача», так как для женщины, страстно желавшей иметь ребенка, известие о прекращении беременности является большой психической травмой, и долг врача сделать ее как можно меньше.

Поэтому, учитывая отсутствие жизненных показаний к вмешательству, предпочтительно избрать другую тактику, а именно: выжидание в надежде на самопроизвольное изгнание задержавшегося яйца. Самопроизвольное изгнание плодного яйца происходит под влиянием нескольких факторов. С одной стороны, все большее восстановление нейро-эндокринных отношений и продолжающаяся инволюция матки постепенно возобновляют нормальную реактивность этого органа. С другой стороны, физические свойства погибшего яйца настолько изменяются, что раздражение им стенок матки постепенно возрастает. Не говоря уже о том, что самопроизвольное изгнание яйца как естественный процесс ликвидирует данную патологию бережнее, чем самое высокое искусство акушера, такая тактика лучше подходит к психическому настроению больной, позволяя ей постепенно освоиться со своим несчастьем и с доверием отнестись к дальнейшим врачебным мероприятиям.

Исходя из этих соображений, мы разъяснили больной, что плодное яйцо может выделиться самопроизвольно и поэтому ей следует находиться под наблюдением консультации.

Прошло еще около месяца, и женщина вновь явилась в родильный дом. По ее словам, накануне появились незначительные кровянистые выделения из влагалища. При влагалищном исследовании обнаружено, что матка по величине соответствует 5—6 неделям беременности, несколько дряблая. Психическое настроение у женщины заметно изменилось. Будучи убеждена теперь в том, что беременность прекратилась, она настаивает, чтобы задержавшееся плодное яйцо поскорее было удалено, потому что ее угнетает мысль, что «она носит в себе мертвый зародыш».

К словам больной необходимо отнестись с должным вниманием. Опыт показывает, как мучительно в подобных случаях действует на некоторых женщин сознание происходящего в их организме. Учитывая душевное состояние данной женщины, а также значительную инволюцию ее матки, мы склонны теперь пойти на удаление задержавшегося плодного яйца.

*Каким методом произвести удаление плодного яйца?*

Разумеется, правильным и наиболее бережным является метод стимуляции сокращений матки. Для стимуляции сократительной деятельности матки был применен несколько измененный способ Е. М. Курдиновского. После дачи 30 г касторового масла больная получала хинин по 0,2 г 4 раза с одночасовыми промежутками; одновременно через такие же промежутки подкожно вводился питуитрин по 0,2 мл 5 раз.

Спустя 6 часов от начала стимуляции у больной появились боли внизу живота и усилилось выделение крови из влагалища; затем эти признаки начавшейся активности матки затихли и состояние больной стало прежним.

*Что предпринять теперь?*

1. Провести повторно стимуляцию и в случае неудачи удалить задержавшееся яйцо оперативным путем.

2. Немедленно прибегнуть к оперативному удалению из матки задержавшегося яйца.

Надо полагать, что более благоразумным является первое предложение. Кроме настойчивого желания самой больной поскорее избавиться от мертвого плодного яйца, других показаний, требующих немедленного опорожнения матки, у больной пока нет.

Прождав безрезультатно целый день, мы повторили стимуляцию сократительной деятельности матки. На этот раз предварительно вводили в течение 2 дней по 20 000 единиц фолликулина и не давали повторно касторового масла. Через 6 часов

после второй инъекции фолликулина давали хинин и питуитрин через такие же промежутки, как и в первый раз. Уже в процессе стимуляции у больной появились боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения из влагалища. Так продолжалось несколько часов и по окончании стимуляции, а затем эти явления прекратились.

Прождав безрезультатно еще день (26/X), мы произвели выскабливание стенок полости матки. Расширение канала шейки произошло довольно легко, удаление яйца кюреткой также не сопровождалось осложнениями. Кровотечение во время операции не было обильным. Послеоперационный период протекал гладко, и на 5-й день после операции больная была выписана из родильного дома.

Удаленное яйцо, частично нарушенное в своей целостности выскабливанием, представляло собой комок тканей величиной приблизительно со сливу, пронизанный во многих местах кровью и фибрином; местами поверхность его грязно-серая, шероховатая. Эмбриона не обнаружено.

Патологоанатомический диагноз: кровяной занос.

*Правильно ли было отказаться от дальнейшего выжидания самопроизвольного рождения погибшего плодного яйца, перейдя к активным действиям?*

На наше решение в некоторой степени повлияло настойчивое желание самой больной. Конечно, не всегда можно сообразоваться с требованиями больных в подобных случаях. Если бы беременность была более поздних сроков, при которой имеется мощное развитие в матке сосудистой сети, если бы матка была большей по размерам, что вызвало бы опасение встретиться с большими трудностями при операции, то это удержало бы нас от последней, несмотря на требование больной. Но в тот момент, когда мы решили опорожнить матку, последняя по своей величине соответствовала 5—6-недельной беременности, процессы инволюции в ней продвинулись настолько далеко, что не было оснований ожидать обильного кровотечения. К тому же мы дважды прибегали к стимуляции сократительной деятельности матки, но почти безрезультатно.

Что касается опасности перфорации матки вследствие некоторой дряблости ее мускулатуры, то мы считаем риск этого осложнения минимальным при правильной и осторожной технике вмешательства (применение аборт-цанга без кремальеры, тупых кюреток и т. д.). Вот почему, дважды испробовав возможность вызвать сокращение матки медикаментозными средствами и потерпев неудачу, мы прибегли к оперативному удалению плодного яйца. Вместе с тем мы не отрицаем того обстоятельства, что в случаях, подобных нашему, целесообразно не ограничиваться двукратной стимуляцией сократительной деятельности матки, а повторить эту процедуру, если первая-вторая попытка вызвать изгнание плодного яйца оказалась безрезультатной.

Повторную стимуляцию мы рекомендуем проводить, изменяя несколько методику предыдущей. Например, до применения схемы Е. М. Курдиновского вводить внутримышечно в течение 2—3 дней по 20 000—30 000 единиц эстрогенных препаратов, так как они, по-видимому, могут повышать чувствительность матки к хинину и питуитрину (эстрогенный фон).

Тактику, использованную нами в настоящем случае, можно назвать «тактикой средней линии», потому что она не требует немедленного вмешательства после установления диагноза несостоявшегося аборта и в то же время ограничивает время ожидания самопроизвольного изгнания плодного яйца.

Вследствие невозможности точно указать, какова должна быть продолжительность ожидания, надо подходить к решению этого вопроса в зависимости от особенностей каждого случая.

**Краткий эпикриз.** М. С., 22 лет, поступила в родильный дом с незначительными симптомами угрожающего выкидыша. Беременность 6—7 недель. Явления угрожающего состояния прошли в течение 3 суток пребывания женщины в стационаре. Через 2 недели она явилась вновь, так как в консультации было установлено прекращение роста матки. После исследования

был поставлен предположительный диагноз: несостоявшийся выкидыш при наличии погибшего плодного яйца. При третьем посещении женщиной родильного дома (еще через 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> недели) окончательно установлен диагноз несостоявшегося выкидыша. Принята тактика выжидания и наблюдения за женщиной в амбулаторных условиях. Спустя месяц, ввиду тяжелых переживаний женщины, после безуспешной медикаментозной стимуляции сократительной деятельности матки предпринято оперативное удаление плодного яйца. Исход благополучный: была выписана на 5-й день после операции в хорошем состоянии под наблюдение консультации.

## ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

В. Н., 35 лет, поступила в гинекологическое отделение больницы 21/X 1954 г. с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища.

Перенесла сыпной тиф, дизентерию. Гинекологические заболевания отрицает.

Менструации с 14 лет, через 28 дней по 4—5 дней, обильные, безболезненные, установились сразу. Было 7 беременностей. Роды одни (в 1949 г.); после родов не болела; 6 аборт, из них 2 самопроизвольных и 4 внебольничных; первый аборт был в 1950 г., последний — в 1952 г. Все аборты сопровождались выскабливанием полости матки.

Последняя нормальная менструация с 7/VIII по 11/VIII 1954 г. Считает себя беременной. Настоящая беременность протекала с явлениями выраженного токсикоза: тошнота, частая рвота. 10/X без видимой причины появились кровянистые выделения, продолжавшиеся один день. 16/X вновь появились выделения, которые также не сопровождались какими-либо болями; вскоре эти выделения прекратились. 20/X опять появились кровянистые выделения, однако более интенсивные, чем в прошлые разы. В связи с этим она обратилась к врачу. Вмешательства, направленные на прерывание беременности, категорически отрицает.

Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки несколько бледны. Температура при поступлении 36,8°, пульс 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 100/70 мм. Границы сердца в пределах нормы; сердечные тоны чистые. В легких дыхание везикулярное.

Живот правильной формы, при пальпации мягкий. Над лоном возвышается опухолевидное образование, верхняя граница которого на 6 см выше лона, несколько болезненное при пальпации, местами очень мягкой консистенции; при ощупывании сокращений стенок опухоли не отмечается. Частей плода прощупать не удается. Сердцебиение плода не прослушивается.

В моче следы белка.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально. Влагалище рожавшей женщины. Слизистая входа во влагалище слегка синюшной окраски. Из влагалища необильные кровянистые выделения. Шейка матки цилиндрической формы, несколько укорочена, наружный зев закрыт. Матка в ante flexio-versio, увеличена соответственно 14—15 неделям беременности, неравномерной консистенции, отдельные участки ее мягковатой консистенции, болезненные при пальпации; консистенция матки при пальпации не изменяется. Своды свободные; область придатков без особых изменений.

При осмотре зеркалами — слизистая, покрывающая шейку матки, без патологических изменений, слегка синюшного цвета.

### *Какой диагноз?*

В анамнезе 6 абортов; при настоящей беременности с первых месяцев периодически отмечаются повторяющиеся маточные кровотечения. Казалось бы, диагноз напрашивается сам собой—начинающийся аборт при беременности 14—15 недель (поздний аборт).

Под диагнозом начинающегося аборта понимают отслойку плодного яйца при обычной беременности. Однако такая же на первый взгляд картина может иметь место и при беременности с патологическим прикреплением плодного яйца, и при беременности с той или иной патологией в элементах плодного яйца. Поэтому всякий раз, когда мы устанавливаем подобный диагноз, необходимо дополнительное подробное обследование беременной с подробным учетом всех данных анамнеза.

*Что имеется в анамнезе у нашей больной?*

На протяжении 3 лет шесть, один за другим следовавших аборт, сопровождающихся каждый раз выскабливанием полости матки. В слизистой матке могли наступить изменения воспалительного характера. Это обстоятельство очень часто благоприятствует при последующей беременности неправильному (низкое прикрепление, предлежание) прикреплению оплодотворенного яйца в матке и преждевременной отслойке последнего.

Следовательно, правы и те, которые считали, что у данной больной можно предположить низкое прикрепление плодного яйца или предлежание плаценты. Однако низкая имплантация плодного яйца, даже с образованием в будущем предлежания плаценты, чаще является причиной кровотечения в более поздние сроки беременности, разумеется, если исключается шеечная или шеечно-перешеечная беременность (стр. 123).

*Все ли мы правильно учли, всеми ли данными субъективного и объективного обследования воспользовались для установления настоящего диагноза?*

Бесспорно, не все. По сроку задержки менструации (последняя менструация с 7/VIII по 11/VIII) можно ожидать беременность в 8, максимум 9 недель. По данным объективного обследования, тело матки увеличено до размеров 14—15-недельной беременности.

*Почему такое расхождение между сроком задержки менструации и величиной матки?*

Возможно, что женщина ошиблась, указав неточную дату последней менструации, и тогда это расхождение станет понятным. Однако женщина утверждает, что она хорошо запомнила, когда у нее была последняя менструация. Все же и такое утверждение не решает еще окончательно вопроса. У некоторых женщин менструации могут быть в первые два и даже три месяца беременности. Правда, это бывает крайне редко и обычно такая менструация бывает более скудной и по количеству теряемой крови, и по продолжительности, чем обычная. У нашей больной, по ее заявлению, последняя менструация была нормальной.

Разумеется, все это субъективные определения и всецело только на них строить окончательный диагноз рискованно.

*Что говорит о наличии 14—15-недельной беременности?*

Величина матки.

*Можно ли предположить, что матка больше ожидаемого размера вследствие многоводия или многоплодия?*

Имеющиеся у больной жалобы на сильную рвоту в течение всей беременности могут иметь место и при многоводии, и при многоплодии.

Правда, несколько необычна неравномерная консистенция матки, мягковатость ее в отдельных участках, отсутствие при длительной пальпации сокращений мускулатуры, слишком большое несоответствие между сроком последней менструации и величиной матки. Но и это еще не говорит категорически против многоводия и многоплодия при таком сравнительно раннем сроке беременности.

Итак, в данном случае можно предположить: 1) беременность 14—15 недель и угрожающий выкидыш; 2) многоводие и угрожающий выкидыш; 3) многоплодие и угрожающий выкидыш; 4) низкое прикрепление плодного яйца и угрожающий выкидыш.

*Можно ли остановиться на любом из этих диагнозов и, учитывая, что состояние больной не требует в данный момент каких-либо вмешательств, понаблюдать, что будет дальше?*

Все перечисленное выше лишь уточняет до известной степени характер патологии беременности, но в конечном счете диагноз остается тот же—выкидыш. При этом ни характер кровотечения, ни общее состояние беременной не вызывают необходимости какого-либо срочного оперативного вмеша-

тельства. Наоборот, все эти предположения требуют постельного режима, врачебного наблюдения, так как при указанных диагнозах не исключается возможность сохранения беременности. И каково будет наше огорчение, если при дальнейшем наблюдении за больной выявится патология, о которой мы не подумали сразу!

Несоответствие размеров матки сроку беременности, длительные, повторяющиеся с небольшими промежутками кровянистые выделения, иногда переходящие в кровотечение, при закрытом шейном канале, резко выраженное проявление токсикоза беременности—все это, как известно, характерно



Рис. 20. Пузырькообразные расширения, ворсины, наполненные светлой жидкостью. Слева—нормальное строение ворсины; справа—пузырный занос.

и для пузырного заноса. Поэтому при установлении диагноза об этой патологии также нужно было подумать.

**Пузырный занос** (*mola hydatidosa*)—заболевание ворсинчатой оболочки плодного яйца, резкое увеличение ворсин с образованием в них пузырькообразных расширений величиной от просыного зерна до вишни. Пузырькообразные расширения, наполненные светлой жидкостью, соединяются тонкими стебельками, отходящими от поверхности пузырьков (рис. 20). Весь конгломерат пузырьков напоминает собой кисть винограда или белой смородины, но без общего ствола (см. рис. 21).

Гистологически пузырный занос представляет разрастание преимущественно эпителиального покрова ворсин—синцития и ланггансова слоя; строма же ворсины подвергается отеку. Отмечаются при этом изменения и в участках отпадающей оболочки в местах внедрения пузырьков; отпадающая оболочка истончается, атрофируется, в отдельных местах в ней имеются участки кровоизлияния. Все это, с одной стороны, способствует ранней отслойке элементов пузырного заноса, что сопровождается повторяющимися кровотечениями без признаков сокращений матки; с другой—измененные ворсины прорастают отпадающую оболочку, врастают иногда глубоко в мышечную стенку матки, доходя до ее брюшинного покрова, а иногда прора-

стают последний и проникают в брюшную полость—так называемый деструктивный пузырный занос (рис. 21).

Признавая за децидуальной оболочкой своего рода барьер материнского организма против разрушительного действия хориона (К. П. Улезко-Строганова), наличие изменений в ней, которые отмечаются при пузырном заносе, до известной степени объясняют частоту особенно выраженных ток-сикозов у женщин с первых же недель такой беременности. Подобные изменения в децидуальной оболочке были обнаружены К. Н. Сызгановой (1952) и другими при чрезмерной рвоте беременных.

Изменения хориона, разумеется, сказываются на его функции, а отсюда и на развитии эмбриона и плода. В зависимости от момента, когда началось перерождение ворсин, а также распространенности этого поражения возможны различные исходы для плода и для беременной.

*Какая причина возникновения пузырного заноса?*

К сожалению, этиология этого заболевания до сих пор остается еще невыясненной. Полагают, что причина может быть и в элементах плодного яйца, в частности, заболевания ворсинчатой оболочки, и в отпадающей оболочке. Является ли ненормальное развитие ворсинчатой оболочки следствием имевшихся изменений в отпадающей оболочке или наоборот, окончательно не выяснено.

При пузырном заносе сравнительно нередко (около половины случаев) появляются яичниковые опухоли кистозного характера (лютеиновые кисты), в большинстве случаев с обеих сторон. Яичники при влагалищном исследовании оказываются увеличенными иногда до размеров головки новорожденного и даже больше.

Перерождение ворсин может возникнуть в самой ранней стадии беременности, когда на поверхности плодного яйца еще имеются первичные ворсинки; иногда перерождение наступает, когда уже образовалась плацента. Измененной может оказаться как вся плацента, так и часть ее, так называемый частичный пузырный занос. В последнем случае, в зависимости от степени распространения перерождения, не исключена возможность сохранения жизни плода. При двойне возможно поражение пузырным заносом плаценты только одного яйца. Обычно же при пузырном заносе плод погибает в ранние сроки беременности и к моменту родоразрешения успевает рассосаться.

*Как же распознается пузырный занос?*

Распознавание пузырного заноса нередко представляет значительные трудности. Все же внимательное обследование больной позволяет получить ряд характерных признаков, в своей совокупности позволяющих с большой долей вероятности поставить подобный диагноз.

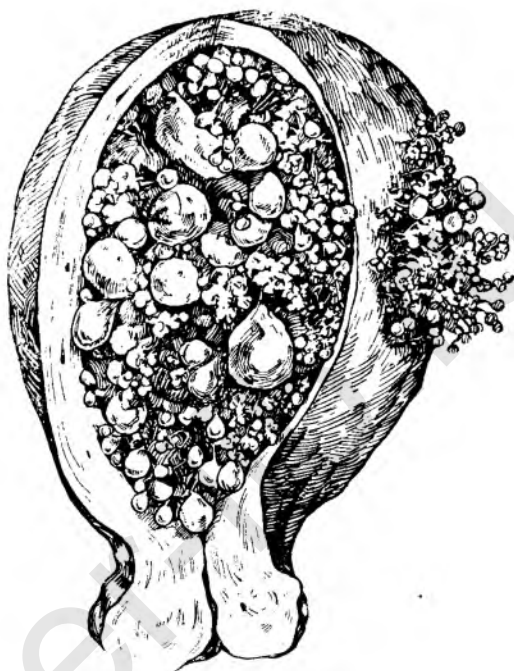


Рис. 21. Пузырный занос. Деструктивный пузырный занос.

Обычно уже с первого месяца беременности появляются кровянистые выделения, как это бывает при начинающемся выкидыше. В отличие от последнего кровянистые выделения повторяются на протяжении длительного периода, без болевых ощущений, без схваток. При этом в отличие от обычного выкидыша канал шейки матки длительное время остается закрытым.

При систематическом наблюдении за беременной удается отметить несоответствие размеров матки сроку беременности (по последней менструации). Обширное и быстрое разрастание пузырного заноса влечет за собой значительное увеличение размеров матки. Мы, к сожалению, видим больную впервые (она не посещала консультации), поэтому не имеем данных длительного наблюдения. Однако в момент исследования у нее имеется значительное несоответствие размеров матки сроку беременности.

При пузырном заносе отмечается дряблая, тестоватой консистенции матка; на раздражения такая матка или не отвечает сокращением, или реагирует лишь частичным сокращением отдельных ее участков. При значительном, быстро нарастающем перерождении матка оказывается сплошь как бы туго «нафаршированной» пузырным заносом; в этом случае матка оказывается плотной, стенки ее растянутые, напряженные.

У наблюдаемой нами больной, как мы видели при пальпации живота и матки, последняя неравномерной консистенции, в отдельных участках мягковатая; консистенция ее при исследовании не изменяется.

Беременность в первые месяцы при пузырном заносе может протекать обычно. Однако чаще встречаются, как упоминалось выше, значительно выраженные ранние токсикозы беременности. По мере увеличения срока беременности появляются все более выраженные признаки интоксикации: тошнота, рвота, отеки, альбуминурия.

Часто встречающиеся при пузырном заносе тяжелые формы токсикозов беременности в известной степени можно объяснить попаданием в организм беременной веществ, исходящих из патологически измененных элементов плодного яйца. Этому, как уже отмечалось, благоприятствует глубокое прорастание ворсин и их разрушительное действие на базальную отпадающую оболочку, что делает последнюю анатомически и функционально неполноценной. У данной больной, действительно, была рвота, небольшая альбуминурия; учитывая сравнительно небольшой срок беременности, можно предположить, что другие проявления интоксикации, наблюдаемые нередко при этой патологии, еще не успели развиться.

В громадном большинстве случаев при пузырном заносе беременная не ощущает шевеления плода, не прослушивается и его сердцебиение. У нашей больной вследствие малого срока беременности мы не можем говорить о наличии или отсутствии этих признаков.

Симптомы, имеющиеся у данной больной: несоответствие величины матки ожидаемому сроку беременности, повторяющиеся кровянистые выделения без болевых ощущений, без схваток, сохранившаяся шейка матки—признаки, достаточные для того, чтобы предположить пузырный занос.

Есть еще один вспомогательный диагностический метод, о котором не следует забывать. Это—биологическая реакция на содержание хориального гонадотропина в моче беременной.

В большинстве случаев при пузырном заносе (а при хорионэпителиоме почти всегда) с мочой выделяется хориальный гонадотропин в значительно большем количестве, чем при нормальной беременности. Поэтому обычно для подобного исследования у больных с подозрением на пузырный занос пользуются разведенной (от 20- до 100-кратного разведения) мочой. Биологическая проба может быть произведена на инфантильных мышках (реакция Ашгейма—Цондека), на самцах озерных лягушек (сперматурическая реакция) и на крольчихах (реакция Фридмана).

Встречаются беременные женщины с пузырьным заносом, у которых с мочой выделяется обычное, как при нормальной беременности, количество хориального гонадотропина, и тогда указанная реакция не внесет ясности в клинический диагноз. Однако это бывает редко. Чаще все же содержание хориального гонадотропина при пузырьном заносе повышено. С этой точки зрения, если имеется возможность провести биологическую реакцию, ее необходимо сделать.

У наблюдаемой нами больной сперматурическая реакция оказалась положительной при разведении мочи 1 : 50, что в сочетании с имеющимися у нас данными акушерского исследования позволяет с большой долей вероятности предположить пузырьный занос.

*Важно ли в данный момент уточнить диагноз?*

Если все указанные выше диагнозы в общем сводятся к выкидышу и при прогрессировании процесса в конечном счете могли бы потребовать вмешательства в виде выскабливания полости матки, то в случае, если бы мы не диагностировали или не предположили возможности указанной патологии, выскабливание матки могло бы оказаться роковым для женщины.

До 5/XII состояние больной оставалось удовлетворительным. Временами появлялись незначительные схваткообразные боли, во время которых несколько усиливались кровянистые выделения. Ночью 5/XII у больной появилось значительное маточное кровотечение; в вытекающей крови при внимательном осмотре пузырьков не обнаружено.

Влагалищное исследование: во влагалище мелкие сгустки крови, шейка матки несколько укорочена, канал пропускает за внутренний зев один палец, сразу за внутренним зевом прощупывается неясного характера мягкая ткань. Тело матки увеличено до размеров 16-недельной беременности, по-прежнему неодинакова в различных отделах ее консистенция, но более напряженная.

Кровотечение вскоре прекратилось.

Полученных данных, к сожалению, еще недостаточно для полного уточнения диагноза. Правда, картина течения заболевания весьма характерна для пузырьного заноса и мы с еще большей вероятностью склонны поставить прежний диагноз.

Длительные незначительные кровянистые выделения и последнее маточное кровотечение (5/XII) вызвали развитие у больной анемии: значительное побледнение кожи лица и видимых слизистых оболочек, гемоглобин с 13,5 г % (81 единица) упал до 10,5% (63 единицы), количество эритроцитов с 3 500 000 упало до 2 800 000.

*Что делать? Сколько можно еще выжидать?*

Есть все основания ускорить опорожнение матки.

*Каким способом произвести опорожнение матки, учитывая все вышеизложенное?*

Можно рекомендовать следующие методы: 1) удалить содержимое матки пальцами; 2) расширить канал шейки расширителями до большого номера и затем опорожнить матку пальцами; 3) вызвать сокращения матки медикаментозно-гормональными средствами, а дальше действовать в зависимости от акушерской ситуации.

Данные влагалищного исследования говорят о том, что у женщины появились, правда, весьма незначительные, сокращения матки. Но открытие шейки еще недостаточное, чтобы можно было прибегнуть к пальцевому опорожнению матки, как наиболее бережному методу. При расширении канала шейки матки расширителями до большого номера можно ввести в матку два пальца и опорожнить полость матки. Однако расширение канала шейки матки инструментальным способом рискованно, так как возможно глубокое расползание тканей в области внутреннего зева. Кроме того, после расширения канала шейки матки сохраняется, что значительно затруднит движения пальцев в матке.



Учитывая, что в данный момент особых показаний к экстренному опорожнению матки нет, мы предпочитаем испробовать третье предложение— попытаться медикаментозно-гормональными средствами усилить сокращения матки (стимулировать схватки), что, несомненно, будет способствовать



Рис. 22. Рожающийся пузырный занос.

и большему раскрытию внутреннего зева. В дальнейшем будем действовать в зависимости от акушерской ситуации. Одновременно с профилактической и лечебной целью проведем трансфузию крови в количестве 250 мл. Наряду с этим, учитывая возможность инфицирования полости матки, применим внутримышечно пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 3 часа (8 раз в сутки).

5/XII 1954 г. в 4 часа ночи начали стимуляцию сократительной деятельности матки: внутрь 60 г касторового масла, через 1 час очистительная клизма, 0,2 г солянокислого хинина внутрь, через полчаса 0,2 мл питуитрина подкожно, через полчаса 0,2 мл раствора 1 : 1000 солянокислого стрихнина под кожу, а затем все это в том же порядке повторяли через каждые полчаса. Внутривенно ввели 50 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Спустя 3 часа после начала стимуляции сократительной деятельности матки больная стала отмечать появление сильных болей внизу живота. При

болях определяется уплотнение матки. В 8 часов 30 минут у больной появилось значительное кровотечение, и в вытекающей крови были обнаружены единичные пузырьки.

Диагноз пузырного заноса подтвердился.

5/XII в 8 часов 45 минут произведено влагалищное исследование (на операционном столе); при введении пальцев во влагалище нащупывается студенисто-бугристая ткань, свисающая из наружного зева (рис. 22); открытие зева на 2—2½ пальца, шейка почти сглажена. В остальном данные получены те же, что и при предыдущем исследовании.

В настоящее время имеются условия для пальцевого опорожнения полости матки.

Больной дан эфирный наркоз. Проходя пальцами мимо свисающей во влагалище части пузырного заноса, не нарушая последнего во избежание излишнего кровотечения, свободно удается проникнуть в полость матки двумя пальцами (рис. 23). Фиксируя другой рукой снаружи через брюшную стенку тело матки и стараясь последнее низвести возможно ниже, осторожно обходим пальцами, введенными в полость матки, по ее стенкам и таким путем отделяем от стенок матки всю обширную массу пузырного заноса, которую сдвигаем во влагалище. После опорожнения полости матки, последняя сразу уменьшилась в объеме и стенки ее стали значительно толще. Не выни-

мая пальцев из полости матки, мы еще раз внимательно и осторожно обошли все стенки и, убедившись, что значительных, ощутимых пальцем, остатков пузырного заноса в ней нет, извлекли пальцами части удаленного пузырного заноса. Матка хорошо сократилась; дно матки стоит на два поперечных пальца выше лона.

Удаленная масса пузырного заноса весит 650 г.

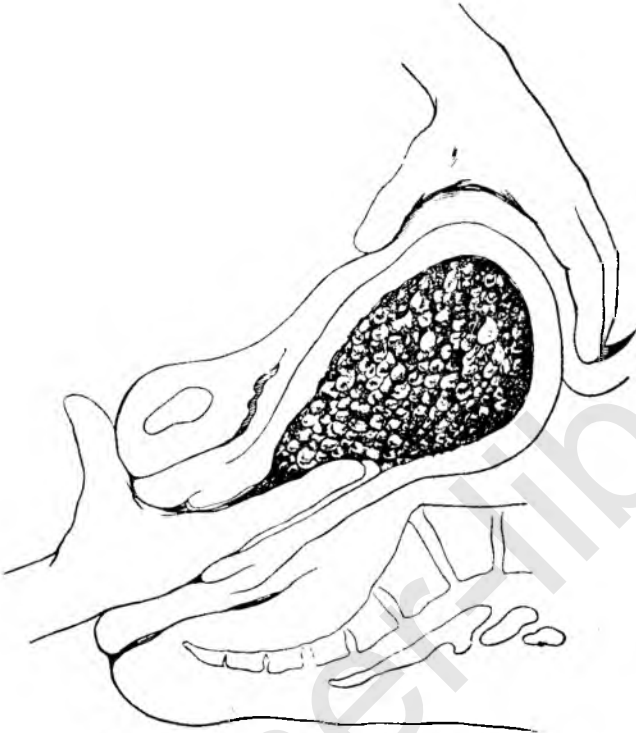


Рис. 23. Пальцевое удаление пузырного заноса.

Итак, все наши рассуждения, их последовательность и вытекающий отсюда образ действия были правильными. В наблюдении за данной больной мы проявили и необходимое акушерское мышление и терпение. Своевременно прибегли к оказанию акушерской помощи, избрав наиболее щадящий и наименее рискованный метод.

*Можно ли считать, что все уже сделано и женщина не нуждается в наблюдении и лечении?*

Нет, нельзя. Надо проверить стенки полости матки тупой кюреткой.

Мы избрали метод пальцевого удаления содержимого матки по вполне понятным соображениям (стр. 95). Теперь, когда стенки матки после опорожнения ее полости сократились, стали толще и плотнее, целесообразно произвести инструментальную ревизию стенок полости матки.

Пузырный занос, как известно, помимо непосредственной опасности (длительные кровотечения, возможность глубокого вставания и прорастания стенки матки, риск перфорации стенки матки, особенно при инструментальном удалении пузырного заноса, присоединяющаяся инфекция), представляет опасность для больной и в дальнейшем (стр. 104). После пузырного заноса иногда (по разным авторам, от 5 до 15% случаев) развивается в дальнейшем злокачественная опухоль—хорионэпителиома, дающая метастазы в отдаленные органы (легкие, головной мозг и др.).

В тех случаях, когда пузырный занос рождается или удаляется не полностью, больше и опасность указанного осложнения. Осторожная про-

верка полости матки большой тупой кюреткой сейчас же после выхождения пузырного заноса или в ближайшие сутки уже не так опасна, а целесообразность такой проверки очевидна.

Состояние нашей больной вполне удовлетворительное, матка хорошо сократилась, кровотечение умеренное. Мы решили проверить стенки полости матки путем осторожного выскабливания большой тупой кюреткой.

Больная взята вновь на операционный стол и после соответствующей дезинфекции наружных половых органов во влагалище введены зеркала; обнаженная шейка матки захвачена щипцами Мюзо за переднюю и заднюю губы; через канал шейки матки без расширения свободно проведена в полость матки большая тупая кюретка. Осторожными штриховыми движениями кюреткой на себя проверены последовательно стенки полости матки. При этом удалось выделить оставшиеся сравнительно плотно прикрепленные к передней стенке у дна матки небольшие кусочки пузырного заноса.

Больная перенесла выскабливание спокойно, почти безболезненно; кровотечение прекратилось.

Какими бы «чистыми» ни казались стенки полости матки во время пальцевого обследования, при пузырном заносе этого недостаточно. Оставшиеся в матке даже небольшие частички пузырного заноса могут продолжать расти и производить разрушающее действие на стенки матки со всеми вытекающими отсюда последствиями.

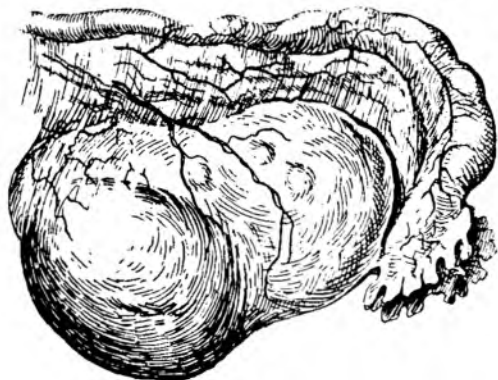


Рис. 24. Лютеиновые кисты.

В течение последующих дней состояние больной оставалось вполне удовлетворительным; температура в первые 3 дня была повышенной, достигая по вечерам  $38,1^{\circ}$ ; пульс 84—90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. С 4-го дня температура стала нормальной; матка хорошо сокращалась, выделения стали скудными и к 8-му дню совсем прекратились. На 11-й день больная была выписана.

Влагалищное исследование перед выпиской: выделения светлые, серозные; шейка матки сформирована; наружный зев пропускает кончик пальца. Матка в ante-flexio-versio, увеличена до размеров 6—7-недельной беременности. Придатки без изменений.

*Могут ли быть обнаружены опухоли со стороны придатков, характерные для пузырного заноса, и какого они характера?*

Еще Маршанд (Marschand) в свое время обратил внимание, что у женщин, умерших в связи с пузырным заносом, сравнительно нередко встречаются кистозно перерожденные яичники и обычно с обеих сторон. Дальнейшие исследования в этом направлении (К. П. Улезко-Строганова, С. П. Виноградова и др.) показали, что эти кистозные образования представляют собой растущие или атрезирующиеся фолликулы и атретические желтые тела. Чаще—это кисты желтого тела, высланные изнутри слоем лютеиновых клеток, почему они и называются лютеиновыми кистами (рис. 24).

*Что делать с больной, у которой имеется указанная киста?*

1. Оперировать.

2. Наблюдать в течение ближайших недель и потом принять решение.

Лютеиновые кисты—сравнительно частые спутники пузырного заноса, и обычно с ликвидацией последнего эти опухоли через 3—4 недели исчезают. Подвергаются обратному развитию, не нарушая в дальнейшем нормальной деятельности яичников.

Данная больная была выписана под наблюдение женской консультации. За ней нужно проследить в течение длительного времени, не менее чем 1—1½ года, с периодическим исследованием мочи на содержание хориального гонадотропина, чтобы не пропустить возможного развития хорионэпителиомы.

**Краткий эпикриз.** В. Н., беременная, 35 лет, поступила в гинекологическое отделение больницы с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. При тщательном обследовании женщины на основании значительного несоответствия размеров матки сроку беременности, выраженного значительного токсикоза заподозрен пузырный занос. Исследование разведенной мочи на содержание хориального гонадотропина показало значительное содержание его в моче. Беременная оставалась под наблюдением в стационаре. В дальнейшем проведена стимуляция схваток и при открытии наружного зева шейки на 2½ пальца пузырный занос удален пальцевым способом. По удалении пузырного заноса произведена ревизия стенок полости матки путем выскабливания. Спустя 11 дней больная в хорошем состоянии выписана под наблюдение женской консультации.

### ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Г. С., 33 лет, поступила в клинику 22/IX 1954 г. с жалобами на выделения желтоватого цвета, появившиеся с 20/VIII 1954 г. До этого в течение двух недель наблюдались периодически кровянистые выделения.

Менструации с 13 лет, установились сразу, через 28 дней по 7 дней, безболезненные, обильные. Половая жизнь с 17 лет; после замужества характер менструаций не изменился. Имела четыре беременности, две из которых закончились нормальными срочными родами (в 1938 и 1940 г.), а одна беременность закончилась (1950) внебольничным абортom на III месяце с последующим выскабливанием полости матки, без осложнений.

Четвертая беременность закончилась на IV месяце пузырным заносом. После рождения пузырного заноса 12/X 1953 г. произведено выскабливание стенок полости матки.

После заболевания пузырным заносом цикл менструаций изменился: они стали повторяться через 14—15 дней по 8—10 дней, периодически появлялись кровянистые выделения, не связанные с менструацией. Ввиду непрекращающихся мажущего характера кровянистых выделений больная была госпитализирована в конце декабря 1953 г. В начале января 1954 г. произведено диагностическое выскабливание слизистой полости матки. Гистологический диагноз: «В пределах присланного соскоба обнаруживаются пласты децидуальной ткани и обрывки эндометрия с участками аденодецидуального полипа. Признаков злокачественного роста не обнаружено».

В дальнейшем больная продолжала оставаться под наблюдением женской консультации. Ввиду появляющихся время от времени не связанных с менструацией кровянистых выделений из матки, больная была повторно госпитализирована в конце июля 1954 г. для диагностического выскабливания. При гистологическом исследовании соскоба признаков злокачественного роста не обнаружено, и больная была выписана под наблюдение женской консультации.

На протяжении всего времени наблюдения за больной при повторных анализах реакция Ашгейма—Цондека с мочой без разведения положительная, а в разведениях 1 : 5, 1 : 10, 1 : 90 — сомнительная, в больших разведениях — отрицательная. Последняя реакция Ашгейма—Цондека, произведенная по назначению консультации 27/VIII 1954 г., с мочой без разведения была положительной, в разведении 1 : 5 и 1 : 40 — сомнительной.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Других жалоб не предъявляет. Со стороны внутренних органов (легкие, сердце, печень, почки) отклонений от нормы не отмечается.

*Какие могут быть предположения относительно диагноза? Каков план дальнейшего ведения больной?*

1. Учитывая, что последняя беременность закончилась 10 месяцев назад пузырным заносом, диагноз хорионэпителиомы как бы напрашивается сам собой.

2. Отсутствие заметного нарастания в моче концентрации хориального гонадотропина требует еще дополнительного обследования больной для окончательного установления диагноза.

3. Отрицательный ответ патогистологического исследования слизистой полости матки ставит под сомнение диагноз хорионэпителиомы.

Надо всегда помнить, что благоприятные результаты лечения хорионэпителиомы зависят прежде всего от ранней диагностики этого заболевания. Поэтому мы обязаны все необходимые исследования проделать как можно быстрее.

*Какие же следует произвести исследования для уточнения диагноза?*

Прежде всего необходимо:

- 1) произвести влагалищное исследование;
- 2) повторить исследование мочи на содержание хориальных гонадотропинов;
- 3) произвести повторное выскабливание слизистой матки с последующим срочным гистологическим исследованием соскоба.

Полагаем, что ни одно из предложений не встретит возражений.

Следует отметить, что влагалищное исследование нужно производить сейчас же при поступлении больной.

23/IX 1954 г. влагалищное исследование: наружные половые органы нормальные; вход во влагалище слегка зияет; влагалище рожавшей женщины, цвет слизистой синюшный. Шейка матки рыхлая, цилиндрической формы; наружный зев щелевидный. Матка в *anteflexio-versio* увеличена до размеров 9-недельной беременности, мягкой консистенции, с наличием шероховатости по правому ребру матки. Матка подвижная, при пальпации безболезненная; своды свободные. Придатки с обеих сторон без заметных изменений.

При осмотре с помощью зеркал: слизистая шейки и влагалища цианотичная.

*Что дало влагалищное исследование?*

Увеличенная (до размеров 9-недельной беременности) матка, при наличии в анамнезе повторных, время от времени появляющихся кровянистых выделений после бывшего пузырного заноса, позволяет ставить с известной долей вероятности диагноз хорионэпителиомы.

Для подтверждения диагноза необходимо произвести анализ мочи на содержание хориального гонадотропина и диагностическое выскабливание. И то и другое мы, разумеется, сделали сейчас же.

Позволим себе остановиться на современном состоянии вопроса о генезе хорионэпителиомы и о диагностическом и прогностическом значении при этом биологической реакции Ашгейма—Цондека.

Хорионэпителиома—это атипичное разрастание эпителиальных клеток синцития и ланггансова слоя без участия отпадающей оболочки. Хорионэпителиома—темно-красного или багрового цвета опухоль, развивается либо в виде отдельного узла или узлов в матке, либо распространяется в виде диффузных разрастаний в толще маточной стенки. В начале заболевания опухоль распространяется поверхностно и не исключена в некоторых случаях возможность полного удаления ее при выскабливании.

Обычно опухоль развивается в месте имплантации яйца, но иногда встречается первично в яичнике и в других местах, куда могли быть занесены ворсины хориона или эпителиальные элементы ворсин. Опухоль не имеет стромы и собственных сосудов и состоит только из эпителиальных клеток (рис. 25). Впервые эпителиальный генез этой опухоли был установлен К. П. Улезко-Строгановой.

По своему строению хорионэпителиомы условно разделяются на типичные и атипичные формы. При первой наблюдается четкое распределение синцития и ланггансовых клеток, при второй форме хорионэпителиомы отме-

чается «неправильно перемещенная тканевая масса», беспорядочное смещение протоплазматических синцитиальных полос, с беспорядочными вкраплениями в них ланггансовых клеток.

По клиническому течению атипичные формы хорионэпителиомы являются более злокачественными.

Элементы опухоли обладают повышенной способностью разрушать ткани; следствием этого являются наружные или внутренние кровотечения, равно и кровоизлияния в толщу ткани.

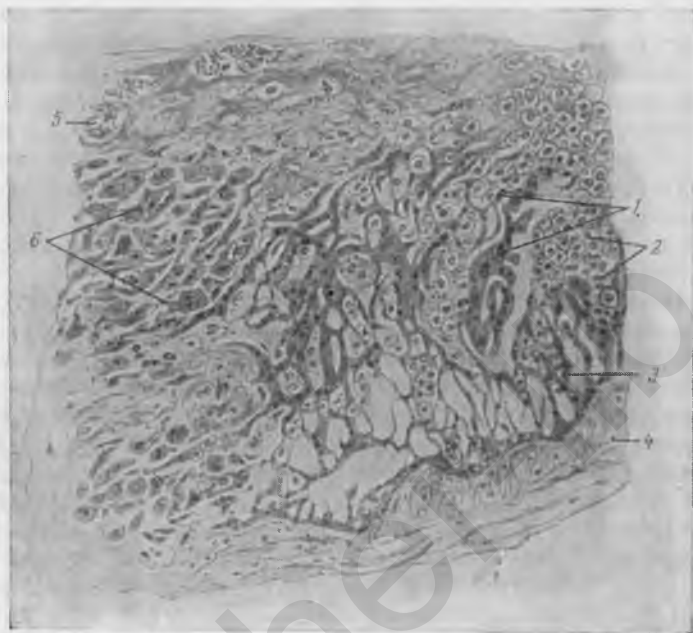


Рис. 25. Хорионэпителиома.

1—синцитиальные разрастания; 2—клетки Лангганса; 3—вакуоли; 4—мышца матки; 5—капилляры; 6—разрастание клеток.

В громадном большинстве случаев хорионэпителиома развивается в течение первого года после последней беременности.

Классическая картина хорионэпителиомы характеризуется следующими признаками (по А. Э. Мандельштаму).

1. Предшествовавшие нормальные роды, беременность пузырным заносом или выкидыш.

2. Длительные или постоянно вновь возобновляющиеся после опорожнения матки профузные кровотечения или кровянисто-водянистые бели, появляющиеся непосредственно после прекращения беременности или вскоре после этого.

3. Появление непосредственно после опорожнения полости матки или после других внутриматочных вмешательств кровянисто-гнойных выделений и лихорадки.

4. Прогрессирующее увеличение матки и бугристость ее.

5. Быстро прогрессирующая тяжелая анемия и кахексия.

6. Появление метастазов, особенно во влагалище.

7. Одышка, кашель, кровянистая мокрота, а также другие симптомы и объективные данные, указывающие на появление метастазов в легких.

8. Быстрое течение болезни, в большинстве случаев приводящее через несколько месяцев к смерти.

Самыми ранними признаками хорионэпителиомы является кровотечение, появляющееся вскоре после окончания беременности, или кровотечение, постоянно наблюдающееся с момента появления при еще неопорожденной матке.

Возможны случаи и внутреннего кровотечения, когда хорионэпителиома прорастает насквозь стенку матки.

Иногда при хорионэпителиоме больные жалуются на боли, вернее, на неприятное ощущение во влагалище; это имеет место при метастазах опухоли в стенку влагалища. Надо сказать, что из всех злокачественных новообразований при хорионэпителиоме значительно чаще наблюдаются метастазы в различные органы, особенно часто метастазы наблюдаются в легких.

Гормональная диагностика хорионэпителиомы, как и диагностика пузырного заноса (стр. 94), основывается на выявлении в моче или крови больной повышенного содержания хориального гонадотропина.

Обычно в подобных случаях пользуются разведенной мочой 1 : 100, 1 : 50.

При положительной реакции диагноз пузырного заноса или хорионэпителиомы тем вероятнее, чем выше концентрация гормона в моче. Для установления диагноза решающим является только обнаружение резко повышенных количеств хориального гонадотропина в моче или в крови. Однако, как показали исследования последних лет, даже очень высокая концентрация хориального гонадотропина в моче не является характерным признаком пузырного заноса. Отмечено, что при токсикозах беременности (рвота) хориальный гонадотропин также иногда выделяется из организма в очень больших количествах, без какого-либо перерождения в плаценте.

Это может иметь значение в диагностике пузырного заноса при беременности. Иное дело в отношении больных с подозрением на хорионэпителиому. Если у небеременной женщины определяется в моче или в крови значительное количество хориального гонадотропина, то это почти всегда свидетельствует о развитии хорионэпителиомы (А. И. Вылегжанин).

Именно значительное количество хориального гонадотропина, его высокая концентрация являются характерными для хорионэпителиомы, а не просто наличие гормона в организме. Если в анамнезе имеется пузырный занос и исключается вновь беременность, то любое повышение концентрации хориального гонадотропина говорит о развитии хорионэпителиомы.

Если после удаления пузырного заноса реакция на гонадотропины была отрицательной и затем снова стала положительной, то при исключении новой беременности есть основание предположить хорионэпителиому. Если после удаления пузырного заноса реакция остается положительной, необходимо путем количественного анализа выяснить, увеличивается ли содержание хориального гонадотропина в организме. Если, например, имеются налицо кистозно измененные яичники (лютеиновые кисты) (стр. 98), а концентрация хориального гонадотропина не увеличивается, то это скорее говорит об отсутствии хорионэпителиомы, а если концентрация нарастает — о наличии хорионэпителиомы.

Как видите, гормональная реакция является ценнейшим методом, но трактовка ее результатов должна быть увязана с данными подробного клинического обследования больной.

Последний анализ мочи у наблюдаемой нами больной, произведенный 22/IX 1954 г.: реакция на гонадотропные гормоны по тесту Ашгейма—Цондека резко положительная в цельной моче и в разведении 1 : 10, 1 : 20 и 1 : 80.

Этого вполне достаточно для установления диагноза хорионэпителиомы.

*Уточняет ли диагноз гистологическое исследование соскоба, полученного при хорионэпителиоме?*

К сожалению, нет морфологических данных, позволяющих точно определить, где кончается физиологическая пролиферация хориального эпителия и начинается злокачественный рост. Поэтому морфологическая диагностика хорионэпителиомы, даже для самых опытных специалистов, нередко оказывается весьма трудной.

У данной больной на протяжении с января по август повторно прибегали к диагностическому выскабливанию, и каждый раз при гистологическом исследовании признаков злокачественного роста обнаружено не было.

Мы снова прибегли к выскабливанию полости матки.

24/IX 1954 г. операция: *abrasio cavi uteri explorativa*.

После соответствующей подготовки больной влагалище раскрывают зеркалами, протирают спиртом, шейку захватывают за переднюю губу пулевыми щипцами. При введении зонда в полость матки в последней обнаружена над внутренним зевом мягковатой консистенции опухоль. Зонд прошел в полость матки слева от опухоли на глубину 12 см, после чего появилось обильное кровотечение.

Произведено расширение канала шейки матки расширителями Гегара до № 9 и осторожно сделано выскабливание полости матки. В соскобе получена кровь и кусочки ткани опухоли. Полость матки смазана на плейфере йодом.

Гистологический диагноз соскоба показал хорионэпителиому. Больную подготовили к операции на 26/IX 1954 г. и в назначенное время под спинномозговой анестезией была произведена операция — полное удаление матки с придатками.

Гистологический диагноз удаленной матки 26/IX 1954 г. — хорионэпителиома тела матки.

Послеоперационное течение гладкое. Заживление раны первичным натяжением. В дальнейшем больную лечили инъекциями 5% раствора тестостерон-пропионата и одновременно проводили рентгенотерапию в количестве 42 сеансов на область малого таза дозой в общей сложности 8400 г.

*Можно ли считать, что лечение и наблюдение за больной закончено?*

Сделанная операция и последующее лечение тестостерон-пропионатом и рентгеновыми лучами еще не гарантируют полного излечения.

Необходимо произвести контрольное исследование мочи на содержание в ней хориальных гонадотропинов. Повторные отрицательные результаты с неразведенной мочой, полученные после операции и других видов лечения, являются благоприятными показателями. Если же в дальнейшем реакция оказывается вновь положительной, значит, имеется рецидив.

Таким образом, и после лечения реакция на определение хориальных гонадотропинов имеет важное прогностическое значение и позволяет установить за больной действительный контроль.

Исчезновение из организма хориального гонадотропина после лечения зависит прежде всего от того, насколько тщательно и полностью были удалены элементы опухоли. Однако и при тщательном удалении опухоли и при отсутствии метастазов хориальные гонадотропины могут иногда обнаруживаться в течение 2—3 месяцев после лечения. Поэтому и после операции необходимо повторно проводить биологическую реакцию в течение длительного времени.

У данной больной анализы мочи (реакция Ашгейма—Цондека) от 7/X, 19/X и 26/X дали отрицательный результат.

30/XI 1954 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации.

**Краткий эпикриз.** Г. С. в 1953 г. болела пузырьным заносом. После этого у больной периодически появлялись кровянистые выделения мажущего характера, по поводу чего повторно были произведены диагностические выскабливания; в соскобе при гистологическом исследовании признаков злокачественного роста обнаружено не было.



При дальнейшем наблюдении за больной было отмечено нарастание титра гонадотропинов. При зондировании матки в полости последней обнаружено опухолевидное разрастание, а в соскобе—выявлена хорионэпителиома.

Произведено полное удаление матки и придатков с последующим применением тестостерон-пропионата и глубокой рентгенотерапии. Контрольные исследования мочи на содержание гонадотропинов дали отрицательный результат. Больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение консультации.

## ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС—ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Г. А., 49 лет, поступила в родильный дом 30/VIII 1953 г. с диагнозом, установленным в женской консультации: быстро растущая опухоль матки.

Менструации с 17 лет, через 28 дней по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет. Состоит в первом браке. Имела 5 беременностей, из которых одна (в 1926 г.) закончилась преждевременными родами на VIII месяце, остальные четыре — искусственным абортom. Последний аборт был в 1940 г. Все аборты с последующим выскабливанием полости матки; со слов больной, аборты протекали без осложнений.

Последняя менструация в июне 1953 г. 9/VIII 1953 г. обратилась в женскую консультацию с жалобами на частую рвоту; беременности не было установлено (матка нормальной величины).

19/VIII у больной появились кровянистые выделения из матки и боли внизу живота. Снова обратилась в консультацию. Была обнаружена увеличенная матка, соответственно 8 неделям беременности. Кровянистые выделения вскоре прекратились.

30/VIII больная была направлена в родильный дом с диагнозом быстро растущей опухоли матки.

Общее состояние больной удовлетворительное. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Костно-мышечная система без особых изменений. Пульс 72 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 130/80 мм. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируются; область их безболезненна. Мочиспускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Со стороны нервной системы патологических рефлексов не обнаружено.

Живот куполообразно вздут в нижней половине. Через брюшную стенку пальпируется опухолевидное образование, расположенное в нижнем отделе живота, верхняя граница которого находится на середине между лоном и пупком, несколько болезненное при глубокой пальпации.

Влагалищное исследование: наружные половые органы нормальные; влагалище рожавшей женщины, шейка матки укорочена, наружный зев пропускает один палец, тело матки увеличено до размеров 13—14-недельной беременности, стенки ее тугоэластической консистенции, придатки не изменены, своды свободные. На исследующих пальцах сукровичные выделения.

Анализ крови: Нб 14 г% (84 единицы), эр. 3 900 000, цветной показатель 0,79, л. 5300, б. 0, э. 1%, п. 3%, с. 63%, лимф. 30%, мон. 3%; РОЭ 15 мм в час.

Рентгеноскопия грудной клетки: легочные поля прозрачны, диафрагма подвижна, в левом легком под ключицей крупный петрификат. Плевральные синусы свободны. Сердце — границы в пределах нормы; аорта уплотнена и развернута.

*Какой диагноз можно предположить?*

1. Беременность и, возможно, острое многоводие.
2. Пузырный занос.

Разумеется, если бы не было произведено влагалищного исследования, можно было бы еще подумать об опухоли, но, конечно, не об опухоли матки, с чем больная направлена, а скорее об опухоли яичника—о кисте яичника.

После влагалищного исследования этот диагноз отпадает. Возможность острого многоводия маловероятна. Острое многоводие встречается редко и чаще оно наблюдается при большем сроке беременности, а не с первых недель. Но это, разумеется, не закон и категорически отрицать многоводие только на этом основании нельзя.

Для второго предположительного диагноза, т. е. пузырного заноса, имеется больше оснований. Повторяющиеся на протяжении месяца кровянистые выделения, чрезмерно быстрый рост матки, значительно выраженная рвота с первых недель беременности—все это с большой долей вероятности говорит о пузырном заносе.

Из разбора предыдущей истории болезни (стр. 100) известно, что вспомогательным методом для уточнения диагноза является биологическая реакция Ашгейма—Цондека. Поэтому там, где это возможно, необходимо ею воспользоваться, что мы и сделали.

Реакция с неразведенной мочой оказалась резко положительной: в разведении 1 : 50 реакция положительная. Это дает нам право предположить диагноз пузырного заноса.

*Какое лечение следует провести?*

1. Опорожнить полость матки, т. е. удалить пузырный занос оперативным путем.

2. Стимулировать сокращения мускулатуры матки, чтобы способствовать самостоятельному рождению пузырного заноса.

3. Наблюдать за больной в течение некоторого срока, поскольку в данный момент нет жизненных показаний к вмешательству.

Учитывая, что диагноз пока остается только предположительным, к тому же в данный момент нет показаний к срочному вмешательству, от первого предложения стоит отказаться. Но если бы мы даже были убеждены в диагнозе пузырного заноса, все равно форсированное опорожнение, т. е. предварительное расширение шейного канала и последующее инструментальное удаление элементов плодного яйца—мероприятия, весьма опасные при подобной патологии. Нет достаточных оснований и к немедленной медикаментозно-гормональной стимуляции сокращений мускулатуры матки.

Правильным, по-видимому, оказывается третье предложение—наблюдать за общим состоянием больной, характером появившихся у нее выделений; выделения нужно обязательно собирать.

Так мы и поступили.

В период с 30/VIII по 22/IX 1953 г. у больной только однажды появились незначительные кровянистые выделения, которые продолжались несколько часов и затем прекратились. Матка за указанный срок значительно увеличилась в размере.

22/IX появились небольшие боли внизу живота, которые держались в течение всего дня и вновь показались кровянистые выделения, заметно усилившиеся к концу дня.

*Чем вызвано появление кровянистых выделений и что следует в связи с этим предпринять?*

Как мы и предполагали, в связи с чрезмерным растяжением стенок матки началась (слабая) сократительная деятельность и отслойка плодного яйца.

Прежде чем что-либо предпринимать, необходимо выяснить состояние шейки матки. Возможно, при этом удастся одновременно выяснить и состояние плодного яйца. Для этого следует произвести влагалищное исследование.

22/IX в 20 часов после соответствующей подготовки наружных половых органов, покрытых кровянистыми выделениями, произведено влагалищное исследование: влагалище свободное, своды глубокие; шейка матки значительно укорочена, определяется в виде соска, открытие зева 1—1½ пальца. Через укороченный канал пальцем удается прощупать тестообразную ткань, легко кровоточащую при проникновении в нее пальцем.

Если бы мы не знали настоящего срока беременности, характера течения этой беременности, можно было бы принять эту тестообразную ткань за предлежащую плаценту. Формально, конечно, здесь можно говорить и о предлежании плаценты, поскольку прощупываемая ткань представляет

собой измененные, патологически разросшиеся ворсины плодного яйца. В данном случае это не только предлежание, но и патологическое разрастание всего или большей части хориона.

Влагалищное исследование в сочетании с акушерским анамнезом и анализ мочи на содержание гонадотропинов позволяют поставить диагноз пузырного заноса. В связи с этим возникает необходимость удалить последний.

*Какой избрать метод опорожнения полости матки в данном случае?*

Наиболее рационально дожидаться большего открытия зева шейки матки и после этого прибегнуть к опорожнению полости матки пальцами. Конечно, это допустимо в том случае, если состояние больной позволяет повременить с вмешательством, тем более что расширение шейки или инструментальное удаление элементов пузырного заноса — трудное и опасное вмешательство (стр. 95).

Следует заметить, что у данной больной в течение всего дня не прекращались боли внизу живота. Очевидно, эти боли связаны с сокращениями мускулатуры матки. Однако сокращения явно недостаточные, если учесть степень открытия зева.

*Что можно предпринять для ускорения открытия шейки матки?*

Стимулировать сократительную деятельность матки (стр. 96), к чему мы и прибегли.

22/IX 1953 г. спустя 3 часа после начала стимуляции (стр. 96) у больной появились сильные схватки, несколько усилились выделения слизисто-кровянистого характера, а временами чисто кровянистые и в 23 часа 40 минут самостоятельно начал рождаться пузырный занос. Часть пузырного заноса вышла из влагалища, дальнейшее рождение приостановилось.

Такое положение может быть связано либо с более плотным соединением остальной части яйца со стенкой матки, либо с ущемлением части пузырного заноса в области шейки или трубного угла. У больной нет кровотечения, пульс нечастый и хорошего наполнения, и мы имеем возможность испытать действие атропина в надежде, что задержка выделения пузырного заноса связана с его ущемлением.

В 23 часа 45 минут введен 1 мл 0,1% раствора атропина и через 5 минут осторожным выжиманием по Креде—Лазаревичу удалось выделить громадный конгломерат пузырного заноса (весом 600 г).

Матка сравнительно хорошо сократилась, кровотечение из матки умеренное.

*Какие могут быть предложения по поводу дальнейшего ведения больной?*

1. Наблюдение за больной.
2. Пальцевое обследование полости матки.
3. Инструментальная ревизия полости матки (выскабливание).

Самостоятельно родился огромный конгломерат пузырного заноса; кровотечения нет, матка сократилась, состояние больной удовлетворительное. Можно ли на этом остановиться? Не исключено, что на стенках матки задержались части пузырного заноса, с чем связана возможность появления кровотечения. А главное то, что в дальнейшем из этих оставшихся элементов пузырного заноса может развиваться хорионэпителиома.

Чем раньше будет обследована полость матки, тем меньше возможность появления осложнений (в виде инфекции или значительного обескровливания больной). Для пальцевого обследования полости матки имеются в настоящее время все условия (достаточное открытие зева и еще не сформировавшаяся шейка матки). Однако метод пальцевого вхождения в полость матки как наиболее бережный можно было бы оправдать при еще не родившемся пузырном заносе. Когда же пузырный занос родился, все равно и после пальцевого обследования придется произвести выскабливание. Поэтому при сравнительно хорошо сократившейся матке лучше произвести сразу осторожное выскабливание тупой кюреткой.

Вместо двух операций разумнее произвести одну—осторожное выскабливание стенок матки—и именно сейчас.

22/IX 1953 г. произведено выскабливание полости матки. Больная взята на операционный стол и после обычной подготовки влагалище раскрыто зеркалами, шейка матки захвачена за переднюю губу щипцами Мюзо; большой кюреткой осторожно проверены стенки полости матки. Отделено и выделено значительное количество кусочков ткани с имеющимися в них мелкими пузырьками. После тщательной проверки стенки полости матки смазаны настойкой йода при помощи пропитанной йодом марлевой полоски, введенной на плейфере.

Послеоперационный период в течение 10-дневного пребывания больной в родильном доме протекал гладко: нормальная температура, хорошее общее состояние, незначительные выделения, вначале кровянистые, а затем бледные, которые совершенно прекратились к 9-му дню после операции. Перед выпиской из родильного дома произведено влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: шейка сформирована, наружный зев щелевидной формы, пропускает кончик пальца, матка в anteflexio-versio увеличена до размеров 6-недельной беременности, несколько мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная, в области придатков с обеих сторон заметных изменений не обнаружено. Выделения из матки светлые, скудные.

2/X выписана под наблюдение женской консультации.

В связи с тем, что пузырьный занос может (в 10—15% случаев) в дальнейшем осложниться развитием злокачественной опухоли—хорионэпителиомы (стр. 99), мы не только предупредили об этом консультацию, но и сами взяли больную под свой контроль.

В течение последующего наблюдения за больной самочувствие ее продолжало оставаться хорошим, выделений из половых органов не отмечалось. Жалоб не предъявляла. Менструации отсутствовали.

Реакция Ашгейма—Цондека (от 1/XI 1953 г.) с неразведенной мочой положительная, с мочой в разведении 1 : 5, 1 : 10 отрицательная. Реакция Ашгейма—Цондека (от 2/XII 1953 г.) с неразведенной мочой резко положительная; с мочой в разведении 1 : 5, 1 : 10 положительная; в разведении 1 : 25 слабо положительная; в разведении 1 : 50, 1 : 100 сомнительная.

*Что это может значить?*

После удаления пузырьного заноса реакция Ашгейма—Цондека с неразведенной мочой может оставаться положительной до 3 месяцев и даже несколько дольше, особенно если имеются лютеиновые кисты. Обычно с каждым последующим месяцем при благоприятном течении реакция становится все менее выраженной и наконец отрицательной. Если же после удаления пузырьного заноса реакция Ашгейма—Цондека с неразведенной мочой была отрицательной, а потом снова стала положительной, то это должно заставить беспокоиться о возможном развитии хорионэпителиомы (разумеется, если отвергается вновь наступившая беременность).

У данной больной реакция Ашгейма—Цондека, произведенная повторно через месяц, оставалась с неразведенной мочой положительной. Однако при втором исследовании она оказалась резко положительной; мало этого, она оказалась положительной и с мочой в разведении 1 : 5 и 1 : 10 и слабо положительной в разведении 1 : 25.

*Какие будут соображения по поводу дальнейшего поведения в отношении больной?*

Больной показана госпитализация.

*С каким диагнозом и с какой целью мы вновь госпитализируем больную?*

Наши заключения основываются исключительно на данных лабораторных исследований. Мы совершенно игнорировали клинику и ни разу не произвели влагалищного исследования. В этом наша ошибка. Прежде всего исправим эту ошибку.

4/XII 1953 г. состояние больной удовлетворительное, жалобы на скудные выделения темно-красного характера. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Влагалищное исследование: наружные половые органы нормальные; вход во влагалище слегка зияет, слизистая входа несколько бледноватой окраски, влагалище

широкое, шейка цилиндрической формы, зев закрыт, матка в anteflexio увеличена до 9—10 недель беременности, мягковатой консистенции с отдельными плотными узлами (величиной с вишню и несколько меньше) на поверхности, придатки с обеих сторон без изменения.

При осмотре с помощью зеркал: слизистая влагалища и шейки матки бледно-цианотичного цвета; из шеечного канала скудные выделения темного цвета.

Итак, с момента выписки из родильного дома у больной отмечается увеличенная матка, плотные узлы на ее поверхности, темного цвета выделения. На основании имеющихся данных можно поставить предположительный диагноз хорионэпителиомы. Этот диагноз можно поставить на основании только одних данных акушерского исследования. Вот почему мы не имеем права забывать производить тщательное влагалищное исследование, к тому же повторно.

Надо думать, что у наблюдаемой нами больной мы могли бы найти некоторые изменения со стороны внутренних половых органов и несколько раньше, еще до второй биологической пробы с мочой.

Если к данным нашего исследования присоединить полученные результаты реакции Ашгейма—Цондека, то указанный диагноз станет еще более вероятным. Если при этом учесть, что после удаления пузырного заноса реакция Ашгейма—Цондека с мочой в разведении 1 : 5, 1 : 10 была отрицательной, а потом стала положительной (при исключении вновь наступившей беременности), то все это в своей совокупности позволяет до некоторой степени поставить диагноз хорионэпителиомы.

5/XII 1953 г. больная поступила в родильный дом, где после обследования был полностью подтвержден предполагаемый нами диагноз.

*Каким методом исследования можно подтвердить предполагаемый диагноз?*

Диагностическое выскабливание позволит окончательно подтвердить диагноз заболевания и исключить вновь наступившую беременность (у больной после рождения пузырного заноса менструации отсутствовали).

5/XII 1953 г. после соответствующей подготовки наружных половых органов и влагалища последнее обнажено зеркалами. Шейка матки захвачена за переднюю губу щипцами Мюзо. Полость матки зондирована — длина ее 13 см. Канал шейки матки расширен расширителями Гегара до № 9. Кюреткой осторожно произведено выскабливание. Получен обильный соскоб. Во время выскабливания появилось профузное кровотечение (кровопотеря около 800 мл), что заставило прибегнуть к тугой тампонации матки и влагалища. Произведено переливание эритроцитной массы в количестве 250 мл.

Гистологический диагноз соскоба (на замораживающем микротоме): хорионэпителиома тела матки.

5/XII 1953 г. больная срочно оперирована — полное удаление матки с придатками.

Течение послеоперационного периода без осложнений.

Гистологический диагноз удаленного препарата (матка и придатки): хорионэпителиома тела матки.

После операции с 11-го дня (с 16/XII по 27/XII) проводилась рентгенотерапия области малого таза ежедневно при условии: два передних и два задних поля облучения, напряжение 200 000 V, фильтр 0,5 мм Cu и 1 мм Al, разовая доза на поле 200 г.

За этот период больная получила на тазовую область 4200 г. Кроме того, она ежедневно получала инъекции тестостерон-пропионата по 50 мг.

26/XII реакция Ашгейма—Цондека с неразведенной мочой отрицательная; с мочой в разведении 1 : 10 отрицательная. Больная выписана в хорошем состоянии для амбулаторного проведения дальнейшей рентгенотерапии и инъекций тестостерон-пропионата.

**Краткий эпикриз.** У больной Г. А. после самостоятельного рождения пузырного заноса было произведено выскабливание полости матки. Спустя 3 месяца после этого в результате повторных исследований в консультации и многократно проведенных реакций Ашгейма—Цондека была заподозрена хорионэпителиома.

Больная вновь поступила в стационар, где произведено диагностическое выскабливание. Гистологическое исследование соскоба подтвердило диагноз хорионэпителиомы.

5/ХІІ 1953 г. полное удаление матки с придатками. Больная операцию перенесла хорошо. Послеоперационный период прошел без осложнений. После операции больной проведен курс рентгенотерапии и инъекции тестостерон-пропионата.

## ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (РАЗРЫВ БЕРЕМЕННОЙ ТРУБЫ)

Р. К., 33 лет, доставлена в клинику 2/ІХ 1955 г. в 13 часов в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость и сильные режущие боли внизу живота, больше в правой подвздошной области; боли также иррадиировали в подложечную область и в лопатку. Одновременно у больной появилась тошнота, рвота, головокружение, больная на минуту потеряла сознание и покрылась холодным потом. Два часа спустя у больной появились мажущиеся темно-кровянистые выделения из влагалища.

Из перенесенных заболеваний отмечает корь, малярию, грипп. Гинекологические заболевания отрицает.

Менструации с 15 лет, через 28 дней по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация с 1/VIІІ по 3/VIІІ 1955 г. Половая жизнь с 20 лет. Роды одни, 9 лет назад, срочные, нормальные. Послеродовой период протекал без осложнений. Семь лет назад вторично забеременела. Беременность закончилась самопроизвольным выкидышем на III месяце с последующим выскабливанием полости матки ввиду сильного кровотечения. После этого в течение 2 недель находилась в больнице, причём 9 дней была повышенная температура и боли внизу живота. С тех пор беременность не наступала. Предохранительных мер против беременности не применяла.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания; кожные покровы и видимые слизистые бледны. Временами теряет сознание и покрывается холодным липким потом. Температура 36°, пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, легко сжимаемый, артериальное давление 100/600 мм. Молочные железы несколько дряблые. соски и околососковые кружки пигментированы. Монгомеровы железки заметно выступают; из молочных желез легко удаётся выдавить каплю молока. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы нет. Дыхание везикулярное, учащено, 24 дыхания в минуту. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в нижнем отделе, особенно в правой подвздошной области. Боли отдают в правую лопатку. Симптом Блюмберга—Щеткина положительный. При перкуссии брюшной стенки — притупление перкуторного звука в отлогах местах, меняющееся при перемене положения больной.

Влагалищное исследование: наружные половые органы нормальные; вход во влагалище рожавшей женщины, слизистая входа во влагалище синюшно-бледная, выделения из влагалища темно-кровянистые, незначительные.

Шейка матки цилиндрической формы, мягкой консистенции, наружный зев обращен кзади, закрыт. Матка увеличена соответственно 6—7 неделям беременности, мягковата, в anteversio-flexio, безболезненная, подвижная. В заднем своде и справа от матки определяется разлитая пастозность, в которой удаётся прощупать образование тестоватой консистенции, колбасовидной формы, шириной в два поперечных пальца, связанное с правым углом матки. болезненное при пальпации. Левые придатки не контурируются. Брюшина малого таза резко болезненна при попытке приподнять шейку матки («крик дугласа»).

Осмотр с помощью зеркал: наружный зев шейки матки закрыт, покрывающий эпителий без патологических изменений.

Моча светлая, удельный вес 1016, реакция слабокислая, белка и сахара нет. В осадке много клеток эпителия мочевых путей, единичные лейкоциты в нескольких полях зрения; цилиндров, эритроцитов в осадке не обнаружено.

Куовь: Нв 11 г% (66 единиц), эр. 3 500 000, цветной показатель 0,74, л. 8000, э. 1%, с. 67%, п. 5%, лимф. 22%, мон. 5%; РОЭ 20 мм в час.

*Какой диагноз можно поставить у данной больной?*

Анализируя данные анамнеза, общего и гинекологического обследования, можно с уверенностью сказать, что имеется какое-то острое заболевание в брюшной полости, сопровождающееся шоком и коллапсом. Об этом

говорят: резкие боли внизу живота, рвота, бледность кожных покровов и слизистых, обморочное состояние, частый пульс, холодный липкий пот, тяжелое состояние больной.

Необходимо срочно выяснить, с чем связано заболевание, и после этого поставить диагноз и наметить терапию.

Заболевание это, вероятно, связано с половыми органами, так как начало заболевания сопровождалось появлением темно-красных выделений из половых путей, в анамнезе имеются указания на задержку менструации в течение 8 недель, боли сначала появились внизу живота. При влагалищном исследовании справа от матки определяется колбасовидной формы образование тестоватой консистенции, связанное с правым углом матки, болезненное на ощупь. Перемещение шейки матки резко болезненно.

Заболевание это не является острым воспалением гениталий, температура у больной нормальная, язык влажный, не обложен и в анализе крови больной отсутствуют какие-либо данные, свойственные воспалительным заболеваниями половых органов.

Рассмотрим внимательно данные анамнеза. Из анамнеза больной известно, что 7 лет назад на III месяце беременности у нее произошел самопроизвольный выкидыш, сопровождавшийся сильным маточным кровотечением, по поводу чего больной было сделано выскабливание полости матки. В течение 9 дней после выскабливания у больной была высокая температура. С тех пор больная больше не беременела. Длительный период бесплодия, предшествовавший началу данного заболевания, может быть объяснен воспалительными изменениями в половых органах больной. Хотя в анамнезе нет прямых указаний на перенесенное воспалительное заболевание половых органов, тем не менее лихорадочный послеабортный период в течение 9 дней и боли внизу живота свидетельствуют о бывшем после аборта воспалении тазовых органов.

Итак, мы приходим к заключению, что причиной длительного бесплодия у больной был перенесенный 7 лет назад аборт, осложнившийся воспалением внутренних половых органов.

Далее из анамнеза известно, что непосредственно перед настоящим заболеванием у больной была задержка менструации в течение последних 8 недель.

*С чем может быть связана задержка менструаций?*

Причиной задержки менструаций в детородном возрасте у женщины, живущей половой жизнью, чаще всего является беременность.

Влагалищное исследование—размягченная шейка и мягковатая, увеличенная до 6—7 недель беременности матка, характерные для беременной изменения со стороны молочных желез (выступление монтомеровых железок, пигментация сосков и околососковых кружков и выдавливание капли молозива)—подтверждает наше предположение о наличии у больной беременности.

*Какая беременность у данной больной: маточная или внематочная?*

Данные влагалищного исследования вызывают у нас предположение об осложнении беременности, связанном с необычным местом прививки плодного яйца. В области правых придатков обнаружена разлитая пастозность и колбасовидной формы образование шириной в два поперечных пальца, тестоватой консистенции, болезненное при пальпации, связанное с правым углом матки. Эти данные в сочетании с резкими болями внизу живота и значительными темно-красными выделениями из влагалища, указанными в анамнезе, позволяют предположить, что у больной имеется: либо начавшийся самопроизвольно выкидыш и обострившееся воспаление правых придатков, либо трубная беременность раннего срока, нарушенная путем разрыва беременной трубы с кровоизлиянием вокруг трубы.

*Что говорит об отсутствии воспаления придатков матки?*

Воспаление придатков матки обычно сопровождается высокой температурой и изменениями со стороны формулы крови. Однако у наблюдаемой нами больной температура тела и формула крови в норме.

*Что говорит против самопроизвольного выкидыша при маточной беременности?*

Дифференциальная диагностика между ранним самопроизвольным выкидышем и нарушенной трубной беременностью иногда представляет большие трудности, так как ряд симптомов, идентичных для обоих заболеваний, может вести к ошибочному диагнозу. В самом деле, при обоих заболеваниях имеются схваткообразные боли, кровотечение и вероятные признаки беремен-

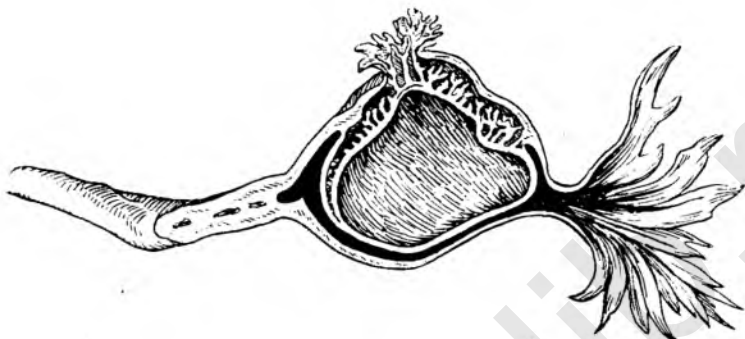


Рис. 26. Разрыв трубы. Наружный разрыв плодместилища и стенки трубы.

ности: увеличение и размягчение матки, размягчение перешеечной части шейки матки и другие признаки, характерные для беременности.

Однако для самопроизвольного выкидыша характерно постепенное нарастание схваткообразных болей, обильное наружное кровотечение со сгустками, причем степень малокровия соответствует кровопотере.

У данной больной бледность лица не соответствует степени кровопотери. Кровотечение у больной незначительное—мажущиеся темно-красные выделения, а малокровие тем не менее резко выражено, больная бледна. Кроме того, начавшиеся внезапно резкие боли, головокружение, обморочное состояние, частый пульс (120 ударов в минуту) и учащенное дыхание (24 дыхания в минуту)—все это нельзя объяснить только имеющимися наружными кровянистыми выделениями. Эти симптомы характерны для внутреннего кровотечения и шока вследствие разрыва беременной трубы, яичника или другой катастрофы в брюшной полости.

О наличии внутреннего кровотечения говорят и другие данные: иррадиация болей в левую лопатку [так называемый френикус-симптом Элекера (Oelecker)]—результат раздражения грудобрюшного нерва кровью, излившейся в брюшную полость и достигшей при лежачем положении женщины грудобрюшной преграды; слегка вздутый живот, дающий при перкуссии брюшной стенки притупление перкуторного звука в отлогих местах и меняющийся при перемене положения больной; уменьшение числа эритроцитов до 3 500 000 и снижение гемоглобина до 11 г% (66 единиц).

Итак, на основании полученных данных, можно сделать заключение, что у больной имеется беременность и внутреннее кровотечение, которое по всей вероятности наступило вследствие разрыва беременной трубы (рис. 26).

При трубном аборте (рис. 27), когда яйцо выталкивается из трубы в брюшную полость, эти явления значительно слабее выражены. Кроме того,



боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей и имеют вначале тянущий, а затем схваткообразный характер.

*При каких других заболеваниях отмечается подобная картина?*

Острое начало заболевания у больной и имеющийся симптомокомплекс внезапной катастрофы в брюшной полости могли бы остановить наше внимание на возможности осложнения беременности:

- 1) разлитым перитонитом вследствие прободения кишечника или вскрытия гнойника;
- 2) заворотом кишечника;
- 3) кистой яичника с явлением перекрута ножки;
- 4) апоплексией яичника.

Рассмотрим, какое из указанных заболеваний соответствует картине болезни, наблюдаемой у нашей больной.

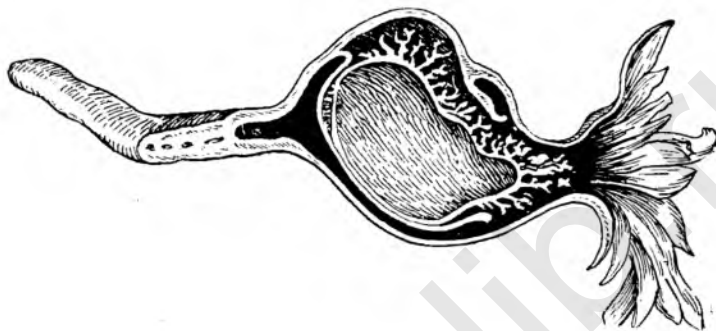


Рис. 27. Трубный аборт. Внутренний разрыв плодovместимлища.

*Чем характеризуется разлитой перитонит вследствие прободения кишечника или вскрытия гнойника?*

Разлитому прободному перитониту обычно предшествует заболевание брюшных органов (аппендицит, пиосальпинкс, гастроэнтероколит). В анамнезе нашей больной этих заболеваний не отмечено.

Внешний вид больной (резкая бледность лица и слизистых) также не является характерным для больных с разлитым перитонитом, у которых чаще всего наблюдается *facies Hippocratica* (впалые глаза и заострившийся нос, серовато-землистый цвет лица, розовые губы). У данной больной язык чистый и влажный, а при перитоните—язык сухой и обложенный. Кроме того, при перитоните бывает высокая температура, учащенный, но аритмичный пульс, в то время как у нашей больной нормальная температура и учащенный, но ритмичный пульс. При перитонитах имеются характерные изменения со стороны крови, а именно: ускоренная РОЭ; резко повышенное количество лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. У наблюдаемой нами больной: л. 8000, РОЭ 20 мм в час и лейкоцитарная формула без каких-либо отклонений от нормы.

Итак, имеющаяся у данной больной картина болезни не соответствует картине болезни при прободном перитоните.

*Чем характеризуется заворот кишечника?*

Имеющийся у нашей больной симптомокомплекс не укладывается и в картину заворота кишечника. При завороте нет той грозной анемии, какая наблюдается у нашей больной. Кроме того, при завороте резко выражено вздутие живота, расширение приводящего отрезка кишки, а также имеется стойкое нарушение функций кишечника с задержкой отхождения газов. У данной больной этих симптомов нет. Наконец, перкуссия брюшной стенки при завороте дает повсюду равномерный тимпанит, а у этой больной при перкуссии брюшной стенки мы получили притупление перкуторного звука

в отлогих местах, изменяющееся при перемене положения больной. Все это дает нам основание исключить диагноз заворота кишечника.

*Чем характеризуется перекрут ножки кисты яичника?*

Клиническая картина рассматриваемого заболевания отчасти сходна с картиной острого перекручивания ножки кисты яичника. Резкие боли внизу живота, сопровождающиеся вздутием живота, рвотой, учащением пульса, а иногда и обмороком, наблюдаются, как правило, и при перекручивании ножки кисты, но в этих случаях температура обычно бывает слегка повышенной или даже высокой. У данной больной температура нормальная; вздутие и напряжение живота слабо выражены. Кроме того, при перекручивании ножки яичниковой кисты мы находим при влагалищном исследовании опухоль большей или меньшей величины, ограниченно подвижную, а иногда удается определить и ножку этой опухоли. При перкуссии брюшной стенки определяется притупление перкуторного звука в месте расположения опухоли.

Совершенно другая картина заболевания у наблюдаемой нами больной, у которой сзади и справа от матки определяется разлитая пастозность и удается ощупывать тестоватой консистенции образование колбасовидной формы. Кроме того, при перекручивании ножки кисты пульс хотя и учащен, но удовлетворительного наполнения; у данной же больной пульс частый и легко сжимаемый. Следовательно, картина заболевания больной не соответствует клинической картине при остром перекручивании ножки кисты.

*Чем характеризуется апоплексия яичника?*

Острое начало заболевания, признаки внутреннего кровотечения, нарастающая анемия при отсутствии наружного кровотечения, частый пульс и другие симптомы острого живота, отмеченные у данной больной, могут иметь место и при апоплексии яичника.

Однако данные анамнеза больной говорят против такой возможности. Апоплексия яичника наступает обычно в середине межменструального цикла. У этой больной симптомы внутреннего кровотечения появились после 6—7-недельной задержки менструации. Кроме того, у больной имеются и субъективные признаки беременности. Данные объективного исследования—нагрубание молочных желез, увеличенная до 6—7 недель беременности матка—говорят в известной степени против апоплексии яичника.

Для уточнения диагноза можно было бы воспользоваться реакцией Ашгейма—Цондека или сперматурической реакцией на самцах лягушек. Но оба заболевания (внематочная беременность и апоплексия яичника) требуют неотложного хирургического вмешательства путем чревосечения, так как положение больной тяжелое, и промедление с операцией может стоить жизни больной. К тому же нельзя исключить и возможности внутреннего кровотечения из разрыва ткани яичника при прервавшейся яичниковой беременности.

Итак, рассмотрев различные заболевания, которые по острому началу, клинической картине и симптомокомплексу до некоторой степени сходны с картиной «острого живота» при нарушенной внематочной беременности, мы приходим к выводу, что перечисленных выше заболеваний у данной больной нет и что наш предварительный диагноз о наличии у больной внутрибрюшного кровотечения на почве беременной трубы является обоснованным (см. рис. 26).

*Существуют ли еще другие методы для уточнения диагноза прервавшейся внематочной беременности?*

Некоторые авторы во всех подозрительных на внутрибрюшное кровотечение случаях рекомендуют применять пункцию заднего свода. Излившаяся в брюшную полость кровь, по закону тяжести, скопляется прежде всего в наиболее отлогих отделах. Поэтому, если имеется в брюшной полости

кровь, мы должны ее получить при пункции заднего свода. Практика показывает, что пункция заднего свода по средней линии является безопасным вмешательством при соблюдении соответствующей асептики и антисептики.

*Нужна ли пункция заднего свода у данной больной?*

Мы не сомневаемся в правильности поставленного нами диагноза, к тому же состояние больной все равно требует срочного оперативного вмешательства—налицо «острый живот». Поэтому мы приступим к операции без предварительно проведенной пункции заднего свода. Падение артериального давления вследствие большой кровопотери, шока не является противопоказанием к этой операции.

Операцию при острых внутрибрюшных кровотечениях по поводу вне-маточной беременности мы производим под общим ингаляционным наркозом, который с нашей точки зрения является наиболее удобным. Спинномозговая анестезия у этих больных с резко пониженным артериальным давлением безусловно противопоказана. Некоторые авторы (Л. С. Персианинов, В. А. Покровский) рекомендуют проводить операцию при внематочной беременности под местной инфильтрационной анестезией. Однако она требует лишней траты времени, что может стоить жизни больной при острых кровотечениях.

Операция у данной больной технически проста, так как при только что нарушенной внематочной беременности обычно не бывает сращений с сальником и кишечными петлями. Вскрытие передней брюшной стенки в этих случаях проводим путем разреза по белой линии или поперечным надлобковым разрезом. Важно создать широкий доступ к операционному полю, чтобы быстро ориентироваться в имеющихся анатомических изменениях. Таким образом, ускоряется ход операции, что имеет существенное значение при кровоизлияниях в брюшную полость.

Обычно в самом начале операции при разрезе кожи и подкожной клетчатки по обескровленному виду последней мы убеждаемся в правильности нашего диагноза—внутрибрюшного кровотечения. После разреза апоневроза и расслоения прямых мышц живота обычно видна просвечивающаяся через брюшину излившаяся в брюшную полость кровь, что вторично убеждает нас в правильности диагноза.

2/IX 1955 г. в 14 часов, через час после поступления больной в клинику, произведена лапаротомия. Послойно вскрыта брюшная стенка, из брюшной полости вылилось много сгустков и жидкой крови. Матка выведена в брюшную рану и прошита кетгутовой лигатурой через толщу ее дна. Затем при осмотре придатков матки обнаружен разрыв правой трубы в истмической части. На мезосальпинкс наложен зажим Кохера (рис. 28). Труба отсечена поверх зажима (рис. 29), а интерстициальная часть клиновидно иссечена (рис. 30). Культия мезосальпинкса, захваченная зажимом Кохера, обшита двумя узловатыми швами; на рану угла матки наложены два отдельных шва. Перитонизация круглой связкой. При помощи больших марлевых салфеток, захваченных корнцангом, из брюшной полости удалены сгустки крови и по возможности излившаяся в брюшную полость жидкая кровь. Брюшная стенка зашита послойно наглухо после введения в брюшную полость 300 000 ЕД пенициллина. Во время операции внутривенно перелито больной 500 мл одногруппной крови.

Послеоперационный период у больной протекал без осложнений. Больная выписана домой на 13-й день после операции в хорошем состоянии.

Некоторые авторы рекомендуют излившуюся в брюшную полость кровь вычерпать в стерильный сосуд и, профильтровав через 8—10 слоев стерильной марли, перелить той же больной, предварительно смешав ее с физиологическим раствором.

Мы не практикуем при внематочной беременности переливания излившейся в брюшную полость крови, так как не уверены в полной асептичности этой крови. Кроме того, в клинической обстановке, где всегда имеется кровь, желательно прибегать к трансфузии донорской крови.

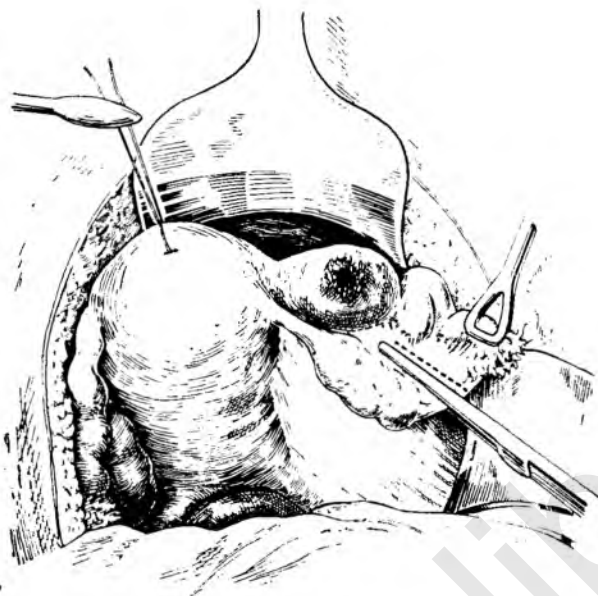


Рис. 28. Операция при трубной беременности. Разрыв  
трубы. Начало резекции трубы.



Рис. 29. Операция при трубной беременности. Разрыв  
трубы. Рассечение брыжейки трубы.

**Краткий эпикриз.** Больная Р. К., поступила 2/IX 1955 г. по поводу разрыва трубы при трубной беременности. Ввиду тяжелого состояния больной, падения артериального давления она была срочно оперирована с одновременным внутривенным переливанием донорской крови. Операция и послеоперационный период—без осложнений. Выписана в хорошем состоянии на 13-й день после операции.

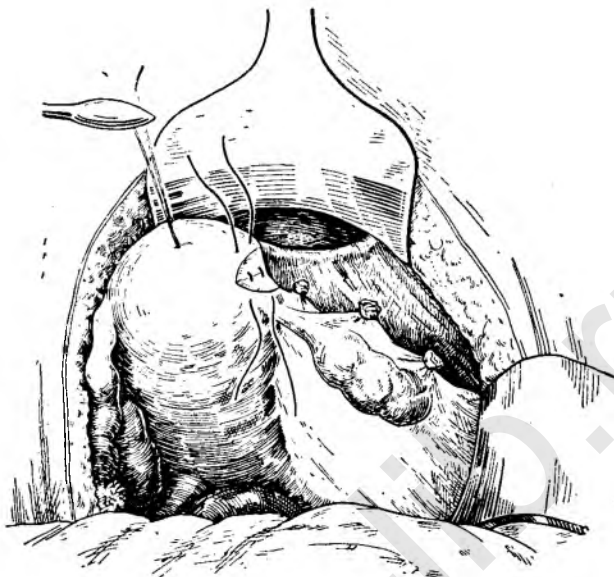


Рис. 30. Операция при трубной беременности. Разрыв трубы. Клиновидное иссечение маточного конца трубы.

## **ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (НАЕМАТОСЕЛЕ RETROUTERINA)**

Н. П., 37 лет, поступила в клинику 23/VIII 1955 г. в 21 час с жалобами на резкие боли внизу живота, сопровождающиеся кровянистыми выделениями, головокружением. Боли и кровянистые выделения начались месяц назад, после 6-недельной задержки менструации. Спустя 3 дня после отмеченных явлений боли прекратились, но незначительные кровянистые выделения продолжались до обращения в клинику. За час до поступления в клинику у больной был повторный приступ резких болей. Больная жалуется также на чувство напирания на прямую кишку.

Из перенесенных заболеваний отмечает корь, скарлатину, грипп. Гинекологические заболевания отрицает.

Менструации с 17 лет, через 3 недели по 2—3 дня, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация с 10/VI по 12/VI.

Половая жизнь с 22 лет. Была одна беременность, которая протекала нормально и закончилась в 1941 г. срочными родами с нормальным послеродовым периодом. С тех пор больная не беременела и не предохранялась против беременности.

Общее состояние больной удовлетворительное. Больная среднего роста, правильного телосложения. Температура 37,2°. Кожные покровы умеренно бледные. Подкожножировая клетчатка умеренно развита, тургор тканей хороший. Язык чистый, влажный. Пульс 84 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм. Тоны сердца чистые. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, но болезненный при пальпации в нижнем отделе. Печень и селезенка не пальпируются. Молочные железы дряблые, из них удается выдавить каплю молока.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально вход во влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, нормальной консистенции, наружный зев щелевидной формы, закрыт, обращен кзади и несколько влево, матка слегка увеличена, мягковата, в *anteversio-flexio* несколько отклонена вправо. Придатки четко не контурируются, но слева и сзади матки опре-

деляется образование неравномерно тестоватой консистенции, неправильно округлой формы величиной больше головки новорожденного, ограниченно подвижное, выполняющее весь малый таз, доходящее до стенок таза и выпячивающее задний свод. В этом образовании определяется более плотный участок, напоминающий уплотненную трубу (?). Во влагалище кровянисто-грязные выделения. При осмотре с помощью зеркала — наружный зев шейки матки без патологических изменений.

Моча: удельный вес 1020, цвет соломенно-желтый, прозрачность мутная, реакция слабокислая, сахара нет, белка следы. В осадке: эпителиальные клетки в небольшом количестве, лейкоцитов 2—3 в поле зрения, трихомонады.

Кровь: Нб 10 г% (60 единиц), эр. 3 300 000, цветной показатель 0,79, л. 6600, э. 3%, п. 1%, с. 67%, лимф. 24%, мон. 5%; РОЭ 45 мм в час.

*Какую патологию можно предположить при таком анамнезе и таких данных исследования?*

1. Неполный аборт.
2. Кисту яичника.
3. Мешотчатую опухоль придатков воспалительного характера или эксудативный периметрит.
4. Нарушенную внутриматочную беременность.

Все указанные патологические изменения могут привести в известной степени к подобному состоянию. Постараемся найти действительную причину.

Мысль о неполном аборте может возникнуть лишь в первые минуты знакомства с анамнезом. Появившиеся кровянистые выделения из половых путей после 6-недельной задержки менструации и продолжавшиеся до поступления в клинику заставляют нас думать о наличии нарушенной беременности, если таковая вообще была. Однако у данной больной мы не находим никаких субъективных признаков беременности: она не жалуется ни на тошноту, ни на рвоту, ни на извращение вкуса, ни на другие ощущения, связанные с беременностью.

Из объективных признаков беременности отмечается лишь слегка увеличенная матка мягковатой консистенции и появление капли молозива при выжимании из молочных желез. Увеличение матки имеет диагностическое значение тогда, когда оно соответствует сроку беременности. У этой больной матка слегка увеличена и мягковата. Возможно, что большая часть плодного яйца вышла, и матка уменьшилась в размерах? Ведь предполагаемое нарушение беременности у нашей больной началось месяц назад.

Для выкидыша при маточной беременности, как известно, обычно характерно в анамнезе сильное кровотечение, часто со сгустками, кровь ярко-красного цвета; у этой больной в анамнезе мы таких данных не находим. Кроме того, при маточном выкидыше наружный зев приоткрыт, у данной же больной он закрыт.

Наконец, при выкидыше придатки матки нормальные или в редких случаях воспалительно измененные, но хорошо контурируются. У этой больной мы придатков матки четко контурировать не можем, а позади матки находим обширное образование тестоватой консистенции, величиной больше головки новорожденного, выпячивающее задний свод.

Все эти данные заставляют нас отказаться от мысли о маточном выкидыше у нашей больной.

Длительный период бесплодия (в течение 14 лет) обычно является следствием воспалительных изменений в тазовых органах; эти же изменения в большинстве случаев являются и этиологией в н е м а т о ч н о й б е р е м е н н о с т и.

Задержка менструаций в течение 6 недель, резкие боли внизу живота, сопровождающиеся головокружением и последующими кровянистыми выделениями из половых путей в течение месяца, повторный приступ резких болей перед поступлением в клинику—все эти данные анамнеза в сочета-

нии с данными влагалищного исследования скорее типичны для нарушенной внематочной беременности.

Несколько увеличенная и мягковатой консистенции матка, отклоненная вправо и смещенная кверху и кпереди, наличие слева и сзади матки образования тестоватой консистенции, округлой формы, величиной больше головки новорожденного, выпячивающего задний свод, весьма типичны для haematocoele retrouterina.

Остановливаясь пока на таком предположительном диагнозе, мы должны все же с целью дифференциальной диагностики принять во внимание, что такое же образование в малом тазу, вызвавшее смещение матки кверху и кпереди, могло возникнуть и при кисте яичника, и при воспалительных изменениях в органах малого таза.

*Можно ли у данной больной поставить диагноз кисты яичника?*

Для дифференциального диагноза заболевания у нашей больной следует помнить о возможности наличия у нее кисты яичника. До наступления беременности киста могла находиться в малом тазу, не вызывая симптомов. Под влиянием роста матки во время беременности киста могла сместиться, а ножка ее подвергнуться частичному перекручиванию. Последнее ведет к нарушению питания кисты и наступлению реактивных воспалительных явлений, в результате чего мы и могли найти у данной больной смещенную кпереди матку и опухоль в малом тазу, особенно если ножка кисты была сравнительно короткая. Однако такая киста при влагалищном исследовании определялась бы напряженной, туго эластической консистенции, а не тестоватой, как у наблюдаемой нами больной.

При интралигаментарном расположении кисты отмечается резко ограниченная подвижность ее и тесное прилегание к матке. При этом матка смещается в сторону, противоположную расположению кисты, и только частично кпереди. При заматочной же кровяной опухоли мы находим скопление крови сзади матки и выпячивание заднего свода во влагалище, а матку — оттесненной кпереди и кверху, что и отмечается у данной больной.

Таким образом, картина заболевания у нашей больной не соответствует таковой при кисте яичника.

*Может быть, у больной имеется воспалительное заболевание придатков в виде мешотчатой опухоли, лежащей за маткой?*

Мешотчатая опухоль трубы — сактосальпинкс (sactosalpinx) — может служить поводом к смещению ее с haematocoele retrouterina, особенно в тех случаях, когда на почве воспалительных придатковых опухолей происходит нарушение характера менструации или когда наряду с односторонним сактосальпинксом имеется самопроизвольный выкидыш. Иногда данные анамнеза служат опорным пунктом для дифференциального диагноза. Следует помнить, что пиосальпинксы гонорейного происхождения чаще всего бывают двусторонние. Однако не исключается возможность такого сочетания, при котором имеется заматочная кровяная опухоль и одновременно сактосальпинкс другой трубы.

Характерный отличительный признак придатковых опухолей заключается в том, что мешотчатая опухоль трубы — сактосальпинкс обычно имеет ретортообразную форму и, начинаясь своим узким концом от угла матки, располагается сбоку и несколько кзади от матки; сактосальпинкс смещает матку обычно в противоположную сторону и только от части кпереди и кверху.

У наблюдаемой нами больной матка смещена кпереди и кверху и лишь слегка отклонена вправо.

Консистенция гидросальпинкса туго-эластическая; а у данной больной консистенция опухоли тестоватая, что можно объяснить наличием в заматочной кровяной опухоли и жидкой крови, и сгустков. Пиосальпинкс имеет

более плотную консистенцию, лучше отграничен и более подвижен, чем заматочная кровяная опухоль, как это имеет место у нашей больной. Кроме того, при пиосальпинксе обычно отмечается высокая температура, особенно в острых случаях, а при заматочной кровяной опухоли температура нормальная или субфебрильная (кроме случаев нагноившейся заматочной кровяной опухоли).

Наконец, при воспалительных заболеваниях придатков имеются характерные изменения в картине крови: высокая РОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Этих изменений крови у наблюдаемой нами больной нет. Таким образом, отпадает и предположение о том, что выпячивающее задний свод образование является мешотчатой опухолью трубы.

*Не является ли у данной больной образование, выпячивающее задний свод, результатом воспаления тазовой брюшины?*

Для эксудативного периметрита характерно острое начало заболевания, сопровождающееся высокой температурой, рвотой, явлениями раздражения брюшины. У больной, как видно из анамнеза, начало заболевания протекало без повышения температуры и без явлений раздражения брюшины, а резкая боль внизу живота сопровождалась головокружением. Кроме того, при периметритах обычно не находим в анамнезе указаний на задержку менструаций.

Все изложенное дает основание считать, что наш первичный предположительный диагноз—заматочная кровяная опухоль—является наиболее вероятным.

*Уместна ли в таком случае пункция заднего свода?*

Вполне. Для подтверждения диагноза сделаем пункцию заднего свода (рис. 31 и 32).

При пункции получена темная с мелкими сгустками кровь. При выливании этой крови из шприца в стакан с физиологическим раствором эти мелкие сгустки осаждались на дно сосуда.

Необходимым предварительным условием каждой пункции является тщательное влагалищное, а еще лучше влагалищно-ректальное исследование, чтобы пальпацией точно определить анатомические изменения и место расположения кровяной опухоли. Пункция должна быть проведена не слишком тонкой иглой, чтобы в пунктате могли быть получены мелкие кусочки тканей и сгустки крови. Лучше всего пользоваться иглой для спинномозговой пункции или специальной иглой с боковыми отверстиями.

Для диагностики внематочной беременности принимается во внимание не только получение крови при пункции, следует учитывать и характер полученной крови. Темная кровь, дающая при опорожнении иглы мелкую «крошковатость», говорит о наличии в брюшной полости старой крови. Темная кровь без таких сгустков может быть получена при пункции маточной вены, кисты желтого тела и даже полости матки при ретрофлексированной беременной матке. Получение при пункции жидкой алой крови может указывать на свежее кровотечение в брюшную полость.

Рекомендуется обращать внимание и на микроскопическую картину пунктата. В свежей крови, как известно, красные шарики расположены монетными столбиками; при наличии старой крови в пунктате под микроскопом монетных столбиков не находим; красные шарики расположены либо скоплениями в виде тутовых ягод, либо изолированы в виде рассеянных кружочков.

Следует отметить, что отрицательный результат пункции еще не говорит против *haematocoele retrouterina*.

Только получение серозного или гнойного пунктата дает основание считать, что в данном случае имеется эксудативный пельвеоперитонит, при котором чревосечение противопоказано.





Рис. 31. Пункция заднего влагалищного свода.

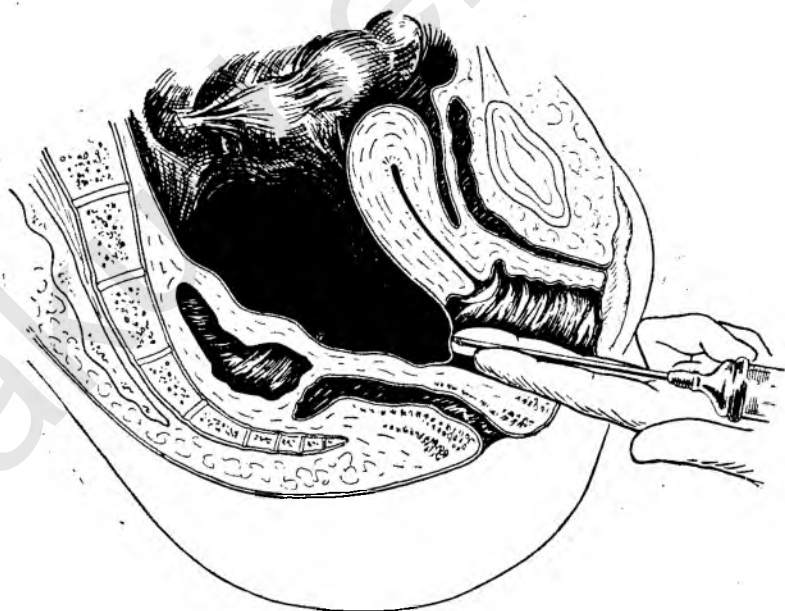


Рис. 32. Пункция заднего влагалищного свода. Иглу проводят под контролем пальцев.

После пункции заднего свода все наши сомнения в достоверности диагноза заматочной кровяной опухоли, образовавшейся в результате нарушения трубной беременности, исчезли.

#### *Что делать?*

Остается решить вопрос о необходимости оперативного или о возможности консервативного лечения таких осумкованных кровоизлияний. Хотя наблюдаются единичные случаи рассасывания заматочной кровяной опухоли под влиянием длительной рассасывающей терапии, большинство придерживается исключительно оперативного метода, так как никогда нет уверенности в том, что не будет повторных приступов внутреннего кровотечения. Интимные сращения заматочной кровяной опухоли с прямой кишкой, с петлями тонких кишок и сигмовидной кишкой создают благоприятные условия для инфицирования и нагноения этой опухоли, что осложняет течение болезни и требует, в конце концов, опорожнения опухоли. Течение заболевания при консервативном ведении очень длительные, а результаты значительно хуже.

*Каким методом оперировать при таких осумкованных кровоизлияниях: путем чревосечения или путем задней кольпотомии?*

При наличии явно инфицированной и нагноившейся заматочной кровяной опухоли чревосечение опасно ввиду возможности возникновения разлитого перитонита, вследствие попадания в брюшную полость содержимого нагноившейся кровяной опухоли, в котором имеются вирулентные микробы. В этих случаях мы прибегаем к задней кольпотомии (рис. 33).

Техника этой операции очень проста: влагалищную часть матки захватывают пинцетами и оттягивают вверх. Производят поперечный разрез слизистой заднего свода влагалища (рис. 33) на протяжении 1—1,5 см ниже влагалищной части шейки матки, затем изогнутым корнцангом вскрывают обнаженную брюшину (рис. 34). После ее вскрытия выделяется обильное количество разжиженной, коричневатой, кровянисто-гнойной жидкости с неприятным запахом; в полость опухоли для дальнейшего самостоятельного опорожнения вводят 1—2 резиновые трубки толщиной в палец (рис. 35).

У наблюдаемой нами больной температура в пределах нормы, пульс умеренно учащен, при пункции получена темная кровь с мелкими сгустками—все это говорит о том, что заматочная кровяная опухоль не нагноилась. Поэтому мы решаем оперировать путем брюшиностеночного чревосечения.

24/VIII 1955 г. произведена операция. При вскрытии брюшной полости обнаружено, что заматочная кровяная опухоль интимно сращена с петлями тонких кишок и сальником, покрывающим капсулу опухоли, образуя как бы «крышу» для нее.

Ввиду наличия таких плотных сращений и невозможности удаления кровяной опухоли без нарушения ее целостности решено было вскрыть капсулу опухоли, предварительно оградив брюшную полость большими салфетками от загрязнения. После вскрытия капсулы была удалена старая жидкая кровь и много сгустков, матка была выведена в брюшную рану и прошита кетгутовой лигатурой-держалкой. Кроме того,



Рис. 33. Задняя кольпотомия  
Поперечный разрез свода.

были осмотрены придатки, оказавшиеся замурованными в заматочной кровяной опухоли. Левая труба оказалась расширенной до двух поперечных пальцев, заполнена кровяными сгустками, выделявшимися из расширенного ампулярного конца, и интим-

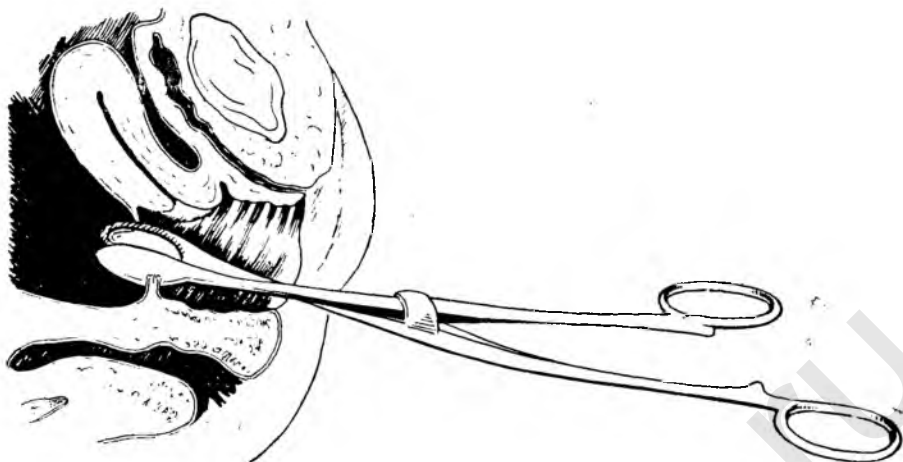


Рис. 34. Задняя кольпотомия. Расширение разреза свода с помощью корнцанга.

но спаяна с яичником. Правая труба воспалительно изменена, запаяна в ампулярном конце. Выделены яичники из окружавших их спаек. Обе трубы удалены вместе с главной массой капсулы. Незначительная часть капсулы ввиду интимного ее сращения с прямой кишкой была оставлена. Произведена перитонизация за счет круглых связок. Туалет брюшной полости. Введено в брюшную полость 300 000 ЕД пенициллина. Брюшная стенка зашита послойно.

Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 14-й день больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

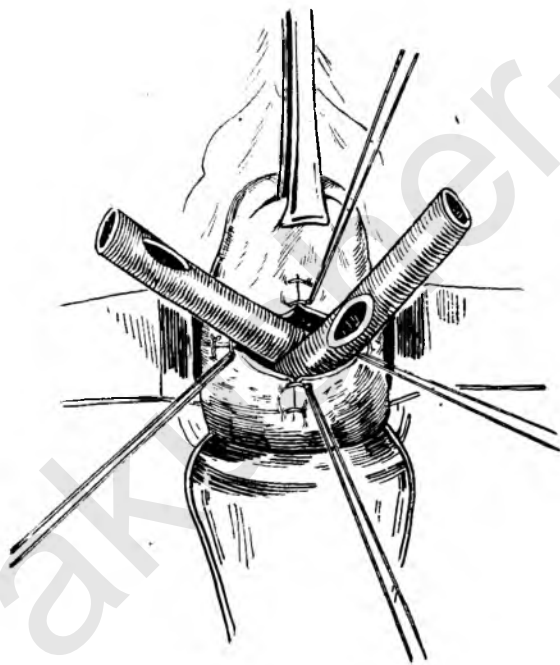


Рис. 35. Задняя кольпотомия. Дренажирование полости «заматочной опухоли» резиновыми трубками.

**Краткий эпикриз.** Больная Н. П., 37 лет, поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, сопровождавшиеся головокружением, и на кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся месяц назад после 6-недельной задержки менструаций. В анамнезе—одни роды и последующее бесплодие в течение 14 лет.

У больной была заподозрена нарушенная внематочная беременность с образованием заматочной кровяной опухоли. Пункция заднего свода подтвердила диагноз.

Сделана операция: чревосечение, удаление содержимого заматочной кровяной опухоли и обеих труб (беременность в левой трубе, воспалительный процесс правой трубы).

Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Больная выписана на 14-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

## ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Г. Г., 43 лет, поступила в родильное отделение 8/V 1950 г. для прерывания беременности по медицинским показаниям. Менструации по 3—4 дня, необильные, через 28 дней, безболезненные. Первые три беременности заканчивались плодоразрушающими операциями ввиду несоответствия размеров таза роженицы и головки плода. Четвертая беременность в 1940 г. закончилась кесаревым сечением по тем же показаниям, пятая — искусственным абортom в 1946 г. Последняя менструация — 16/III—18/III. Настоящая беременность шестая.

Беременная среднего роста, правильного телосложения. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких отклонений от нормы не обнаружено. Передняя брюшная стенка дряблая; по средней линии от лона до пупка имеется старый послеоперационный рубец. Размеры таза: 24, 26,5 29, 16,5 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; стенки влагалища разрыхлены, шейка матки подтянута кверху, значительно вытянута и заметно утолщена, как бы расширена, края маточного зева истончены, зев слегка зияет и смещен кпереди. Тело матки обращено кпереди, расположено выше обычного, спаяно с брюшной стенкой, увеличено до 6—7 недель беременности. Придатки не определяются. Мыс в виде клюва заметно выступает в полость малого таза. При исследовании небольшие кровянистые выделения.

Осмотр с помощью зеркала: слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки цианотичны.

9/V 1950 г. — операция аборта по обычному способу с расширением шейки, с последующим выскабливанием полости матки. С самого начала операции обратило на себя внимание несколько необычное явление: измерение полости матки зондом показало длину 15 см, соответствующую значительно большему сроку беременности, чем 7 недель, причём 8 см приходится на длину шейки матки и только 7 см — на длину полости матки.

### *Чем можно объяснить это обстоятельство?*

Удлинение шейки произошло, как мы уже отмечали, вследствие высокой фиксации тела матки к внутренней поверхности брюшной стенки в результате перенесенной операции.

При введении первых номеров расширителей появилось незначительное кровотечение, которое при дальнейшем расширении канала усилилось. Это обстоятельство заставило ускорить расширение; начато выскабливание полости матки также сопровождалось значительным кровотечением. Вскоре можно было убедиться, что полость матки пуста, получалось ясное ощущение тиличного хруста при отсутствии элементов плодного яйца. Тут же было обнаружено, что яйцо находится в канале шейки матки слева и, что самое главное, удалить его трудно из-за прочной связи со стенкой шейки.

### *Что имеется у больной?*

Поскольку яйцо располагается в канале шейки матки, можно предположить, что в данном случае имеется либо шеечный аборт, либо шеечная беременность.

*Как дифференцировать эти два возможных варианта и имеет ли значение точный диагноз?*

Как известно, при обычном течении раннего выкидыша сокращения матки могут привести к отслаиванию плодного яйца вместе с отпадающей оболочкой (рис. 36). Плодное яйцо изгоняется в канал шейки матки, где иногда, встречая препятствия со стороны недостаточно открытого из-за ригидности наружного зева, на некоторое время задерживается. Пребывание яйца в канале шейки матки приводит к изменениям формы шейки; она представляется расширенной, приобретая баллонообразную форму (рис. 37).

Эти данные (нахождение плодного яйца в канале шейки, баллонообразная шейка) позволяют трактовать такой аборт как шеечный.

*Что говорит об отсутствии у данной больной шеечного аборта?*

При шеечном аборте находящееся в канале шейки матки плодное яйцо расположено свободно, вне связи со стенками шейки, в чем можно убедиться при влагалищном исследовании—проникающий в канал шейки палец легко проходит кругом между гладкими стенками шейки и плодным яйцом. Если на это обстоятельство при влагалищном исследовании по тем или иным причинам не обратили соответствующего внимания, то оно сразу же выявляется

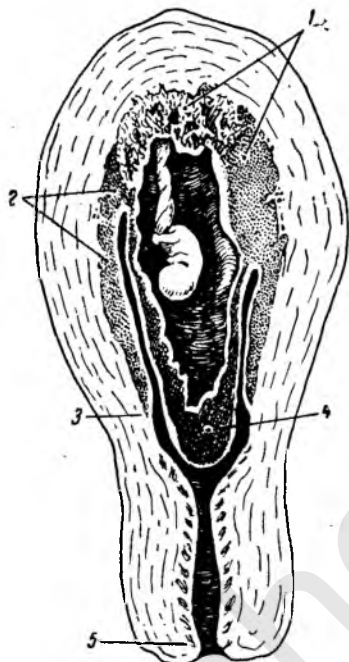


Рис. 36. Выкидыш на II месяце беременности. Отслаивается decidua basalis и decidua vera. Начинающееся раскрытие канала шейки.

1—неотделившаяся часть плодного яйца; 2—decidua vera; 3—внутренний зев; 4—нижняя часть плодного яйца; 5—наружный зев.

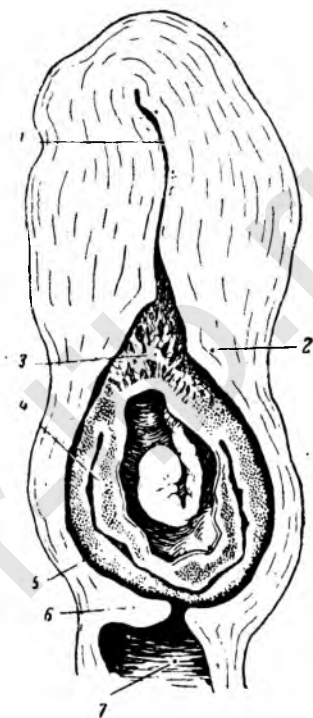


Рис. 37. Выкидыш на II месяце беременности—шеечный аборт.

1—полость матки; 2—внутренний зев; 3—детское место; 4—decidua capsularis (reflexa); 5—decidua vera; 6—наружный зев; 7—вагинальное отверстие.

при попытке удаления яйца. У данной больной удалить плодное яйцо полностью не представилось возможным из-за прочной связи его со стенкой шейки (рис. 38).

Кроме того, как известно, выкидыш (особенно ранний), как правило, сопровождается кровотечением той или иной степени, возникающим вследствие разрыва сосудов отпадающей оболочки и нарушения связи хориона с ней; кровотечение прекращается лишь с опорожнением матки.

Следовательно, имеются два решающих признака, говорящих об отсутствии шеечного аборта: отсутствие кровотечения до оперативного вмешательства и тесная связь яйца со стенками шейки матки. Имея достаточные основания отклонить диагноз шеечного аборта, следует остановиться на втором предположении—шеечная беременность.

### *Что такое шеечная беременность?*

Это—беременность, возникающая и развивающаяся в шейчном канале. Считается установленным, что где привилось яйцо, там образуется и плацента. Следовательно, нужно считать, что при шеечной беременности яйцо прививается в стенке шейки матки, где и развивается.

### *Возможна ли имплантация яйца в шейке матки?*

Возможность имплантации яйца в шейке матки в свое время отрицалась главным образом потому, что еще спорным был вопрос о возможности децидуальных превращений слизистой оболочки шейки матки как необходимым условием для привития яйца. Рядом авторов [К. П. Улезко-Строганова, В. И. Чиринин, В. Д. Брандт, Баллерини (Ballerini) и др.] такая возможность установлена. Доказано, что децидуальная ткань как ответная реакция на беременность развивается не только в теле матки, где она значительно выражена, но и в шейке матки. И поскольку в слизистой оболочке шейки происходит децидуальный метаморфоз, то и имплантация оплодотворенного яйца там возможна. Однако шеечная беременность встречается редко.

### *Чем объясняется столь редкое возникновение шеечной беременности?*

Авторы, изучавшие децидуальные реакции в шейке матки, отмечают весьма большое их разнообразие, от ясно выраженных до весьма стертых форм, при которых децидуальные превращения охватывали не всю слизистую шейки, а лишь отдельные, ограниченные участки и имели непостоянный и неполноценный характер. Возможность такого полиморфизма может быть объяснена теми анатомо-морфологическими особенностями, которые отличают стенку шейки с ее слизистой оболочкой от тела матки. Основной причиной, объясняющей редкость наступления шеечной беременности, является неполноценность и непостоянство децидуальной реакции в слизистой оболочке шейки матки. Наряду с этим должны быть условия, способствующие оседанию яйцеклетки в шейке матки.

### *Какие обстоятельства благоприятствуют возникновению шеечной беременности?*

Очевидно, необходимо совпадение следующих условий:

- а) отсутствие благоприятных условий для имплантации яйца в обычных отделах матки;
- б) наличие моментов, благоприятствующих проникновению оплодотворенного яйца в канал шейки матки;
- в) достаточно выраженная децидуальная реакция в слизистой канала шейки матки.

Неблагоприятные условия для внедрения оплодотворенного яйца в обычных отделах тела матки могут наступать в результате атрофических и дистрофических процессов в слизистой оболочке тела матки по разным причинам: чрезмерное или частое ее выскабливание при аборте, воспалительные изменения, воздействия химических веществ и др. Оплодотворенное яйцо, не найдя в слизистой оболочке тела матки соответствующих благоприятных условий для nidации, «соскальзывает» вниз по направлению к внутреннему зеву. Если при этом внутренний зев анатомически изменен (что может про-



Рис. 38. Шеечная беременность.

изойти в результате родовой травмы, повреждений при аборте, наличия фиброматозного узла в этой области и др.), то яйцо попадает в канал шейки, где и прививается при наличии достаточно выраженной здесь децидуальной реакции.

Не исключено, что в этом процессе имеет значение и затянувшийся срок развития яйцеклетки, когда трофобласт в период нахождения яйца в полости матки еще не настолько активен, чтобы яйцо могло внедриться в слизистую тела матки, и что эта активность наступает к моменту проникновения яйца в шейку.

Таким образом, учитывая способность слизистой оболочки шейки матки к децидуальным реакциям и возможность шеечного канала в той или иной степени расширяться, не возникает сомнений в возможности имплантации и развития плодного яйца в шейке матки.

*Каковы клинические проявления шеечной беременности, на основании которых может быть своевременно поставлен диагноз?*

Децидуальная ткань, играющая большую роль в питании плодного яйца, является в то же время особым реактивно-защитным аппаратом от разрушающего действия хориона. Как указывалось, децидуальная реакция в слизистой канала шейки непостоянна и не всегда полноценна, а поэтому и защитная роль децидуальной ткани в шеечном канале выражена значительно слабее, чем в теле матки.

Это обстоятельство способствует тому, что ворсинки хориона уже с первых дней возникновения шеечной беременности глубоко внедряются в стенку шейки, часто прорастают ее насквозь, достигая параметральной клетчатки; ворсинки хориона прорастают, таким образом, не только всю слизистую оболочку, но и мышечный слой стенки шейки матки.

В дальнейшем, с ростом развивающегося яйца, шейка матки расширяется и выпячивается, главным образом за счет той части стенки шейки, в которой произошла имплантация яйца. Шейка приобретает баллонообразную, колбовидную форму. С ростом яйца шейка становится больше, стенки ее растягиваются и истончаются. Примерно с III месяца беременности величина шейки матки начинает превосходить величину тела матки; последняя определяется в виде плотного узла на «раздутой» шейке—плодовместилище. С увеличением размеров шейки появляются и другие ее характерные изменения.

В зависимости от того, в какой части шейки происходит внедрение яйца, наблюдается смещение шеечного канала в противоположную сторону, а соответственно этому и наружного маточного зева, который принимает эксцентрическое расположение (см. рис. 38). Чем ниже в канале шейки произошло внедрение яйца, тем больше истончаются края наружного зева и укорачивается влагалищная часть шейки. Из других особенностей, наступающих в шейке матки, следует указать на обильное развитие в ней сосудов, вплоть до образования варикозных узлов.

Больная в ранние сроки беременности не предъявляла жалоб, отличных от таковых при нормальной беременности. Поэтому решающим моментом в диагностике шеечной беременности является внимательное проведенное влагалищное исследование, при котором обнаруживаются все указанные выше изменения в состоянии шейки.

*Почему у данной больной не был своевременно установлен правильный диагноз при наличии соответствующих симптомов?*

Мы допустили ошибку. Несмотря на, казалось бы, характерные изменения, наступающие в шейке матки, распознавание шеечной беременности оказывается трудным. Достаточно сказать, что из 28 опубликованных случаев шеечной беременности предварительный диагноз правильно был поставлен всего лишь в 2 случаях. Чаще всего, в 10 случаях, шеечная беременность трактовалась как неполный аборт, в 6 случаях—как предлежание детского

места, в 5—как шеечный аборт, в 2 случаях предполагалось интимное приращение плаценты, в одном—начинающийся аборт, в одном фибромиома матки и в одном случае — нормальная маточная беременность.

Уже из этого перечня можно представить, как разнообразны могут быть проявления этой патологии и, следовательно, трудности при ее распознавании.

*Почему наблюдаются ошибки диагностики?*

Не во всех случаях шеечной беременности признаки ее достаточно четко выражены; все же количество ошибочных диагнозов было бы значительно меньше, если бы врачи знали эту патологию и помнили о ней. К сожалению, врачи чаще всего впервые знакомятся с шеечной беременностью только после того, как они в своей практике встречаются с подобной патологией.

*На какие симптомы заболевания у данной больной следует обратить внимание?*

При влагалищном исследовании мы обнаружили вытянутую, утолщенную, как бы расширенную шейку матки, т. е. такую, какой она и должна быть в первые недели шеечной беременности. Правда, шейка в подобных случаях принимает более типичную баллонообразную форму несколько позже.

У наблюдаемой нами больной был и другой весьма характерный признак—эксцентрически зияющий наружный зев шейки с истонченными краями. Эти данные точно так же, как высокорасположенная и фиксированная к брюшной стенке матка, обратили на себя внимание. Однако они были истолкованы как последствия перенесенной операции кесарева сечения. Не будь этого обстоятельства, возможно, обнаруженные изменения со стороны шейки были бы истолкованы правильно и диагноз был бы поставлен своевременно. Таким образом, при наличии указанных признаков были все основания заподозрить у данной больной шеечную беременность.

Однако, как уже известно, обнаруженные данные были нами расценены ошибочно; поставив диагноз маточной беременности, мы начали операцию аборта. И, как указывалось, при расширении канала шейки появилось кровотечение, которое по мере увеличения расширения усиливалось и приняло угрожающий характер при выскабливании полости матки. Только тогда было обнаружено, что плодное яйцо находится не в полости матки, а в канале шейки и что его удаление встречает большие затруднения из-за весьма интимного сращения плодного яйца со стенкой шейки матки.

Обнаружение плодного яйца в канале шейки, его весьма плотное сращение со стенкой шейки и начавшееся при расширении канала шейки кровотечение, особенно усилившееся при выскабливании полости матки—при учете обнаруженных изменений со стороны шейки при первом осмотре больной,— сразу навели на мысль, что в данном случае имеется шеечная беременность.

Естественно, возникло желание быстрее удалить плодное яйцо, чтобы освобожденное плодовместилище сократилось.

В связи с этим мы продолжали выскабливание канала шейки матки до полного, как нам казалось, удаления плодного яйца. Однако кровотечение не прекращалось. Протирание плодовместилища эфирными тампонами, впрыскивание в толщу шейки питуитрина эффекта не давали. Пришлось прибегнуть к тугой тампонации матки и влагилица, что и приостановило кровотечение. Одновременно производили внутривенное переливание крови и введение физиологического солевого раствора под кожу. В течение 5 часов кровотечения не наблюдалось, состояние больной несколько улучшилось. К концу 5-го часа тампон пропитался кровью и кровотечение возобновилось.

*Что предпринять в связи с возобновившимся кровотечением?*

1. Удалить тампон и снова проверить кюреткой полость матки и канал шейки. Если ничего не будет обнаружено, произвести опять тугую тампонаду и трансфузию крови.



2. Тампон не удалять, так как это еще больше увеличит кровопотерю; произвести трансфузию крови и тут же операцию удаления матки.

Нами произведено повторное переливание крови. Большая взята на стол, извлечен тампон и произведена инструментальная ревизия полости матки и шейки, при этом остатков плодного яйца не обнаружено. Кровотечение не прекращается. Ввиду ухудшающегося состояния больной решено пойти на чревосечение с целью удаления матки.

При экстирпации матки обратило на себя внимание резкое истончение и дряблость ее стенок. Во время операции производилось непрерывное переливание крови капельным способом, применялись сердечные средства, кислород. Состояние больной после операции оставалось крайне тяжелым, и через 5 часов больная умерла.

Удаленная матка имела длину 14 см (длина тела матки 6,5 см, шейки 7,5 см). Полость матки оказалась пустой. Шейка матки резко истончена, на ее заднелевой стенке ясно видно место прикрепления плодного яйца. Микроскопическое исследование показало отсутствие в теле матки ворсин хориона; там обнаружены лишь единичные децидуальные клетки, в слизистой же канала шейки матки наряду с широкой зоной децидуальной ткани имелось глубокое прорастание мышечного слоя ворсинками хориона. В теле матки выявилась ясная картина хронического метроэндометрита (который, возможно, мог послужить причиной того, что оплодотворенное яйцо не нашло благоприятной почвы для имплантации, а возможные изменения в области внутреннего зева как последствия кесарева сечения благоприятствовали проникновению яйца в канал шейки матки).

*Каков механизм возникновения кровотечения при шеечной беременности и почему оно принимает такой катастрофический характер?*

Выше мы отмечали, что из-за структурных особенностей шейки матки и неполноценности децидуальной реакции в ней при шеечной беременности ворсинки хориона очень рано глубоко внедряются в стенку шейки, прорастают не только ее слизистую, но и мышечный слой, создавая тем самым прочную связь яйца со стенкой шейки. Одновременно с ростом яйца происходит растяжение шейки и истончение ее стенок. В шейке матки возникает обильное развитие кровеносных сосудов, вплоть до образования варикозных узлов. Вот почему расширение канала шейки матки и первые попытки удалить яйцо приводят к кровотечению, усиливающемуся при дальнейших попытках удалить яйцо. Из-за неспособности к сокращению растянутого и истонченного плодместилища кровотечение обычно продолжается даже после того, как плодное яйцо будет считаться удаленным. Кроме того, оставшиеся между мышечными пучками ворсинки хориона после удаления яйца продолжают свою разрушительную работу, «расплавляют» мышечные волокна вместе с пронизывающими их сосудами, что может вести к последующим кровотечениям.

Кровотечение возникает не только при искусственном прерывании шеечной беременности, но главным образом и при самопроизвольном аборте, который неизбежен потому, что шейка (плодместилище) обладает ограниченной способностью растягиваться для размеров, необходимых для поздних сроков беременности.

Наблюдаемая нами больная умерла вследствие острой кровопотери.

*Что же произошло? Все ли было предпринято для спасения жизни больной?*

Этот вопрос необходимо рассмотреть с двух точек зрения. С точки зрения использования всех имеющихся в нашем распоряжении средств борьбы с кровотечениями, а затем с точки зрения правильности и своевременности их применения.

Все меры, предпринимаемые для остановки кровотечения при абортах, применялись и у данной больной. Они применялись в известной последовательности, вплоть до того, что, когда они не дали эффекта, предпринята была крайняя мера—экстирпация матки. Несмотря на то, что все, казалось, было предпринято, больная погибла. Теперь же, когда мы знаем характер внедрения и развития яйца в стенке шейки матки и происхождение возникаю-

щего кровотечения при этом, нам ясно, что весь примененный арсенал средств желанного эффекта дать не мог.

*Можно ли было рассчитывать на полное удаление всех элементов яйца при операции выскабливания плодовместилища?*

Если учесть, что при шеечной беременности происходит глубокое врастание ворсин хориона в стенку шейки, то нельзя себе представить, чтобы произошло не только самостоятельное отторжение яйца полностью, но и его насильственное удаление. Следовательно, примененное нами двукратно выскабливание не достигало своей цели, оно было излишним.

Трудно также себе представить, чтобы какими-либо средствами можно было вызвать сокращение столь растянутой и истонченной стенки шейки матки.

Как видно из изложенного, общепринятыми средствами нельзя было спасти больную.

Однако почему же предпринятая операция удаления матки также не спасла ее? Ведь весь смысл этой операции при данных условиях заключается в том, чтобы путем удаления матки приостановить кровотечение. В связи с этим необходимо особенно подчеркнуть, что значение данной операции теряется, если она производится поздно. Откладывание подобной операции могло бы себя оправдать, если бы можно было рассчитывать, что случайно остановившееся кровотечение впоследствии не возобновится. Но, как мы уже знаем, ворсинки хориона, проникающие в мышечные волокна, расплавляют их, что рано или поздно приведет к возобновлению кровотечения. Вот почему нужно признать, что если в рассматриваемом нами случае экстирпация матки была необходимой и целесообразной, то сделана она была с запозданием.

*Если тактика, примененная в данном случае, себя не оправдала, то какой же линии поведения нужно было придерживаться?*

Поскольку кровотечение при шеечной беременности в подавляющем числе случаев никакими общепринятыми мерами остановить не удастся, то единственным рациональным мероприятием является своевременно принятое чревосечение с целью удаления матки. Операция экстирпации матки должна быть предпринята, как только установлен диагноз шеечной беременности, независимо от того, когда он установлен: во время выскабливания или же до всякого вмешательства. Нужно еще раз подчеркнуть, что если диагноз устанавливается во время выскабливания, при начавшемся кровотечении, необходимо выскабливание тотчас прекратить и приступить к экстирпации матки. Попытка остановить кровотечение повторными выскабливаниями, как это имело место у данной больной, приводит к потере драгоценного времени и снижению шансов на выздоровление больной.

Имеющиеся литературные данные, а также наши наблюдения показывают, что когда операция удаления матки при шеечной беременности предпринималась своевременно, т. е. как только устанавливался правильный диагноз, результаты получались благоприятные.

**Краткий эпикриз.** Г. Г., 43 лет, поступила 8/V 1950 г. для искусственного прерывания беременности (срок беременности 7 недель). 9/V 1950 г. произведена операция искусственного аборта обычным методом. Во время расширения и выскабливания началось кровотечение. Было обнаружено, что плодное яйцо находится в канале шейки матки и интимно связано с ней. Поставлен диагноз шеечной беременности. С трудом яйцо было отделено и удалено. Однако кровотечение не прекращалось, в связи с чем произведена тугая тампонада полости матки и переливание крови. Через 5 часов тампон пропитался кровью; произведена повторно ревизия стенок полости матки и шейки матки. Так как состояние больной продолжало ухудшаться,

произведено чревосечение—полное удаление матки. Несмотря на повторную трансфузию крови, применение сердечных средств и кислорода, состояние больной после операции оставалось крайне тяжелым и через 5 часов после операции она умерла вследствие острой кровопотери, развившейся ввиду позднего оперативного вмешательства.

## ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Роженица К. М., 24 лет, поступила в клинику в 0 часов 40 минут 23/1 1954 г. со схватками, начавшимися накануне в 20 часов. Диагноз консультации: переносенная беременность.

Менструации с 16 лет по 3—4 дня через 30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 20/III по 22/III 1953 г. Первое шевеление плода— в начале августа. Беременность третья, роды первые. Во время беременности с 1/X по 12/X лежала в больнице по поводу гнойного парапроктита и подверглась операции. За две недели до этого заболевания перенесла тяжелый грипп.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление 110/70 мм, пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичен. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Отмечаются небольшие отеки в области лодыжек.

Окружность живота 102 см, матка в тонусе. Схватки через 8—10 минут по 30 секунд, средней силы, умеренно болезненные. Положение плода продольное, позиция первая, предлежит головка, прижатая ко входу таза. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. В дородовом отпуске с 20/XI 1953 г. Размеры таза: 27, 30, 32 и 21 см.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на два пальца. Плодный пузырь цел, головка прижата ко входу таза, отодвигается, кости черепа плотные, роднички и швы плохо определяются, диагональная конъюгата 12.5 см.

*Можно ли в данном случае согласиться с диагнозом «переносенная беременность»?*

По анамнезу и данным акушерского исследования можно предположить у роженицы переносенную беременность. Этот диагноз был поставлен в женской консультации, которую роженица посещала с 10-й недели беременности.

Анамнез является основным моментом в диагностике перенашивания. У данной роженицы перенашивание определяется почти в 4 недели с момента календарного предполагаемого срока родов. Перенашивание в этом случае подтверждается не только по дате первого дня последней менструации, но и исчислением срока родов по дате первого шевеления плода (7/VIII), по данным первой явки беременной в консультацию (с 10-й недели) и по определению консультацией срока дородового отпуска (с 20/XI).

Проверка методом А. В. Рудакова показала, что срок беременности достигает 44 недель. Диагноз переносенной беременности был бы более достоверным, если бы удалось познакомиться с особенностями костей черепа плода, характерными для перенашивания (плотность черепных костей, узость родничков и швов, малая способность к конфигурации), а также (в известной степени) с наличием или отсутствием точек окостенения в проксимальном эпифизе плеча.

Влагалищное исследование при раскрытии шейки всего на два пальца не дало нам достаточных данных. Для получения более ясного представления о состоянии родничков и швов требуется большее открытие зева. Поэтому, выждав некоторое время, мы исследовали роженицу повторно.

11 часов 30 минут. При повторном влагалищном исследовании обнаружено, что открытие наружного зева достигло 3—3½ пальцев; головка плотно прижата ко входу таза. Сквозь оболочки целого плодного пузыря удалось хорошо исследовать головку плода: кости черепа плотные, стреловидный шов (расположенный слегка в правом косом размере таза) узок, большой родничок невелик (расположен справа сзади), малый (расположенный слева спереди) почти не прощупывается, расположен несколько ниже большого.

Эти данные еще больше убедили нас в правильности диагноза перенашивания беременности.

*Какие причины лежат в основе перенашивания беременности?*

По Е. Я. Ставской, переношенная беременность чаще отмечается у первородящих, но повторнородящих (имевших аборт). Перенесенные инфекционные заболевания во время беременности предрасполагают к перенашиванию. Оба эти обстоятельства (аборт, грипп) имели место у данной роженицы; кроме того, отмечалась психическая травма—операция при парапроктите во время беременности.

Современные клинические и экспериментальные исследования позволяют считать, что в основе перенашивания беременности лежат глубокие нарушения гормональных соотношений, какие обычно развиваются к моменту наступления срочных родов и не наблюдаются в этот срок при перенашивании. Эти расстройства, как показали исследования, связаны с первоначальным нарушением взаимоотношений между корой и подкоркой.

Г. М. Лисовская (1955) при изучении анамнеза женщин с перенашиванием беременности у большинства из них обнаружила черты неуравновешенности между основными нервными процессами в коре головного мозга—возбуждением и торможением, а у половины и слабость этих процессов.

Исследования, проведенные с помощью электроэнцефалографии, показали понижение электрической активности коры головного мозга у женщин, перенашивающих беременность, по сравнению с рожаящими в срок. Исследования электрической активности матки (Г. М. Лисовская) показали крайне низкую активность ее у женщин, перенашивающих беременность. Эти наблюдения указывают на изменения функционального состояния коры головного мозга и изменения функционального состояния самой матки, что, по-видимому, и обуславливает нарушение кортико-висцеральных связей, приводящее в конечном счете к задержке развития родовой деятельности и наступлению родов в нормальный срок.

Фактором, влияющим на перенашивание беременности, является нарушение в организме беременной гормональных соотношений, регулируемых центральной нервной системой. Экспериментальные исследования последних десятилетий показали, что искусственное введение в конце беременности гормона желтого тела вызывает перенашивание (А. Э. Мандельштам и В. К. Чайковский и др.). Подобные опыты проводились и с гонадотропными гормонами; создавая у животных в конце беременности гормональные соотношения, характерные для первой половины беременности, можно добиться продления срока беременности.

Согласно клинко-экспериментальным данным, перенашивание беременности вызывается, по-видимому, и избытком гонадотропного гормона или гормона желтого тела, с одной стороны, и дефицитом эстрогенного (фолликулярного) гормона, с другой стороны. Однако, как было указано выше, надо помнить, что все эти гормональные сдвиги стоят в тесной связи с нарушением функционального состояния коры головного мозга.

*Что следует предпринять при переношенной беременности?*

Основываясь на указанных выше гормональных сдвигах, многие авторы предлагали вызывать роды при переношенной беременности с помощью эстрогенных гормонов. Но настоящей патогенетической терапией является и одновременное воздействие на центральную нервную систему с целью регулирования взаимоотношений коры и подкорковых центров.

В основном для терапии при переношенной беременности в акушерской практике применяются два метода: медикаментозный и оперативный. Медикаментозный применяется в случаях, не осложненных другой акушерской патологией; он требует применения самых активных препаратов, которыми пользуются для вызывания и усиления родовой деятельности. При этом целе-

сообразнее применять полные и рациональные лечебные схемы с обязательным включением эстрогенных гормонов и психотерапевтических мероприятий. Учитывая, что при перенесенной беременности часто наблюдается слабость родовой деятельности, целесообразно во многих случаях и у рожениц производить стимуляцию родовой деятельности.

В качестве медикаментозной терапии перенесенной беременности следует применять наиболее энергично действующие родостимулирующие средства.

Приведем рекомендуемые нами схемы для возбуждения и усиления родовой деятельности.

Вначале эстрогены (фолликулин, синэстрол, диэтилстильбэстрол) из расчета 60 000 единиц фолликулина внутримышечно. Касторовое масло 50 г внутрь (с черным кофе). При раскрытии зева на 2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца и замедлении дальнейшего раскрытия назначают спазмолитические свечи с папаверином, экстрактом белладонны (по 0,03 г) и антипирином (0,3 г); 2% промедол в количестве 1 мл подкожно или лучше 0,5% раствор новокаина (50—60 мл) в шейку матки.

При головке, фиксированной глубоко во входе, и при раскрытии наружного зева на 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца вскрывают плодный пузырь. Через 2 часа после приема касторового масла назначают дробные дозы хинина (0,1 г) внутрь и питуитрина (0,2 мл) подкожно, чередуя и назначая каждый из них через 45 минут; всего по 5—6 раз. В конце этих назначений для усиления тонуса матки добавляют (по Хмелевскому) 40% раствор глюкозы в количестве 50 мл и 10% хлористый кальций в количестве 10 мл внутривенно; в раствор глюкозы добавляют 500 мг витамина С (аскорбиновая кислота) и 50 мг витамина В<sub>1</sub>. Если этих назначений оказывается недостаточно для получения желаемого эффекта, применяют дополнительно прозерин: 0,1% раствор прозерина в количестве 1 мл на 200 мл 5% глюкозы вводят подкожно в зоны Снегирева—Геда на передней брюшной стенке. При вторичной слабости схваток прозерин можно повторить или назначить внутрь первитин (избегать переполнения желудка).

При наличии у роженицы гипертонии питуитрин заменяют пахикарпином: 3% раствор по 3 мл внутримышечно; всего 3—4 раза. Наши наблюдения над действием пахикарпина показали его большую эффективность.

*Какое ведение родов целесообразно применить у нашей роженицы?*

Консервативное ведение родов с применением средств, стимулирующих родовую деятельность.

Родовая деятельность у роженицы удовлетворительная, боли при схватках переносит спокойно, проделывая те движения, которые были рекомендованы ей в консультации на занятиях по психопрофилактической подготовке к родам. Зная, что беременность перенесенная, роженица нервничает, боится затяжных родов и беспокоится за судьбу ребенка. Прежде всего необходимо успокоить роженицу, разъяснив ей, что продолжительность беременности может быть больше 40 недель, что роды у нее уже начались и будут приняты меры к их ускорению.

При поступлении роженицы с перенесенной беременностью в клинику дежурный врач ввел ей внутримышечно в ягодичу 4 мл 0,1% синэстрола, что соответствует 40 000 единиц фолликулярного гормона. В 14 часов ввиду продолжающейся слабости схваток при открытии зева на 3—3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца был назначен хинин внутрь по 0,1 г через 45 минут (всего 5 раз) в чередовании с питуитрином по 0,2 мл подкожно (всего 5 инъекций), также через 45 минут. Кроме того, для повышения тонуса матки был введен дополнительно 40% раствор глюкозы в количестве 40 мл и 10% раствор хлористого кальция в количестве 10 мл; оба препарата вводились внутривенно. Вместе с глюкозой были введены витамины: аскорбиновая кислота (300 мг) и витамин В (50 мг).

К 19 часам у роженицы развилась хорошая родовая деятельность. головка плода стала малым сегментом во входе таза.

В 23 часа — схватки сильные, болезненные. Произведено повторно влагалитное исследование: открытие наружного зева почти полное; спереди определяется небольшая отечная кайма зева, которая заправлена за головку. Последняя определялась уже большим сегментом в полости таза, стреловидный шов в правом косом размере. Плодный пузырь был вскрыт, причем выделилось очень немного густоватых вод желтоватой окраски.

Схватки стали менее болезненными. Во время потужной деятельности вне схваток сердцебиение плода временами приглушалось и замедлялось до 110 ударов в минуту. Роженица получала внутривенно глюкозу, подкожно кардиазол и кислород по методу Демичева. Этот метод заключается в массивной, дозированной подаче кислорода не из подушки, а из баллона, снабженного специальным приспособлением, дозирующим подачу кислорода. При угрожающей внутриутробной асфиксии плода в первом периоде родов роженице дают вдыхать вне схваток до 20 л кислорода в минуту на протяжении 10—30 минут до стойкого выравнивания сердцебиения плода; во втором периоде родов кислород дают вне потуг также до 20 л в минуту до рождения ребенка.

В 1 час 25 минут родилась живая девочка, которая вскоре закричала. В родах произошел разрыв промежности первой степени. Задние воды были густо окрашены меконием. Вес новорожденной 4100 г, длина 53 см, окружность головки 36,5 см.

Через 25 минут самостоятельно отошел послед без дефектов; плацентарная ткань во многих местах оказалась перерожденной, со следами известковых отложений. Вес послета 620 г, размеры: 17×22×2 см, длина пуповины 62 см.

Общая продолжительность родов 29 часов 50 минут: первый период длился 28 часов 30 минут, второй — 55 минут и третий — 25 минут.

Послеродовой период протекал нормально. Роженица выписана на 9-й день после родов в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

Признаки перенашивания беременности до родов были: данные анамнеза о последней менструации, сроке первого шевеления плода, расчет консультации срока беременности и срока родового отпуска.

Признаки перенашивания беременности в родах были: крупный плод, большой объем живота, резкое уплотнение черепных костей, суженные роднички и швы, малое количество околоплодных вод.

Признаки перенашивания беременности после родов: большой вес (4100 г) и рост плода (53 см), значительное обызвествление ткани плаценты.

**Краткий эпикриз.** Роженица К. М. поступила в клинику со значительно перенесенной беременностью (около 4 недель).

Консервативная терапия с применением массивных доз эстрогенов, хинина, питуитрина, а также вскрытие плодного пузыря с целью предупредить развитие внутриутробной асфиксии оказались эффективными, и роды закончились благополучно для матери и ребенка.

## ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

### КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Роженица Б. О., 31 года, поступила в клинику 3/III 1956 г. в 2 часа 15 минут со схватками, начавшимися 2/III в 17 часов

В детстве перенесла корь, дифтерию, скарлатину, пневмонию; часто болеет гриппом.

Менструации с 14 лет, по 5 дней через 24 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация со 2/V по 6/V 1955 г. Первое шевеление плода 20/IX. Роды первые, беременность вторая. Три года назад был аборт по медицинским показаниям (миокардиодистрофия). Во время беременности одышка, отеки ног. Посещала консультацию с 10 недель беременности, посетила 9 раз. Срок беременности на 2/III, по данным консультации, определяется в 43 недели. Родовой отпуск получила с 31/XII 1955 г.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, тоны сердца глухие, границы сердца расширены влево. Отеки голеней и брюшной стенки. Артериальное давление 120/80 мм. Размеры таза: 26, 29, 32, 20 см, запястный индекс 17 см. Окружность живота 108 см. Схватки через 5—6 минут по 30—35 секунд, средней силы, незначительно болезненные. Положение плода продольное, предлежание головкой, II позиция. Головка плотно прижата ко входу в таз, поперечник головки 11 см. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Дно матки — у мечевидного отростка, высота стояния над лоном 37 см. Методом Рудакова определяется 43-я неделя беременности.

Влагалищное исследование: наружные половые органы нормальные. Влагалище свободно проходимо, шейка сглажена, открытие наружного зева на два пальца, края зева толстые, плодный пузырь цел, головка плотно прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере таза, большой родничок слева, малый справа — на одном уровне. Кости черепа плотные, неподатливые, мыс не достигается.

*Что обращает на себя внимание у нашей роженицы?*

Слишком большая окружность живота—108 см. Можно предположить двойню. В клинике имеется возможность проверить это с помощью рентгенографии (стр. 369). Определен один крупный плод в головном предлежании, головка над входом в малый таз.

Все имеющиеся у нас данные о сроке беременности: по первому дню последней менструации (43 недели), первому шевелению плода (43<sup>1</sup>/<sub>2</sub> недели), данным консультации, считая с 10-й недели беременности (43 недели), а также по методу Рудакова позволяют говорить, что продолжительность беременности у данной женщины соответствует 43—43<sup>1</sup>/<sub>2</sub> неделям. Поперечник головки плода, объем живота роженицы и, наконец, рентгенограмма указывают на наличие крупного плода, головка которого прижата ко входу в малый таз, кости черепа плотные.

Поставить диагноз в данном случае сравнительно нетрудно: пожилая первородящая, первый период родов при переносенной (43 недели) беременности; миокардиодистрофия.

*Как вести роды у данной роженицы?*

Предложения относительно характера ведения родов могут быть различными: выжидание и стимуляция родовой деятельности или срочное родоразрешение путем кесарева сечения.

Правы те авторы, которые полагают, что прогноз родов в данном случае сомнителен. Для прогноза родов надо учитывать всегда три обстоятельства: характер родовой деятельности (плодонзгоняющие силы), плод как объект родов и особенности родовых путей, главным образом размеры таза. Пожилой возраст первородящей, перенашивание беременности, миокардиодистрофия, перенесенные в прошлом инфекционные заболевания дают основание предположить, что родовая деятельность у этой роженицы может развиться неудовлетворительно, резкое окостенение крупной головки у переносенного плода значительно снижает способность ее к конфигурации. Несмотря на нормальные наружные размеры таза, у роженицы имеется высокий запястный индекс (17 см вместо 14—15 см), что свидетельствует о большой толщине костей. Следовательно, емкость таза уменьшена. Крупные размеры головки при пониженной способности ее к конфигурации и при нормальных размерах таза могут вести к клиническому несоответствию.

Тем не менее нельзя согласиться с теми, которые предлагают немедленно произвести операцию кесарева сечения. Для такого вмешательства пока нет достаточных показаний, тем более что женщина находится в родах только 5 часов. Более осторожным и бережным является выжидание и стимуляция родовой деятельности.

Для стимуляции родовой деятельности назначено: 0,1% синэстрол в количестве 5 мл (50 000 единиц) внутримышечно, 40% раствор глюкозы в количестве 50 мл в сочетании с витамином В<sub>1</sub> (50 мг) и витамином С (500 мг) внутривенно; для профилактики внутриутробной асфиксии плода давали вдыхать кислород по 5 минут через каждые 10 минут. Спустя 4 часа после начала стимуляции родовой деятельности схватки стали интенсивнее.

3/III 1956 г. в 11 часов 10 минут: общее состояние удовлетворительное, пульс 84 удара в минуту, температура 36,7°, схватки регулярные через 4—5 минут по 30—35 секунд, умеренно болезненные. Воды целы. Головка плотно прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ритмичное, отчетливое.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева почти полное, определяется спереди тонкий край шейки, который заправлен за головку. Пузырь цел, умеренно напрягается при схватке. Головка стоит малым сегментом во входе таза. Стреловидный шов в правом косом размере. малый родничок справа и кза-

ди. С целью стимуляции родов при наличии почти полного открытия наружного зева вскрыт плодный пузырь. Выделилось немного густоватых, желтоватой окраски околоплодных вод.

После вскрытия плодного пузыря схватки усилились и были средней силы и правильного ритма на протяжении 3 часов, но затем стали ослабевать. Продвижения головки за это время не отмечено.

3/III 1956 г. в 14 часов 30 минут — повторная стимуляция родовой деятельности: введено синэстрола 3 мл (30 000 единиц), а затем по схеме назначена стимуляция (стр. 132), но без питуитрина, который не следует назначать при возможном клиническом несоответствии в размерах головки и таза.

Несколько улучшившаяся родовая деятельность к 17 часам вновь стала ослабевать; головка не продвинулась; признак Вастена «вровень». В 18 часов 20 минут схватки почти прекратились. Роженица утомлена. Головка не продвигается. Развилась вторичная родовая слабость.

Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, временами то слегка приглушенное, то чрезвычайно ясное, звонкое. Самостоятельное мочеиспускание затруднено. Моча, выпущенная катетером, насыщена солями.

*Какая патология у роженицы? Какие могут быть предложения по поводу дальнейшего ведения родов?*

Итак, у данной роженицы отмечается вторичная родовая слабость при бесспорном перенашивании и значительном окостенении черепа у плода, отсутствие продвижения головки, несмотря на повторную стимуляцию, длительное прижатие стенок мочевого пузыря с задержкой самостоятельного мочеиспускания. Таким образом, имеется картина клинически узкого таза при наличии полного открытия наружного зева уже в течение 7 часов.

Прогноз исхода родов, особенно для плода, весьма неблагоприятен. В таком случае нет оснований рассчитывать на благоприятный эффект после отдыха, хотя бы созданного путем эфирного наркоза.

Можно подумать и о наложении кожноголовных щипцов. Но едва ли это пособие в данном случае уместно и целесообразно: щипок очень плотно стоит во входе таза, сила, развиваемая этими щипцами, невелика. Намечаются, правда, пока еще неясно, выраженные признаки внутриутробной угрожающей асфиксии плода.

Созванный 3/III 1956 г. в 18 часов 20 минут консилиум врачей сделал следующее заключение. Роды у пожилой первородящей с перенесенной беременностью. Вторичная слабость родовой деятельности, не уступающая медикаментозной терапии. Затяжные роды с безводным промежутком в течение 7 часов. Клинически узкий таз. Желание матери сохранить ребенка. В интересах матери и ребенка следует считать показанным родоразрешение путем абдоминального кесарева сечения. Ввиду наличия миокардиодистрофии рекомендована местная анестезия.

3/III 1956 г. в 19 часов произведено брюшностеночное кесарево сечение (sectio caesarea abdominalis) в нижнем сегменте матки, под местной анестезией. Передняя стенка матки в нижнем сегменте вскрыта поперечно. Извлечен мальчик в состоянии синей асфиксии. После отсасывания слизи из дыхательных путей в теплой ванночке ребенок закричал через 2 минуты. Извлечен послед. Маточная рана зашита трехэтажными узловыми кетгутowymi швами. В брюшную полость введено 500 000 ЕД пенициллина. Послойно зашита брюшная стенка. Длительность операции 40 минут.

Вес новорожденного 4780 г, длина 54 см, окружность головки 38 см, кости черепа плотные, роднички и швы узкие. Вес последа 630 г, размеры: 18×21×2 см со следами петрификации.

В послеродовом периоде развился тромбофлебит бедренной вены левой нижней конечности. Выписана на 41-й день в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

**Краткий эпикриз.** Пожилая первородящая, 31 года, перенесенная беременность—около 44 недель. Крупный плод. Несмотря на хорошие размеры таза, роды затянулись; выявился клинически узкий таз, вероятно, вследствие неспособности головки к конфигурации; развилась вторичная слабость родовой деятельности. Повторная стимуляция родовой деятельности оказалась безрезультатной. Роды закончены кесаревым сечением под местной анестезией с благоприятным исходом для матери и ребенка.



## НИЗКОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Г. К., 35 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение районной больницы 10/VII 1955 г. в 8 часов по поводу кровотечения в родах.

В анамнезе трое срочных родов и два самопроизвольных аборта. Роды протекали нормально. Дети живы. Последние роды были 3 года назад. Самопроизвольные аборт оба были в 1953 г.; после последнего аборта долго болела. Данная беременность шестая. Даты последней менструации не помнит. Первое шевеление плода 15/II 1955 г.

10/VII в 2 часа ночи начались схватки, а утром появилось незначительное кровотечение, вследствие чего была вызвана акушерка. Последняя, осмотрев роженицу, произвела влагалищное исследование, ввела во влагалище тампон и доставила роженицу в родильное отделение.

Роженица правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Температура 36,5°, пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Со стороны органов кровообращения и дыхания отклонений от нормы нет. Артериальное давление 115/70 мм.

Брюшная стенка эластичная. Живот имеет несколько неправильную овоидную форму; правая половина его внизу более выпукла, чем левая. При пальпации живота дно матки определяется на два поперечных пальца ниже мечевидного отростка, в дне прощупывается крупная, небаллотирующая часть плода, справа в дне матки мелкие части, слева спинка плода. Над входом таза пальпируется круглая, баллотирующая часть плода, по-видимому, головка. Однако последняя справа контурируется неясно, как бы прикрыта чем-то затушевывающим ее контуры. Борозда между нижним сегментом и полым мускулом матки стоит на три поперечных пальца над лоном.

Схватки хорошей силы, через 3—4 минуты по 35—40 секунд, умеренно болезненные. Сердцебиение плода ясное, слева ниже пупка, 140 ударов в минуту, ритмичное. Окружность живота 96 см, высота стояния дна матки над лоном 86 см. Размеры таза: 25, 27, 32, 20 см.

Наружные половые органы и внутренняя поверхность бедер выпачканы кровью; из влагалища торчит конец бинта; извлеченный бинт пропитан кровью.

Итак, перед нами роженица с начавшимся кровотечением в периоде раскрытия.

*Какова причина кровотечения?*

Известно, что кровотечения во время родов могут быть обусловлены наличием варикозных узлов во влагалище, полипов и раковых язв на шейке матки, травматическими повреждениями половых органов, преждевременной отслойкой нормально расположенного детского места, предлежанием и низким прикреплением плаценты.

Чтобы выяснить, какая из этих причин кровотечения имеет место у данной роженицы, необходимо произвести влагалищное исследование и осмотр шейки матки и стенок влагалища с помощью зеркал. Только после такого обследования может быть установлен правильный диагноз.

Приступая к влагалищному исследованию, необходимо помнить, что во время таких манипуляций можно занести инфекцию. Поэтому надо строго соблюдать правила асептики и антисептики. Недостаточная дезин-

фекция рук врача, плохая подготовка роженицы, нестерильные инструменты и т. п. могут повести к возникновению послеродового заболевания.

Помимо возможности занесения инфекции, мы также не должны забывать и о том, что манипуляции при влагалищном исследовании могут повлечь за собой усиление маточного кровотечения, создать угрозу для жизни роженицы. Поэтому прежде чем приступать к влагалищному исследованию, необходимо приготовить все, что может потребоваться на случай оказания экстренной помощи при сильном кровотечении (операционная, набор инструментов для кесарева сечения, перфорации головки и др.).

*Учитывая эти опасности, должна ли была акушерка производить влагалищное исследование у больной на дому?*

Следует отметить, что по этому вопросу еще существуют разногласия. Считают, что при кровотечении у беременных или рожениц влагалищное исследование производить в женской консультации или на дому не следует, так как имеется риск занести инфекцию или усилить кровотечение. Разумеется, при соблюдении всех правил асептики и антисептики и сугубой осторожности при влагалищном исследовании, причем если подлежащую часть определять не через шеечный канал, а через своды, риск от влагалищного исследования будет минимальный. Целесообразно ли произвести влагалищное исследование, если имеется возможность срочно переправить больную в родильный дом или в больницу? Иное дело, если налицо угрожающее жизни кровотечение, стационар далеко и невозможно быстро перевести больную. В этом случае, при тщательном соблюдении указанных выше правил, влагалищное исследование можно производить и на дому. Это позволит выяснить истинную причину кровотечения и своевременно оказать соответствующую помощь.

*Следовало ли производить тампонацию влагалища?*

В этом отношении большинство авторов категорически высказывается против тампонации влагалища при кровотечениях во время беременности, так как она не дает положительного результата. Под влиянием тампонации, наоборот, усиливаются сокращения матки, вследствие чего увеличивается отслойка плаценты и усиливается кровотечение. Кровь скопляется выше тампона. Поэтому вначале кровотечение внешне остается незаметным, затем кровь пропитывает тампон и начинает сочиться наружу. Кроме того, пропитанный кровью тампон является хорошей питательной средой для развития бактерий. Таким образом, тампон является не только не надежным методом, но и далеко не безопасным. К тампонации влагалища прибегают только в исключительных случаях, при значительных кровотечениях, соблюдая при этом все правила асептики. Тампонация в этих случаях делается под контролем введенных во влагалище ложкообразных зеркал и специальным (трехслойным) стерильным или йодоформным тампоном длиной 10—12 м, позволяющим плотно тампонировать своды и все остальное влагалище. Такой тампон можно оставить во влагалище не более чем на 2—3 часа, а за это время беременную или роженицу следует перевести в родильный дом. У данной больной тампонацию влагалища делать не следовало; можно было ограничиться наложением Т-образной стерильной повязки на наружные половые органы.

Итак, мы решили произвести влагалищное исследование, чтобы выяснить причину кровотечения.

После соответствующей обработки рук врача и наружных половых органов роженицы мы сначала произвели исследование с помощью зеркал: слизистая оболочка шейки матки нормальная, варикозных узлов, кровоточащих эрозий или язв не обнаружено. Бимануальное исследование: наружный зев и сохранившийся укороченный шеечный канал открыты на 2 пальца, в пределах внутреннего зева плацентарной ткани или край ее не определяется, прощупываемые оболочки отличаются плотностью

и шероховатой поверхностью. Через оболочки хорошо пальпируется головка, находящаяся над входом таза.

*Что является причиной кровотечения?*

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
2. Низкое прикрепление плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (стр. 176) — это тяжелое осложнение беременности и родов — дает иную клиническую картину, чем у наблюдаемой нами больной. Несомненно, и у этой больной имеется отслойка плаценты, но по клинической картине скорее напоминает частичную отслойку низко прикрепленной плаценты.

Низкое прикрепление плаценты является как бы переходной стадией между нормальным прикреплением плаценты и неправильным ее прикреплением — предлежанием плаценты. Нормально, как известно, плацента прикрепляется на передней или задней стенке матки, причем нижний край ее отстоит от внутреннего зева на ширину не менее 3—4 поперечных пальцев. Если же плацента располагается близко у внутреннего зева, но не достигает его, такое прикрепление плаценты называется низким (рис. 39) в отличие от физиологического прикрепления плаценты и от краевого предлежания плаценты (см. рис. 41), при котором нижний край плаценты определяется у самого края внутреннего зева и даже несколько переходит его.

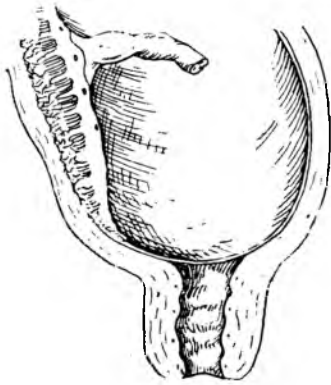


Рис. 39. Низкое прикрепление плаценты.

Низкое прикрепление плаценты и краевое предлежание плаценты имеют лишь относительное различие и нередко одна форма переходит в другую. Так, например, низкое прикрепление плаценты, определяемое при двух пальцах открытия шейного канала, может в дальнейшем при полном раскрытии маточного зева превратиться в краевое предлежание детского места. Это наблюдается тогда, когда околоплодный пузырь, вклиниваясь в шейный канал, тянет за собой край плаценты книзу в просвет маточного зева, а стенки нижнего сегмента вследствие ретракции оттягиваются вверх. Этот вариант неправильного прикрепления детского места мы должны иметь в виду при постановке диагноза.

Распознавание низкого прикрепления детского места основано как на анализе клинического течения беременности, так и на данных объективного обследования. И. И. Яковлев предлагает считать низким прикреплением плаценты такое, когда при раскрытии шейки на 3 пальца край плаценты отстоит на 7 см от внутреннего зева.

Течение беременности при низком прикреплении детского места, как и при краевом предлежании его, большей частью благоприятное, кровотечение не наблюдается. Оно обычно появляется в начале периода раскрытия или даже позднее — при раскрытии зева на 2—3 пальца и больше. Источником кровотечения являются материнские сосуды, вскрывшиеся в результате отслойки плаценты от стенки матки. Кровотечение обычно появляется внезапно и не бывает столь грозным, как при частичном или полном предлежании детского места. С отхождением околоплодных вод кровотечение почти полностью прекращается, так как плацента перестает отслаиваться от стенки матки и вместе с нижним отделом ее скользит по плоду кверху.

При расположении плаценты на стенке нижнего сегмента матки предлежащая часть плода обычно прощупывается не совсем ясно, что имеется и у наблюдаемой нами роженицы; над входом в малый таз наружными приемами определяется головка, но справа как будто что-то мешает ее прощупать. Кроме того, по правому ребру матки внизу отмечается незначительная выпуклость и круглая связка справа не определяется. Это обстоятельство, очевидно, обуславливается расположением плацентарной площадки справа внизу.

Наконец, для диагностики низкого прикрепления плаценты имеют большое значение результаты влагалищного исследования. При достаточном открытии не удается достигнуть края детского места, а плодный пузырь очень плотен, шероховатый, что характерно для участка оболочек, расположенных по соседству с плацентой. Такое ощущение обуславливается сохранением мелких сосочков на месте атрофированных ворсинок.

*Может быть, у данной роженицы преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты?*

Трудно дифференцировать отслойку низко прикрепленной плаценты от преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, так как в этом случае при влагалищном исследовании также не обнаруживается плацентарной ткани. Однако при преждевременной отслойке нормально расположенного детского места налицо бывают такие характерные признаки (стр. 178), как острая анемия, внутреннее кровотечение, болезненность, напряжение матки. Кроме того, трудно определяются части плода, сердцебиение плода большей частью не выслушивается вследствие его гибели. Этих признаков у наблюдаемой нами роженицы нет.

*Какова этиология низкого прикрепления плаценты?*

Причины прикрепления плаценты в нижнем сегменте матки разнообразны и еще достаточно не выяснены. Низкое расположение плаценты может зависеть от наличия изменений в слизистой оболочке матки (после чрезмерного выскабливания при аборте, вследствие различного химического воздействия на нее с целью предохранения от беременности, при инфантилизме и после перенесенных воспалительных процессов в матке) или от изменений в плодном яйце, в частности в хорионе (позднее проявление ферментативных свойств трофобласта оплодотворенного яйца).

Что послужило причиной низкого прикрепления плаценты в нашем случае, сказать трудно. Возможно, это возникло в результате перенесенного воспалительного процесса после аборта. По данным ряда авторов, почти в  $\frac{3}{4}$  всех случаев атипической имплантации плодного яйца предшествовали аборт и особенно осложненные.

У данной роженицы несомненно низкое прикрепление плаценты.

*Какое лечение при низком прикреплении плаценты?*

Терапия при низком прикреплении плаценты и наличии кровотечения обычно сводится к вскрытию плодного пузыря (*diruptio velamentorum ovi*). Эта операция дает возможность в дальнейшем маточной стенке скользить вверх по плоду вместе с плацентой и оболочками. После разрыва плодного пузыря плацента обычно больше не отслаивается от маточной стенки и головка плода, вступая в таз, плотно прижимает обнаженный участок плацентарной площадки к стенке таза. Все это вместе взятое способствует прекращению кровотечения.

Однако для получения положительного эффекта разрыв плодного пузыря необходимо производить лишь при наличии хороших схваток, открытии шейки матки не менее чем на 2 пальца и при головном предлежании плода. При слабых схватках или отсутствии предлежащей части (поперечное положение плода) кровотечение может продолжаться и после отхождения вод.

У наблюдаемой нами роженицы родовая деятельность выражена хорошо, плод предлежит головкой и открытие шейчного канала достигает ширины 2 пальцев. Следовательно, налицо все условия для вскрытия плодного пузыря.

*Каким способом следует произвести вскрытие плодных оболочек?*

Плодный пузырь разрывают большей частью указательным и средним пальцами, введенными во влагалище, которыми производят скользящие



Рис. 40. Искусственный разрыв плодного пузыря.

движения и давление на стенки пузыря снизу. Пузырь прорывается и воды отходят. В нашем случае этот способ едва ли уместен, так как оболочки плотные и разорвать их будет трудно, а длительные попытки прорывать пузырь пальцем или, вернее, пальцами могут вести к большей отслойке плаценты, что усилит кровотечение.

В нашем случае следует произвести вскрытие плодного пузыря пулевыми щипцами.

Техника этой операции проста (*diruptio velamentorum ovi*): после тщательной обработки рук акушера и наружных половых органов роженицы вводят во влагалище указательный и средний пальцы левой руки и нащупывают плодный пузырь. Затем правой рукой между введенными пальцами вводят стерильные пулевые щипцы, захватывают ими (под контролем пальцев) оболочки и, потягивая, разрывают пузырь (рис. 40). Иногда вводят только одну браншу пулевых щипцов и ею вскрывают плодный пузырь. После этого вынимают пулевые щипцы, оставляя пальцы на месте, чтобы предупредить быстрое излитие околоплодных вод, выпадение низко расположенной пуповины и проконтролировать, как будет опускаться головка.

Наш выбор вмешательства оказался правильным. После вскрытия плодных оболочек кровотечение прекратилось; при энергичной родовой деятельности головка опустилась и оказала тампонирующее действие. Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Сердцебиение плода ясное.

Через 5 часов после вскрытия плодного пузыря начались потуги. В 13 часов произведено влагалищное исследование: открытие полное, края шейки матки не определяются, головка находится в полости малого таза и выполняет всю крестцовую впадину, стреловидный шов стоит в прямом размере, проводной точкой является малый родничок. Через 15 минут родился живой мальчик весом 3100 г, длиной 50 см.

*Как будет протекать третий период родов у данной роженицы?*

Сказать заранее, как будет протекать третий период родов, трудно. Нередко в этом периоде родов возникает сильное кровотечение вследствие слабой сократительной способности нижнего сегмента матки — задержки с отделением плаценты (стр. 192). После отделения плаценты от стенки матки наступает гипотоническое или атоническое кровотечение. В связи с этим при низком прикреплении плаценты нередко приходится прибегать к ручному вхождению в полость матки.

Будем внимательно следить за характером течения послеродового периода, за кровопотерей.

Через 30 минут послед самостоятельно отделился от стенки матки и вышел без вмешательства. Осматривая плаценту и оболочки, мы могли убедиться в целостности долек плаценты и в наличии всех оболочек, разрыв которых отстоял от края плаценты на 3—4 см.

Измерение расстояния места разрыва оболочек от края плаценты позволяет определить вид атипического расположения плаценты. При нормальном расположении плаценты обычно место разрыва плодного пузыря отстоит от края плаценты не менее чем на 7—10 см, а при краевом предлежании плаценты место разрыва располагается по краю ее. В рассматриваемом нами случае имеется переходное состояние между нормальным расположением и краевым предлежанием плаценты. Край разрыва оболочек отстоял от плаценты на 3—4 см, что еще лишний раз подтверждает правильность нашего диагноза.

Послеродовой период протекал гладко, и родильница была выписана на 9-й день здоровой с ребенком.

**Краткий эпикриз.** Г. К., 35 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение в периоде раскрытия с незначительным кровотечением, которое появилось впервые в родах. Обследование роженицы показало, что причиной кровотечения в родах является низкое прикрепление плаценты. Было произведено вскрытие плодного пузыря, после чего кровотечение прекратилось. В дальнейшем роды проводились консервативно и закончились рождением здорового плода. Выписана на 9-й день после родов с ребенком.

## КРАЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

### РАЗРЫВ ОБОЛОЧЕК ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

М. К., 28 лет, 3/VI 1954 г. поступила в 14 часов в отделение патологии беременности родильного дома. Наследственность не отягощена. Перенесла грипп, холецистит.

Беременность шестая, на 40-й неделе. Первая беременность закончилась срочными родами в 1949 г. живым ребенком. Последующие четыре беременности были прерваны — искусственный аборт по медицинским показаниям (холецистит).

Последняя менструация с 3/IX по 5/IX 1953 г. До 36-й недели беременность протекала нормально. На 36-й неделе появились небольшие кровянистые выделения, которые прекратились на 2-й день пребывания в родильном доме. На 8-й день выписана домой в хорошем состоянии. Через несколько дней после выписки из родильного дома вновь появилось небольшое кровотечение, которое также вскоре прекратилось. Находилась все время под наблюдением женской консультации. В целях профилактики кровотечений получала в последний месяц беременности витамин С по 200 мг в сутки, препараты железа и кальция. Направлена заблаговременно в родильный дом ввиду предполагаемого вскоре родов и подозрения на предлежание плаценты.

*Правильно ли велось наблюдение за беременной до 36-й недели?*

Наиболее частой погрешностью в работе акушерки и врача является несвоевременная и недостаточная по продолжительности госпитализация при кровотечениях во второй половине беременности. Опыт показывает, что повторные кровотечения у беременной могут возникнуть в любой момент: в дороге, во время сна и т. д., когда не может быть своевременно оказана помощь. Беременная поступает в больницу в состоянии крайнего обескровливания. Как известно, при кровотечениях во второй половине беременности женщину нельзя выписывать из стационара ранее 2 недель с момента прекращения кровотечения, а в последний месяц беременности ее оставляют в стационаре до родов. Это требование в данном случае было нарушено.

*Чем вызвано кровотечение у наблюдаемой нами беременной?*

Во второй половине беременности кровотечение может возникнуть на почве рака шейки матки, пузырного заноса, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, варикозного расширения вен, предлежания плаценты. Для уточнения диагноза обратимся к объективным данным исследования нашей больной.

Женщина правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы нормальной окраски, видимые слизистые оболочки розовые. Температура

36,6°, пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, артериальное давление 110/80 мм. Со стороны внутренних органов патологических отклонений, кроме болезненности при пальпации справа в подложечной области, не обнаружено. Отеков, варикозного расширения вен не отмечается. Реакция Вассермана отрицательная. Моча нормальная. Кровь: Нб 13,5 г% (81 единица), эр. 4 150 000, л. 7800; РОЭ 10 мм в час; со стороны формулы белой крови отклонений нет.

Таз нормальный. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки над лоном 30 см. Положение плода продольное, предлежит головка высоко над входом в малый таз. Матка возбуждима. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, справа ниже пупка.

Этих данных, пожалуй, достаточно, чтобы отвергнуть предположение о возможности пузырного заноса, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. При пузырном заносе (стр. 90), как правило, имеется быстрое увеличение объема матки, величина матки не соответствует сроку беременности, не выслушивается сердцебиение плода, не прощупываются части плода.

Для преждевременной отслойки нормально расположенного детского места нет характерных признаков: болей, напряжения матки, указаний на травму, нефрит, токсикоз беременности, ухудшения или исчезновения сердцебиения плода и т. д. (стр. 177). Что касается возможности рака шейки матки, то исключить его можно осмотром шейки с помощью зеркал; это же исследование позволит установить или исключить и разрыв варикозного узла. Хотя эти причины кровотечения и составляют значительную редкость (кровотечения при раке возникают обычно раньше), такие случаи все же возможны.

*Как производить исследование: с помощью зеркал или бимануальное?*

Опасность инфекции при вскрытых плацентарных синусах велика. В этом смысле осмотр шейки с помощью зеркал — менее рискованное мероприятие, чем бимануальное исследование.

Исследование с помощью зеркал позволит нам исключить рак шейки, полип, разрыв варикозного узла. Однако необходимо еще выяснить, имеется ли предлежание плаценты, и если имеется, то каков вид его. При отсутствии родовой деятельности, при закрытой шейке матки, установить точно эту патологию нельзя ни с помощью осмотра в зеркалах, ни бимануальным исследованием. Поэтому в данном случае нужно осмотреть шейку с помощью зеркал, чтобы исключить указанную выше возможную патологию, а влагалищное исследование произвести тогда, когда начнется родовая деятельность или появится кровотечение. Пока у наблюдаемой нами беременной кровотечения нет.

Произведен туалет наружных половых органов беременной. Осмотрена шейка матки и влагалище с помощью зеркал — патологических изменений во влагалище и в шейке не обнаружено.

Определили группу крови, она оказалась В (III).

Больной назначен постельный режим, витамины С (200 мг в день) и К (20 мг в день), наблюдение.

4/VI в 3 часа появились слабые схватки, а в 3 часа 40 минут на подстилку выделился кровяной сгусток и около столовой ложки жидкой крови. После тщательной обработки рук врача и наружных половых органов роженицы произведено влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, шейка матки укорочена, края тонкие; открытие на 2 пальца. В области внутреннего зева справа прощупывается очень незначительная часть губчатой ткани плаценты (рис. 41) и шероховатые оболочки, пузырь при схватке напрягается. Предлежащая часть не достигается. Через правый свод определяется пастообразность тканей в виде мягкой «подушечки» тестоватой консистенции. Пульсация сосудов. Изменений в костях таза не обнаружено. Мыс не достигается. Кровотечение усилилось.

*Какой диагноз?*

У больной имеется краевое предлежание плаценты (placenta praevia marginalis seu partialis).

Этиологическим фактором частичного предлежания плаценты у больной могли явиться изменения в слизистой оболочке матки в связи с бывшими ранее абортми. По данным ряда авторов, у 75% всех больных с предлежанием плаценты имелись в прошлом аборты. У повторнородящих, особенно у многорожавших, предлежание плаценты встречается в 20—30 раз чаще, чем у первородящих. Аборты, слишком частые роды, эндометрит ослабляют пластические и реактивные свойства слизистой оболочки матки, что, по мнению В. С. Груздева, В. Штеккеля и др., ведет к смыву оплодотворенной клетки и имплантации ее в области перешейка и даже, редко, в шейке (стр. 123).

Другие придают большое значение понижению активности протеолитических ферментов трофобласта и снижению защитных ферментов децидуальной оболочки. Благодаря этому хорион в области капсулярной отпадающей оболочки не атрофируется, а развивается и, оказавшись в области внутреннего зева, участвует в образовании плацентарной ткани.

Взгляды сторонников обеих теорий патогенеза предлежания плаценты в последнее время объединяются, благодаря открытию важной биологической роли в процессах оплодотворения, нидации и имплантации гиалуронидазы, обуславливающей скорость процесса растворения вещества лучистого венца и клеток децидуальной оболочки. Эту способность гиалуронидазы удается проследить почти во всех процессах размножения клеток и микробов. При этом выявляется важная роль муцина, выделяемого железами эндометрия. Гиалуронидаза не растворяет муцина, который обволакивает оплодотворенное яйцо.

Большое практическое значение имеет дальнейшее развитие трофобласта и формирование плаценты по отношению к внутреннему зеву и к перешейку, входящему с 4—5 месяцев беременности в состав плодовместилища. К концу беременности перешеек достигает ширины 6—7 см, а при угрозе разрыва матки перешеек в конце родов может быть перерастянут до 15—20 см. Развитие плаценты в перешейке с IV—V месяца беременности следует за разворачиванием его, за образованием нижнего сегмента матки. Расположенная в перешейке плацента может формироваться в нижнем сегменте либо полностью, либо частично. Различали в свое время три вида предлежания: центральное, краевое и низкое (А. Ф. Матвеев, 1853). Общепринятое в настоящее время деление предлежаний плаценты на краевое, боковое, центральное и шейечное исходит из практической целесообразности; такое деление позволяет избрать наиболее бережный способ родоразрешения в каждом отдельном случае, учитывая клинические особенности, доступные наблюдению в прсцессе родов.

В первом периоде родов может случиться, что определявшийся при 2 пальцах открытии зева край плаценты в случае большой отслойки может при раскрытии в 4—5 пальцев полностью закрыть зев и даже повести к выпадению плаценты раньше рождения плода. Следовательно, краевое предлежание может превратиться в боковое и центральное. Насоборот, при малой степени отслойки краевое предлежание может клинически ничем не отличаться от низкого прикрепления плаценты (стр. 136). Так же трудно распознать при небольшом раскрытии шейки предлежащую дсбавочную долю плаценты.

Следовательно, определив у данной больной в начале родов краевое предлежание плаценты при 2 пальцах раскрытия, мы еще не можем с пол-

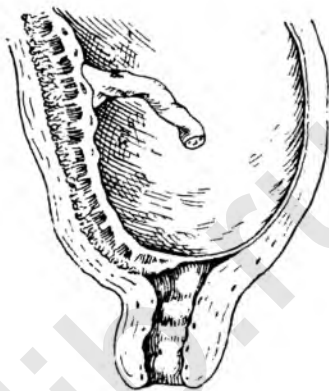


Рис. 41. Краевое предлежание плаценты.



ной уверенностью сказать, какую форму предлежания она приобретет в дальнейшем.

Предложение И. И. Яковлева считать низким прикреплением плаценты все те случаи, когда при раскрытии шейки на 3 пальца край плаценты отстоит на 3 поперечных пальца (7 см) от внутреннего зева, равно как и попытка с указанной целью измерять везико-краниальное пространство на рентгенограммах (см. рис. 61) при наполненном 12% йодистым или бромистым натрием мочевом пузыре (в норме это пространство равно 1—1,5 см; при placenta praevia равно 3—3,5 см), практически малоприменимо.

Степень и характер кровотечения заставляют принимать решение часто еще при раскрытии шейки в 1—2 пальца и нередко в срочном порядке. Поэтому Панков и некоторые другие авторы различают только две формы: полное и неполное истмическое предлежание плаценты (placenta isthmica totalis et partialis), в зависимости от чего объединяют терапию и способ родоразрешения.

При влагалищном исследовании при открытии шейки только на 2 пальца усилилось кровотечение. Необходимо принять срочные меры.

*Каков план дальнейшего ведения родов?*

Могут быть предложены различные варианты ведения.

1. Выждать большего раскрытия зева, так как кровотечение может не прекратиться.
2. Немедленно разорвать плодный пузырь.
3. Разорвать пузырь и ввести метрейринтер.
4. Разорвать пузырь и наложить кожноголовные щипцы.
5. Произвести кесарево сечение.

Выжидание беспредельно. При каждой новой схватке напрягается плодный пузырь и разрываются все новые и новые маточно-плацентарные капилляры и сосуды межворсинчатых пространств. Разрыв пузыря может приостановить дальнейшую отслойку; опустившаяся предлежащая часть окажет тампонирующее действие, которое усиливается по мере продвижения ее в малый таз. Однако при слабой родовой деятельности, высоко стояния предлежащей части при открытии шейки на 2 пальца такой тампонации может не наступить. Тогда и возникнут показания к метрейризу или наложению кожноголовных щипцов. От кесарева сечения следует пока воздержаться, так как больная повторнородящая, родовая деятельность у нее регулярная, кровопотеря незначительная, которая может прекратиться после разрыва пузыря, а родовая деятельность в таких случаях иногда усиливается.

Итак, мы избираем разрыв пузыря — *diruptio velamentorum ovi*.

*Не рискуем ли мы, разрывая пузырь при 2 пальцах открытия шейки матки и высоко стоящей головке, выпустить все воды и усилить отслойку детского места? Не лучше ли сразу применить интравулярно метрейризу?*

Чтобы предупредить указанное, разрывая пузырь при 2 пальцах открытия шейки матки и предлежании плаценты, необходимо:

1. Во избежание усиления отслойки плодный пузырь разорвать пулевыми щипцами (см. рис. 40), а пальцами расширить этот разрыв.
2. Чтобы головка опустилась, произвести разрыв пузыря на большом расстоянии. Другой рукой снаружи во время схватки направить головку ко входу, придав роженице слегка полусидячее положение (по Гентеру), для чего приподнимают головной конец рахмановской кровати. В таком положении роженица должна находиться до фиксации предлежащей части ко входу в малый таз.
3. После разрыва пузыря при подвижной предлежащей части внутреннюю руку не сразу выводить из влагалища, так как она задерживает вытекание вод и контролирует опущение предлежащей части. Если этого

не сделать, может выпасть пуповина. При поперечных положениях такое осложнение наиболее вероятно, поэтому чаще приходится прибегать к метрейзису, а при 4 пальцах открытия шейки матки — к повороту на ножку.

4/VI в 3 часа 50 минут введенными во влагалище пулевыми щипцами захвачены оболочки и вскрыт плодный пузырь (*diruptio velamentorum ovi*). Выделилось около 300 мл чистых околоплодных вод. Роженице придано положение по Гентеру. Через 4 минуты после сильной схватки головка плода прижалась ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное. Кровотечение прекратилось. До 9 часов продолжались регулярные, но слабые схватки по 10—15 секунд. в 9 часов 40 минут выделился большой сгусток крови и около 2 столовых ложек жидкой темной крови.

*Чем можно объяснить появившееся вновь кровотечение?*

Продолжается снова отслойка предлежащей плаценты. Со времени разрыва пузыря прошло свыше 5 часов — срок, достаточный для полного раскрытия зева у повторнородящей женщины.

При исследовании третьим и четвертым наружными приемами — головка стоит еще малым сегментом во входе в малый таз. Схватки через 8 минут по 15—20 секунд. Для выяснения положения необходимо влагалищное исследование.

В 10 часов произведено влагалищное (второе) исследование: шейка сглажена, края тонкие, открытие зева на 4 пальца, предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, чуть кпереди, на головке натянута вялая оболочка. Справа кровяные сгустки и край плаценты. Немедленно пальцами произведен широкий разрыв плодного пузыря.

Очевидно, первый разрыв пузыря технически произведен неправильно: прокол пузыря пулевыми щипцами не сопровождался широким разрывом. Головка оставалась в прочных оболочках и как бы висела в них; схватки были слабыми и тампонирующей роли головка по-настоящему не выполняла.

В 10 часов 25 минут для усиления схваток введено 40 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% хлористого кальция. Схватки стали сильнее и чаще. В 11 часов 30 минут появились потуги. В 12 часов 05 минут родился живой мальчик весом 3530 г, длиной 49 см. Состояние роженицы вполне удовлетворительное.

В 12 часов 40 минут признаков отделения плаценты нет. Кровопотеря достигла 300 мл. После опорожнения мочевого пузыря введен 1 мл питуитрина под кожу, после чего приемом Лазаревича—Креде выделен послед. Плацента рыхлая, по краю, где оборваны оболочки, висят темные сгустки крови. Дольки детского места все, оболочки рваные, видимо, все. Введено 2 мл эрготина под кожу, через дряблую брюшную стенку пальпируется плотная матка, нигде признаков размягчения стенки не обнаружено. Шейка, осмотренная с помощью зеркал, цела; промежность цела. Холод на низ живота. Под кожу бедра введено 500 мл физиологического раствора. Назначен *Ext. Secalis cornuti fluidi* по 15 капель 3 раза в день.

Гемоглобин после родов 10,5 г% (63 единицы), артериальное давление 110/60 мм. В первые 2 дня у родильницы двукратное повышение температуры до 37,8°. Выписана со здоровым ребенком на 10-й день после родов.

**Краткий эпикриз.** М. К., 28 лет, повторнородящая. Повторные кровотечения в конце беременности, по поводу чего лежала в родильном доме.

С началом родовой деятельности было установлено краевое предлежание плаценты. При открытии шейки матки на 2 пальца был применен разрыв плодного пузыря пулевыми щипцами. Величина разрыва оказалась недостаточной: оболочки плодного пузыря при схватках продолжали отслаивать плаценту, головка не тампонировала края плаценты, кровотечение продолжалось. Повторный широкий разрыв плодных оболочек привел к прекращению кровотечения; стимуляция родовой деятельности усилила последнюю, что привело к рождению живого доношенного ребенка.

В последовом периоде кровопотеря достигла 300 мл; применено опорожнение мочевого пузыря, введен питуитрин; приемом Лазаревича—Креде выделен послед. После выделения последа назначили эрготин, массаж, а также физиологический раствор под кожу.

В послеродовом периоде двукратное повышение температуры до 37,8°. Выписана с ребенком на 10-й день.

## КРАЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ КОЖНОГОЛОВНЫЕ ЩИПЦЫ

А. П., 38 лет, поступила 10/V 1936 г. в родильное отделение на 36—37-й неделе беременности, без родовой деятельности, с умеренным кровотечением. Беременность третья. Первая беременность закончилась в срок рождением живого ребенка, вторая — самопроизвольным абортom на III месяце с последующим выскабливанием полости матки.

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, грипп.

Последняя менструация с 24/VIII по 27/VIII 1956 г. Данная беременность протекала нормально; находилась под наблюдением женской консультации с III месяца беременности.

При поступлении со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Температура 36,5°. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Артериальное давление 110/80 мм.

Таз нормальный. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 29 см. Положение плода продольное; головка над входом в малый таз подвижная, средних размеров; сердцебиение плода слева ниже пупка, 132 удара в минуту, ритмичное. Родовой деятельности нет.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, шейка короткая, не сглажена, пропускает один палец; плодный пузырь цел, оболочки шероховатые, из-за сгустков крови ощущение оболочек неясное. Предлежащая часть высоко, не достижается. Через влагалищный свод спереди ощущается мягкая ткань. Диагональная конъюгата 12 см.

Определена группа крови. Анализ крови: Hb 13,5 г% (81 единица), эр. 4 290 000, л. 10 000, э. 1%, п. 2%, с. 79%, лимф. 15%, мон. 3%; РОЭ 31 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1022, реакция кислая, следы белка, единичные лейкоциты, плоский эпителий.

Назначен покой, витамины С (200 мг в день) и К (20 мг в день), внутривенное вливание глюкозы, хлористого кальция; внутрь — препараты железа.

### *Какой диагноз?*

По данным консультации, по сроку последней менструации и данным обследования беременность 36—37 недель. Подозрение на предлежание плаценты. Показаний к вмешательству нет. Оставляем беременную под строгим наблюдением акушерки и дежурного врача.

В течение 8 дней пребывания в родильном отделении кровотечения не было, больная настаивала на выписке, в которой ей отказано. Проведена психопрофилактическая подготовка к родам.

18/V в 5 часов появились выделения наподобие вод, а затем выделился небольшой сгусток крови. Родовой деятельности нет.

Влагалищное исследование: плодный пузырь цел, вялый, шейка короткая, пропускает один палец, в области внутреннего зева определяются кровяные сгустки и плацентарная ткань. Предлежащая часть — головка — высоко.

На основании этих данных можно предположить краевое предлежание плаценты и преждевременное отхождение вод.

21/V в 12 часов появилось незначительное кровотечение, схватки слабые. Предлежащая головка высоко над входом в малый таз, подвижная.

В 15 часов 30 минут отошло обильное количество вод. Кровотечение умеренное. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, слева ниже пупка, схватки слабые, через 7—8 минут по 10—15 секунд. Гемоглобин 11,5 г% (69 единиц), артериальное давление 110/70 мм.

Влагалищное исследование: шейка короткая, открытие 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца. Плодного пузыря нет. Прощупывается плацентарная ткань (см. рис. 41), занимающая больше половины окружности внутреннего зева (placenta praevia partialis). Сгустки крови. Головка высоко над входом таза.

### *Как оценить сложившиеся условия? Что предпринять?*

За время пребывания в родильном доме обращает на себя внимание, что у беременной отмечается падение гемоглобина с 13,5 до 11,5 г%, хотя кровопотери были незначительными и принимались меры борьбы с анемией (глюкоза, железо, витаминные препараты и др.).

При предлежании плаценты часто анемия развивается постепенно, незаметно, без больших кровопотерь. Поэтому М. С. Малиновский и другие советуют обязательно систематически определять содержание гемоглобина у беременных с подозрением на возможность предлежания плаценты. Надо постоянно помнить, что длительная и постепенно усиливающаяся анемия ведет к гипоксемии и нарушениям кортико-висцеральных регуляторных кровообращения. В таких случаях при внезапной, даже сравнительно небольшой кровопотере организм не в состоянии выровнять гемодинамику, резервы кровяных депо оказываются исчерпанными, и большая может погибнуть даже при условии своевременной операции и переливания крови.

Так как создались благоприятные условия для ускорения родоразрешения, мы пока воздержались от переливания крови. При открытии зева на 2<sup>1/2</sup> пальца у повторнородящей можно применить операцию метрейриза или наложить кожноголовные щипцы.

Смущает несколько то обстоятельство, что при каждом последующем влагалищном исследовании во внутреннем зеве определяется все больше плацентарной ткани. Можно предполагать, что сейчас уже имеется не краевое, а боковое предлежание плаценты. Но меняет ли это план дальнейшего ведения родов? Очевидно, нет.

*Что в данном случае выгоднее: ввести интраовулярно метрейринтер (плодный пузырь уже вскрылся) или наложить на головку кожноголовные щипцы? В чем преимущества наложения кожноголовных щипцов в данном случае?*

Следует учесть, что воды отошли и трижды произведено влагалищное исследование. Опасность инфекции несомненна. Метрейринтер ее усиливает. Кроме того, метрейринтер сдвинул бы головку в сторону, а после его рождения кровотечение может возобновиться, если головка не вступит сразу же в таз. В таком случае могут возникнуть показания к немедленному родоразрешению уже путем кесарева сечения или поворота на ножку. Наложением кожноголовных щипцов в данном случае мы рассчитываем низвести и фиксировать головку, усилить родовую деятельность за счет раздражения рецепторов матки.

Кожноголовные щипцы были впервые предложены Уилтом (Willet, 1925) как метод борьбы с кровотечением при предлежании плаценты. Позднее (1932) А. А. Иванов применил этот метод на мертвом плоде при слабости родовой деятельности; в 1934 г. Гаусс (Gauss) предложил специальную модель щипцов для фиксации головки.

По литературным данным, этот метод лечения предлежания плаценты себя оправдал и именно при краевых и боковых предлежаниях плаценты.

Ф. П. Патушинская, Р. М. Осповат, А. Д. Аловский, Е. Н. Родионова и др. сообщили более чем о 200 случаях применения кожноголовных щипцов при предлежании плаценты и в ряде случаев при длительном безводном периоде и наличии признаков эндометрита. Материнская смертность составила меньше 1%, мертворождения — 25% и постнатальная детская смертность — 9%. Если принять во внимание, что у данной роженицы нет признаков эндометрита и инфекции и что другие конкурирующие способы, в том числе и метрейриз и кесарево сечение, дают не лучшие исходы, а технически они труднее и, стало быть, опаснее, мы предпочтем в данном случае кожноголовные щипцы. С целью предупреждения развития инфекции на плацентарной площадке назначим пенициллин по 100 000 ЕД через 3 часа.

21/V 16 часов. После соответствующей обработки рук акушера, дезинфекции наружных половых органов роженицы через брюшные покровы головка осторожно

прижата ко входу в малый таз. По пальцу руки, введенному в шейку и нащупавшему малый родничок, проведены щипцы Мюзо (двузубцы), которыми захвачена кожа головки вблизи малого родничка, и щипцы замкнуты; к ним подвешен груз 200 г через блок на ножном конце кровати (рис. 42 и 43). Роженице придано положение по Гентеру.

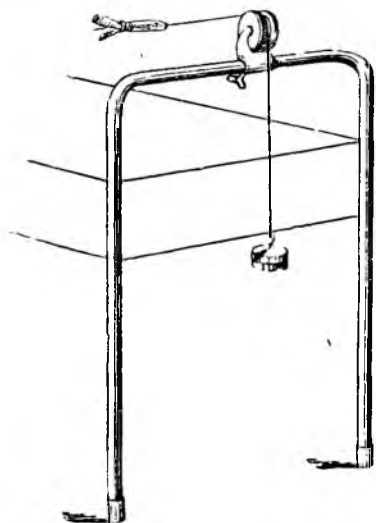


Рис. 42. Блок через ножной конец кровати.

Щипцы должны хорошо захватывать складку кожи; их следует снимать, как только головка фиксируется во входе в малый таз. Лучше применять особые щипцы с зубчиком и желобком, которые не прокалывают кожу, но крепко удерживают груз весом даже в 400 г.

Обычно остающиеся ранки заживают без особых осложнений. Только при эндометритах в родах места укулов нагнаиваются и требуют лечения. Обычно же смазывание этих мест насыщенным раствором марганцовокислого калия или присыпка кристаллическим пенициллином предупреждает нагноение.

Кровотечение сразу прекратилось. Вскоре схватки стали сильнее, по 40 секунд. Головка опустилась в малый таз. В 17 часов 20 минут щипцы сняты; начались потуги. В 19 часов 10 минут родился живой мальчик весом 2800 г, длиной 48 см. Ранка на коже затылочной обла-

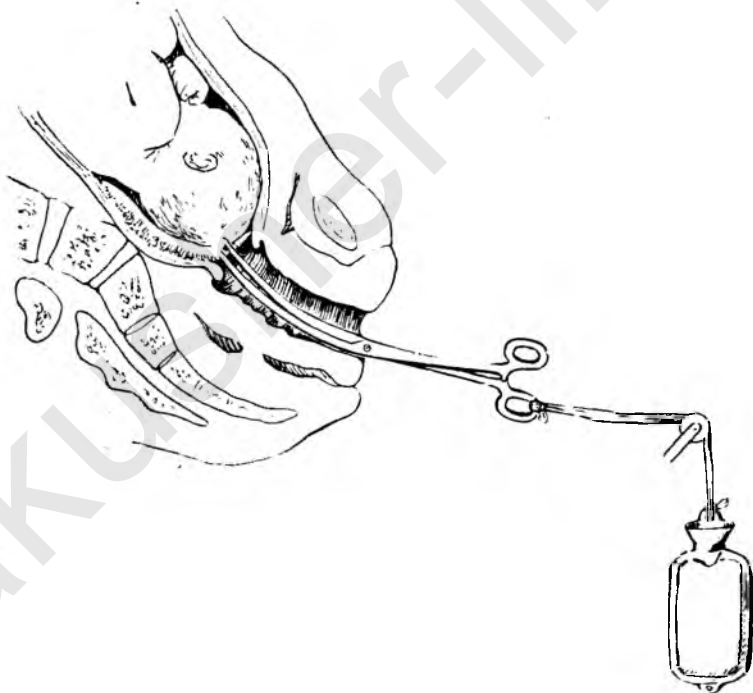


Рис. 43. Метод постоянного влечения за головку (кожноголовные щипцы) при предлежании плаценты.

сти обработана и присыпана кристаллическим пенициллином. Послеродовой период протекал гладко. Послед выделился самостоятельно. Плацента цела, оболочки все. Осмотрена в зеркалах шейка, на обнаруженный разрыв ее наложены два кетгуттовых шва. Состояние роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 110/70 мм,

гемоглобина 10 г% (60 единиц). В послеродовом периоде в первый день температура 39°; в дальнейшем температура оставалась в пределах нормы. Гемоглобин повысился до 11 г% (66 единиц). Выписана 30/V с ребенком в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** А. П., 38 лет, повторнородящая. Поступила в родильное отделение на 36—37-й неделе беременности по поводу кровотечения вследствие краевого предлежания плаценты. На 39-й неделе — преждевременное отхождение вод. Умеренное кровотечение, падение гемоглобина. При открытии зева на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца были применены кожноголовные щипцы на подвижную головку. Кровотечение прекратилось; родовая деятельность усилилась, головка опустилась в полость малого таза, после чего щипцы сняты и вскоре родился живой мальчик. Наложены два кетгутовых шва на разрыв шейки матки. В послеродовом периоде однократное повышение температуры до 39°. Выписана с ребенком на 10-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

## КРАЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.

### КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С ПОПЕРЕЧНЫМ РАЗРЕЗОМ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ МАТКИ

В. Т., 19 лет, поступила 15/I 1954 г. в 12 часов 15 минут. Беременность 32—33 недели. Отмечалось умеренное кровотечение. В течение последних 2 суток наблюдались боли в пояснице и крестце. 14/I ночью внезапно началось кровотечение со сгустками крови. Беременность первая.

Менструации с 15 лет, установились сразу, по 3—4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Последняя менструация с 4/VI по 6/VI 1953 г. Гинекологические заболевания отрицает.

Посещала женскую консультацию акуратно. Желает иметь ребенка. В детстве болела туберкулезом костей. Правое бедро и коленный сустав деформированы, на коже рубцы. Слизистые бледны. Рост 150 см, вес 53 кг. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/65 мм, дыхание свободное. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружен гонококковый очаг в правом легком, диафрагма подвижна. Со стороны других органов патологии не выявлено. Кровь: Hb 9,5 г% (57 единиц), эр. 2 540 000, л. 10 800, п. 5%, с 82%, лимф. 11%, мон. 2%; РОЭ 30 мм в час. Моча: удельный вес 1024, белка нет, лейкоцитов 3—4 в поле зрения. Реакция Вассермана отрицательная.

Окружность живота 85 см; дно матки на 28 см над лоном. Предлежит небольшая подвижная надвходом в малый таз головка. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Подстилка смочена кровью.

Размеры таза: 24, 27, 30, 19,5 см. Косые размеры: правый 22 и левый 21 см.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, заполнено сгустками крови, шейка сохранена, зев пропускает палец, который неясно определяет шероховатую ткань. Предлежащая часть не достигается. Через задний свод определяется пастозная, мягковатая ткань, пульсация сосудов. Мыс достигается — 12,5 см. Деформации полости таза не определяется. При исследовании зеркалами слизистая шейки матки нормальная.

#### *Какой диагноз?*

Беременность 32—33 недели, головное предлежание, краевое предлежание плаценты, анемия, туберкулезный правосторонний коксит и гонит. Значительная анемия, но нарушений кровообращения нет, артериальное давление не понижено.

*Как можно различить физиологический характер кровопотери от патологического?*

Физиологический и патологический характер кровопотери можно определить по весу тела, весу теряемой крови, артериальному давлению, удельному весу крови и состоянию рефлексов (Е. И. Князева и Н. П. Лебедев).

Кровопотери меньше 0,5% к весу тела до родов, при неизменном артериальном давлении и удельном весе крови выше 1045, при нормальном состоянии рефлексов — во всех случаях относятся к физиологическим.

Для практического врача и акушерки имеет большую ценность простая баночная проба с растворами медного купороса, рассчитанными на удельный вес цельной крови 1045 и 1040 или 1022—1020 для сыворотки и плазмы. Эта быстрая проба требует

всего 3—4 капли крови, или сыворотки может быть произведена в 1—2 минуты в любых условиях даже акушеркой. Кроме того, она дает возможность судить о характере кровопотери и способе кровезамещения, так как удельный вес крови закономерно изменяется в зависимости от процента гемоглобина, белка и объема эритроцитов (гематокрита).

Границей физиологической кровопотери при родах является удельный вес цельной крови 1045 и выше.

**Методика определения удельного веса крови**  
110 г синих кристаллов медного купороса растворить в 100 мл дистиллированной воды, взбалтывать в течение 5 минут, отфильтровать от нерастворившихся кристаллов. Из этого раствора при температуре 20° взять в чистую склянку 43 мл и долить 45 мл дистиллированной воды. Закрывать пробкой. Наклеить этикетку с надписью: «Для крови 1045». Во вторую склянку взять 39 мл раствора медного купороса, долить 61 мл дистиллированной воды. Наклеить этикетку: «Для крови 1040». В третью склянку влить 21 мл раствора медного купороса и долить 79 мл дистиллированной воды. Наклеить этикетку: «Для сыворотки 1022».

Определение удельного веса можно производить, используя свежеполученную кровь, сыворотку или плазму.

Цельную кровь взять глазной пипеткой и одну каплю опустить в первую склянку (1045). Если капля в первой склянке опустится, значит кровопотеря невелика. Если капля повиснет или поднимется, нужно взять вторую склянку (1040) и опустить каплю в нее. Если здесь капля повиснет или поднимется, кровотечение опасно, нужно немедленно переливать кровь, дать кислород и т. д. Чтобы кровь при заборе не свертывалась, можно употреблять пипетки, смазанные 10% раствором щавелевой кислоты (предварительно следует их высушить).

Если кровь свернулась и есть сыворотка или плазма, то надо взять одну каплю сыворотки или плазмы и опустить ее в третью пипетку (1022). Если капля поднимается, нужно переливать кровь и плазму. Состояние больной серьезное.

В этих пипетках можно произвести исследование 100 капель без смены раствора. Определение удельного веса крови и плазмы позволяет правильно дозировать переливание крови и выбрать наиболее подходящий кровезаменитель (сыворотка Беленького, гемогормоностимулин, плазма, эритроцитная масса, цельная кровь). Кроме того, оно дает возможность контролировать восстановление крови в послеродовом периоде после переливания крови или кровезаменителей.

Удельный вес крови у нашей больной равен 1040, что указывает на значительную кровопотерю на грани возможной компенсации со значительным израсходованием кровяных резервов из депо.

*Что же предпринять в данном случае?*

Прежде всего нужно восстановить реактивные силы.

В 14 часов 30 минут определили группу крови — 0(I) и перелили 250 мл одногруппной крови. Кроме того, введено 40 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция; назначены витамины: С—200 мг, К—20 мг, В<sub>1</sub>—30 мг.

В 17 часов — вновь небольшое кровотечение (около 50 мл), которое вскоре прекратилось. Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в минуту. Схватки слабые.

*Не следует ли принять более решительные меры?*

Каждое повторное кровотечение только ухудшает прогноз и поэтому можно упустить время для операции в хороших условиях.

Сторонники кесарева сечения (К. К. Скробанский, В. Штекель и др.) считают эту операцию самым успешным способом лечения предлежаний плаценты, если она производится до значительного обескровливания больной. По их мнению, необходимо прибегать к операции при первом же повторном кровотечении в стационарных условиях.

В решении же 4-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи говорится: «Наибольшее расширение неоправданных показаний к операции кесарева сечения отмечается при предлежании плаценты... При определении показаний к операции в этих условиях необходимо предварительное детальное общее и акушерское, включая влагалищное, исследование роженицы (беременной) и критическая оценка показаний, условий и противопоказаний. Операция показана при полном предлежании, а также при частичных формах предлежаний в случаях появления кровотечения (однократно или повторно), сопровождающихся изменением

общего состояния беременной или роженицы, при отсутствии условий для бережного родоразрешения влагалищным путем».

Перед операцией рекомендуется производить влагалищное исследование. Это решение кладет конец разногласиям в вопросе о показаниях к кесареву сечению. Действительно, до недавнего времени в акушерской практике кесарево сечение при предлежании плаценты стало едва ли не единственным способом терапии. Так, в московских родильных домах в 1952 г. (данные К. Н. Жмакина) кесарево сечение предпринималось в 25% при центральном предлежании и в 62% — при других видах предлежаний плаценты. Нами (областная больница, Пермь) за 1945—1954 гг. из 100 случаев предлежания плаценты кесарево сечение произведено в 64, в том числе в 51 случае при краевом и боковом предлежании. Однако такая практика не оправдала себя, так как материнская смертность остается высокой: от 2 (К. Н. Жмакин) до 7,7% (Н. П. Лебедев); мертворождаемость и смертность детей также высока — от 15,2 (К. Н. Жмакин) до 26% (Н. П. Лебедев).

Мы решили установить за больной строгое наблюдение. От оперативного вмешательства пока воздержались.

В 23 часа, после установления слабой, но регулярной родовой деятельности, появились кровянистые выделения, вскоре превратившиеся в кровотечение струйкой. Потеря крови за последние 3 часа достигла 400 мл. Артериальное давление 95/50 мм, пульс 90 ударов в минуту. Роженица побледнела, жалуется на шум в ушах.

Повторное влагалищное исследование: во влагалище и шейном канале сгустки крови, шейка короткая, открытие зева на 1½ пальца. Плодный пузырь цел, определяется край плаценты, головка плода высоко над входом, кровотечение струйкой по руке.

*Что следует предпринять?*

1. Разорвать плодный пузырь.
2. Наложить кожноголовные щипцы.
3. Ввести метрейринтер.
4. Закончить роды путем кесарева сечения.

Разрыв пузыря при слабых схватках, при высоко стоящей подвижной головке и открытии зева шейки на 1½ пальца может не оказать сразу кровоостанавливающего действия.

Кожноголовные щипцы можно наложить только наугад с большими трудностями при таком малом открытии шейки и высоко стоящей головке. Применять расширение шейки опасно ввиду неизбежного кровотечения.

Метрейринтер может оказать полезное действие только через определенный промежуток времени, в течение которого роженица еще потеряет какое-то количество крови.

У нашей больной несомненно наступает ухудшение общего состояния. Кровопотеря декомпенсированная: артериальное давление 95/50 мм, пульс 90 ударов в минуту, мягкий. Удельный вес крови ниже 1040. Женщина заметно побледнела, жалуется на шум в ушах.

В данном случае необходимо немедленно произвести переливание крови и срочное родоразрешение путем кесарева сечения независимо от состояния плода.

Больную перенесли в операционную, где начали переливание крови капельным способом и одновременно под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией произвели с согласия больной операцию кесарева сечения.

По вскрытии брюшной полости по средней линии от лона до пупка в верхний и боковые отделы раны введено по одной салфетке для ограждения брюшной полости от затекания околоплодных вод и крови. Осмотрена передняя поверхность матки в нижнем сегменте. Развитых расширенных сосудов не обнаружено, головка хорошо определяется через тонкую стенку нижнего сегмента. Под пузырно-маточную складку введено 40 мл раствора новокаина. Пузырно-маточная складка вскрыта полулунным разрезом и отсепарирована книзу. В нижнем сегменте матки сделан поперечный раз-



рез длиной 3—4 см через всю толщу до плодных оболочек (рис. 44). Кровотечений из раны почти нет. Чтобы получить достаточное для выведения головки отверстие, пальцами за углы раны произведено ее расширение (рис. 45 и 46). Оболочки выпячиваются в расширенное в обе стороны пальцами отверстие на передней стенке нижнего сегмента.

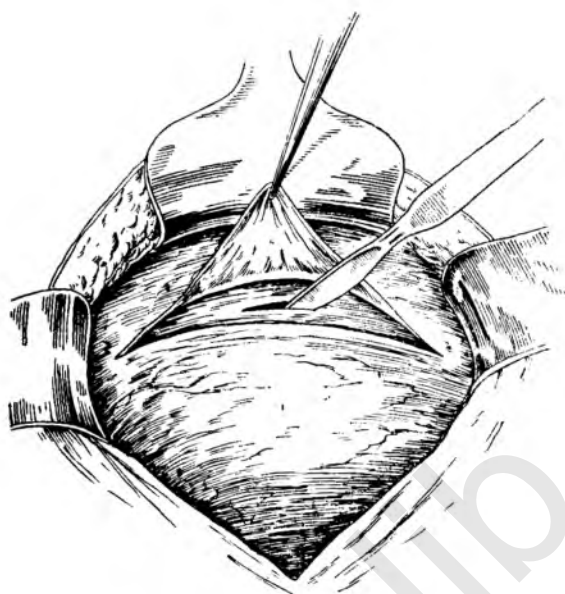


Рис. 44. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Поперечный разрез маточной стенки в нижнем сегменте.

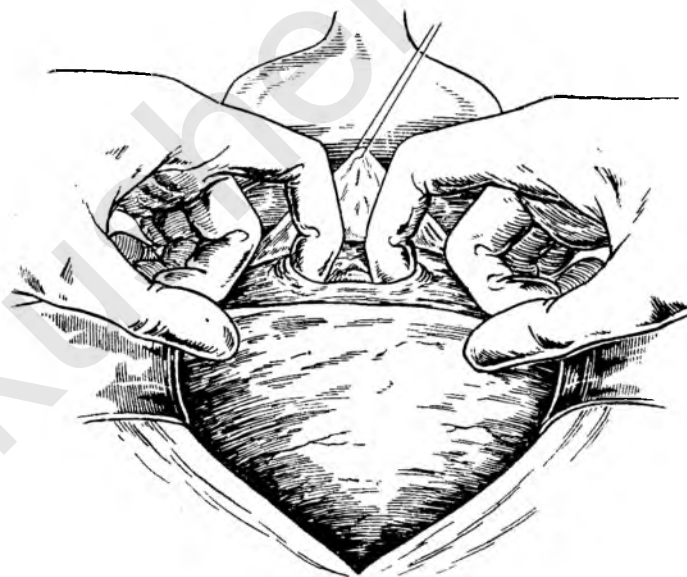


Рис. 45. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Указательными пальцами, введенными в разрез, расширяется рана.

Произведено вскрытие плодного пузыря и рука введена в рану, после чего удалось извлечь ребенка. Сразу же в толщу матки введен 1 мл питуитрина. На пуповину наложен зажим, пуповина пересечена. Круговыми движениями за пуповину плацента

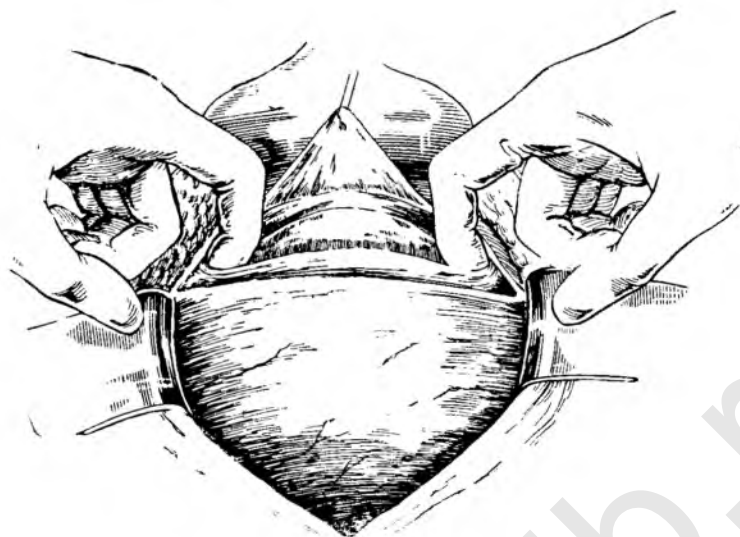


Рис. 46. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Рана расширена примерно до 12—13 см.

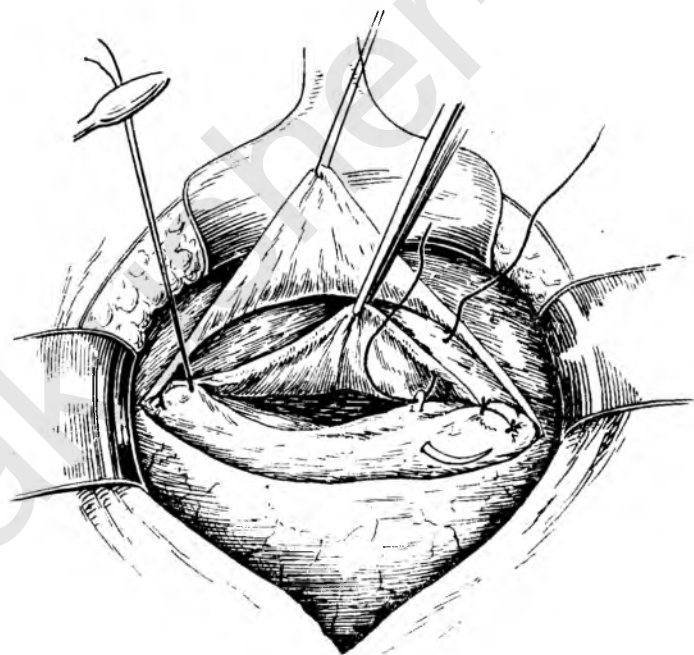


Рис. 47. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Разрез стенки матки зашивают двухэтажным швом. На мышцу—узловатые кетгутовые швы.

отделена от задней стенки перешейка, где она располагалась нижней частью над внутренним зевом.

Детское место: целое, оболочки все. Рукой проверена плацентарная площадка — добавочной доли не обнаружено. В толщу матки введено 2 мл эрготина. Разрез зашит двухслойным непрерывным кетгуттовым швом в «елочку», вворачивающим края мышцы внутрь. Можно зашивать и отдельными кетгуттовыми швами (рис. 47). Перитонизация брюшиной вскрытой переходной складки (рис. 48). Кровоточия в пределах 250—300 мл. Матка сократилась. Наружного кровотечения нет. Введен пенициллин в количестве 100 000 ЕД в матку и в брюшную полость. Брюшная стенка зашита послойно.

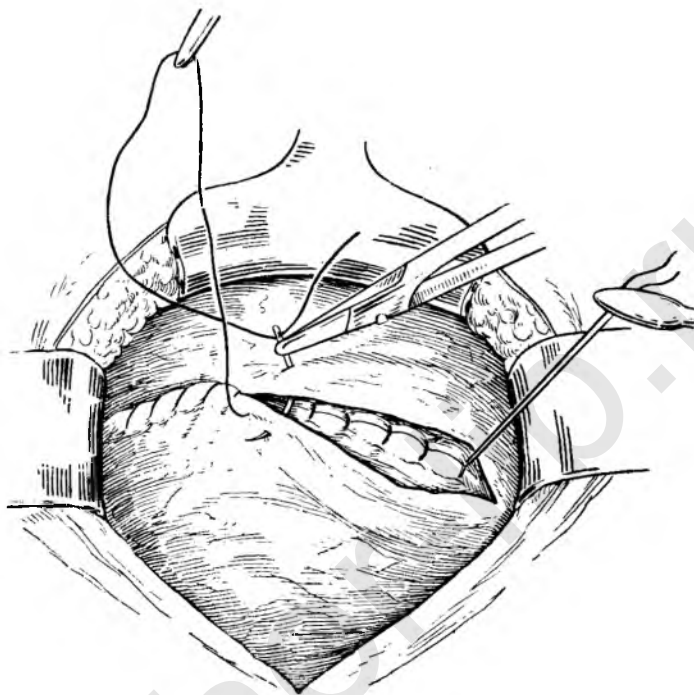


Рис. 48. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Непрерывным кетгуттовым швом соединяют края разреза брюшины.

В течение операции все время производилось переливание крови (450 мл) капельным способом; под кожу введен физиологический раствор (700 мл), 1% раствор морфина в количестве 1 мл. Артериальное давление поднялось вскоре до 120/80 мм, пульс 90 ударов в минуту, хорошего наполнения.

Вес родившейся девочки 2200 г, длина 42 см, родилась в состоянии синей асфиксии. оживлена после отсасывания слизи и искусственного дыхания.

*Почему в данном случае мы избрали не классическое кесарево сечение, а предпочли поперечный разрез в нижнем сегменте матки?*

Женщине всего 19 лет. Продольный разрез по передней стенке матки оставил бы, вероятно, такой рубец, при котором в дальнейшем имелась бы большая опасность разрыва матки при следующих родах, образования спаек с кишечником и брюшиной. На передней стенке нижнего сегмента плаценты не было. Ребенок — недоношенный. Трудностей с извлечением его не предвиделось.

Очень важно для послеродового периода сохранить неповрежденным именно «моторный отдел» — тело матки. Поперечный разрез в перешейке в данном случае дает и лучшие шансы на заживление и больше гарантий против атонического кровотечения, что для больной, перенесшей туберкулезный коксит, далеко не безразлично.

Послеоперационное течение было гладким. Рана зажила первичным натяжением. На 12-й день после операции произведено влагалищное исследование: шейка матки сформирована, наружный зев пропускает кончик пальца, матка плотная, подвижная, инфильтратов и спаек не обнаружено, придатки безболезненные. Выписана на 28-й день с ребенком под наблюдение детской консультации.

**Краткий эпикриз.** В. Т., 19 лет, поступила с умеренным кровотечением в связи с краевым предлежанием плаценты. Беременность 32—33 недели. Вследствие повторных кровопотерь появилась анемия; последнее кровотечение вызвало падение артериального давления до 95/50 мм и ухудшение общего состояния. При открытии зева на 1½ пальца при целых водах произведено кесарево сечение с поперечным разрезом в перешейке и переливание крови. Течение послеоперационного периода гладкое. Выписана с ребенком в хорошем состоянии под наблюдение консультации.

## **БОКОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. МЕТРЕЙРИЗ И ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ**

Р. В., 29 лет, 25/IX 1955 г. в 16 часов 20 минут доставлена в родильное отделение с кровотечением на 34-й неделе беременности. Имелось 8 беременностей, из которых 4 закончились срочными родами, а 3 — криминальными абортными с последующим выскабливанием полости матки. Последний аборт был в 1953 г.

Перед отправлением в родильное отделение врачом было произведено влагалищное исследование. В направлении указано, что «пузырь цел, шейка не сглажена, во внутреннем зеве определяется плацентарная ткань».

Вследствие отсутствия условий для родоразрешения на месте вызвана санитарная авиация, и больная доставлена самолетом в областную больницу.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 150/60 мм. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не отмечено. Гемоглобин 11 г% (66 единиц).

Размеры таза нормальные. Окружность живота 99 см. Предлежащей части у входа таза не определяется. Головка слева на уровне пупка, тазовый конец справа. Матка возбудима, слабые схватки, нерегулярные. Сердцебиение плода глуховато, 128 ударов в минуту, ритмичное, слева на уровне пупка. Подстилка пропитана кровью.

Дежурный врач родильного отделения в 16 часов 40 минут произвел влагалищное исследование: шейка почти сглажена, открытие ее на 2½ пальца. Плодный пузырь цел, оболочки шероховаты: определяется на большей части полуокружности плацентарная ткань. Во влагалище — кровяные сгустки. Предлежащей части плода нет. Мыс не достигается.

### *Какой диагноз?*

Беременность 34 недели. Поперечное положение плода. Преждевременные роды. Боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis s. isthmica partialis*) (рис. 49).

Кровотечение появилось, видимо, в связи с началом родовой деятельности. При открытии зева на 2½ пальца плацента занимает большую часть просвета внутреннего зева. Имеется боковое предлежание детского места, хотя этот диагноз и может измениться в процессе дальнейшего раскрытия (стр. 143). Достигаются оболочки; следовательно, это не центральное (полное) предлежание плаценты. Женщина повторнородящая с нормальными размерами таза. Плод расположен поперечно. Воды целы. Резкой анемии у больной пока не наступило.

### *Что необходимо предпринять?*

1. Остановить кровотечение и дальнейшую отслойку плаценты.
2. Изменить поперечное положение плода.

Поперечное положение можно изменить с помощью наружного поворота. Однако он в данном случае неприменим, так как может вызвать большую отслойку плаценты и сильное кровотечение.

### *Каков метод дальнейшего ведения родов?*

1. Разорвать плодный пузырь и наложить кожноголовные щипцы.
2. Выждать полного раскрытия шейки и затем сделать поворот плода на ножку.
3. Кесарево сечение.
4. Метрейриз с последующим поворотом плода на ножку.

Наложение кожноголовных щипцов в данном случае очень рискованно. Ведь эти щипцы, как показывает само название, требуют головного предлежания. Следовательно, предварительно надо сделать поворот плода на головку, что с разрывом пузыря может осложниться выпадением пуповины или ручки, головка может разогнуться. К тому же попытке подвести ко входу таза головку и захватить ее щипцами, несомненно, приведут к усилению кровотечения. Таким образом, наложение кожноголовных щипцов в данном случае **п р о т и в о п о к а з а н о**.

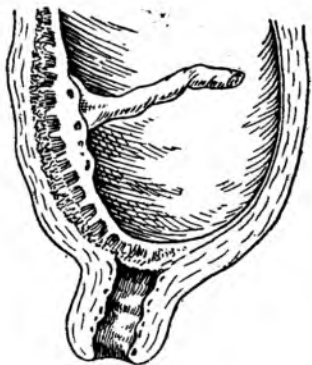


Рис. 49. Боковое предлежание плаценты.

Выждать полного открытия зева мы могли бы, если бы у больной не было кровотечения. Нельзя рассчитывать на спокойное течение периода раскрытия, так как имеется предлежание плаценты. Если же разорвать плодный пузырь с целью предупредить дальнейшую отслойку плаценты и остановить кровотечение, как это неправильно рекомендуют делать некоторые авторы (К. К. Скробанский),

может возникнуть еще одна тяжелая патология — запущенное поперечное положение плода. Как видите, и это предложение неприемлемо.

Для брюшнотеночного кесарева сечения нет достаточных оснований: многорожавшая женщина, хорошее общее состояние, незначительная кровопотеря, недоношенный ребенок, отсутствие препятствий со стороны таза и мягких родовых путей, наличие родовой деятельности. К тому же роженица не настаивает на получении живого ребенка. Единственно, что препятствует родоразрешению влагалищным путем, это — недостаточное раскрытие шейки матки.

Наиболее бережным способом ускорения родов в данном случае оказывается операция метрейриза. Действительно, при раскрытии шейки матки на 2½ пальца введение метрейринтера интравулярно после разрыва пузыря технических затруднений не представит. Баллон удобно расположится у внутреннего зева, где ему не помешает ни головка, ни тазовый конец плода. В то же время он предупредит выпадение мелких частей и прижмет отслоившийся участок плаценты к стенке матки.

Таким образом, из всех рассмотренных вмешательств операция метрейриза наиболее применима в данном случае.

В 17 часов операция *metreurysis*. После дезинфекции наружных половых органов и промежности, придав роженице положение со слегка приподнятым на рахмановской кровати тазом, введены влагалищные зеркала. Шейка захвачена пулевыми щипцами и слегка подтянута. После вскрытия плодного пузыря за внутренний зев введен свернутый сигарообразно метрейринтер емкостью 350 мл (рис. 50). Метрейринтер наполнен раствором риванола 1 : 3000 (рис. 51), на резиновую трубку наложен зажим, а к концу трубки подвешен через блок у ножного конца кровати груз весом 200 г (не более), так как опасен разрыв шейки (см. рис. 42). Женщина переведена в слегка полусидячее положение (по Гентеру).

Кровотечение прекратилось. Родовая деятельность усилилась.

25/IX в 23 часа родился метрейринтер. Тут же, после дезинфекции наружных половых органов, произведено влагалищное исследование: полость малого таза свободна, шейка сглажена, края тонкие, открытие зева 3½ пальца, свисает край плаценты и петля пульсирующей пуповины.

### Что делать?

Немедленно произвести поворот плода за ножку.

Общий эфирный наркоз. Рука, введенная в полость матки, сразу встретила там ручку плода, которая отведена в сторону. Ладонью руки нащупана брюшная стенка плода, обращенная кпереди, после чего найдены ягодицы и ножки плода. Пальцами захвачена правая ножка (рис. 52, 53 и 54). Наружной рукой после некоторого низведения тазового конца нащупана головка и отодвинута кверху при одновременном низведении захваченной ножки (рис. 55). Переместив наружную руку на тазовый конец плода, его продвинули ко входу в малый таз. Затем наружная рука вновь перемещена на головку, которая отодвинута рукой кверху (рис. 56). Так как кпереди обращен был животик, то желательно было захватить именно верхнюю ножку; при низве-

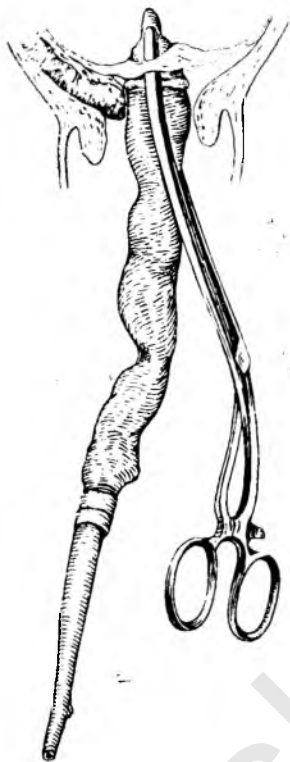


Рис. 50. Метрейриз.

Сигарообразно свернутый метрейринтер захвачен специальными щипцами и введен в матку интраовулярно.

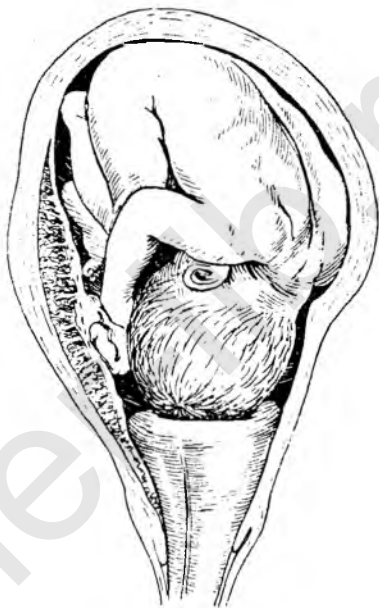


Рис. 51. Метрейриз. Метрейринтер введен интраовулярно.

дении нижней ножки можно получить задний вид и может произойти запрокидывание ручек (стр. 354).

Выведение ножки производят так, чтобы пятка все время направлялась кверху (к лону). Это способствует переводу спинки кпереди и образованию переднего вида. После низведения ножки из влагалища до колена (рис. 57) на стопу наложена марлевая петля (рис. 58). В шейку введен 1 мл антиспазмальгина.

Велико искушение приступить немедленно к извлечению плода во избежание наступления его асфиксии; но этого делать не следует. Незыблемо правило Н. Н. Феноменова: «... при предлежании плаценты разрывайте пузырь, низводите ножку, но не торопитесь с извлечением плода». Предлежание плаценты сопровождается особой рыхлостью и хрупкостью тканей шейки и нижнего сегмента, и малейшее насилие может повести к разрыву, к «расползанию» тканей и жесточайшему кровотечению.

*Правильно ли мы сделали, что захватили одну ножку, а не обе?*

Еще в конце XVIII века парижские акушерки Лашапель (Lachapelle) и Буржуа (Bourgeois) подметили, что при неполном раскрытии шейки



Рис. 52. Введенная рука нащупала ножку.



Рис. 53. Ножка захвачена пальцами и низводится.



Рис. 54. Ножка захвачена пальцами.



Рис. 55. Наружная рука переместилась на головку и отталкивает ее кверху при одновременном низведении ножки внутренней рукой.

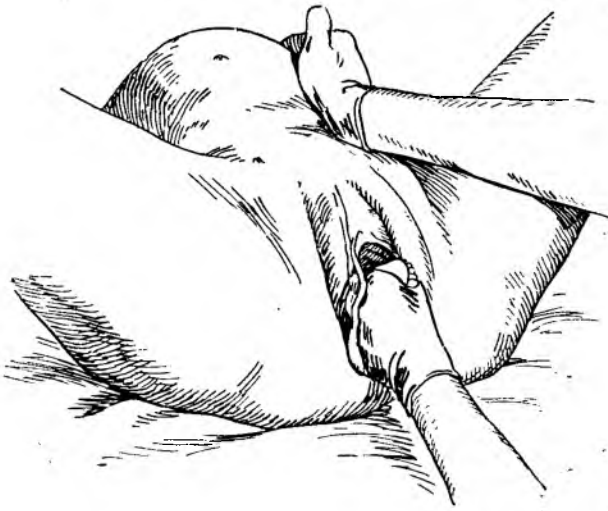


Рис. 56. Наружная рука отодвигает головку кверху, внутренняя выводит ножку из влагалища.



Рис. 57. Ножка выведена до колена. Поворот закончен.



Рис. 58. Марлевая петля для наложения на ножку.



выгоднее низводить одну ножку, так как тазовый конец вместе с другой ножкой лучше расширяет шейку, чем это наблюдается после выведения обеих ножек. А главное, реже наступает спазм шейки при выведении последующей головки. У наблюдаемой нами больной это важно еще и потому, что нужно тампонировать отслоившуюся часть предлежащей плаценты. По той же причине мы не должны форсировать извлечение плода и подвешивать к ножке груз.

Сердцебиение глухое, частое. 160 ударов в минуту. Налицо внутриутробная асфиксия. Наркозная маска снята. Проведена борьба с асфиксией, внутривенно введено 40 мл 40% раствора глюкозы, подкожно 1 мл кордиамина, в течение 10 минут применяли ингаляцию увлажненного кислорода из подушки. Так как сердцебиение не выравнивалось, а действие антиспазмальгина уже наступило и у роженицы начались потуги, приступили к оказанию ручного пособия.

В 23 часа 35 минут родился мальчик в состоянии синей асфиксии; вес 1850 г, длина 42 см. Оживлен после отсасывания слизи, инъекций цититона, кофеина, применения искусственного дыхания в теплой ванночке.

В 23 часа 40 минут у роженицы началось кровотечение; немедленно введен 1 мл питуитрина и произведено ручное отделение детского места и обследование матки и шейки рукой. Плацента отслоилась и наполовину свисла во влагалище. Остальная часть была быстро отделена рукой и выведена с оболочками полностью. Общая кровопотеря составила около 700 мл. На разрыв шейки матки наложены два кетгутовых шва. Массаж матки; эрготин 2 мл. Произведено переливание 500 мл крови и внутривенное вливание 1 л физиологического раствора. На низ живота назначен холод. Матка сократилась хорошо. Кровотечение прекратилось.

За родильницей в течение ближайших часов установлено наблюдение, так как нередки случаи вторичного кровотечения. К счастью, кровотечение не повторилось.

Родильница была выписана на 12-й день; гемоглобин при выписке 11 г% (66 единиц). Ребенок умер на 2-й день после родов. Патологоанатомическое вскрытие обнаружило внутричерепное кровоизлияние и признаки значительной недоношенности.

Выбор способа родоразрешения при боковом предлежании плаценты зависит от силы кровотечения, степени открытия шейки матки, срока беременности, размеров таза и плода, состояния роженицы и плода и др. Хороших результатов можно добиться непрерывным внимательным наблюдением за роженицей, применяя профилактически переливание крови, антибиотики, антиспазмальгин и стимуляцию родовой деятельности, причем следует избегать сильнодействующих средств (питуитрин). Не следует забывать целесообразность проведения в этих случаях профилактики внутриутробной асфиксии плода.

**Краткий эпикриз.** Р. В., 29 лет, была доставлена самолетом с кровотечением, которое началось на 34-й неделе беременности. При открытии шейки матки на 2½ пальца, при боковом предлежании плаценты применен интраокулярно метрейринтер. После рождения метрейринтера выпала петля пуповины. Произведен поворот плода на ножку. Произошли роды в переднем виде. Ребенок недоношенный. Родился в состоянии синей асфиксии, оживлен.

Произведено ручное отделение плаценты, переливание крови и физиологического раствора, массаж матки, введение эрготина, питуитрина. Кровотечение прекратилось. Матка сократилась хорошо. Ребенок умер через 2 суток вследствие кровоизлияния в мозг. Родильница выписана на 12-е сутки в удовлетворительном состоянии.

## **БОКОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.**

### **ПОВОРОТ (НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ) ПО БРЕКСТОНУ ГИКСУ**

М. А., 38 лет, 13/VIII 1955 г. в 16 часов 30 минут доставлена с маточным кровотечением.

Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, скарлатину.

Менструации с 15 лет, установились сразу, по 3—4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 17 лет. Было 12 беременностей, из которых

10 закончились срочными родами. Два года назад был самопроизвольный аборт на III месяце беременности, после которого несколько дней отмечалась повышенная температура.

Данная беременность протекала без осложнений. 13/VIII внезапно во время поездки в поезде началось кровотечение, со сгустками.

При поступлении состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Артериальное давление 110/60 мм, пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Патологических отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено. В моче белка нет. Гемоглобин 13,5 г% (81 единица).

По дате последней менструации и объективным данным беременность около 28 недель. Размеры таза: 25, 27, 31, 21 см. Положение плода продольное; высоко над входом таза небольшая подвижная головка. Сердцебиение плода выслушивается в области пупка, глухое. Родовой деятельности нет.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище широкое, шейка несколько укорочена, проходима для двух пальцев. Во внутреннем зеве определяется плацентарная ткань, слева от нее небольшой участок шероховатых оболочек. Головка высоко над входом таза. Мыс не достигается. Во время исследования плодный пузырь вскрылся, воды отошли. Кровотечение небольшой струйкой.

### *Какой диагноз?*

Беременность 28 недель, частичное (боковое) предлежание плаценты (placenta praevia lateralis s. isthmica partialis). Преждевременное отхождение вод.

### *Что предпринять в данном случае?*

Рассчитывать на поступательное движение маленькой головки не приходится — нет схваток. Разрыв пузыря, произошедший при исследовании, не может оказать обычного эффекта, который наблюдается, если разрыв происходит во время родовой деятельности. Кровотечение может стать угрожающим, так как при отслойке плаценты вскрылся краевой венозный синус. Плод, очевидно, нежизнеспособен. Отхождение вод ухудшает прогноз. Нужно приступить к родоразрешению искусственным путем, пока у роженицы не появилась резкая анемия и не развилась инфекция.

В прежнее время в таких случаях прибегали к тампонации влагалища стерильной марлей, кольпейринтером или туго скатанными марлевыми шариками. В данном случае тампонация не может достичь цели, так как предлежащая часть высоко и к ней нельзя прижать тампонами отслоившийся край плаценты. Кроме того, опыт показал, что этот прием не останавливает кровотечения. Сейчас он оставлен. Точно так же не применяется старинный способ (accouchement forcé, впервые описанный Н. М. Амбодиком<sup>1</sup>) ускоренного родоразрешения путем насильственного пальцевого расширения шейки матки до 4—5 пальцев открытия, поворота плода на ножку и последующего извлечения его.

### *Какой же метод родоразрешения мы изберем в этом случае?*

1. Метрейризм.
2. Несвоевременный поворот (по Брекстону Гиксу).
3. Кесарево сечение.

Метрейринтер, или тампонорасширитель, был у нас впервые введен в практику при предлежании плаценты Д. М. Трубницким в 1853 г. (И. П. Лазаревич) и Тарнье во Франции в середине прошлого века.

К метрейринтеру прибегали обычно с целью возбуждения схваток при отошедших водах и несглаженной шейке. Реже он применялся при целых водах. При предлежании плаценты обязательно вскрывали плодный пузырь и метрейринтер вводили интравулярно. Экстравулярное введение метрейринтера не применялось, так как последнее увеличивало отслойку плаценты. Результаты этой операции были малоутешительны: велик был процент септических осложнений; материнская смертность достигла от 0,7 (Кочевницкий) до 6,7% (Бакшт), детская смертность и мертворождаемость до 11,5%. Поэтому до последнего времени при наличии кровотечения

<sup>1</sup> Искусство повивания. Ч. II, гл. III, СПб, 1784, стр. 35—41.

и неподготовленных родовых путей у женщины предпочитали кесарево сечение. Теперь, когда мы располагаем возможностью предупреждать развитие сепсиса и анемии, метрейринтер должен опять занять свое место в терапии предлежаний плаценты, но, разумеется, при определенных условиях.

У данной женщины было 10 родов. Ребенок при настоящей беременности маложизнеспособен, маленький; плодный пузырь вскрылся при исследовании. Дежурный врач решил сделать поворот плода по Брекстону Гиксу (*versio obstetrica imparata*).

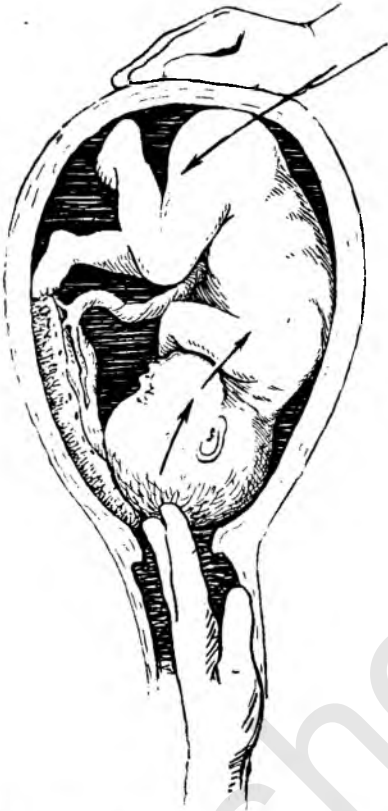


Рис. 59. Поворот по Брекстону Гиксу.

Не вынимая исследующей руки из влагалища под эфирным наркозом в матку введены два пальца этой руки; сочетанными движениями обеих рук (рис. 59) головка отодвинута влево. Рукой снаружи тазовый конец плода сдвинут вправо и низведен к лону. Двумя пальцами правой руки нащупана и захвачена за голену над стопой ножка (см. рис. 54). Прижимая наружной рукой тазовый конец и отводя головку ко дну матки, нам удалось провести ножку через шейку матки, которая теперь заметно расширилась. Ножка оказалась правой, пяточкой она направлена кверху. На ножку надета марлевая петля (см. рис. 58) и через блок на ножном конце кровати (см. рис. 42) подвешен груз весом 200 г. Груз предназначается главным образом для удержания выведенной ножки, но не для ускорения извлечения; в противном случае имеется большой риск разорвать шейку матки.

Кровотечение остановилось. Сердцебиение плода вскоре исчезло. Начались схватки. В 21 час 20 минут родился мертвый мальчик весом 1000 г, длиной 35 см; окружность головки 24 см.

В последовом периоде кровотечение возобновилось. Произведено ручное отделение плаценты и переливание 400 мл крови. Артериальное давление 105/60 мм.

В послеродовом периоде в первые 3 дня температура субфебрильная. Выписана на 10-й день в удовлетворительном состоянии.

*Правильно ли поступил врач, решившись на операцию несвоевременного поворота?*

Было время, когда ведение родов при предлежании плаценты имело в виду исключительно сохранение жизни и здоровья матери. Стремилась произвести родоразрешение в кратчайший срок, без учета состояния плода. В настоящее время, когда проводится широкая профилактическая работа женских консультаций, ранняя госпитализация, экстренная квалифицированная акушерская помощь, переливание крови и применение антибиотиков, роды при предлежании плаценты проводятся с соблюдением интересов как матери, так и плода.

4-й пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи высказался за резкое ограничение операции поворота по Брекстону Гиксу. Применять его разрешается только в тех случаях, когда кровопотеря не вызывает ухудшения общего состояния матери, а также когда плод или мертв, или нежизнеспособен.

Учитывая эти соображения, в рассматриваемом нами случае врач поступил правильно.

Следует отметить, что результаты для плода при несвоевременном повороте значительно хуже, чем при кесаревом сечении или метрейризе.



Рис. 60. Рентгеновезикография (отсутствует предлежание плаценты).



Рис. 61. Рентгеновезикография (предлежание плаценты). Промежуток: справа—1,8 см, в центре—3,5 см, слева—2 см.

Неблагоприятные исходы несвоевременного поворота для жизнеспособных детей во многом объясняются тем, что к нему приходится прибегать обычно в ранние сроки беременности, при 28—32 неделях. Как показывает последняя работа по этому вопросу Фитцджеральда и др. (Fitzgerald, 1954), все современные способы ведения родов при предлежании плаценты дают тем большую детскую смертность, чем в меньшие сроки беременности к ним прибегают (см. таблицу).

**Исход для ребенка при влагалищных методах родоразрешения при предлежании плаценты в процентах (по Фитцджеральду и др.)**

Срок беременности (в неделях)	Живые	Мертворожденные	Умершие при оживлении	Умершие после родов
28—30	8,0	18,0	50,0	24,0
30—32	30,0	20,0	24,0	26,0
32—36	73,0	14,0	7,0	4,5
36—40	87,6	3,4	4,5	4,5

При кесаревом сечении, если операция производится в сроки 28—30 недель, общая потеря детей (по нашим данным на 225 операций) составляет 55%; при сроке 32—35 недель—24%; при сроке 36—40 недель—всего 8%. Отсюда вывод, что при предлежании плаценты важнейшей заботой является длительное стационарное наблюдение за беременной с момента первого кровотечения у нее, предупреждение преждевременного отхождения вод и наступления преждевременных родов.

Следует ограничивать влагалищные исследования и, если возможно, применять рентгенодиагностику (рис. 60 и 61). Применять средства для предупреждения возможного развития анемии.

В приведенном нами случае при влагалищном исследовании нечаянно был вскрыт пузырь. Но если бы этого не случилось и не было бы кровотечения, мы продолжали бы наблюдение за больной и, возможно, имели бы шансы на рождение живого ребенка.

**Краткий эпикриз.** М. А., 38 лет, доставлена с кровотечением на 28-й неделе беременности. При влагалищном исследовании обнаружено: открытие шейки на 2 пальца, частичное предлежание плаценты; в момент исследования вскрылся плодный пузырь. Сделан несвоевременный поворот на ножку (по Брекстону Гиксу). Кровотечение прекратилось. Родился мертвый плод. В последовом периоде произведено ручное отделение плаценты, переливание крови. В послеродовом периоде в течение 3 дней была субфебрильная температура. Выписана на 10-й день после родов в удовлетворительном состоянии.

## ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ КЛАССИЧЕСКОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Г. Я., 24 лет, 6/XI 1955 г. в 12 часов 15 минут доставлена в областную больницу по поводу повторных кровотечений с 33-й недели беременности.

Замужем с 18 лет. Беременность 6-я, родов было 5, все роды нормальные. Последняя менструация с 1/III по 4/III 1955 г.

Дважды — на 33-й и на 35-й неделе — направляли в районную больницу, откуда на 3-й день выписывали по ее настоянию. В больнице получала каждый день внутривенные инъекции глюкозы и внутрь опий. Последнее кровотечение наблюдалось 6/XI, была вызвана участковая акушерка, которая уговорила беременную отправиться с ней в областную больницу попутной машиной.

Телосложение правильное. Слизистые несколько бледны. Температура 36,6°. Пульс 80 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм. Тоны сердца глуховаты; границы сердечной тупости несколько расширены влево. Со стороны других внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Отеков, варикозно расширенных вен нет. В моче белка нет. Гемоглобин 10 г% (60 единиц). Реакция Вассермана и осадочные реакции отрицательные.

Окружность живота 92 см. Размеры таза нормальные. Матка не напряжена, возбудима. Предлежащей части над входом таза не определяется. Головка расположена высоко в правой подвздошной области. Тазовый конец плода слева выше пупка. Сердцебиение плода на уровне пупка, 132 удара в минуту, ритмичное. Выделения умеренные, кровянистые.

Исследование с помощью зеркал: зев щелевидный, во влагалище сгустки крови. По сроку менструаций и объективным данным — беременность 36 недель.

*С чем связано кровотечение?*

1. С преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.
2. С предлежанием плаценты.

Данных, свидетельствующих о преждевременной отслойке плаценты (стр. 177), (боли, напряженная матка, травма, токсикоз, смерть плода), нет. Кровотечение из раковой язвы шейки матки и другая патология со стороны шейки матки и влагалища исключаются исследованием с помощью зеркал. Очевидно, имеем дело с предлежанием плаценты при втором косом положении плода.

Акушерка поступила правильно, что настояла на госпитализации беременной в больницу. В районной больнице уже дважды была допущена ошибка: в первый раз при 33 неделях беременности нужно было настоять на стационарном лечении и принять все меры борьбы с анемией (препараты железа, витамины, камполон, переливание крови и др.). При повторном поступлении на 35-й неделе при неустойчивом положении плода и кровотечении беременная должна была находиться в стационаре до родов, нельзя было выписывать ее на 3-й день домой. Рискованно, разумеется, поступила и акушерка, направив больную в областную больницу, расположенную сравнительно далеко. Кровотечение могло стать катастрофическим во время транспортировки больной. Следовало транспортировать в ближайшую районную больницу, в родильный дом, где имеется врач и операционная.

Акушерка поступила правильно, что лично сопровождала больную, захватив с собой акушерскую сумку.

*Что следует предпринять в больнице?*

1. Оценить общее состояние больной.
2. Определить вид предлежания плаценты.
3. Наметить план лечения и ведения родов.

Родовой деятельности нет, кровотечение незначительное. Однократное определение гемоглобина и артериального давления — этого недостаточно. Оценка общего состояния требует дополнительных исследований, так как неизвестно, как отразились на общем состоянии повторные кровотечения. От влагалищного исследования мы воздержались, ибо при закрытой шейке матки нельзя определить вид предлежаний плаценты. Но мы произвели рентгеновезикографию, определили удельный вес крови и плазмы (стр. 150). Это позволило нам объективно оценить общее состояние больной и подкрепить высказанное предположение о предлежании плаценты, а возможно, и о виде этого предлежания.

В опорожненной мочевой пузырь введено стерильным катетером 50 мл 12% бромистого натрия. В горизонтальном положении произведена рентгенография. На полученном снимке везикокраниальное пространство больше 3 см (норма 1—1,5 см). Головка отклонена вправо, тень от контрастного вещества с правой стороны лежит на 4 см выше, чем с левой (см. рис. 60 и 61).

Предлежание плаценты, по-видимому, боковое, больше слева, но не исключается и центральное (рис. 62). Косо расположенная тень мочевого пузыря может наблюдаться

и при центральном предлежании, если плацента расположена на передней стенке матки.

Одновременно с определением группы крови мы определили удельный вес крови: капля крови, опущенная в банку с раствором медного купороса, соответствующим удельному весу крови 1042, поднялась кверху. В банке с раствором удельного веса 1040 капля опустилась до середины банки и продержалась в таком положении около 2 минут. Следовательно, удельный вес цельной крови 1040 (стр. 150). Это указывает на значительную потерю белка и гемоглобина. Такое состояние у здоровой роженицы наступает при одномоментной кровопотере свыше 1 л крови (1,5% к весу тела). При поступлении больная имела вес 71 кг. Ориентировочно можно считать, что кровопотеря суммарно была значительной. В течение месяца за счет усиленной регенерации крови организм больной в какой-то степени восполнял кровопотерю, но все же не настолько, чтобы удержать удельный вес крови на нижней физиологической границе, равной для беременной 1045.

Общее состояние организма значительно нарушено и наиболее рациональным методом родоразрешения данной больной, учитывая всю акушерскую ситуацию, является кесарево сечение после предварительной трансфузии крови. Неблагоприятное значение имеют такие «малые» симптомы, как пониженное артериальное давление (100/60 мм), как 10 г% (60 единиц) гемоглобина и учащенный пульс, бледность слизистых покровов. Декомпенсации пока не наступило, нет шума в ушах, головокружения, потери чувствительности к теплу и холоду.

Важнейшей мерой профилактики наступления декомпенсации является срочное переливание крови, внутривенные вливания глюкозы, подкожные инъекции глюконата кальция (5 мл ежедневно), внутрь препараты железа, камполон, витамины. Только после такой подготовки желателен кесарево сечение, конечно, если состояние больной не потребует срочного вмешательства.

После переливания 400 мл крови [однотипной] больную поместили в палату патологии беременных для дальнейшей подготовки к операции. Весь день и вечер больная провела спокойно. Получила глюконат кальция, витамины С и К, камполон, железо. Кровотечения не наблюдалось.

В 23 часа началось кровотечение струйкой, выделилось около 100 мл крови за полчаса. Измерено артериальное давление — 105/60 мм. Пульс 82 удара в минуту; сердцебиение плода 142 удара в минуту, ритмичное. Плод по-прежнему во втором косом положении. Схваток нет.

Теперь настало время для решительных действий до того, как наступят явления декомпенсации.

Влагалищное исследование: шейка сохранена, не деформирована (исключается возможность шеечного предлежания), шеечный канал пропускает палец, у внутреннего зева всюду плацентарная ткань; через передний свод определяется мягковатая припухлость на передней стенке нижнего сегмента, предлежащей части плода не определяется. Мыс не достигается. Кровотечение усилилось.

#### *Какой диагноз?*

Центральное предлежание плаценты (рис. 62), второе косое положение плода.

Влагалищное исследование подтвердило данные рентгенограммы — плацента на передней стенке перешейка.

Больная сразу же перенесена в операционную, где в 23 часа 30 минут 6/ХI под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина, без предварительной дачи морфина произведено классическое кесарево сечение. Плод извлечен за ножки (рис. 63) — девочка весом 2500 г, длиной 44 см.

Плацента располагалась целиком в нижнем сегменте (placenta praevia centralis s. isthmica totalis), значительная ее часть в области внутреннего зева была отделена рукой. Оболочки все. Матка зашита двухслойным мышечно-мышечным (рис. 64), серозно-мышечным швом (рис. 65) с перитонизацией серозно-серозным швом (рис. 66). В матку введен 1 мл питуитрина и 2 мл эрготина. Брюшная стенка закрыта послойно наглухо кетгутowymi швами.

Во время операции произведено переливание 500 мл 0 (I) группы крови, вливание физиологического раствора под кожу в количестве 1000 мл и глюкозы. Артериальное давление после переливания крови, вливания глюкозы и физиологического раствора 90/40 мм, пульс 96 ударов в минуту. Матка сократилась. Наружного кровотечения нет. После операции введен 1 мл 1% солянокислого морфина, 10 мл 10% хлористого кальция, 4 мл 20% камфарного масла; холод на низ живота.

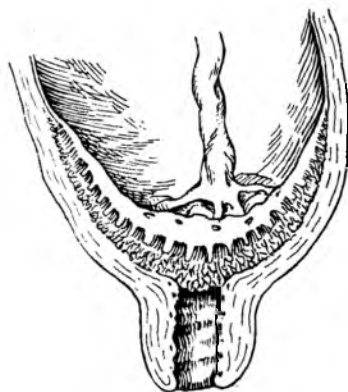


Рис. 62. Центральное предлежание детского места.

На следующий день температура 37,8°, пульс 92 удара в минуту, артериальное давление 100/50 мм, гемоглобина 9 г% (54 единицы), эритроцитов 2 400 000, лейкоцитов 8400; РОЭ 42 мм в час, удельный вес крови 1040, плазмы 1020. В послеоперационном периоде — субинволюция матки. Выздоровление. Выписана на 16-й день с ребенком; гемоглобин восстановился до 11 г% (66 единиц).

*Правильно ли поступили, отложив операцию до более подробного обследования и принятия мер к ликвидации анемии? Нужно ли было производить корпоральное кесарево сечение?*

Если бы мы сразу оперировали больную без проведенной подготовки, то рисковали бы потерять ее на операционном столе. Несмотря на массивное переливание крови и проведение другой, описанной выше терапии у данной больной после операции артериальное давление упало до 90/40 мм.

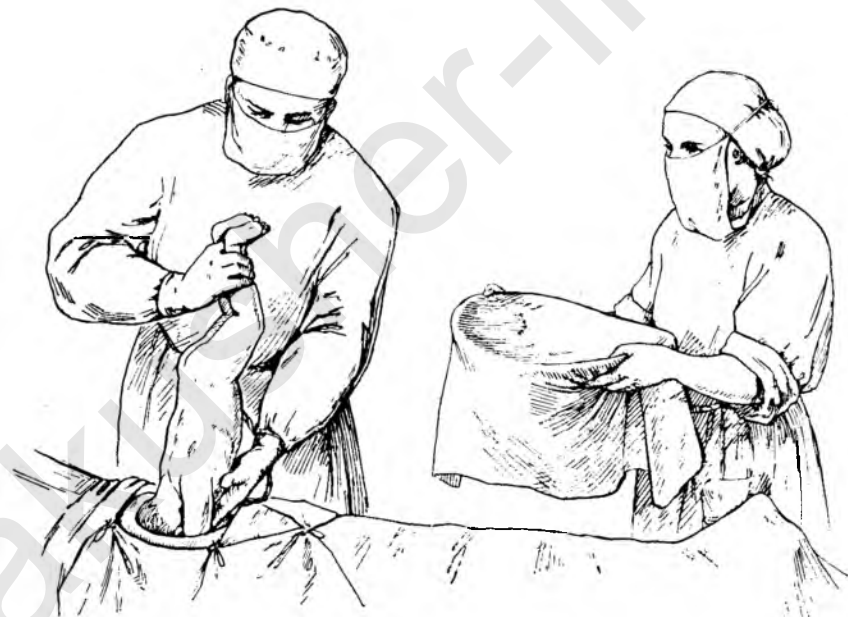


Рис. 63. Извлечение плода за ножки при кесаревом сечении.

Подготовка больной была кратковременной, так как появившееся кровотечение вынудило к срочному кесареву сечению, но и она не могла не сказаться благотворно на исходе вмешательства.

Предпочитая вообще разрез в нижнем сегменте и при предлежаниях плаценты, в данном случае осторожнее было избрать классический разрез по передней стенке тела матки. Плацента находилась на передней стенке



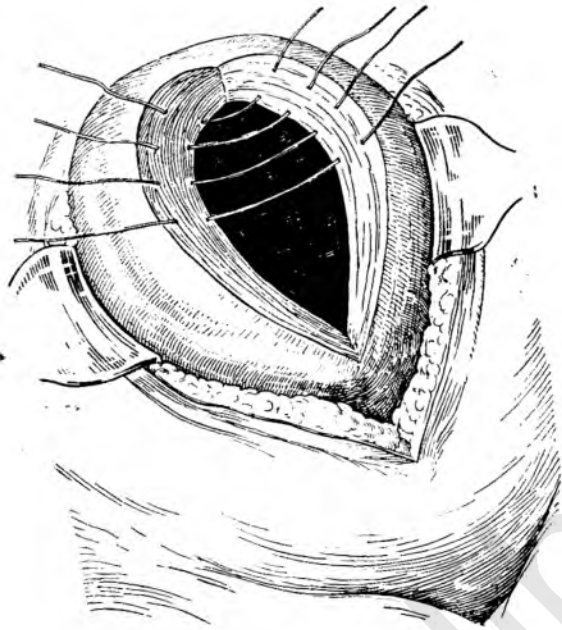


Рис. 64. Классическое кесарево сечение. Отдельные мышечно-мышечные кетгутовые швы.

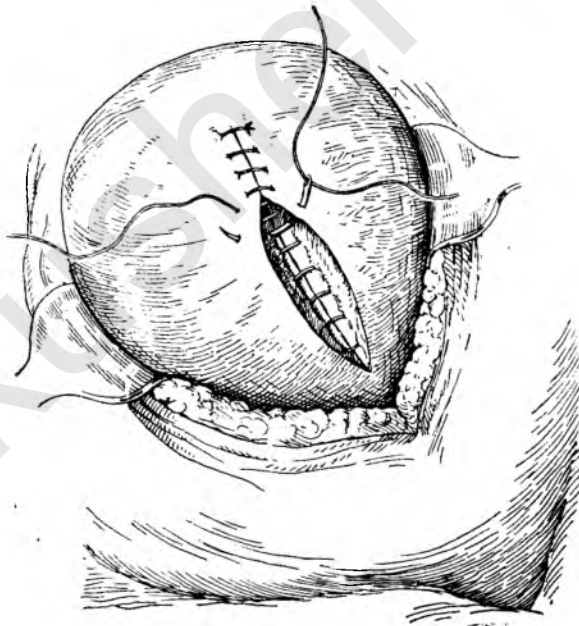


Рис. 65. Классическое кесарево сечение. Непрерывный кетгутовый серозно-мышечный-мышечно-серозный шов.

перешейка и, следовательно, при разрезе в нижнем сегменте имелась бы placenta praevia caesarea — весьма неприятное осложнение!

Исходы кесарева сечения при предлежании плаценты зависят не только от условий операции и клинической формы предлежания, но и от состояния больной, подготовки больной, борьбы с анемией и способа обезболивания и техники операции. Наиболее часто встречаются осложнения в виде атонических кровотечений (сразу при операции или вскоре после нее), шока, воздушной эмболии, пневмонии, инфаркта легких на почве заноса оторвавшихся тромбов из маточных вен; сепсиса, гипогалактии и агалактии. Чтобы

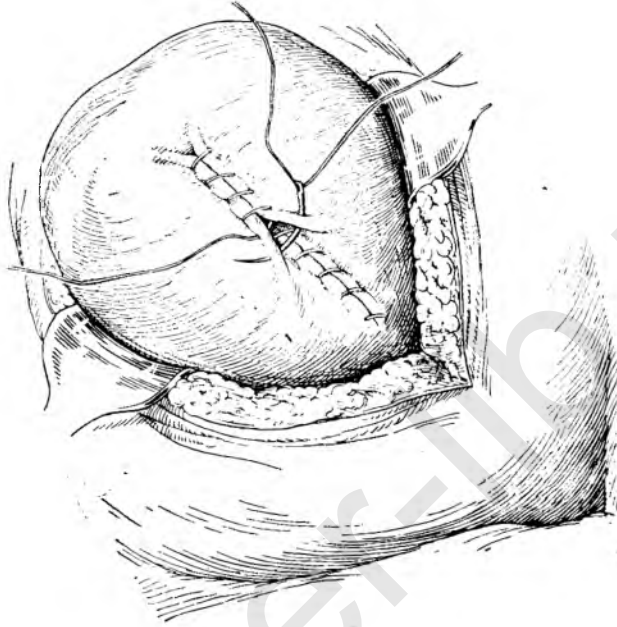


Рис. 66. Классическое кесарево сечение. Непрерывный кетгутовый (лембертовский) серозно-серозный шов.

избежать этих осложнений, нужно соблюдать все правила асептики и антисептики, проводить профилактику анемии и гипоксемии, применять наиболее целесообразную для каждого случая анестезию, щадящий разрез матки, осторожное и полное отделение плаценты, тщательный шов и перитонизацию матки. При операциях на невозбудимой матке до начала родов следует обходить плацентарную площадку, а разрез производить в теле матки, если плацента расположена на передней стенке нижнего сегмента. Разрез плацентарной площадки увеличивает риск операции. Если разрез производят через предлежащую плаценту, то неизбежна значительная кровопотеря, что связано с изменениями в миометрии. Еще Н. Н. Феноменов указывал на опасность разрезов «когда без нужды ранится краевая вена крупного калибра».

Современная техника операций в нижнем сегменте несомненно улучшает ближайшие и отдаленные исходы операций. Наши данные, охватывающие 213 операций при предлежаниях плаценты, убедительно говорят против корпоральных разрезов матки. Placenta caesarea встретилась при разрезах в теле матки в 19%; при разрезе в нижнем сегменте — в 6,8%. Однако при placenta caesarea исходы были хуже: материнская и детская смертность в 2 раза выше, атонические кровотечения возникали в 35%, асфиксия новорожденных в 50%, осложненный послеоперационный период в 80,6%.

Если бы плацентарная площадка не нарушалась во время операции, можно было бы избежать этих ненужных осложнений.

При наиболее опасной форме — центральном (полном) предлежании плаценты — кровотечения начинаются раньше и возобновляются через более короткие промежутки времени, причем кровопотеря обычно больше, чем при других формах предлежания. Чем меньше срок беременности, тем опаснее при центральном предлежании повторные кровотечения. Сильное кровотечение требует неотложной операции и кровезамещения. Исход зависит от своевременного поступления больной в стационар и правильной оценки ее общего состояния до и после операции. Хроническая гипоксемия уменьшает возможность защиты и приспособления вследствие нарушения корковой и подкорковой регуляции кровообращения, регенерации крови, использования кровяных резервов и нарушения местных рефлексов (И. П. Павлов, Пшоник и др.). Недооценка роли анемической гипоксемии ведет к опасной практике запоздалого родоразрешения, когда прибегают к кесареву сечению уже при значительном нарушении компенсаторных механизмов. В этих случаях кесарево сечение производят слишком поздно и оно дает высокую материнскую и детскую смертность. Вместе с тем кесарево сечение часто производят при первом подозрении на предлежание плаценты, не выжидая обоснованных показаний к нему.

*Как уменьшить риск атонического кровотечения при предлежании плаценты?*

Анализ операций кесарева сечения при предлежании плаценты показывает, что атоническое кровотечение встречается чаще при эфирном наркозе, быстром опорожнении матки, двойне, многоводии. Лучшие исходы были получены при операции под местной инфильтрационной анестезией и при поперечном разрезе в перешейке в малососудистой области передней стенки ниже *a. coronaria isthmi uteri*. Придерживаясь этого уровня разреза, иногда удается почти бескровно войти в матку. Важное значение имеет также способ извлечения ребенка и плаценты. Мы это делаем бережно, неторопливо рукой, по этапам. Сначала выводим в разрез головку по возможности меньшим размером (согнутую или разогнутую, подбородком). После выведения головки вводим в матку 1 мл питуитрина, удаляем слизь изо рта и носа ребенка марлевой салфеткой, затем выводим в рану переднее плечико, вводим палец в подмышечную ямку и извлекаем туловище, пересекаем пуповину и отдаем ребенка акушерке. Плаценту выводим на фоне сильного сокращения под действием питуитрина. От этого происходит ретракция и тех мышечных пучков, которые лежат под плацентой. Постепенное опорожнение создает возможность хорошей ретракции матки. Плацента легко отделяется потягиванием за пуповину при одновременном удерживании матки другой рукой. Этим предупреждается отрыв долек плаценты и выворот матки. Кровопотеря при этом способе всегда меньше, меньше осложнений и в послеоперационном периоде.

*Почему велика детская смертность при кесаревом сечении?*

Высокий процент смертности детей при кесаревом сечении (по К. Н. Жмакину 15,5; по нашим данным — 26,7) зависит от того, что кесарево сечение приходится в ряде случаев производить по жизненным показаниям при резком обескровливании женщины и в ранние сроки беременности. Мы придаем также значение способу извлечения ребенка и методу обезболивания.

По данным А. П. Буханова (до 1941 г.), при корпоральном разрезе среди доношенных общая смертность составляет 16% (12% мертворожденных и 4% умерших вскоре после операции кесарева сечения). Среди недоношенных общая смертность равна 68% (8% мертворожденных и 60% умерших вскоре после операции). Наибольший процент асфиксии наблю-

дается после общего эфирного наркоза, поэтому он должен быть заменен местной анестезией.

По нашим наблюдениям (1946—1954), потери детей при бережном извлечении значительно меньше: доношенных—4,4% и недоношенных—8%.

**Краткий эпикриз.** Г. Я., 24 лет, доставлена в больницу по поводу повторных кровотечений, которые начались с 33 недель беременности; при поступлении беременность 36 недель. Произведена трансфузия крови; внутривенно — кальций, витамины С и К. В больнице вновь повторилось кровотечение. При обследовании установлено центральное предлежание плаценты. Под местной анестезией произведено абдоминальное кесарево сечение. Извлечена живая девочка весом 2500 г. Выписана на 16-й день после операции в удовлетворительном состоянии с живым ребенком.

### ПЕРЕШЕЕЧНО-ШЕЕЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. НАДВЛАГАЛИЩНАЯ АМПУТАЦИЯ МАТКИ

Н. В., 39 лет, первобеременная, 7/VI 1950 г. доставлена в палату патологии беременности родильного дома по поводу кровавистых выделений и тазового предлежания плода. Беременность на 40-й неделе.

Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, скарлатину, брюшной тиф, грипп. Половая жизнь с 38 лет. Последняя менструация с 3/IX по 5/IX 1949 г. Беременность первая. Артериальное давление 140/80 мм. Отмечено незначительное увеличение щитовидной железы. Других отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено.

Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Окружность живота 96 см; высота стояния dna матки 38 см; предлежат ягодицы над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в минуту, ритмичное, слева выше пупка. Родовой деятельности нет. Выделений из половых путей нет. Кровь: Hb 13 г% (78 единиц), эр. 4 580 000, л. 10 000, э. 2%, п. 4%, с. 70%, лимф. 18%, мон. 6%; РОЭ 55 мм в час.

В моче белка нет.

11/VI в 16 часов отошли околоплодные воды без родовой деятельности. 12/VI и 13/VI производилась стимуляция родовой деятельности, но без успеха. 14/VI начались схватки, которые повторялись через 5 минут по 10 секунд, слабые, незначительно болезненные. В 18 часов произведено влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое. Шейка почти полностью сглажена, края ригидные; открытие зева на 2 пальца, предлежат ягодицы во входе в малый таз. Диагональная конъюгата 12 см.

При осмотре шейки с помощью зеркал патологии не выявлено.

15/VI в 11 часов 30 минут ввиду слабой родовой деятельности и повышения температуры до 37,4° повторно произведено влагалищное исследование. Данные те же. что и накануне, но обращает внимание наличие в заднем своде пастозности, шейка матки ригидная, края толстые, открытие на 2 пальца. Ягодицы стоят в правом косом размере входа в малый таз. Крестец обращен влево и кзади. Кровотечения нет.

Роженица с целью спасения жизни ребенка просит произвести ей кесарево сечение.

*Какое можно высказать мнение по поводу ведения родов в данном случае?*

Наличие у роженицы ригидной шейки, открытие зева на 2 пальца, слабость родовой деятельности, безуспешная стимуляция ее, преждевременное отхождение вод, ягодичное предлежание у старой первородящей, низкое прикрепление или краевое предлежание плаценты (?), длительный безводный период — все это является относительным показанием к операции кесарева сечения. Поскольку роженица настаивает на живом ребенке, имеются основания для операции кесарева сечения.

15/VI в 14 часов произведена операция кесарева сечения (sectio caesarea abdominalis). Начата операция под местной анестезией, после извлечения плода дан общий эфирный наркоз. Извлечена живая девочка весом 3000 г, длиной 48 см; окружность головки 36 см. Попытка отделить плаценту, находящуюся своим краем над внутренним зевом, не удается. Стенка матки истончена, плацента вросла в стенку матки, рукой не отделяется. Кровотечение. Приступлено к переливанию крови (600 мл), вливанию под кожу физиологического раствора (1000 мл), введен кофеин, камфара. Пульс временами исчезает.

### *Что предпринять?*

Ввиду глубокого врастания части плаценты, невозможности отделить ее рукой и начавшегося атонического кровотечения показано удалить матку.

Ампутация матки ввиду глубокого врастания части плаценты (placenta accreta) (рис. 67, 68, 69). На разрез матки — провизорные швы. Наложены зажимы и лигатуры на круглые связки, трубы и собственные связки яичников. Связки рассечены. Пузырно-маточная складка вскрыта. Мочевой пузырь отсепарован тупо книзу. Нижний сегмент матки несколько раздут. Маточные артерии с трудом удалось выделить ввиду близко подошедших к матке мочеточников, как бы опоясывающих шейку. После перевязки маточных артерий произведено удаление матки вместе с последом. Часть матки оставлена. Край плаценты спускается справа в область внутреннего зева. На растянутую шейку наложены отдельные кетгуттовые швы. Перитонизация. Брюшная стенка зашита послойно.

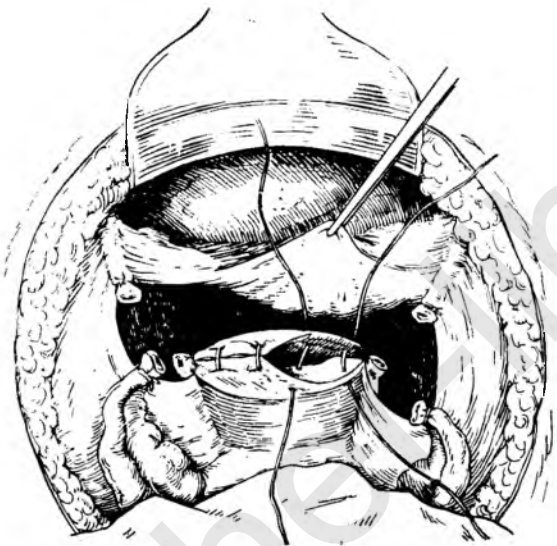


Рис. 67. Надвлагалищная ампутация матки. Тело матки отсечено. Наложение швов на культю шейки матки.

За время операции роженица потеряла около 1000 мл крови. Капельным методом производилось переливание крови, а также ингаляция кислорода, внутривенное введение 40% раствора глюкозы; подкожно сердечные средства. После операции состояние оставалось тяжелым. Артериальное давление 90/40 мм. Одышка. Резкая бледность, беспокойство, потеря болевой и температурной чувствительности. Пульс слабого наполнения. По временам исчезает. Вновь произведено переливание крови (400 мл); под кожу введено 1000 мл физиологического раствора.

*Почему, несмотря на ампутацию матки, переливание 1000 мл крови и 2 л физиологического раствора с глюкозой, применение сердечных средств, состояние больной остается тяжелым?*

1. Очевидно, имелась слишком большая кровопотеря и недостаточное кровезамещение, вследствие чего наступило падение артериального давления.

2. Возможно, что кровотечение продолжается из шейки, так как ампутация оказалась недостаточной, слишком высокой.

3. Нет ли здесь редкого, но весьма грозного перешеечно-шеечного предлежания плаценты, не распознанного ни до операции, ни во время нее?

Первое предположение маловероятно. Если бы даже во время операции женщина потеряла не 1 л, а больше крови, то это не смогло бы так



Рис. 68. Надвлагалищная ампутация матки. После наложения двухъярусного шва на оставшуюся культю шейки матки начата перитонизация ее.



Рис. 69. Надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация культи листком пузырно-маточной брюшины.

отрицательно сказаться на больной, так как она оперирована не настолько обескровленной, к тому же все время переливалась кровь, глюкоза, физиологический раствор в значительных количествах. Кроме внутриартериального нагнетания крови, исчерпан весь арсенал средств борьбы с шоком и анемией.

Нет, здесь не устранена какая-то другая причина кровопотери.

Возможность продолжающегося кровотечения из оставленной культи отрицать нельзя: наблюдалось умеренное кровотечение, а затем незначительные кровянистые выделения из влагалища и после надвлагалищной ампутации матки. Артериальное давление не восстанавливается, отмечается одышка, исчезновение пульса. Следует помнить, что наружное кровотечение может быть малым, если максимальное артериальное давление падает ниже 90 мм, как это имеет место в нашем случае.

Шеечное предлежание плаценты (стр. 123) здесь маловероятно; при трехкратном влагалищном исследовании опытным врачом деформации шейки не было обнаружено; кровотечение возникло не в первой половине беременности (стр. 123), а во время родов, причем начавшихся в срок.

Остается предположить, что имелось прочное вращение плаценты очень близко к внутреннему зеву и шейке матки. К сожалению, эта возможность истмико-цервикального предлежания с вращением ворсин частично и в стенку шеечного канала (рис. 70) не была предусмотрена даже опытным хирургом во время операции. Развившаяся картина требует неотложных мер.



Рис. 70. Placenta praevia isthmico-cervicalis accreta.

В 16 часов состояние крайне тяжелое, пульс временами исчезает, одышка, бледность лица, исчезновение корнеальных рефлексов. Искусственное дыхание, сердечные средства, переливание крови (600 мл.)

В 17 часов роженица умерла при явлениях нарастающей сердечной слабости.

Патологоанатомическое вскрытие: вращение плаценты в области внутреннего зева канала шейки матки. Общая анемия. Кровонизлияние под эпикард левого желудочка. Жидкая кровь в кровяном русле. Смерть последовала от анемии, вызвавшей остановку деятельности сердца.

Ошибкой ведения родов в данном случае явилось то, что не была распознана placenta praevia isthmica partialis increta. Эта комбинация относится к редким осложнениям беременности и родов [1 : 40 000 родов, по Гирсту (Hirst); 1 : 15 000, по Стоуну (M. Stone)]. В отечественной литературе приводятся единичные наблюдения.

Последняя сводка Израэля и Рабенстона (Israel и Rubinstone, 1955) признает единственным методом лечения экстирпацию матки, а не ампутацию, которая дает высокий процент материнский смертности (6—12). Решением 5-го пленума Совета по родовспоможению (1955) в таких случаях рекомендована экстирпация матки.

**Краткий эпикриз.** Н. В., 39 лет, первобеременная, поступила в родильный дом на 40-й неделе беременности по поводу кровянистых выделений. 11/VI отошли околоплодные воды без родовой деятельности. В течение 2 последующих дней — безрезультатная стимуляция родовой деятельности. 14/VI начались схватки, но неэффективные. Ввиду наличия у роженицы ригидной шейки (открытие на 2 пальца в течение свыше двух суток не увеличивается), слабости родовой деятельности, ягодичного предлежания плода, пожилого возраста (39 лет) для первородящей, подозрения

на предлежание плаценты 15/VI произведено кесарево сечение. Извлечена живая доношенная девочка. Отделить рукой плаценту не удалось; обнаружено глубокое врастание части плаценты в стенку нижнего сегмента матки. Произведена надвлагалищная ампутация матки. Однако этого оказалось недостаточно. Состояние больной ввиду продолжающегося кровотечения все ухудшалось и, несмотря на принятые меры (повторная массивная трансфузия крови, вливания физиологического раствора, сердечные средства и др.), больная через 2 часа умерла.

Вскрытие показало: врастание плаценты в области внутреннего зева шейечного канала. Смерть последовала от анемии. Допущенная ошибка акушера состояла в том, что не была распознана *placenta praevia isthmica partialis increta*, в связи с чем вместо ампутации надо было произвести экстирпацию матки.

## ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ

Е. Д., 42 лет, 15/V 1951 г. в 11 часов доставлена в родильный дом по поводу маточного кровотечения.

Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает грипп.

После последних родов менструаций не было в связи с кормлением ребенка грудью. Настоящая беременность 15-я. Все предшествующие беременности и роды (13) протекали нормально. Семь лет назад был выкидыш, самопроизвольный, на III месяце беременности. Последние роды были 1½ года назад; родился живой ребенок весом 4000 г.

Во вторую половину настоящей беременности отмечает одышку при ходьбе, отеки голеней. В женской консультации осмотрена терапевтом, который нашел изменения миокарда — миокардиодистрофию. От стационарного лечения отказалась по семейным обстоятельствам.

В женской консультации было проведено облучение кварцевой лампой; принимала витамины С, К, адонилен.

При поступлении состояние удовлетворительное, отеков нет. Слизистые бледноваты. Пульс 64 удара в минуту, ритмичный. Незначительное варикозное расширение вен голеней.

Реакция Вассермана и осадочные реакции отрицательные.

Размеры таза: 25, 27, 30, 20 см. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное. Предлежит крупная головка над входом таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 140 ударов в минуту, ритмичное. При поступлении кровотечение из матки струйкой, которое вскоре прекратилось.

Гемоглобин 9,5 г% (57 единиц), эр. 3 000 000, л. 10 000. Анализ мочи: удельный вес 1016, реакция кислая, белка нет, в осадке единичные лейкоциты, плоский эпителий.

По данным объективного обследования установлена беременность 40 недель.

После 4-часового промежутка, в течение которого введено 40 мл 40% глюкозы с аскорбиновой кислотой, вновь началось кровотечение. Потеря крови достигает 300 мл.

Влагалищное исследование: края шейки утолщены, зев пропускает 2½ пальца, во внутреннем зеве всюду кругом плацентарная ткань. Предлежащая часть плода не определяется.

Мыс не достигается. При осмотре с помощью зеркал патологии не выявлено.

### *Чем вызвано кровотечение?*

Центральным предлежанием плаценты (см. рис. 62). Смуцает несколько толщина шейки, что нехарактерно для многорожавшей женщины при открытии зева на 2½ пальца. Но предположение о шейечном предлежании отпадает: кровотечения начались перед родами, а не в первой половине беременности, шейка не деформирована.

### *Что предпринять?*

Повторившееся кровотечение, полное предлежание плаценты, малое открытие шейки, изменения миокарда, вторичная анемия говорят о том, что целесообразнее произвести родоразрешение путем кесарева сечения.

Роженица согласилась на эту операцию.



После предварительной трансфузии одногруппной крови в количестве 225 мл 15/V в 17 часов произведено кесарево сечение. Сделан продольный разрез по передней стенке матки. Плацента оказалась ниже уровня разреза главным образом сзади и справа. Кровопотеря из разреза небольшая. Рукой извлечена головка, в стенку матки введен 1 мл питуитрина, затем извлечен ребенок весом 3400 г, длиной 50 см; окружность головки ребенка 36 см, ребенок тут же закричал. Вывести плаценту за пуповину не удается. Ручное отделение также безрезультатно; плацента плотно вросла в стенку матки. В матку введено 2 мл эрготина. Решено удалить матку.

На круглые связки, левую воронко-тазовую связку и правую собственную связку яичника и трубу наложены зажимы, сосуды лигированы, связки пересечены.

#### *Почему не удается отделить плаценту?*

Это не placenta graevia cervicalis, так как она располагается над внутренним зевом. Очевидно, имеется placenta graevia accreta (см. рис. 70) или inpregata — грозное осложнение, которое не раз уносило жизнь рожениц.

Припомним, что у данной роженицы при влагалищном исследовании определена толстая, короткая шейка, в зеве кругом плацентарная ткань.

#### *А что, если это не распознанное нами шеечное предлежание?*

Это еще более грозное осложнение (стр. 123). Оно дает схожие симптомы: как при истмическом, так и при шеечном предлежании плацента чрезвычайно прочно врастает в стенку матки, шейка деформирована. Кроме того, оба эти вида предлежания дают жесточайшее кровотечение, которое нельзя остановить ни тампонацией, ни наложением зажимов на маточные артерии, ни надвлагалищной ампутацией матки. Фют (Füth) в этих случаях предлагает, не теряя времени, приступить к перевязке подчревных артерий. При этих состояниях обязательно возникает смертельно опасное кровотечение, так как крупные сосуды плацентарной площадки не могут быть зажаты мышцей матки: «миотампонация» в этих случаях невозможна, так как хорион прорастает мышечные пучки до брюшины, а в случаях шеечного предлежания плаценты — даже проникает в параметральную клетчатку.

#### *Что же предпринять в данном случае?*

Прежде всего не прекращать борьбы с угрожающим коллапсом путем непрерывного капельного переливания больших доз крови, вплоть до внутриартериального нагнетания крови (по Неговскому), введения глюкозы для поддержания работы сердца и клеток головного мозга. Назначать сердечные средства, давать вдыхать кислород.

Наряду с этим нужно немедленно приостановить кровопотерю. При поперечном разрезе в перешейке наиболее быстро и просто можно ампутировать матку.

#### *Будет ли ампутация матки радикальным способом лечения?*

После ампутации на уровне перешейка кровотечение может продолжаться из оставшейся шейки матки. Мы можем потерять больную, тем более что у нее имеется заболевание сердечной мышцы, длительно существовала гипоксемия и приспособительные механизмы значительно подорваны. Очевидно, что ампутация матки недостаточна, нужна экстирпация матки (exstirpatio uteri).

Кровопотеря достигла 1200 мл, максимальное артериальное давление упало до 60 мм. Матка дряблая, не сокращается. Непрерывно переливается кровь. Под кожу введено 2 л физиологического раствора. Артериальное давление по мере выполнения экстирпации матки постепенно поднялось до 90/50 мм. Тем временем мочевой пузырь отсепарован широко до влагалища. Листки широких связок вскрыты, сосуды зажаты (рис. 71), рассечены и лигированы; крестцово-маточные связки пересечены. Матка отсечена от влагалища, удалена вместе с левыми придатками (имеется киста левого яичника величиной с мандарин). Влагалищная стенка зашита узловыми кетгутовыми швами. В параметрий введено 100 000 ЕД пенициллина. Перитонизация. В брюшную полость влито 200 000 ЕД пенициллина. Рана зашита послойно наглухо. Наложена сухая стерильная повязка. Операция была начата под местной инфильтрационной анестезией (0,25% Sol. Novocaini); затем пришлось перейти к даче эфирного наркоза.

В дальнейшем велось наблюдение за состоянием больной (пульс, дыхание, артериальное давление). После операции введен 1 мл 1% морфина, 4 мл 20% камфарного масла под кожу. Холод на низ живота. На 2-й день температура поднялась до 38°. Назначен пенициллин по 50 000 ЕД через каждые 4 часа. Постепенное выздоровление. Выписана на 16-й день в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

Гистологическое исследование удаленной матки: ворсины хориона проросли мышечную стенку перешейки матки местами до серозного покрова; истмико-цервикальное предлежание плаценты с частичным вращением отдельных долек (placenta praevia isthmico-cervicalis partialis increta).

При этой редкой форме предлежания плаценты экстирпация матки является единственным эффективным методом лечения.

**Краткий эпикриз.** Е. Д., 42 лет, повторнородящая, поступила 15/V 1951 г. по поводу начавшегося кровотечения. Беременность 40 недель. Ввиду повторившегося кровотечения, установленного центрального предлежания плаценты рожениц произведено кесарево сечение.

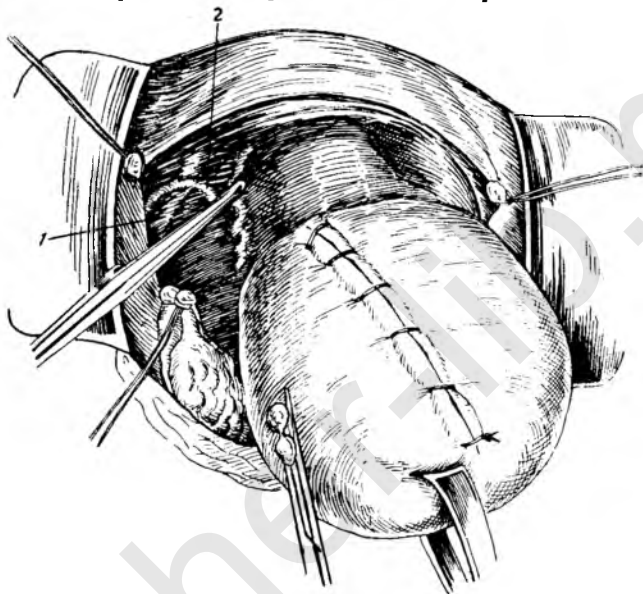


Рис. 71. Полное удаление матки. Зажим-кохер наложен на маточную артерию у места ее деления на восходящую и нисходящую ветви.  
1—мочеточник; 2—маточная артерия.

Плаценту отделить рукой не удалось; оказалось истмическое предлежание с частичным очень глубоким вращением ворсин в стенку нижнего сегмента матки. Произведено полное удаление матки. Гистологическое исследование удаленной матки показало, что ворсины хориона проросли мышечную стенку перешейки матки, местами до серозного покрова. Послеоперационный период — на второй день температура до 38°; в дальнейшем без осложнений. Выписана на 16-й день в хорошем состоянии.

### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ, ПЕРФОРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА**

К. Л., 40 лет, повторнбеременная, доставлена в клинику 5/V 1950 г. в 18 часов по поводу болей в животе и общей слабости.

Имела 7 беременностей, закончившихся нормальными родами. Последняя нормальная менструация с I/VIII по 3/VIII 1949 г. Под наблюдением женской консуль-

тации со второй половины беременности. Беременность протекала нормально. Лишь за 2 недели до поступления в клинику у беременной появились отеки голеней и белок в моче; от предложенной госпитализации беременная отказалась.

В день поступления в клинику, вопреки совету врача консультации соблюдать покой, беременная стирала белье; во время стирки белья в 12 часов внезапно почувствовала резкую боль в животе, а затем появилось головокружение и слабость. Больная легла в кровать и ей стало лучше. Однако не прекращавшаяся боль в животе заставила вызвать врача скорой помощи.

Больная доставлена в смотровую родильного отделения клиники на носилках. Родовые схватки отсутствуют. Лежать ей трудно: задыхается, пытается сесть; просит пить.

Обращает внимание бледность лица и слизистой губ. Отек голеней и стоп. Температура  $35,7^{\circ}$ , пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения; артериальное давление 100/70 мм. Живот большой, окружность 103 см. Матка шарообразной формы, твердая, не размягчается; из-за твердости маточной стенки части плода не прощупываются. При перкуссии живота определяется тупость, а в отлогих его частях — тимпанический звук. Сердцебиение плода не прослушивается. Кровотечения из влагалища нет.

Размеры таза нормальные.

Едва ли можно сомневаться в том, что у беременной возник какой-то острый процесс в брюшной полости.

*Что случилось с беременной?*

*В каком органе брюшной полости развился острый процесс?*

*Не являются ли возникшие боли признаком наступления родов?*

В таких случаях прежде всего нужно думать об осложнениях со стороны беременной матки.

При постановке диагноза заболевания у нашей больной мы действительно можем предположить, что катастрофа разразилась в беременной матке. В клинической картине заболевания преобладают симптомы анемии: головокружение, слабость с начала заболевания, затруднение дыхания, жажда, низкая температура тела, бледность кожи и слизистой губ, учащенный и малый пульс, снижение артериального давления. Заболевание развилось остро.

*С каким осложнением беременности может быть связано подобное состояние женщины?*

1. Предлежание плаценты.

2. Разрыв тела матки.

3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

У наблюдаемой нами беременной есть основания предположить одно из этих тяжелых осложнений. Все они возникают в беременной матке, сопровождаются анемией и встречаются во второй половине беременности или в родах.

*Какое же из этих трех осложнений имеет место у нашей больной?*

Данные анамнеза и объективного исследования говорят о том, что у больной беременность приближалась к концу. Не исключена возможность, что начались роды. Для окончательного выяснения этого вопроса необходимо влагалищное исследование.

В 18 часов 10 минут произведено влагалищное исследование: влагалищная часть шейки матки сглажена, зев открыт на  $3\frac{1}{2}$ —4 пальца, края зева тонкие, податливые. в зеве резко напряженный плодный пузырь, предлежит головка малым сегментом во входе таза, кровянистых выделений нет. Мыс не достигается.

Влагалищное исследование показывает, что у женщины начались роды, причем она доставлена уже в конце первого периода родов, хотя схваток и не ощущает.

Проводя дифференциальный диагноз между предположенными в нашем случае осложнениями (предлежание плаценты, разрыв тела матки и преждевременная отслойка нормально расположенного детского места), можно отметить, что основным симптомом в картине наблюдаемого заболевания

у роженицы является анемия, свидетельствующая об имеющемся у нее кровотечении.

При предлежании плаценты обычно кровоточит прилежащая к внутреннему зеву стенка матки в месте отслойки плаценты, и кровь через шейку матки и влагалище вытекает наружу. Наружное кровотечение из половых путей является обычно первым и основным признаком отслойки предлежащей плаценты; к этому уже затем присоединяются симптомы анемии.

Заболевание у нашей больной началось с симптомов анемии без наружного кровотечения, а при влагалищном исследовании плацента в открытом зеве не обнаружена. Это дает нам полное основание отвергнуть у роженицы предлежание плаценты. Против этого диагноза говорят также боли в животе и напряженность маточной стенки, чего обычно не бывает при предлежании плаценты.

*Что имеется у данной роженицы: наступивший разрыв тела матки или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты?*

При этих осложнениях кровотечение возникает из участков маточной стенки, отдаленных от внутреннего зева шейки матки; при этом имеется внутреннее кровотечение. Наружное кровотечение, если и встречается, то оно обычно незначительное и не соответствует тяжести анемии и состоянию больной.

У данной роженицы при наличии резкой анемии нет наружного кровотечения из влагалища.

*Где же скапливается вытекающая кровь?*

При разрыве тела матки кровь обычно изливается в брюшную полость и при значительном кровотечении может быть обнаружена перкуторно как свободная жидкость. При перкуссии брюшной стенки в положении больной на спине мы обнаруживаем в отлогих боковых частях живота тупость, которая исчезает при перемене положения больной на бок. Однако не всегда перкуссия позволяет уверенно определить свободную жидкость или кровь в брюшной полости, равно как и не всегда при разрыве матки в брюшной полости оказывается много крови. Для установления разрыва матки мы располагаем рядом других характерных признаков (стр. 251).

При обследовании роженицы признаков разрыва матки обнаружено не было. Определяется большая шарообразная твердая матка; части плода не пальпируются, при перкуссии живота в отлогих местах определяется тимпанический звук. На основании этих данных с большой долей вероятности мы можем отвергнуть диагноз наступившего разрыва тела матки.

Остается последний предположительный диагноз — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. При этом осложнении имеет место кровотечение из сосудов плацентарной площадки в месте отслойки нормально расположенной плаценты (верхний сегмент, дно матки), кровь скапливается между отслоившейся плацентой и стенкой матки (рис. 72) и при значительной гематоме может появиться выбухание стенки матки наружу в области расположения плаценты. Возникающая при этом неправильная конфигурация матки также является одним из признаков преждевременной отслойки плаценты.

Внутриматочное кровотечение увеличивает объем содержимого маточной полости и повышает давление внутри матки. В связи с этим по мере усиления кровотечения стенки матки растягиваются и напрягаются, увеличивается и напряжение плодного пузыря. Отслойка значительной части плаценты ведет к асфиксии и смерти плода. Типичные родовые схватки при этом могут отсутствовать. Все эти характерные признаки преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты имеются у данной больной.

Итак, диагноз установлен: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Это осложнение встречается довольно редко (0,12—0,18%). Г. Г. Гентер на 568 736 родов обнаружил его в 0,12%. Чаще преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты бывает у повторнорожавших и особенно у многорожавших; к последним относится и наблюдаемая нами больная (7 родов). Преждевременная отслойка чаще имеет место в первом периоде родов, как и у данной роженицы; реже — до начала родовой деятельности и очень редко — в периоде изгнания плода.

*Какова этиология и патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?*

Они еще недостаточно выяснены и, по-видимому, разнообразны. Среди этиологических факторов отмечают такие заболевания, как эндометрит, нефрит, токсикозы беременности (нефропатия, эклампсия), пороки сердца и др. Большое значение раньше приписывали механическим влияниям: прямые (удар) и косвенные (физическая работа, кашель, рвота, чиханье, дефекация) травмы матки, быстрое опорожнение матки при многоводии и многоплодии, короткость пуповины, изгнание плода при неразорвавшемся плодном пузыре. В настоящее время роль механических влияний в этиологии указанного осложнения оспаривается и признается крайне ограниченной.

Есть основания полагать, что в происхождении преждевременной отслойки плаценты чаще и прежде всего повинны предрасполагающие к отслойке изменения, уменьшающие прочность связи плаценты со стенкой матки. Механическое воздействие при наличии такого предрасположения является лишь толчком к отслойке и само по себе без предрасполагающих факторов обычно отслойки плаценты не вызывает. К предрасполагающим изменениям относятся те, которые сопутствуют указанным выше заболеваниям. При этих заболеваниях обнаруживаются изменения, уменьшающие прочность прикрепления плаценты; сюда относятся кровоизлияния, тромбозы, инфаркты и некрозы в плацентарной площадке стенки матки и в самой плаценте.

Эти изменения, равно как и отслойку плаценты, по мнению ряда акушеров (Г. Г. Гентер, В. А. Покровский), нельзя рассматривать только как местный процесс. В большинстве случаев они оказываются проявлением заболевания всего организма, часто токсикоза беременности. Об этом говорят, с одной стороны, чаще встречающаяся преждевременная отслойка плаценты при токсикозах беременности, а с другой, — указания на то, что при поздних токсикозах наблюдаются поражения сосудистой системы, ведущие к кровоизлияниям и тромбозам (Г. М. Салганник).

Преждевременную отслойку плаценты у рассматриваемой нами больной можно представить так: токсикоз беременности, который имел у нее место, привел к изменениям в стенке матки и в плаценте, способствовавшим значительному ослаблению связи плаценты с маткой. Физическое напряжение при этом во время стирки белья и механическое давление на бере-

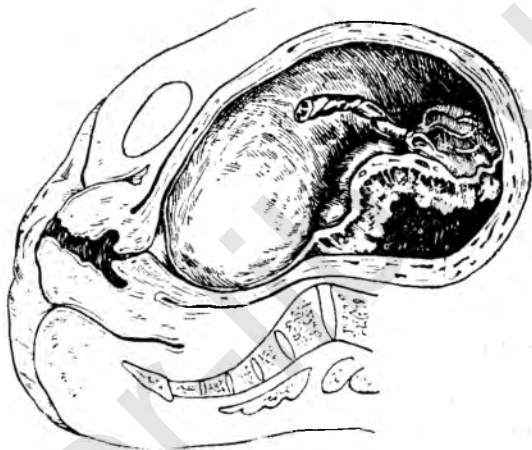


Рис. 72. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Обширная позади-плацентарная гематома.

менную матку могли привести к отслойке непрочно прикрепленной плаценты.

Клиническая картина преждевременной отслойки плаценты обычно разворачивается быстро и зависит от скорости и размера отслойки, а также от степени кровотечения. Чем скорее и на большем протяжении отслаивается плацента и чем сильнее при этом кровотечение, тем ярче клиническая картина: анемия нарастает, объем матки и напряжение ее стенок увеличиваются, части плода не прощупываются, сердцебиение плода не прослушивается. Особенно типичным и постоянным при этом является непрерывное напряжение матки; последняя иногда становится плотной, как дерево. При медленной частичной отслойке с небольшим кровотечением эти признаки менее выражены и выявляются лишь в процессе наблюдения за больной.

*С момента поступления больной прошло уже 15 минут. Посмотрим, какие изменения произошли за это время в клинической картине?*

18 часов 15 минут — состояние больной по-прежнему тяжелое. Кожа и слизистые бледны, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения; артериальное давление 90/70 мм; окружность живота 105 см; матка плотна, как дерево; наружного кровотечения нет.

За 15 минут пребывания в клинике пульс у больной стал еще чаще, максимальное артериальное давление понизилось, окружность живота увеличилась.

*На что указывают эти изменения?*

Данные изменения указывают на продолжающееся внутриматочное кровотечение и еще больше подтверждают установленный нами диагноз.

Итак, в клинику доставлена роженица с тяжелым осложнением, грозным как для нее, так и для плода. Это осложнение в связи с увеличением отслойки плаценты и увеличением кровотечения всегда угрожает жизни матери и плода: первой — от анемии, второму — от асфиксии. В недавнем прошлом смертность матерей при этом осложнении беременности и родов достигала 20%, а смертность плодов — 60—80% (К. К. Скробанский).

Опасность этого осложнения ясно демонстрирует и наблюдаемый нами случай: состояние матери ухудшается вследствие нарастания кровотечения, а плод уже погиб (сердцебиение не прослушивается). Попутно заметим, что наиболее чувствительным объективным показателем реакции на кровопотерю является максимальное артериальное давление, которое следует в таких случаях измерять повторно. По В. А. Покровскому (стр. 223), падение максимального артериального давления ниже 100 мм указывает на наступившее нарушение в гемодинамике, до 90—70 мм — на острую анемию, ниже 60 мм — на тяжелый коллапс. В последнее время Н. П. Лебедев (стр. 150) предложил определять степень кровопотери по удельному весу крови, сыворотки и плазмы (проба с растворами медного купороса).

У данной больной максимальное артериальное давление понизилось до 90 мм; налицо прогрессирующая острая анемия.

*Что же предпринять?*

1. Начать борьбу с анемией.
2. Остановить внутриматочное кровотечение.

Едва ли кто-нибудь из современных акушеров, видя прогрессирующее обескровливание роженицы, не начнет бороться с анемией. Вместе с тем не следует забывать, что эта борьба достигнет своей цели только тогда, когда будет остановлено кровотечение. Поэтому правильно и второе предложение — остановить кровотечение.

Следует отметить, что борьбу с анемией и внутриматочным кровотечением нужно осуществлять сейчас же и притом одновременно. Для борьбы с анемией следует применять переливание крови или кровезаменяющих жидкостей или плазмы. Одновременно рекомендуется вдыхание кисло-

рода. Если эти меры не дают эффекта или появляются симптомы агонии, показано внутриаптериальное нагнетание крови, а при остановке дыхания — искусственное дыхание.

В 18 часов 15 минут больной внутривенно перелито 500 мл крови и начата оксигенотерапия. Состояние больной улучшилось: выровнялось дыхание, максимальное артериальное давление достигло 100 мм; пульс 110 ударов в минуту.

Помимо проведенных мероприятий, необходимо срочно остановить внутриматочное кровотечение, вызванное преждевременной отслойкой плаценты.

*Как остановить внутриматочное кровотечение?*

Прекратить кровотечение можно только путем быстрого опорожнения матки, т. е. родоразрешением.

*Какой избрать путь для родоразрешения?*

1. Брюшно-стеночное кесарево сечение.
2. Родоразрешение через естественные родовые пути.

Нет осложнения родов, — пишет Г. Г. Гентер, — требующего при лечении большей индивидуализации, чем преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. При этом осложнении предложены и проделаны все акушерские операции: от разрыва плодного пузыря до кесарева сечения и полного удаления матки.

Большинство акушеров признает, что при данном осложнении следует применять операции, которые обеспечивают быстрейшее родоразрешение и менее опасны для жизни матери и плода. Выбор такой операции зависит от наличия условий, позволяющих ее выполнить.

*Какие же это условия?*

Решающими условиями являются: степень открытия маточного зева, наличие живого или мертвого плода, тяжесть анемии и обстановка, в которой приходится оказывать помощь.

Основные установки в выборе способа родоразрешения следующие:

1. При отслойке плаценты во время беременности и в периоде раскрытия шейки до 2 пальцев, живом и мертвом плоде, при выраженной анемии и наличии операционной лучше всего опорожнить матку путем брюшно-стеночного кесарева сечения.

2. При раскрытии зева свыше 2 пальцев у повторнородящих можно поступать двояко: а) при живом плоде, резком обескровливании и наличии операционной в интересах плода и матери сделать кесарево сечение; б) при живом или мертвом плоде, нерезкой анемии и отсутствии операционной произвести родоразрешение (как вынужденное) влагалитсным путем. Возможность быстрого родоразрешения влагалитсным путем при открытии зева свыше 2 пальцев рассчитана на то, что у повторнородящих, у которых чаще наблюдается преждевременная отслойка, пальцевым расширением может быть сравнительно легко достигнуто полное раскрытие зева. Только при этом условии допустимо родоразрешение влагалитсным путем.

3. В периоде изгнания обычно производится родоразрешение влагалитсным путем.

4. При незначительной отслойке и кровотечении, не отражающемся на состоянии матери и плода, роды следует вести выжидательно.

*Какой же метод мы изберем для родоразрешения данной больной?*

Для родоразрешения больной, имеющей открытие зева шейки матки, близкое к полному, податливые тонкие края зева и мертвый плод, показано не кесарево сечение, а более бережное вмешательство — влагалитсный путь опорожнения матки путем перфорации подлежащей головке мертвого плода (рис. 73 и 74) с последующим извлечением его (perforatio et cranioclasia foetus mortui, kleidotomia).

В 18 часов 15 минут во время переливания крови предпринято влагалищное родоразрешение под местной анестезией промежности 2% раствором новокаина. При влагалищном исследовании найдено открытие зева на 4 пальца, напряженный плодный пузырь, а за ним неподвижная головка. Произведен разрыв пузыря. Головка несколько опустилась во вход таза. Под контролем влагалищных зеркал произведена перфорация головки перфоратором Феноменова (см. рис. 73). Можно было произвести перфорацию также перфоратором Бло (см. рис. 74). Эксперебрация (рис. 75 и 76), краниоклазия (рис. 77), клейдотомия (рис. 78 и 79) и в 18 часов 25 минут извлечена девочка весом 3000 г (без мозга).

При перфорации высокостоящей головки во избежание соскальзывания инструмента необходимо, чтобы помощник снаружи фиксировал головку, а врач, производящий плодоразрушающую операцию, рукоятку пер-

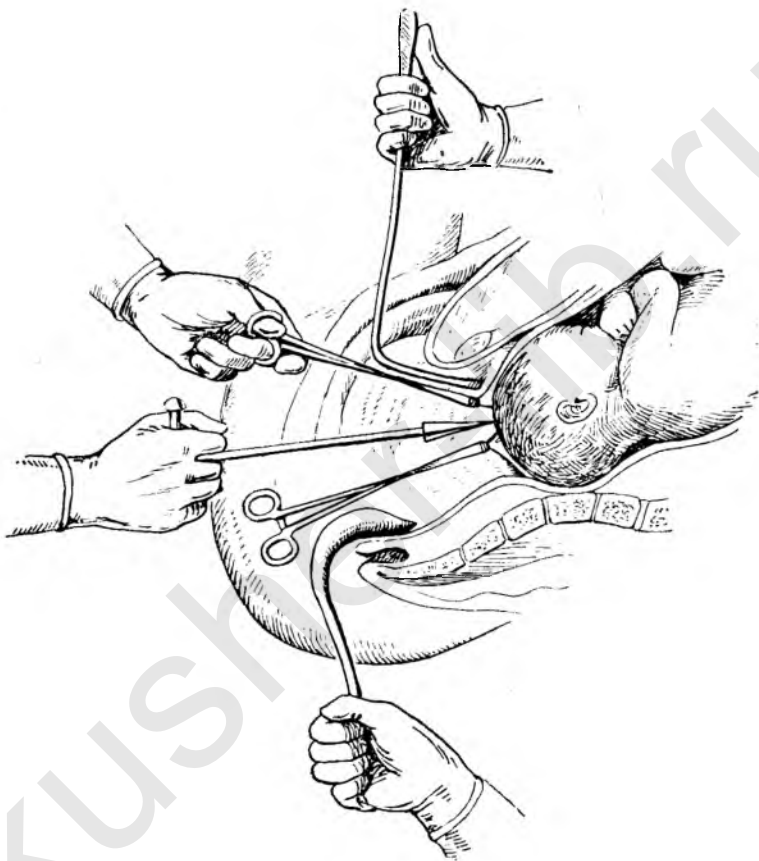


Рис. 73. Перфорация головки перфоратором Феноменова.

форатора должен сместить резко кзади и врезаться в кость вращением вправо и влево рукоятки перфоратора. В случае затруднения при наложении краниокласта мы рекомендуем извлекать головку двумя мощными цапками, наложенными на костные края отверстия в черепе.

После извлечения плода при произвольном потуживании роженицы был изгнан из матки преждевременно отслоившийся послед, а за ним большой сгусток ретроплацентарной гематомы. Матка сократилась, кровотечения из половых путей нет. Состояние больной улучшилось: пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения; максимальное артериальное давление 100 мм.

Итак, ближайший исход родов для матери оказался благоприятным. Однако борьба за жизнь больной еще не закончена. Преждевременная



отслойка плаценты нередко осложняется ранним послеродовым атоническим кровотечением. Мы должны принять все меры для того, чтобы предупредить такое кровотечение: массаж матки, введение эрготина, питуитрина, лед на живот. Вместе с тем путем измерения артериального давления необходимо следить за состоянием роженицы и продолжать борьбу с анемией.

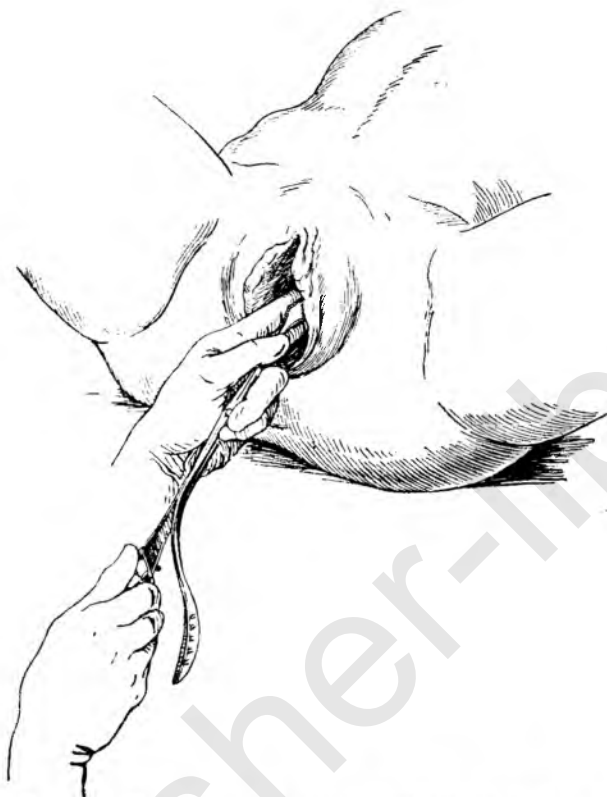


Рис. 74. Перфорация головки перфоратором Бло.

После рождения плаценты шейка матки тут же была осмотрена с помощью зеркала, в толщу шейки введено 2 мл эрготина, снаружи применен массаж матки, положен лед на живот для лучшего сокращения матки.

В связи с обильной кровопотерей роженице введено под кожу 500 мл физиологического раствора и назначено обильное мелкими порциями питье с небольшим количеством портвейна.

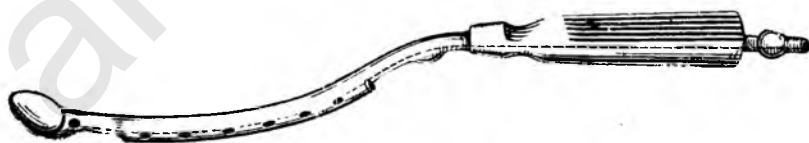


Рис. 75. Ложка-катетер (эксцеребратор) Агафонова.

Состояние роженицы продолжало улучшаться. Она уснула. Матка оставалась сокращенной, кровотечения не было. Через 3 часа после родов роженица переведена в послеродовую палату. Однако мы не прекращали следить за пульсом, артериальным давлением и кровотечением, ежедневно исследовали кровь, назначали антибиотики и обильное питье.

Послеродовой период у больной протекал благополучно, и на 10-й день она была выписана домой.

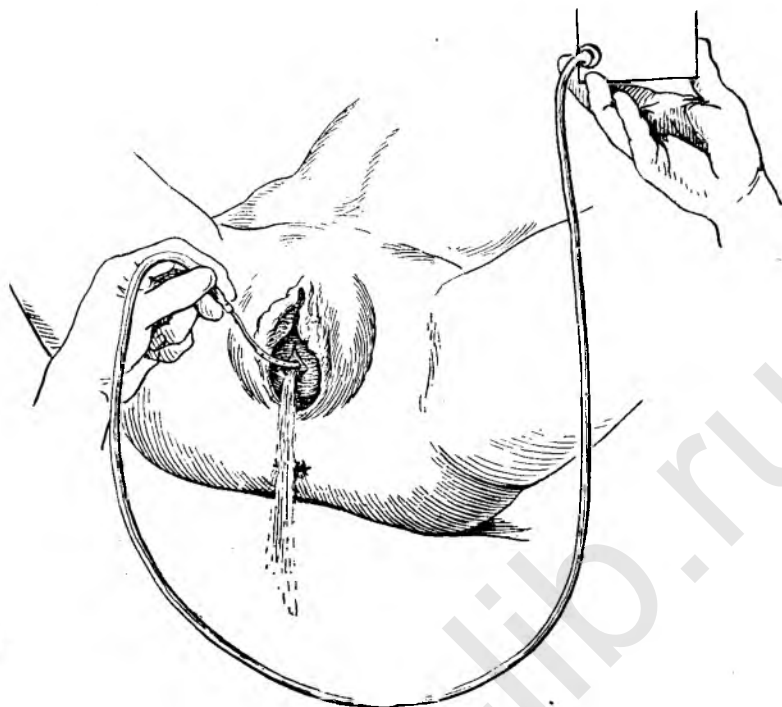


Рис. 76. Эксцеребрация путем промывания черепа с помощью ложки-катетера.

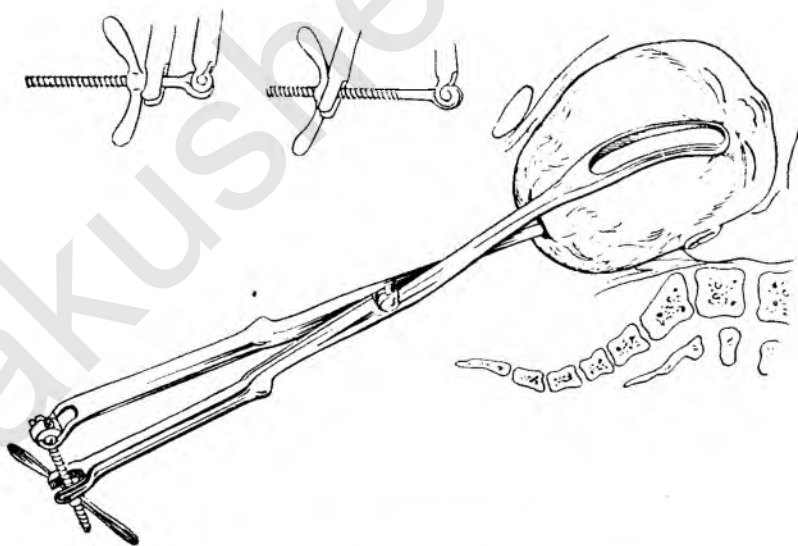


Рис. 77. Правильно наложенный краниокласт.

**Краткий эпикриз.** К. Л., 40 лет, многорожавшая, поступила в первом периоде родов с признаками внутреннего кровотечения на почве преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Страдала нефропатией.

Женская консультация не приняла всех мер для своевременного помещения беременной в стационар до родов. Физическое напряжение при стирке белья послужило толчком к отслойке плаценты. Больная через 6 часов от начала заболевания доставлена в клинику. Картина заболевания типична для этого осложнения — больная резко обескровлена, плод погиб. Произведено переливание крови и быстрое родоразрешение путем перфорации головки плода и последующего извлечения его. Послед изгнан целиком



Рис. 78. Ножницы Зибольда для клейдотомии.

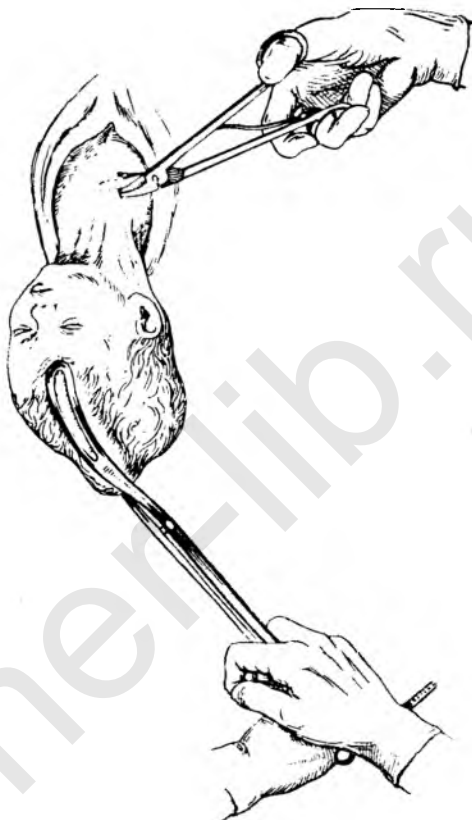


Рис. 79. Клейдотомия и последующее направление тракций за краниокласт.

при потуге роженицы. Приняты меры для предупреждения послеродового атонического кровотечения и анемии. Исход родов для матери благоприятный.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

### БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Н. О., 35 лет, повторнородящая, доставлена в клинику на носилках из ближайшей женской консультации 3/X 1953 г. в 12 часов. В прошлом имела 4 нормальных родов и 2 самопроизвольных выкидыша. Последняя менструация со 2/II по 4/II 1953 г. Под наблюдением женской консультации находилась с первых недель беременности и аккуратно ее посещала.

На III месяце беременности были явления начинающегося выкидыша, по поводу чего лежала 2 недели в стационаре. На VIII месяце беременности обнаружено попереч-

ное положение плода. В 35 недель беременности в консультации врачом была предпринята попытка произвести наружный поворот плода на головку. Так как положение плода не удалось изменить, врач применил большую силу при очередном надавливании рукой на головной и тазовый конец плода. Женщина сначала пожаловалась на острую боль в области матки, а затем наступило обморочное состояние и она побледнела. Наружного кровотечения нет. С подозрением на серьезное осложнение, без установленного диагноза, беременная была доставлена в родильное отделение клиники.

*Какое осложнение возникло у беременной и чем оно вызвано?*

1. Можно предполагать преждевременную отслойку плаценты.
2. Возможен разрыв матки.

Конечно, на основании одних лишь указанных выше данных трудно поставить точный диагноз. Однако эти данные позволяют высказать некоторые диагностические предположения.

Из анамнеза видно, что осложнение случилось у повторнوبرеменной женщины, имевшей в прошлом два самопроизвольных выкидыша. Кроме того, при данной беременности также отмечался начинающийся выкидыш. Очевидно, у беременной существует предрасположение к отслойке плодного яйца. При таком предрасположении отслойка яйца может произойти не только в ранние сроки беременности, но и в поздние.

Важен и другой анамнестический факт, что осложнение наступило в связи с механическим воздействием — надавливанием руками на матку при попытках произвести наружный поворот плода.

Следовательно, логично предположить, что давление на беременную матку у женщины, предрасположенной к выкидышу, могло явиться толчком к отслойке плаценты. Появившаяся внезапно боль, а также обморочное состояние и бледность несколько не противоречат этому предположению, а скорее подтверждают его.

При грубом давлении руками на беременную матку может произойти и разрыв ее. Но к этому осложнению предрасполагают обычно несколько иные изменения, чем к отслойке плаценты. К разрыву матки могут предрасполагать: наличие рубцовых изменений в маточной стенке после перфораций ее на месте зашитых разрывов, на месте разреза при бывшем кесаревом сечении, при вылущении миоматозных узлов. В приведенном анамнезе нет указаний на подобные изменения.

Не исключая окончательно возможности разрыва матки, мы имеем основание предположить, что у наблюдаемой нами беременной произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Теперь, когда беременная доставлена в стационар, уже нельзя ограничиться указанными выше диагностическими предположениями. Необходимо точный диагноз, для чего нужно произвести подробное обследование беременной.

В 12 часов 10 минут беременная жалуется на постоянные тянущие боли в области матки. Слизистые губ и кожи лица бледны. Температура 36,5°; пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения; артериальное давление 100/60 мм. Окружность живота 100 см. Размеры таза нормальные. При перкуссии в толгих частях живота тимпанический звук. Матка ясно контурируется, округлая, стенки ее напряжены. Части плода не прощупываются. Сердцебиение плода замедленное, 100 ударов в минуту, слева на уровне пупка. На наружных половых органах незначительные кровянистые выделения.

Полученные объективные данные типичны для частичной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Однако обнаруженное при исследовании наружное кровотечение может быть связано и с предлежанием плаценты, что также надо исключить.

Наружное кровотечение из половых путей во второй половине беременности типично для предлежания плаценты. Иногда оно встречается и при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Это бывает и в тех случаях, когда ретроплацентарная гематома отслаивает

края плаценты и распространяется за плодными оболочками в сторону внутреннего зева матки (рис. 80). Если же отслоился только центр плаценты и возникшая при этом ретроплацентарная гематома не отслаивает краев плаценты, то наружного кровотока не бывает (см. рис. 72).

*Как исключить предлежание плаценты?*

Для этого необходимо влагалищное исследование.

В 12 часов 15 минут — пульс 120 ударов в минуту, малый; максимальное артериальное давление 85 мм. Окружность живота 102 см. Сердцебиение плода глухое, 100 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: на наружных половых органах кровянистые выделения; во влагалище небольшие сгустки крови; шейка матки сохранена; канал шейки матки пропускает указательный палец; конец пальца прощупывает за внутренним зевом гладкий, напряженный плодный пузырь; плацента не определяется; предлежащая часть и мыс не достигаются.

Данные влагалищного исследования исключают предлежание плаценты. Вместе с тем это исследование наряду с повторным наружным выявило ряд новых признаков, встречающихся при преждевременной отслойке плаценты. Сюда относятся: стойкое замедление сердцебиения плода, увеличение окружности живота (на 2 см), наружное кровоотечение из половых путей, падение артериального давления и напряжение плодного пузыря.

Стойкое замедление сердцебиения плода (признак асфиксии) объясняется кислородным голоданием плода вследствие отслойки плаценты и анемии у матери. Увеличение живота и напряжение плодного пузыря зависят от повышения внутриматочного давления в результате образовавшейся внутриматочной гематомы. Падение артериального давления обусловлено кровопотерей.

Итак, анамнез, данные объективного обследования не оставляют сомнений в том, что у доставленной в клинику беременной имеется преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при поперечном положении плода и начинающаяся асфиксия последнего. Это осложнение в акушерской литературе называют различно: преждевременное отделение детского места (Г. Г. Гентер), преждевременное отделение нормально расположенного детского места (Г. Г. Гентер), преждевременная отслойка плаценты, сидящей на нормальном месте (В. С. Груздев), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (К. К. Скробанский), маточно-плацентарная апоплексия (В. А. Покровский). Наиболее правильным из этих названий мы считаем «преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты» (детского места).

Этиология данного осложнения изложена на стр. 179, где указывается, что отслойка плаценты обычно обуславливается факторами, предрасполагающими (заболевания матери), уменьшающими прочность прикрепления плаценты к маточной стенке, и механическими факторами, являющимися толчком к отслойке. У данной беременной также имеются оба эти фактора. С одной стороны, предрасположение к отслойке плодного яйца, а с другой, — механическое воздействие (воздействие рук врача, производившего наружный поворот при поперечном положении плода).



Рис. 80. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Отслойка с края.

*Правильно ли было ведение беременной врачом женской консультации?*

Что касается ведения больной врачом женской консультации, то до момента применения наружного поворота оно было правильным: беременная своевременно взята под наблюдение, регулярно обследовалась в консультации, своевременно были приняты меры к сохранению беременности при начавшемся выкидыше, своевременно было установлено поперечное положение плода. Правильно поступил врач и тогда, когда, подозревая тяжелое осложнение во время наружного поворота, бережно транспортировал больную в родильное отделение.

Следует отметить, что больным с преждевременной отслойкой плаценты помощь должна оказываться на месте, и только в случае невозможности этого допустима бережная транспортировка на недалеком расстоянии.

Но никак нельзя признать правильным применение наружного профилактического поворота у беременной с предрасположением к отслойке плодного яйца, прерыванию беременности (см. историю болезни), да к тому же еще врач производил это амбулаторно, в женской консультации, а не в стационаре. Недопустимо и то, что врач, применяя чрезмерную силу, стремился исправить неправильное положение плода. Врачу должно быть известно, что наружный поворот плода допустим, когда нет к нему противопоказаний. Это вмешательство, помимо всего прочего, можно производить, когда отсутствуют кровотечения во время данной беременности и в анамнезе нет указаний на самопроизвольные выкидыши. Не удивительно, что неправильные действия врача вызвали у беременной такое серьезное осложнение.

Итак, доставлена беременная с тяжелой патологией, опасной как для матери, так и для плода. Состояние беременной тяжелое, анемия прогрессирует: бледность кожных покровов тела, частый и малый пульс, падение артериального давления, продолжающееся внутриматочное кровотечение. К внутреннему кровотечению присоединилось наружное. Тревожит и состояние внутриутробного плода: он находится в состоянии асфиксии. Промедление в оказании помощи грозит гибелью матери и плоду.

*Какие срочные меры должны быть предприняты?*

Немедленно приступить к борьбе с анемией и кровотечением у беременной и с асфиксией—у плода.

В предыдущем «случае» (стр. 178) указывалось, что единственным эффективным методом является быстрое родоразрешение. Родоразрешение в таких случаях ведет к остановке кровотечения из матки, вследствие чего устраняется и нарастание анемии. Вместе с тем быстрое родоразрешение позволяет извлечь плод живым или в таком состоянии, когда в ряде случаев возможно еще его оживление.

*Какой избрать метод родоразрешения для данной беременной?*

В зависимости от имеющихся условий можно применять следующие операции: при предлежании тазовым концом—экстракцию плода за тазовый конец; при головном предлежании—наложение акушерских щипцов, а в необходимых случаях плодоразрушающие операции и брюшностеночное кесарево сечение. К выполнению одной из этих операций мы и должны приступить немедленно.

Какую бы операцию мы ни избрали, каждая из них, помимо условий для ее выполнения, требует некоторого времени для подготовки. Это время в среднем колеблется от 15 до 30 минут. Между тем беременная и плод находятся в угрожающем состоянии: первой грозит гибель от анемии, а второму—от асфиксии. Они могут погибнуть до того, как будет произведено родоразрешение.

Поэтому наряду с подготовкой и осуществлением быстрого родоразрешения необходимы неотложные меры борьбы с анемией у беременной и с внутриутробной асфиксией плода. Против анемии применимо перелива-

ние крови, плазмы или кровезаменяющих жидкостей, а против асфиксии у плода—профилактический метод Хмелевского—Николаева. Особенно важна в таких случаях оксигенотерапия. Борьба с острой анемией у беременной и с внутриутробной асфиксией плода должна вестись под контролем повторного измерения артериального давления у беременной и частых (через 5 минут) выслушиваний сердцебиения плода.

В 12 часов 15 минут — внутривенное переливание одногруппной крови в количестве 500 мл; одновременно вдыхание кислорода по 10 минут через каждые 5 минут; внутривенное введение 40 мл 40% стерильного раствора глюкозы с добавлением 1 мл 10% раствора кардиазола (коразола) и 0,3 г аскорбиновой кислоты.

После применения этих средств сердцебиение плода улучшилось —110—120 ударов в минуту, ритмичное.

Остается приступить к родоразрешению, к опорожнению матки.

*Какой избрать способ родоразрешения?*

1. Расширение зева и поворот на ножку с последующим извлечением плода.

2. Брюшностеночное кесарево сечение.

3. Влагалищное кесарево сечение.

4. Разрыв плодного пузыря.

*Какую из указанных родоразрешающих операций можно произвести у данной беременной?*

Выбор операции (стр. 181) зависит от наличия условий в данный момент, к которым относятся: степень открытия маточного зева, положение плода, состояние плода (живой или мертвый), положение предлежащей части плода, тяжесть анемии и наличие операционной.

*Что мы имеем у наблюдаемой нами беременной?*

Зев закрыт, плод лежит поперечно и ему угрожает асфиксия, у роженицы острая анемия.

Рассмотрим предложенные мероприятия. Начнем с последнего. Разрыв плодного пузыря — не родоразрешающая операция, а подготовительная к родоразрешению.

*Почему же возникло это предложение? Имеет ли оно какое-нибудь отношение к данной патологии?*

Да, имеет. В свое время эта операция была предложена для лечения преждевременной отслойки плаценты и вызвала много споров. Одни акушеры [А. Я. Крассовский, М. С. Малиновский, К. К. Скробанский, Морисо (Maugisseau) и др.] рекомендовали в таких случаях разрыв плодного пузыря, другие [Боделок (Baudelocque)] считали его опасным. Теперь это предложение и споры потеряли свою остроту. Едва ли кто-нибудь из современных акушеров при таком грозном осложнении, как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, и при такой тяжелой клинической картине, как у нашей беременной, решился бы разорвать плодный пузырь при закрытом или мало открытом зеве и спокойно стал выжидать. Перед нами стоит задача произвести быстрое родоразрешение. Разрыв плодного пузыря если и можно осуществлять при таком осложнении, то не как самостоятельную операцию, а как подготовительную к быстрому влагалищному родоразрешению при наличии достаточного открытия зева.

Более обоснованным является предложение расширить зев, повернуть плод на ножку и извлечь его. Расширить зев можно пальцами одной руки (по В. В. Строганову) или метрейринтером. Однако это предложение в какой-то степени оправдывается при открытии зева больше чем на 2 пальца, при податливых краях его и при мертвом плоде. При зеве же, открытом меньше чем на 2 пальца и живом плоде, как в нашем случае, оно, во-первых, не всегда осуществимо—зев может не поддаться быстрому расширению: во-вторых, небезопасно, так как давление на матку при повороте может

усилить отслойку плаценты, кровотечение и асфиксию плода, а при извлечении за ножку плод может погибнуть.

Следует отметить, впрочем, что у многорожавших пальцевое расширение шейки производится иногда легко, однако заранее определить это невозможно.

Родоразрешение при преждевременной отслойке плаценты с помощью влагалищного кесарева сечения, после некоторого увлечения им в прошлом, теперь почти никем не применяется. Технически эта операция более сложна и менее благоприятна для плода, чем абдоминальное кесарево сечение.

Остается, таким образом, последнее предложение—брюшностеночное кесарево сечение. Этот способ родоразрешения в нашем случае в условиях клиники наиболее целесообразен. В самом деле, при закрытом зеве и поперечном положении плода только такой операцией можно уверенно и быстро опорожнить матку и, возможно, спасти плод, который находится в состоянии асфиксии.

Разумеется, в акушерском отделении должно быть всегда все заблаговременно подготовлено к быстрому производству кесарева сечения. В родильном доме, по современным требованиям, нужно иметь наготове не только стерильный материал, но и стерильные щипцы и инструменты или по крайней мере полностью готовый для стерилизации набор инструментов, необходимый для таких экстренных операций, как зашивание разрыва шейки матки и кесарево сечение. Во избежание промедления следует уже при поступлении беременной или роженицы с наружным или внутренним кровотечением дать акушерке или операционной сестре распоряжение подготовить все необходимое для чревосечения.

Итак, приступим к брюшностеночному кесареву сечению. Мы считаем целесообразным производить эту операцию у остро обескровленной женщины при внутриутробной асфиксии плода под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина на 0,5% растворе хлористого натрия.

*Какой способ брюшностеночного кесарева сечения следует избрать при преждевременной отслойке плаценты?*

Имеются, как известно, различные способы абдоминального кесарева сечения: внебрюшинные и внутрибрюшинные. Современные акушеры обычно применяют только внутрибрюшинные способы. Из них чаще применяется классическое кесарево сечение—продольный разрез передней стенки тела матки и кесарево сечение с разрезом в нижнем сегменте матки. Кесарево сечение с поперечным разрезом дна матки производить не следует. Отечественные акушеры предпочитают кесарево сечение в нижнем сегменте.

При преждевременной отслойке плаценты можно делать и классическое кесарево сечение и кесарево сечение в нижнем сегменте. Однако наилучшим в таких случаях является последнее; оно более выгодно здесь не только по своим преимуществам, но и потому, что при нем легче достигнуть оболочек и проникнуть в полость плодного яйца, чем при разрезе тела матки, где может встретиться ретроплацентарная гематома, затрудняющая доступ к плодным оболочкам.

В 12 часов 20 минут к операции все готово. Больной производят переливание 500 мл крови. Состояние ее улучшилось: пульс 100 ударов в минуту, ясно ошутим; максимальное артериальное давление 100 мм. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, ритмичное. Больная вдыхает кислород. Все наготове для повторного переливания крови и для борьбы с внутриутробной асфиксией плода. Произведено кесарево сечение в нижнем сегменте матки под местной анестезией.

*Sectio caesarea abdominalis.* Разрез передней брюшной стенки от пупка до симфиза после послышной анестезии ее. Обнажение нижнего сегмента, поперечный разрез пузырно-маточной складки брюшины; отсепарованы лоскуты брюшины вверх и вниз с отслойкой мочевого пузыря, продольный разрез нижнего сегмента (рис. 81), разрыв пузыря, захвачены ножки и извлечен плод. Послед выжат из матки наружной



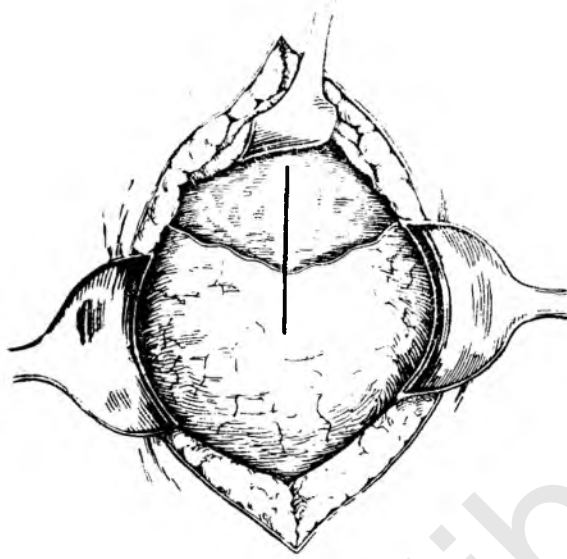


Рис. 81. Перешеечно-шеечное кесарево сечение. Мочевой пузырь отодвинут книзу. Продольный разрез перешейка, слегка удлиненный по телу матки.

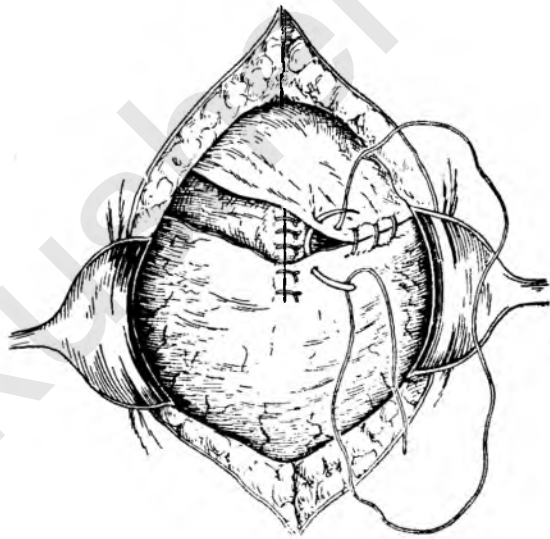


Рис. 82. Перешеечно-шеечное кесарево сечение. Разрез матки зашит отдельными кетгутовыми швами в два этажа. Край пузырно-маточной складки пришивают на свое место непрерывным кетгутовым швом.

рукой акушера, вслед за ним выделился большой темный сгусток крови. Матка сократилась; кровотечения нет. В стенку матки введено по 1 мл эрготина и питуитрина. Разрез матки зашит в два этажа с последующей перитонизацией пузырно-маточной складкой (рис. 82). Брюшная стенка зашита послойно. Операция продолжалась 40 минут. Извлеченная в состоянии асфиксии девочка (вес 2400 г, длина 45 см) быстро оживлена.

После операции состояние больной продолжало еще некоторое время оставаться тяжелым. Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Перелито еще 250 мл крови. Состояние больной стало заметно улучшаться.

Наличие атонии и кровотечения из матки после ее опорожнения (во время самой операции) могут потребовать ампутации тела матки или удаления ее целиком. У данной больной матка после опорожнения хорошо сократилась и кровотечения не было.

Итак, своевременно поставленный диагноз преждевременной отслойки плаценты и правильно оказанная помощь спасли от смерти и мать, и ребенка. Однако оправившаяся от анемии и шока мать может снова оказаться в тяжелом состоянии и даже погибнуть; необходимо продолжать и в послеродовом периоде наблюдение за родильницей: повторное кровотечение, анемия—и вести борьбу с ними.

**Краткий эпикриз.** У беременной Н. О., предрасположенной к прерыванию беременности, было обнаружено поперечное положение плода. В 35 недель беременности врач в консультации предпринял попытку произвести наружный поворот на головку. Во время этого вмешательства произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Больная на носилках была доставлена в клинику в резко обескровленном состоянии. Немедленно применено внутривенное переливание крови, вдыхание кислорода, мероприятия по профилактике асфиксии плода и абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Послеоперационный период прошел без осложнений. Родильница выписана на 14-й день в удовлетворительном состоянии с живым ребенком.

## ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД ОСЛОЖНЕННЫЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Р. П., 28 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение 29/III 1955 г. в 18 часов 20 минут со слабыми схватками, начавшимися 8 часов назад.

Менструации с 15 лет, установились сразу, по 4—5 дней через 28 дней с небольшими болями, необильные. Предыдущие две беременности закончились нормальными родами в срок (в 1951 и 1953 гг.).

Последняя менструация 20/VI 1954 г. Настоящая беременность третья.

Роженица нормального телосложения, удовлетворительного питания; кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Сердце, легкие без заметных отклонений от нормы. Артериальное давление 125/80 мм. Моча нормальная.

Размеры таза: 26, 29, 31, 20 см. Дно матки стоит на 34 см выше симфиза. Положение плода продольное. Мелкие части пальпируются справа. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 132 удара в минуту, ритмичное. Воды целы. В течение последующих 3 часов у родильницы развилась интенсивная родовая деятельность; отмечается нарастающая резкая болезненность схваток.

### *Какой диагноз?*

Срочные роды в головном предлежании плода. Учитывая нарастающую резкую болезненность схваток, необходимо выяснить их причину. Показано влагалищное исследование.

В 21 час 30 минут произведено влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева полное. Прощупывается плодный пузырь, оболочки плотно облегают головку; последняя находится в широкой части полости малого таза; сквозь оболочки определяется стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, большой — справа сзади выше малого; нижняя половина крестцовой впадины свободна.

*Что выяснилось при влагалищном исследовании?*

У роженицы имеется так называемый плоский пузырь.

Установлена до некоторой степени и причина резкой болезненности схваток—задержка продвижения предлежащей головки.

*Что делать?*

Прорвать плодный пузырь. Имеется уже полное открытие наружного зева, и головка стоит в широкой части полости малого таза. Плодный пузырь сейчас задерживает продвижение родов.

21 час 30 минут — разрыв плодного пузыря (*diruptio velamentorum ovi*); плоский пузырь трудно захватить двумя пальцами спереди от головки, небольшое количество передних вод имеется только снизу, но и здесь пальцами разорвать пузырь не удастся. Пришлось прибегнуть к помощи пулевых щипцов (см. рис. 40).

Через 20 минут у роженицы появились потуги, и в 21 час 50 минут родилась девочка весом 3350 г, длиной 50 см.

Начался третий период родов — последовый период.

По частоте и особенно по тяжести осложнений последовый период является чрезвычайно ответственным. С рождением ребенка не заканчиваются роды; большую ошибку допускают те, кто либо совсем не следит за характером течения последового периода, либо торопится с выделением последа и прибегает преждевременно к тем или иным ненужным манипуляциям и приемам. Последние, без учета фазы последового периода, без учета характера его течения, как правило, приводят к осложнениям и прежде всего к патологическому кровотечению.

*Сколько обычно продолжается последовый период?*

Нормально протекающий последовый период длится в среднем менее часа; в течение этого срока происходит отслойка детского места и оболочек от стенок матки и выхождение последа наружу. Однако продолжительность нормального последового периода может колебаться в пределах от нескольких минут до 2 часов.

*Почему несвоевременные попытки выдавить послед ведут часто к патологическому кровотечению и как нужно понимать «несвоевременные»?*

Попытки выдавить послед, если детское место еще не отделилось от стенок матки, могут привести либо к спастическому сокращению матки (рис. 83), либо к частичной отслойке, что неизбежно ведет к патологическому кровотечению вследствие отслоения (или отрыва) части плаценты от стенки матки и сохранения связи со стенкой матки остальной части плаценты. При этом может получиться так, что сократившаяся часть матки на участке неотделившейся плаценты ущемляет последнюю (рис. 84), а на участке отделившейся части плаценты стенка матки не сокращается, сосуды плацентарной площадки зияют и налицо кровотечение, нередко достигающее весьма значительной силы, угрожающее жизни роженицы.

Следует помнить, что матка является своего рода парным органом, образовавшимся (в эмбриогенезе) из слияния двух мюллеровых ходов, и в известной степени она проявляет это свойство и в дальнейшем. Матка способна сокращаться в одной половине, мало или вовсе не сокращаясь в другой. Таким образом, становится понятным, почему механические или другие раздражения, приложенные к какому-либо участку матки, могут вызывать ответное раздражение не всей матки в целом, а одной ее половины и даже одного какого-либо участка. В результате указанного происходит ущемление части плаценты (см. рис. 84).

Это, казалось бы, очевидное, свойство мускулатуры матки акушеры познали после многих десятков лет применения различных насильственных методов выведения последа, стоивших многим тысячам женщин тяжелейших осложнений при родах и в послеродовом периоде.

В истории акушерства эволюция ведения последового периода представляет, пожалуй, одну из самых обширных и интересных глав.

В свое время Сканцони (Scanzoni) рекомендовал сейчас же после рождения ребенка извлекать послед потягиванием за пуповину. Многочисленные осложнения в виде кровотечений, связанные с оставлением на стенках полости матки кусочков оторвавшихся от плаценты долек, заставили спустя много лет отказаться от этого метода.

В дальнейшем Левре (Levet), Смелли (Smellie) и др. советовали не спешить с удалением последа; Боделок считал, что послед нужно удалить лишь после его отделения, установленного путем влагалитического исследования. Извлечение последа производилось потягиванием двумя пальцами либо непосредственно за плаценту, либо за пуповину. Разумеется, и такой прием давал большой процент осложнений в виде кровотечений и тяжелых послеродовых заболеваний.

В 1853 г. Креде (Credé) предложил свой способ выжимания последа — *expressio placentae*. В стремлении к бескровному течению последового периода Креде требовал применения своего способа во всех случаях сейчас же после рождения плода при первой-второй последовой схватке.

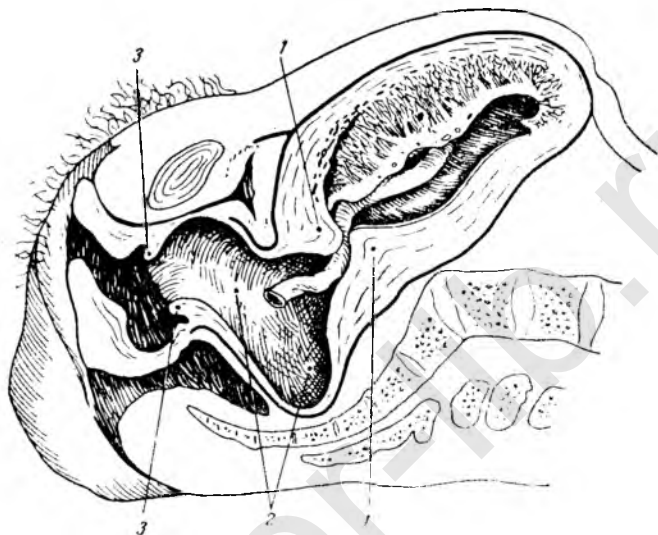


Рис. 83. Спастическое сокращение внутреннего зева с задержкой последа.  
1—внутренний зев (контракционное кольцо); 2—полость шейки;  
3—наружный зев.

Это был новый период в акушерстве — период чрезмерного активизма в ведении последового периода. «По окончании перевязки пуповины, — писал в 70-х годах прошлого столетия И. П. Лазаревич, — следует немедленно приступить к удалению последа». Правда, при этом он указывает и некоторые признаки, характеризующие отслойку плаценты, в частности, после перехода части последа в полость шейки матка выпрямляется и дно ее представляется как бы стоящим выше. Обыкновенно только при этом последнем условии И. П. Лазаревич видел успех от применения старого способа удаления последа потягиванием за пуповину.

Метод Креде, применявшийся во всех случаях сейчас же вслед за рождением плода, привел к неблагоприятным результатам. Такое ведение последового периода приводило к задержанию отдельных долек или кусочков плацентарной ткани на стенках матки или к ущемлению их (см. рис. 84), что осложнялось кровотечением и требовало для ликвидации последнего ручного обследования полости матки. Все это вместе взятое давало очень большой процент тяжелых послеродовых заболеваний и высокую материнскую смертность. На смену методу Креде в том виде, как его рекомендовал автор, явился новый — метод полного невмешательства в течение последового периода. Последовый период, как доказал Альфельд (Ahlfeld), начинается не с активных маточных сокращений, а с паузы.

Чрезмерный активизм Креде и его предшественников сменился столь же «чрезмерным невмешательством» Альфельда с лозунгом: «Руки прочь от матки».

Разумеется, «чрезмерное» у Альфельда в смысле его отрицательного влияния несравнимо с «чрезмерным» у Креде. И все же и этой крайности не следовало придерживаться.

Метод Альфельда надо признать, безусловно, шадящим, который спас миллионы женщин цветущего возраста от тяжелых страданий.

По своему существу последовый период у женщин с имеющимся у них гемохориальным типом плаценты не может быть совершенно бескровным. Отделение плаценты обязательно связано с кровотечением из остающихся открытыми кровеносных сосудов матки на плацентарной площадке, а прекращение этого кровотечения происходит вследствие образования тромбов и физиологического сжатия сосудов сокращениями маточной мускулатуры.

Отделение плаценты происходит в основном не за счет накопления обширной ретроплацентарной гематомы, как считал Альфельд, а благодаря активным маточным сокращениям.

Надо думать, что гематома в известной степени способствует усилению сокращений матки. Но для этого нет необходимости в скоплении большого количества крови между отслаивающейся плацентой и стенкой матки.

В последние годы снова появились предложения сделать последовый период совершенно бескровным или свести кровопотерю в этом периоде до 50 мл, максимум до 100 мл крови. Для этой цели некоторые после рождения плода и в конце периода изгнания стали практиковать немедленную стимуляцию сокращений матки путем подкожного или внутривенного введения питуитрина. Практика показала, что подобная спешка не нужна. При таком ведении очень часто нарушается нормальное течение последового периода: у ряда рожениц либо сразу же появляется более обильное кровотечение, либо вслед за минимальной кровопотерей в момент отслойки плаценты вновь появляется значительное кровотечение вплоть до патологического кровотечения в первые минуты и часы после рождения последа.

Пятый пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР (1954) в своем решении правильно отметил, что искусственное и значительное ускорение третьего периода родов при отсутствии к этому медицинских показаний может быть причиной нарушения тех приспособительных механизмов организма роженицы, нормальное состояние которых определяет физиологичность последового периода. Гемохориальная связь яйца с организмом женщины не дает научных обоснований для понимания бескровного течения последового и послеродового периода. Поэтому та или иная степень кровопотери является спутником совершающейся отслойки плаценты от плацентарной площадки, что сопровождается образованием раневой поверхности с зияющими просветами сосудов.

Метод Альфельда был введен в практику чисто эмпирически. Сейчас, когда мы значительно больше узнали о физиологии последового периода, метод Альфельда оказывается в известной степени и научно обоснованным. Наши представления о физиологии последового периода, об отдельных его фазах позволили внести лишь некоторые изменения в метод Альфельда, сделав его не просто выжидательным, а активно-выжидательным.

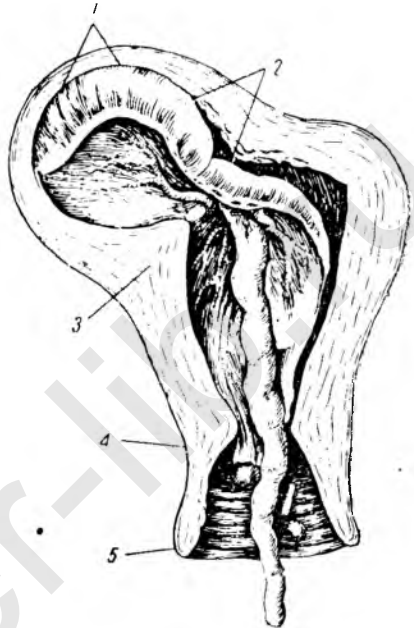


Рис. 84. Ущемление плаценты в трубном углу матки.

1—прикрепленная еще к стенке матки часть плаценты; 2—отделившаяся часть плаценты; 3—контракционный вал; 4—внутренний зев; 5—наружный зев.

*Какие фазы различают в течении последового периода и чем они характеризуются?*

В последовом периоде можно различать три фазы: первая—относительно физиологического покоя; вторая—активных маточных сокращений; третья—изгнания последа.

Первая фаза так называемого относительного физиологического покоя. Освободившаяся от плода матка значительно уменьшается в размерах вследствие ретракции ее мускулатуры и принимает почти округлую форму, дно матки стоит на уровне пупка (рис. 85). Ретрагируется и плацентарная площадка, вследствие чего плацента, оставаясь еще соединенной со стенками матки, собирается в складки и всей своей массой как бы свисает в полость матки. Матка дрябловата (без показаний трогать не следует!), так как мышечные волокна ее в этой фазе последового периода еще «активно» не сокращаются. Никаких болевых ощущений женщина не отмечает; кровотечение отсутствует как наружное, так и внутреннее; пульс ритмичный, медленный.

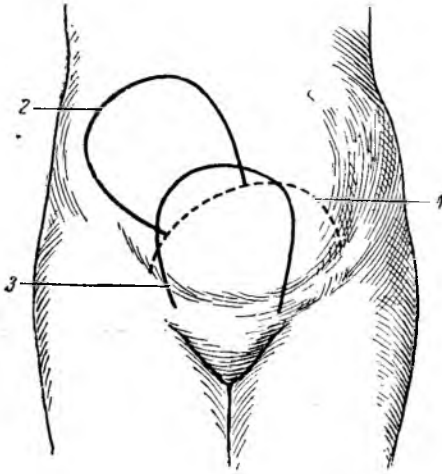


Рис. 85. Форма и положение матки в различные фазы последового периода. 1—после рождения плода; 2—после отслойки плаценты; 3—после выхождения последа.

Роженица находится сейчас в фазе относительного физиологического покоя последового периода. Между пальцами под ягодицы подставлен специальный лоток, в который опущен материнский конец пуповины. В указанном лотке будет собираться вытекающая из матки кровь. Это даст возможность учесть степень кровопотери.

В родильном зале спокойная обстановка, тишина, тепло, возле роженицы горит лампа соллюкс, что позволяет держать роженицу почти открытой; можно свободно наблюдать за ее общим состоянием, кровотечением, изменениями контуров и формы матки, а также предупредить возможность наступления родового шока.

Прежде всего необходимо, чтобы роженица помочилась, так как наполненный мочевой пузырь изменяет контуры границ матки и нарушает нормальное течение последового периода.

Если встать сбоку от роженицы и посмотреть на ее живот, то будет видна глубокая впадина между мечевидным отростком и дном матки, а в нижней половине живота — возвышающаяся над лоном широкая, почти шаровидная матка (рис. 86). Дно матки стоит на 1 поперечный палец ниже пупка, что соответствует примерно 18—20 см над лоном, а наибольший поперечный диаметр соответствует 12 см.

При нормальном течении последового периода такое положение и форма матки сохраняются в течение почти всей первой фазы последового периода, в течение которой плацента остается еще в основном связанной со стенкой матки (рис. 87). Роженица спокойна, состояние ее хорошее, пульс ровный, ритмичный, 66 ударов в минуту, хорошего наполнения. Роженицу клонит ко сну, и мы этому не препятствуем, памятуя, что сон является охранительным торможением клеток коры головного мозга. Наша задача быть возле роженицы, следить за объективными показателями характера течения последового периода. При таком постоянном наблюдении за роженицей всегда можно легко и своевременно заметить наступающую патологию.

*Когда начинается отслойка детского места?*

Твердо установленного срока, когда начинается отслойка детского места, назвать нельзя. Некоторые считают, что отделение детского места начинается уже во время последней схватки в периоде изгнания плода (Г. Г. Гентер). Высказывают и такое мнение, что если после рождения головки немедленно извлекают туловище плода, то плацента в момент рождения

плода остается еще связанной со стенкой матки; если же рождение туловища плода совершается самостоятельно за счет одной-двух изгоняющих схваток, то к моменту рождения плода плацента уже частично оказывается отделенной от стенки матки.

Попытки установить начальный момент отслойки плаценты путем плацентографии не могут считаться убедительными, так как сама по себе процедура введения контрастной массы в пупочную вену нарушает нормальное течение последового периода.



Рис. 86. Высота стояния и форма матки непосредственно после рождения плода (первая фаза).

По исследованиям Штеккеля (Stöckel), нормальное отделение детского места совершается в первые 15 минут после рождения плода. Однако это не значит, что во всех случаях родов по прошествии указанного срока после рождения плода можно считать, что плацента полностью отслоилась

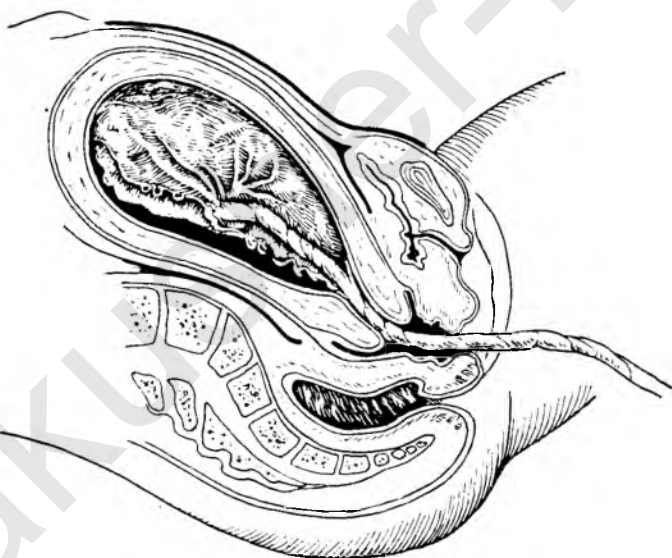


Рис. 87. Плацента остается еще связанной со стенкой матки.

и поэтому можно вмешиваться в течение родов. Такое поведение, к сожалению, еще имеет место со стороны как некоторых врачей, так особенно акушеров. Подобное вмешательство ведет к тяжелым осложнениям, а нередко и к смерти роженицы или родильницы.

Послеловый период, если он протекает без осложнений, должен проводиться, как отмечено выше, активно-выжидательно. Выжидательно—это значит без ненужного вмешательства, а активно—при неотлучном вниматель-

ном наблюдении за роженицей с учетом всех особенностей характера течения последового периода.

22 часа — прошло 10 минут с момента рождения ребенка. Состояние роженицы хорошее. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Кровотечения нет. При осмотре живота контуры матки продолжают оставаться прежними.

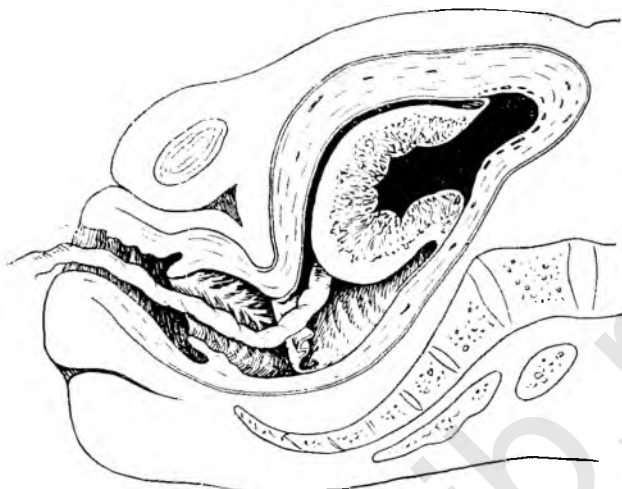


Рис. 88. Отслойка плаценты с центра. Позади плаценты скопляется кровь.

#### *Что делать?*

Продолжать внимательно наблюдать за роженицей.

Роженица попросила пить. Мы ей предложили стакан крепкого сладкого чая, в который влили 25 мл спирта, что тонизирует нервную систему и предупреждает развитие родового шока.

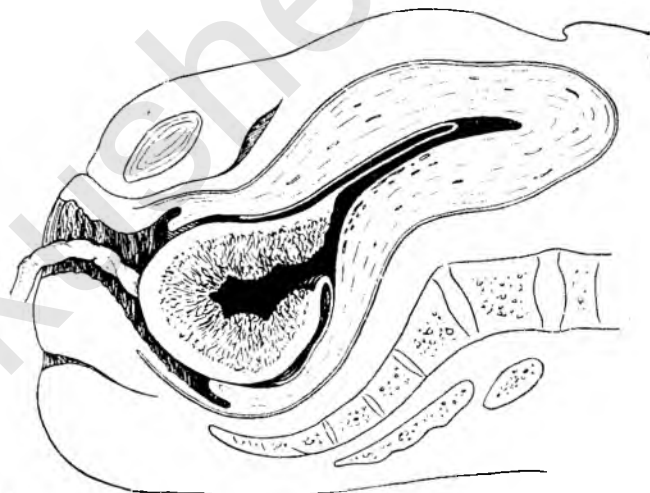


Рис. 89. Отделившаяся от стенки матки плацента вворачивается в оболочки, опускаясь, отслаивает оболочки и выходит плодовой стороной.

Отсутствие наружного кровотечения еще не говорит о полном благополучии, так как кровотечение может быть и внутренним: либо в виде скопления обширной ретроплацентарной гематомы при отслойке плаценты



с центра (рис. 88 и 89), либо в виде скопления крови в матке при отслойке плаценты с края (рис. 90, 91, 92 и 93) и задержании ее там. Для выяснения этого необходимо следить за общим состоянием роженицы, изменением контуров матки и особенно характером пульса. Говорить о наличии значительного кровотечения у нашей роженицы в настоящее время нет оснований.

22 часа 05 минут — прошло еще 5 минут, т. е. 15 минут после рождения ребенка. Роженица вдруг стала беспокойной, жалуется на схваткообразные боли. Следовало бы предупредить об этом роженицу раньше, чтобы она отнеслась к этому как к должному, без волнения. На наших глазах сразу появилось кровотечение и изменились контуры матки.

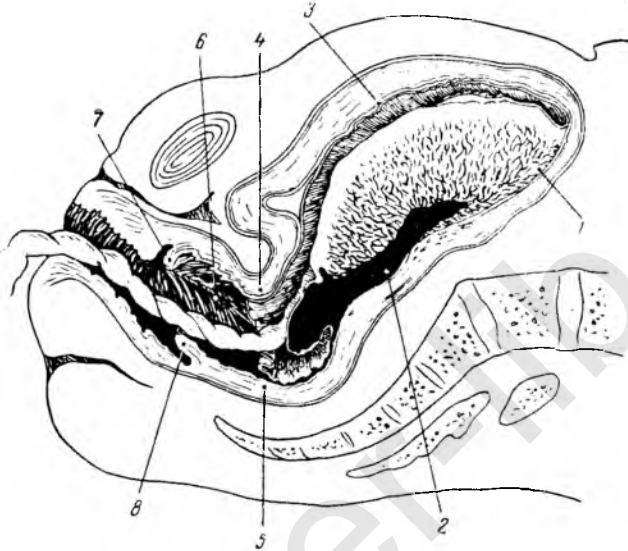


Рис. 90. Отслойка плаценты с края. Часть плаценты отделилась. Кровь изливается в полость матки.  
1—неотделившийся участок плаценты; 2—гематома; 3—водная оболочка; 4, 5—внутренний зев; 6—шейка матки; 7, 8—наружный зев.

*Почему появилось кровотечение? Чем обусловлены изменения контуров матки?*

Началась следующая, вторая, фаза последового периода — фаза активных маточных сокращений, ведущих к полной отслойке детского места.

Отслойка плаценты обязательно сопровождается кровотечением. Во время беременности имеются открытые в межворсинчатые пространства материнские сосуды губчатого слоя базальной части отпадающей оболочки; при отслойке обнажается больший или меньший участок плацентарной площадки с остающимися открытыми сосудами в ней. Из указанных сосудов происходит кровотечение, которое уменьшается и совсем прекращается за счет сокращения матки и сжатия тем самым просвета проходящих сосудов и образования тромбов в них. При правильной, почти одновременной по всей поверхности плаценты, отслойке кровотечение быстро прекращается, так как освободившаяся целиком от плаценты матка сразу же хорошо сокращается во всех своих отделах и кровопотеря обычно не превышает 150—250 мл.

У наблюдаемой нами роженицы кровопотеря составила 150—200 мл. Общее состояние вполне удовлетворительное; пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения.

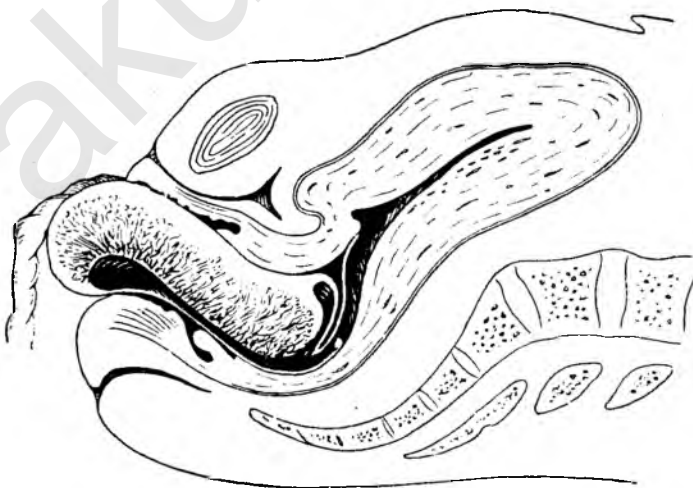
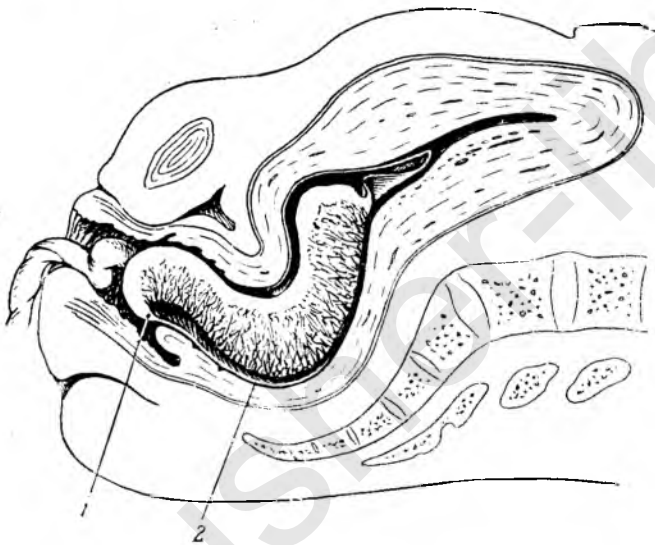
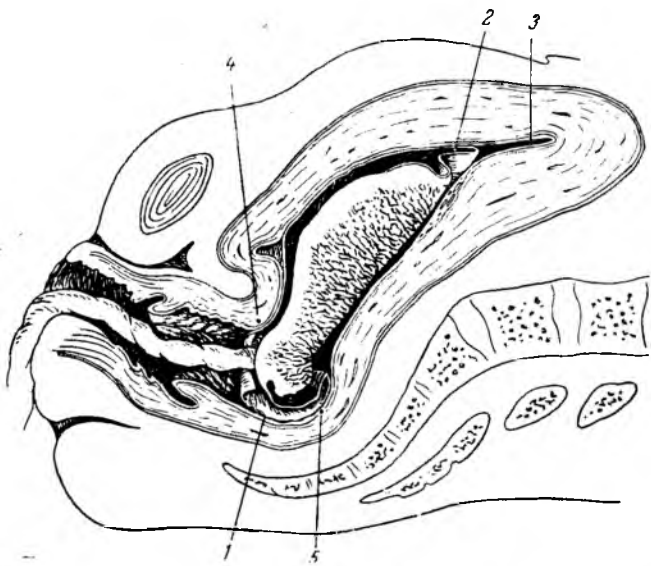


Рис. 91—93. Плацента опускается и выходит своим нижним краем.

1, 2—оболочки плодного яйца; 3—полость матки; 4, 5—внутренний зев.

Продолжая наблюдать за формой и контурами матки, мы заметили, что с началом второй фазы изменилась и форма матки — последняя уменьшилась в поперечнике, стала уже, а дном своим поднялась выше (рис. 94), дойдя почти до правого подреберья (см. рис. 85). Это происходит под влиянием сокращений матки, при которых одновременно совершается отслойка плаценты; последняя спускается вниз (рис. 95), матка



Рис. 94. Высота стояния дна и форма матки после отслойки плаценты. Плацента находится в шейно-маточном канале; заметно «контрационное кольцо» (вторая фаза).

как бы сползает с отслоившегося детского места, которое уже почти целиком выделилось во влагалище (см. рис. 95) и своим дном поднимается поэтому кверху. На границе сократившегося полого мускула матки и последа, лежащего частично в растянутом нижнем сегменте и частично во влагалище, отмечается некоторое выпячивание — своего рода «контрационное кольцо».



Рис. 95. Плацента отслоилась от стенки матки и опустилась в шейный канал и во влагалище. Оболочки еще не полностью отслоились.

Последовый период у роженицы протекает нормально. Спешить с каким-либо вмешательством нет оснований. Активное вмешательство необходимо лишь в том случае, если кровопотеря достигает 300 мл и выше или если состояние роженицы требует немедленного удаления последа.

22 часа 15 минут — общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Кровотечение не увеличивается; свисающая из влагалища пуповина спустилась ниже, на что указывает лежащая на ней перевязка, находящаяся теперь значительно ниже.

*Сколько надо еще ожидать?*

Выше мы говорили, что при нормальном течении последового периода нет никакой необходимости стремиться к укорочению его. В этом периоде организм роженицы приспосабливается к новым условиям, происходит в известной степени перераспределение массы крови в связи с прекращением маточно-плацентарно-плодового кровообращения, происходит, пусть кратковременная, подготовка матки к новым сокращениям.

Если же плацента отслоилась и является уже «инородным» телом, то, безусловно, незачем ей находиться в родовых путях. Это может в известной степени вызвать вновь кровотечение, способствовать проникновению инфекции из влагалища в полость матки и излишне затягивает родовой акт.

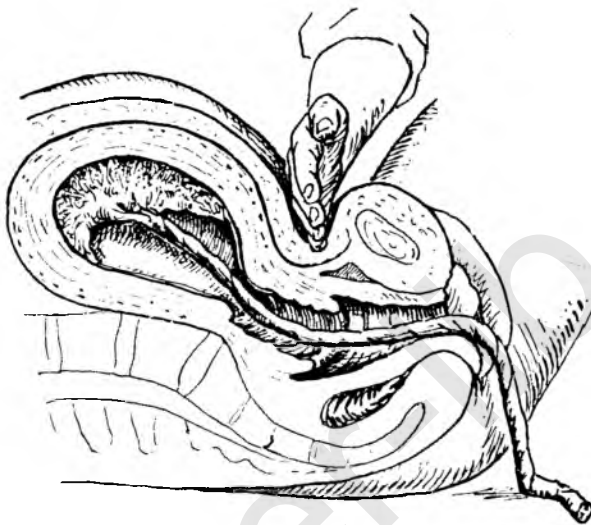


Рис. 96. Признак Чукалова—Кюстнера. Плацента не отслоилась.

В стремлении проводить последовый период только выжидательно нередко оставляют женщину надолго с уже отслоившимся последом без вмешательства, поскольку нет кровотечения. Еще недавно при отсутствии кровотечения обязательно выжидали 2—3 часа и только после этого прибегали к удалению отделившегося последа. Эта крайность, конечно, не нужна. Она уместна лишь в том случае, если в течение 2 часов не происходит отслойки плаценты. Отслоившаяся целиком плацента должна быть выделена тем или иным бережным способом.

*Как узнать, что плацента отслоилась?*

Для этого, как известно, существует ряд признаков, которыми следует руководствоваться в повседневной практике.

1. Признак Альфельда: лигатура на остатке пуповины, обычно наложенная вблизи вульвы, при отслоившейся плаценте опускается ниже (больше чем на 10 см).

2. Признак Чукалова—Кюстнера: при надавливании ребром ладони в глубину над лонным сочленением (рис. 96 и 97) пуповина не втягивается во влагалище; не втягивается она и после прекращения этого приема.

3. Изменение формы матки: матка узкая, удлиненная, отклонена чаще вправо, дно приближается к правому подреберью (см. рис. 85).

4. Признак Микулича—Радецкого (Mikulicz—Radecki): обычно, когда плацента отслаивается и выходит во влагалище, она своей массой давит

на заднюю стенку влагалища, что рефлекторно вызывает у женщины желание тужиться.

5. Признак Клейна (Klein): при натуживании роженицы (искусственно вызванная потуга) пуповина либо остается на месте; либо чаще опускается из влагалища и обратно по окончании потуги не втягивается.

6. Признак Довженко: при глубоком вдохе пуповина не втягивается во влагалище.

7. Признак Штрассмана (Strassmann): удерживая в одной руке пуповину, пальцами другой руки поколачивают по дну матки. При отделившейся плаценте не ощущается пульсация в сосудах пуповины; если же при этом

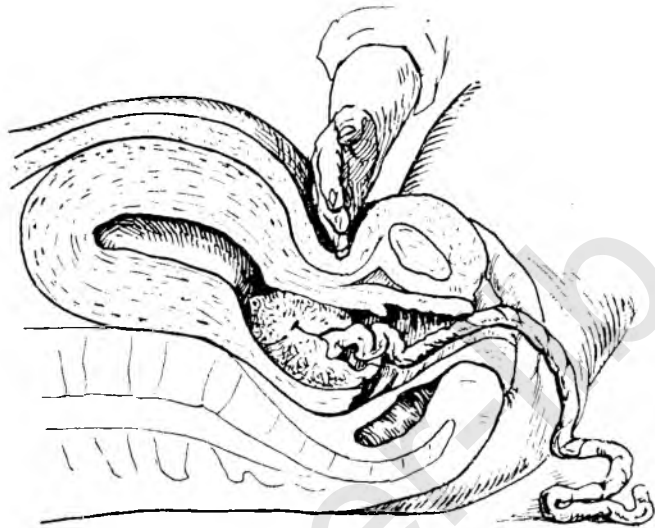


Рис. 97. Признак Чукалова—Кюстнера. Плацента отслоилась.

ощущается пульсация в сосудах пуповины, значит плацента еще связана со стенкой матки.

К этому перечню признаков можно добавить еще много других. Но в этом нет необходимости. Нужно помнить, что один какой-либо из указанных признаков не всегда правильно решает вопрос об отделении плаценты; только их совокупность позволяет определить истинное положение.

22 часа 15 минут — признак Чукалова—Кюстнера положительный (пуповина не втягивается во влагалище). Дно матки стоит высоко, близко к правому подреберью. Признак Альфельда положительный.

Все говорит о том, что у данной роженицы плацента отслоилась.

Наступила третья фаза последового периода — фаза изгнания последа, т. е. отслоившейся плаценты с оболочками.

Обычно отслоившееся детское место спускается во влагалище и, как указывалось выше, оказывая давление на заднюю стенку его, рефлекторно вызывает потугу. Иногда достаточно одной сильной потуги и послед выталкивается из влагалища.

У нашей роженицы нет рефлекторных потуг. Искусственно вызванными потугами послед не выталкивается.

#### *Что делать?*

В таких случаях после опорожнения мочевого пузыря (женщине предлагается самостоятельно помочиться, а если это невозможно, выпускают

мочу катетером), будучи убеждены, что детское место отслоилось, прибегают к одному из следующих приемов.

1. Положив ладони на живот роженицы, надавливают на него и одновременно просят женщину потужиться; надавливанием на стенку живота способствуют повышению внутрибрюшного давления и выхождению последа из влагалища.



Рис. 98. Выделение отделившегося последа приемом Абуладзе.



Рис. 99. Выделение отделившегося последа приемом Гентера.

2. Вместо надавливания можно применить метод Абуладзе (рис. 98): обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную высокую складку и просят женщину потужиться.

3. Кулаками обеих рук, тыльной поверхностью основных фаланг, положенными на матку, выведенную в срединное положение, производят давление в области трубных углов наискось в направлении книзу (рис. 99); это метод Гентера.



Рис. 100. Выделение отделившегося последа приемом Креде—Лазаревича.

4. Если указанные выше способы не приводят к цели, прибегают к методу выжимания по Креде—Лазаревичу; этот метод в отличие от указанного выше (стр. 194) мы рекомендуем применять только при отслоившейся плаценте. Как и все изложенные выше, он применяется только при опорожненном мочевом пузыре и на матке, которая выведена в срединное положение и сократилась после применения легкого предварительного массажа (во избежание возможного выворота). Правой рукой обхватывают сократившуюся матку так, чтобы большой палец лежал на передней стенке матки, ладонь—на дне ее, а все остальные пальцы—на задней стенке матки. Матку после предварительного массирования ее сжимают в ладони и одновременно отесняют книзу в сторону половой щели (рис. 100—101).



Рис. 101. Выделение отделившегося последа. Положение руки при выжимании последа по Креде—Лазаревичу.

5. Метод Елкина—Гентера. Врач или акушерка становятся не сбоку от роженицы, а между разведенными ногами роженицы (рис. 102) лицом к ней. Дно матки захватывают обеими руками, выводят матку в срединное положение, массируют ее, а затем обеими руками выжимают послед на себя, оберегая лицо от возможного попадания крови.

22 часа 20 минут — роженица помочилась и вслед за этим выделился сгусток крови; появилось вновь кровотечение; потеря крови в общей сложности составила 400 мл.

*Что случилось?*

Присутствие в матке хотя бы и отделившегося последа может быть причиной подобного кровотечения, если исключить кровотечение из разрыва шейки матки (стр. 230).

*Что следует предпринять?*

Необходимо немедленно удалить послед. Учитывая, что по имеющимся признакам плацента отслоилась и нет ничего угрожающего, мы попытаемся выделить послед наиболее бережными методами.



Рис. 102. Выжимание последа по Елкину—Гентеру.

своей тяжестью отслаивает целиком оболочки. Если этого не происходит, прибегают к следующему приему: чисто вымытыми руками берут вышедшее из влагалища детское место, ввернутое в оболочки, или ввертывают его в оболочки и медленно вращают в одну сторону, закручивая оболочки в канатик (рис. 104). При этом удается полностью вывести оболочки, постепенно отделяя их от стенок полости матки, иначе они могут оборваться и часть их останется в матке.

Отодвинув тело матки кверху и кзади, мы попросили роженицу потужиться и одновременно приподнять повыше таз, упираясь на ступени. При этом детское место повисло еще ниже, потянув и вытянув полностью оболочки. Матка хорошо сократилась; кровотечения нет. Общая кровопотеря 450 мл. Артериальное давление 105/75.

Итак, закончился третий, последовый, период; закончились роды, продолжавшиеся всего 12 часов; из них последовый период длился 30 минут. Несмотря на то, что послед отделился, за женщиной нужно еще тщательно наблюдать. Не исключена возможность задержания в матке на ее стенке плацентарной дольки или большей части оболочек. В громадном большин-

Положив плашмя обе свои ладони на живот роженицы, врач попросил ее потужиться, однако вытолкнуть таким путем послед не удастся. Испробован безрезультатно метод Абуладзе. Пришлось прибегнуть к методу Креде—Лазаревича (*expressio placentae*). Сравнительно легко, при одновременном натуживании роженицы, послед выжат из влагалища наружу, но дальше не пошел, оставаясь «висеть» на оболочках.

*Что предпринять в таком случае?*

Задержка оболочек может зависеть либо от ущемления их вследствие резкого перегиба матки кпереди, либо они прочно прикреплены к стенкам матки.

В этом случае рекомендуется оттянуть тело матки слегка кверху и кзади, а роженицу просят одновременно опереться на ступни и приподнять таз (рис. 103). При этом плацента, свисая,



стве случаев дефекты в плаценте встречаются при патологическом течении последового периода, при кровотечении. Однако нередки случаи, когда оставшаяся в матке доля плаценты может не вызвать в данный момент кровотечения, зато позднее может возникнуть кровотечение и тяжелое послеродовое заболевание.

Поэтому в акушерстве существует своего рода закон — плацента должна выйти из матки полностью — целой с оболочками. У врача (аку-

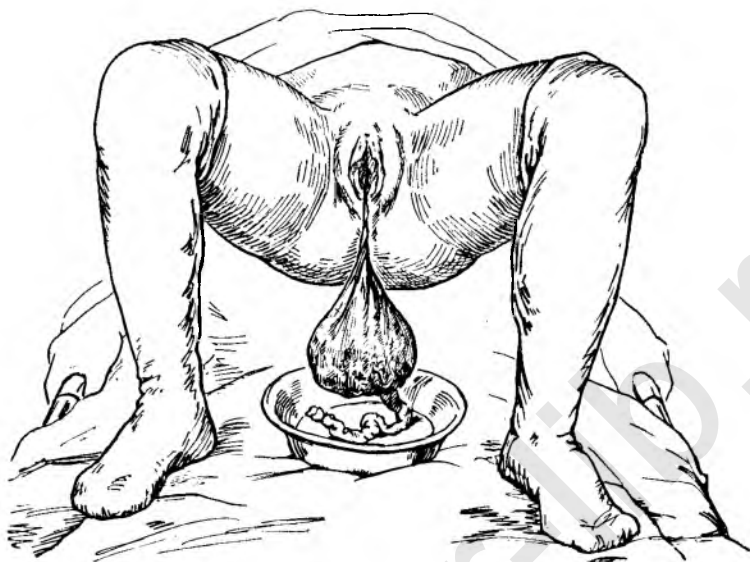


Рис. 103. Самостоятельное отделение оболочек тяжестью свисающей плаценты при поднятии таза.

шерки) не должно быть сомнений в целостности плаценты. Вышедший послед (детское место с оболочками) врач внимательно осматривает, а где нет врача (колхозный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт), это обязана делать акушерка.

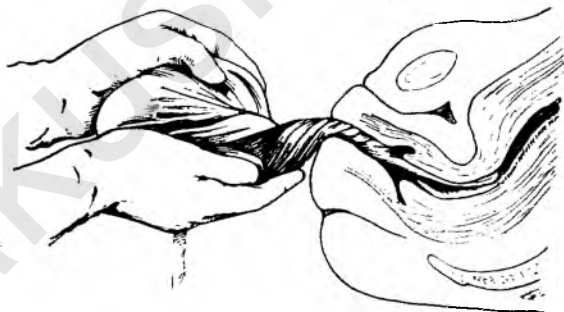


Рис. 104. Вращение последа в одну сторону. Оболочки закручиваются в канатик.

Осмотр плаценты и оболочек должен проводиться методично, чтобы не просмотреть дефекта.

Вначале осматривают оболочки; для этого, намотав на пальцы одной руки пуповину (рис. 105), подвешивают послед; расправив оболочки, входят другой рукой в место разрыва оболочек; раздвигают пальцы, как бы воспроизводя амниональную полость в вывернутом виде, и осматривают

оболочки, целость их, определяют, не тянутся ли от краев плаценты по оболочкам сосуды. В последнем случае надо искать добавочную дольку плаценты (рис. 106).

После внимательного осмотра оболочек осматривают плаценту, освободив ее от оболочек и сгустков крови. Внимательно, при хорошем освещении, осматривают буквально миллиметр за миллиметром материнскую сторону плаценты. Удобнее осматривать плаценту, положив на дно плоского таза (рис. 107). Если нет плоского таза, можно осматривать плаценту, положив ее на крышку стола или, наконец, так, как указано на рис. 108—110.



Рис. 105. Осмотр оболочек.

Осмотр плаценты и оболочек данной родильницы показал, что дольки все, добавочной дольки нет, оболочки рваные, но все.

*Как поступить, если обнаруживается дефект плацентарной ткани или недостает оболочек?*

Выше мы говорили, что у врача не должно быть сомнений в целости детского места. Если таковые имеются, необходимо немедленно обследовать полость матки рукой (стр. 214) и удалить задержавшуюся дольку плаценты. Это должен сделать не только врач, но и акушерка, если она работает самостоятельно (колхозный родильный дом, фельдшерско-акушерский пункт, роды на дому).

Что касается дефекта оболочек, принято руководствоваться наличием или отсутствием в данный момент кровотечения. Если имеется кровотечение, необходимо ручное или инструментальное удаление задержавшихся оболочек. При отсутствии кровотечения не производят обследования полости матки. Обычно задержавшиеся оболочки в первые 3—4 дня послеродового периода выходят самостоятельно. Однако в истории родов необходимо указать на дефект оболочек для того, чтобы за родильницей велось особое наблюдение.



Рис. 106. Идущие по оболочкам сосуды указывают на наличие добавочной дольки плаценты.

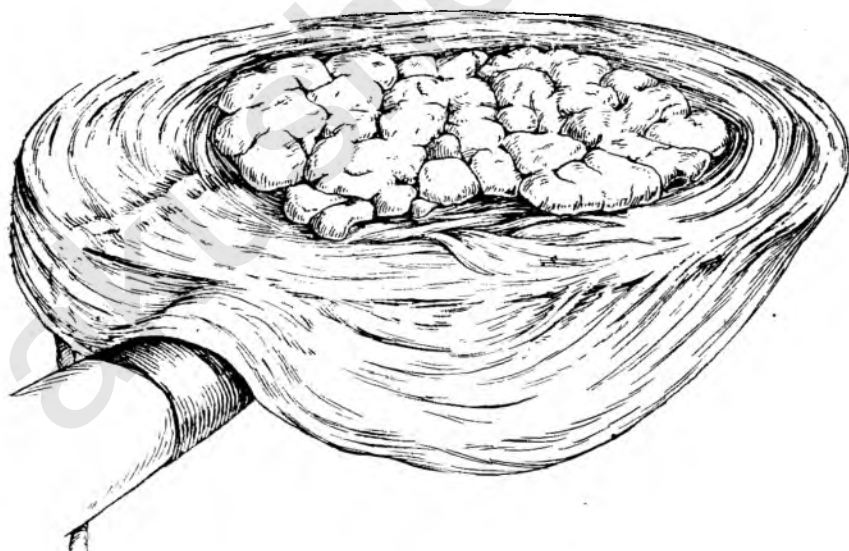


Рис. 107. Осмотр плаценты (материнской стороны), положенной на дно плоского таза.

Иногда к 3—4-му дню задержавшиеся оболочки самостоятельно не выходят из влагалища, оставаясь свисать из шейки. Омертвевая, они начинают издавать неприятный запах, кроме того, они представляют хорошую питательную среду для бактерий. В таких случаях свисающие из шейки оболочки

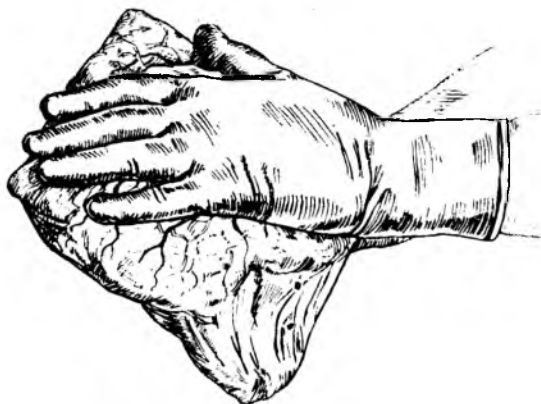


Рис. 108. Осмотр материнской стороны плаценты (первый момент).

удаляют с помощью стерильного корнцанга, обнажив шейку матки зеркалами.

*Что необходимо проверить в послеродовом периоде?*

Осмотрев послед, надо осмотреть вход во влагалище, нет ли разрыва промежности, глубоких трещин слизистой входа во влагалище; в случае обнаружения таковых — наложить швы.

В последнее время все шире проводится после родов осмотр шейки матки с помощью зеркал; обнаруживаемые при этом разрывы шейки матки тут же зашивают.

При осмотре у данной роженицы наружных половых органов, входа во влагалище и промежности (рис. 111) разрывов не обнаружено. Не обнаружено разрыва и шейки матки при осмотре ее с помощью зеркал.

**Краткий эпикриз.** Р. П., 28 лет, повторнородящая. Срочные роды. Очень болезненные схватки. При влагалищном исследовании обнаружен плоский и плотный плодный пузырь. При полном открытии наружного зева оболочки разорваны с помощью инструмента. Боли сразу уменьшились и вскоре начались потуги.

Роды самостоятельные; родилась живая доношенная девочка. Через 30 минут после рождения плода при наличии признаков, указывающих на отслойку плаценты, появилось кровотечение. Послед выжат по Креде—Лазаревичу. Детское место целое, оболочки все.

Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 9-е сутки с ребенком под наблюдение консультации.



Рис. 109. Осмотр материнской стороны плаценты (второй момент).

### ЗАДЕРЖКА ЧАСТИ ДЕТСКОГО МЕСТА РУЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

У. В., 31 года, поступила в клинику 18/IX 1955 г. в 21 час 30 минут с родовыми схватками, начавшимися 2 часа назад. Менструации с 17 лет, по 1—2 дня через месяц, необильные, без болей. Замужем с 24 лет; имела 4 беременности, из которых 3 закончи-



Рис. 110. Осмотр материнской стороны плаценты (третий момент).



Рис. 111. Осмотр наружных половых органов, входа во влагалище и промежности после выхождения последа.

лись нормальными родами в срок; был также самопроизвольный выкидыш в 1949 г. Последние роды 2 года назад. Настоящая беременность 5-я, на 40-й неделе.

Роженица правильного телосложения, со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Артериальное давление 115/70 мм; группа крови А(II).

Размеры таза нормальные.

Схватки повторяются через 8—10 минут по 30 секунд, средней силы; положение плода продольное; головка подвижна над входом малого таза; сердцебиение плода 132 удара в минуту, справа ниже пупка. Воды не отходили.

19/IX в 1 час 30 минут — схватки через каждые 5 минут по 45 секунд.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, шейка сглажена, открытие зева на 3 пальца, плодный пузырь цел, предлежит головка малым сегментом во входе таза, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой — слева на одном уровне, мыс не достигается.

Врач вскрыл плодный пузырь. Схватки продолжались; головка опустилась ниже в полость малого таза и в 6 часов 40 минут у роженицы началась потужная деятельность. В 6 часов 50 минут родилась девочка весом 3500 г, длиной 52 см. В 7 часов, т. е. через 10 минут, самостоятельно отошел послед и тут же началось сильное кровотечение.

*Какие могут быть причины такого кровотечения?*

1. Задержался кусочек плаценты.
2. Атоническое кровотечение.
3. Разрыв шейки матки.

Известно, что кровотечение в третьем периоде родов и сейчас же после родов встречается довольно часто. По данным нашей клиники, оно встретилось в 4,1% всех родов.

Принято считать, что после рождения последа начинается послеродовой период. Первые часы после отхождения последа таят в себе ту же опасность, что и третий последовый период родов — опасность кровотечения. Поэтому 5-й пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР вынес решение, что родильницы должны оставаться в родовой комнате в течение 2—3 часов после родов. Некоторые акушеры предлагали относить первые 2 часа после выделения последа также к родам и считать это четвертым периодом родов. Мы, как и многие другие, считаем, что это предложение не лишено основания, так как оно мобилизует в большей мере внимание врача и акушерки и не позволяет преждевременно переводить родильницу в послеродовую палату.

Причины кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде могут быть различные. Нам очень важно установить, и к тому же быстро, действительную причину кровотечения у родильницы. От точности и своевременности диагноза зависит правильная акушерская помощь.

*В каком порядке мы начнем выяснять причину кровотечения?*

С проверки целостности последа, потому что атонические кровотечения тоже чаще всего связаны с задержкой в матке части плаценты.

Врач внимательно осмотрел послед (стр. 209), причем в плаценте был констатирован дефект; детское место в центре было разорвано и здесь даже при складывании надорвавшихся долек оставался участок, лишенный плацентарной ткани. В данном случае дефект плаценты очевиден.

Бывают иногда такие случаи, когда обычного осмотра недостаточно, чтобы точно установить наличие дефекта плацентарной ткани.

*Какие существуют вспомогательные методы определения целостности плаценты?*

1. Молочная проба.
2. Воздушная проба.
3. Проба с кипятком.

Молочная проба: большим шприцем вводят 100—150 мл молока в пупочную вену и следят, выступает ли на материнской поверхности плаценты молоко. Эта проба не является точной, так как молоко может выходить на материнскую поверхность плаценты и без дефектов плацентарной ткани, например при надрывах ее.

Воздушная проба: послед опускают в воду и шприцем в пуповинную вену нагнетают воздух; часть плаценты с большим количеством воздуха в сосудах поднимается выше, а часть детского места, имеющая дефект, тонет и над ней появляются в воде пузырьки. Достоверность при этой пробе несколько больше, чем при пробе с молоком.

Проба с киятком: плаценту обдают киятком, причем место, лишенное дольки плаценты или части таковой, принимает иной цвет, чем вся остальная плацента.

Все эти пробы не приобрели широкого распространения. В клинической практике мы обычно ограничиваемся осмотром, причем в громадном большинстве при наличии опыта и внимательном осмотре последа этого оказывается достаточно. Такой осмотр с успехом проводят и акушерки.

Сомнений в целостности плаценты не должно быть. Если при тщательном осмотре все же врач или акушерка сомневаются в целостности плаценты, необходимо произвести ручное обследование полости матки даже и при отсутствии кровотечения.

Необходимо тщательно осмотреть также оболочки, проверить их на свет, так как при этом может быть обнаружен сосуд, обрывающийся на оболочке, что указывает на задержание в матке добавочной дольки (placenta succenturiata) (см. рис. 106).

У наблюдаемой нами родильницы при осмотре сразу же был диагностирован дефект в плаценте.

Задержание части плаценты в матке является одной из наиболее частых причин кровотечения после выделения последа; матка при наличии в ее полости части последа плохо сокращается, сосуды плацентарной площадки зияют и кровоточат (рис. 112).

*Всегда ли задержание дольки последа дает кровотечение в первые часы после родов?*

Нет, не всегда. Иногда, даже при задержании значительной дольки плаценты, кровотечение в первые часы после родов не превышает физиологических размеров; послеродовой период может протекать гладко, температура может оставаться у родильницы почти нормальной, она даже может быть выписана из родильного дома, а на 15—17-й день начинается обильное кровотечение. Это — позднее послеродовое кровотечение, вызванное наличием образовавшегося в матке плацентарного полипа.

Если задержавшаяся долька плаценты не дает в первые часы после родов кровотечения, то в послеродовом периоде она может обусловить инфекционный процесс. Л. И. Бубличенко указывает, что в этих случаях могут наблюдаться как легко протекающие заболевания, так и септический процесс.

Таким образом, задержавшаяся в матке часть плаценты ведет к кровотечению, либо эта часть формируется в плацентарный полип и ведет к кровотечению позднее.

В связи с этим послед всегда нужно осматривать очень тщательно и при сомнении в его целостности, как указывалось выше, обязательно произвести контроль полости матки, независимо от того, имеется ли в данный момент кровотечение или нет.

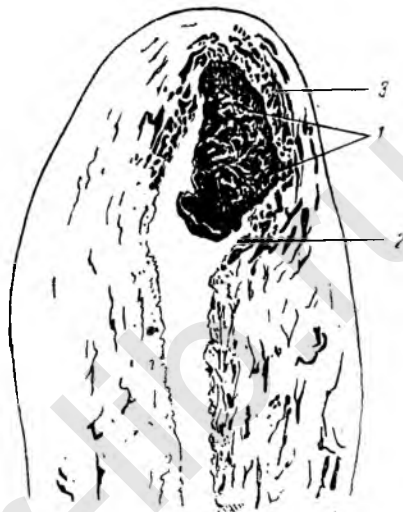


Рис. 112. Задержка дольки плаценты.

1 — задержавшиеся дольки плаценты;  
2 — зияющий сосуд; 3 — стенка матки.

Итак, диагноз установлен: имеется дефект плаценты.  
*Что делать? Как проверить полость матки?*

1. Произвести ручное обследование полости матки.
2. Произвести инструментальный контроль полости матки.

*Какие преимущества инструментального метода?*

Инструментальное обследование послеродовой матки широко пропагандировал М. Л. Выдрин и некоторые другие.

Преимуществом этого метода является его асептичность. Непосредственно в полость матки, не касаясь стенок влагалища, вводят стерильные инструменты и производят выскабливание. При выскабливании матки в первые часы после родов необходимо пользоваться кюреткой очень большого размера, с петлей шириной 3—4 см. Опасность прободения матки при этом условии невелика; однако она все же имеется. Надо отметить, что при выскабливании послеродовой матки стенкам ее наносится большая травма: почти в половине случаев в соскобе обнаруживается мышечная ткань.

Выскабливание кюреткой не может заменить ручного обследования. Только ручной метод обследования дает ясное представление о состоянии полости матки, только после него можно быть уверенным в том, что в матке нет остатков последа. К тому же течение послеродового периода и отдаленные последствия после ручного обследования матки более благоприятные, чем после операции выскабливания. Так, по данным В. И. Тайгро—Чуйковой (1953), в результате выскабливания матки после родов у 7% женщин имело место бесплодие, у 25% стойкое нарушение менструального цикла. Поэтому мы предпочитаем ручное обследование полости матки.

*Как нужно готовиться к ручному обследованию полости матки?*

Прежде всего нужно тщательно вымыть руки, как к операции; затем обмыть наружные половые органы и промежность родильницы и смазать их настойкой йода.

Пятый пленум Совета по родовспоможению рекомендовал производить эту операцию под эфирным наркозом. Мы в своей клинике ручное обследование полости матки производим и без наркоза, ограничиваясь введением под кожу 1 мл 2% раствора пантопона, так как имеются данные, что при острой кровопотере эфирный наркоз замедляет восстановление артериального давления.

Пока врач готовился к ручному обследованию, кровотечение у роженицы усилилось и в течение нескольких минут она потеряла 800—850 мл крови, артериальное давление упало до 80/60 мм. Чтобы приостановить кровотечение, акушерка прижала кулаком аорту родильницы (рис. 113).

После соответствующей подготовки пальцами левой руки приоткрыта, насколько возможно шире, половая щель и кисть правой руки со сложенными конусообразно пальцами введена во влагалище; быстро левую руку переложили на дно матки, подводя последнюю навстречу руке, введенной во влагалище, и быстро вошли через открытую шейку в полость матки. При обследовании полости матки на передней стенке ее обнаружена плацентарная долька. Эта долька пальцами отделена и удалена; размер дольки: 4×5×3 см. Одновременно из матки были удалены сгустки крови. Отделив оставшуюся дольку, мы не сразу вывели руку из матки; сначала проверили стенки полости, а затем, сжав пальцы в кулак, несколько помассировали матку на кулаке наружной рукой (рис. 114). Матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось.

*Какие могут представиться трудности при ручном обследовании полости матки?*

Трудность введения руки в матку вследствие сокращения шейки матки. Обычно это случается, если проходит значительное время после родов. Однако это может встретиться и вскоре после выхождения последа, если в попытках остановить кровотечение усиленно массировалась матка.

Чтобы избежать этого осложнения, нужно дать родильнице эфирный наркоз.



После произведенного ручного обследования матка рефлекторно хорошо сократилась, и кровотечение прекратилось. Но женщина, как указывалось, потеряла около 900 мл крови, в результате чего наступили явления острого малокровия.

*Какие принято в настоящее время различать формы кровопотери?*

А. Н. Бакулев различает компенсированные и декомпенсированные кровопотери. При компенсированной кровопотере, благодаря рефлекторному механизму, сохраняется нормальное артериальное давление; в этом механизме определенную роль играет и мобилизация крови из депо.

Н. П. Лебедев, исходя из данных физиологии, предлагает степень кровопотери определять в процентах к весу организма; компенсированной кровопотерей автор считает кровопотерю, не превышающую 0,5% к весу тела. Зная вес тела и количество потерянной женщиной крови в миллилитрах, можно вычислить этот процент.

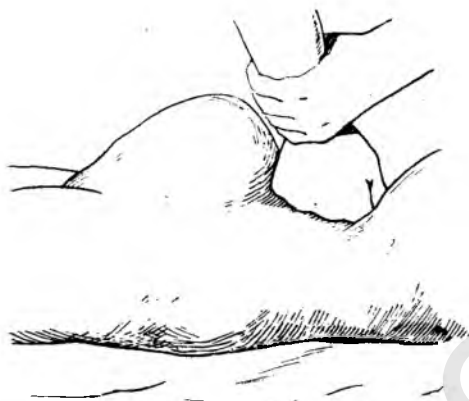


Рис. 113. Прижатие брюшной аорты кулаком.



Рис. 114. Массаж матки на кулаке.

При декомпенсированной кровопотере нарушения могут быть различной тяжести, вплоть до тяжелого коллапса, переходящего в предагональное состояние.

*Какими признаками и методами определяется тяжесть кровопотери?*

1. Состояние артериального давления.
2. Данные анализа крови.
3. Характер изменения пульса.

Характер пульса имеет очень большое значение в определении тяжести острого малокровия; при этом важна его частота и наполнение. Полный пульс позволяет предположить компенсированную кровопотерю; малый, трудно сосчитываемый пульс — коллапс. Однако трудно сказать что-либо определенное о частоте пульса при той или иной тяжести острого малокровия. Бледность кожных покровов имеет большое диагностическое значение. Опытный врач по лицу роженицы узнает о тяжести ее состояния.

Тотчас после однократной кровопотери состав крови почти не меняется; в таких случаях мы имеем так называемую олигемию, т. е. уменьшение объема крови, при нормальном ее составе (эритроцитов и гемоглобина). В ближайшие 2—3 дня наступает понижение количества эритроцитов при нормальном объеме циркулирующей крови как результат поступления из тканей жидкости.

Определение гемоглобина и числа эритроцитов после острой кровопотери приобретает ценность лишь при динамическом исследовании. Гематологическую картину, отражающую тяжесть кровопотери, мы получаем лишь на 3-й день после родов. Та же закономерность обнаруживается методом гематокрита, при котором после центрифугирования определяется процентное отношение объема эритроцитов к объему плазмы; но показания гематокрита обнаруживают олигоцитемию быстрее — уже на 2-й день.

Н. П. Лебедев и Е. И. Князева предлагают для определения тяжести кровопотери пользоваться показателями удельного веса крови и плазмы (стр. 150).

Важным показателем нарушения гемодинамики является артериальное давление. Оно является основным показателем при решении вопроса, имеем ли мы компенсированную или декомпенсированную форму кровопотери: по нему мы можем судить и о степени острого малокровия.

Тяжесть той или иной кровопотери зависит от состояния гипоксии головного мозга, в первую очередь коры, так как последняя страдает раньше (И. Р. Петров).

Коллапс, развивающийся при острой кровопотере, имеет много общего как с клинической картиной, так и патофизиологической характеристикой шока. Поэтому при острой кровопотере, как и при шоковом состоянии, целесообразно различать три степени, основываясь на показаниях артериального давления.

У нашей родильницы при поступлении артериальное давление было 115/70 мм, а в связи с кровотечением упало до 80/60 мм, что соответствует второй степени шокового состояния. — это серьезное осложнение.

*Какова же терапия при этом осложнении?*

Нужно в первую очередь придать родильнице положение Тренделенбурга (положение с опущенной верхней половиной тела и приподнятой — нижней).

Перелить кровь и ввести сердечные средства.

*Как лучше переливать кровь: струйным методом или капельным?*

При острой анемии необходимо вначале перелить кровь струйным методом, так как вследствие быстрого уменьшения массы циркулирующей крови необходимо быстро наполнить сосудистое русло.

Родильнице перелита кровь универсального донора 0[I] группы в количестве 200 мл, после чего у нее был небольшой озноб.

*Какие допускают ошибки при борьбе с кровотечением?*

Нередко врач, перелив одну ампулу крови и видя некоторое улучшение в состоянии женщины, успокаивается и ограничивается этим. У родильницы вследствие неполного восстановления функции центральной нервной системы очень скоро снова ухудшается состояние, и самое незначительное кровотечение при данных условиях может оказаться роковым.

Артериальное давление у родильницы поднялось, но все же оставалось низким — 85/60 мм.

Нужно не ограничиваться в таких случаях переливанием одной ампулы крови, а продолжать переливание крови и кровезамещающих жидкостей. До тех пор, пока максимальное артериальное давление не повысится хотя бы до 90 мм, мы обязаны проводить энергичную терапию.

Родильнице перелили еще ампулу на этот раз эритроцитной массы A(II) группы (однотипной), что в данном случае является совершенно правильным, так как можно надеяться на скорое поступление жидкости в сосудистое русло.

Однако и это переливание не дало должного эффекта; ввели ампулу кровезамещающей жидкости — 200 мл (феррофузин, предложенный проф. И. М. Гольдбергом). После этого у родильницы артериальное давление выровнялось, максимальное стало

около 100 мм. На этом мы прекратили дальнейшее переливание крови и кровезамещающей жидкости.

Послеродовой период протекал гладко, без повышения температуры.

Профилактически после ручного обследования следует назначать сульфаниламиды или пенициллин, а также лед на низ живота.

В настоящее время наблюдается благоприятное течение после ручного обследования полости матки и, несомненно, этим мы обязаны прежде всего широкому внедрению переливания крови при кровотечениях в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

Родильница выписана на 10-й день в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком под наблюдение консультации.

Попутно коснемся некоторых организационных вопросов.

В родильном доме, в родильном отделении больницы нужно иметь всегда донорскую кровь, кровезамещающую жидкость или сухую плазму.

В условиях участковой больницы врач любой специальности должен уметь произвести ручное обследование полости матки. В колхозном родильном доме обследование полости матки рукой должна делать сама акушерка, не дожидаясь прибытия врача.

Нужно помнить, что женщина в состоянии анемии нетранспортабельна и все необходимые мероприятия надо проводить на месте.

**Краткий эпикриз.** У. В., 31 года. Роды 4-е. Самостоятельно родила девочку весом 3500 г, длиной 52 см; через 10 минут отошел послед и тут же началось кровотечение. Родильница в течение 8—10 минут потеряла 850 мл крови. Артериальное давление упало до 80/60 мм. При осмотре последа в нем обнаружен дефект участка плаценты. Атоническое кровотечение вследствие задержки в матке кусочка плацентарной ткани. Немедленно было произведено ручное обследование полости матки, удален задержавшийся на передней стенке кусочек плаценты, проведен массаж матки на кулаке; кровотечение остановилось. Произведена трансфузия крови и кровезамещающей жидкости под контролем многократного определения артериального давления. Родильница выписана на 10-й день в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

## **ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PLACENTA ADHAERENS) РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА**

Г. К., 27 лет, повторнородящая, поступила в клинику 16/VIII 1955 г. в 22 часа с начавшимися схватками.

Менструации с 17 лет, по 4—5 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет.

Имела 4 беременности, из них первая закончилась нормальными родами и три — криминальными абортми с последующим выскабливанием полости матки. Осложнений после абортов не отмечалось.

Последняя менструация с 3/XI по 5/XI 1954 г.

Консультацию посетила первый раз при беременности в 23—24 недели. На 32-й неделе в консультации было диагностировано поперечное положение плода; потом положение исправилось и после 35 недель оно было продольным. Во время беременности артериальное давление оставалось в пределах 120/70 мм; отеков не было.

При поступлении: со стороны легких, сердца патологических отклонений не отмечено; артериальное давление 120/65 мм. В моче белка нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Схватки через 8—10 минут по 35 секунд, средней силы, умеренно болезненные; воды не отошли; положение плода продольное; головка малым сегментом во входе малого таза; сердцебиение плода 126 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: наружные половые органы нормальные, влагалище рожавшей женщины, открытие зева на 2 пальца, края утолщены, плодный пузырь цел, предлежит головка во входе таза малым сегментом, мыс не достигается.

В последующие 3 часа — регулярная родовая деятельность; в 1 час ночи 17/VIII схватки стали несколько сильнее, а в 4 часа 30 минут отошли воды; в 4 часа 35 минут

начались потуги и в 4 часа 50 минут родился мальчик весом 3300 г, длиной 51 см. На протяжении 2 часов после рождения плода у роженицы кровотечения не было, не отмечалось и признаков отделения плаценты. В 6 часов 50 минут сразу же началось кровотечение, и роженица потеряла около 500 мл крови: артериальное давление упало до 80/60 мм.

*Правильно ли поступил дежурный врач, который не вмешивался активно в течение 2 часов при отсутствии кровотечения и признаков отслойки плаценты?*

Правильно (стр. 202).

*Что может быть причиной кровотечения?*

1. Приращение плаценты (частичное).
2. Разрыв шейки матки.

*Как провести в данном случае дифференциальный диагноз между разрывом шейки и приращением плаценты?*

При разрыве шейки матки кровотечение обычно начинается сразу же после рождения плода, а не через 2 часа, как у данной роженицы. Вероятнее имеется приращение или задержание последа. Об этом говорят: позднее наступление кровотечения, характер кровотечения (при разрыве шейки кровотечение большей частью струей), отсутствие признаков отслойки детского места.

Здесь мы можем встретить либо так называемое истинное приращение плаценты (placenta accreta; рис. 115—116), либо более легкое, но все же плотное прикрепление плаценты (placenta adherens), либо задержание последа в результате его ущемления (так называемая стриктура; см. рис. 83 и 84), либо, наконец, простое неотделение последа.

Диагноз приращения плаценты ставится очень часто неточно, когда имеется лишь задержание последа или его ущемление.

Истинное приращение детского места — placenta accreta — является самой тяжелой формой приращения. Правда, эта форма приращения встречается очень редко: 1 раз на 20 000 родов и даже реже.

При истинном приращении детского места имеются очень глубокие морфологические изменения в децидуальной оболочке; в ней отсутствует губчатый слой и ворсинки хориона отделены от мышечной стенки только тонким компактным слоем (см. рис. 116), что нарушает физиологический процесс отделения плаценты. В редких случаях наблюдается даже отсутствие и компактного слоя децидуальной оболочки, ворсинки в этих участках непосредственно врастают в мышечный слой.

Истинное приращение плаценты сопровождается изменениями и в мышечной стенке. Отмечается исключительно резко выраженное истончение мышечного слоя — до 1—2 мм; при этом обнаруживается, кроме того, дегенерация мышечных элементов. Эти изменения были впервые подробно описаны М. А. Колосовым (1909).

Наконец, может иметь место и прорастание ворсинок через всю стенку матки; в последнем случае наблюдается картина разрыва матки (Ф. А. Александров, С. М. Клейн).

Этиология истинного приращения плаценты различна: перенесенные тяжелые послеродовые или послеабортные септические процессы; метроэндометрит, сопровождавшийся частичной гангреной маточной стенки; повторные выскабливания, энергичное выскабливание после родов.

Некоторые авторы (И. И. Яковлев и др.) приводят в качестве этиологии истинного приращения плаценты повышенную ферментативную деятельность эпителия хориона при пониженной способности децидуальной оболочки к продукции защитных веществ.

Клинические данные говорят о том, что истинное приращение плаценты наблюдается у женщин, которые имеют отягощенный акушерский анамнез

(заболевание после родов или после аборт, аменорея, повторные выскабливания). Поэтому нет достаточных оснований утверждать, что приращение детского места обязательно связано с ферментативными свойствами эпителия хориона.

*Какая патология обнаружена у данной роженицы?*

Имеется истинное приращение плаценты. Исключить такую возможность нельзя, но в то же время в анамнезе нет указаний на тяжелые гинекологические заболевания. Вероятнее всего здесь имеется более легкая степень приращения — плотное приращение плаценты (*placenta adhaerens*).

Эту форму приращения ряд акушеров (И. И. Яковлев, А. И. Петченко) иначе называют «ложным» приращением плаценты. Е. М. Курдиновский называет это «припаявшейся плацентой».

Если при истинном приращении плаценты имеется описанная выше картина изменений в децидуальной оболочке и в мышечной стенке, то при *placenta adhaerens* морфологические изменения не установлены. Поэтому правильнее считать «плотное приращение» плаценты

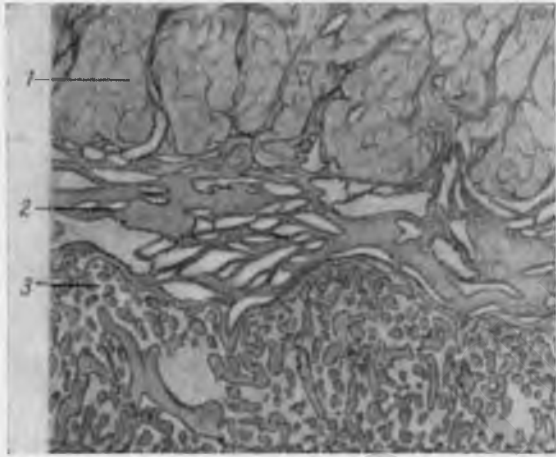


Рис. 115. Нормальное приращение плаценты. Виден хорошо развитый губчатый слой отпадающей оболочки.

1—мышечный слой; 2—*decidua spongiosa*; 3—ворсинки.

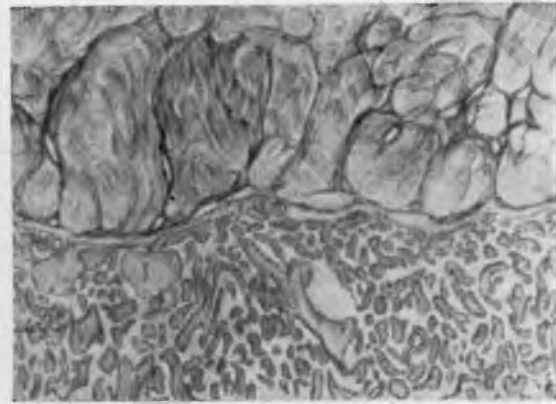


Рис. 116. *Placenta accreta*. Губчатый слой отсутствует. Ворсинки проникают до самого мышечного слоя.

Приращение плаценты может быть как на всем ее протяжении (полное приращение), так и на некоторой части (частичное приращение).

Очень близко по клинике заболевания к «плотному приращению» стоит наблюдаемое иногда «простое неотделение плаценты». Если при плотном приращении (*placenta adhaerens*) мы еще допускаем известные морфо-

пнятием не анатомическим, а клиническим. Можно было бы отрицать вообще анатомические (морфологические) изменения при этой форме приращения плаценты; но есть обстоятельство, которое позволяет предположить, что и при этой форме имеются некоторые изменения морфологического порядка, близкие к тем, которые наблюдаются при истинном приращении плаценты. Об этом говорит то, что и у женщин с приращением плаценты в анамнезе обычно имеются указания либо на перенесенные гинекологические заболевания, либо на аборт и т. п.

логические изменения в смысле истончения децидуальной оболочки, то при простом неотделении плаценты имеется нарушение сократительной деятельности матки.

Наблюдаемая в первом и втором периоде родов слабость родовой деятельности может сказаться на течении последового периода; проявление слабости сократительной деятельности матки в последовом периоде приводит к неотделению плаценты. С подобным мы встречаемся при многоплодии, многоводии, т. е. при перерастании матки; нередко неотделение плаценты наблюдается при родах, заканчивающихся применением щипцов.

Нарушение правильного сокращения матки может зависеть от переполнения мочевого пузыря, так как иннервация матки и иннервация мочевого пузыря тесно связаны между собой.

*Может быть, у данной роженицы простое неотделение плаценты?*

При беременности 32 недели было поперечное положение плода, которое обычно у повторнородящих связано с некоторым понижением тонуса матки. Можно предположить, что и у наблюдаемой нами роженицы неотделение плаценты связано с нарушением сократительной деятельности матки.

*А может быть, имеется ущемление отделившегося последа?*

В этих случаях имеется уже отделившаяся от стенки матки плацента с оболочками, но ущемленная в области трубного угла или внутреннего зева (см. рис. 83 и 84).

*Что может явиться причиной ущемления плаценты (retentio placentae spastica)?*

Чаще всего причиной ущемления плаценты являются нарушение физиологического течения последового периода, проводимый преждевременный массаж и другие манипуляции на матке и т. д.

Едва ли у данной роженицы имеется ущемление последа; последовый период проводился консервативно, акушерка и дежурный врач в течение 2 часов терпеливо никаких активных вмешательств не предпринимали, да и показаний к этому не было.

*Когда же можно поставить окончательный диагноз?*

Только при ручном отделении плаценты.

*Какие существуют способы или формы терапии осложнений в последовом периоде?*

1. Ручное отделение плаценты (separatio placentae).
2. Метод Креде—Лазаревича (expressio placentae).
3. Метод Майона—Габасту, известный под названием метода Габбастона.

Последний метод состоит в том, что в пуповинную вену вводят при помощи большого шприца Жанэ стерильную жидкость в количестве 200—300 мл. Идея этого метода принадлежит нашему соотечественнику Делоне (1828). Несколько видоизменил этот метод Будимлич (Budimlic, 1935). Он рекомендовал вводить слабый раствор (0,45%) квасцов — *Aluminis crudi*. В ряде случаев этот метод оказывается эффективным (П. В. Маненков). Плацента расширяется при наполнении жидкостью, повышается ее тургор, что рефлекторно вызывает сокращения матки.

Однако этот метод, может быть, был оправдан, когда в акушерстве ограничивалась операция вхождения рукой в послеродовую матку. В настоящее время при соблюдении асептики и антисептики, при наличии антибиотиков нет оснований тратить драгоценное время на сомнительные по эффективности мероприятия.

Установлено, что у данной роженицы плацента не отделилась, появилось кровотечение.

*Целесообразно ли применение метода Креде—Лазаревича при неотделившемся последе?*

Не вызывает никаких возражений, что повторное форсирование применения метода Креде—Лазаревича при неотделившемся последе является со-

вершенно недопустимым. Следует вспомнить, что в конце XIX века операция ручного отделения последа давала до 10% летальности и по своим результатам была самой опасной операцией в акушерстве. В 20-х годах нашего столетия летальность при этой операции уменьшилась в 10 раз, т. е. до 1%, но и эта цифра еще очень большая.

В современном акушерстве мы видим, что операция ручного отделения последа сама по себе не ведет к повышению летальности, наоборот, летальность имеет место там, где ручное отделение последа производится поздно. Операция ручного отделения последа, выполненная при соблюдении всех правил асептики и антисептики, не дает повышения заболеваемости и летальности; операция, произведенная в соответствующих условиях, спасает жизнь женщины.

Из этого вытекает наше решение приступить к ручному отделению последа.

*Как производить ручное отделение последа? Какие при этом могут быть допущены ошибки?*

Согласно решению 5-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи рекомендуется ручное отделение последа производить под эфирным наркозом.

В ряде случаев нет возможности произвести эту операцию под эфирным наркозом, например в колхозном родильном доме. Мы считаем, что применение эфирного наркоза при кровотечении является не безразличным для роженицы и в ряде случаев может привести к ухудшению ее состояния, снижению артериального давления. Поэтому ручное отделение последа следует производить у повторнородящих без наркоза, у первородящих — под наркозом.

*Транспортабельна ли роженица с неотделившимся последом? Можно ли ее переправить в районную или участковую больницу?*

Нет. Нельзя.

Кровотечение является показанием к немедленному оказанию помощи на месте. Поэтому акушерка в отсутствие врача должна сама производить ручное отделение последа. Эту неотложную операцию обязан уметь выполнять врач любой специальности и акушерка.

После соответствующей дезинфекции половых органов роженицы и рук врача с соблюдением правил асептики и антисептики было произведено ручное отделение последа (*separatio placentae*) (рис. 117). Плацента оказалась приращенной к задней правой стенке матки почти на всем протяжении, больше справа в углу.

Операция ручного отделения последа окончилась благополучно. Матка хорошо сократилась. Кровотечение прекратилось.

*Всегда ли можно с успехом произвести ручное отделение последа?*

Нет, при истинном приращении плаценты это сделать невозможно.

Уже при переходной форме (*placenta adhaerens*) иногда встречаются известные трудности, а при истинном приращении плаценты оперирующий начинает отрывать по кускам плаценту, причем, если врач не распознает эту патологию и не прекратит отделения детского места, женщина может погибнуть от сильного кровотечения. Летальность при истинном приращении плаценты при таком методе ведения очень большая, около 70%.

*Что нужно делать при истинном приращении плаценты?*

В конце XIX века акушеры в таких случаях предлагали не трогать плаценту. «Жди 2—3 недели, пока она сама секвестрируется». В ряде случаев, по словам Н. Н. Феноменова, удавалось спасти женщину. Но какой опасности инфекции и кровотечения она подвергалась! В настоящее время мы так проводить роды не можем; в этих случаях необходимо произвести надвлагалищную ампутацию матки.

Истинное приращение плаценты иногда сочетается с другой акушерской патологией — с предлежанием плаценты (стр. 170). В нижнем сегменте матки децидуальная оболочка тоньше, поэтому здесь можно наблюдать глубокое врастание ворсинок. При кесаревом сечении по поводу центрального предлежания плаценты в случае, если обнаруживается истинное приращение плаценты, для спасения жизни женщины необходимо удалить матку полностью.

У нашей роженицы не было истинного приращения плаценты, и ручным отделением ее мы добились остановки кровотечения.

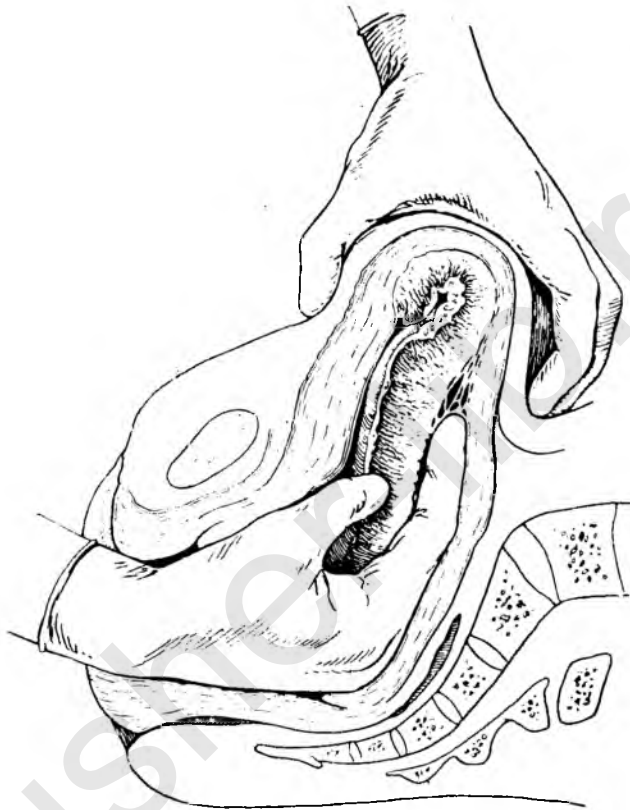


Рис. 117. Ручное отделение последа.

#### *Что делать дальше?*

Добиться сокращения матки, применить соответствующую терапию в связи с анемией. Родильница потеряла около 500 мл крови. Еще до ручного отделения последа артериальное давление снизилось до 80/60 мм. Поэтому, чтобы поднять его, мы перелили 250 мл донорской крови; артериальное давление поднялось до 110/80 мм. В послеродовом периоде у родильницы осложнений не было и на 10-й день она выписана со здоровым ребенком.

**Краткий эпикриз.** Г. К., повторнородящая; срочные роды; в анамнезе 3 аборта. Первый и второй периоды родов нормальные. В течение 2 часов послед не отделялся; затем началось кровотечение, роженица потеряла 500 мл крови. Артериальное давление снизилось до 80/60 мм. Произведено ручное отделение последа, причем оказалось плотное прикрепление плаценты. Кровотечение прекратилось. Произведена трансфузия крови. Со-



стояние родильницы улучшилось, артериальное давление поднялось до 110/80 мм. Послеродовой период прошел гладко, родильница выписана на 10-й день со здоровым ребенком.

## АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Г. З., 33 лет, повторнородящая; поступила в родильный дом 19/XII 1955 г. в 0 часов 20 минут с родовой деятельностью, начавшейся 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа назад. Имела 3 беременности: одни роды и два аборта. Последняя беременность закончилась абортom в 1954 г.

Последняя менструация с 25/III по 28/III. Консультацию посещала акуратно; проведены занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Артериальное давление в последнем месяце беременности 120/90 мм. Моча при повторных анализах нормальная. Таз нормальный; положение плода продольное, предлежит головка над входом таза.

При поступлении в родильный дом артериальное давление несколько повышенное — 145/90 мм; моча нормальная; группа крови А(II).

Итак, поступила повторнородящая с регулярной родовой деятельностью и неотшедшими водами. Схватки средней силы, по 25 секунд через 10 минут, проходят безболезненно.

В 3 часа 30 минут дежурный врач произвел влагалищное исследование: вход во влагалище свободный, шейка матки сглажена, открытие на 4 пальца, плодный пузырь напряжен, головка в широкой части полости малого таза.

*Что делать?*

Вскрыть плодный пузырь.

Так и поступил дежурный врач во время исследования. После вскрытия пузыря отошли светлые воды в умеренном количестве и стало легче определить положение головки: стреловидный шов располагается в правом косом размере, малый родничок спереди слева, большой — справа сзади. Вследствие того что головка опустилась ниже после вскрытия плодного пузыря, у роженицы началась потужная деятельность. 19/XII в 4 часа родился мальчик весом 3500 г; сразу закричал.

Через полчаса, в 4 часа 30 минут, самостоятельно отошел послед: детское место без видимых дефектов, оболочки все; кровопотеря 200 мл; промежность цела.

Врач, памятуя о некотором повышении артериального давления у роженицы при поступлении, повторно проверил артериальное давление, которое было равно 145/80 мм.

*Как расценивать роды, долго ли они продолжались?*

Схватки начались в 22 часа, следовательно, общая продолжительность родов 6 часов 30 минут. Роды прошли относительно быстро и окончились как будто благополучно.

Так и считал дежурный врач.

Женщина находится еще в родовой комнате. Через 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа после родов при осмотре родильницы матка оказалась большой, мягкой, распутившейся и при надавливании из нее выделилось 200 мл крови; применен массаж матки и при этом выделилось еще 200 мл крови.

*Что случилось?*

Это уже большая кровопотеря. Мало того, вскоре женщина потеряла еще 100 мл. В общей сложности она потеряла около 700 мл. Такая кровопотеря является уже опасной.

*Какая может быть причина кровотечения после рождения последа?*

1. Атония матки.
2. Разрыв шейки матки.
3. Задержка частей последовой ткани.

*Какая же причина кровотечения у данной родильницы?*

Разрыв шейки матки, по всей вероятности, нужно исключить (стр.231), так как при нем кровотечение началось бы раньше. Иногда кровотечение при разрыве шейки матки начинается даже во втором периоде родов. Однако для исключения разрыва шейки матки необходимо последнюю осмотреть

с помощью зеркал, что и было немедленно сделано. Исследование показало, что шейка цела.

Остаются еще два предположения: либо это атония матки, либо задержка части плаценты. Послед цел, никаких сомнений не вызывает. Поэтому вероятнее всего у родильницы имеется атоническое кровотечение.

*Чтобы окончательно выяснить причину кровотечения, не следует ли произвести ручное обследование полости матки?*

Если послед при внимательном осмотре (стр. 208) цел, т. е. детское место не надорвано, поверхность его гладкая, оболочки целы, а матка большая, распутившаяся, то это характерно для атонии матки. Тем не менее и в этом случае нужно обследовать полость матки и провести весьма эффективное мероприятие — массаж матки на кулаке.

У родильницы дежурный врач произвел ручное обследование полости матки (плацентарной ткани не обнаружено) и массаж матки на кулаке (см. рис. 114). Матка сократилась хорошо и кровотечение прекратилось. Через 5 минут вновь возобновилось кровотечение. Применен массаж матки через брюшную стенку, подкожно был введен 1 мл эрготина. Кровотечение прекратилось.

По-видимому, это было атоническое кровотечение.

*Какая может быть этиология атонии матки?*

Зная этиологические факторы, мы можем предупредить, предугадать кровотечение.

Атоническое кровотечение чаще наблюдается:

- 1) после родов с многоплодной беременностью;
- 2) после родов с многоводием;
- 3) после рождения крупного плода;
- 4) после родов, протекающих с вторичной родовой слабостью, с повышением температуры тела.

Все эти моменты могут обусловить атоническое кровотечение. Однако у наблюдаемой нами родильницы они не были установлены.

Следует помнить, что перенесенные аборт могут способствовать атоническому кровотечению при последующих родах. У данной роженицы было два аборта; последний был недавно; известную роль он мог сыграть в этиологии данного кровотечения.

Обычно при атоническом кровотечении матка бывает дряблой целиком. В некоторых случаях наблюдается отсутствие ретракции только в области плацентарной площадки. Все остальные отделы матки сокращены удовлетворительно и только в одном участке отмечается размягчение. Из зияющих сосудов несокращающейся плацентарной площадки продолжается кровотечение. Такая местная атония матки носит название паралича плацентарной площадки (рис. 118). Встречается, правда, сравнительно редко, атоническое кровотечение, связанное с чрезмерным растяжением нижнего сегмента матки (рис. 119), при отсутствии сокращения стенок его. Подобные кровотечения требуют немедленной операции — удаления матки.

*Какое чаще встречается кровотечение: в связи с задержанием кусочков плаценты или атоническое кровотечение?*

Было время, когда причину удлинения времени родов объясняли только наличием у роженицы узкого таза, а кровотечение после родов — задержкой кусочка плаценты в полости матки и игнорировали физиологические факторы. Теперь известно, что кровотечения после выделения последа значительно чаще бывают при недостаточной сократительной деятельности матки, что наиболее частыми являются именно атонические кровотечения.

*Что в первую очередь нужно предпринять при атоническом кровотечении?*

Опорожнить мочевой пузырь.

Опорожнение мочевого пузыря имеет большое значение для повышения сократительной способности матки. Иннервация мочевого пузыря и матки осуществляется тазовым сплетением; когда создаются условия для сокращения мочевого пузыря, поднимается и тонус матки.

*Можно ли при атоническом кровотечении, если женщина сама помочиться не может, прибегать к катетеризации мочевого пузыря?*

Можно и должно.

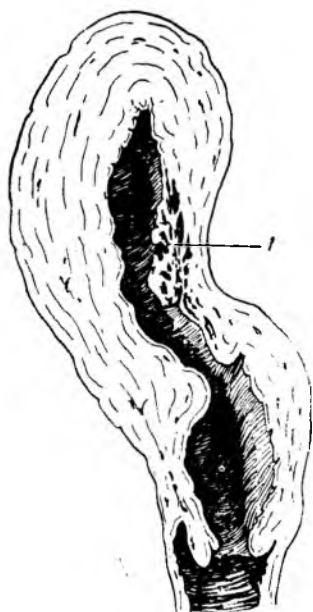


Рис. 118. Паралич плацентарной площадки.

1—зияющие сосуды в атрофичной мускулатуре плацентарной площадки.

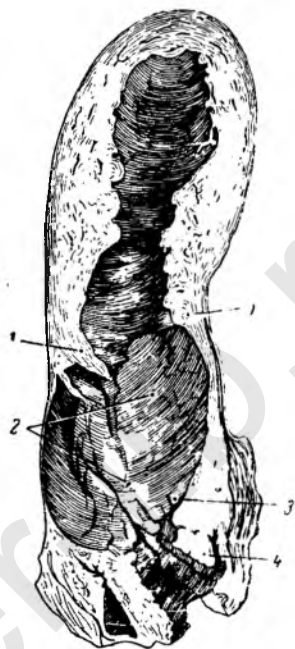


Рис. 119. Кровотечение из чрезмерно растянутого нижнего сегмента матки.

1—ретракционное кольцо; 2—чрезмерно растянутый нижний сегмент; 3—внутренний зев; 4—наружный зев.

С. Д. Астринский при атонических кровотечениях предлагает вводить в мочевой пузырь катетер, оставляя его там на несколько минут. Раздражение катетером нервных окончаний мочевого пузыря рефлекторно вызывает сокращения матки.

У разбираемой родильницы перед ручным обследованием полости матки мочу спустили катетером; выделено 400 мл мочи.

*Что делать дальше?*

Комплекс мероприятий до остановки кровотечения: 1) вывести матку в срединное положение и произвести снаружи легкий массаж ее; 2) сделать ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке; 3) положить холод на низ живота; 4) прижать брюшную аорту и др.

Массаж матки — прекрасный метод и его следует рекомендовать для применения. Нельзя забывать о некоторых деталях — предварительно вывести матку в срединное положение; при массаже выдавливаются сгустки крови.

Следует помнить о массаже матки по Г. Г. Гентеру, при котором женщину переводят в положение с незначительно приподнятым тазом (положе-

ние Тренделенбурга), захватывают одной рукой матку в области нижнего сегмента и оттягивают ее к пупку (рис. 120). Вследствие этого натягиваются широкие связки и проходящие в них сосуды и кровоснабжение матки уменьшается. Другой рукой производят легкое массирование по дну матки. Этот



Рис. 120. Сжатие сосудов матки с одновременным приподниманием ее и массажем.

метод прост и эффективен. Массаж на кулаке производят обычно попутно с ручным обследованием (см. рис. 114).

В старых учебниках вы найдете рисунки женщины с перетянутой до отказа талией с помощью резинового жгута (Момбурга). Сейчас не накладывают жгута на брюшную аорту, потому что при тугом наложении жгута (а только при этом можно рассчитывать на эффект) может произойти повреж-



Рис. 121. Прижатие брюшной аорты с помощью валика.

дение внутренних органов, да и затянуть кругом талии жгут, чтобы он прижал брюшные крупные сосуды к позвоночнику, крайне трудно. В настоящее время с подобной целью применяют прижатие брюшной аорты кулаком. Прижимают аорту кулаком одной руки, а второй рукой, обхватив первую руку в запястье, усиливают давление (см. рис. 113). Можно иногда прибегнуть к наложению валика, как указано на рис. 121.

*Следует ли применить орошение матки горячей водой?*

В свое время в акушерстве применялись горячие души, орошения матки с помощью специальных наконечников с обратным током. В настоящее время подобные орошения не производят, потому что при орошении полости матки промывная жидкость может попасть в трубы и брюшную полость; при промывании легко можно перенести инфекцию из нижних отделов, из шейки, в вышележащие.

*Какие применяются медикаментозные средства с целью вызвать сокращения матки?*

Для этой цели применяется эрготин и питуитрин. Эрготин вводят подкожно в количестве 1 мл. Если это количество не окажет действия, то через 15 минут подкожно вводят еще 1 мл.

Питуитрин вводят подкожно, внутривенно, в шейку матки. Для получения наиболее быстрого и длительного эффекта предложено вводить питуитрин внутривенно капельным путем вместе с кровью, вводя на 250 мл крови 1 мл питуитрина, при медленном введении (А. Ю. Лурье).

Наблюдаемой нами больной питуитрин вводить не следует, так как у нее небольшая гипертензия. В таких случаях нужно пользоваться в первую очередь эрготином, и только при отсутствии эффекта ввести 1 мл питуитрина подкожно.

*Какие лекарственные средства применяются в борьбе с атоническим кровотечением?*

В борьбе с атоническим кровотечением применяется хлористый кальций.

Хлористый кальций имеет широкое применение в гинекологической практике. Действительно, он способствует уменьшению гинекологического кровотечения; атонические же профузные кровотечения остановить он не может ни при введении *per os*, ни внутривенно.

Внутривенное введение хлористого кальция не следует применять при пониженном артериальном давлении, при острой анемии; при тяжелых кровотечениях его применяют только внутриаптериально, вместе с внутриаптериальным нагнетанием крови (Л. С. Персианинов).

*Какие еще существуют методы борьбы с атоническим кровотечением?*

Тампонация матки. Для этого пользуются 3—4-слойным марлевым тампоном, густо смоченным физиологическим раствором или эфиром. При обнаженной зеркалами шейке матки (рис. 122) тампон вводят в матку. Тампонацию с физиологическим раствором можно рассматривать как временную меру, необходимость которой возникает, чтобы выиграть время перед хирургическим вмешательством. В ряде случаев и сама тампонация приводит к остановке кровотечения. Тампон, смоченный эфиром, вводят на короткий промежуток времени, на 5—10 минут, затем его удаляют; рефлекторно в связи с раздражением парами эфира и холодом интэрорецепторов матка сокращается. Тампонацию матки можно производить и рукой, как указано на рис. 123.

*Не окажет ли эфир прижигающего действия на внутреннюю поверхность полости матки?*

Ткани матки сравнительно легко переносят воздействие эфира; эфир раньше при операциях вливали даже в брюшную полость.

Прав был Д. О. Отт, который говорил, что при атонии матки нужно добиваться ее сокращения, а если матку затампонировать, мы тем самым мешаем ей сократиться. Для того чтобы затампонировать матку, требуется очень строгое соблюдение правил асептики, а они в таких случаях очень часто нарушаются. Это способствует тому, что после тампонации у женщины может развиться септический процесс. Многие акушеры отказались теперь от тампонации матки ввиду малой эффективности этого метода.

При тяжелых атонических кровотечениях перечисленные выше терапевтические методы могут иногда оказаться недостаточными; в этих случаях рекомендуется прибегать к хирургическим методам.

*Какие существуют хирургические методы борьбы с атоническим кровотечением?*

1. Наложение клемм по Генкелю—Тиканадзе.
2. Удаление всей матки или надвлагалищная ампутация ее.

Для наложения клемм влагалище открывают зеркалами, шейку пулевыми щипцами низводят ко входу влагалища и на боковые своды по направлению к шейке накладывают крепкие двузубцы или кишечные жомы (рис. 124). Наложение клемм на параметрии производится вслепую, при

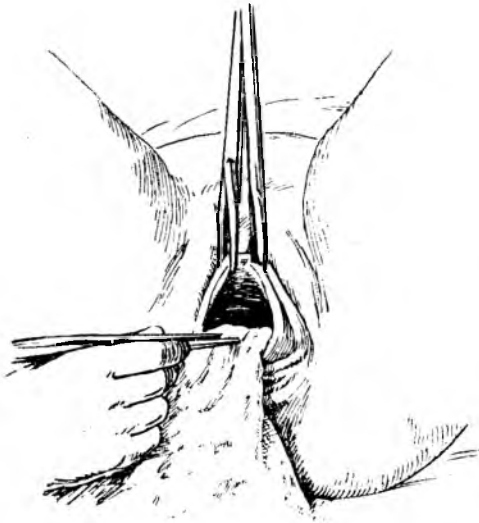


Рис. 122. Тампонация матки.

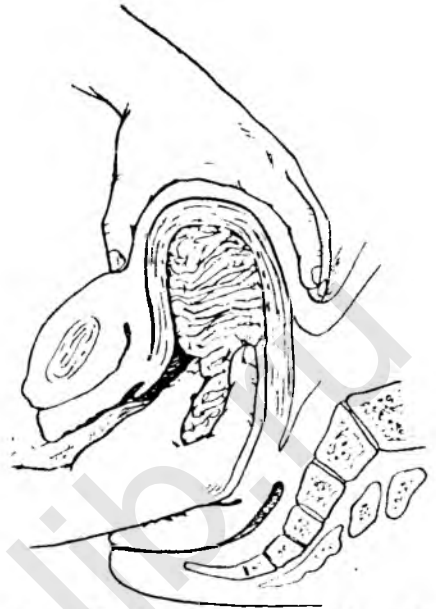


Рис. 123. Тампонация матки (рукой).

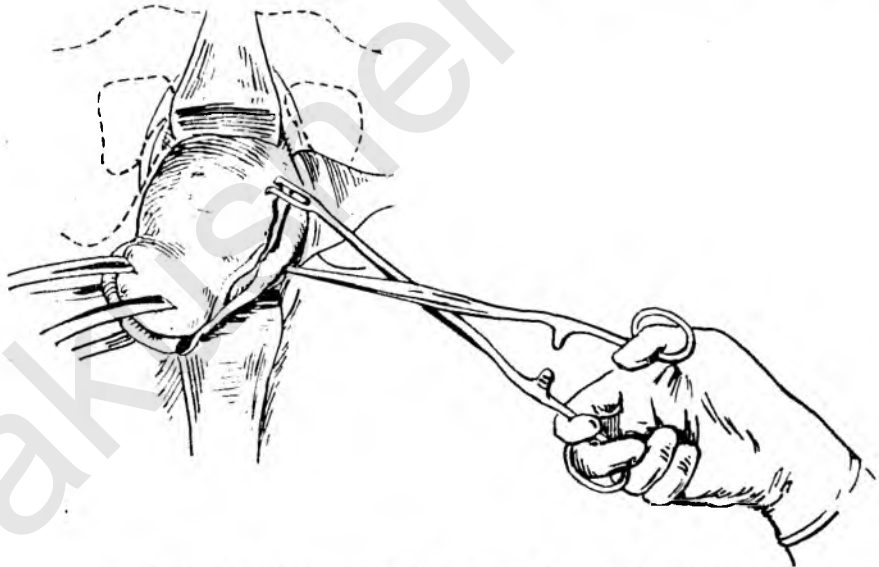


Рис. 124. Наложение клемм по Генкелю—Тиканадзе.

этом можно легко травмировать мочеточники. Поэтому данный метод не нашел широкого распространения.

Пятый пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи рекомендовал при неподдающихся обычной терапии атонических кровоте-

чениях переходить без промедления к надвлагалищной ампутации матки. И. Ф. Жордания, Уотерс (Waters) рекомендуют при атонии матки перевязывать маточные артерии.

*Не вызовет ли такая перевязка некроз матки?*

Нет, не вызовет. Опубликованы случаи перевязки маточных артерий с благоприятным исходом. Имеются ведь анастомозы, идущие от яичниковой артерии; кроме того, есть анастомозы с влагалищной ветвью. Кровоснабжение матки при беременности лишь на 10% осуществляется за счет влагалищных веточек и анастомозов с яичниковой артерией. Главные стволы кровоснабжения — маточные артерии, они обеспечивают 90% кровоснабжения матки. Поэтому перевязка маточных артерий может обеспечить остановку атонического кровотечения.

Следует подчеркнуть, если рано начинают вести борьбу с наступающей при этом анемией, рано производят трансфузию крови, обычно получают быстрый эффект, состояние организма улучшается, восстанавливается функция коры головного мозга и матка сокращается. Тяжелые атонические кровотечения наблюдаются чаще тогда, когда поздно начинают борьбу с малокровием. Наша задача — предупреждать наступление острого малокровия и коллапса.

Вернемся к нашей родильнице; у нее развились признаки острой анемии.

*Какая это степень кровопотери—компенсированная или декомпенсированная?*

Основным показателем декомпенсированной кровопотери является падение артериального давления; оно у нашей родильницы упало до 100/75 мм. Вы скажете, что это нормальное артериальное давление. Да, но оно ведь снизилось почти на 45 мм от исходного, у женщины появилась выраженная бледность кожных и видимых слизистых покровов. Учитывая бывшую гипертонию, нужно сказать, что это значительное снижение артериального давления.

*Что нужно предпринять?*

1. Изменить положение женщины (вынуть подушку из-под головы), придать горизонтальное положение.
2. Напоить ее крепким чаем с вином.
3. Произвести переливание крови.
4. Влить физиологический раствор.
5. Ввести сердечные средства.

Родильнице придали горизонтальное положение и произвели трансфузию одногруппной крови в количестве 200 мл. Напоили ее крепким чаем с вином.

После трансфузии состояние женщины улучшилось, артериальное давление поднялось до 120/80 мм.

Физиологический раствор при кровотечениях в родах можно вводить лишь внутривенно, так как подкожные его вливания малоэффективны; даже введенный внутривенно, он быстро выводится из кровяного русла и не может восстановить гемодинамики. Поэтому нужно всегда иметь наготове донорскую кровь и кровезаменяющие жидкости.

*В течение какого времени следует приступить при атоническом кровотечении к вливанию крови или кровезаменителей?*

В течение первых 10—15 минут.

Если рассчитывать только на свежеситратную донорскую кровь, можно потратить на ее получение полчаса и даже час. Поэтому всегда нужно иметь наготове и консервированную кровь, сухую плазму или кровезаменяющую жидкость.

*Какова опасность кровотечения в родах?*

Кровотечения обуславливают очень высокий процент материнской смертности в родах. Поэтому все родильные отделения и участковые больницы должны быть готовы к оказанию экстренной помощи при кровотечениях (иметь всегда в запасе консервированную кровь, кровезаменяющие жидкости, сухую плазму).

*Если бы у данной роженицы имелась не только гипертензия, но и альбуминурия и отеки, т. е. была клиническая картина нефропатии, можно было бы ей перелить кровь?*

Практика показывает, что беременные, страдающие нефропатией, переносят трансфузию крови без особых осложнений.

Показателем степени анемии является анализ крови, при этом истинную картину анемизации дает анализ на 3-й день.

Анализ крови родильницы от 22/XII показал: гемоглобина 7,2 г% (43 единицы), эритроцитов 2 620 000, лейкоцитов 12 000, отмечается анизопойкилоцитоз.

*Какой можно сделать вывод из данного анализа?*

Кровопотеря была действительно большой. Анализ крови говорит о значительной постгеморрагической анемии.

*Что делать?*

1. Перелить повторно кровь.
2. Перелить эритроцитную массу.

Последнее предложение правильнее, потому что не хватает эритроцитов, а плазма поступила в русло из тканевой жидкости. Поэтому здесь предпочтительнее трансфузия эритроцитной массы. Так и было сделано; 24/XII перелита эритроцитная масса в количестве 225 мл. После этого женщина стала чувствовать себя лучше, матка сокращалась хорошо, выделения были нормальными, и родильница была выписана на 10-й день после родов со здоровым ребенком.

*Была ли допущена какая-либо ошибка при ведении этих родов?*

За этой женщиной было недостаточно наблюдение; ведь кровотечение было замечено только через 1½ часа после гхождения последа. Не было своевременного и правильного контроля за изменением высоты стояния дна матки, за характером сокращения матки. В матке скопились сгустки крови, и это поддерживало атонию матки. Это еще раз доказывает, что в первые 2—3 часа после родов женщина нуждается в неослабном наблюдении.

**Краткий эпикриз.** Г. З., 33 лет, повторнородящая, поступила в родильный дом с родовой деятельностью. При обследовании была обнаружена гипертензия (артериальное давление 145/90 мм). Первый, второй и третий период родов прошли нормально. Через 1 час 30 минут после выделения последа обнаружено атоническое кровотечение (общая кровопотеря составила 700 мл), артериальное давление снизилось до 100/75 мм. Была обследована полость матки, проведен массаж матки на кулаке, внутримышечно введен эрготин, перелито 200 мл крови.

Быстро принятые меры против атонии матки и одновременно против угрозы развития коллапса путем трансфузии крови привели к остановке кровотечения и к улучшению состояния родильницы. Выписана на 10-й день с ребенком. Ошибка при ведении родильницы — недостаточно внимательное наблюдение в первые часы после выделения последа.

## РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ

Г. С., 22 лет, первородящая, поступила в родильный дом 11/IV 1955 г. в 4 часа 20 минут с частыми схватками, которые начались 10/IV в 23 часа.

Менструации с 15 лет, по 3—4 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные. Замужем с 21 года. Последняя менструация с 5/VII по 7/VII 1954 г. Роды в срок. Воды отошли дома 4 часа назад.



При поступлении температура нормальная, пульс 88 ударов в минуту, артериальное давление 110/60 мм. Со стороны внутренних органов отклонений не отмечено. В моче белка нет. Размеры таза нормальные. Положение плода продольное, вторая позиция, предлежит головка малым сегментом во входе малого таза. Родовая деятельность хорошая.

В 11 часов началась потужная деятельность, а в 12 часов 30 минут родился мальчик весом 3800 г, длиной 51 см.

Через 10 минут после рождения ребенка началось кровотечение, сразу выдилось около 200 мл крови и самостоятельно родился послед. Детское место без дефектов, оболочки все. Кровотечение не прекратилось.

*Чем вызвано кровотечение, не прекращающееся и после выхождения последа?*

1. Атония матки.
2. Задержавшаяся добавочная долька плаценты.
3. Разрыв шейки матки.

*Можно ли по характеру кровотечения дифференцировать разрыв шейки матки и атонию матки?*

Не всегда, но в ряде случаев можно. При разрыве шейки матки кровь чаще бывает алого цвета и течет струйкой, матка хорошо сокращена. Перечисленные признаки являются типичными для разрыва шейки матки.

При разрыве шейки матки кровотечение начинается обычно сразу же после рождения плода или даже во втором периоде родов; в периоде изгнания кровотечение бывает незначительным, так как головка в это время придавливает шейку к стенкам таза, тампонирует разорванный сосуд.

Разрывы шейки матки при родах происходят сравнительно часто. У первородящих всегда наблюдаются небольшие надрывы, оставляющие впоследствии на этих местах рубцовые втяжения.

Однако далеко не всегда надрывы и даже более глубокие разрывы шейки матки сопровождаются значительными кровотечениями. Так, разрывы шейки матки, имеющие глубину 1 см, нами обнаружены у 27,1% родильниц. Большинство этих разрывов проходило бессимптомно, без кровотечения. По данным Е. П. Бондаревской, в 61% всех выявленных разрывов шейки матки отмечалось кровотечение, не превышающее 300 мл, и только в 16% из всех родильниц с разрывами шейки матки кровопотеря была более 500 мл.

*Существует ли строгая зависимость между степенью кровотечения и величиной разрыва?*

Можно было бы думать, что небольшие, неглубокие разрывы шейки матки либо совсем не сопровождаются кровотечением, либо сопровождаются, но незначительным, а большие разрывы сопровождаются сильным кровотечением. Но это не совсем так.

Даже большие разрывы, доходящие до свода, могут иногда не сопровождаться значительным кровотечением. Степень кровопотери при разрывах шейки матки зависит не от глубины разрыва, а от калибра поврежденных сосудов. Разрыв может пройти по участку, лишенному больших сосудов; он может пройти даже там, где их очень мало. Если, например, губа шейки была прижата головкой, то сосуды могут затромбироваться и даже глубокий разрыв может не сопровождаться кровотечением. Если же разрыв захватывает большую ветвь сосуда, то и при неглубоком разрыве начинается сильное и опасное для жизни кровотечение.

*Как окончательно установить диагноз?*

При предположении возможности разрыва шейки матки необходимо немедленно осмотреть шейку с помощью зеркал. Набор инструментов, необходимых для осмотра и зашивания разрыва шейки матки, имеется в родильном зале всегда в готовом виде.

Большое значение при осмотре шейки матки, как и при всех влагалищных операциях, имеет хорошее освещение. При осмотре влагалища

с помощью зеркал нужен помощник, который растягивает зеркалами влагалище и таким образом обнажается шейка матки и обнаруживается разрыв ее. Для этого осмотра требуется широкое зеркало (нижнее) и боковые зеркала или, если таковых нет, подъемники.

Сейчас же после родов растянутая шейка свисает и не сразу можно увидеть разрыв; поэтому приходится постепенно, последовательно перехватывать шейку отдельными щипцами, чтобы обнаружить разрыв. Необходимо по возможности низвести шейку ко входу во влагалище; этому можно помочь, надавливая через брюшную стенку на дно матки, что делает помощник.

У роженицы мы осмотрели шейку матки с помощью зеркал и при этом обнаружили значительные с двух сторон разрывы шейки; справа разрыв доходил до свода, а слева — до середины влагалищной части.

Итак, окончательный диагноз: кровотечение, связанное с разрывом шейки матки.

*Отчего мог возникнуть разрыв шейки матки у данной роженицы?*

Разрывы шейки матки, по Вербову, происходят тогда, когда круговые мышцы матки начинают сокращаться еще до полного раскрытия шейки. Иногда разрывы шейки матки наблюдаются в тех случаях, когда женщина начинает тужиться раньше, чем наступает полное раскрытие наружного зева.

Как и разрывы матки (стр. 250), разрывы шейки могут быть и насильственными: при наложении щипцов, краниоклазии, извлечении плода за тазовый конец, при неполном раскрытии шейки матки.

Особенно опасно в этом смысле чрезмерное потягивание и тем более извлечение плода при предлежании плаценты; такими манипуляциями можно получить очень глубокий разрыв шейки с сильнейшим кровотечением (стр. 162).

Никаких операций у наблюдаемой нами роженицы не производилось и поэтому насильственный разрыв исключается.

По данным Е. П. Бондаревской, у пожилых первородящих разрывы шейки матки имели место в 40%; при длительных родах — в 49%; при преждевременном отхождении вод — в 41%; при крупном плоде — в 37,5%.

В этиологии разрыва шейки матки играет роль ее ригидность, неподатливость (стр. 275). Грубое пальцевое расширение шейки матки при ее ригидности может повести к разрыву шейки.

Таковы основные этиологические факторы разрыва шейки.

У данной роженицы роды первые, протекали сравнительно быстро. Можно предположить, что у нее потуги начались раньше полного раскрытия; роды сравнительно крупным плодом (весом 3800 г), что при энергичной родовой деятельности могло привести к разрыву шейки матки. Известную роль могло сыграть и раннее отхождение вод.

Расположение разрыва может быть различное. Разрывы шейки матки могут быть боковые, по передней или задней губе; редкая форма — это циркулярный отрыв шейки, ампутация ее. Еще более редкая форма разрыва — с образованием влагалищно-шеечной фистулы; происходит это в том случае, если шейка растягивается, а наружный зев остается неподатливым. В подобном случае разрывается задняя стенка шейки и предлежащая часть плода рождается непосредственно в задний свод. Иногда образование подобной фистулы мы наблюдаем у женщин при поздних абортах.

Разрывы шейки матки могут быть различной величины: маленькие, захватывающие небольшой отрезок влагалищной части, и большие, достигающие до влагалищного свода. Разрывы могут распространяться и выше свода, т. е. переходить на надвлагалищную часть. Это так называемые опасные разрывы, по Г. Г. Гентеру; их также называют проникающими разрывами, так как они проникают в окологеечную клетчатку.

Как известно, в шейке различают две части (Р. Гросс): влагалищную и надвлагалищную; эти части отличаются друг от друга; процесс раскрытия их совершается различно. Различно и клиническое течение разрыва: одно— когда захватывается только влагалищная часть шейки, и другое — когда разрыв переходит на надвлагалищную часть. Эти последние клинически протекают, как разрывы матки (стр. 251).

*Какое лечение следует провести у данной родильницы?*

Надо зашить имеющийся разрыв шейки матки (trachelorrhaphia) (рис. 125 и 126).

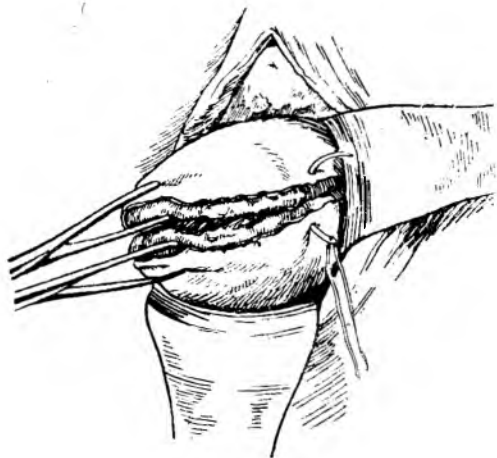


Рис. 125. Разрыв шейки матки. Осмотр шейки с помощью зеркала. Наложение первого шва в пределах видимости разрыва.

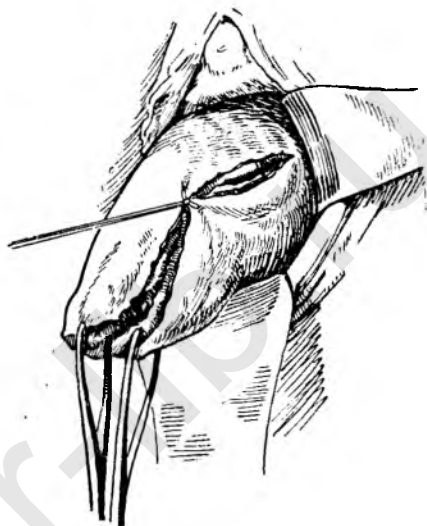


Рис. 126. Зашивание разрыва шейки матки. Первым швом пользуются как «держалкой» для низведения верхнего края разрыва.

Швы обычно накладывают кетгутовые; при этом избегают проводить иглу через слизистую шеечного канала.

*Где и как накладывается первый шов при разрыве шейки матки?*

В борьбе с кровотечением при разрыве шейки матки основным является шов, наложенный у основания разрыва на разорванный, кровоточащий сосуд. Поэтому первый шов и нужно наложить на вершину разрыва.

*Всегда ли это можно сделать?*

Нет, не всегда. Даже при известном опыте не всегда удается наложить первый шов на вершину разрыва; тогда накладывают первый шов, не теряя времени, там, где можно развернуться иглой, например на середине разрыва, завязывают этот шов и, натягивая за несрезанные концы лигатуры (см. рис. 126), идут выше, накладывают второй шов и так доходят до конца разрыва. Остановив таким образом кровотечение, накладывают потом швы на нижние и другие отделы разрыва.

Так мы наложили швы и у наблюдаемой нами родильницы. Кровотечение остановилось.

Общая кровопотеря достигала 500 мл (300 мл после выхождения последа). Родильница бледна, пульс 96 ударов в минуту, слабого наполнения.

Надо полагать, что все согласны с тем, что показана трансфузия крови.

Перелито 250 мл донорской крови 0(I) группы. Послеродовой период протекал нормально; родильница выписалась на 13-й день с ребенком. Перед выпиской с помощью осторожно введенных зеркал была осмотрена шейка; заживление хорошее.

Благодаря своевременному правильному диагнозу, проведенной правильно терапии все закончилось благополучно.

Как мы указывали, иногда разрыв шейки матки распространяется выше свода и проникает в околошеечную клетчатку — проникающий разрыв шейки матки. Шейка окружена большим влагалищно-шеечным нервным сплетением. Поэтому при высоко распространяющемся разрыве наблюдается резкое раздражение нервных окончаний, что в сочетании даже с небольшим кровотечением может вести к развитию тяжелого шока, иногда приводящего к летальному исходу.

*Как можно и нужно зашивать разрыв, переходящий за свод? Можно ли со стороны влагалища наложить швы на разрыв, идущий выше свода?*

Для того чтобы зашить разрыв, переходящий на надвлагалищную часть матки, нужно, как это предлагали некоторые авторы, вскрыть передний свод в месте его перехода на шейку, отсепаровать мочевой пузырь кверху; тогда обнажится надвлагалищная часть и можно будет зашить разрыв. Однако эта операция сложна. Лучше избрать в таком случае другой путь — чревосечение. Наши наблюдения (Я. Х. Скуя) показали, что при разрывах шейки, переходящих на нижний сегмент, показано чревосечение; попытки зашивать их снизу кончаются летальным исходом.

При чревосечении в подобных случаях обычно приходится удалять матку, так как найти в глубине клетчатки кровоточащий сосуд очень трудно. Нужно к тому же помнить, что при плохо зашитых проникающих разрывах шейки матки возможны опасные кровотечения и в послеродовом периоде (даже на 15—17-й день); в этих случаях родильницу может спасти только экстирпация матки.

Как видите, разрывы шейки матки могут дать опасные кровотечения, поэтому в родильных домах имеется всегда наготове стерильный набор инструментов для зашивания шейки.

Разрывы шейки матки, как отмечалось выше, могут и не сопровождаться значительным кровотечением, и совсем не давать кровотечения, несмотря на глубокую раневую поверхность. Оставаясь незащитыми, такие разрывы ведут в будущем к деформации шейки, к вывороту, предрасполагают к длительному течению воспалений, эрозий. В дальнейшем глубокие разрывы шейки матки, не зашитые после родов, могут вести к самопроизвольному аборту и преждевременным родам.

Не зашитые своевременно глубокие разрывы шейки матки требуют в дальнейшем проведения пластических операций на шейке матки. Чтобы это предупредить, рекомендуется осматривать с помощью зеркал шейку матки сейчас же после выхождения последа.

Если такое мероприятие по условиям работы стационара выполнить невозможно, то, как правило, необходимо осматривать шейку матки после всех оперативных родов: наложение щипцов, поворот на ножку с последующим извлечением, после родов в тазовом предлежании плода, после родов с длительным безводным промежутком.

Осмотр шейки матки с помощью зеркал имеет большое значение в предупреждении заболеваний шейки, способствует предупреждению предраковых заболеваний шейки матки.

**Краткий эпикриз.** Г. С., 22 лет, первородящая, роды осложнились кровотечением в третьем периоде вследствие разрыва шейки матки. Разрыв был своевременно распознан путем осмотра шейки с помощью зеркал и зашит. Произведено переливание 250 мл крови; послеродовой период прошел без осложнений. Выписана на 13-й день в хорошем состоянии с ребенком.

## РОДОВОЙ ШОК

Р. К., 38 лет, повторнородящая, поступила в клинику 20/II 1955 г. в 11 часов дня со слабыми схватками.

Менструации с 17 лет, по 6—7 дней через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет; беременность 14-я; родов 10, выкидышей 3, из них 2 самопроизвольных.

Отмечает, что первые двое родов осложнились ручным отделением последа; остальные сопровождались значительным кровотечением, при некоторых из них производилась трансфузия крови. Последние, 10-е, роды были 2 года назад (двойня). После родов болела воспалением почек. Настоящие роды 11-е, в срок.

Со стороны легких и сердца отклонений от нормы не отмечается; артериальное давление 130/85 мм, кровь I(0) группы.

Таз нормальный; окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 34 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу малого таза, сердцебиение плода ясное. Воды не отошли.

13 часов — схватки редкие, через 12—15 минут по 30—40 секунд, слабо болезненные.

15 часов — схватки стали хорошей силы, через 4—5 минут, по 40—50 секунд, умеренно болезненные. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту.

17 часов — влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева около 3 пальцев, плодный пузырь цел, предлежит головка большим сегментом во входе малого таза; крестцовая впадина свободна в нижней половине.

18 часов 30 минут отошли воды в небольшом количестве, зеленоватого цвета. Роженица боится кровотечения.

18 часов 40 минут родился мальчик весом 3400 г, длиной 50 см, сразу закричал. Через 5 минут самостоятельно отошел послед; плацента цела, оболочки все. Кровопотеря небольшая — 100—150 мл.

Матка плотная, хорошо сократилась и врач даже написал: «матка плотная, как камень», дно матки стоит на 3 поперечных пальца ниже пупка. Выделилось еще около 100 мл крови.

Через 15 минут — в 18 часов 55 минут — роженица почувствовала слабость. пульс стал мягкий — 86 ударов в минуту. Артериальное давление снизилось до 90/50 мм.

### *Что случилось?*

Потеря крови у данной роженицы в пределах физиологической нормы (200 мл), но, возможно, мы имеем дело с организмом, неустойчивым в отношении кровопотери. В первую очередь нужно все же подумать об атоническом кровотечении. Наружное кровотечение отсутствует, матка хорошо сократилась.

Целость плаценты не вызывает сомнений; поэтому показаний к ручному обследованию матки нет, и врач решил провести терапию, показанную при атонических кровотечениях: введение 1 мл питуитрина под кожу; холод на низ живота; переливание крови, так как артериальное давление упало.

Роженице перелили 200 мл крови группы 0(1), ввели глюкозу, кофеин и дали кислород. Состояние роженицы улучшилось. Артериальное давление поднялось до 100/60 мм, пульс 80 ударов в минуту, среднего наполнения. Матка плотная, кровотечения нет.

Таким образом, мы получили известный эффект и можем надеяться, что роды прошли благополучно.

Однако в 19 часов 30 минут, т. е. через 45 минут после отхождения последа, состояние роженицы вновь ухудшилось: она пожаловалась на сильную слабость, появился цианотичный оттенок кожных покровов лица, пульс слабого наполнения, артериальное давление упало катастрофически до 50/20 мм. Кровотечения нет.

Поскольку нет кровотечения и матка хорошо сократилась, мы исключили диагноз атонического кровотечения.

*Что же у данной роженицы? Может быть, это острая сердечная недостаточность?*

Действительно, в акушерской практике подобное состояние можно связать с нарушением сердечной деятельности.

Однако пороки сердца во время беременности и после родов (стр. 34) дают совершенно другую клиническую картину. Еще во время беременности

развиваются явления недостаточности кровообращения: появляется одышка, кашель, мокрота с кровью; женщина не может лежать, она только сидит, появляются отеки, увеличивается печень.

*Может быть, это приступ стенокардии или инфаркт миокарда?*

Нет. Эти осложнения дают другую картину: сопровождаются болями в загрудинной области, в области сердца. У наблюдаемой нами родильницы этого нет.

В анамнезе также не имеется указаний на патологию сердца. При поступлении со стороны сердца изменений не обнаружено, и поведение женщины при родах не давало оснований думать о пороке сердца.

*Что же имеется у данной родильницы?*

Дно матки стоит на 3 поперечных пальца ниже пупка, кровотечения нет, предположение об атоническом кровотечении отпадает — имеется картина шокового состояния.

*Что могло обусловить наступление шока в родах?*

1. Разрыв матки.
2. Выворот матки.
3. Родовой акт.

*Можно ли предположить у наблюдаемой родильницы разрыв матки?*

Может быть, можно. При разрывах шейки, переходящих на нижний сегмент матки, эти разрывы могут дать шок и при самопроизвольном рождении живого плода.

При разрыве матки (стр. 250) имеются симптомы со стороны брюшной стенки; при неполном разрыве кровотечение происходит в широкую связку, появляется некоторая напряженность мышц брюшной стенки, боли при пальпации в подчревной области, небольшой метеоризм, рвота. Однако у данной родильницы все характерные для разрыва матки симптомы отсутствуют.

*Можно ли предположить у нашей больной выворот матки?*

Выворот матки происходит чаще при еще не отделившемся последе. Матка выворачивается вместе с последом, который лежит снаружи от матки в половой щели. Если выворот происходит при выделении последа, при грубом выжимании по Креде—Лазаревичу, то матка будет находиться во влагалище. При вывороте сверху над лоном матка не прощупывается. Таким образом, диагноз выворота также отпадает.

*Быть может, нужно сделать ручное обследование полости матки, чтобы окончательно убедиться, что нет разрыва матки и выворота?*

Нужно помнить, что коллапс в родах чаще всего связан с кровопотерей, а шок — с разрывом матки. Поэтому при малейшем сомнении необходимо произвести ручное обследование матки.

Только при большом акушерском опыте и полной уверенности в отсутствии разрыва матки можно воздержаться от ручного обследования, иначе возможны грубые ошибки.

Матка у наблюдаемой нами роженицы сократилась хорошо. Тем не менее мы решили произвести ручное обследование. Ни разрыва матки, ни выворота ее не обнаружено.

Таким образом, нам остается поставить диагноз родового шока.

*Часто ли бывает родовой шок?*

Нет. Очень редко.

*Какие моменты могут предрасполагать к развитию родового шока?*

1. Длительные роды.
2. Лихорадка в родах.
3. Токсикоз беременности.
4. Эмболия околоплодными водами.
5. Введение питуитрина.

При длительных родах и лихорадке даже при относительно небольшой кровопотере в родах может развиться тяжелый шок. При токсикозах беременности происходящие в крови изменения предрасполагают к шоку. Как известно, при шоке в результате депонирования крови уменьшается масса циркулирующей крови. При токсикозах мы имеем также уменьшение массы циркулирующей крови, т. е. токсикоз сам дает сдвиги, свойственные шоку.

В последнее время при микроскопическом исследовании легких женщин, погибших от родового шока, установлены важные изменения, а именно: в мелких сосудах легких обнаружены элементы, которые обычно находятся в околоплодных водах. Это привело к заключению, что в отдельных случаях может наблюдаться родовой шок в связи с эмболией околоплодными водами и, в частности, меконием.

Такую возможность у данной родильницы исключить нельзя.

При эмболии околоплодными водами последние должны проникнуть в маточные сосуды, где-то должен быть разрыв оболочек и образоваться сообщение между плодным яйцом и системой кровообращения матери.

Иногда шок может быть связан с внутривенным введением питуитрина. В подобных случаях у больной имеется повышенная чувствительность к этому препарату.

*Как объяснить возникновение шока, связанного с применением питуитрина?*

Очевидно, это объясняется тем, что питуитрин вызывает резкий спазм одних и расширение других сосудов.

У данной родильницы шок начался еще до введения питуитрина; следовательно, возникновение шока не связано с введением питуитрина; шок смог лишь углубиться под влиянием введенного питуитрина.

Итак, на основании клинической картины мы пришли к диагнозу родового шока и отклонили предположение коллапса при кровопотере, равно как и шока при травме; последнее, конечно, весьма условно, так как в отдельных случаях даже нормальные роды могут оказаться травмой.

При современных наших сведениях о родовом шоке мы точной этиологии его в отдельных случаях установить не можем.

У данной родильницы шок третьей, а по классификации других авторов—четвертой степени (критерий—артериальное давление). Как видно, состояние ее крайне тяжелое.

*Что нужно предпринять?*

В первую очередь нужно немедленно перелить кровь, так как этот метод остается самым действенным в борьбе с шоком.

*Как нужно переливать кровь?*

При шоке третьей степени нужно перелить 400—500 мл крови внутривенно. Если эффект не будет получен, сейчас же следует перейти на внутриартериальное (В. А. Неговский) нагнетание крови.

Состояние родильницы тяжелое, пульс с трудом сосчитывается; родильница в сознании, но вялая, видимые слизистые цианотичны. Перелито 500 мл крови.

После переливания крови струйным методом артериальное давление поднялось до 80/40 мм; родильница из шока третьей степени была выведена, и вопрос о внутриартериальном нагнетании крови отпал.

*Можно ли на этом остановиться?*

Нет. Нужно продолжать терапию. Несмотря на то, что кровопотери не было (следовательно, не было и потери эритроцитов), хорошо бы перелить кровезамещающую жидкость, так как в связи с шоком уменьшилась масса циркулирующей крови.

Так мы и поступили. Ввели кровезамещающую жидкость в количестве 200 мл. Артериальное давление медленно поднималось.

Теперь для закрепления терапевтического эффекта показано капельное переливание крови.

Капельным путем перелито 250 мл крови и 40 мл 40% раствора глюкозы.

22 часа 30 минут — артериальное давление поднялось до 100/60 мм, пульс 80 ударов в минуту, губы порозовели, женщина стала активнее.

23 часа — состояние удовлетворительное, артериальное давление 100/85 мм.

Таким образом, родильница спасена благодаря правильно и настойчиво проведенной терапии. В родовой комнате родильница пробыла после родов 5 часов, и только тогда ее перевели в послеродовую палату. На следующее утро она была в хорошем состоянии, артериальное давление 135/80 мм.

*Может быть, у кого-нибудь осталось сомнение в правильности диагноза? Может быть, все-таки было пропущено кровотечение? Могут ли решить этот вопрос анализы крови?*

Роды были вечером 20/II. Анализ крови утром 21/II показал: гемоглобина 13 г% (78 единиц), эритроцитов 4 270 000, лейкоцитов 23 300, т. е. имелась очень высокий лейкоцитоз. Следует учесть, что в родах обычно наблюдается повышение числа лейкоцитов. Кроме того, женщине была перелита повторно кровь, это также могло обусловить значительный лейкоцитоз. Тромбоцитов 188 300, сывороточный белок 5,94 г%, т. е. имелась незначительная гипопроотеинемия. Удельный вес крови оказался нормальным (1053).

Анализ крови у нашей родильницы исключают кровопотерю.

*Являются ли правильным отражением произошедшей кровопотери анализы крови через 12 часов после кровотечения?*

Более показательны последующие анализы крови.

На 3-й день (23/II) анализ крови: гемоглобина 11 г% (66 единиц), эритроцитов 3 820 000, сывороточного белка 6,88 г%, удельный вес крови 1056.

*Что показали эти анализы крови?*

Они свидетельствуют о том, что нет оснований говорить об анемии.

22/II анализа мочи: белка 0,33‰, лейкоцитов 3—6 в поле зрения, зернистых цилиндров 1—2 в поле зрения; изредка попадались восковидные; остаточного азота 32,75 мг% (токсикоз?).

23/II моча: белка меньше 0,033‰, лейкоцитов 2—4 в поле зрения, зернистых цилиндров 1—3 в поле зрения; изредка восковидные.

Послеродовой период протекал нормально, и родильница была выписана в хорошем состоянии на 9-й день со здоровым ребенком.

*Какой можно сделать окончательный вывод на основе всей динамики этого заболевания?*

1. Прежде всего можно сказать, что ни разрыва, ни выворота матки не было.

2. Нет данных считать тяжелый шок обусловленным кровопотерей. Гематологические данные говорят против этого.

Родовой шок может быть связан с легко протекавшим токсикозом, создавшим соответствующий фон. В известной степени имело значение переживание женщины: она боялась родов, кровотечения; страхи кровотечения не были сняты в консультации. Нельзя также категорически отвергнуть влияние на возникновение родового шока вливания питуитрина и эмболии околоплодными водами.

**Краткий эпикриз.** Р. К., 38 лет, повторнородящая, поступила со схватками. Роды прошли нормально; после выделения последа быстро ухудшилось состояние родильницы, артериальное давление упало до 50/20 мм. Ввиду отсутствия кровотечения и признаков разрыва матки был поставлен диагноз родового шока, соответственно чему и проводилась терапия. Перелита кровь и кровезамещающая жидкость. Родильница выведена из тяже-



лого состояния. Исследования крови и после родов исключили кровопотерю. Гладкое течение послеродового периода также подтверждает диагноз родового шока. Выписана на 9-й день в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

## РАЗРЫВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Ф. Н., 23 лет, повторнوبرеменная, поступила в родильное отделение районной больницы 15/V 1951 г. в 18 часов с жалобами на боли внизу живота, появившиеся с вечера 14/V 1951 г.

Менструации с 15 лет, через 4 недели по 4 дня, без боли. Последняя менструация 10/X 1950 г. Первая беременность в 1949 г. закончилась классическим кесаревым сечением по поводу предлежания плаценты. В послеоперационном периоде длительно держалась высокая температура и было обширное нагноение брюшной раны. Выписана на 35-й день.

Настоящая беременность вторая. Движение плода стала ощущать 15/II 1951 г. Беременная чувствовала себя хорошо и находилась под наблюдением акушерки.

14/V в 22 часа появились боли неопределенного характера по всему животу, тошнота, была два раза рвота.

Беременная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура 36,8°, пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Сердце, легкие без особых изменений. Стула не было в течение суток, газы не отходят. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. На передней брюшной стенке по средней линии выше и ниже пупка широкий тонкий рубец, спаянный с подлежащими тканями. Живот увеличен, слегка вздут, перистальтика кишечника отсутствует, урчания не слышно. Пальпация живота безболезненна, брюшная стенка напряжена, контуры матки ясно определить не удается. Дно матки определяется на среднем расстоянии между пупком и мечевидным отростком. Высоко над лоном пальпируется подвижная головка плода. При перкуссии живота — тимпанический звук. Сердцебиение плода не прослушивается. 15/V беременная не ощущает движения плода с 10 часов. Родовой деятельности нет. Влагалищное исследование: шейка матки сохранена, зев закрыт, предлежащая часть через своды не пальпируется, мыс не достигается.

### *Какой диагноз?*

Кишечная непроходимость.

Действительно, при консультации с хирургом высказано предположение о непроходимости кишечника при беременности на VIII месяце. Применены: инъекция атропина (0,001 г), сифонная клизма, паранефральная новокаиновая блокада. Проведенное лечение не дало успеха.

16/X в 9 часов: температура 37,5°, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Вздутие живота увеличилось, газы не отходят, стула нет. Появились частые срыгивания светлой жидкостью. Ввиду неясности диагноза больная 16/V в 10 часов направлена в акушерскую клинику по железной дороге (60 км) в сопровождении медицинской сестры.

### *Что произошло?*

*Возникло патологическое состояние, связанное с беременностью, или к нормальному течению беременности присоединилось какое-то другое заболевание?*

1. Внезапное начало заболевания, задержка стула и газов, выраженный метеоризм, тошнота и рвота указывают на непроходимость кишечника. Болезненность и напряжение брюшной стенки, учащение пульса являются признаками начинающегося перитонита.

2. Наблюдаемые симптомы скорее указывают на явления перитонизма, связанные с каким-то патологическим состоянием в брюшной полости (аппендицит, перекручивание ножки кисты или ее разрыв и т. п.).

3. Беременная перенесла в прошлом кесарево сечение с неблагоприятным послеоперационным течением. Патологически измененная маточная стенка не выдержала внутриматочного давления и разошлась. Имеется разрыв матки по рубцу, вызвавший явления раздражения брюшины.

Указание на перенесенное кесарево сечение с неблагоприятным после-

операционным течением, при наличии ряда сопутствующих симптомов (задержка стула и газов, рвота, вздутие живота), может вызвать мысль о непроходимости кишечника, диагностировать которую при беременности очень трудно.

Большая матка, особенно во второй половине беременности, затрудняет обследование; рвота и боли — наиболее ранние признаки непроходимости — часто наблюдаются и при беременности. Необходимо тщательно проследить за состоянием матки, чтобы установить, связано ли появление болей с сокращениями матки (схватками). С этой целью целесообразно в течение 20—30 минут непрерывно следить за женщиной, положив руку на матку. Влажное исследование позволяет по состоянию родовых путей уточнить, что роды (выкидыш) начались или состояние родовых путей не соответствует силе испытываемых болей.

При дальнейшем наблюдении за женщиной в случае кишечной непроходимости появляется вздутие кишечных петель, они становятся видимыми вследствие выпячивания брюшной стенки; выраженная перистальтика кишок сопровождается болями — все это признаки кишечной непроходимости. При кишечной непроходимости во время беременности матка обычно отстается раздутым кишечником в противоположную от места непроходимости сторону.

Рвота, вначале однократная или двукратная, при кишечной непроходимости принимает упорный характер, становится частой. Рвотные массы выделяются в небольшом количестве и окрашены желчью. В дальнейшем появляется рвота с запахом кала.

Для кишечной непроходимости характерны: задержка стула и газов, симптом Вайля, выраженное урчание, звон падающей капли (Спасокукоцкий), шум плеска. При рентгенологическом исследовании в стоячем положении больной определяются «опрокинутые чаши Клаубера», отображающие скопление газов в петлях кишечника с горизонтальным уровнем жидкости в них.

В первой фазе заболевания при кишечной непроходимости состояние больной остается удовлетворительным, но в дальнейшем оно сменяется резким ухудшением вследствие интоксикации и присоединяющегося перитонита.

*Каков диагноз у данной больной?*

Больная отмечает боли неопределенного характера, без приступов и ясной локализации, рвота наблюдается в виде срыгиваний светлой жидкостью. Вздутие живота равномерное и при этом отсутствует перистальтика, при выслушивании в животе «тишина». Несмотря на то, что заболевание длится свыше двух суток, выраженных явлений интоксикации нет. Все это говорит против диагноза кишечной непроходимости и скорее указывает на явления перитонизма или вяло протекающего перитонита.

Однако явления перитонизма или перитонита обычно развиваются на фоне какого-либо предшествующего заболевания, могущего дать при обострении или перфорации полого органа картину острого живота.

Клиническая картина выраженного перитонизма или перитонита при дифференциальной диагностике требует исключения ряда заболеваний органов брюшной полости, не связанных с беременностью: перекручивание ножки опухоли яичника или разрыв опухоли, острый аппендицит, ущемление грыжи, холецистит, прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, прободение желчного пузыря, острый панкреатит, почечная колика и острая задержка мочи.

Исключить перечисленные выше заболевания возможно, конечно, зная клиническую картину этих заболеваний, при тщательном учете анамнестических данных.

Во время беременности может наблюдаться любое из указанных выше заболеваний. Вопрос о диагнозе в таких случаях следует разрешать при участии хирурга и терапевта.

В анамнезе у данной больной нет каких-либо указаний на то, что она страдала одним из перечисленных выше заболеваний. Однако она перенесла кесарево сечение, осложнившееся длительным лихорадочным состоянием и обширным нагноением раны брюшной стенки.

В течение беременности самочувствие было хорошим. Заболевание началось внезапно, на VIII месяце беременности. Появились боли в животе, рвота, вздутие живота, болезненность и напряжение брюшной стенки, учащение пульса. Все эти признаки указывают на раздражение брюшины.

*Какие осложнения беременности могут сопровождаться подобными симптомами?*

Эти симптомы могли появиться при прерывании внематочной беременности, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, при разрыве матки. Для внематочной беременности поздних сроков характерными являются приступы непрерывных жестоких болей, которые особенно усиливаются при движении плода. Отсутствие аппетита, непрерывная рвота, бессонница, постоянные запоры истощают больную. При разрыве плодоемкости (стр. 109) боли усиливаются, появляются признаки внутреннего кровотечения.

Наша больная указывает на внезапное начало заболевания, которое протекает без ясных признаков внутреннего кровотечения и без предшествующих болей.

Преждевременная отслойка плаценты (стр. 176) обычно сопровождается внезапным появлением болей, быстро наступающей анемией; матка становится напряженной, плотной, болезненной при пальпации. Части плода прощупать не удается, сердцебиение плода не выслушивается.

Однако у наблюдаемой нами больной анемия не выражена, части плода определяются, а контуры матки неясны. Все это не дает оснований для диагноза преждевременной отслойки плаценты. В то же время из анамнеза известно, что у больной имелся неполноценный рубец на матке; внезапно начавшееся заболевание на VIII месяце беременности привело к гибели плода и протекает с признаками, указывающими на раздражение брюшины. Совокупность этих данных наводит на мысль о разрыве матки (см. рис. 131).

Разрывы матки при беременности встречаются редко; по нашим данным, лишь 9% из общего числа разрывов имели место при беременности.

В. Г. Бекман, И. Дубенский, Н. Д. Алексеенко, Абрагам (Abraham), Дерфлер (Dörfler) и др. обнаруживали при разрывах в стенках матки развитие соединительной ткани за счет мышечной. Н. З. Иванов обследовал 20 маток, удаленных после их разрыва, и при микроскопическом исследовании нашел во многих препаратах обширные рубцовые изменения на месте разрыва с атрофией мышечных элементов.

Разрывы матки при беременности обычно наблюдаются при наличии в стенке матки рубцовых изменений после кесарева сечения, миомэктомий, глубокого иссечения трубы из угла матки при трубной беременности. Кроме того, значительные изменения стенки матки могут развиваться после перфорации при аборте, после септического метрозендометрита. Сильно выраженное истончение стенки матки (до 1—1,5 мм), предрасполагающее к разрыву при беременности, встречается при *placenta accreta*. В отдельных случаях ворсины плаценты могут врастать в брюшинный покров и даже разрушать его, приводя к разрыву.

Правильный диагноз разрыва матки во время беременности устанавливают редко; в большинстве случаев ставят диагноз внематочной беременности, преждевременной отслойки плаценты, кишечной непроходимости и об-

наруживают разрыв только при чревосечении, предпринятом по поводу внутреннего кровотечения с неясной этиологией.

Наиболее постоянным и характерным признаком при разрывах матки во время беременности является внутреннее кровотечение. Часто наблюдаются явления раздражения брюшины, сопровождающиеся напряжением брюшной стенки и рвотой. Диагноз прост при выхождении плода в брюшную полость, при наличии сократившейся матки.

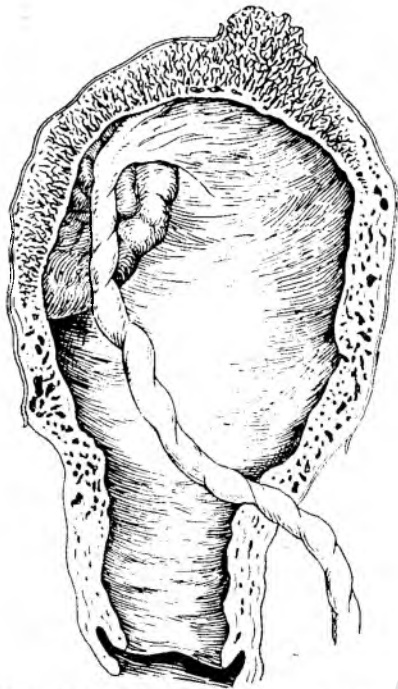


Рис. 127. Прободение стенки матки разросшимися ворсинками.

А. И. Галактионов отмечает при разрывах матки во время беременности внезапное появление болей в животе и вынужденное положение на боку с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами вследствие раздражения брюшины; в части случаев он наблюдал при пальпации живота характерное ощущение «хруста снега», вызванное образованием субперитонеальной эмфиземы.

При прободении маточной стенки ворсинками плаценты (рис. 127) клиническая картина напоминает таковую при нарушенной внематочной беременности. Возникают острые боли в животе, иррадирующие в подложечную область или в плечо (френикус-симптом), пульс учащается, появляется бледность кожных покровов, тошнота, рвота, а в части случаев—обморочное состояние. В дальнейшем продолжает нарастать картина внутреннего кровотечения: прогрессивное учащение пульса, падение артериального давления, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Пальпация живота вызывает болезненность. Матка сохраняет

обычную форму и консистенцию. Сердцебиение плода при умеренном кровотечении остается в пределах нормы.

Перфорацию матки ворсинками плаценты и начинающийся при этом разрыв матки можно установить при внимательном наблюдении за состоянием беременной и своевременно произведенной операцией спасти мать и ребенка. Как показывают наши наблюдения, при этом чаще всего появляются вначале такие симптомы, как тошнота или рвота, боли в подложечной области, головокружение, общая слабость или кратковременное обморочное состояние. Предвидя угрозу разрыва матки при патологических изменениях ее стенки, мы имели возможность установить при срочно произведенной лапаротомии «расползание» маточной стенки. Чаще всего это было в области рубца на матке после кесарева сечения; в этом месте сохранился лишь брюшинный покров, через который просвечивали части плода.

Первоначальные признаки неполного разрыва по рубцу могут оставаться незамеченными или им дается иное толкование (пищевая интоксикация, сердечная слабость и т. п.); на некоторое время, на несколько часов, состояние беременной может улучшиться, а затем наступает полный разрыв матки с выхождением плода или целого плодного яйца в брюшную полость. При этом больная часто впадает в состояние тяжелого шока или коллапса.

В некоторых случаях сразу наступает полный разрыв матки без появления предшествующих симптомов начавшегося разрыва.

Итак, у нашей больной мы ставим предположительный диагноз: разрыв матки во время беременности.

16/V в 12 часов — больная беспокойна, стонет от болей в животе. Лежит на правом боку с приведенными к животу и согнутыми в коленях ногами. При перемене положения боли усиливаются. Язык сухой, слегка обложен беловатым налетом. Температура  $37,2^{\circ}$ , пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичный, частые срыгивания светлой жидкостью. Живот вздут, брюшная стенка напряжена и болезненна.



Рис. 128. Разрыв матки во время беременности. Гиалинизированная фиброзная ткань; слабо развитая децидуальная оболочка (микрофото).

Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Контуры матки неясны. Части плода ясно определяются как бы под брюшной стенкой. При перкуссии живота — тимпанический звук. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Родовой деятельности нет; шейка сформирована, зев закрыт. Своды свободные.

Ясно, что перед нами разрыв матки во время беременности, осложнившийся перитонеальными явлениями.

*Что делать?*

Немедленно оперировать — чревосечение.

Больная взята в операционную, начато переливание крови, и в 13 часов срочно приступили к операции путем чревосечения. Под общим эфирным наркозом срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Парietальная брюшина тусклая, кишечные петли и матка покрыты сероватым фибринозным налетом. В брюшной полости 250—300 мл крови. На передней стенке тела матки на месте бывшего разреза при кесаревом сечении зияющий разрыв, края его толщиной 1,5—2 мм представляют собой рубцовую ткань. Плодное яйцо целиком находится в брюшной полости.

Плод и послед удалены из брюшной полости. Произведена типичная надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами (*amputatio uteri supravaginalis cum adnexis*). В брюшную полость влито 400 000 ЕД пенициллина, вставлен тампон Микулича и послойно зашита брюшная рана. Во время операции в вену перелито капельным способом 500 мл 0(I) группы консервированной крови и 50 мл 40% раствора глюкозы.

В послеоперационном периоде применялся пенициллин по 100 000 ЕД через 3 часа в течение 6 дней, сердечные средства, повторные переливания крови. В течение 6 дней держалась повышенная температура от  $37,3$  до  $38,2^{\circ}$ . На 27-й день больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

При гистологическом исследовании препаратов из места разрыва матки: на всем протяжении мышечная ткань отсутствует и заменена соединительной тканью; местами имеется выраженный гиалиноз ее. В области резкого истончения стенки матки имеется только гиалинизированная фиброзная ткань и слабо развитая децидуальная оболочка (рис. 128).

**Краткий эпикриз.** У Ф.Н., 23 лет, на VIII месяце беременности произошел разрыв матки по рубцу после бывшего кесарева сечения, сопровождавшегося длительным лихорадочным состоянием и обширным нагноением раны брюшной стенки.

Затруднения в распознавании разрыва матки во время беременности привели к запоздалому диагнозу. Операция была применена лишь на 3-и сутки после разрыва матки при наличии вяло протекающего перитонита. Произведена надвлагалищная ампутация матки. В послеоперационном периоде в течение 6 дней была повышенная температура; применялся пенициллин, повторные переливания крови. На 27-й день больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

## УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ ПРИ РОДАХ

Г. К., 34 лет, повторнородящая, поступила в клинику 22/IX 1955 г. в 15 часов 15 минут по поводу начавшихся родов. Беременность третья. Первые две беременности закончились нормальными срочными родами в 1951 и 1952 гг., вес новорожденных 3600 и 3700 г.

Менструации с 15 лет, по 3—4 дня через 4 недели. Последняя менструация с 12/XII по 14/XII 1954 г.

Настоящая беременность протекала без особенностей; находилась под наблюдением акушерки.

22/IX в 3 часа 30 минут начались роды. Сразу появились сильные схватки. В 8 часов 22/IX к роженице была вызвана с фельдшерско-акушерского пункта акушерка, которая и вела роды на дому. В 10 часов отошли воды и появились потуги, которые вскоре стали частыми и сильными.

Ввиду того что роды затягивались, несмотря на сильные схватки и потуги, роженица была направлена в городскую больницу в сопровождении мужа. В приемной родильного отделения городской больницы роженица находилась час или полтора и затем машиной скорой помощи в сопровождении акушерки ее доставили в клинику. Акушерка, сопровождавшая роженицу, ничего о ней не знает, направления никакого не было и все данные о течении родов получены из расспроса самой рожавшей женщины.

Роженица среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура  $37,1^{\circ}$ , пульс 86 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 140/80 мм. Окружность живота 104 см. Высота дна матки над лоном 36 см. Роженица ведет себя беспокойно: кричит, хватается руками за живот. Родовая деятельность бурная. Потуги следуют одна за другой. Паузы между ними 1— $1\frac{1}{2}$  минуты, длительность потуг 50—60 секунд. Матка напряжена, в паузы почти не расслабляется, дно ее отклонено вправо. Заметна перетяжка (контрационное кольцо) на уровне пупка (см. рис. 129). Пальпация нижнего сегмента матки болезненна. Части плода из-за болезненности и напряжения матки плохо определяются. Предлежит крупная часть, по-видимому, головка прижата ко входу таза. Признак Вастена положительный.

Сердцебиение плода 140—150 ударов в минуту, приглушенное. Подтекают воды, окрашенные меконием. Размеры таза: 25, 28, 32, 20 см.

*Какая патология имеется у данной роженицы?*

Период изгнания длится свыше 5 часов при хорошей родовой деятельности. Головка не продвигается, и при наличии бурной родовой деятельности появились выраженные признаки угрожающего разрыва матки.

*Что делать?*

1. Показано влагалищное исследование и немедленное вмешательство с целью предупредить наступление разрыва матки.

2. Повторнородящая с нормальными размерами таза, роды длятся всего лишь 12 часов; предыдущие роды протекали нормально, новорожденные имели крупный вес. Головка, прижатая ко входу таза, может еще под влиянием энергичных схваток опуститься в полость таза и дальнейшие фазы

изгнания ее совершатся легко. Показаний к срочному вмешательству нет. Необходимо на время ослабить родовую деятельность (морфин, эфирный наркоз) и тщательно наблюдать за роженицей.

Благоприятный прогноз, высказанный во втором предложении, едва ли может быть достаточно обоснован у данной роженицы. Хотя женщина рожает только 12 часов, но из этого срока 5 часов падают на безрезультатный период изгнания. И это у повторнородящей женщины при хорошей родовой деятельности!

Известно, что после полного раскрытия зева при продолжающейся и хорошо выраженной родовой деятельности роды у первородящей обычно заканчиваются в течение 3—4 часов, а у повторнородящей еще быстрее.

Ссылка на то, что у женщины предыдущие роды протекали нормально и заканчивались рождением крупных по весу детей, нас успокаивать не может и не является гарантией благополучного исхода данных родов. При каждом последующих родах часто имеет место увеличение веса плода и поэтому у повторнородящих, благополучно рожавших ранее, не исключена при следующих родах возможность несоответствия размеров головки плода и таза. Нормальные наружные размеры таза у данной роженицы еще не доказывают, что и внутренние размеры таза нормальные. Известно, что чаще разрывы матки наблюдаются при умеренных степенях сужения таза. Поэтому необходимо тщательное влагалищное исследование с измерением диагональной конъюгаты.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, шейка сглажена, открытие зева полное, края его дряблые, свисают во влагалище. Плодного пузыря нет. Предлежит крупная головка, плотно прижатая ко входу таза. Стрелевидный шов стоит в поперечном размере входа таза. Малый родничок слева, большой справа. На головке имеется значительных размеров родовая опухоль. Мыс достигается прямым пальцем; диагональная конъюгата 11 см (исходя из этого, предположительный размер истинной конъюгаты будет 9—9,5 см). Исследование проводили под эфирным наркозом.

Таким образом, у роженицы имеется сужение таза первой степени. Крупная головка плода, большая окружность живота, равная 104 см (при отошедших водах), говорят о крупном плоде. Все это вместе взятое могло явиться причиной несоответствия между тазом и головкой плода. На наличие препятствий указывает и характер течения родов: в течение 5 часов после отхождения вод при полном открытии маточного зева, несмотря на хорошую родовую деятельность, нормальное предлежание, отсутствует продвижение головки плода. Признак Вастена остается положительным. У данной роженицы клинически узкий таз.

Механическое препятствие для продвижения головки и развившаяся бурная родовая деятельность после отхождения вод в свою очередь привели к появлению ряда грозных симптомов. Роженица ведет себя беспокойно, мечется, кричит, хватается руками за живот. При объективном исследовании обнаружены: бурная родовая деятельность, появившееся контрационное кольцо, расположенное на уровне пупка (рис. 129), напряженный и болезненный нижний сегмент, произвольная и безрезультатная потужная деятельность при головке, прижатой ко входу таза, и признаки наступившей асфиксии плода. Все это в совокупности представляет тяжелую акушерскую патологию, известную под названием угрожающего разрыва матки.

Угрожающий разрыв матки — состояние, предшествующее самопроизвольному разрыву матки и требующее применения немедленных мер с целью предупредить наступление катастрофы.

*Правильно ли проводились роды до поступления роженицы в клинику? Каков прогноз родов и как их следует вести в дальнейшем?*

Признаки угрожающего разрыва матки, конечно, имелись еще при поступлении роженицы в родильное отделение городской больницы. При таком

состоянии транспортировать роженицу нельзя и ее необходимо было оперировать на месте, а не переправлять в клинику, отдавая оказание экстренной помощи.

Если подобный диагноз устанавливается вне лечебного учреждения (при родах на дому), волей-неволей приходится бережно транспортировать роженицу в сопровождении акушерки или врача в ближайшую больницу, предварительно впрыснув ей под кожу 1—1,5 мл 1% раствора морфина или применив кратковременный, но глубокий эфирный наркоз. В отдельных случаях плодоразрушающая операция может быть применена врачом и в условиях оказания помощи на дому.



Рис. 129. Угрожающий разрыв матки. Матка наполняет форму песочных часов.

Следует учитывать, что применение морфина с целью ослабления бурной родовой деятельности малодейственно и его назначение является лишь предварительным мероприятием; само по себе оно не предупреждает возможного наступления разрыва матки.

Итак, необходимо произвести родоразрешение и притом немедленно.

*Каким путем произвести родоразрешение?*

Учитывая, что плод живой и роженица настаивает сохранить ребенка, показано кесарево сечение.

Для подготовки к операции, даже в условиях клиники, все же требуется известное время, а ведь при каждой новой схватке перерастянутая матка может разорваться. Поэтому пока мы будем спешно готовить инструментарий, дадим роженице тут же на кровати глубокий эфирный наркоз с целью выключить родовую деятельность.

*Разберем, в чем сущность данной акушерской патологии?*

Угрожающий разрыв матки! Это состояние, которое предшествует самопроизвольному разрыву матки.

Продвижение плода по родовому каналу требует значительной мускульной силы, развиваемой маткой и брюшным прессом. Следствием этого является растяжение нижнего сегмента. Чрезмерному перерастяжению нижнего сегмента матки и стенок влагалища препятствуют защитные приспособления.



собрания — связки: в первую очередь круглые, а затем широкие и крестово-маточные. Связки противодействуют перерастяжению, отвлекая часть силы на себя. Подобным же образом действует и брюшной пресс. При этом связки удерживают контракционное кольцо на уровне плоскости входа в таз; брюшной же пресс давит на матку, оттесняя ось ее в направлении таза, создавая таким образом функциональное равновесие. Стоит только нарушиться данному механизму, и равновесие теряется. Это бывает в тех случаях, когда воды отошли и имеется пространственное несоответствие между тазом и подлежащей частью (механическое препятствие). Матка безостановочно сокращается, ретракция полого мускула достигает высших степеней, контракционное кольцо поднимается все выше и выше, плод перемещается в растянутый нижний сегмент, стенки которого при этом чрезвычайно истончаются. Возникает состояние — угрожающий разрыв матки.

При физиологических родах перерастяжения не происходит, так как сглаженная и полностью открытая шейка уходит вверх по головке, относительно беспрепятственно продвигающейся во влагалище. При механическом препятствии для родоразрешения (узкий таз и др.) головка фиксируется в тазовом входе, что приводит к ущемлению шейки в области костного кольца входа таза. Нижний сегмент перестает играть роль выходной трубки, становится плодовместищем и в дальнейшем при чрезмерном растяжении разрывается. Если ущемления шейки между головкой и тазовым кольцом не происходит, зев успевает отойти по подлежащей части вверх, то растяжению подвергается верхний отдел влагалища, — и тогда разрывается не нижний сегмент, а своды влагалища, как обладающие наиболее тонкими стенками (colporrhexis).

Особенно ярко выявляется клиническая картина угрожающего разрыва матки в тех случаях, когда возникает чрезмерное растяжение выходной трубки, т. е. нижнего сегмента матки, шейки и влагалища.

При наличии пространственного несоответствия таза и подлежащей части, при затянувшихся родах и бурной родовой деятельности после отхождения вод развиваются явления перерастяжения нижнего сегмента. Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону, чаще вправо. Контракционное (ретракционное) кольцо на уровне пупка или выше, матка принимает форму песочных часов (см. рис. 129). Верхняя часть матки сильно сокращена, плотна, четко контурируется и располагается в области одного из подреберьев, обычно правого; нижний отдел матки имеет более широкую и несколько расплывчатую форму. Круглые связки, особенно левая, напряжены и болезненны. При пальпации живота в области нижнего сегмента матки определяется напряжение и резкая болезненность. Вследствие болезненности не удается определить части плода, который в этих случаях почти целиком располагается в перерастянном нижнем сегменте матки. При влагалищном исследовании обнаруживается полное открытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, лежащая часть высоко над входом или во входе таза. Иногда, несмотря на высокое стояние головки, почти все влагалище бывает занято большой родовой опухолью. При поперечных положениях плода влагалище заполняет вколотившееся плечико (см. рис. 230). При ущемлении губы маточного зева между стенкой таза и вколоченной головкой отмечается выраженный отек губы зева, которая в виде мягкой, багрово-синей лопасти свисает в просвет влагалища (рис. 130).

Бурные схватки следуют одна за другой, матка почти не расслабляется и вне схваток. Роженица чрезвычайно беспокойна, чувствует в животе распирающую боль, хватается руками за живот, просит извлечь ребенка, кричит не только при схватках, но и в паузах. Лицо у нее покрасневшее, язык и губы сухие, в глазах страх, температура повышена, пульс учащен. Ухуд-

шается, а временами совсем исчезает сердцебиение плода. Такая картина угрожающего разрыва соответствует механизму разрыва матки, описанному Бандлем (Bandl); подобные разрывы и получили название «бандлевских».

Классическая картина угрожающего разрыва матки настолько типична и ясна, что ее нельзя не заметить, и происшедшие разрывы в этих случаях объясняются лишь отсутствием наблюдения за течением родов или акушерской неграмотностью врачей и среднего медицинского персонала, ведущих роды.

Описанная Бандлем картина угрожающего разрыва матки за последнюю четверть века встречается все реже и реже. Несомненно, уменьшение

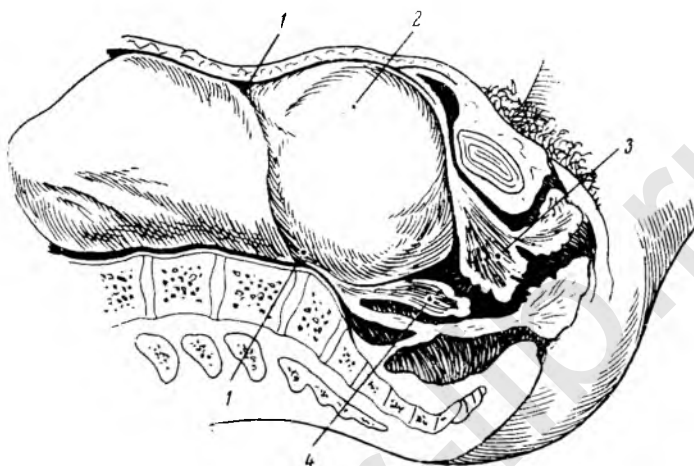


Рис. 130. Чрезмерное растяжение передней стенки шейки матки с отеком ущемленной губы зева.

1—внутренний зев; контракционное кольцо; 2—чрезмерно растянутая шейка; 3—отечная передняя губа шейки; 4—ущемленная влагалищная часть матки.

количества бандлевских разрывов обязано профилактическому направлению советского родовспоможения, развитию сети женских консультаций, увеличению числа родильных коек, высококвалифицированной медицинской помощи при родах у женщин с узким тазом, при неправильных положениях и предлежаниях плода.

С другой стороны, при патологических изменениях маточной стенки (рубцы, воспалительные изменения и т. п.) симптомы угрожающего разрыва матки могут варьировать в зависимости от характера и силы этих изменений и картина разрыва может быть атипичной. В одних случаях могут иметь место большинство описываемых симптомов, но слабее выраженных, чем при классической картине бандлевского разрыва, в других — будут налицо лишь отдельные симптомы.

Совокупность патологических изменений маточной стенки и наличие механического препятствия для родоразрешения, хотя бы и незначительного, особенно предрасполагают к разрыву матки. В этих случаях механическое препятствие будет фактором, выявляющим, а изменения маточной стенки — фактором, предрасполагающим к разрыву.

Диагностика атипично протекающего угрожающего разрыва матки требует внимательного изучения анамнеза и постоянного, тщательного наблюдения за течением родового процесса. Если в анамнезе указываются разрыв матки, операции на матке (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов и т. п.), перфорация при абортах, воспалительные заболевания, патологические роды (оперативное родоразрешение, ручное отде-

ление послета) или длительные трудные роды, то от врача требуется особое внимание. Необходимо продумать вопрос о полноценности матки в каждом отдельном случае, взять такую беременную или роженицу под особый контроль, во время родов путем тщательного наблюдения постараться улавливать факты и симптомы, которые позволяют думать о возможности угрожающего разрыва матки.

Часто в подобных случаях имеет место не бурная, а слабая родовая деятельность, зависящая от патологически измененной маточной стенки. «Не сила, а слабость есть источник разрыва», — писал Я. Ф. Вербов. Затяжные, вяло протекающие роды у повторнородящей после отхождения вод всегда должны вызвать настороженность у врача, особенно при несоответствии размеров головки плода и таза роженицы.

Болезненные схватки, вызывающие беспокойство роженицы даже при объективно слабых сокращениях матки, являются одним из симптомов угрожающего разрыва матки. Непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высокостоящей головке является важным и довольно часто встречающимся признаком угрозы разрыва матки. Появление выпячивания или припухлости над лоном вследствие отека клетчатки вокруг мочевого пузыря, перерастяжение мочевого пузыря, распластанного на перерастянном нижнем сегменте матки, затрудненное мочеиспускание также имеют место при угрожающем разрыве матки.

Такие симптомы, как болезненность внизу живота, напряжение нижнего сегмента, наличие контракционного (вернее ретракционного) кольца, облегчают постановку диагноза угрожающего разрыва матки.

За последнее время появилось стремление разграничивать симптомы угрожающего и начавшегося или совершающегося разрыва матки. Начавшийся разрыв характеризуется наиболее вырженной картиной угрожающего разрыва матки с наложением новых симптомов, зависящих от надрыва маточной стенки. Схватки становятся резко болезненными и принимают судорожный характер, появляются кровянистые выделения из родовых путей. Припухлость над лоном увеличивается, в моче обнаруживается примесь крови. Резко ухудшается состояние плода: замедляется или ускоряется сердцебиение, сердечные тоны становятся приглушенными, появляются очень активные движения плода и отхождение мекония при головном предлежании плода.

Многие акушеры не разграничивают начавшийся разрыв от угрожающего, и все симптомы этих двух состояний описывают в картине угрожающего разрыва. В большинстве случаев промежутки времени от появления симптомов начавшегося разрыва до момента совершившегося разрыва матки исчисляются минутами. Поэтому, наблюдая такую грозную картину, необходимо срочно предотвратить надвигающуюся катастрофу — разрыв матки.

*Какова должна быть терапия при угрожающем разрыве матки?*

При угрожающем разрыве матки условия для поворота плода уже упущены, а для наложения щипцов их обычно еще нет; поэтому применяют кесарево сечение или плодоразрушающие операции. Плод при угрожающем разрыве матки часто бывает мертвым или умирающим вследствие асфиксии при тетанусе матки. Поэтому в большинстве случаев приходится решаться на плодоразрушающие операции, особенно в условиях участковой работы, чтобы предотвратить смертельную опасность, грозящую матери.

Кесарево сечение при угрожающем разрыве матки за последние годы стали применять значительно чаще. Это объясняется более ранним распознаванием угрожающего разрыва матки, когда еще плод не так сильно пострадал в результате затяжных и трудных родов, а у роженицы отсутствуют выраженные признаки инфекции.

В настоящее время при наличии живого плода, нефиксированной в тазу головки и угрожающем или начинающемся разрыве матки производится кесарево сечение, преимущественно в нижнем сегменте (стр. 152). В подозрительных на инфекцию и инфицированных случаях опасность кесарева сечения уменьшается при применении разреза матки в нижнем сегменте.

В тех случаях, когда матери угрожает разрыв матки, а плод мертвый или его жизнеспособность весьма сомнительна, применяется плодоразрушающая операция.

Могут быть и такие случаи, когда акушерские условия и живой плод позволяют применить кесарево сечение, но в данном учреждении нет возможности его произвести; тогда, учитывая смертельную опасность, грозящую матери, приходится производить плодоразрушающую операцию на живом плоде. Однако этого следует избегать. Прежде всего необходимо улучшить организацию акушерской помощи, заблаговременно госпитализировать беременных с узким тазом, с отягощенным акушерским анамнезом в стационар, где будет обеспечена хирургическая помощь.

При запущенном поперечном положении плода показана эмбриотомия. Об этом иногда забывают некоторые участковые врачи, применяя недопустимый в данном случае акушерский поворот. «Акушерский поворот и запущенное поперечное положение столь же несовместимые понятия, как лед и огонь», — говорит Г. Г. Гентер. Кто забывает это золотое правило, тот увеличивает число насильственных разрывов.

Эмбриотомия применяется чаще всего в виде декапитации (Г. Г. Гентер), обязательным условием которой является доступность шейки плода для пальцев руки (см. стр. 404), введенной в родовой канал. Учитывая, однако, перерастяжение нижнего сегмента и то обстоятельство, что декапитация является грубой операцией, которая может привести к разрыву перерастянутой матки, некоторые авторы (А. В. Марковский, В. Штеккель) считают более целесообразным применять эмбриотомию в полном смысле слова (удаление внутренностей, рассечение позвоночника плода). Кроме того, в части случаев при запущенном поперечном положении плода декапитация не может быть произведена вследствие недоступности высоко расположенной шейки плода, что вынуждает применять другие виды эмбриотомии.

Наши наблюдения показывают, что в большинстве случаев при запущенном поперечном положении и угрожающем разрыве матки уместнее производить не декапитацию, а рассечение позвоночника после предварительного удаления внутренностей. Применяя такой метод операции, нам не пришлось наблюдать перехода угрожающего разрыва матки в совершившийся; после же декапитации в 3 случаях мы диагностировали разрыв матки, не имея до операции признаков совершившегося разрыва. Вполне возможно, что декапитация явилась последним толчком, который привел к катастрофе.

При головных предлежаниях и мертвом плоде обычно применяется перфорация головки с последующим бережным извлечением ее краниокластом. При тазовых предлежаниях и мертвом плоде производится бережное извлечение за тазовый конец с перфорацией последующей головки.

Вернемся к описанию состояния нашей роженицы.

Роженица спит под наркозом. Операционная подготовлена. Учитывая, что роды длятся 12 часов, признаков инфекции нет, плод живой, решаем произвести кесарево сечение с рассечением нижнего сегмента матки.

22/IX 1954 г. в 16 часов 15 минут — *sectio caesarea abdominalis*. Срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Поперечным разрезом (см. рис. 44) рассечена пузырно-маточная складка брюшины, мочевого пузыря вместе с покрывающей его брюшиной тупфером отслоен от матки книзу на 2—3 см. В нижнем сегменте произведен поперечный разрез длиной 3—4 см. В этот разрез введены пальцы и рана растянута в поперечном направлении (см. рис. 46) до размеров соответственно величине головки. Извлечен живой мальчик весом 4350 г, длиной 55 см. Удален послед.

На разрез матки наложены в два этажа кетгутовые узловые швы (стр. 153). Область разреза прикрыта брюшиной пузырьно-маточной складки, и разрез последней зашит непрерывным кетгутовым швом (см. рис. 48). В брюшную полость влито 400 000 ЕД пенициллина, растворенного в 50 мл 0,25% раствора новокаина. Брюшная рана зашита послойно, наглухо.

Послеоперационный период протекал гладко и 4/X 1955 г. родильница выписана из клиники в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

**Краткий эпикриз.** Г. К., роды 3-и, сужение таза первой степени, крупный плод. В периоде изгнания развились явления угрожающего разрыва матки. Роженица, будучи нетранспортабельной, все же была отправлена скорой помощью из родильного отделения городской больницы в клинику. Срочно дан глубокий эфирный наркоз и произведено кесарево сечение, что предупредило наступление разрыва матки и спасло плод от гибели.

Следует отметить неправильное поведение акушерки фельдшерско-акушерского пункта, которая должна была бы лично сопровождать роженицу, а не поручать это ее мужу. Неправильным было и поведение врача городской больницы, который не должен был отправлять роженицу в таком состоянии в клинику, он обязан был вызвать специалиста к себе в больницу, если сам не мог оказать надлежащей помощи.

## НЕПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ ПРИ РОДАХ

С. П., 33 лет, повторнородящая, поступила 25/I 1952 г. в 22 часа 30 минут в родильное отделение областной больницы. Менструации с 16 лет, по 3—4 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные. Беременность 7-я; все 6 предыдущих беременностей закончились срочными родами, протекавшими нормально. Последние роды были в 1950 г.

Даты последней менструации не помнит. Настоящая беременность протекала при наличии многоводия; беременная находилась под наблюдением акушерки; 10/I была установлена беременность сроком 38—39 недель. Положение плода неясное.

25/I в 4 часа появились схватки. К роженице была вызвана акушерка с фельдшерско-акушерского пункта, которая и решила проводить роды на дому, хотя имелось выраженное многоводие и неясное положение плода.

25/I в 12 часов отошли воды в большом количестве и началась потужная деятельность. Схватки и потуги были частыми и сильными, но рождение плода не продвигалось. К роженице был вызван врач из сельской участковой больницы, который установил наличие поперечного положения плода. Роженица была срочно доставлена в участковую больницу, и врач пытался, не применив наркоза, произвести поворот плода на ножку, но это ему не удалось. После этого роженица на автомашине в сопровождении акушерки была направлена в областную больницу, находившуюся на расстоянии 30 км.

В начале пути родовая деятельность приняла бурный характер. Затем схватки прекратились, роженица перестала кричать и лишь по временам стонала, особенно при толчках и сотрясении машины. Из родовых путей появилось значительное кровотечение.

*Правильно ли велись роды до поступления женщины в родильное отделение областной больницы? Что произошло в родах? Как нужно было вести роды, чтобы предотвратить наступившее тяжелое осложнение?*

В сельской местности, при отсутствии вблизи родильного стационара, роды иногда проводятся в домашних условиях с помощью акушерки. Акушерка с фельдшерско-акушерского пункта может проводить на дому лишь нормальные роды и только у тех рожениц, у которых заранее не было оснований предположить возможность их патологического течения.

У нашей роженицы было выраженное многоводие, которое в родах и в послеродовом периоде может сопровождаться рядом осложнений: выпадением пуповины и мелких частей плода, слабостью родовой деятельности, гипотонией и атонией матки и др. Кроме того, положение плода было неясное. При этих условиях акушерка обязана была сразу же транспортировать роженицу в больницу, сопровождая ее в пути. Этого не было сделано, что является первой грубой ошибкой при ведении данных родов.

Врач, производивший поворот на ножку у роженицы с отошедшими водами при выраженной родовой деятельности, должен был применить глубокий эфирный наркоз. В глубоком наркозе расслабление стенок матки, возможно, позволило бы произвести поворот.

Однако прежде чем производить поворот плода на ножку, необходимо было исключить наличие запущенного поперечного положения, при котором поворот противопоказан.

Запущенное поперечное положение (стр. 401) возникает после отхождения вод и является тяжелой патологией. При этом матка, сокращаясь, обхватывает плод и последний фиксируется в поперечном положении. Под влиянием родовой деятельности позвоночник плода сильно изгибается, особенно в шейной части, головка пригибается к туловищу, и в таз опускается плечико плода.

В половине случаев при запущенном поперечном положении выпадает соответствующая плечико ручка. Выпадение ручки создает условия, способствующие вколачиванию плечика в таз. Опустившееся в таз плечико вызывает рефлекторное усиление родовой деятельности, усиливаются и потужные сокращения брюшного пресса. При живом плоде на предлежащем плечике и выпавшей ручке быстро развивается родовая опухоль, ручка свисает из влагалища, отечная, багрового цвета. Плечико плотно вколочено в таз. Ретракция матки достигает высокой степени, и плод изгоняется в перерастянутый нижний сегмент и шейку матки. Полный мускул обхватывает лишь ягодичы плода, сидя на них «капором» (Г. Г. Гентер), продвижение плода останавливается. Между полным мускулом и нижним сегментом ясно видна граница в виде борозды — контракционное (ретракционное) кольцо (см. рис. 129). Нижний сегмент перерастянут и истончен, особенно на стороне головки.

Это — классическая картина угрожающего разрыва матки при запущенном поперечном положении плода.

В результате частых и сильных, иногда судорожных сокращений матки и связанного с этим нарушения маточно-плацентарного кровообращения, сдавливания петель пуповины плод чаще всего погибает. Если родовая деятельность продолжается и не будет оказана немедленная помощь, то наступает разрыв матки (рис. 131).

Надо думать, что у роженицы, поступившей в больницу, имело место поперечное положение плода, которое затем перешло в запущенное поперечное положение; последнее в пути, при продолжающейся родовой деятельности, привело к появлению состояния угрожающего разрыва матки, перешедшего затем в совершившийся разрыв.

Врач сельской участковой больницы не учел всей тяжести акушерской патологии и отправил роженицу за 30 км в областную больницу, не приняв мер к предупреждению разрыва матки. Он должен был бы применить общий эфирный наркоз и при наличии подвижности плода сделать поворот на ножку. Если же было установлено запущенное поперечное положение, следовало бы бережно произвести эмбриотомию под общим эфирным наркозом.

В отдельных случаях, при хорошем сердцебиении плода, отсутствии явных признаков инфекции и наличии условий для чревосечения при запущенном поперечном положении плода может быть применено кесарево сечение.

Однако плод при угрожающем разрыве матки вследствие запущенного поперечного положения чаще бывает мертвым или умирающим от асфиксии при тетанусе матки. Поэтому в большинстве случаев, чтобы предотвратить смертельную опасность для роженицы, приходится решаться на плодоразрушающую операцию, особенно в условиях участковой работы.

*Правильно ли наше предположение, что у роженицы совершившийся разрыв матки?*

Для этого проведем обследование роженицы.

Роженица правильного телосложения, среднего роста. Температура 37,2°, пульс 120 ударов в минуту, мягкий, ритмичный. Артериальное давление 90/60 мм. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Роженица апатична, слабо реагирует на окружающее. По временам стонет. Из влагалища в небольшом количестве вытекает кровь. Живот неправильной формы. Слева от средней линии заметно выпячивание брюшной стенки. Ощупывание живота резко болезненно, особенно над лоном и слева от средней

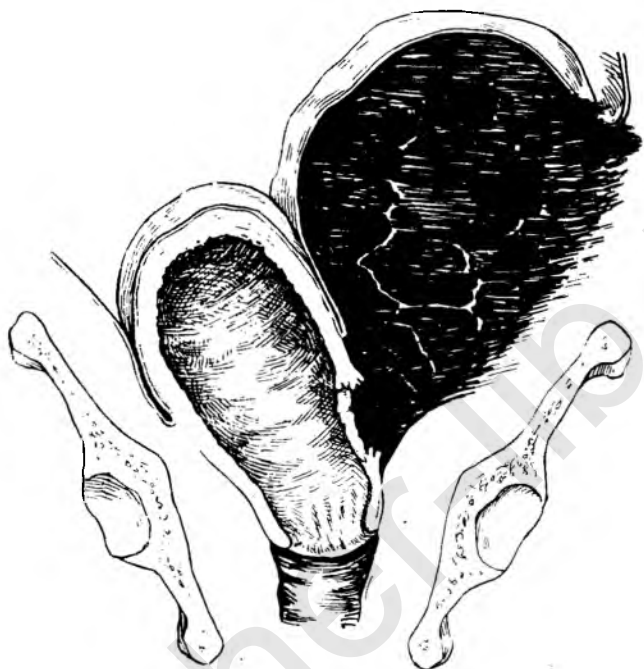


Рис. 1 31. Неполный разрыв матки с образованием гематомы широкой связки.

линии. Тело матки отклонено вправо, контуры ее неясны и плохо определяются из-за болезненности. Слева внизу пальпируется крупная, плотная головка, движения ее возможны, но вызывают сильные боли. Слева в подвздошной области определяется мягковатая опухоль, доходящая до стенок таза и поднимающаяся вверх к почечной области. Катетером выпущена моча, слегка окрашенная кровью, в количестве 300 мл. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Родовой деятельности нет. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Из влагалища свисает отечная ручка плода сине-багрового цвета.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Предлежит плечико плода, расположенное во входе таза, при исследовании отодвигается (активно этого делать не следует!) Слева в шейке матки определяется разрыв. Верхний край разрыва уходит за внутренний зев и захватывает левый свод влагалища. Во время исследования увеличилось выделение крови темного цвета.

Наш предположительный диагноз разрыва матки подтверждается данными обследования роженицы. Прекратившаяся родовая деятельность при наличии механического препятствия для родоразрешения, кровотечение из родовых путей, гибель плода, явления шока, резкая болезненность в нижних отделах живота при пальпации матки и брюшной стенки, наконец, обнаруженный при влагалищном исследовании разрыв шейки матки с переходом на левый свод влагалища и тело матки—этих признаков более чем достаточно для подтверждения диагноза разрыва матки (*ruptura uteri incompleta*).

Мягкая опухоль, расположенная рядом и сбоку от матки, идущая к стенке таза, представляет не что иное, как подбрюшинную гематому.

*Что предпринять при обнаружении разрыва матки?*

Единственной правильной тактикой врача при установлении разрыва матки будет немедленное чревосечение без предварительного родоразрешения.

Так мы и поступили.

*Каковы причины разрыва матки?*

После отхождения вод на продвижение плода по родовому каналу затрачивается значительная мускульная сила со стороны матки и брюшного пресса. Следствием этого является растяжение тонкостенного нижнего сегмента матки. При наличии механического препятствия для продвижения предлежащей части (узкий таз и др.) это перерастяжение может оказаться чрезмерным.

Неизменная мускулатура матки при физиологическом течении родового акта успешно выдерживает иногда и значительное перерастяжение нижнего сегмента. Наоборот, измененная патологическими процессами мускулатура матки не в состоянии справиться даже с незначительным ее растяжением и может разорваться в самом начале родов.

В объяснении этиологии разрывов матки имеются два направления, о которых мы уже говорили выше (стр. 247).

Бандль (Bandl, 1875), создавший механистическую теорию происхождения разрывов матки, усматривает причину разрыва в несоответствии между емкостью таза и предлежащей частью плода. Обязательными условиями для разрыва матки по Бандлю являются: механическое препятствие для родоразрешения, сильная или бурная родовая деятельность после отхождения вод. Чрезмерно энергичная родовая деятельность при механическом препятствии приводит к нарастающему перерастяжению нижнего сегмента матки, образуется контракционное кольцо, последнее поднимается все выше и выше. Наконец, перерастянутый и резко истонченный нижний сегмент матки не выдерживает давления и разрывается. Действительно, при узком тазе нередко встречаются разрывы матки.

Другое объяснение по вопросу этиологии разрывов матки было высказано Н. З. Ивановым и особенно Я. Ф. Вербовым, которые установили, что основными причинами разрывов матки являются патологические изменения (воспалительные, дегенеративные и др.) маточной стенки и главным образом ее мускулатуры. Самопроизвольный разрыв матки, по мнению Я. Ф. Вербова, наступает не вследствие перерастяжения нижнего сегмента, а в результате чрезмерной хрупкости и слабости маточной стенки (мышцы), которая не выдерживает повышенного внутриматочного давления и разрывается. Измененная мускулатура матки обуславливает функциональную ее нестойкость и разрывается раньше, чем появляется описанная Бандлем клиническая картина угрожающего разрыва матки.

Ряд авторов, как отечественных, так и зарубежных, подтвердил положение, высказанное Я. Ф. Вербовым, о значении патологических изменений маточной стенки в возникновении разрывов матки. Выраженные патологические изменения маточной мускулатуры в обследованных нами 262 случаях разрывов матки встретились 159 (61%) раз.

Анализ наших данных (1954) показывает, что в 55,4% причиной разрыва матки являются патологические изменения маточной стенки, в 28,2% — перерастяжение нижнего сегмента в сочетании с механическим препятствием для продвижения предлежащей части или с применением насилия. Кроме того, значительное число разрывов матки произошло при сочетании дегенеративных изменений маточной стенки и механического препятствия для продвижения предлежащей части. При таком сочетании изменения ма-



точной стенки нужно рассматривать как фактор, предрасполагающий, а механическое препятствие для родоразрешения как фактор, выявляющий функциональную недостаточность маточной мускулатуры: сочетанное действие их при надлежащих условиях приводит к разрыву матки.

*Что явилось причиной разрыва матки у нашей роженицы?*

У данной роженицы причиной разрыва матки явилось запущенное поперечное положение плода, которое вызвало перерастяжение нижнего сегмента матки и свода влагалища.

У роженицы явления шока и раздражения брюшины слабо выражены; определяется обширная забрюшинная гематома (рис. 131). Эти признаки, особенно последний, и данные исследования позволяют предположить неполный разрыв матки.

Диагностика при неполном разрыве матки несколько сложнее, чем при разрывах, проникающих в брюшную полость. При неполных разрывах матки родовая деятельность может и не прекращаться, а в части случаев даже наступают самопроизвольные роды. В литературе имеются сообщения о 26 случаях разрывов матки, в которых после происшедшего неполного или полного разрыва продолжалась регулярная родовая деятельность и в некоторых случаях произошли самопроизвольные роды. По нашим данным (1947), у 25 женщин из 262 при разрывах матки произошли самопроизвольные роды, причем у 11 плоды родились живыми. В большинстве случаев это наблюдалось при неполных разрывах матки.

При неполных разрывах, т. е. когда разорвалась только мышца матки, а брюшинный покров уцелел, плод целиком или частично остается в полости матки. Вышедшая через разрыв часть плода вместе с кровью, излившейся в клетчатку, отслаивает брюшину. В этих случаях плод прощупывается менее ясно, чем при полных разрывах. Иногда мы наблюдали, что под отслоившейся и растянутой брюшиной лежал весь плод, а сильно сократившееся тело матки находилось сбоку у подреберья. Для неполных разрывов характерна нарастающая забрюшинная гематома, которая возникает рядом с маткой, в межсвязочном пространстве, оттесняя ее в сторону, и которая определяется в виде мягкой опухоли. Забрюшинная гематома увеличивается по направлению к стенке таза и вверх до почечной области.

Явления шока и внутреннего кровотечения при неполных разрывах могут быть слабо выражены, а иногда даже отсутствуют. Наружное кровотечение, отхождение вверх предлежащей части помогают распознать разрыв. Малейшее отодвигание вверх предлежащей части (этого не следует делать!) при влагалищном исследовании усиливает наружное кровотечение, наружу вытекает скопившаяся вверх кровь.

Пальпация живота при неполных разрывах матки дает ощущение «хруста снега» (эмфизема клетчатки).

В отдельных случаях неполные разрывы матки проявляются лишь в первые дни послеродового периода, до этого симптомы отсутствуют или слабо выражены, а благополучно закончившиеся роды не вызвали сомнений. Медленно нарастающая гематома ведет к развитию малокровия (бледность кожных покровов, падение содержания гемоглобина, учащение пульса и т. п.) при отсутствии значительного наружного кровотечения. Могут появиться и нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины (запор, икота, тошнота, рвота). Внимательный врач сумеет их заметить. Отсутствие строгого наблюдения может в подобных случаях привести к слишком запоздалому диагнозу или установлению его уже на секции.

Во всех неясных случаях, подозрительных на неполный разрыв матки, необходимо ручное обследование полости матки, ее стенок и осмотр шейки и влагалищных сводов с помощью зеркал.

*Какова должна быть терапия при неполном разрыве матки?*

Лечение при неполном разрыве матки, так же как и при полном, должно быть хирургическим. Следует учитывать, что до родоразрешения нельзя быть вполне уверенным в диагнозе неполного разрыва, хотя влагалищное родоразрешение и увеличивает разрывы и ухудшает состояние больной.

Обычно применяют чревосечение. Над гематомой рассекают брюшину (рис. 132), удаляют жидкую кровь и сгустки, лигируют поврежденные сосуды или обкалывают диффузно кровоточащие участки ткани. После этого производят зашивание разрыва, ампутацию или экстирпацию матки в зависимости от характера разрыва, его величины, наличия признаков инфекции и т. п.

Вернемся к разбору нашей роженицы.

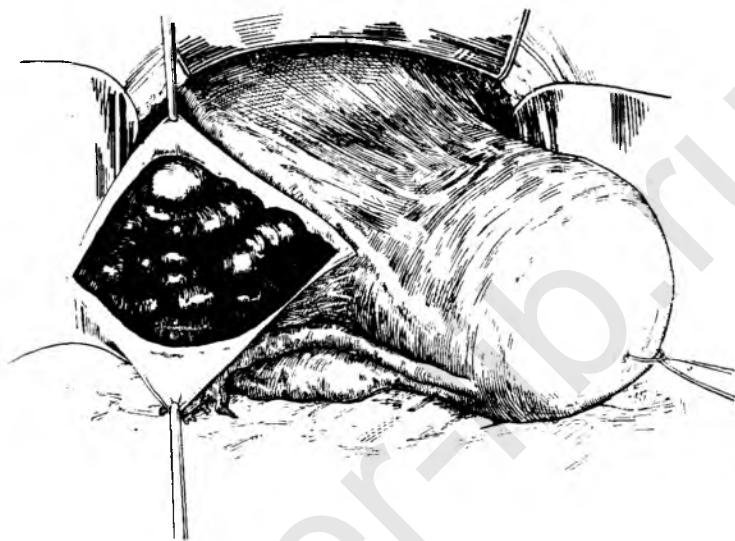


Рис. 132. Неполный разрыв матки. Вскрыта брюшина и обнажена гематома левой широкой связки.

25/1 в 23 часа 30 минут начали внутривенное переливание крови и одновременно чревосечение. Под общим эфирным наркозом (100 мл) произведен срединный разрез брюшной стенки от лона до пупка (*laparotomia mediana*). При вскрытии брюшной полости оказалось: матка отклонена вправо, слева от матки расположен абортивная гематома, поднимающаяся к почечной области, под отслоившейся брюшиной определяется головка плода. Произведен поперечный разрез брюшины вдоль левой круглой связки (см. рис. 132). Удален мертвый плод (вес 3600 г, длина 52 см), частично находившийся в матке, и извлечен послед. В области нижнего сегмента по левому ребру матки обнаружен зияющий разрыв с рваными краями. Разрыв имеет продольное направление и переходит в шейку. Левый свод влагалища оторван от матки. Параметральная клетчатка пропитана кровью. Удалена жидкая кровь и сгустки. С трудом обнаружена и перевязана левая маточная артерия у места ее отхождения от подчревной (рис. 133). Приступлено к экстирпации матки. Наложены зажимы на круглые связки, маточные концы труб и собственные связки яичника с обеих сторон рассечены и перевязаны; надсечена брюшина пузырно-маточного углубления и широко вскрыты параметрии. Изолированно перевязана правая маточная артерия, мочевой пузырь отслоен книзу. Надсечена сзади брюшина над шейкой матки и отслоена от влагалища прямая кишка. На крестцово-маточные связки и клетчатку у ребра шейки наложены зажимы. Клетчатка и связки рассечены и перевязаны кетгуттом. Матка, начиная с разрыва, отсечена от влагалища и удалена (*exstirpatio uteri*). Передняя стенка влагалища подшита двумя швами к брюшине пузырно-маточной складки и задняя стенка — к брюшине дугласова кармана; с боков влагалище оставлено не зашитым. Произведена перитонизация.

Брюшная рана зашита послойно наглухо. Во время операции внутривенно капельным способом перелито 400 мл консервированной крови 0(I) группы и 500 мл противошоковой жидкости.

Состояние больной после операции удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту, хорошего наполнения; артериальное давление 110/70 мм. Назначен пенициллин по 50 000 ЕД через 4 часа.

Послеоперационный период протекал с субфебрильной температурой в первые 4 дня. Заживление брюшной раны первичным натяжением. Выписана на 14-й день после операции в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** С. П., повторнородящая; многоводие и поперечное положение плода не были распознаны акушеркой, проводившей роды на дому. Ввиду затянувшихся родов был вызван врач, который установил на-

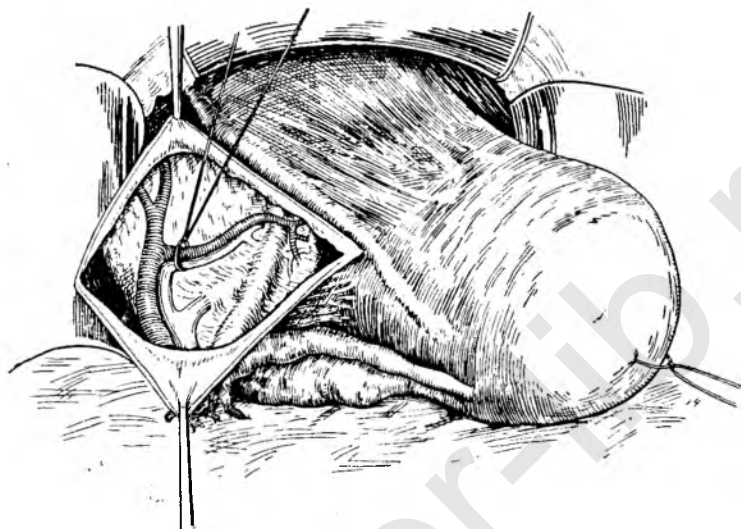


Рис. 133. Неполный разрыв матки. Наложена лигатура на маточную артерию.

личие поперечного положения. В сельской больнице врач пытался произвести поворот плода на ножку, но безуспешно. Роженица была транспортирована в областную больницу, однако в пути произошел неполный разрыв матки с отрывом влагалищного свода. Произведено под общим эфирным наркозом чревосечение и экстирпация матки. Выздоровление.

## ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ ПРИ РОДАХ

М. Н., 41 года, повторнородящая, доставлена в акушерскую клинику 9/X 1949 г. в 6 час. 45 минут. Настоящая беременность 5-я, доношенная; четыре предыдущие беременности закончились нормальными срочными родами, дети родились живыми.

Консультацию не посещала. Схватки начались дома 8/X в 17 часов; в 20 часов отошли воды и появились потуги. 8/X в 24 часа схватки и потуги внезапно прекратились, появились боли внизу живота, больше слева; боли все усиливались и заставили роженицу поехать в клинику.

При поступлении жалуется на боли внизу живота, усиливающиеся при перемене положения. Температура 37°, пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Артериальное давление 110/90 мм. Язык обложен, влажный. Родовой деятельности нет, движений плода роженица не ощущает. Живот вздут; при пальпации разлитая болезненность внизу живота. Контуры матки неясны; пальпация живота болезненна; отмечается метеоризм в нижнем отделе кишечника. Под брюшной стенкой определяется плод, мелкие части. Предлежащая часть — головка — расположена малым сегментом во входе таза. Сердцебиение плода не выслушивается. Размеры таза: 23, 26, 29, 19,5 см.

Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь отсутствует, головка малым сегментом во входе таза, большая родовая опухоль; диагональная конъюгата 12 см. Кровотечения нет.

*Что произошло? Какой диагноз?*

У повторнородящей женщины в периоде изгнания внезапно прекратилась родовая деятельность, бывшая до этого энергичной; появились боли внизу живота, усиливающиеся при перемене положения. Роженица перестала ощущать движения плода.

Такие данные анамнеза позволяют заподозрить самопроизвольный разрыв матки, наступивший при родах, проходивших без медицинской помощи. При осмотре обнаружены явления метеоризма, резкая болезненность при пальпации живота, неясные контуры матки. Непосредственно под брюшной стенкой определяются части плода. Типичная картина полного разрыва матки с выходением плода в брюшную полость.

*Что делать?*

Нужно срочно готовиться к чревосечению.

Пока идет подготовка к операции, разберем некоторые вопросы, связанные с настоящей патологией.

Разрыв матки является тяжелейшим осложнением во время беременности и родов. О частоте разрывов матки во время беременности и родов в литературе приводятся самые разнообразные данные; в среднем разрывы матки встречаются в 0,1% всех родов.

Система советского родовспоможения позволила резко снизить количество тяжелых родовых травм. Разрывы матки, пузырно-влагалищные свищи исчисляются в настоящее время сотыми и тысячными долями процента.

Наиболее правильная, возможная лишь в социалистическом государстве организация родовспоможения, широчайшая сеть родовспомогательных учреждений, максимальное приближение акушерской помощи к населению, повышение квалификации врачей и акушерок—все это позволило предупреждать тяжелый травматизм женщины в родах и, в частности, разрывы матки.

За рубежом, по данным ряда авторов (A. Bill, W. Barney, G. Melody, J. Morrison и L. Douglass), частота разрывов матки в настоящее время продолжает оставаться на прежнем уровне.

Разрывы матки наблюдаются главным образом у многорожавших женщин. По нашим данным, из 262 женщин, у которых произошел разрыв матки, только 7 были первородящими, остальные—повторнородящими. Это находит свое объяснение в том, что матка первородящей женщины представляет собой более мощный и выносливый орган; в матке многорожавшей женщины мышца местами замещена менее способной к растяжению соединительной тканью, местами рубцово перерождена; поэтому при одинаковых условиях разрывы матки чаще бывают у многорожавших. Подобные изменения могут иметь место и в результате повторных абортс с последующим выскабливанием матки.

Принято различать разрывы матки самопроизвольные, происходящие без внешнего воздействия, и насильственные, возникающие в результате постороннего вмешательства во время родов или грубой травмы в период беременности. Самопроизвольные разрывы матки встречаются чаще, чем насильственные. В. И. Ледомский из 128 женщин, у которых произошел разрыв матки, у 99 отмечал самопроизвольный разрыв; В. П. Михайлов из 98—у 60; мы самопроизвольные разрывы матки наблюдали у 232 (88,6%) из 262 женщин. Насильственные разрывы матки чаще всего возникают в результате добавочного растяжения нижнего сегмента при постороннем вмешательстве во время родов. Такой разрыв может возникнуть во время акушерской операции, произведенной при отсутствии надлежащих условий и наличии противопоказаний к ней или при грубом и неумелом оперативном вмешательстве. Обычно подобные разрывы матки возникают в результате

поворота на ножку или попытки поворота при запущенном поперечном положении плода, при наложении высоких щипцов, особенно при наличии несоответствия размеров головки плода и таза.

Несвоевременное применение питуитрина, вызывающего бурную родовую деятельность, может при несоответствии в размерах головки плода и таза или при неполном раскрытии маточного зева также привести к насильственному разрыву матки.

Легче всего насильственные разрывы возникают при уже угрожающем разрыве матки, если при этом грубо производится влагалищное исследование или применяется акушерская операция с игнорированием противопоказаний и без глубокого наркоза. Насильственный разрыв травматического характера может произойти вследствие грубой травмы (удар в живот, падение на живот и т. п.) и при отсутствии родовой деятельности.

Анализ данных, приведенных в отечественной литературе, показывает резкое снижение количества насильственных разрывов матки; за последние 15 лет насильственные разрывы имели место лишь в 5,6% общего количества разрывов матки. В этом ярко отразились преимущества системы советского родовспоможения.

По степени повреждения различают полные (сквозные) разрывы матки, захватывающие все слои маточной стенки, проникающие в брюшную полость (рис. 134 и 135), и неполные, не проникающие в брюшную полость (см. рис. 131). При неполных разрывах матки обычно разрывается слизистая и мышечная оболочка, а брюшинный покров остается ненарушенным. Такой разрыв проникает в подбрюшинное пространство, чаще в параметральное, где образуется гематома (см. рис. 132). Неполный разрыв может захватывать слои маточной стенки на небольшую глубину, а иногда имеется лишь трещина (надрыв) маточной стенки (*usuga*). Полные разрывы наблюдаются приблизительно в 10 раз чаще, чем неполные.

Внезапное появление наружного кровотечения после родоразрешения и выделения последа при хорошо сократившейся матке также должно навести на мысль о возможности происшедшего разрыва матки (*ruptura uteri completa*).

Подозрение на происшедший разрыв матки может вызвать задержка последа и безуспешность выжимания его по Креде—Лазаревичу при наличии других неясных признаков. В неясных случаях, подозрительных на разрыв матки, а также после трудновыполнимых плодоразрушающих операций, после поворота на ножку, который долго не удавался и вдруг легко совершился, а также после влагалищного родоразрешения по поводу угрожающего разрыва матки необходимо производить внутриматочное обследование. При наличии разрыва последний большей частью удается определить рукой.

Если подлежащая часть плода находится в полости таза и нет ясных симптомов разрыва матки (чаще всего неполного), то необходимо возможно



Рис. 134. Полный разрыв матки в нижнем сегменте.

бережнее произвести плодоразрушающую операцию, извлечь плод и затем рукой обследовать полость матки; шейку и влагалищные своды необходимо осмотреть при помощи зеркал.

Поздние симптомы происшедшего разрыва матки (спустя сутки и более) характеризуются признаками нарастающего перитонита. Состояние роженицы или родильницы тяжелое, кожные покровы бледны, черты лица заостряются, глаза западают. Язык сухой, обложен. Пульс частый, слабого наполнения. Боли в животе, напряжение и резкая болезненность брюшной стенки, положительный симптом Щеткина—Блюмберга, тошнота, икота, рвота, парез кишечника.

*Какова должна быть терапия при совершившемся разрыве матки?*

Вопрос о терапии при совершившемся разрыве матки в настоящее время не вызывает разногласий: общепринятым является хирургический метод лечения—немедленное чревосечение без предварительного родоразрешения через влагалище, так как такое родоразрешение обычно ведет к увеличению разрыва и ухудшает состояние больной. В некоторых случаях предлежащая часть, тампонируя разорванные ткани, сдавливает поврежденные сосуды, уменьшает, а иногда почти останавливает кровотечение. После влагалищной родоразрешающей операции в подобных случаях может начаться сильное кровотечение.

Исходя из сказанного, совершенно ясно, что при совершившемся разрыве матки, как при головном предлежании, так и при запущенном поперечном положении плода, следует идти прямо на чревосечение без предварительного влагалищного родоразрешения.

Так мы и поступили у нашей больной.

Вопрос о выборе того или иного метода хирургического вмешательства должен решаться индивидуально с учетом времени наступления разрыва, характера разрыва, признаков инфекции и т. п. Большинство акушеров-гинекологов считает целесообразным прибегать при разрывах матки к над-влагалищной ампутации или полному ее удалению (И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др.). Они исходят из того, что удаление тяжело травмированной, инфицированной матки способствует надежной остановке кровотечения, предохраняет от последующих повторных поступлений инфекции из пуэрперальной матки и создает наилучшие условия для дренирования обширных подбрюшинных пространств. Зашивание разрыва матки обычно рекомендуется в более «легких» случаях, при разрыве в теле матки, особенно по рубцу после кесарева сечения.

Пфорт (Pfort) указывает, что смерть при разрыве матки наступает в 40% от острой анемии и в 60% от перитонита и сепсиса. По мнению Зигварта (Sigwart), угроза смерти от инфекции еще больше, так как часть больных, погибших от анемии вследствие разрыва матки, вероятно, погибла бы в дальнейшем от инфекции.

По литературным данным, за последнее десятилетие летальные исходы при разрывах матки наступают чаще от шока и кровопотери, чем от перитонита и сепсиса. Так, по сборным данным из отечественной литературы (Л. С. Персианинов, 1947), материнская смертность от шока и геморрагического коллапса составляет 66,6%. По данным И. Ф. Жорданиа, летальные исходы при разрывах матки имели место в 45,8% от анемии, в 23,1%—от шока и лишь в 29,8%—от инфекции. А. Гордон и Н. Розенталь (A. Gordon и N. Rosental, 1943) указывают, что из 30 умерших при разрывах матки 20 погибли от кровотечения и шока, 6—от перитонита, 2—от бронхопневмонии и одна—от анурии. А. Билл (A. Bill, 1944) и др., описывая 23 случая разрыва матки, сообщают о 5 летальных исходах, из которых лишь одна больная умерла от перитонита, а 4 погибли от шока и кровопотери.

Смерть при разрывах матки наступает чаще всего или в конце операции, или в первые часы после нее. Весьма вероятно, что для женщины, находящейся в тяжелом состоянии, такая большая добавочная травма, как ампутация или экстирпация матки, может предрешить летальный исход. Поэтому становится понятным стремление некоторых акушеров-гинекологов [В. А. Покровский, Л. С. Персианинов, Н. Е. Сидоров, Шмидт (H. Schmiedt) и др.] чаще применять зашивание разрывов матки, причем при локализации этих разрывов не только в теле матки, но и в нижнем сегменте.

Из 58 больных, у которых мы произвели (1952) зашивание разрыва матки, погибло 12, из них 6 женщин—от анемии и шока в первые часы после операции, 4—от перитонита, одна—от гнойного параметрита и одна—от уремии при обширном разрыве мочевого пузыря, осложнившим разрыв матки. Разрыв был в теле матки у 28 больных и у 30—разрыв располагался в области нижнего сегмента матки.

Н. Е. Сидоров (1953) после зашивания разрывов матки у 30 женщин наблюдал летальные исходы у 5 (около 16%). Моррисон и Дуглас (1945), анализируя результаты лечения 45 больных с разрывом матки, указывают, что наилучшие результаты дало зашивание разрыва матки. Больные, находящиеся обычно в тяжелом шоковом состоянии, переносят ушивание разрыва матки гораздо лучше, чем радикальные операции.

Применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов уменьшает опасность развития инфекции при зашивании разрыва матки. Следует также учесть, что более тяжелые радикальные операции и при наличии антибиотиков не дают значительного снижения количества летальных исходов так как причиной их чаще всего является не инфекция, а шок и кровопотеря.

По нашему мнению, зашивание разрыва, безусловно, следует применять при разрывах по рубцу после кесарева сечения, при расположении разрыва в дне и теле матки. Кроме того, следует шире ставить показания к зашиванию разрыва и при локализации его в нижнем сегменте, применяя указанный метод операции в первые 24 часа после происшедшего разрыва. Зашивание разрыва, независимо от его характера и расположения, приемлемо и в тех случаях, когда больная находится в очень тяжелом состоянии и не может перенести ампутацию или экстирпацию матки.

Техника операции при зашивании разрыва сводится к лапаротомии, остановке кровотечения и наложению швов на разрыв. Размозженные края разрыва по возможности сглаживают и освежают острыми ножницами или скальпелем (рис. 135), иссекают старый рубец, если он имеется, и накладывают кетгутные швы в два этажа на мышцу и брюшинный покров матки (рис. 136). Перитонизация производится непрерывным кетгутным швом, захватывающим брюшину и поверхностный слой мышечной ткани.

Разрывы матки чаще всего располагаются в области нижнего сегмента и поэтому зашитый разрыв хорошо перитонизировать брюшиной пузырно-маточного углубления и передним листком широкой связки, прилегающей к разрыву. В результате зашитый разрыв полностью покрывается брюшиной.

Зашивание разрыва матки представляет наименее травматичный метод хирургического вмешательства для больной, находящейся обычно в тяжелом состоянии. Эта операция проста по технике и при хорошем соединении краев раны в маточной стенке во всю ее толщю дает возможность сохранить в будущем нормальную функцию матки.

У большинства больных при зашивании разрыва следует производить стерилизацию, применяя резекцию труб на протяжении. У некоторых женщин, учитывая их настойчивое желание иметь в дальнейшем ребенка, стерилизация не производится. В таком случае при наступившей беремен-

ности они должны находиться под строгим наблюдением и за 10—14 дней до срока родов им следует произвести кесарево сечение.

Вернемся к нашей больной.

Операционная уже подготовлена для чревосечения.

9/X 1949 г., в 7 часов 30 минут, под эфирным наркозом (100 мл) произведено чревосечение. Из брюшной полости извлечен мертвый плод (вес 4000 г, длина 52 см) и послед. На передней стенке матки, в области нижнего сегмента имеется разрыв, который продолжается вверх по левому ребру матки; длина разрыва 16—18 см. Передний листок левой широкой связки разорван. Мочевой пузырь отслоился, цел. Слева имеется гематома в параметрии. Гематома удалена (см. рис. 131), кровоточащие сосуды лигированы. Местами края разрыва освежены. В полость матки засыпано 5 г сульфидина. Разрыв зашит двухэтажными узловатыми кетгутовыми швами (рис. 136). В парамет-



Рис. 135. Полный разрыв матки. Разожженные края разрыва освежают (указано пунктиром).

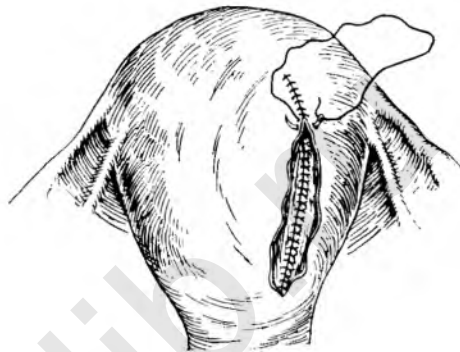


Рис. 136. Полный разрыв матки. Зашивание разрыва.

рий засыпано 3 г сульфидина. Брюшина пузырно-маточного кармана подшита к матке поверх зашитого разрыва. Произведена стерилизация путем резекции труб. В брюшную полость влито 300 000 ЕД пенициллина; брюшная рана зашита послойно наглухо. Произведено переливание 500 мл консервированной крови. После операции применялся пенициллин по 50 000 ЕД через 3 часа в течение 5 дней. Послеоперационный период протекал с повышением температуры до  $37,8^{\circ}$  в первые три дня и наличием незначительного инфильтрата в параметральной клетчатке слева в последующие дни. На 20-й день после операции больная выписана в хорошем состоянии с незначительными остатками левостороннего параметрического инфильтрата в виде тяжа.

**Краткий эпикриз.** М. Н., 41 года, многорожавшая. При родах на дому, проходивших без медицинской помощи, произошел полный самопроизвольный разрыв матки с выходением плода в брюшную полость. При поступлении в клинику установлен диагноз и произведено чревосечение с ушиванием разрыва матки, расположенного в нижнем сегменте ее. Послеоперационный период протекал с повышенной температурой в первые 3 дня. Выписана на 20-й день после операции в хорошем состоянии.

## РАЗРЫВ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Р. З., 23 лет, повторнوبرеменная, явилась на прием к врачу 12/XI 1952 г.

Менструации с 15 лет, по 5 дней через 4 недели, безболезненные. Даты последней менструации не помнит. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась классическим кесаревым сечением в 1950 г. по поводу узкого таза. Послеоперационный период протекал гладко, и больная была выписана на 14-й день после операции.

Беременность протекает хорошо, жалоб беременная не предъявляет. Анализы крови и мочи от 5/XI нормальные.

Беременная среднего роста, удовлетворительного питания. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения, артериальное давление 120/70 мм. Живот увеличен, окружность его 95 см. На брюшной стенке имеется срединный рубец после кесарева сече-



ния; рубец тонкий, не спаян с подлежащими тканями. Дно матки у подреберья. Положение плода продольное, спинка слева. Над входом таза определяется подвижная головка, диаметр ее 11 см. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Размеры таза: 23, 25, 27, 16 см. Диагональная конъюгата 10,5 см. Врач установил срок беременности 35 недель и предоставил беременной дородовой отпуск.

*Имеются ли отклонения от нормы у данной беременной женщины? Какой прогноз родов?*

Профилактическое направление советской медицины имеет огромное значение в акушерстве. Осматривая беременную, мы не только устанавливаем, как протекает беременность, какие имеются отклонения от нормы, но всегда обязаны думать о прогнозе родов и в соответствии с этим заранее предусмотреть необходимые мероприятия.

Перед нами молодая повторнوبرеменная женщина. Беременность протекает нормально. Предположительный срок родов через 30—35 дней. У женщины узкий таз (вторая степень сужения его). Кроме того, на матке имеется рубец после произведенного 2 года назад кесарева сечения. Сам по себе рубец на матке не вызывает особой тревоги, послеоперационное течение было гладким. Но такое неблагоприятное сочетание, как сужение таза второй степени и рубец на матке, чрезвычайно омрачают прогноз.

При физиологических родах после бывшего кесарева сечения, когда рубец на матке не дает оснований сомневаться в его прочности, мы обычно не наблюдаем разрыва матки. Однако следует учитывать, что при наличии механического препятствия для родоразрешения рубец на матке после кесарева сечения может разорваться скорее, чем стенка матки с неизменной мускулатурой.

При узком тазе, чтобы преодолеть препятствие, матка в родах развивает усиленную деятельность. Наступает перерастяжение ее стенок и в области рубца, который представляет собой *locus minoris resistentiae*, и может произойти разрыв.

Беременная, перенесшая ранее кесарево сечение, должна быть госпитализирована не позднее чем за 2—3 недели до родов, притом в такое учреждение, где ей может быть оказан любой вид оперативной акушерской помощи.

Врач женской консультации не учел этого и не только не направил беременную в стационар для наблюдения, но даже не предупредил ее о необходимости заблаговременного поступления в родильный дом.

12/ХІІ в 2 часа начались роды дома, в 5 часов отошли воды, схватки были сильные и очень болезненные. В 7 часов роженица почувствовала себя очень плохо и вскоре потеряла сознание.

Соседка вызвала скорую помощь, которая и доставила роженицу в родильный дом. При поступлении в родильный дом (8 часов утра) состояние роженицы тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледны. Сознание сохранено, но женщина не сразу отвечает на вопросы, апатичная, слабо реагирует на окружающее. Дыхание поверхностное. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения, по временам аритмичный, артериальное давление 70/40 мм.

Родовой деятельности нет. Живот слегка вздут, пальпация брюшной стенки болезненная, особенно в нижних отделах. Живот какой-то бесформенный. Контуры матки неясны. Непосредственно под брюшной стенкой определяются мелкие части плода.

Перкуссия живота дает в отлогих местах тупой звук. Сердечные тоны плода не выслушиваются. Из влагалища небольшое кровотечение.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, расположенная над входом таза.

*Какой диагноз?*

Совершенно ясно, что во время родов произошел самопроизвольный разрыв матки и скорее всего по рубцу после ранее перенесенного кесарева сечения.

Больная находится в тяжелом шоковом состоянии, возникшем в результате тяжелой травмы в родах и внутреннего кровотечения.

*Что предпринять в данном случае?*

1. Срочно произвести чревосечение и одновременно предпринять меры для выведения больной из шокового состояния.

2. Вначале вывести больную из состояния шока, а затем произвести чревосечение.

Необходимость срочного чревосечения не вызывает сомнений. Выжидание будет лишь усиливать шоковое состояние. Длительное выжидание может быть и опасным, так как не исключена возможность того, что внутреннее кровотечение продолжается.

Большинство авторов считает, что до операции при разрыве матки не следует применять переливание крови, кровезамещающих жидкостей и сердечных средств во избежание повышения артериального давления и связанного с этим усиления кровотечения. Нет оснований отказываться от переливания крови перед операцией, так как при разрывах матки кровотечение обычно останавливается не столько под влиянием падения артериального давления, сколько вследствие сокращения опорожненной матки. Мы полагаем, что пока идет подготовка к срочному чревосечению, следует произвести переливание крови. В большинстве случаев рекомендуется переливать 500 мл крови, производя трансфузию струйным методом. Если при разрыве матки продолжается внутреннее или наружное кровотечение, то переливание крови нужно производить капельным методом из расчета 60—80 капель в минуту. Как только во время операции будет остановлено кровотечение, переливание крови продолжают струйным методом.

Во время операции и в послеоперационном периоде целесообразно применять внутривенное введение противошоковых жидкостей и комплексных растворов, употребляемых с этой же целью.

Мы с успехом применяем комплексный раствор лекарственных веществ следующего состава: 10 мл 10% бромистого натрия, 20 мл 33% спирта, 30 мл 40% глюкозы, 5 мл 10% аскорбиновой кислоты, 1 мл 0,6% витамина В<sub>1</sub>, 10 мл 10% хлористого кальция. Применение названного состава способствует нормализации соотношений между возбуждающими и тормозными процессами в центральной нервной системе и оказывает благотворное воздействие на состояние больной. Улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхание.

В части случаев, однако, при тяжелом шоке и коллапсе внутривенное переливание крови на фоне угасающей сердечной деятельности не вызывает заметного эффекта, и состояние больных продолжает ухудшаться, несмотря на продолжающееся вливание крови в вену.

Литературные данные и наш опыт показывают, что в подобных случаях шока и геморрагического коллапса, когда внутривенное введение 250—500 мл крови не дает выраженного положительного эффекта, необходимо срочно переходить на внутриартериальное нагнетание крови. В предагональном состоянии и при агонии сразу следует начинать с внутриартериального нагнетания крови.

Немаловажное значение имеет вопрос о методах обезболивания при операциях по поводу разрыва матки. Учитывая, что больная обычно находится в тяжелом состоянии в результате шока и кровопотери, предпочтительнее применять местную анестезию. Литературные данные (В. А. Покровский, А. А. Терехова и др.) и наши многочисленные наблюдения показывают, что при шоковом состоянии у обескровленных больных местная анестезия является лучшим методом обезболивания во время операции, однако многие предпочитают эфирный наркоз.

В случае, если местную анестезию не удастся полностью осуществить, добавляется ингаляционный эфирно-кислородный или эфирный наркоз и продолжается инфильтрация раствором новокаина, чтобы полностью пре-

рвать импульсацию из операционной раны в области разрыва в центральную нервную систему. Как известно, общий и, в частности, эфирный наркоз не дает угасания всех рефлексов, не устраняет полностью импульсацию из операционной раны в центральную нервную систему. Акушеры-гинекологи, широко применяющие эфирный наркоз, должны учитывать это положение.

Пока готовились к чревосечению, роженице произвели переливание в вену 250 мл консервированной крови, после чего введение крови продолжали капельным методом.

12/ХІІ в 8 часов 35 минут — чревосечение. Под местной анестезией (0,25% раствором новокаина) произведен срединный разрез брюшной стенки от лона до пупка. По вскрытии брюшной полости в ней оказалось свыше 1 л крови. На передней стенке тела матки разрыв по рубцу после кесарева сечения. Края разрыва ровные. Послед, ножки и часть туловища плода находятся в брюшной полости; головка, плечевой пояс и ручки плода — в полости матки.

Послед удален из брюшной полости. Легким потягиванием за ножку и ягодичцы извлечена оставшаяся в матке часть плода. Плод мертвый (вес 3400 г, длина 51 см). Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Скальпелем освежены края разрыва и последний ушит узловыми кетгутowymi швами в два ряда, после чего наложен непрерывный кетгутый шов. Марлевыми салфетками удалена жидкая кровь и сгустки из брюшной полости, в последнюю влито 500 000 ЕД пенициллина, растворенного в 50 мл 0,25% раствора новокаина. Брюшная рана зашита послойно наглухо. До и во время операции введено 500 мл консервированной крови, 500 мл противошоковой жидкости и комплексный раствор (стр. 264) лекарственных веществ (бром, глюкоза, хлористый кальций, витамины С и В<sub>1</sub>).

Продолжительность операции 1 час 10 минут. Общее количество раствора новокаина 1500 мл. К концу операции пульс 96 ударов в минуту, мягкий, ритмичный; артериальное давление 95/60 мм; дыхание ровное.

Больной назначено: капельное введение в вену 400 мл крови, кровезамещающих и противошоковых жидкостей (600 мл) с добавлением 50 мл 40% глюкозы; внутримышечные инъекции пенициллина по 50 000 ЕД через каждые 3 часа, сердечные средства.

Послеоперационный период протекал без осложнений, и больная на 14-й день после операции выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Беременная не была своевременно госпитализирована, не были приняты меры к предупреждению разрыва матки, и последний произошел при родах на дому, проходивших без медицинской помощи.

Несмотря на тяжелое состояние больной, поступившей в родильное отделение с разрывом матки, своевременно и правильно проведенное лечение привело к выздоровлению.

*Как следовало вести беременность и роды у женщины, перенесшей ранее кесарево сечение или ушивание разрыва матки?*

Хорошо известно, что рубцы после кесарева сечения и предшествовавших разрывов матки, приводя к неполноценности маточной стенки, могут в дальнейшем способствовать наступлению разрыва. Полная мускуляризация рубца матки после кесарева сечения, по данным В. А. Покровского и Я. С. Рабиновича, наблюдается в 54%, частичная—в 29% и образование фиброзного рубца—в 17%.

Фанейф (Phaneuf), Шварц, Паддок и Бортник (Schwarz, Paddock и Bortnick) считают, что при заживлении разреза на матке не наступает регенерации мышечной ткани, а имеет место развитие фиброзной ткани. По нашим данным, из 262 разрывов матки разрыв по рубцу после кесарева сечения имел место у 29 женщин.

Гистологическое исследование участков стенки матки из области разрыва показывает обильное развитие гиалинизированной фиброзной ткани (рис. 137).

В некоторых случаях при расположении плаценты в области рубца наблюдается глубокое внедрение ворсин и «разъедание» рубцовой ткани, что сопровождается резким истончением стенки матки и может привести к прободению ее еще во время беременности.

Литературные данные как отечественных, так и зарубежных авторов показывают, что почти у 50% женщин, перенесших ранее кесарево сечение

и доносивших беременность до срока, применяются родоразрешающие операции. Так, по сообщению Я. Н. Полонского (1946), только у 51,4% женщин беременность после кесарева сечения заканчивается самопроизвольными родами, а в 33,3% применяется повторное кесарево сечение и в 15,3% — влагалищные операции.

Разрывы матки после кесарева сечения при последующей беременности и родах встречаются в 2—4% случаев (Я. Н. Полонский).

Далеко не безразличным в отношении частоты разрывов является вид разреза матки при кесаревом сечении и характер заживления. Наибольшее



Рис. 137. Разрыв матки по рубцу после кесарева сечения. Обильное развитие гиалинизированной фиброзной ткани на месте бывшего рубца.

число разрывов матки наблюдается при разрезе в области дна матки, который теперь почти не применяется. На втором месте стоит классический разрез передней стенки тела матки и меньше всего предрасполагает к разрыву разрез матки в нижнем сегменте.

Вильсон (A. Wilson), сообщая об исходе беременностей у 100 женщин, перенесших ранее кесарево сечение, указывает, что у 69 из них было применено повторное кесарево сечение, у 31 наступил разрыв матки по рубцу. Бекер (K. Baker, 1955) указывает, что после кесарева сечения с поперечным разрезом нижнего сегмента матки из 100 рожавших у 47

наблюдались самопроизвольные роды, у 27 применены акушерские щипцы, у 25 произведено повторное кесарево сечение, только у одной женщины наступил разрыв матки по рубцу.

Указанный автор выступает в защиту поперечного разреза нижнего сегмента при кесаревом сечении и подчеркивает важность наложения швов в углах раны.

По-видимому, имеет значение и срок наступления беременности после произведенного кесарева сечения. По прошествии не менее 2—3 лет рубец более прочен.

Особое внимание следует обратить на выяснение состояния рубца на матке. Неполноценный рубец маточной стенки имеет место при плохом заживлении разреза после кесарева сечения, осложнившегося воспалительными процессами в малом тазу, длительным лихорадочным течением, нагноением брюшной стенки, а также после бывших разрывов матки, излеченных консервативными методами или ушитых при обширном размождении тканей.

Все беременные, перенесшие кесарево сечение, должны находиться на особом учете и быть госпитализированы за 2—3 недели до родов, а при наличии неполноценного рубца на матке—за 4—5 недель.

Ведение родов после предшествовавшего кесарева сечения необходимо строго индивидуализировать. Если послеоперационный период после быв-

шего кесарева сечения протекал гладко, без осложнений, и нет признаков несоответствия между размерами подлежащей части плода и таза, то роды можно вести консервативно, тщательно наблюдая за роженицей и своевременно принимая меры при выявившихся признаках несоответствия или при затянувшемся периоде изгнания.

В тех случаях, когда рубец после кесарева сечения не вызывает сомнений в своей прочности, но имеется выраженное несоответствие подлежащей части и таза, следует произвести кесарево сечение при первых схватках, а при сомнениях в прочности рубца—до начала родов.

При наличии неполноценного рубца на матке обычно разрыв наступает в последние дни беременности или в самом начале родовой деятельности. Мы считаем, что в подобных случаях является показанным повторное кесарево сечение за 10—12 дней до срока родов. В. А. Покровский рекомендует повторное кесарево сечение в последние дни беременности, если женщина в прошлом подвергалась этой операции и послеоперационный период осложнился инфекцией и вторичным заживлением раны.

Вильсон, Вильямсон (Williamson), Бархет (Barchet) высказываются о целесообразности применения повторного кесарева сечения за 7—10 дней до родов у беременных, перенесших по поводу узкого таза кесарево сечение, которое сопровождалось воспалительными процессами половых органов, длительным лихорадочным состоянием.

В большинстве случаев при повторном кесаревом сечении, так же как и при зашивании разрыва матки, приходится, с согласия женщины, производить стерилизацию при помощи одного из принятых методов. Наиболее целесообразно применить резекцию маточных труб на протяжении.

В части случаев, учитывая настойчивое желание женщины иметь ребенка, стерилизация не применяется, но женщина должна быть предупреждена об опасности, связанной с наличием рубца на матке при последующей беременности, и о необходимости родоразрешения путем кесарева сечения за 10—12 дней до срока родов. В подобных случаях при наступлении беременности за женщиной устанавливается систематическое тщательное наблюдение и за 4—5 недель до срока родов она должна быть госпитализирована.

*Каковы же признаки угрожающего разрыва матки при беременности и родах после перенесенного ранее кесарева сечения?*

Многие акушеры считают, что разрыв матки по рубцу после кесарева сечения происходит бессимптомно и диагностировать угрожающий разрыв невозможно.

Шмитц и Гаевский (H. Schmitz и C. Gajewski), Гордон, Розенталь и Лери (J. O'Leary) указывают, что разрывы матки по рубцу после кесарева сечения с поперечным разрезом в нижнем сегменте часто не дают классической картины разрыва. Я. Н. Полонский, Н. Н. Письменный и др. считают, что появление при родах болей в области рубца после кесарева сечения следует рассматривать как признак угрожающего разрыва.

Проведенное нами изучение большого числа разрывов матки по рубцу после кесарева сечения показывает, что у многих беременных или рожениц, прежде чем наступила катастрофа, имелись признаки, позволяющие поставить диагноз угрожающего или начавшегося разрыва матки и принять своевременно необходимые меры.

Боли в области рубца после кесарева сечения, особенно с задержкой продвижения плода по тем или другим причинам при полном открытии зева, при отошедших водах и удовлетворительной или хорошей родовой деятельности, должны рассматриваться как признак угрожающего разрыва матки.

При растяжении рубца на матке появляются боли в области бывшего разреза, нередко определяется истончение рубца. В подобных случаях при

пальпации в области рубца стенка матки оказывается истонченной, легко определяются части плода, в то же время расположенные рядом участки маточной стенки пальпируются как более толстые и мощные. Нередко между неизменной стенкой матки и растянутым рубцом определяется граница в виде валика или гребешка.

Заметное и особенно увеличивающееся истончение рубца на матке является еще одним признаком угрожающего разрыва. В ряде случаев нам удавалось установить истончение рубца по ходу бывшего разреза при кесаревом сечении уже в конце беременности. Это истончение нарастало при появлении родовой деятельности. При чревосечении подтвердились данные, полученные при пальпации.

В дальнейшем, при продолжающемся растяжении рубцово измененной ткани, начинается ее разрыв, постепенно прогрессирующий. Быстрота перехода от угрозы разрыва до наступления катастрофы различная; это зависит от степени патологических изменений маточной стенки и силы сокращений матки. Обычно у беременной или роженицы при начавшемся надрыве тканей в области рубца, помимо болей, появляются: общая слабость, головокружение или обморочное состояние, боли в подложечной области, тошнота, рвота. Все эти явления вначале могут носить кратковременный характер и при их исчезновении врач или акушерка не думают о приближающемся разрыве, объясняя указанные симптомы сердечной слабостью или нарушением со стороны желудочно-кишечного тракта.

В последующем расхождение рубца увеличивается, снова появляются указанные выше симптомы, которые нарастают, и при этом иногда отмечается появление кровянистых выделений из матки. Подозрительным следует считать ухудшение состояния плода, замедление или ускорение сердечных тонов и приглушение их, чрезмерно активные движения его, отхождение мекония. При наступившем разрыве матки по рубцу, особенно с выходением плода в брюшную полость, появляются признаки шока и геморрагического коллапса.

Симптомокомплекс Бандля при наличии рубца на матке отсутствует; в подобном случае для диагноза угрожающего разрыва матки следует учитывать другие данные и прежде всего состояние маточной стенки.

**Краткий эпикриз.** Р. З., 23 лет, повторнобеременная, с наличием сужения таза второй степени и рубцом на матке после кесарева сечения находилась под наблюдением врача женской консультации. Своевременно не была госпитализирована до родов. Роды начались дома, и в периоде изгнания произошел разрыв матки. При чревосечении обнаружен разрыв матки по рубцу с выходением последа и частей плода в брюшную полость. Произведено путем чревосечения ушивание разрыва матки, переливание крови. Послеоперационный период протекал без осложнений.

## **УГРОЖАЮЩИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАЗРЫВ ПРОМЕЖНОСТИ**

М. Ф., 28 лет, поступила в родильный дом 28/III 1955. г. в 9 часов со схватками средней силы; схватки продолжаются 8 часов.

Последняя менструация 20/VI 1954 г.; настоящая беременность первая; первое шевеление плода ощутила 7/XI 1954 г.

Роженица нормального телосложения, удовлетворительного питания. Температура при поступлении 36,9°; пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, артериальное давление 115/80 мм. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не отмечается.

Дно матки на 3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка; окружность живота 97 см. Схватки средней силы, повторяются через 10—12 минут длительностью 35—40 секунд, умеренно болезненные. Положение плода продольное; спинка слева; мелкие части плода пальпируются справа; головка в полости таза. Сердцебиение плода справа, ниже пупка, ритмичное, ясное, 130 ударов в минуту; воды не отходили.

Размеры таза: 26, 28, 30, 18,5 см. Моча нормальная.

Влагалищное исследование: при осмотре наружных половых органов обнаружена высокая промежность, небольшая половая щель; влагалище нерожавшей женщины; шейка сглажена; края наружного зева тонкие, открытие зева около 3 пальцев; головка в широкой части полости малого таза; крестцовая впадина свободна только в нижней трети; плодный пузырь цел; очень скудное количество передних вод; через оболочки удается определить стреловидный шов, проходящий в правом косом размере, роднички большой и малый распознать не удается.

Влагалищное исследование уточнило местонахождение головки в тазу, целостность плодного пузыря, состояние шейки матки, степень открытия наружного зева шейки матки, состояние краев наружного зева, но не определило точно положения головки, вида позиции.

*Что делать? Как вести роды?*

Результат акушерского исследования, общее состояние роженицы, состояние плода не требуют в данный момент какого-либо вмешательства, роды следует предоставить их естественному течению.

В дальнейшем родовая деятельность усилилась, схватки участились, промежутки между схватками укоротились. Сердцебиение плода остается удовлетворительным как по частоте, так и по ритму.

В 19 часов отошли воды в умеренном количестве, и после небольшой паузы вновь возобновились схватки. С 22 часов у роженицы появились потуги; к 24 часам головка стала показываться в половой щели (врезывание головки).

После каждой потуги прослушивается сердцебиение плода: оно все время остается удовлетворительным. Внимание принимающей роды акушерки обратила на себя чрезмерная растянутость и особенное выпячивание высокой промежности. Впечатление такое, точно поступательные движения предлежащей головки при каждой схватке с потугой, направляясь прямо к промежности, стремятся не только максимально растянуть ее, но как бы прорвать.

Роды значительно затянулись. В течение 23 часов продолжают схватки; уже 2 часа имеются хорошие схватки с потугами, а головка все еще только врезывается в половой щели.

*Что может быть причиной столь длительного течения периода изгнания? Чем объяснить такое необычное выпячивание промежности?*

1. Возможно, что имеется задний вид затылочного предлежания или переднеголового предлежания. И в том, и в другом случае поступательные движения головки в полости таза вследствие создающегося большого несоответствия ее размеров с таковыми выхода таза значительно задерживаются; кроме того, более широкая (затылочная) часть головки значительно растягивает тазовое дно.

2. Учитывая, что у данной роженицы ригидная высокая промежность, можно предположить, что последняя своим большим, чем обычно, сопротивлением задерживает головку. К тому же чрезмерное растяжение промежности не благоприятствует перемещению (скольжению) головки в передний отдел тазового выхода и, таким образом, головка остается в положении врезывания, не доходя до прорезывания.

3. Не исключается, что у роженицы имеется узкая лонная дуга, т. е. суженный против обычного лонный угол, и поэтому головка не может в достаточной мере использовать пространство под симфизом, почему и не поступает кпереди. Оставаясь большей своей массой на тазовом дне, головка все больше растягивает промежность и нижний отдел вульварного кольца.

*Какие из упомянутых возможных причин имеют место у наблюдаемой нами роженицы?*

На этот вопрос точно мы ответить не можем, так как при влагалищном исследовании не смогли уточнить, в каком виде протекают роды, и не обратили внимания на величину лонного угла. Чтобы не вести роды вслепую, надо произвести повторное влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: промежность резко выбухает, отверстие заднего прохода зияет; головка определяется сейчас же при введении пальцев во влагалище, крестцовая впадина выполнена полностью. Головка на тазовом дне; стреловидный шов слегка в правом косом размере, почти в прямом, малый родничок прощупывается сзади, чуть вправо, большой — слева, спереди, на головке значительная родовая опухоль. Лонный угол, измеренный пальцами (рис. 138), оказался острым.

Итак, имеется задний вид затылочного предлежания плода у роженицы с суженным лонным углом и высокой промежностью. Теперь нам становится понятным и затяжной характер врезывания, и чрезмерное растяжение промежности.

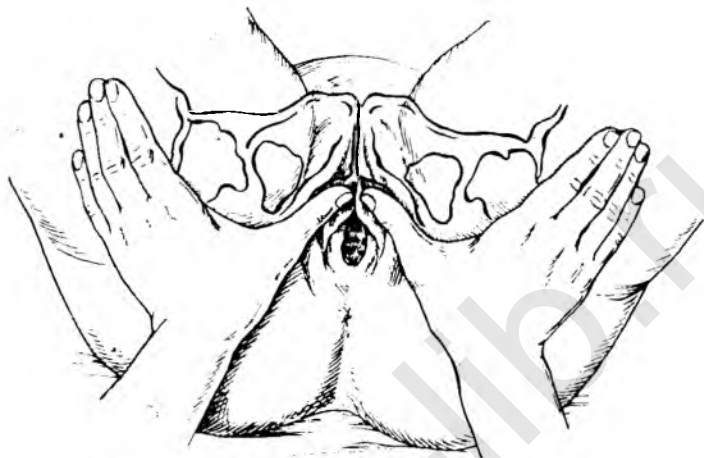


Рис. 138. Измерение величины лонного угла.

Тазовое дно в целом активно участвует в родовом процессе. Еще в период раскрытия, как показали исследования методом электрической плетизмографии, когда головка плода стоит еще высоко, с каждой схваткой изменяется объем тканей тазового дна (И. М. Грязнова). Указанное изменение объема в этом периоде родов зависит от рефлекторного изменения кровоснабжения этой области.

Сопротивление, оказываемое промежностью, противодействует изгоняющим силам—схватке и потуге. При потугах головка упирается в тазовое дно, становясь непосредственным раздражителем его.

Сила маточных сокращений—схваток с присоединяющимися к ним потугами—направлена по прямой, соответствующей оси матки (рис. 139). Эта сила способствует продвижению предлежащей части плода в направлении нижнего отрезка крестца, копчика и тазового дна, продвигает предлежащую головку, ведет к отклонению копчика кзади, к растяжению промежности.

Обычно при полноценных тканях промежности, при отсутствии непреодолимого препятствия для поступательного движения головки кпереди, сопротивление промежности способствует окончательному вращению головки в прямой размер выхода таза. Сопротивление промежности ведет к разложению силы, продвигающей головку в направлении оси матки, на силу, идущую в первоначальном направлении, т. е. в сторону копчика и промежности, и на силу, отклоняющуюся по касательной в сторону наименьшего сопротивления, т. е. кпереди в сторону половой щели (см. рис. 139). Предлежащая головка, таким образом, как бы скользит по задней стенке влагалищной трубки, отклоняет при этом кзади копчик, в результате чего достигает



ся и некоторое увеличение прямого размера выхода таза и растягивается промежность.

Сила, развиваемая сокращениями мускулатуры матки и брюшного пресса, часто бо́льшая, чем сопротивление, оказываемое сокращениями мускулатуры промежности и тазового дна в целом, почему промежность оказывается растянутой до предела и может разорваться (рис. 140).

Предлежащая часть плода, в данном случае головка, при своем продвижении в выходе таза растягивает не пассивные части родовых путей, а активные, т. е. мышцы дна таза. Последние, сокращаясь, своим сопротивлением способствуют приближению, прижатию головки к передней стенке таза, к лонной дуге. Однако такое приближение головки кпереди происходит в достаточной степени только тогда, когда продвигаемая вперед головка не встречает чрезмерного препятствия в лонной дуге, т. е. когда лонный угол достаточно широк для того, чтобы затылочная (подзатылочная) или, как в данном случае, лобно-теменная часть головки могла войти в лонный угол, достигнуть нижнего края лонного сочленения и упереться в последний.

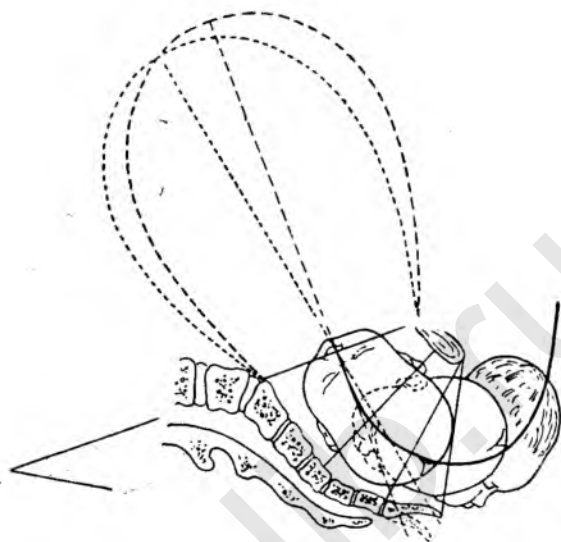


Рис. 139. Направление движущей силы по прямой, соответствующей оси матки.

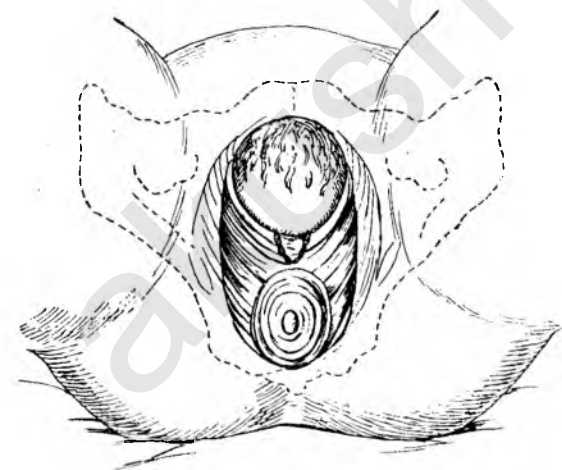


Рис. 140. Прорезывание головки с разрывом промежности, начиная от задней спайки влагалища.

Если ткани промежности достаточно эластичны, поступательные движения головки в половой щели проходят плавно, соотношения в размерах головки и растянутого влагалища и вульвы относительно нормальные, выступающая головка направляется соответственно проводной родовой оси и если головка при этом прорезывается наименьшими своими размерами, то обычно сохраняется целостность тканей промежности.

Чем выше (передняя) промежность, тем при одинаковых прочих условиях чаще она разрывается при родах.

В возникновении разрыва промежности большое значение имеет и введение роженицы в периоде изгнания (врезывание и прорезывание). В этом

отношении психопрофилактическая подготовка к родам, снимая страх, предупреждая беспокойное поведение роженицы, является в то же время в известной степени и профилактикой разрыва промежности.

Наличие у роженицы острого лонного угла, высокой промежности, предлежания головки в заднем виде—все это такие обстоятельства, при которых роды доношенным плодом неизбежно сопровождаются травмой тазового дна и промежности.

Действительно, вскоре наше внимание обратил на себя необычный цвет кожи промежности. Чрезмерно растянутая и куполообразно выпяченная промежность, вначале несколько синюшная, при потуге начинает в одном участке особенно резко бледнеть, становится беловатой, а с прекращением потуги из половой щели появляется небольшое количество крови. В дальнейшем на указанном участке образовалась незначительная трещина кожи промежности.

#### *Что случилось?*

Появившееся кровотечение говорит о начавшемся разрыве слизистой влагалища, возможно, и «расползании» мышц тазового дна. Побледнение кожи промежности—признак нарушения нормального кровообращения в этом участке, признак нарушения нормального питания тканей.

#### *Чем угрожает подобное состояние?*

Скольжение головки по тазовому дну, как было указано, возможно, если при достаточном сопротивлении промежности нет препятствия (узкий лонный угол) для поступления головки в передний отдел выхода таза.

Если промежность слишком высокая, как у наблюдаемой нами роженицы, то она сама по себе подвергается чрезмерному растяжению и к тому еще задерживает поступательное движение головки кпереди. В таком положении не происходит обычного разложения передающейся схватками силы, и последняя направляет предлежащую часть, в данном случае головку, по оси матки, т. е. непосредственно упирает головку в промежность. Последняя растягивается до предела, истончается и разрывается с внутренней стороны, со стороны влагалища появляется кровотечение.

Если в подобном случае не будет оказана своевременно надлежащая помощь, головка растягивает до предела прямокишечно-влагалищную перегородку, разрывает заднюю стенку влагалища и может образоваться без повреждения задней спайки влагалища сквозной разрыв тканей промежности, через который иногда родится плод. Образуется проникающее отверстие в промежности на участке где-либо между задней спайкой влагалища и отверстием прямой кишки. Это так называемый центральный разрыв промежности (рис. 141). Задняя спайка влагалища и сфинктер прямой кишки могут остаться целыми; не исключается, однако, что наряду с очень большим разрывом и разможением тканей промежности разрывается и стенка прямой кишки.

Иногда центральный разрыв промежности начинается с кожных покровов, проникая затем в глубину до слизистой оболочки влагалища.

Все, что мы говорили выше о предвестниках центрального разрыва промежности (чрезмерное растяжение и выпячивание промежности, значительное побледнение кожи в центре промежности и наметившаяся незначительная трещина на коже), появилось у данной роженицы. Дальше бездействовать—значит допустить подобный разрыв.

#### *Что делать?*

Единственным средством, предупреждающим образование проникающего центрального разрыва промежности, является своевременно произведенная перинеотомия. Рассечение промежности необходимо делать по средней линии от задней спайки до места наметившегося расползания кожи (рис. 142), что мы и сделали.

Операция перинеотомии (perineotomia) получила широкое распространение в России благодаря проф. Д. О. Отту (директор бывшего повивального института в Ленинграде). По мнению Д. О. Отта, срединный разрез промежности по так называемому промежностному шву расширяет путь для прохождения головки плода, что ускоряет период изгнания, предохраняет ткани тазового дна от разможнения и разрыва и значительно ослабляет родовую травму плода. Вместе с тем зашитая рана с резаными краями лучше заживает, чем с рваными краями.

Техника проведения перинеотомии заключается в следующем: тупую браншу ножниц (если нет таких ножниц, то пользуются обычными прямыми ножницами с закругленными концами) вводят в вульварное кольцо (см. рис. 142) между задней стенкой влагалища и головкой по средней линии

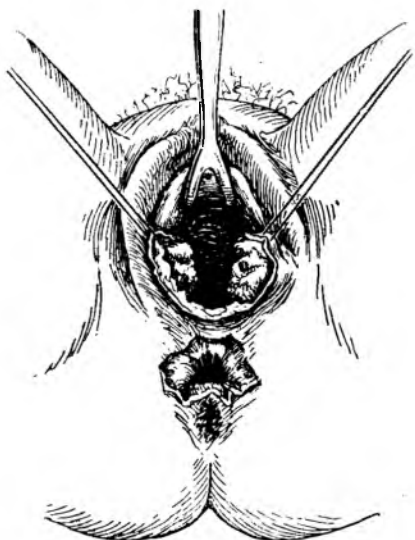


Рис. 141. Центральный разрыв промежности.



Рис. 142. Перинеотомия до наметившегося места расположения тканей промежности.

и одним-двумя ударами ножниц рассекают промежность по гарне, в обычных случаях на протяжении 2—2,5 см, а при угрожающем или намечающемся центральном разрыве—до наметившегося места разрыва. При этом необходимо другой рукой сдерживать головку, предупреждая чрезмерно быстрое прорезывание ее.

Почти тотчас же после рассечения промежности родился живой плод (вес 3100 г, длина 50 см) в заднем виде затылочного предлежания. Через 20 минут отделился самостоятельно послед; детское место целое, оболочки все.

Разрез по задней стенке влагалища и промежности зашит (сopro-perineorrhaphia) под инфильтрационной местной анестезией 0,25% раствора новокаина. Наложены погружные отдельные кетгутовые швы; на кожу отдельные шелковые швы (рис. 143 и 144). В послеродовом периоде однократное (до 38°) повышение температуры тела. Швы сняты на 5-е сутки. Заживление первичным натяжением. Выписана на 13-й день в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

Возникновение травм влагалища, промежности и наружных половых органов при родах в основном приписывают особенностям строения костного таза (острый лонный угол, большой угол наклона таза), слишком большим размерам плода, особенностям морфологического строения тканей промежности, наличию воспалительных изменений в них, характеру родовой деятельности и ряду других моментов. Все эти и подобные им

обстоятельства являются лишь частными обстоятельствами. Большое значение имеет общее состояние организма женщины. Именно оно обуславливает нормальный тургор тканей, их нормальное питание, а стало быть, и необходимо при родах способность тканей к растяжению без нарушения целостности.

Немалую роль в происхождении разрыва промежности играет и техника оказания акушерского пособия при прорезывании головки и выведении плечиков.

Все указанные выше моменты в процессе родового акта должны быть своевременно выявлены и соответствующим образом учтены. Известную роль в задержке поступления предлежащей части плода у данной роженицы играло и то, что роды протекали в заднем виде. Продвижение головки по задней стенке влагалища и вульвы своей затылочной частью, как более широкой, затрудняется и сопровождается обычно значительно большим растяжением промежности.

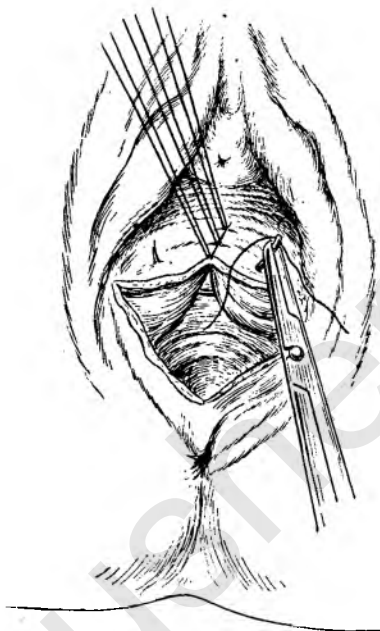


Рис. 143. Зашивание разрыва промежности.

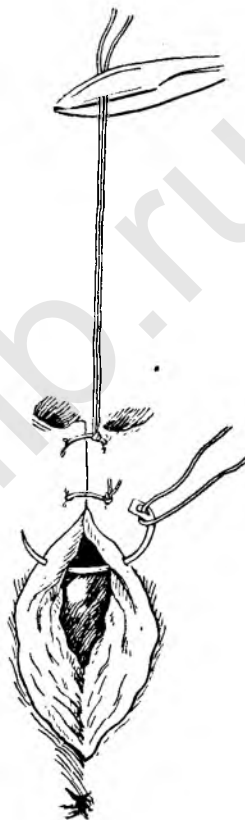


Рис. 144. Наложение швов на кожу промежности.

Иногда наблюдается значительное растяжение промежности и ее разрыв при родах плодом даже с небольшой головкой. В подобных случаях чаще всего имеют место нарушения в механизме родов (разогнутые предлежания или стремительные роды).

Длительное стояние головки на тазовом дне ведет нередко к анемизации прижатых тканей, к нарушению питания их, что в значительной степени понижает сопротивляемость тканей. В подобных случаях необходимо что возможности устранить создавшееся препятствие продвижению головки путем своевременно произведенной операции—перинеотомии.

В происхождении разрывов тканей промежности узость лонного угла является весьма существенным моментом. Обычно в нормальном женском

тазу лонный угол тупой или во всяком случае не меньше прямого. У наблюдаемой нами роженицы, как было установлено в дальнейшем, лонный угол оказался острым.

Определение величины лонного угла, пусть не совсем точное, доступно в любых условиях. Иногда достаточно внимательного ощупывания краев лонного угла или измерения его приемом, указанным на рис. 138, чтобы заранее предвидеть возможность подобного осложнения. К сожалению, об этом забыли в течение наблюдения за беременной в консультации, забыли и при поступлении женщины в родильный дом.

И нам при ведении родов не следовало бы дожидаться признаков начинающегося центрального разрыва промежности, а нужно было бы значительно раньше произвести перинеотомию; это в интересах как матери, так и плода.

**Краткий эпикриз.** М. Ф., 28 лет, первобеременная. Поступила в родильный дом 28/III 1955 г. со схватками. Беременность доношенная. Положение плода продольное. Головка в затылочном предлежании, заднем виде. Период раскрытия протекал без осложнений. При головке, опустившейся на тазовое дно, с появлением потуг отмечено значительное растяжение и выпячивание промежности. Период изгнания затянулся. Дополнительными исследованиями у роженицы установлен острый лонный угол, что затрудняло поступление головки в передний отдел таза и вместе с тем способствовало появлению признаков угрожающего центрального разрыва промежности.

Произведена перинеотомия, после чего вскоре родился ребенок. Последовый период—без осложнений. Разрез промежности зашит. Заживление первичным натяжением. Выписана на 13-й день в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

## РИГИДНОСТЬ НАРУЖНОГО ЗЕВА ПРИ РОДАХ

К. З., 30 лет, поступила в акушерскую клинику 15/XI 1954 г. в 17 часов с родовой деятельностью, которая началась 4 часа назад.

Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину, корь, грипп.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3—4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 28 лет. Последняя менструация с 7/II по 10/II 1954 г. Настоящая беременность первая, протекала, со слов роженицы, без особых отклонений. Под наблюдением женской консультации с V месяца беременности, посетила консультацию 5 раз.

Роженица правильного телосложения, рост 149 см, вес 58,9 кг, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура 36,7°.

Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые; пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения; артериальное давление 160/110 мм. Со стороны легких и желудочно-кишечного тракта отклонений не отмечается. Мочиспускание свободное, безболезненное; моча при кипячении прозрачная, белка нет.

Окружность живота 90 см. Высота стояния дна матки над лоном 32 см. Положение плода продольное, первая позиция. Предлежит головка малым сегментом во входе таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Схватки через 4—5 минут продолжительностью по 40 секунд. Размеры таза: 25,29, 31, 18 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие зева на 2 пальца; плодный пузырь слабо наливается; предлежит головка во входе таза малым сегментом; швы и роднички через плодный пузырь определить не удается; мыс достигается, диагональная конъюгата 11,5 см.

### *Какой диагноз?*

Беременность 40 недель; первый период родов; первое головное предлежание, гипертония; простой плоский таз (сужение первой степени).

### *Что делать?*

На данном этапе родов нет показаний к какому-либо активному вмешательству. Будем вести наблюдение за самостоятельным течением родов.

Учитывая наличие гипертонии у роженицы, назначили 25% сернокислую магнезию по 20 мл через каждые 6 часов.

16/XI в 2 часа отошли воды, схватки через 4—5 минут по 40 секунд. Головка большим сегментом во входе таза.

16/XI в 13 часов влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, края толстые, плотные, неподатливые (ригидные), плодного пузыря нет, головка большим сегментом во входе таза. Стреловидный шов в поперечном размере таза, малый родничок слева, большой — справа, выше малого. Сердцебиение плода стало меняться, учащено до 160 ударов в минуту. Для борьбы с угрожающей асфиксией плода было проведено дыхание кислорода, внутривенное введение 40 мл 40% раствора глюкозы и под кожу введен 1 мл кордиамина. После применения указанных средств сердцебиение плода выровнялось до 140 ударов в минуту, ритмичное.

С целью ослабить ригидность зева под кожу введен 1 мл раствора сернокислого атропина в разведении 1 : 1000.

16/XI в 18 часов артериальное давление 130/85 мм; введение сернокислой магнезии прекратили. Ввиду слабости родовой деятельности была проведена ее стимуляция: внутривенное введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция с 30 мл 40% раствора глюкозы и внутрь хинин по 0,25 г через 30 минут 6 раз. Родовая деятельность усилилась.

17/XI в 1 час влагалищное исследование: открытие по-прежнему на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, края зева толстые, ригидные, головка во входе таза большим сегментом, имеется небольшая родовая опухоль и конфигурация головки.

*Чем объяснить отсутствие дальнейшего продвижения головки при наличии родовой деятельности?*

1. Сужение таза.

2. Задержка раскрытия наружного зева.

Анатомически узкий таз (плоский) у данной роженицы с самого начала родов не проявлял функциональной недостаточности; головка быстро вставилась во вход таза, затем продвинулась и стоит уже большим сегментом во входе. При влагалищном исследовании, произведенном повторно, мы отмечали это продвижение. Значит, не анатомическое сужение таза является в данном случае причиной значительного удлинения родов.

При влагалищном исследовании обратило на себя внимание несколько необычное состояние наружного зева шейки матки. На протяжении 32 часов наблюдения за роженицей, несмотря на введение атропина, открытие зева продвинулось всего лишь с 2 до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальцев. При этом отмечаются края толстые, плотные, неподатливые.

*Как можно расценить состояние шейки матки и чем оно вызвано?*

Такое состояние известно в акушерстве под названием ригидности зева.

У данной больной основной патологией в родах и является ригидность шейки, вернее, наружного зева, из-за которой не произошло своевременно хорошего сглаживания и раскрытия зева. Это осложнение в родах, связанное с патологией в шейке матки, называют еще шеечной дистоцией (дистоция—от греческого слова *dys*, что означает «неправильный», и греческого *tokos*—роды; в целом дистоция—неправильные роды).

Шеечная дистоция у роженицы осложнилась ранним отхождением вод и вторичной родовой слабостью, вследствие чего затянулись роды.

Шеечная дистоция может быть: 1) неврогенного происхождения или 2) связанной со структурными изменениями в тканях шейки матки, что также не исключает и неврогенного фактора.

Шеечная дистоция неврогенного происхождения развивается вследствие спазма наружного зева шейки, вызванного раздражением п. *pelvicus seu erigentes*, иннервирующих шейку матки. Установлено (Б. И. Лаврентьев Н. Г. Фельдман и др.), что тело матки иннервируется преимущественно сим-

патической нервной системой plexus hypogastricus inferior, а шейка—преимущественно парасимпатической нервной системой (n. pelvisi seu erigentes).

Чтобы снять нервный спазм, нужно выключить действие парасимпатического нерва, что достигается обычно подкожным введением атропина. Роженице был введен 1 мл раствора сернокислого атропина в разведении 1:1000. Однако введение атропина осталось без эффекта; шеечная дистоция, по-видимому, здесь вызвана не только или, вернее, не столько неврогенным фактором, сколько структурными изменениями в ней (пожилая первородящая).

*Что предпринять?*

Попытаться расширить зев пальцами.

В борьбе с шеечной дистоцией, если фармакологические средства оказываются неэффективными, приходится прибегать к механическому растяжению ее путем постепенного введения пальцев в зев, что мы и сделали.

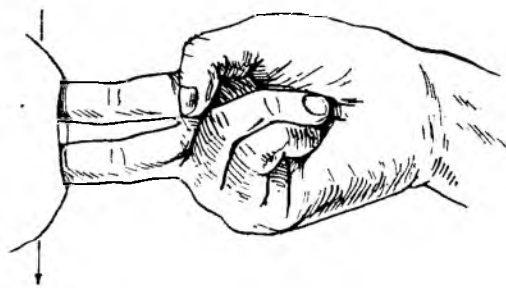


Рис. 145. Пальцевое расширение наружного зева шейки матки.



Рис. 146. Расширение наружного зева указательными пальцами обеих рук.

Приступили к пальцевому расширению зева шейки матки: под легким эфирным наркозом кисть руки ввели во влагалище и путем постепенного введения пальцев в зев шейки матки расширили его до 3 пальцев.

Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в минуту; артериальное давление 130/80 мм. 17/XI в 5 часов влагалищное исследование: головка в широкой части полости малого таза; имеется родовая опухоль и небольшая конфигурация головки, но раскрытие зева остается то же самое — 3 пальца, края его ригидные и плотно охватывают головку; попытка вторичного пальцевого расширения одной и обеими руками (рис. 145 и 146) не дала эффекта. Для повышения растяжимости тканей уместно было ввести в шейку гиалуронидазу.

*Какое может быть предложение по поводу дальнейшего ведения родов?*

Произвести насечки по краю наружного зева; попытаемся кровавым путем уничтожить сопротивление нераскрывающегося зева.

Решено сделать насечки на шейке матки (hysterostomatia).

*Как будем производить насечки?*

Рассечь зев шейки матки в четырех местах: спереди, сзади и с боков. Боковые насечки наиболее опасны в смысле возможности дальнейшего разрыва их при прохождении головки, поэтому четыре насечки лучше делать в местах, соответствующих на часовом циферблате 2, 5, 8 и 10 часам (рис. 147).

17/XI в 5 часов 30 минут после соответствующей дезинфекции наружных половых органов, под контролем зеркал, без наркоза, сделаны в соответствующих местах четыре насечки длиной 1 см; шейка запроважена за головку. Только кровавое рассечение наружного зева оказалось эффективным. Рассеченная шейка больше не препятствовала продвижению головки, которая опустилась дальше в полость таза. Появились потуги.

Схватки и потуги редкие и слабые. Сердцебиение плода ясное.

В 6 часов 30 минут с целью стимуляции родовой деятельности роженице введено внутривенно: 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 40 мл 40% раствора глюкозы. Схватки усилились, повторялись через 5 минут по 20—30 секунд. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту.

17/XI в 7 часов 15 минут влагалищное исследование: края шейки не достигаются, головка в узкой части полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди, большой — справа сзади выше малого; имеется родовая опухоль и умеренная конфигурация головки.

В 8 часов потуги ослабли, редкие, через 5—8 минут продолжительностью 10—20 секунд. Роженица устала. Повторно введено 30 мл 40% раствора глюкозы, но эффекта в смысле усиления родовой деятельности не получили.

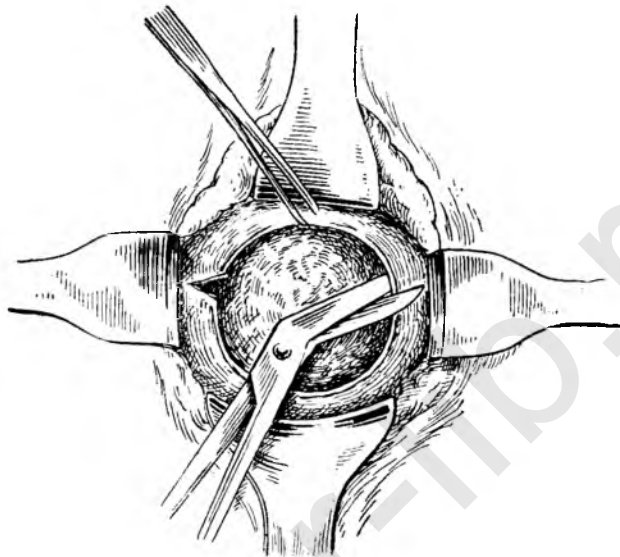


Рис. 147. Рассечение наружного зева—hysterostomia.

Роды затянулись (43 часа). Отмечается вторичная слабость родовой деятельности. Период изгнания длится 2 часа 30 минут.

*Что предпринять в данном случае?*

Показано родоразрешение.

При наличии полного открытия шейки, низко стоящей в полости таза головке живого плода, учитывая характер течения родов, надо закончить последние наложением полостных щипцов. Дольше ждать не следует, так как можно потерять ребенка.

17/XI в 8 часов 45 минут после соответствующей дезинфекции наружных половых органов под местной анестезией срамного нерва [в ишиоректальное пространство с обеих сторон (см. рис. 1) введено по 60 мл 0,25% раствора новокаина] были наложены щипцы модели Симпсона — Феноменова в левом косом размере таза (рис. 148, 149 и 150). Несколькими тракциями, во время которых головка закончила ротацию (рис. 151), теменные бугры выведены в половую щель. После предварительно сделанной перинеотомии (см. рис. 142) головка выведена в щипцах (рис. 152).

Родился мальчик весом 3200 г, длиной 50 см в состоянии белой асфиксии. После применения ванночки по Легенченко, отсасывания слизи, инъекции лобелина, кофеина и вдыхания паров нашатырного спирта новорожденный стал дышать; отмечается справа парез n. facialis. Новорожденный передан в детское отделение, где у него наблюдались клонические судороги (внутричерепное кровоизлияние?); назначен полный покой (кормился в детской снеженным молоком), холод к голове, витамин К по 0,01 г один раз в день, внутримышечно 15 000 ЕД пенициллина через 4 часа, 0,5% раствор бромистого натрия по одной чайной ложке 4 раза в день, люминал 0,005 г 3 раза в день, вдыхание кислорода, грелка к ногам.

Через 5 минут после рождения плода у роженицы началось кровотечение, и послед был выжат по Креде—Лазаревичу. Детское место целое, оболочки все.



Ввиду продолжающегося кровотечения и дряблости матки произведено ручное обследование полости матки (стр. 223). Последовся ткани в матке не обнаружено, удалены сгустки крови, прикрепленные к плацентарной площадке. Массаж матки на кулаке (см. рис. 114). Кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря 1000 мл.



Рис. 148. Наложение левой ложки-щипцов Симпсона—Феноменова.

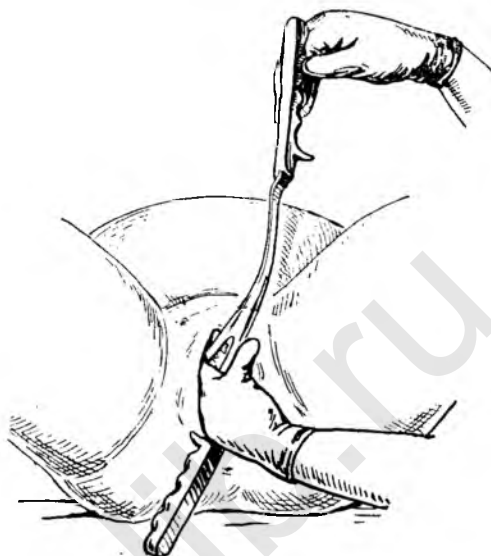


Рис. 149. Наложение правой ложки-щипцов Симпсона—Феноменова.

При осмотре шейки с помощью зеркал обнаружено: сделанные сверху насечки несколько удлинились, до 2 см, но в момент осмотра не кровоточили. На насечки наложено по три кетгутовых шва; также наложены швы на сделанный профилактически разрез промежности (см. стр. 274). Пульс 110 ударов в минуту; артериальное давление 90/60 мм.

Больной перелито струйным методом внутривенно 400 мл одногруппной крови и введено 1000 мл физиологического раствора под кожу. Состояние роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 110/75 мм.

Исследование крови от 19/XI (через день после родов): Hb 10 г% (60 единиц), эр. 3 180 000, цветной показатель 0,79, л. 8800, э. 2%, п. 6%, с. 74%, лимф. 17%, мон. 1%; РОЭ 43 мм в час. Моча от 19/XI без отклонений от нормы.

Роженице назначено по 100 000 ЕД пенициллина через 3 часа в первые два дня и в последующие дни по 100 000 ЕД через 6 часов, экстракт спорынья по 15 капель 3 раза в день в первые 3 дня.

В послеродовом периоде однократное повышение температуры до 37,5°. Инволюция матки хорошая. Артериальное давление в пределах 120/80 мм.

Кровь от 2/XII: Hb 11 г% (66 единиц), эр. 3 440 000, цветной показатель 0,79, л. 6400, э. 1%, п. 4%, с. 72%, лимф. 21%, мон. 2%; РОЭ 24 мм в час. Моча от 2/XII без отклонений от нормы.

В день выписки, 6/XII (на 20-й день после родов), дно матки над лонем не определялось; выделения слизисто-серозного характера, при пальпации живота болезненных точек не обнаружено.



Рис. 150. Замыкание ложки-щипцов.

Под влиянием лечения и покоя состояние новорожденного стало улучшаться. С 13-го дня после родов начал прибавлять в весе и его носили для кормления матери. Сосет хорошо. Парез *facialis n.* прошел.

Новорожденный выписан в удовлетворительном состоянии с прибавлением в весе (3700 г.).

С целью выяснения морфологических изменений в шейке матки был иссечен кусочек ткани наружного зева.

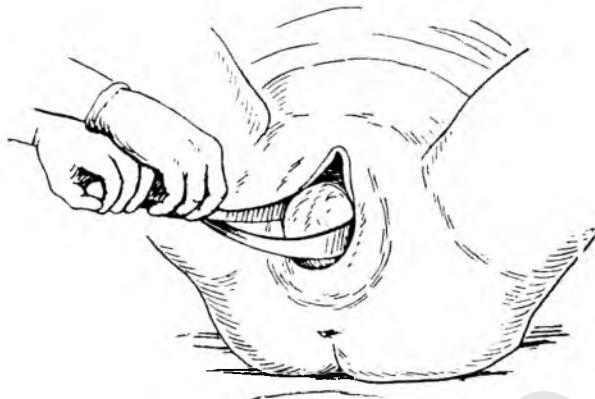


Рис. 151. Тракции головки в щипцах (щипцы в поперечном размере).

Гистологическое исследование иссеченного кусочка ткани наружного зева: густые инфильтраты из сегментоядерных лейкоцитов; кое-где пробегают узкие промежутки мышечных волокон, разволокненные лейкоцитами; ткань обильно васкуляризована; участками гипертрофированные желе-



Рис. 152. Выведение головки в щипцах.

зистые трубочки; в одном участке пласт многослойного плоского эпителия. В шейке имеются элементы воспалительного характера.

**Краткий эпикриз.** К. З., 30 лет, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Анатомически узкий таз. Первые срочные роды, осложненные шейчной дистоцией.

Крайне медленное открытие зева, раннее отхождение вод сильно удлинит родовой акт, что повлекло за собой вторичную родовую слабость и необходимость оперативного вмешательства—дважды пальцевое расширение наружного зева, насечки по краю наружного зева, наложение полостных щипцов, следствием чего явилась значительная травма новорожденного (внутричерепное кровоизлияние). При своевременной надлежащей помощи и уходе состояние матери и ребенка быстро улучшилось, и они были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Через 6 месяцев после родов, как подтвердили патронажные наблюдения, состояние матери и ребенка хорошее.

## СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОДЕ РАСКРЫТИЯ

Б. Г., 27 лет, первородящая, поступила в родильный дом 8/V 1955 г. в 8 часов. Схватки начались 12 часов назад. Роды в срок.

Перенесла корь, грипп. Гинекологические заболевания отрицает. Менструации с 17 лет, по 3 дня через 28 дней, необильные, безболезненные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность наступила через 2 года после замужества (противозачаточных средств не применяла), которая закончилась самопроизвольным абортom на III месяце, по поводу чего производилось выскабливание полости матки. Послеабортный период протекал без осложнений.

Последняя менструация с 5/VIII по 8/VIII 1954 г. Настоящая беременность вторая, протекала без отклонений от нормы. Женскую консультацию посетила 5 раз; впервые — при сроке беременности 8 недель.

Телосложение правильное, хорошо развитая подкожножировая клетчатка. Незначительная отечность голеней. Перкуссия и аускультация сердца и легких отклонений от нормы не обнаруживают. Артериальное давление 120/80 мм.

Размеры таза: 25, 28, 30, 20 см. Окружность живота 92 см. Матка по величине соответствует доношенной беременности, положение плода продольное, головное предлежание, I позиция; плод не крупный; головка прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту; схватки через 7—8 минут.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище нормальное, шейка почти сглажена, края зева толстые, открытие на I палец, плодный пузырь цел; головка плотно прижата ко входу малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди; мыс не достигается.

### *В чем особенности течения родов?*

Врач, ведущий роды, считал, что они протекают нормально, никаких осложнений нет и вмешиваться в их течение не следует.

Действительно, общее состояние роженицы вполне удовлетворительное, беременность доношенная, положение плода продольное, таз нормальный, воды не отходили. При влагалищном исследовании никаких отклонений не обнаружено, предлежащая головка правильно вставляется во вход малого таза.

8/V в 16 часов у роженицы схватки средней силы, головка плода прижата ко входу малого таза, воды не отходили; сердцебиение плода отчетливое, 130—140 ударов в минуту.

### *Что можно сказать по поводу течения родов на данном этапе?*

1. Роды протекают как будто без осложнений: ни роженице, ни плоду ничто не угрожает.

2. Роды продолжают уже 20 часов; за этот срок они могли бы закончиться; роды принимают затяжной характер.

Врач, который вел роды, не усмотрел ничего особенного в течении родов и продолжал свои наблюдения.

Прошло еще 4 часа, в течение которых никаких существенных изменений в состоянии роженицы не произошло, и лишь теперь врач, очевидно, задумывается над тем, что роды затянулись. В этот момент в истории родов впервые дается характеристика схваток: «схватки через 5—6 минут, короткие и малоинтенсивные».

Вряд ли теперь кто-нибудь может сомневаться в том, что роды чрезмерно затянулись и что причиной этого является слабость родовой деятельности, недостаточность маточных сокращений.

*Каким образом можно подтвердить правильность нашего суждения о наличии слабой родовой деятельности?*

1. Тщательным наблюдением (в течение  $\frac{1}{2}$ —1 часа) за схватками с учетом их частоты и интенсивности.

2. Влагалищным исследованием и определением степени открытия зева.

Оба предложения можно считать правильными. Действительно, если мы в течение часа тщательно проследим за схватками, учтем частоту их, продолжительность (что очень важно) и интенсивность, то сможем установить недостаточность родовой деятельности, если она имеется. Кстати, уже имеется замечание о том, что схватки короткие и малоинтенсивные.

Влагалищное исследование, которым определяется степень открытия зева, конечно, сразу покажет, насколько эффективна родовая деятельность и на каком этапе родов находится наблюдаемая роженица.

8/V в 20 часов влагалищное исследование: открытие зева на 3 пальца; края зева несколько утолщены, плодный пузырь цел, положение головки такое же, как и при первом влагалищном исследовании.

Тщательное наблюдение на протяжении получаса подтвердило недостаточную эффективность схваток.

Диагноз, таким образом, выяснен: имеется слабость родовой деятельности в периоде раскрытия шейки матки. Ясно, что выявленное нами осложнение родов требует лечения.

*Правильно ли велись роды до настоящего момента и своевременно ли было выявлено ненормальное течение родов?*

Слабость родовой деятельности была установлена только через 24 часа от начала схваток, т. е. тогда, когда роды должны были уже закончиться. Разумеется, это неправильно. Если поздно выявляется слабость родовой деятельности, то этим не предотвращается большая длительность родов, не предотвращаются так называемые затяжные роды с их возможными для плода и для матери осложнениями.

Затяжные роды истощают роженицу. Даже при самом совершенном обезболивании, сознание, что роды затягиваются, не может не действовать угнетающе на центральную нервную систему. Кроме субъективных тягостных ощущений, отмечается также снижение сопротивляемости организма инфекции. Издавна известно, что частота послеродовых инфекционных осложнений прямо зависит от длительности родов. Особое значение имеет слабость родовой деятельности как причина мертворождений и гибели детей в первые дни их жизни. Доказано, что если роды длятся более 24 часов, при отсутствии другой какой-либо акушерской патологии, кроме слабости родовой деятельности, то такие роды сравнительно часто заканчиваются либо рождением мертвого плода, либо гибелью его в первые дни жизни. У рожавших дольше суток, в 9,4% дети погибают. Этому обстоятельству до сих пор не придают надлежащего значения. Вернее, часто об этом просто не знают. Слабость родовой деятельности, затяжные роды являются осложнением, требующим раннего распознавания и лечения.

У данной роженицы можно было раньше распознать наличие слабой родовой деятельности.

Вспомним течение родов. Первородящая поступает через 12 часов от начала схваток. Врач не находит никакой «классической» патологии: нет ни поперечного положения плода, ни узкого таза, ни предлежания плаценты и т. п., и это обстоятельство успокаивает его. Однако характера родовой деятельности он не учел, что является недопустимым. Родовая деятельность

должна быть охарактеризована тремя компонентами: частота, продолжительность и интенсивность схваток. Без учета этих трех компонентов нельзя правильно оценить истинный характер и полноценность (или недостаточность) родовой деятельности. В практической жизни нередко, к сожалению, приходится встречать врачей, которые считают, что детальная оценка родовой деятельности по указанным трем компонентам обязательна лишь для молодых специалистов. А между тем далеко не редко очень опытные врачи ошибаются в оценке родовой деятельности именно потому, что пренебрегают каким-либо одним из отмеченных трех качеств схваток.

Дежурный врач допустил ошибку, не охарактеризовав родовую деятельность при поступлении данной роженицы. Если бы он это сделал, ему стало бы ясно, что роды вовсе не нормальные, а осложненные недостаточностью родовой деятельности. Он также пренебрег оценкой качества схваток и в дальнейшем наблюдении за роженицей.

После влагалищного исследования, произведенного при поступлении, врач не задумался над тем, сколько же времени прошло от начала родов. При влагалищном исследовании не обнаружено «классических» отклонений от нормы; нет предлежания плаценты или пуповины, нет необычного вставления головки и т. п. Врач упустил из виду сопоставить обнаруженные им при исследовании данные со всем течением родов. Разумеется, ничего нет особенного в том, что у первородящей обнаружено в родах открытие зева на 1 палец при целом пузыре и предлежащей головке. Однако вряд ли следует доказывать, что нельзя одинаково расценивать одни и те же данные исследования, одну и ту же картину без учета времени, прошедшего от начала родов. Сглаженная шейка матки с открытием наружного зева в 1—1½ поперечных пальца, обнаруженная при исследовании роженицы через 5 часов после начала родов, будет свидетельствовать о нормальном их течении, и та же самая картина, обнаруженная через 12 часов, будет доказательством наличия слабости родовой деятельности.

Как много упущений и недостатков можно отметить в каждодневной нашей работе в родильной комнате, зависящих от того, что при каждом осмотре роженицы фиксируется (в истории родов) лишь состояние в момент обследования, без того, чтобы обязательно подумать еще «а сколько часов роженица в родах», «через сколько часов после начала родов обнаружен такой-то статус». Подобное упущение частое и, к сожалению, типичное.

У данной первородящей открытие зева на 1 палец обнаружено через 12 часов от начала родов. Разве это нормальный темп родов? Разве врачу не стала бы ясной недостаточность родовой деятельности, если бы он, оценивая течение родов, поставил перед собой вопрос: идут ли роды в нормальном темпе и не станут ли они затяжными?

Таким образом, ни одной из двух имевшихся возможностей для обнаружения недостаточности родовой деятельности врач не использовал. Им не оценивалось качество схваток, не учитывалось недостаточное открытие зева через 12 часов после начала родов. А между тем именно сейчас же, после влагалищного исследования, нужно было начать стимуляцию родовой деятельности.

Только через 24 часа от начала схваток была диагностирована, наконец, слабость родовой деятельности и началась ее стимуляция.

*Как стимулировать слабую родовую деятельность в периоде раскрытия? Какие существуют способы стимуляции?*

Мы еще не располагаем эффективным во всех случаях и быстродействующим способом усиления родовой деятельности. Однако не подлежит сомнению, что чем раньше при выявившейся слабости родовой деятельности начинается лечение, тем эффективнее оно оказывается при любом методе или способе. В значительном числе случаев слабость родовой деятельно-

сти плохо поддается терапии именно потому, что лечение начинают поздно.

В настоящее время практически применяется много схем различных способов стимуляции родовой деятельности. Некоторые из них осуществляются в течение нескольких часов. Достоинством любого способа стимуляции родовой деятельности является быстрота наступления эффекта.

В течение многих лет мы пользуемся следующей схемой стимуляции слабой родовой деятельности. Роженице даем 30 г касторового масла, через 30 минут (независимо от действия кишечника) даем солянокислый хинин по 0,05 г (пять сантиграмм) 4 раза с промежутком в 15 минут; через 15 минут после последнего порошка хинина подкожно вводим 0,25 мл питуитрина. Инъекции питуитрина по 0,25 мл повторяем 4—5 раз с интервалом в 15 минут.

Можно применять и другие схемы (стр. 132). При стимуляции слабой родовой деятельности лечение должно проводиться строго индивидуально и не слишком продолжительно.

Стимуляция родовой деятельности по изложенной выше схеме начата через 24 часа от начала родов и через 12 часов после поступления роженицы в стационар. Через 2 часа от начала стимуляции схватки усилились и стали более продолжительными. Такое усиление родовой деятельности продолжалось 2½ часа, после чего схватки снова стали короткими (10—15 секунд) и малоинтенсивными.

#### *Что теперь предпринять?*

1. Повторить стимуляцию родовой деятельности.
2. Произвести влагалищное исследование и при большом открытии зева разорвать плодный пузырь.

Из двух предложений более целесообразным надо считать первое. Опыт показывает, что повторная стимуляция родовой деятельности (хинин по 0,05 г и питуитрин по 0,25 мл по 4—5 раз через 15 минут) очень часто оказывается эффективной.

Что касается вскрытия плодного пузыря для стимуляции родовой деятельности, то оно может быть произведено в редких особенно упорных случаях, не поддающихся медикаментозной и гормональной терапии (повторная стимуляция) и при открытии зева не менее чем на 3½ пальца, при глаубоко во входе стоящей головке.

Обычно же следует прибегать к повторной стимуляции, что и было сделано у нашей роженицы.

Через час от начала второй стимуляции схватки снова усилились, и через 2 часа после их усиления отошли светлые воды; начались потуги. Сердцебиение плода, которое мы стали прослушивать и сосчитывать в периоде изгнания каждые 5 минут, оставалось в пределах 135—140 ударов в минуту. Через 1½ часа от начала потуг головка достигла тазового дна. Потуги средней силы.

#### *Что делать дальше?*

1. Ждать самостоятельного рождения ребенка.
2. Учитывая, что при затяжных родах имеется повышенная мертворождаемость, закончить роды наложением выходных щипцов.

Правы те, кто предлагает ждать самостоятельного окончания родов, неотступно следя за сердцебиением плода. Ведь в настоящий момент роды протекают удовлетворительно; бывшая в периоде раскрытия слабость родовой деятельности ликвидировалась двукратной стимуляцией и потуги в течение 1½ часов продвинули голову до тазового дна. Частота и характер сердцебиения плода свидетельствуют об отсутствии асфиксии. Нет необходимости прибегать к небезразличной для плода и для матери операции наложения щипцов.

Врач, проводивший роды, применил метод Хмелевского—Николаева с целью профилактики асфиксии плода, что следует считать правильным.

Через 2 часа от начала потуг начала врезываться головка и через 15 минут после этого родилась девочка (вес 3250 г, длина 49 см) без признаков асфиксии. Через 20 минут самостоятельно выделился послед — без дефектов.

Небольшое кровотечение после отхождения последа прекратилось после введения подкожно 1 мл питуитрина и внутримышечно 1 мл эрготина. Шейка, осмотренная в зеркалах, оказалась целой; цела и промежность. Общая продолжительность родов 34 часа 45 минут. Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 10-й день со здоровым ребенком.

Таким образом, основным осложнением родов является их длительность, зависящая от слабости родовой деятельности. Опыт показывает, что слабость родовой деятельности имеет огромное практическое значение в акушерстве. Можно утверждать, что эта патология безусловно является самым частым осложнением родов и одной из наиболее частых причин мертворождаемости.

Анализируя причины мертворождаемости в акушерских учреждениях Ленинграда за 2 года, мы смогли в свое время установить, что из числа доношенных мертворожденных 18,5% погибли внутриутробно из-за слабости родовой деятельности. Никаких других ведущих осложнений в родах у женщин не было. Чтобы оценить практическое значение приведенных данных, надо сказать, что предлежание плаценты было причиной мертворождения в группе доношенных в 2,7%, а поперечное положение плода — в 6%.

Анализ большого числа осложненных родов акушерско-гинекологических учреждений Ленинграда и его пригородов, а также Алма-Аты показывает, что в значительном числе случаев, в которых врачи объясняют себе длительность родов «ригидным зевом», «плоским пузырем» и т. п., в действительности имела и сочетанная слабость родовой деятельности. Самым важным в этом вопросе является недостаточное внимание врачей к этому осложнению родов. Слабость родовой деятельности (затяжные роды) необходимо своевременно выявлять и назначать соответствующее лечение.

Если бы слабость родовой деятельности у нашей роженицы была распознана при поступлении ее в стационар или в первые часы наблюдения, если бы своевременно начато было лечение, роды, возможно, не были бы столь затяжными и закончились на много часов раньше. У данной роженицы правильно проведенное в дальнейшем лечение привело к благоприятному исходу родов. Однако не надо забывать, что позднее выявление слабости родовой деятельности очень часто влечет за собой ряд осложнений как для матери, так и для ребенка.

**Краткий эпикриз.** Б. Г., 27 лет, первородящая, поступила в родильный дом через 12 часов после начала родов.

Слабость родовой деятельности была выявлена только через 12 часов после поступления в стационар. Проводилась дважды стимуляция родовой деятельности. Период изгнания без особенностей. Через 34 часа 45 минут от начала схваток родился живой ребенок. Последовый и послеродовой период — без осложнений. Выписана из родильного дома на 10-й день со здоровым ребенком.

## **СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРИОДЕ ИЗГНАНИЯ**

К. В., 24 лет, первородящая, поступила в родильный дом 15/XI 1955 г. в 10 часов. Схватки начались 5 часов назад.

Менструации с 14 лет, по 4 дня через 28 дней, обильные и болезненные. Половая жизнь с 22 лет. Год назад перенесла операцию по поводу внематочной беременности. Послеоперационный период протекал без осложнений. Последняя менструация с 10/II по 13/II 1955 г. Настоящая беременность вторая.

Телосложение правильное, подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Сердце и легкие в пределах нормы. Артериальное давление 120/80 мм. По

белой линии живота, ниже пупка, заживший первичным натяжением рубец после перенесенной операции.

Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Окружность живота 88 см. Матка по величине соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное; головка прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, слева ниже пупка. Схватки через 5—6 минут, длительностью по 40 секунд, интенсивные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище развиты нормально, шейка сглажена, края зева слегка утолщены, открытие зева на  $1\frac{1}{2}$  пальца, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу малого таза, стреловидный шов слегка в правом косом размере; малый родничок слева и спереди, большой справа и сзади, несколько выше малого. Мыс не достигается.

#### *Как можно расценить течение родов?*

Через 5 часов после начала родов у первородящей с нормальным тазом влагалищное исследование показало: сглаженная шейка, открытие зева на  $1\frac{1}{2}$  пальца, плодный пузырь цел, затылочное предлежание головки. Роды протекают нормально, о чем свидетельствует также и хорошая родовая деятельность в момент поступления в родильный дом.

На протяжении последующих 6 часов родовая деятельность продолжала оставаться хорошей: схватки частые, интенсивные, по 35—40 секунд. По истечении указанного срока схватки стали ослабевать и укорачиваться. Такое состояние отмечается в течение  $1\frac{1}{2}$  часов.

*Не нуждается ли роженица в каком-либо вмешательстве в связи с ослаблением родовой деятельности?*

1. Стимуляция родовой деятельности медикаментозными средствами.

2. Влагалищное исследование и, если имеется полное открытие зева, вскрытие плодного пузыря.

Более рациональным следует признать влагалищное исследование. Действительно, в первые 5 часов родовой деятельности произошло сглаживание шейки и открытие зева на  $1\frac{1}{2}$  пальца. Затем в течение последующих 6 часов схватки частые и интенсивные, однако после этого на протяжении  $1\frac{1}{2}$  часов они оставались слабыми (вторичная родовая слабость). Весьма возможно, что уже имеется полное открытие зева и воды не отходят потому, что развивается слабость родовой деятельности.

15/XI в 17 часов 30 минут влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь цел. Вскрыт при исследовании, отошло небольшое количество светлых вод. Головка плода большим сегментом во входе малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди. Мыс не достигается.

Через 20 минут после вскрытия плодного пузыря у роженицы появились потуги, редкие, вялые и короткие. Головка несколько продвинулась в полость таза. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное.

#### *Что делать?*

1. Известно, что вскоре после отхождения вод родовая деятельность часто ослабевает на короткое время, а затем снова восстанавливается. Поэтому за данной роженицей целесообразно понаблюдать еще в течение часа.

2. Слабость родовой деятельности началась уже в конце периода раскрытия, очевидно, она продолжается и во втором периоде родов. В этом случае нужно стимулировать родовую деятельность.

Тотчас после отхождения вод родовая деятельность в ряде случаев действительно ослабевает, но это бывает не всегда и обычно нерезко выражено. Кроме того, ослабление родовой деятельности после отхождения вод обычно длится в пределах получаса.

Итак, у наблюдаемой нами роженицы пока нет причин прибегать к срочной стимуляции родов.

Слабые и короткие потуги продолжались  $2\frac{1}{2}$  часа. За это время мы многократно выслушивали и сосчитывали сердцебиение плода. Кроме того, отмечено, что головка находится в полости малого таза. Роды не продвигаются.



*В чем же причина?*

Еще 2½ часа назад было установлено полное открытие зева шейки матки и вскрыт плодный пузырь. Отмечено правильное вставление головки во вход таза. Несоответствия размеров плода и таза нет.

Причиной задержки родов, очевидно, является слабость потуг, и врач решил принять меры к усилению потужной деятельности.

*Вовремя ли принято это решение? Не следовало ли раньше прибегнуть к стимуляции слабой родовой деятельности?*

Одной из частых ошибок при ведении родов в период изгнания является допущение очень большой продолжительности его. Нередко приходится наблюдать чрезвычайно пассивное отношение врача к чрезмерно длительному периоду изгнания.

Если после полного открытия зева шейки матки и отхождения вод роды не развиваются, то через 1—1½ часа должна быть выяснена причина. В основном она сводится либо к пространственному несоответствию между тазом роженицы и головкой плода, либо (значительно реже) к аномалии вставления головки, либо к слабости родовой деятельности. При пространственном несоответствии допускается 3—4-часовое наблюдение, при аномалии вставления головки тактика врача зависит от формы и выраженности аномалии. При слабости родовой деятельности терапию следует начать через 1½ часа после отхождения вод. Недопустимо длительное наблюдение в потужном периоде без ясного представления о причинах остановки или резкого замедления родов.

Если считать, что потужной период у первородящих длится в норме около 2—3 часов, то, очевидно, стимуляцию родовой деятельности надо было применить раньше, особенно если учесть, что в течение 2½ часов потуги были короткие и слабые. Надо признать, что решение начать стимуляцию слабой родовой деятельности принято с опозданием на 1—1½ часа.

*Какими средствами можно усилить родовую деятельность в периоде изгнания?*

1. Прибегнуть к такой же стимуляции, как в периоде раскрытия (дробные дозы хинина и питуитрина) (стр. 284).

2. Применить бинт Вербова.

3. Наложить кожноголовные щипцы.

4. В потужном периоде целесообразно ввести подкожно питуитрин в количестве 0,5—1 мл.

*Какой же из этих методов наилучший?*

Для усиления родовой деятельности имеется много различных схем с применением фолликулина, синэстрола, карбохолина, хинина, питуитрина, хлористого кальция, глюкозы и т. д. Однако категорически утверждать трудно, какая из предложенных схем наилучшая. Мы считаем наилучшей ту, которая применялась в предыдущем случае (стр. 284). Следует отметить, что все способы, предложенные для усиления родовой деятельности в периоде раскрытия, малоэффективны во втором периоде родов.

Что касается применения бинта Вербова, то в виде попытки это вполне допустимо. Однако многочасовое применение бинта Вербова (что иногда наблюдается на практике) нецелесообразно и отвлекает внимание от более радикальных способов усиления потуг.

Кожноголовные щипцы заслуживают внимания при некоторых осложнениях в родах, например при частичном предлежании плаценты после разрыва плодного пузыря (стр. 146), после заправления выпавшей петли пуповины (стр. 406), при недоношенном плоде. Кожноголовные щипцы нередко ведут к усилению родовой деятельности при подвижной над входом в таз головке, и наложение их можно считать показанным в этих случаях при мертвом плоде.

У данной роженицы применение кожноголовных щипцов нецелесообразно, так как головка плода находится в полости малого таза и применение их вряд ли даст эффект, а травму плоду нанести может.

И, наконец, имеется предложение применить подкожно питуитрин в количестве 1 мл. Это следует признать более целесообразным. Дробные дозы питуитрина в потужном периоде обычно малоэффективны; введение же 1 мл почти всегда ведет к быстрому через 5 минут усилению потуг, которое продолжается 30—40 минут и нередко ведет к окончанию родов.

Надо только помнить о противопоказаниях, важнейшим из которых является пространственное несоответствие между тазом роженицы и головкой плода. Если головка находится уже в полости таза или на тазовом дне, то, разумеется, нет никакого вопроса о пространственном несоответствии (если нет деформации в выходе таза). В этих случаях, если в связи с применением питуитрина возникнет асфиксия плода (вследствие спастических сокращений матки, преждевременной отслойки детского места), имеются условия для наложения акушерских щипцов. Если же головка находится еще во входе таза любым сегментом, то от применения питуитрина надо воздержаться, так как нельзя быть абсолютно уверенным в том, что нет ни анатомически, ни функционально узкого таза. Пренебрежение этими указаниями может повести к разрыву матки.

Противопоказаниями к применению питуитрина, как известно, являются заболевания сердца, гипертония, токсикозы беременности, угрожающая асфиксия плода.

У наблюдаемой нами роженицы противопоказаний к подкожному введению питуитрина (1 мл) нет.

В 20 часов подкожно введен 1 мл питуитрина, после чего потуги усилились и головка опустилась еще глубже в полость таза. Однако по истечении часа потуги снова ослабли и стали малоэффективными. Потужной период уже длится 3 часа 30 минут. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту. Роженица утомлена, между потугами дремлет.

*Что нужно предпринять?*

Необходимо закончить роды наложением щипцов.

Большая длительность потужного периода, как известно, сравнительно часто ведет к асфиксии плода, внутричерепным кровоизлияниям и к пневмонии новорожденных в первые дни их жизни, а у родильниц может образоваться свищ.

*Есть ли в настоящий момент показания к наложению щипцов у нашей роженицы?*

Потужной период затянулся и потуги, усилившиеся под влиянием питуитрина, снова ослабли и стали неэффективными. Очевидно, самостоятельно роды скоро не закончатся и при дальнейшем ожидании может возникнуть асфиксия плода.

Операция наложения выходных щипцов является методом сравнительно бережного родоразрешения как для матери, так и для плода, чего нельзя сказать о полостных щипцах. Надо по возможности избегать наложения щипцов на головку, находящуюся в полости таза, не достигшую еще тазового дна: слишком велика травма для плода при этой операции.

У наблюдаемой нами роженицы головка плода находится в узкой части полости малого таза, но не на самом тазовом дне, явлений асфиксии плода нет; потуги хотя и ослабли, все же целесообразнее выждать еще некоторое время, чтобы головка опустилась на тазовое дно. С целью профилактики внутриутробной асфиксии плода и одновременно усиления родовой деятельности применили метод Хмелевского—Николаева.

Введение глюкозы не усилило родовой деятельности. Потуги остаются слабыми, но через полчаса головка достигла тазового дна.

Теперь уже дальнейшее ожидание нецелесообразно, и роды надо закончить наложением щипцов на головку, находящуюся на тазовом дне.

15/XI в 21 час 30 минут, через 4 часа после начала потуг, были наложены выходные щипцы (Jorgers pinor). Щипцы легли в поперечном размере таза на поперечный размер головки. Несколькими тракциями (см. стр. 280) извлечена живая девочка весом 3200 г, длиной 50 см, без признаков асфиксии. При выведении головки была произведена перинеотомия.

В течение 2½ часов послед не отделялся; кровотечения нет. Выпущена моча катетером. После безуспешного выжимания послета по Креде — Лазаревичу без наркоза и под наркозом было произведено ручное отделение послета, который оказался рыхло прикрепленным к задней стенке матки. Задержка послета произошла ввиду отсутствия достаточных сокращений мускулатуры матки. Слабость сократительной деятельности началась в конце периода раскрытия, продолжалась в течение всего периода изгнания и наблюдалась в последовом периоде.

На разрез промежности наложены швы (стр. 274). Выписана на 9-й день со здоровым ребенком.

**Краткий эпикриз.** К. В., первородящая, 24 лет, с нормальным тазом и доношенной беременностью. После хорошей родовой деятельности развилась вторичная родовая слабость. Влагалищное исследование — полное открытие зева, головка большим сегментом во входе малого таза; вскрыт плодный пузырь. Через 20 минут начались потуги, которые в течение 2½ часов остаются слабыми. Подкожное введение 1 мл питуитрина несколько усилило потуги, головка опустилась в полость таза, а затем потуги снова ослабли.

Ввиду продолжающейся слабости родовой деятельности при полном открытии зева роды закончены наложением выходных щипцов. Извлечен живой ребенок. Через 2½ часа при отсутствии кровотечения произведено ручное отделение послета по поводу задержки его. Выписана на 9-й день после родов со здоровым ребенком.

## СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Т. В., 25 лет, первородящая, поступила в родильный дом 17/III 1954 г. в 13 часов; регулярные схватки начались 6 часов назад. Роды в срок.

Перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу, грипп.

Менструации с 15 лет, по 2—3 дня через 28 дней, скудные, без болей. Половая жизнь с 24 лет. Вскоре после начала половой жизни наступила беременность. Женскую консультацию посетила 2 раза, первый раз при 6-месячной беременности.

Телосложение правильное, подкожная жировая клетчатка хорошо развита, небольшая пастозность в области лодыжек. Сердце и легкие без патологических отклонений. Артериальное давление 110/70 мм.

Размеры таза: 27, 29, 32, 21 см. Окружность живота 89 см. Матка по величине соответствует доношенной беременности; положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание; головка большим сегментом во входе таза. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Схватки через 5 минут, по 45—50 секунд, интенсивные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, края зева тонкие, открытие на 1½ пальца, плодный пузырь цел; головка большим сегментом во входе таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди, большой справа сзади, несколько выше малого. Мыс не достигается.

### *Как протекают роды?*

Роды протекают нормально и в надлежащем темпе, никаких вмешательств не требуется. Влагалищное исследование, произведенное через 6 часов от начала родов, показало, что за эти 6 часов произошло сглаживание шейки до тонкого края и открытие зева на 1½ пальца, иначе говоря, проделана уже большая работа.

В самом начале родов, и даже в первые часы после них, трудно предсказать в каждом конкретном случае, как развернется родовая деятель-

ность и сколь длительными будут роды. Задача особенно затрудняется, когда имеется какое-либо отклонение от нормы в виде сужения таза, необычного положения плода, аномалии расположения плаценты и т. д. Но даже при неосложненных родах предвидеть их дальнейшее течение порой трудно. Тем не менее необходимо, чтобы, обследовав роженицу, мы ориентировочно представили себе дальнейшее течение родов. Только при таком подходе можно предупредить ряд осложнений или заметить их в самом начале появления.

Ориентировочную длительность отдельных периодов родов надо иметь в виду при ведении родов. Длительность периода раскрытия у первородящих обычно равняется 12—15 часам.

*Как будет происходить у нашей роженицы период раскрытия? Сколько приблизительно он продлится?*

Если в течение 6 часов произошло сглаживание шейки до тонкого края и открытие зева на 1½ пальца, то полного раскрытия, очевидно, можно ожидать через 4—5 часов.

С этим можно согласиться, особенно если учесть, что у роженицы схватки частые, интенсивные и сравнительно продолжительные. Повседневный опыт показывает, что не часто приходится наблюдать схватки продолжительностью больше 45—50 секунд и что продолжительность схватки 40—45 секунд следует признать вполне удовлетворительной.

Итак, мы ожидаем, что через 4—5 часов у роженицы закончится период раскрытия и начнутся потуги.

Прошло 2 часа, и дежурный врач отмечает, что схватки стали короткими и менее интенсивными.

*Что произошло?*

Очевидно, наступила слабость родовой деятельности.

В течении родов нередко можно видеть, что интенсивность родовой деятельности на 1—2 часа заметно ослабляется, и в дальнейшем без всяких вмешательств снова налаживается. Диагноз слабости родовой деятельности в подобных случаях был бы преждевременным, а стимуляция родовой деятельности свидетельствовала бы о чрезмерной поспешности врача, ведущего роды.

Хорошо, что мы вовремя установили и отметили ослабление родовой деятельности; не проявили поспешности, а ограничились тщательным наблюдением за роженицей на протяжении еще ближайших 2 часов.

В течение 2 часов родовая деятельность была явно недостаточной: схватки прогрессивно ослабевали, укорачивались и к тому же стали более редкими, через 8—9 минут.

Теперь не может быть сомнения в том, что у роженицы наступила слабость родовой деятельности.

*Что нужно предпринять?*

1. Стимулировать родовую деятельность.

2. Для окончательного подтверждения наличия слабости родовой деятельности перед стимуляцией ее произвести влагалищное исследование.

Влагалищное исследование покажет, прогрессирует ли открытие маточного зева и какова «степень» недостаточности родовой деятельности, т. е. насколько увеличилось открытие зева за те 4 часа, которые прошли с момента первого влагалищного исследования.

В течение 2 последних часов тщательным наблюдением выяснено, что схватки ослабли и родовая деятельность прогрессивно ухудшается; едва ли при такой родовой деятельности произошло большое раскрытие зева. В нашем случае можно было бы прибегнуть к стимуляции родовой деятельности и без повторного влагалищного исследования. Однако дежурный врач

произвел вторичное влагалищное исследование, и это не вызывает у нас возражений.

17/III в 17 часов влагалищное исследование: зев открыт на  $2\frac{1}{2}$  пальца, плодный пузырь цел; головка, так же как и при первом исследовании, большим сегментом во входе таза со стреловидным швом в правом косом размере.

*Как можно оценить течение родов и что следует предпринять?*

1. Имеется слабость родовой деятельности; нужно прибегнуть к стимуляции.

2. Родовая деятельность несколько замедлена.

Учитывая, что роженица первородящая, роды продолжаются всего 10 часов (за это время произошло сглаживание шейки и открытие зева на  $2\frac{1}{2}$  пальца), можно пока повременить со стимуляцией родовой деятельности.

Если бы у роженицы схватки были слабыми, редкими и короткими, можно было бы наблюдать за ней еще 2—3 часа и только потом начать стимуляцию родовой деятельности. Но у нашей роженицы роды, протекавшие в хорошем темпе, за последние часы резко замедлились. Уже в течение 2 часов объективно наблюдается указывает ослабление и урежение схваток. При влагалищном исследовании установлено, что если за первые 6 часов родовой деятельности произошло сглаживание шейки и открытие зева на  $1\frac{1}{2}$  пальца, то за последующие 4 часа открытие увеличилось до  $2\frac{1}{2}$  пальцев. Все это говорит о том, что началась слабость родовой деятельности.

Опыт показывает, что без надлежащей терапии именно в подобных случаях роды затягиваются надолго. Запоздалая диагностика приводит к запоздалому, а потому нередко и неэффективному лечению.

Мы применим сейчас стимуляцию родовой деятельности.

В 17 часов 10 минут стимуляция по схеме, приведенной на стр. 284. Эффекта не получили: схватки оставались короткими, редкими и вялыми. Через 4 часа после начала первой стимуляции была проведена повторная стимуляция родовой деятельности с исключением из предыдущей схемы касторового масла. Через 1 час после начала повторной стимуляции схватки стали более интенсивными и участились (повторялись через 5 минут). Родовая деятельность оставалась такой еще в течение 3 часов. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное. Роды продолжаются 18 часов.

*Что нужно предпринять?*

Хотя роды явно затягиваются, однако в настоящий момент нет показаний к какому-либо вмешательству.

Сравнительно рано обнаруженная слабость родовой деятельности благодаря применению медикаментозных средств ликвидировалась (правда, после повторной стимуляции) и в настоящий момент схватки вполне удовлетворительные. Надо полагать, что, если родовая деятельность не ослабнет, в ближайшие часы наступит полное открытие зева шейки матки.

Еще через 2 часа отошли светлые воды в умеренном количестве. Характер родовой деятельности не изменился. Сердцебиение плода хорошее.

*Как можно расценивать отхождение вод? Скажется ли это как-нибудь на дальнейшем течении родов?*

Отхождение вод в большинстве случаев ведет к усилению родовой деятельности, особенно при слабости ее до этого. У данной роженицы, по-видимому, имеется уже значительное открытие зева шейки матки. Мы давно установили открытие зева на  $2\frac{1}{2}$  пальца, после чего прошло уже 10 часов, из которых в течение 5 часов родовая деятельность расценивается как удовлетворительная. Надо полагать, что скоро начнутся потуги.

Действительно, через полчаса после отхождения вод начались потуги. Сердцебиение плода 130—140 ударов в минуту, ритмичное.

В течение 1 часа потуги были частыми, каждые 4—5 минут, и продолжительными; головка опустилась в полость малого таза и наружными приемами уже не определяется.

Однако по истечении этого срока родовая деятельность вновь ослабла. Потуги стали короткими, редкими и малоэффективными. Проходит еще час — родовая деятельность остается слабой и вялой.

*Что делать?*

Усилить родовую деятельность.

*Какие могут быть предложены средства для усиления родовой деятельности в этой фазе родов?*

1. Применить стимуляцию дробными дозами хинина и питуитрина.
2. Наложить бинт Вербова.
3. Ввести подкожно 1 мл питуитрина.

Стимуляция дробными дозами хинина (по 0,05 г) и питуитрина (по 0,25 мл) весьма эффективна в периоде раскрытия, но редко оказывается эффективной в потужном периоде. Поэтому применение такой стимуляции во втором периоде родов нецелесообразно. Редко оказывается эффективной во втором периоде родов и стимуляция по Хмелевскому. Что касается бинта Вербова, то бережное его применение можно считать допустимым. Опыт однако, показывает, что на бинт Вербова часто возлагают слишком много надежд и при этом нередко применяется излишняя сила, что ведет к неблагоприятным последствиям для рождающегося плода (асфиксия, мертворождаемость).

Пожалуй, наиболее правильным является третье предложение — подкожное введение 1 мл питуитрина.

Дежурный врач ввел подкожно 1 мл питуитрина. Через 5 минут после инъекции питуитрина потуги усилились, вскоре началось врезывание головки и через 40 минут после введения питуитрина родилась девочка весом 3100 г, длиной 50 см.

Через 20 минут самостоятельно выделился послед без дефектов. Общая продолжительность родов 23 часа 30 минут. Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 9-й день со здоровым ребенком.

Оценивая ведение родов, прежде всего надо отметить, что они длились почти сутки, несмотря на трижды примененную стимуляцию родовой деятельности. Два раза после применения стимуляции родовая деятельность усиливалась (повторная стимуляция в периоде раскрытия и стимуляция в периоде изгнания). Совершенно очевидно, что если бы не принималось никаких мер к усилению родовой деятельности, роды надолго затянулись бы, стали «затяжными» со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Диагноз слабости родовой деятельности был поставлен сравнительно рано, через 10 часов после начала схваток; тогда же началась и стимуляция родовой деятельности. Дальнейшее течение родов показало правильность своевременно поставленного диагноза, хотя в тот момент он мог кое-кому показаться малообоснованным (от начала родов прошло всего лишь 10 часов).

В результате правильно проведенного лечения роды закончились рождением живого ребенка и продолжительность их не была слишком большой. Надо отметить, что в учреждениях, где проводится раннее выявление слабости родовой деятельности, средняя продолжительность родов у первородящих очень редко затягивается до суток.

Своевременное выявление слабости родовой деятельности — одна из основных задач современного ведения родов.

**Краткий эпикриз.** Т. В., 25 лет, первородящая, поступила через 6 часов после начала родов с хорошей родовой деятельностью. Таз нормальный. Беременность доношенная.

В связи с ослаблением родовой деятельности была применена ее стимуляция, которая, однако, эффекта не дала. Через 4 часа после первой стимуляции провели повторную, которая усилила схватки. В периоде изгнания вновь отмечается ослабление родовой деятельности, что было ликвидировано инъекцией 1 мл питуитрина. Роды закончились рождением живого ребенка. Общая продолжительность родов 23 часа 30 минут.

## ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Г. К., 21 года, поступила в родильный дом 2/V 1954 г. в 0 часов 30 минут со слабыми, редкими схватками, начавшимися час назад.

Менструации с 14 лет, по 3 дня через 3 недели, безболезненные; последняя менструация с 1/VIII по 4/VIII 1953 г.; времени появления первого шевеления плода не помнит.

Беременность первая, протекала без осложнений. Регулярно наблюдалась врачом женской консультации.

Роженица правильного телосложения, рост 162 см, вес 66 кг, кожа и видимые слизистые бледноваты. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/75 мм. Стул и мочеиспускание в норме. Сердце и легкие без патологических изменений.

Живот овоидной формы, окружность 100 см. Высота стояния дна матки 34 см. Размеры таза: 25, 28, 31, 18 см. Положение плода продольное, вторая позиция, предлежит головка высоко над входом таза. Сердцебиение плода справа 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище нерожавшей женщины, шейка укорочена, канал пропускает один палец, плодный пузырь цел, не напрягается, предлежащая часть — головка — высоко над входом таза, диагональная конъюгата 11 см.

### *Какой диагноз?*

Срочные роды, головное предлежание, вторая позиция, простой плоский таз (сужение первой степени).

### *Нет ли у роженицы каких-либо отклонений от нормы?*

Молодая первородящая. Беременность протекала нормально. Положение плода правильное. Родовая деятельность только еще начинается. Роженица прошла психопрофилактическую подготовку к родам в женской консультации. Никаких жалоб в настоящее время не предъявляет.

И все же некоторые данные обследования должны насторожить врача, ведущего роды. У первобеременной в конце IX или в начале X лунного месяца головка плода обычно опускается во вход таза. У данной роженицы она даже не прижата ко входу таза, а находится высоко над ним. Кроме того, имеется простой плоский таз. Сужение таза незначительное.

Предоставим роды самопроизвольному течению и будем следить за их динамикой. Роженице следует лечь на правый бок, т. е. на тот бок, где находится затылок плода; это будет способствовать опусканию последнего.

2/V в 6 часов 30 минут, через 6 часов после поступления, при умеренной родовой деятельности головка плода заметно опустилась и плотно прижалась ко входу таза.

Сердцебиение плода остается все время хорошим.

2/V в 12 часов в течение последующих 6 часов у роженицы отмечалась хорошая родовая деятельность; 10 минут назад отошли светлые воды в большом количестве. Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное, роженица спокойна; мочится самостоятельно, часто. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/75 мм.

Головка плода малым сегментом во входе таза. Признак Вастена «вровень». Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в минуту, ритмичное.

### *Какое может быть предложение относительно ведения родов?*

Ввиду отхождения околоплодных вод необходимо произвести влагалищное исследование, чтобы уточнить:

- 1) при каком открытии шейки матки отошли воды;
- 2) нет ли предлежания или выпадения мелких частей плода.

2/V 12 часов 20 минут — влагалищное исследование: шейка матки сглажена, наружный зев открыт на  $3\frac{1}{2}$  пальца, края податливые, плодный пузырь нет, предлежит головка — малым сегментом во входе таза; стреловидный шов проходит в поперечном размере таза. Большой родничок слева, малый — справа, роднички стоят на одном уровне.

### *Какое имеется предлежание?*

Влагалищное исследование выявило переднеголовное предлежание; оба родничка стоят на одном уровне.

### *Что нужно предпринять?*

У данной роженицы плоский таз. Переднеголовное предлежание на данном этапе может быть одним из моментов механизма родов при плоском тазе. Поэтому следует тщательно наблюдать дальше за продвижением головки.

2/V в 16 часов общее состояние роженицы удовлетворительное, родовая деятельность средней силы, схватки через 5—6 минут, длительностью по 36—40 секунд. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное, ясное, головка находится большим сегментом во входе таза.

Роженица успешно применяет приемы обезболивания родов.

Имеется отчетливое продвижение головки; состояние роженицы и плода хорошее.

Продвижение головки при переднеголовном предлежании ее происходит медленнее, чем при затылочном. Головка поступает в состоянии некоторого разгибания: этим объясняется и сравнительно медленное продвижение ее. Кроме того, у данной роженицы имеется незначительное сужение прямых размеров таза.

Тщательно будем наблюдать за характером течения родов, за состоянием роженицы и плода.

2/V в 19 часов 30 минут (роды длятся 20 часов) общее состояние роженицы удовлетворительное; применяет приемы обезболивания родов. Родовая деятельность стала менее интенсивной, схватки через 7 минут, длительностью по 30—35 секунд. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное, ясное; головка значительно продвинулась, находится в широкой части полости малого таза.

Родовая деятельность идет успешно, головка, хотя и медленно, но продвигается. Тактика врача оказалась правильной. Путем наблюдения за родами у данной женщины удалось исключить наличие клинически узкого таза.

В большинстве случаев при отсутствии значительного несоответствия в размерах головки плода и таза роды заканчиваются самостоятельно. В данном случае состояние роженицы и плода продолжает оставаться вполне удовлетворительным, и роды следует предоставить их естественному течению.

2/V в 24 часа родовая деятельность хорошая. Схватки через 5—6 минут, длительностью по 35—40 секунд. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту.

При наружном исследовании головка через брюшные покровы не прощупывается. Приемом Пискачека — надавливанием пальцами сбоку от большой половой губы — удается прощупать головку, которая находится в узкой части полости малого таза.

### *Как вести роды в дальнейшем?*

Выше мы говорили, почему у данной роженицы затягиваются роды. Могут быть отклонения и в механизме родов при переднеголовном предлежании, и тогда, разумеется, исход часто бывает плохим. Зная особенности механизма родов при данном предлежании (низкое стояние большого родничка, образование заднего вида), мы должны убедиться, как он совершается у роженицы. Для этого произведем влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: головка выполняет почти всю полость таза; крестцовая впадина выполнена, прощупывается только область копчика. Стреловидный шов проходит слегка в левом косом, почти в прямом размере таза. Большой родничок спереди (рис. 153), малый родничок трудно достигим.

Итак, у роженицы второй период родов (период изгнания) при переднеголовном предлежании плода. Головка плода находится в полости малого таза. Сердцебиение плода удовлетворительное. Показаний к немедлен-



ному родоразрешению, к какому-либо вмешательству в настоящее время нет. Можно надеяться, судя по течению родов, что они закончатся самопроизвольно.

3/V в 2 часа ночи начались потуги хорошей силы, из половой щели стала показываться головка. Акушерка приготовилась принимать роды. Сначала показалась область большого родничка и лобик, затем, родившись до переносья (гипомохлион) последнее установилось под лонной дугой (см. рис. 162, в). С этого момента головка начала сгибаться и акушерка, задерживая быстрое сгибание, стала медленно выпускать из-за промежности теменные бугры и затылок до подзатылочной ямки, после этого головка сделала разгибание и из-под симфиза родилось личико. Родилась девочка весом 2900 г, длиной 49 см в заднем виде в состоянии синей асфиксии. Головка по форме напоминает башню, значительная родовая опухоль в области большого родничка. Лобная и затылочная кости заходят под теменные.

Послед выделился самостоятельно через 15 минут. Кровопотеря 150 мл.

Шейка матки осмотрена с помощью зеркал. Справа обнаружен разрыв шейки матки с кровотокающим сосудом, на который наложена лигатура. Разрыв шейки зашит тремя узловатыми кетгутowymi швами (стр. 233).

При осмотре влагалища и промежности обнаружен разрыв промежности второй степени. Разрывы зашиты (стр. 274).

Следовало предотвратить разрыв промежности своевременной перинеотомией.

Послеродовой период протекал с трехкратным повышением температуры до 38,2°; наблюдались явления кольпита. Применялась пенициллинотерапия. Выписана на 12-й день в хорошем состоянии с ребенком.



Рис. 153. Переднеголовное предлежание. Большой родничок—наиболее низкий пункт головки. Стреловидный шов проходит слегка в левом косом размере.

**Краткий эпикриз.** Г. К., 21 года, первородящая. Роды в срок; поступила с начавшимися дома схватками. При исследовании было установлено переднеголовное предлежание плода и простой плоский таз. Роды протекали медленно, но соответственно типичному механизму для данного предлежания. Роды закончились самопроизвольно, родилась живая девочка. Последовый период протекал без осложнений. На обнаруженные разрывы шейки матки и промежности наложены швы.

В послеродовом периоде явления кольпита. Выписана на 12-й день в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

## ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Р. М., 28 лет, повторнородящая, поступила из колхозного родильного дома в родильное отделение районной больницы 25/VI 1954 г. в 11 часов с умеренными схватками, появившимися с 7 часов утра. Воды отошли в колхозном родильном доме.

Менструации с 15 лет, по 3—4 дня через 26—28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 24 лет. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем с последующим выскабливанием полости матки; вторая беременность в 1952 г. — родами, продолжавшимися двое суток (родился мертвый плод весом 2900 г). После родов, по словам больной, было повышение температуры, озноб и длительные кровянистые выделения; лечилась в течение 3 недель у акушерки.

Последняя менструация с 20/IX по 23/IX 1953 г. Под наблюдением женской консультации с 20 недель беременности. Артериальное давление в пределах 120/70 мм, моча нормальная.

Роженица среднего роста, правильного телосложения, нормального питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Температура 36,8°. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 120/80 мм. Легкие и сердце— без патологических изменений.

Мочепускание несколько учащено, особенно в последние 2 дня.

Живот большой, овоидной формы, несколько отвислый, окружность 104 см; высота стояния дна матки 34 см; пупок выпячен.

В дне матки определяются ягодицы, слева прощупываются мелкие части плода, спинка — справа. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, ритмичное, 138 ударов в минуту. Головка прижата ко входу таза. Признак Вастена «вровень».

Схватки через 10 минут, длительностью по 30 секунд, средней силы.

Размеры таза: 25, 28, 31, 18 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, зев открыт на  $3\frac{1}{2}$  пальца, края зева тонкие, податливые. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере таза; ближе к центру определяется большой родничок; малый родничок не определяется. Головка прижата ко входу таза. Мыс достигается; диагональная конъюгата 11 см.

*Какой может быть поставлен диагноз на данном этапе родов?*

Срочные роды; разогнутое положение головки (переднеголовное), простой плоский таз (сужение первой степени), раннее отхождение вод.

*Можно ли было оставить роженицу в колхозном родильном доме?*

Учитывая отягощенный акушерский анамнез (первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем, вторая беременность закончилась затяжными родами мертвым плодом с последующим воспалительным процессом); наличие плоского газа; раннее отхождение околоплодных вод и, наконец, разогнутое положение головки — все это не предвещает физиологического течения родов. Поэтому правильно поступила акушерка (колхозного) родильного дома, что немедленно осторожно переправила роженицу в ближайший районный родильный дом.



Рис. 154. Лобное предлежание.

Однако следовало позаботиться о госпитализации ее в палату патологии беременных родильного дома еще раньше, до начала родов, учитывая, что у женщины анатомически узкий таз и тяжелое течение предыдущих родов.

25/VI в 13 часов состояние роженицы удовлетворительное. Воды подтекают небольшими порциями; сердцебиение плода слева, чуть ниже пупка, 140 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Головка плода малым сегментом во входе таза. Родовая деятельность усилилась, схватки через 5 минут, длительностью по 30—40 секунд, интенсивные и болезненные. Мочится самостоятельно.

Родовая деятельность прогрессирует; головка глубоко вставилась во вход таза. Необходимо уточнить, в каком предлежании находится головка плода.

25/VI в 13 часов 20 минут влагалищное исследование: наружные половые органы и влагалище нормальные. Шейка матки сглажена, открытие зева полное, передняя его губа ущемлена между головкой и лоном, с трудом заправлена за головку. Головка малым сегментом во входе таза, при попытках оттолкнуть не отходит. Определяется лобный шов, переходящий справа на переносье, а слева — в передний угол большого родничка (рис. 154). Крестцовая впадина свободна на всем протяжении.

*Какой диагноз?*

Данные исследования с очевидностью говорят о том, что у роженицы имеется лобное предлежание. Конец периода раскрытия.

*Как нужно вести в дальнейшем роды? Есть ли необходимость в каком-либо срочном вмешательстве?*

Лобное фиксированное вставление встречается очень редко, в 5% всех разгибательных предлежаний и, как известно, дает весьма сомнительный прогноз родов. Лобное предлежание чаще встречается как временное состояние, как переходное к лицевому предлежанию (стр. 299).

По мере вставления головки в таз разгибание ее усиливается, в силу чего обычно лобное предлежание переходит в лицевое. Учитывая в данный

момент хорошее состояние роженицы, интенсивную родовую деятельность, хорошее состояние плода, мы имеем возможность понаблюдать немного за роженицей, а затем можем сделать повторное влагалищное исследование для решения вопроса о дальнейшем ведении родов. При первом влагалищном исследовании (стр. 296) большой родничок стоял почти в центре по проводной оси таза, при втором исследовании через 3 часа мы его находим слева. Это указывает, что происходит разгибание головки и при хорошей родовой деятельности. Последующее разгибание может привести к лицевому предлежанию.

Состояние роженицы вполне удовлетворительное; болезненности и истончения стенок нижнего сегмента матки не отмечается, мочеиспускание самостоятельное. Учитывая, как отмечалось выше, что лобное предлежание часто переходит в лицевое, мы подождем еще некоторое время; будем тщательно наблюдать за роженицей и за состоянием плода. В целях предупреждения развития инфекции в родах проведем пенициллинотерапию по 100 000 ЕД через каждые 3 часа.

До 17 часов у роженицы продолжалась интенсивная родовая деятельность. Схватки повторялись через 5—6 минут, длительностью по 35—40 секунд, малоболезненные; к 17 часам схватки стали потужного характера. Роженица стала беспокойнее. Сердцебиение плода несколько учащено, до 150 ударов в минуту, ритмичное, ясное. В связи с этим мы применили метод профилактики внутриутробной асфиксии по Хмельковскому — Николаеву (стр. 304), после чего сердцебиение плода выровнялось, но головка продолжает стоять малым сегментом во входе таза без продвижения. Моча спущена катетером в количестве 150 мл, насыщенная.

#### *Что следует предпринять?*

Ввиду отсутствия продвижения головки надо проверить положение и характер предлежания последней.

25/VI в 17 часов 15 минут влагалищное исследование: наружные половые органы несколько отечны, края шейки матки не определяются, предлежит головка во входе таза малым сегментом, лобный шов в поперечном размере таза; слева определяется передний угол большого родничка, справа — корень носа, имеется небольшая родовая опухоль. Головка не отодвигается. Крестцовая впадина свободна.

#### *Какой диагноз?*

В течение 3 часов мы имели возможность убедиться в том, что лобное вставление оставалось неизменным и не перешло в лицевое, несмотря на то, что была хорошая родовая деятельность и полное открытие шейки матки. Таким образом, можно считать, что у роженицы на данный момент имеется фиксированное лобное предлежание.

#### *Что нужно предпринять в данный момент?*

Лобное предлежание дает весьма сомнительный прогноз родов: смертность детей достигает 50%, высокий (до 10%) процент смертности матерей и еще более высокий процент тяжелых повреждений мягких родовых путей и послеродовых заболеваний.

В интересах матери необходимо закончить роды быстрее. Отягощенный акушерский анамнез заставляет быть настороже, так как, возможно, имеющиеся деструктивные изменения в стенке матки могут повести к тяжелому осложнению в родах, к разрыву матки. Отсутствие дальнейшего продвижения головки и дальнейшего разгибания ее позволяют считать, что при доношенном плоде роды вряд ли смогут закончиться самопроизвольно.

#### *Что же можно предпринять для родоразрешения?*

1. Закончить роды перфорацией головки плода.
2. Произвести поворот плода на ножку.
3. Извлечь плод наложением щипцов на головку.
4. Закончить роды кесаревым сечением.

Перфорация головки плода уменьшает ее объем и позволяет извлечь плод с меньшей травмой для матери. К этой операции следует прибегать при мертвом плоде.

У наблюдаемой нами роженицы плод живой. Подобная операция при живом плоде может быть допустима только в исключительных случаях: когда имеется угроза жизни матери, когда ничего другого в данных условиях сделать нельзя или когда мать категорически возражает против операции кесарева сечения и не настаивает на сохранении жизни ребенка. Данная роженица находится в родильном доме, где имеются все возможности для проведения любой акушерской операции. Поэтому мы отказываемся от операции перфорации головки на живом плоде.

К повороту плода на ножку с последующим его извлечением прибегать также нецелесообразно. У роженицы давно отошли воды, плод плотно охвачен маткой; поэтому операция поворота грозит разрывом матки.

Наложить шипцы на головку, стоящую только малым сегментом во входе таза, т. е. применить высокие шипцы, это значит нанести большую травму как матери, так и плоду, в особенности при узком тазе (анатомически и клинически). При таком родоразрешении мы получим мертвый плод и нанесем большую травму родовым путям матери, вплоть до разрыва матки или образования пузырьно-влагалищного свища.

Надо думать, что тот, кто предложил прибегнуть в данном случае к перфорации головки плода, не забыл о существовании операции кесарева сечения, он, вероятно, не решился прибегнуть к ней из-за того, что у нашей роженицы воды отошли почти 10 часов назад и за это время она трижды подвергалась влагалищному исследованию. С этим нельзя не считаться. Разумеется, спокойнее прибегать к кесареву сечению при целом плодном пузыре или недавно отошедших водах. Так обычно и поступали в ту пору, когда не применялись еще сульфаниламидные препараты и особенно антибиотики. Так стараются поступать и теперь. Но сейчас, когда мы располагаем такими возможностями, противопоказания к кесареву сечению несколько уменьшились. Нет необходимости говорить, что все существующие условия для операции кесарева сечения надо, как правило, соблюдать и отступать от таковых только в особо редких случаях.

С профилактической целью мы ввели пенициллин, у роженицы нормальная температура, хорошее общее состояние, живой плод. Так как роженица настаивает на сохранении жизни ребенку, единственным способом родоразрешения в таком случае является кесарево сечение.

25/VI 1954 г. в 18 часов — кесарево сечение (sectio caesarea abdominalis).

Операция производилась под местной анестезией в нижнем сегменте поперечным разрезом (стр. 152). Вес плода 3400 г, длина 50 см, извлечен в состоянии синей асфиксии, через 2 минуты громко закричал. В брюшную полость и в стенку матки введено 500 000 ЕД пенициллина.

Послеоперационный период протекал с субфебрильной температурой в течение первой недели. Роженица получала пенициллин и сокращающие матку средства. На 16-й день выписана в хорошем состоянии с ребенком.

*Какой метод родоразрешения мы избрали бы, если бы роженица не дала согласия на кесарево сечение?*

Выше мы говорили, что методом быстрого родоразрешения является перфорация головки плода с последующей краниоклазией и извлечением плода. Мы также говорили и о том, почему отвергли эту операцию.

*Когда можно прибегнуть к перфорации головки?*

Роды при лобном вставлении головки, если такое вставление сохраняется на всем пути продвижения головки по родовому каналу, в некоторых случаях могут заканчиваться самостоятельно (см. рис. 162,г). Однако это бывает у женщин с нормальным тазом при сравнительно маленьком плоде

и хорошей родовой деятельности. Тогда головка продельвает свойственный этому вставлению механизм родов.

У данной роженицы имеется узкий таз, сравнительно крупная головка плода, отягощенный акушерский анамнез. При этих условиях, если лобное вставление не переходит в лицевое и нет дальнейшего продвижения в этом предлежании, рассчитывать на благоприятный исход родов нет оснований. Поэтому, если бы операция кесарева сечения оказалась невозможной, пришлось бы прибегнуть к перфорации головки (стр. 182) и при живом плоде.

**Краткий эпикриз.** Р. М., 28 лет. В процессе родов образовалось фиксированное лобное предлежание головки.

При отсутствии продвижения головки в течение 3—4 часов у повторнородящей при полном открытии шейки матки, при отошедших околоплодных водах роды были закончены кесаревым сечением с предварительным и последующим применением антибиотиков.

Извлечен мальчик весом 3400 г. Послеоперационный период протекал с субфебрильной температурой в течение первой недели. Выписана на 16-й день в хорошем состоянии с ребенком.

### ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Р. П., 28 лет, повторнородящая, поступила в родильный дом 18/X 1954 г. в 14 часов, со схватками. Родовая деятельность началась 6 часов назад.

Беременность вторая. Первая беременность закончилась самопроизвольными родами 3 года назад; ребенок родился живой, весом 3200 г.

Менструации с 13 лет, по 3—4 дня через 28 дней, необильные, безболезненные. Последняя менструация с 8/1 по 10/1. Настоящая беременность протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила 2 раза (уезжала в деревню), последний раз за 3 недели до поступления в родильный дом.

Женщина среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски; температура при поступлении 36,6°, пульс 84 удара в минуту, ритмичный.

Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Артериальное давление 130/70 мм. В моче белка нет.

Живот увеличен соответственно доношенной беременности, окружность его 100 см. Положение плода продольное, головка фиксирована во входе таза, признак Вастена «вровень»; слева прощупывается заметно выбухающая плотная часть головки (затылок?); ягодицы в дне матки. Мелкие части удаётся пальпировать справа. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. Размеры таза: 25, 27, 30, 18 см.

Схватки средней силы, повторяются через 4—5 минут. Воды у роженицы отошли по дороге в родильный дом.

Итак, перед нами повторнородящая женщина с простым плоским тазом (сужение первой степени), доношенной беременностью, начавшейся родовой деятельностью, продолжающейся в течение 6 часов, и недавно отошедшими водами.

*Какие могут быть предложения относительно ведения родов?*

1. Ввиду того что у роженицы отошли воды, необходимо произвести влагалищное исследование, чтобы исключить возможность выпадения пуповины.

2. Продолжать наблюдение (следить за сердцебиением плода), учитывая, что женщина уже однажды самостоятельно родила.

3. Не совсем обычные данные наружного исследования при наличии у роженицы плоского таза требуют немедленного уточнения характера предлежания и вставления головки (необходимо влагалищное исследование).

Действительно, данные наружного исследования (значительно выбухающая часть головки слева, наличие мелких частей справа и сердцебиение плода справа) заставляют думать о возможности неправильного вставления головки. Аномалия вставления головки, разумеется, должна быть установ-

лена с самого начала, так как от этого будет зависеть характер дальнейшего течения родов и поведение акушера.

С отхождением вод у повторнородящей при подвижной до этого головке может иметь место выпадение пуповины, тем более что нам неизвестно, где в момент отхождения вод находилась головка и к тому же женщина была в пути в родильный дом.

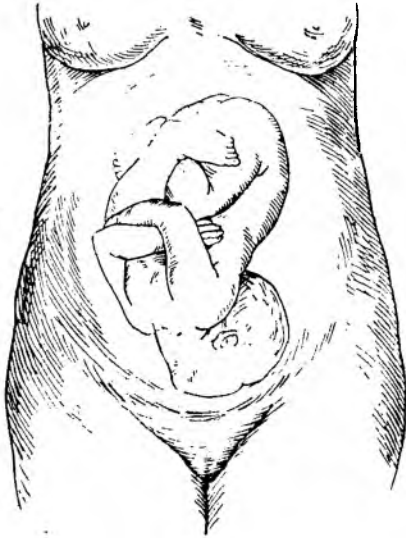


Рис. 155. Лицевое предлежание.

Тот, кто считает возможным ограничиться только наблюдением за характером дальнейшего течения родов, как и тот, кто предполагает произвести влагалищное исследование только из опасения не проглядеть выпадения пуповины, был невнимателен при проведении у роженицы наружного акушерского исследования. Методами наружного акушерского исследования необходимо владеть в совершенстве; данные наружного исследования большей частью уже сами по себе достаточны, чтобы не только заподозрить, но и нередко установить ту или иную акушерскую патологию. Но влагалищное исследование уточняет, разумеется, эти данные.

В самом деле, разве можно было у нашей роженицы не обратить внимания на данные наружного исследования и в сочетании с наличием у нее плоского таза сразу же заподозрить разгибательный вариант вставления головки?

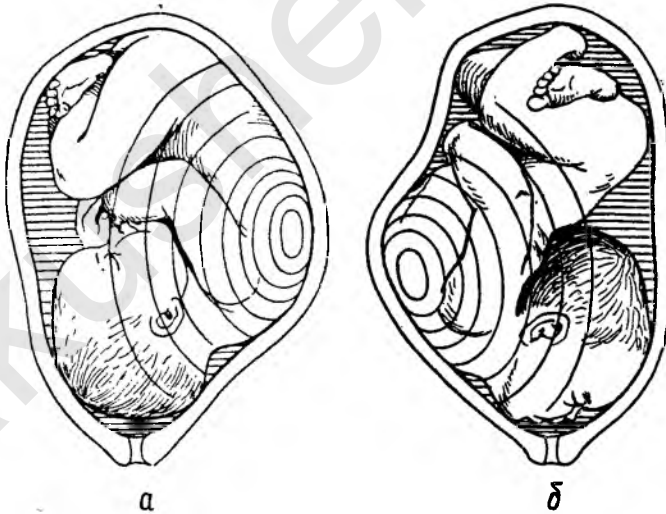


Рис. 156. Местоположение сердцебиения плода при согнутом (а) и разогнутом (б) предлежании головки.

Выступающая часть головки (затылок) слева, мелкие части справа, сердцебиение справа — это характерные данные для максимально разогнутых предлежаний с нарушением нормального членорасположения плода (рис. 155 и 156).



Рис. 156а. Затылочное и лицевое предлежание (рентгенограмма).



Рис. 156г. Затылочное и лицевое предлежание (рентгенограмма).



Лицевое предлежание встречается приблизительно один раз на 300—400 родов; обычно оно является вторичным, возникающим с началом родовой деятельности и развивающимся большей частью из лобного предлежания. Лишь в трети случаев лицевое предлежание оказывается первичным (врожденный зуб, опухоли в грудном отделе плода и др.), имеющимся уже в конце беременности и к началу родов.

Чаще лицевые предлежания наблюдаются при сужениях таза, преимущественно при плоском тазе, при котором задерживается в своем поступлении затылочная часть головки. В качестве причин, способствующих нарушению нормального членорасположения плода и возникновению лицевого предлежания, являются смещения матки, отклонения продольной оси матки, расслабление мускулатуры матки, особенно асимметрия сокращений нижнего сегмента ее (Г. Я. Молчанова) и расслабление брюшного пресса. Поэтому лицевые предлежания чаще и встречаются у повторнородящих, у многорожавших. Лицевое предлежание нередко наблюдается при обвитии пуповины вокруг шеи; при этом вследствие нарушения кровообращения (стр. 408) у плода последний рефлекторно проделывает движения, которые могут привести к разгибанию головки.

При наружном исследовании живота роженицы прощупывается выдающийся сбоку над лонными костями затылок. Между выдающимся затылком и спинкой отмечается углубление. При ощупывании боковых стенок матки не удается прощупать спинки плода; с противоположной затылку стороны определяются мелкие части плода. Объясняется это тем, что при лицевом предлежании наряду с высокой степенью разгибания головки имеется резкое разгибание позвоночника в шейном и верхнегрудном его отделе—нарушается нормальное членорасположение. Поэтому при больших степенях разгибания сердечные тоны плода легче прослушиваются не со стороны его спинки, как обычно, а со стороны его грудки, на той стороне, где прощупываются мелкие части плода (см. рис. 156, б).

Все это, как мы могли убедиться, имеет место у нашей роженицы.

Из сказанного видно, что для уточнения диагноза предлежания необходимо произвести влагалищное исследование.

Нужно хорошо ориентироваться в распознавании отдельных частей личика плода. Личико плода при влагалищном исследовании распознается по следующим опознавательным признакам: лоб, края глазной орбиты, нос с ноздрями, края челюстей и подбородок. Лоб прощупывается в виде отрезка шара с лобным швом; нос — в виде возвышения с двумя отверстиями; по лицевой линии (линия, идущая от лобного шва до подбородка) дальше прощупывается рот — самая существенная часть для распознавания лицевого предлежания — в виде отверстия, в которое легко (без насилия) можно ввести конец исследующего пальца и нащупать края челюстей (при этом нередко ребенок даже начинает сосать палец). По бокам лицевой линии удается прощупать одно или оба глазных яблока в виде небольших возвышений, окруженных краями орбит. Заканчивается лицевая линия подбородком.

Легкость или трудность распознавания лицевых предлежаний при влагалищном исследовании, помимо опыта врача, зависит от момента, когда производится исследование. До отхождения вод, особенно при небольшом открытии зева, распознавание почти так же трудно, как и во время беременности вследствие высокого стояния лежащей части. В подобном случае только рентгенография может дать точный ответ (см. рентгенограммы 156 в и г).

Если исследование производится после продолжительной родовой деятельности, спустя много часов после отхождения вод, то образовавшаяся родовая опухоль на лице значительно затрудняет распознавание. Отечная

опухоль щек скрывает нос, глазные яблоки и изменяет направление расщелины рта из поперечного в продольное.

Следует помнить, что нежная кожа лица, к тому же еще отечная, чрезвычайно легко ранима. Поэтому исследование нужно производить бережно, не травмируя ткани, памятуя, что небольшая ссадина лица, произведенная пальцем при исследовании, может оказаться входными воротами для инфекции.

Итак, для подтверждения предположений, для уточнения характера вставления головки мы произведем влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева около  $3\frac{1}{2}$  пальцев, края тонкие; плодного пузыря нет; слева прощупывается лобный шов, в центре таза отверстия ноздрей, а за ними прощупываются твердые края десен — ротик; подбородок стоит высоко, на уровне расположения лба, отчетливо его прощупать не удастся, лицевая линия в поперечном размере таза.

Диагональная конъюгата 11,5 см. Лонный угол в пределах обычного для женского таза.

Имеется лицевое предлежание, первая позиция, личико вступает во вход таза.

*Что предпринять в этом случае?*

1. Попытаться перевести лицевое предлежание в затылочное.
2. Попытаться сделать поворот на ножку и перевести лицевое предлежание в ножное.
3. Кесарево сечение.
4. Предоставить роды естественному течению.

Лицевое предлежание плода отягощает родовой акт, но если нет большого несоответствия в размерах головки и таза, все же само по себе оно не является обязательным показанием к какому-либо вмешательству.

В свое время попытка перевести лицевое предлежание в затылочное практиковалась в акушерстве. Этот прием, известный под названием приема Торна (Торн), представляет собой комбинацию внутреннего приема Боделока и наружного приема Шатца (Schatz). Он заключается в том, что ладонью одной руки, одноименной со стороной, куда обращен затылок, введенной во влагалище, обхватывают последний, как шар, и стараются оттянуть головку книзу, пытаясь таким образом сделать сгибание головки. Одновременно другой рукой снаружи оттягивают, осторожно вдавливают плечико и грудь в сторону затылка, а помощник в это же время, обхватив ягодицы, старается переместить их в противоположную сторону. Таким путем пытаются изменить нарушенное членорасположение плода.

Надо сказать, что этот прием весьма ненадежный, так как чаще не дает желаемого эффекта и, мало того, нередко осложняется выпадением пуповины, асфиксией плода, а при грубых манипуляциях разрывом матки. Вот почему к нему теперь не прибегают.

У наблюдаемой нами роженицы этот прием также неуместен.

Поворот на ножку в данном случае — это перевод головного положения в продольное тазовое. Этот поворот рассчитан на то, что роды в ножном предлежании более благоприятны как для матери, так и для плода, чем в лицевом предлежании. Однако следует отметить, что такой поворот уместен при целых или только что отошедших водах, у повторнородящей, при хорошей подвижности плода в матке (рис. 157), что обуславливается сохранением достаточного количества задних вод, слабой родовой деятельностью, при полном открытии наружного зева, что позволило бы в случае необходимости вслед за поворотом произвести извлечение живого плода.

При отошедших водах, продолжающейся хорошей родовой деятельности, относительно фиксированной во входе таза предлежащей части плода, как мы это имеем у нашей роженицы, подобный поворот представляет весь-

ма рискованную операцию для матери (разрыв матки) и для плода (внутриутробная асфиксия). Если бы даже поворот оказался не трудным, то все равно имеется опасность внутриутробной асфиксии. Вместе с тем немедленное извлечение плода за тазовый конец было бы невозможно из-за недостаточного открытия наружного зева; форсированное же извлечение привело бы к разрыву шейки матки или потребовало предварительного производства насечек по краю наружного зева. Но этого могло бы оказаться недостаточно, так как относительное сужение таза может явиться препятствием для быстрого прохождения последующей неконфигурированной головки. Подумайте, насколько рискованно это мероприятие!

Конечно, если бы предыдущие роды закончились неблагополучно (мертвый плод, вынужденная перфорация головки плода) или они были бы преждевременными (очень маленький плод) и мы не могли бы судить о функциональной пригодности таза, возможно, при согласии роженицы можно было бы прибегнуть к кесареву сечению. Кесарево сечение в подобном случае несомненно явилось бы наиболее надежным методом, обеспечивающим сохранение жизни ребенка.

Может быть, и у данной роженицы, несмотря на то, что с начала родовой деятельности прошло уже 6 часов и отошли воды, если бы с ее стороны было категорическое требование сохранить жизнь ребенка, мы избрали бы методом родоразрешения кесарево сечение.

У нас нет каких-либо оснований считать, что лицевое предлежание плода у роженицы протекает при особо неблагоприятных условиях. Кроме того, раннее отхождение вод, сравнительно длительное вставление головки характерны для обычного течения родов в лицевом предлежании плода. Значительного несоответствия размеров головки плода и таза роженицы тоже как будто нет, признак Вастена «вровень», головка фиксирована во входе таза. Очевидно, предоставить роды естественному течению в данном случае вполне правильно.

Так мы и поступим.

Однако врач, ведущий роды, должен неотступно наблюдать за состоянием роженицы, нижнего сегмента матки (перерастяжение и истончение), плода, характером механизма продвижения предлежащей части, учитывая особенности такового при лицевом предлежании. При этом нужно иметь наготове инструменты на случай быстрого родоразрешения влагалищным путем и все необходимое для предупреждения внутриутробной асфиксии и для оживления ребенка.

18/X, 17 часов. На протяжении 3 часов с момента поступления (через 9 часов после начала схваток) у роженицы продолжается родовая деятельность средней силы. Состояние ее удовлетворительное. Нижний сегмент матки в состоянии обычного растяжения. Мочится самостоятельно.

Сердцебиение плода хорошее, 120—130 ударов в минуту, ритмичное, справа ниже пупка. Головка стоит глубже во входе таза.

Показано повторное влагалищное исследование. Необходимо установить действительное продвижение головки, характер этого продвижения и состояние наружного зева, а также определить те или иные возможные



Рис. 157. Поворот плода на ножку при лицевом предлежании. Захватывание ножки.

отклонения от типичного механизма при данном предлежании (вращение подбородка кзади, отечность шейки).

18/X в 17 часов 25 минут влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, верхняя половина крестцовой впадины выполнена предлежащей частью; головка вступила в широкую часть полости малого таза в лицевом предлежании (рис. 158). На лице большая отечность; прощупываются глазные орбиты и рот с расщелиной в направлении лицевой линии; подбородок справа и несколько кпереди, расположен ниже, чем при предыдущем исследовании. Лицевая линия слегка в левом косом размере ближе к поперечному.

*Что дало нам наружное и влагалищное исследование?*

В данном случае, учитывая общее состояние роженицы и плода, можно сказать, что родовой акт протекает типично по механизму лицевого предлежания.



Рис. 158. Лицевое предлежание. Разгибание головки завершилось.



Рис. 159. Лицевое предлежание. Подбородок—ведущий пункт головки—обращен кпереди.

*Какие могут быть предложения?*

Провести мероприятия по профилактике внутриутробной асфиксии. Длительность родов и значительные трудности, связанные с приспособлением головки к родовым путям, затрудненное маточно-плацентарно-плодовое кровообращение — все это в любой момент может угрожать плоду внутриутробной асфиксией.

18/X в 19 часов роженице внутривенно введено 50 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора хлористого кальция, подкожно — 1 мл кардиазола. Кроме того, роженице давали вдыхать кислород по 5 минут через каждые 5—10 минут. Все это наряду с профилактикой внутриутробной асфиксии повышает и улучшает окислительные процессы в организме роженицы и благоприятствует сократительной деятельности матки.

*Каковы особенности механизма родов при лицевом предлежании?*

В механизме продвижения головки при лицевом предлежании, как известно, различают, так же как и при затылочном предлежании, три момента. **Первый момент**, который мы уже отмечали у роженицы, это **разгибание головки** (см. рис. 158). Наблюдая за течением родов, можно убедиться, что по мере продолжения и усиления родовой деятельности затылочная часть задерживалась на пограничной линии таза, головка все больше разгибалась, подбородок опускался и достигал почти одинакового уровня со лбом (см. рис. 158).

В дальнейшем продвижении отмечается **второй момент** механизма — **опущение и вращение головки**; ведущим пунктом головки оказывается подбородок (рис. 159). Одновременно с продвижением вниз (при типичном механизме родов в лицевом предлежании)

отмечаются вращательные движения головки, при этом подбородок поворачивается в сторону передней стенки таза.

При всех вариантах разгибания предлежащей головки, особенно при лицевом предлежании, как правило, в дальнейшем механизме ее продвижения создается задний вид. Объясняется это до некоторой степени тем, что затылок как наиболее выступающая часть головки не встречает значительного сопротивления при его вращении в сторону крестцовой впадины.

При родах в лицевом предлежании доношенным плодом вращение подбородка кпереди является обязательным и необходимым условием, без которого не может произойти дальнейшее продвижение головки в полости таза. Головка в лицевом предлежании, опустившись в полость с обращенным кзади подбородком (см. рис. 163), дальше задерживается в своем поступлении, так как одновременное продвижение, и головки и плечевого пояса невозможно из-за создавшегося пространственного несоответствия.

Наблюдая за продвижением головки у нашей роженицы, необходимо помнить о возможности длительного прижатия мочевого пузыря и связанной с этим угрозой образования свища. До сих пор роженица самостоятельно мочилась; последний раз самостоятельное мочеиспускание было в 17 часов. Конечно, если роды затянутся и роженица не помочится в ближайший час, следует выпустить мочу катетером и проверить, нет ли в моче крови.

18/X в 20 часов выпущена моча катетером; последний введен без значительных затруднений; получено 400 мл насыщенной соломенно-желтоватого цвета мочи. Микроскопически: свежие и выщелоченные эритроциты 1—2 в поле зрения.

18/X 22 часа. На протяжении истекших 3 часов продолжались интенсивные схватки. Состояние роженицы удовлетворительное. Температура 37°, пульс 88 ударов в минуту. Нижний сегмент матки умеренно истончен, малоболезнен при пальпации. При наружном исследовании головка не прощупывается; головка в полости таза. Сердцебиение плода 120—130 ударов в минуту, ритмичное.

*Какое может быть предложение относительно дальнейшего ведения родов?*

Произвести влагалищное исследование и после этого решать вопрос о дальнейшем ведении родов.

18/X в 22 часа 30 минут — влагалищное исследование: головка выполняет полость малого таза; личико отечное, части лица трудно определить; по расщелине рта определяем место расположения подбородка — последний находится справа, ближе кпереди; лицевая линия в левом косом размере. При давлении исследующими пальцами на тазовое дно у роженицы появляется желание тужиться.

*Что делать дальше?*

Провести еще раз мероприятия по предупреждению внутриутробной асфиксии, так как роды затянулись. Однако при лицевом предлежании роды обычно продолжают дольше. Поэтому у данной роженицы, если не считать затянувшихся родов, все обстоит благополучно. Она устала, но ничего угрожающего ее здоровью не появилось. Состояние плода, судя по его сердцебиению, удовлетворительное.

18/X в 22 часа 50 минут внутривенно введено 50 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора хлористого кальция, подкожно 1 мл кардиазола. Роженице с 5-минутными перерывами дают вдыхать кислород.

Продолжаем тщательное наблюдение, имея наготове акушерские щипцы, если потребуются быстро закончить роды и будут соответствующие условия, ножницы для производства перинеотомии, а также все необходимое для предупреждения внутриутробной асфиксии и для оживления ребенка.

19/X 0 часов 50 минут. К схваткам стали присоединяться потуги, а спустя еще 10—15 минут при схватках стала растягиваться промежность и приоткрываться отверстие заднего прохода. Вскоре стал показываться в половой щели угол рта. Акушерка приготовилась принимать роды.

Наступил третий момент механизма родов — сгибание головки (прорезывание ее).

У нашей роженицы все идет нормально для данного предлежания плода.

Дойдя до тазового дна, лобно-лицевая часть головки стала растягивать и выпячивать промежность. В таком положении головка остается в течение получаса. Схватки стали слабыми и потуги малоэффективными.

*Что нужно предпринять?*

1. Форсировать окончание родов инъекцией питуитрина (подкожно).
2. Применить бинт Вербова.
3. Наложить выходные щипцы.

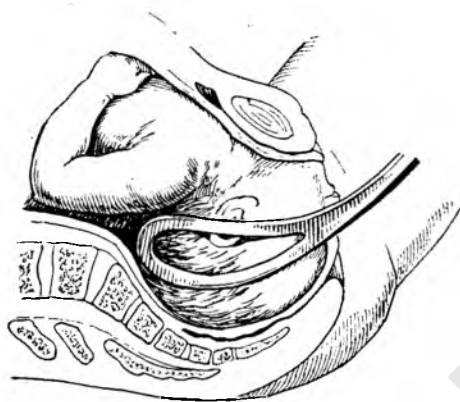


Рис. 160. Наложение щипцов при лицевом предлежании.

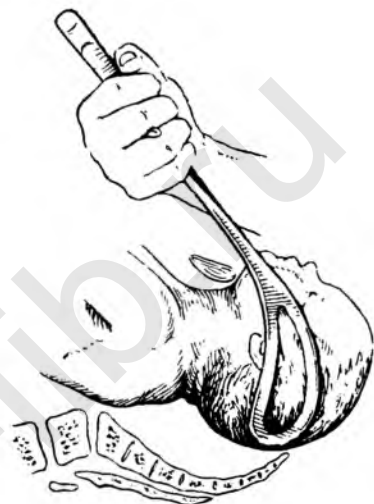


Рис. 161. Выведение головки в щипцах при лицевом предлежании.

К сожалению, перед самым концом родового акта наступила слабость родовой деятельности. Трудности течения родов при лицевом предлежании плода делают понятным такое осложнение. Однако длительное стояние головки на тазовом дне в максимальном разгибании ее ухудшает кровоснабжение головного мозга плода и угрожает последнему наступлением асфиксии. Сейчас, разумеется, в выборе вмешательства надо ориентироваться очень быстро, учитывая, что каждая минута может стоить жизни ребенку.

Можно попытаться форсировать окончание родов инъекцией питуитрина, применить бинт Вербова при условии, если состояние плода будет оставаться удовлетворительным.

19/X в 1 час 30 минут, после инъекции 1 мл питуитрина под кожу появились хорошие схватки, которые, однако, тут же прекратились.

Как и следовало ожидать, сердцебиение плода стало несколько учащенным — 150 ударов в минуту, тоны стучащими (что объясняется повышением кровяного давления у плода в этой фазе асфиксии).

Как видно, налицо показания к немедленному родоразрешению. Самым быстрым методом родоразрешения в данном случае является наложение щипцов.

*Имеются ли условия для наложения щипцов?*

Да, имеются. Плод живой, полное открытие наружного зева, отошедшие воды, низкое стояние головки на тазовом дне.

При лицевом предлежании можно накладывать только выходные щипцы, причем когда личико стоит на дне таза и лицевая линия в прямом или почти в прямом размере выхода таза.

Однако и при этом условии наложение щипцов является необычным, не таким, как при затылочном предлежании.

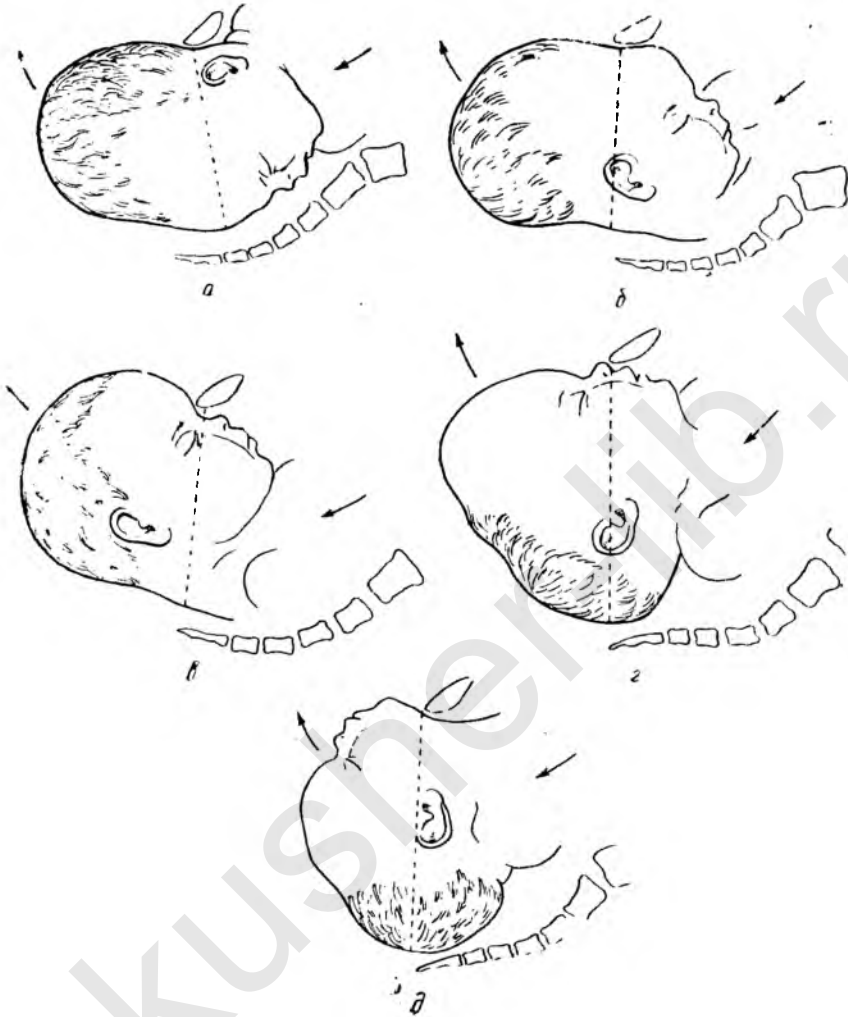


Рис. 162. Механизм прорезывания головки при различных вариантах ее предлежания.

а—затылочное предлежание, передний вид; б—затылочное предлежание, задний вид; в—переднеголовное предлежание; г—лобное предлежание; д—лицевое предлежание.

*Как должны быть наложены щипцы при лицевом предлежании и в каком направлении следует производить тракцию?*

В нашем случае головка на тазовом дне уже проделала свою последнюю ротацию подбородком кпереди, и лицевая линия стоит в прямом размере выхода таза.

Щипцы должны быть наложены в поперечном размере выхода таза по оси головки, от подбородка к малому родничку таким образом, чтобы рукоятка щипцов составляла продолжение тазовой оси и была обращена кверху (рис. 160).

Замыкание ложек и тракции головки в щипцах при лицевом предлежании необходимо делать с приподнятыми кверху рукоятками. Тракции щипцов должны строго следовать естественному механизму врезывания и прорезывания головки при лицевом предлежании, т. е. до появления подбородка под симфизом, пока не покажется подъязычная область, рукоятки щипцов и тракции направлены косо кверху (см. рис. 160). После того как подъязычная область подойдет под лонную дугу, дальнейшее рождение личика и всей остальной части головки совершается за счет сгибания последней. Следовательно, тракции должны теперь изменить свое направление: вращая



Рис. 163. Лицевое предлежание. Подбородок обращен кзади.

осторожно рукоятки щипцов к брюшной стенке роженицы (рис. 161), мы тем самым производим сгибание головки вокруг подъязычной области (точка фиксации) (рис. 162, д), при этом постепенно над промежностью показываются лоб, теменные кости и затылок.

Извлечение в щипцах головки при лицевом предлежании ее иногда затрудняется сопротивлением недостаточно растягивающейся промежности; в таком случае лучше произвести перинеотомию (стр. 273).

19/X в 1 час 50 минут — операция наложения выходных щипцов (forceps minor).

Роженица перенесена на операционный стол. После дезинфекции наружных половых органов под общим эфирным наркозом (при полном открытии наружного зева и отошедших водах) на головку, стоящую в выходе таза в лицевом предлежании — с лицевой линией соответственно прямому размеру выхода, — наложены щипцы модели Симпсона—Феноменова. Щипцы наложены в поперечном размере таза, в направлении от рта к затылку (см. рис. 160); щипцы с приподнятой кверху рукояткой легко замкнулись.

Пробная тракция в направлении косо кверху показала, что щипцы лежат правильно. Несколькими тракциями средней силы в указанном направлении подбородок выведен из-под симфиза и к последнему подошла подъязычная область. Бережными тракциями круто кверху (см. рис. 161) из половой щели выведен лоб, темя и затылок. Промежность легко растягивалась. Щипцы сняты; ребенок извлечен в состоянии синей асфиксии; в теплой ванночке еще до перевязки пуповины закричал; вес ребенка 3100 г, длина 50 см. Через 30 минут самостоятельно отошел послед: детское место целое, оболочки все. Кровопотеря 200 мл.

Если бы личико фиксировалось глубоко во входе подбородком кзади и при дальнейшей родовой деятельности продолжало оставаться с подбородком, обращенным кзади (рис. 163), дальше ждать было бы бесполезно. В таком случае наиболее бережным вмешательством была бы перфорация



головки плода. Надо заметить, что положение «подбородком кзади» становится опасным, если головка стоит уже на тазовом дне. До этого, когда головка находится выше, не исключена возможность ее самостоятельного поворота под действием схваток подбородком кпереди.

**Краткий эпикриз.** Р. П., 28 лет, повторнородящая, поступила в родильный дом 18/X 1954 г. в 14 часов с хорошей родовой деятельностью. Беременность доношенная. Воды у роженицы отошли по дороге в родильный дом. Таз простой плоский. Наружным исследованием, подтвержденным и влагалищным исследованием, установлено лицевое предлежание, головка фиксирована во входе таза. Роды протекали типично по механизму лицевого предлежания и до момента врезывания личика проводились выжидательно. При головке, стоящей на тазовом дне лицевой линией в прямом размере выхода, наступила слабость родовой деятельности. Введение 1 мл питуитрина эффекта не дало. Появились признаки угрожающей асфиксии плода, почему роды пришлось закончить наложением выходных щипцов. Извлечен ребенок в состоянии синей асфиксии, вскоре закричал. Последовый период протекал нормально; кровопотеря 200 мл. Послеродовой период без осложнений. Выписана на 10-й день в удовлетворительном состоянии с ребенком.

### **АСИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ И НИЗКОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА**

Г. Е., 38 лет, поступила в родильный дом 1/VI 1954 г. в 1 час 15 минут с начавшимися 6 часов назад схватками.

Менструации с 17 лет, по 3—4 дня через 28—30 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 23/VIII по 25/VIII 1953 г. Настоящая беременность пятая. Четыре предыдущие беременности закончились нормальными родами. Дети родились живыми, вес их до 3900 г. Послеродовой период протекал нормально.

Посетила женскую консультацию 10 раз; первое посещение на V месяце беременности; последнее—10/V 1954 г. Беременность протекала в первой половине без каких-либо осложнений; во второй половине появились незначительные отеки в области голеней и повышалось временами артериальное давление до 140/90 мм. Общее состояние удовлетворительное; жалоб не предъявляет.

Роженица правильного телосложения, удовлетворительного питания, вес 60,7 кг, рост 140 см. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не отмечается. Артериальное давление 120/80 мм. Моча без патологических изменений.

Размеры таза: 25, 28, 31, 18 см. Индекс Соловьева 15 см. Высота стояния дна матки над лоном 36 см; окружность живота 106 см.

Положение плода продольное, головка прижата ко входу малого таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Воды целы. Родовая деятельность средней силы.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; влагалище рожавшей женщины; шейка сглажена; края маточного зева толстоватые, открытие зева на 3½ пальца; плодный пузырь цел, не напряжен; большое количество передних вод; развитая головка, прижата ко входу таза; стреловидный шов в поперечном размере таза; малый родничок слева; мыс достигает, диагональная конъюгата 11,5 см. Других костных деформаций в тазу не отмечается.

#### *Какой диагноз?*

Роды в срок у повторнородящей с простым плоским тазом. Конец периода раскрытия; общий и акушерский анамнез благоприятные. Несмотря на наличие анатомически суженного (простой плоский) таза, все предыдущие роды были в срок и протекали самостоятельно. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза; воды целы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Многоводие.

#### *Что делать?*

Наблюдать за дальнейшим развитием родовой деятельности.

На протяжении последующих 4 часов у роженицы продолжалась родовая деятельность средней силы; головка плода малым сегментом фиксировалась во входе таза. В 5 часов 30 минут отошли воды в большом количестве.

Предполагавшееся многоводие подтвердилось излитием большого количества околоплодных вод.

*Как вести роды?*

Для того чтобы уточнить характер вставления головки, состояние мягких родовых путей, а также исключить возможность выпадения пуповины, наблюдающегося при многоводии, необходимо произвести влагалищное исследование.

1/VI в 5 часов 45 минут произведено влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева полное, края зева слегка отечные, слева сверху свисает край шейки; плодного пузыря нет; предлежит головка малым сегментом во входе; малый родничок слева, несколько кзади, большой — справа, несколько спереди. Роднички на одном уровне, стреловидный шов слегка в левом косом размере, ближе к поперечному; стреловидный шов значительно отклонен к мысу; передняя теменная кость заходит на заднюю; на мысе задерживается задняя теменная кость; крестцовая впадина свободна; задняя поверхность симфиза в верхней трети занята вступающей во вход таза головкой.

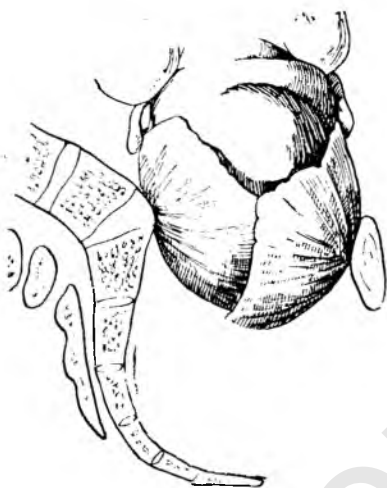


Рис. 164. Переднетеменное вставление головки.



Рис. 165. Переднетеменное вставление головки (схема).

*Какой диагноз?* Срочные роды, простой плоский таз (сужение первой степени); головное предлежание: переднетеменное вставление, передний асинклитизм (негелевское боковое наклонение головки). Конец периода раскрытия.

*Что предпринять?*

Вставление головки характерно для данной формы таза — простого плоского (переднетеменное вставление, передний асинклитизм) (рис. 164 и 165).

Как известно, под асинклитизмом понимают такое вставление головки, при котором стреловидный шов не совпадает со срединным поперечником входа таза, а отклоняется либо кзади (переднетеменное вставление, передний асинклитизм — патологический негелевский асинклитизм), либо кпереди (заднетеменное вставление, задний асинклитизм — патологический литцмановский асинклитизм) (рис. 166 и 167). В том и другом случае имеется большая или меньшая степень склонения головки к заднему или переднему плечу. Иногда это склонение может достигать такой степени, что, например, при переднем асинклитизме удастся прощупать за симфизом ухо плода. Подобное вставление раньше так и называли — переднее ушное предлежание (рис. 168). При чрезмерно выраженном заднем асинклитизме, когда передняя теменная кость задерживается над лонным сочленением, стреловидный шов близко располагается у симфиза, а задняя теменная кость выступает в просвет входа таза, при особо резком склонении удается прощу-

пать «заднее» ухо плода — заднее ушное вставление. Незначительно выраженный асинклитизм в большинстве случаев способствует продвижению плода, приспособлению головки плода к родовому каналу, чего не наблюдается при значительном отклонении стреловидного шва от средней линии.

Как видно из рис. 164, задняя теменная кость задерживается на выступающем (в данном случае) мысе, а передняя теменная кость тем временем опускается ниже и по мере



Рис. 166. Заднетеменное вставление головки.

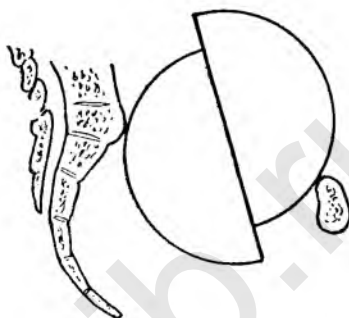


Рис. 167. Заднетеменное вставление головки (схема).

развития родовой деятельности головка конфигурируется путем захождения передней теменной кости на заднюю, чем уменьшается поперечник головки, вступающей во вход таза.

При наблюдении за роженицей в последующие 3 часа заметного продвижения головки не последовало. Родовая деятельность средней силы. Сердцебиение плода ясное.

Итак, у данной роженицы, несмотря почти на полное открытие зева, после отхождения вод головка осталась малым сегментом во входе таза и дальше не продвинулась. Казалось бы, для повторнородящей женщины, у которой все предыдущие роды проходили нормально и заканчивались самопроизвольным рождением живых крупных плодов, и сейчас следовало бы с отхождением вод при полном открытии зева, при наличии умеренной родовой деятельности ожидать быстрого прохождения головки в полость таза. Если этого не случилось, значит, имеется какая-то патология вставления. При влагалищном исследовании эта патология была выявлена — переднетеменное вставление.

*Что предпринять на данном этапе?*

1. Предложить роженице кесарево сечение.
2. Наблюдать за состоянием роженицы и плода еще в течение некоторого времени.

Указанное вставление головки, как мы говорили выше, характерно для плоского таза. Вследствие укорочения прямого размера входа таза головка задерживается и стоит во входе таза до тех пор, пока она под действием силы схваток в достаточной степени не конфигурируется.

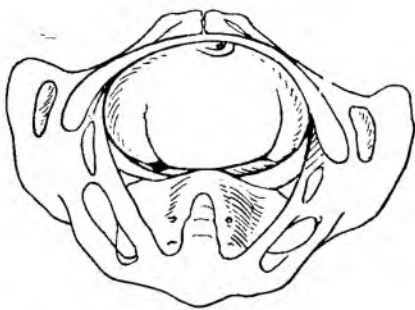


Рис. 168. Передний асинклитизм; прощупывается ухо.

Известная степень асинклитизма при вставлении головки во вход таза могла иметь место у данной роженицы и во время предыдущих родов. Однако в силу меньшей степени выраженности асинклитизма, большей способности головки к конфигурации, относительно небольших размеров головки либо всех этих факторов, вместе взятых, при хорошей силе схваток головка быстро преодолевала препятствие и опускалась в полость таза — асинклитизм ликвидировался.

При данных родах головка, возможно, оказалась относительно больших размеров, родовая деятельность менее интенсивна, чем при предыдущих родах. Для данной аномалии таза асинклитическое вставление головки является характерным. И то, что головка установилась во входе таза, говорит об отсутствии значительного несоответствия в размерах головки и входа таза.

Это дает основание предполагать, что при наличии достаточной родовой деятельности возможно самостоятельное родоразрешение. Поэтому кесарево сечение в данном случае надо признать пока недостаточно обоснованным и преждевременным.

Правильнее выжидать, внимательно наблюдая за состоянием роженицы и плода.

В механизме вставления головки при плоском тазе наряду с асинклитизмом отмечается обычно легкая степень разгибания и долгое стояние головки во входе таза. Проходит нередко много часов интенсивной родовой деятельности, пока головка конфигурируется и одна теменная кость перекрывает часть другой, вследствие чего головка значительно уменьшается в поперечных размерах и опускается в полость таза.

От врача и акушерки, ведущих такие роды, требуется разумное терпение, особо внимательное отношение, усиленная бдительность с целью профилактики осложнений (истончение стенок нижнего сегмента матки, угрожающий разрыв матки, длительное прижатие стенки мочевого пузыря с угрозой образования пузырно-влагалищного свища, внутриутробная асфиксия плода и др.), которые возможны при родах у женщин с узким тазом.

1/VI 11 часов. В течение 2 часов у роженицы продолжалась родовая деятельность, схватки через 4—6 минут, по 20—25 секунд, слабые. Головка во входе таза малым сегментом. Признак Вастена «вровень». Сердцебиение плода слева ниже лупка ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Подтекают чистые воды. Роженица утомлена, спокойна.

#### *Что нужно предпринять?*

1. Стимулировать родовую деятельность.
2. Дать роженице отдохнуть.

Не всегда уместна стимуляция родовой деятельности только по одному признаку — недостаточной эффективности ее. Одно дело недостаточная эффективность в конце периода изгнания при головке, стоящей на тазовом дне, и совсем другое, — если головка находится малым сегментом во входе таза и к тому же еще имеется ее патологическое вставление и значительное утомление роженицы. Полагаем, что стимуляция родовой деятельности у данной роженицы неуместна. Правильнее будет дать женщине хорошо отдохнуть, так как до окончания родов предстоит очень большая работа.

Так мы и поступили.

11 часов 30 минут — эфирный наркоз в количестве 25 мл.

Роженица уснула и спада в течение 1 часа 30 минут; проснулась с ощущением бодрости. Выпила стакан сладкого чая.

13 часов — состояние вполне удовлетворительное; пульс ритмичный, 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Схватки через 2—3 минуты по 40—45 секунд, хорошей силы. Головка стоит во входе таза, несколько глубже, чем раньше.

Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, 132 удара в минуту. Мочится самостоятельно, но отменяет неполное опорожнение мочевого пузыря. Матка остается несколько напряженной.

Как видим, предоставленный роженице отдых оказался весьма полезным мероприятием. После сна у роженицы возобновилась более энергичная родовая деятельность.

Состояние роженицы и плода в данный момент не требует какого-либо активного вмешательства. Болезненности в нижнем сегменте матки не отмечается, мочеиспускание у роженицы самостоятельное, состояние плода удовлетворительное, выявилась тенденция к поступательному движению головки.

Будет правильно, если предоставить роды их самостоятельному течению при внимательном нашем наблюдении. Разумеется, подобные роды являются большим испытанием для роженицы, но они одновременно являются и испытанием для врача. Надо уметь все предвидеть, все вовремя выявить; только при умелом ведении родов врач может рассчитывать на их благополучное окончание. Только при правильном учете всех обстоятельств он может быть в своих действиях сознательно консервативен либо своевременно активен.

15 часов — роженица вновь ведет себя несколько беспокойно. Схватки через 2—3 минуты, по 40—45 секунд, хорошей силы. Нижний сегмент слегка болезнен при дотрагивании. Головка стоит большим сегментом во входе таза.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту, слева ниже пупка. При схватке подтекают чистые воды.

*Какое может быть предложение о дальнейшем ведении родов?*

Ввиду длительного стояния головки во входе таза с целью уточнить характер и степень продвижения головки следует произвести влагалищное исследование.

В 15 часов 30 минут — влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, слева сверху определяется в виде небольшой каймы край шейки матки; предлежит головка с большой родовой опухолью на передней теменной кости; глубоко за опухолью с трудом удается определить край переднетеменной кости, значительно покрывающей заднюю теменную кость. Уточнить роднички не представляется возможным, так как обе теменные кости покрывают затылочную. Крестцовая впадина выполнена в верхней трети; верхняя половина задней поверхности симфиза занята головкой.

Налицо значительно выраженная конфигурация головки при ее переднетеменном вставлении. Надо полагать, что при продолжающейся родовой деятельности достаточной силы головка преодолет препятствие. Будем наблюдать.

Для регуляции родовой деятельности и одновременно для профилактики возможной асфиксии внутриутробного плода введено внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, подкожно 1 мл кордиазола; роженице даны ингаляции кислорода, через каждые 5 минут по 5 минут. Родовая деятельность после кратковременного периода некоторого ослабления ее вновь стала активной.

В 17 часов 20 минут роженица стала при схватках тужиться. Головка по-прежнему прощупывается со стороны большого таза. Небольшая болезненность в области нижнего сегмента матки. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Подтекают в незначительном количестве светлые околоплодные воды. Пока готовились к повторному влагалищному исследованию, головка после одной из схваток как бы «провалилась» в полость таза.

При влагалищном исследовании обнаружено: головка в полости таза, край передней теменной кости несколько отошел кпереди, стреловидный шов расположен на середине почти на тазовом дне в поперечном направлении; большая родовая опухоль и выраженная конфигурация головки.

Наибольшие трудности преодолены. Головка в полости таза. Здесь обычно ее положение изменяется: стреловидный шов отклоняется к срединному положению, исчезает асинклитизм; иногда головка делает сгибание, малый

родничок опускается, и роды в дальнейшем протекают, как при затылочном предлежании.

*Что делать дальше?*

Выжидать самостоятельного окончания родов.

Решение разумное, тем более что и состояние роженицы, и состояние плода в данный момент не внушают какого-либо особого беспокойства. Однако, как мы уже говорили выше, ведение родов от начала и до конца требует от врача исключительной наблюдательности, учета всех особенностей в их течении.

*Что обращает на себя внимание в данном случае?*

Головка расположена почти на тазовом дне с проходящим в поперечном направлении стреловидным швом (рис. 169). Если такое положение головки

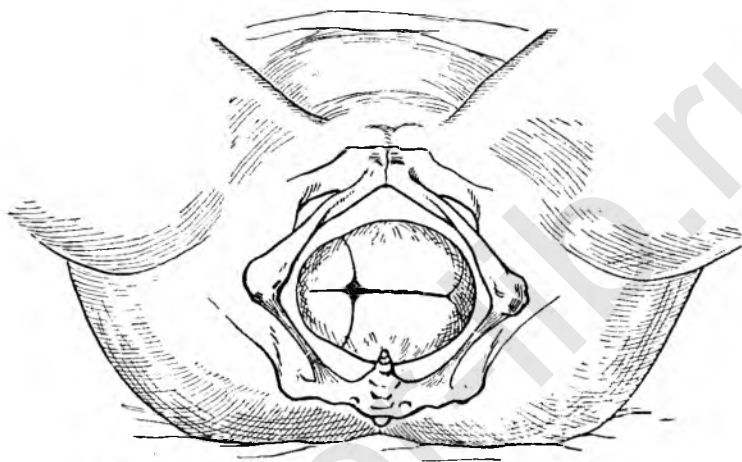


Рис. 169. Низкое поперечное стояние головки.

будет длительно сохраняться, у нас будут основания считать, что, помимо патологии, которая имела место при вставлении головки во вход таза и которая, правда, с большим трудом, уже как будто ликвидировалась, появилась другая патология, — низкое поперечное стояние головки.

Описанный выше механизм, при котором асинклитическое вставление головки во входе исчезает, лишь только головка опустится целиком в полость таза, характерен для плоскорохитического таза. При этом наибольшие трудности для своего продвижения головка встречает только во входе таза; в остальных отделах таза прямые размеры не только не уменьшены, но они больше, чем в нормальном тазу; полость и выход таза оказываются достаточно вместительными.

Несколько иначе протекает механизм родов при простом плоском тазе, в котором уменьшены прямые размеры во всех отделах таза; головка встречает значительные трудности при своем продвижении по всей полости таза, что, понятно, значительно затягивает родовой акт. При этом задерживается и вращение головки в полости, вследствие чего нередко встречается так называемое низкое поперечное стояние головки, при котором стреловидный шов продолжает оставаться в поперечном размере и в полости таза (см. рис. 169). Только при хороших схватках и нормальном состоянии тазового дна благодаря активному сокращению мышц последнего головка вращается и переходит стреловидным швом из поперечного размера в прямой размер выхода таза.

1/VI в 18 часов 30 минут—период изгнания затянулся. Роды в общей сложности длются уже свыше 24 часов. Нет тенденции к самостоятельному вращению головки на тазовом дне.

### Что делать?

Учитывая, что, несмотря на хорошую родовую деятельность, головка не продвигается, стреловидный шов стоит в поперечном размере таза, нужно закончить роды наложением щипцов на головку, стоящую в узкой части полости таза.

Обсудим, как надо накладывать щипцы при таком стоянии головки. Чтобы щипцы легли бипариетально, надо их в данном случае наложить в прямом размере полости таза. Для такого наложения наиболее удобны прямые щипцы, которые не имеют тазовой кривизны и могут быть наложены типично на головку при любом ее расположении в тазу, при этом щипцы могут располагаться и в прямом размере таза. Это как раз удобно в данном случае. Если прямых щипцов нет, а имеются подобные показания к их наложению, придется воспользоваться обычной моделью щипцов Симпсона—Феноменова.

Однако наложить такие щипцы типично по отношению к тазу нельзя, так как в этом случае они легли бы с одной стороны на затылок, с другой — на лицо плода. Нельзя наложить такие щипцы типично и по отношению к головке, т. е. бипариетально, так как в этом случае щипцы должны лечь в прямом размере таза и получится несовпадение тазовой кривизны щипцов с кривизной таза.

Щипцы модели Симпсона—Феноменова надо наложить в косом размере таза, причем так, чтобы верхушки ложек были обращены в сторону затылка (рис. 170). Тракции наложенных таким образом щипцов должны быть влекущими, а не ротирующими.

Столь заманчивое желание ротировать в щипцах головку из поперечного в прямой размер таза — очень рискованное мероприятие,

так как угрожает роженице образованием глубоких разрывов влагалища, травмой мочевого пузыря и не безразлично для плода. Поворот затылка кпереди совершается обычно самостоятельно, при этом в паузах между тракциями щипцы из косого положения переходят обычно в поперечное, а затем и в другое косое положение (рис. 171). С момента, когда головка стоит уже стреловидным швом в прямом размере

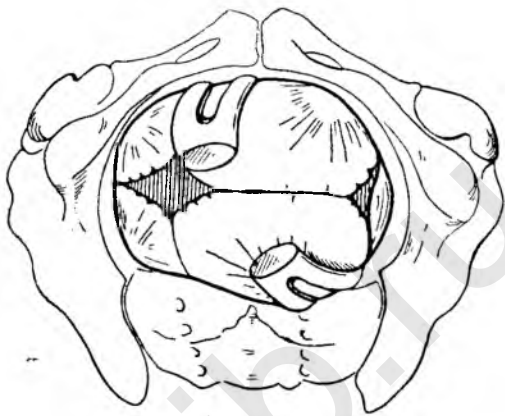


Рис. 170. Положение ложек-щипцов, наложенных при низком поперечном стоянии головки. Щипцы лежат в левом косом размере.

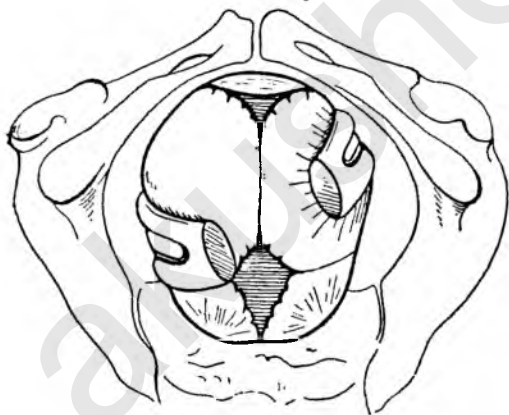


Рис. 171. Головка совершила свой внутренний поворот. Щипцы перешли в правый косой размер.

выхода таза, Г. Г. Гентер рекомендует снять щипцы и наложить их снова, но уже типично в поперечном размере таза и операцию производить, как при типичном наложении выходных щипцов (рис. 148—152).

В нашем случае мы имели возможность наложить щипцы Килланда, наиболее удобные для такого положения головки.

В 18 часов 40 минут под эфирным наркозом на головку, стоящую на тазовом дне с низким поперечным стоянием стреловидного шва (малый родничок слева), наложены щипцы Килланда (рис. 172). Правая ложка, введенная в правую сторону влагалища, перемещена бережно кверху кпереди (без рекомендуемого поворота ложки), подведена под симфиз на переднюю теменную кость, другая—введена в левую сторону влагалища, затем осторожно переведена на заднюю теменную кость. Щипцы, таким образом, легли бипариетально на головку, в прямом размере таза. Замкнулись легко. Несколькими тракциями средней силы головка подведена к выходу таза.

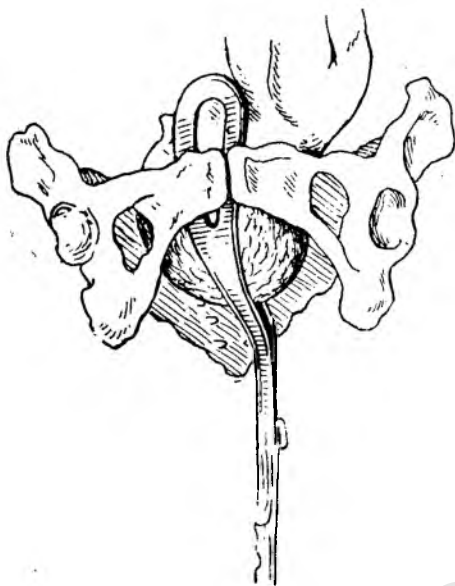


Рис. 172. Щипцы Килланда, наложенные на головку при низком поперечном стоянии ее.

Одновременно с тракциями на себя и нежными винтовыми вращениями, следуя за вращением головки, щипцы перешли сначала в левый косой размер таза, а стреловидный шов установился в правом косом размере таза, а затем щипцы оказались в поперечном размере выхода таза, а головка стреловидным швом в прямом размере. В таком положении головка выведена наружу. Извлечен живой ребенок весом 3600 г, длиной 51 см. На левой теменной кости имеется значительное вдавление.

Послед выделился самостоятельно через 15 минут; детское место без дефектов, оболочки все. Шейка матки и стенки влагалища осмотрены с помощью зеркал, разрывов, требующих наложения швов, не обнаружено.

Послеродовой период нормальный. Выписана на 11-й день с ребенком. Вдавление на левой теменной кости выровнялось.

**Краткий эпикриз.** Г. Е., 38 лет, повторнородящая, с простым плоским тазом. Предыдущие роды были в срок и закончились благополучно. При настоящих родах создалось асинклитическое вставление — передний асинклитизм с продолжительным стоянием головки во входе таза. В дальнейшем головка опустилась в полость и оставалась в положении с низким поперечным стоянием стреловидного шва. Ввиду длительного стояния головки в полости таза при значительной общей продолжительности родов последние закончены наложением щипцов Килланда на головку, стоящую в поперечном размере узкой части полости малого таза. Извлечен ребенок весом 3600 г, длиной 51 см с вдавлением на левой теменной кости. Послеродовой период нормальный. Выписана на 11-й день в хорошем состоянии с ребенком.

### ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ POSITIO OCCIPITALIS SACRALIS (POS)

П. И., 25 лет, поступила в клинику 26/I 1957 г. в 7 часов 10 минут с начавшимися в 4 часа утра нерегулярными схватками. Роды в срок. Последняя менструация 10/IV 1956 г. Беременность первая. Первое шевеление плода в конце августа 1956 г.

Перенесла корь, коклюш, грипп.

Менструации с 15 лет, по 6 дней через 30 дней, умеренные, безболезненные; установились сразу. Половая жизнь с 21 года. Характер менструаций после замужества не изменился.



Беременность протекала без заметных отклонений от нормы. В первой половине беременности временами наблюдалась изжога; во второй—незначительные отеки на ногах; артериальное давление оставалось без повышения; в моче белок отсутствовал.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,8°, пульс 80 ударов в минуту.

Телосложение правильное, рост 162 см, вес 81 кг; питание удовлетворительное. Кожа чистая, видимые слизистые розового цвета. На голенях выраженная пастозность.

Органы кровообращения: тоны сердца чистые, артериальное давление 110/60 мм.

Органы дыхания: в легких—дыхание везикулярное; перкуторный звук легочный. Органы пищеварения: страдает запорами. Органы мочеотделения: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон; мочеиспускание безболезненное; моча без патологических отклонений.

Живот значительно увеличен, окружность 111 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижатая ко входу таза и несколько выходящая над лоном. Мелкие части трудно пальпируются справа и спереди. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 134 удара в минуту. Воды целы. Схватки слабые, нерегулярные. Размеры таза: 26, 29, 32, 21 см.

### *Какая имеется акушерская ситуация? Что делать?*

Первые срочные роды только что начались; головное предлежание. Наружные размеры таза нормальные. Отсутствие вставления головки во вход таза может быть связано с плохой родовой деятельностью, а частично, может быть, с наличием крупной головки плода.

Состояние плода хорошее; воды не отошли.

Так или иначе показаний к какому-либо срочному вмешательству нет; ближайшие часы родов внесут большую ясность. Поэтому будем внимательно следить за развертыванием родовой деятельности, характером продвижения головки и состоянием плода.

На протяжении 4 часов с момента поступления состояние роженицы продолжало оставаться удовлетворительным. Схватки через 12—10 минут, продолжительностью до 20 секунд, слабые. Головка плода остается прижатой ко входу таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 132 удара в минуту, ясное, ритмичное, воды целы.

### *Что предпринять?*

Несмотря на нормальные наружные размеры таза, за истекшие часы не отмечено продвижения предлежащей части плода. Можно предположить, что причина этого не только слабая родовая деятельность, но и крупные размеры головки плода. Не исключена возможность наличия каких-либо изменений в малом тазу.

Надо произвести влагалищное исследование.

26/1 1957 г. в 11 часов 30 минут влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; вход во влагалище и влагалище—нерожавшей женщины; шейка сглажена; открытие маточного зева на 1½ пальца, края утолщенные, малоподатливые, плодный пузырь плоский, цел, передних вод очень мало; головка прижата ко входу таза, стреловидный шов в слегка левом косом размере; роднички определить не удается; мыс не достигается; деформаций костей таза не отмечено.

Данные влагалищного исследования показали, что внутренние размеры таза нормальные. Судя по состоянию шейки матки родовая деятельность еще не развернулась в достаточной степени.

Кроме того, имеется плоский плодный пузырь, который может в какой-то степени задерживать продвижение головки.

Независимо от формы плодного пузыря, при небольшом еще открытии маточного зева, необходимо сохранять его целостность.

Учитывая сказанное, мы будем продолжать дальнейшее наблюдение за роженицей. Для усиления родовой деятельности назначили микстуру В. Н. Хмелевского:

Rp. Glucosae 50,0  
Calcii chlorati 2,0  
Acidi ascorbinici 0,5  
Vitamini B<sub>1</sub> 0,03  
Acidi muriatici diluti gtt VIII  
MDS. Растворить в 150 мл горячей воды, на прием

Можно повторить прием этой микстуры еще через 3 часа.

Применение этой микстуры основано на том, что глюкоза предупреждает быструю утомляемость организма и повышает работоспособность мышцы матки; кальций тонизирует мышцу матки, а витамин B<sub>1</sub> усиливает сократительную способность матки.

На протяжении последующих 6 часов наблюдения состояние роженицы удовлетворительное, схватки через 8—6 минут длительностью по 30—40 секунд, болезненные. Нижний сегмент безболезненный, головка малым сегментом во входе таза; отмечается большее, чем обычно, выбухание головки над симфизом. Сердцебиение плода ясное, 134 удара в минуту, ритмичное, слева ниже пупка; воды целы.

#### *Что делать?*

С улучшением родовой деятельности отмечается и некоторое поступательное движение головки: последняя находится малым сегментом во входе таза. Однако при наличии у роженицы вполне нормального по размерам таза это продвижение замедленное. К тому же относительно большое выбухание головки над симфизом заставляет думать и о возможности неправильного вставления головки. Необходимо выяснить характер вставления головки.

26/1 в 19 часов 30 минут влагалищное исследование: шейка матки сглажена; открытие маточного зева на 3 пальца, края зева ригидные; плодный пузырь цел, при схватке наливается очень незначительно в нижнем отделе; головка плода малым сегментом во входе таза; стреловидный шов в прямом размере входа таза, малый родничок обращен к крестцу и расположен ниже мыса, большой—не достигается (см. рис. 173).

Положение резко изменилось. Данные влагалищного исследования показали, что имеется очень редко встречающийся характер вставления головки во вход таза — прямое стояние стреловидного шва, так называемое высокое прямое стояние головки.

#### *Что предпринять в этом случае? Какой прогноз родов?*

1. Наблюдать за дальнейшим течением родов.
2. Произвести кесарево сечение, так как имеется высокое прямое стояние головки (затылочно-крестцовый вариант, наиболее неблагоприятный для плода и матери).

Прежде чем решить, какое из этих предложений наиболее правильное, остановимся несколько на особенностях выявленной патологии. Было ли это стояние головки с самого начала родов, когда головка была только прижата ко входу таза, или оно образовалось в дальнейшем, сказать трудно, так как возможно и то и другое. Так называемое высокое прямое стояние головки (имеется в виду вставление головки во вход таза со стреловидным швом в прямом размере) встречается очень редко. Причиной такого вставления может быть как неправильная форма таза и, в частности, округлая форма входа или суженный в поперечнике вход таза, а иногда плоский таз, так отчасти и неправильная форма (уплощение) черепного свода головки плода.

Высокое прямое стояние головки встречается иногда и при отсутствии перечисленных выше причин, при нарушениях и осложнениях в характере течения родов.

При наружном исследовании третьим приемом удается прощупать над симфизом резко выступающую впереди часть головки. Однако окончательно диагноз устанавливается только путем влагалищного исследования.

При этом головку находят прижатой или вставившейся во вход таза. Направление стреловидного шва почти соответствует прямому размеру входа.

Возможны два варианта высокого прямого стояния головки; в одних случаях, как у нашей роженицы, область малого родничка оказывается сзади и несколько ниже мыса (рис. 173 и 174)— это так называемое затылочно-крестцовое положение (*positio occipitalis sacralis*, сокращенно POS); в других область малого родничка ока-



Рис. 173. Высокое прямое стояние головки. Затылочно-крестцовое положение (POS).

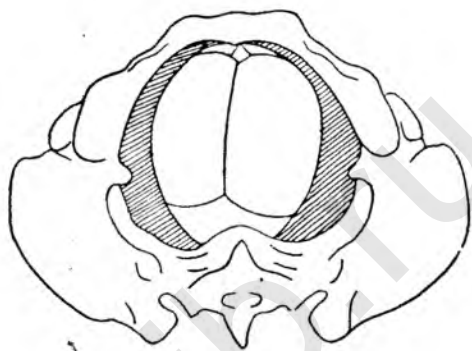


Рис. 174. Высокое прямое стояние головки. Затылочно-крестцовое положение (данные влагалищного исследования).

зывается спереди за симфизом — это так называемое затылочно-лонное положение (*positio occipitalis rubica*, сокращенно POP) (рис. 175 и 176).

Как правило, при высоком прямом стоянии головка находится в состоянии сгибания, однако подобный вариант вставления может встретиться и при других предлежаниях головки.

Примерно до середины XVIII столетия в акушерстве такое вставление

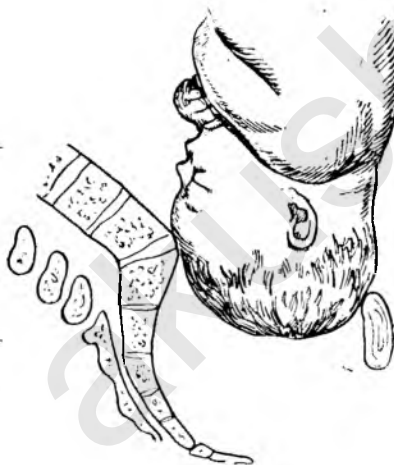


Рис. 175. Высокое прямое стояние головки. Затылочно-лонное положение (POP).

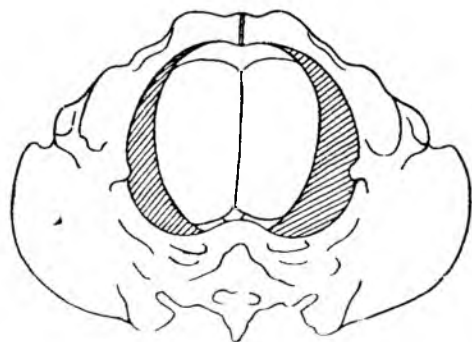


Рис. 176. Высокое прямое стояние головки. Затылочно-лонное положение (данные влагалищного исследования).

головки в таз признавалось нормальным; полагали, что головка проходит через весь родовой канал в положении со стреловидным швом в прямом размере входа, полости и выхода, без каких-либо вращений. Смелли (Smellie) был первым, кто определил фиксированное высокое прямое стояние головки как патологию.

Следует предположить, что к началу родов, к моменту вставления во вход таза головка нередко находится в положении со стреловидным швом соответственно прямому размеру входа. В дальнейшем по мере вступления головки во вход таза она под давлением движущих сил располагается в наиболее благоприятном положении, устанавливаясь своим прямым размером в наибольшем размере входа — в поперечном.

Если имеются моменты, препятствующие этому вращению (стр. 318), головка может остаться в исходном стоянии и фиксироваться в таком положении во входе таза — образуется высокое прямое стояние. Если стреловидный шов временно отклоняется от прямого размера входа, то спустя некоторое время он вновь может возвратиться в первоначальное положение.

Первоначальное высокое прямое расположение стреловидного шва при головке, прижатой ко входу таза, встречается, по-видимому, не так уж редко. Фиксированное же вставление головки в таз в таком положении встречается сравнительно редко. Однако по мере изучения этого вопроса после работ Смелли в литературе описано немало случаев подобной патологии. Указанная патология вставления головки встречается в среднем от 0,2 [Вейнцирль (Weinzierl)] до 0,4% [Панков (Pankow)].

Итак, у роженицы имеется высокое прямое стояние головки с затылком, обращенным кзади. Малый родничок стоит ниже мыса близко к крестцу, большой родничок не достигается (POS).

При затылочно-крестцовом положении (POS), если таковое сохраняется, самостоятельное родоразрешение (per vias naturales) происходит редко. Глубоко вставление головки и дальнейшее продвижение обычно может совершаться только при максимальном сгибании головки и успешной конфигурации ее с вращением в один из косых размеров. В дальнейшем в полости таза это вращение головки часто продолжается и к моменту врезывания головки затылок оказывается спереди, головка рождается в переднем виде затылочного предлежания. Однако, несмотря на энергичную родовую деятельность, этот механизм родов бывает удлинён, затруднен, и поэтому в большинстве случаев требуется оперативная помощь.

Только при небольшой головке, округлой форме тазового входа может не быть описанного выше вращения головки, и последняя проходит до тазового дна в максимальном сгибании, со стреловидным швом в прямом размере, с малым родничком, обращенным кзади; в подобном случае головка родится в заднем виде затылочного предлежания.

Каков будет дальнейший механизм продвижения головки у роженицы, сказать трудно. Мы должны предвидеть наихудший вариант и быть готовыми в любой момент к оказанию надлежащей акушерской помощи.

*Какие осложнения угрожают роженице и плоду?*

При задержке продвижения головки в полость таза роды затягиваются, что может угрожать плоду внутриутробной асфиксией и смертью. Длительное стояние головки во входе таза может привести к чрезмерному растяжению нижнего сегмента матки и угрожать последней разрывом. Длительное стояние головки в одной плоскости таза может вести к нарушению трофики стенок мочевого пузыря и прямой кишки с последующим образованием свища, т. е. возможны осложнения, каких обычно приходится опасаться при родах у женщин с узким тазом.

В данный момент ни одного из перечисленных возможных осложнений у роженицы не имеется.

*Можно ли в таком случае гарантировать рождение живого ребенка?*

Разумеется, нет, особенно при консервативном ведении родов.

Учитывая, что роженица молодая, роды у нее первые, а также, что размеры таза нормальные, вряд ли целесообразно без дальнейшего наблю-

дения за течением родов сразу решиться на оперативное вмешательство: кесарево сечение.

В данном случае прежде всего нужно сохранить здоровье и благополучие молодой женщины.

Ограничимся пока применением 1 мл 2% раствора промедола и будем внимательно наблюдать за роженицей.

В течение последующих 5 часов общее состояние роженицы оставалось удовлетворительным, схватки повторялись вначале через 8—7 минут длительностью по 35—40 секунд, а затем стали несколько чаще—через 6—5 минут. Головка плода большим сегментом во входе таза. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, воды целы. Нижний сегмент безболезнен. Мочиспускание свободное, самостоятельное.

### *Что делать?*

Данные наблюдения показывают, что родовая деятельность развивается. Учитывая, однако, изложенные выше особенности механизма родов, для уточнения диагноза следует произвести влагалищное исследование.

27/1 в 1 час—влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева на  $3\frac{1}{2}$  пальца, края ригидные; плодный пузырь цел, плоский, вскрылся на высоте схватки; излилось незначительное количество светлых околоплодных вод; головка плода большим сегментом во входе таза; стреловидный шов слегка в правом косом размере; малый родничок чуть справа кзади; хорошо выражена родовая опухоль.

### *Что предпринять?*

Данные влагалищного исследования показали, что обнаружилась тенденция к вращению головки и переходу стреловидного шва из прямого в косой (правый) размер таза. Если родовая деятельность будет и дальше хорошо развиваться, можно рассчитывать, что головка, опустившись в полость таза, проделает дальнейший внутренний поворот. Продвижение головки задерживается в большой степени наличием ригидности краев маточного зева.

Попытаемся уменьшить ригидность маточного зева обкалыванием шейки 0,5% раствором новокаина, а для усиления родовой деятельности проведем стимуляцию последней.

27/1 в 1 час 30 минут в шейку введен 0,5% раствор новокаина в количестве 60 мл. Для стимуляции родовой деятельности назначен хинин по 0,02 г и карбохолин по 0,001 г, чередуя эти средства трижды через каждые 15 минут. Внутривенно введен 40% раствор глюкозы в количестве 30 мл и 10% раствор хлористого кальция в количестве 10 мл.

5 часов 30 минут: общее состояние роженицы удовлетворительное, пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, артериальное давление 125/80 мм. Схватки средней силы, через 5—6 минут, по 35—40 секунд. Головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, по средней линии, ниже пупка. Роженица начинает ощущать желание тужиться.

Головка опустилась в полость таза; главное препятствие в ее продвижении позади. Надо полагать, что головка достигла своим нижним полюсом тазового дна (появление потужного рефлекса).

Интересно выяснить состояние маточного зева и характер положения головки в тазу.

27/1 в 6 часов влагалищное исследование: головка на тазовом дне; открытие зева полное, спереди определяется узкая каемка шейки матки; запровлена осторожно за головку; стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок сзади, большой не достигается.

### *Что делать?*

Ожидаемого большого внутреннего поворота до образования переднего вида не произошло. Головка, по-видимому, благодаря ее осцилляторным колебаниям и очень сильной конфигурации миновала костное кольцо входа. При полном раскрытии маточного зева сравнительно хорошая родовая деятельность способствовала быстрому опущению головки на тазовое дно,

а сопротивление мышц последнего привело к возвращению стреловидного шва в прямой размер выхода.

Может быть, если бы стреловидный шов к моменту опускания головки на тазовое дно находился не в правом косом, а в поперечном размере таза, не исключается, что сопротивление тазового дна способствовало бы дальнейшему вращению головки стреловидным швом из поперечного в левый косой и дальше в прямой — с затылком, обращенным кпереди.

Теперь наша задача — получить живого ребенка. Для этого наготове должны быть стерильные щипцы и все необходимое для оживления плода.

27/1 1957 г. в 6 часов 40 минут хорошие схватки с потугами через 2—3 минуты по 40 секунд. Головка показывается в половой щели. Сердцебиение плода 110 ударов в минуту, ритмичное, несколько приглушенное.

Во время врезывания головки при сильно растянутой в поперечном направлении промежности произведена *regioepiotomia*, и в 7 часов 05 минут родился мальчик весом 3900 г, длиной 53 см в заднем виде, с двукратным обвитием пуповины вокруг шеи. После отсасывания слизи из верхних дыхательных путей закричал через 2 минуты. На головке большая родовая опухоль, расположенная в области малого родничка. Последовый период — без осложнений; послед родился через 30 минут; детское место и оболочки все. Кровопотеря 200 мл. На разрез промежности и разрыв слизистой задней стенки влагалища наложены узловые кетгуттовые швы, на кожу 4 отдельных шелковых шва.

В послеродовом периоде — явления эндометрита с повышением температуры до 38,5°.

Родильница выписана на 14-й день в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

#### *Правильно ли велись роды?*

Судя по результатам, можно сказать, что правильно. Но вместе с тем надо подумать, с чем связан благоприятный исход при такой сравнительно тяжелой акушерской патологии. Несомненно, большую, быть может, решающую роль сыграла хорошая емкость таза, сравнительно удовлетворительная (может быть, не очень интенсивная, но зато непрекращавшаяся) родовая деятельность. В противном случае мы могли бы столкнуться с рядом осложнений, которые потребовали бы вмешательства.

Считаем необходимым коротко остановиться на этом вопросе. Еще совсем недавно с целью исправления высокого прямого стояния головки при затаянувшихся родах рекомендовали применять высокие щипцы и особенно щипцы модели Килланда (стр. 316), дающие возможность якобы с наименьшим риском для матери и плода ротировать головку.

Едва ли можно согласиться с применением подобного вмешательства. Высокие щипцы не следует применять ни с целью извлечения, ни тем более с целью ротации головки.

Можно еще согласиться с исправлением подобного неправильного вставления ручным приемом по Липманну (Liermann, рис. 177) или применением поворота плода из головного в ягодичное положение. Однако операцию поворота можно делать только заблаговременно, когда воды еще целы или только что отошли, при полной подвижности плода.

Если бы, допустим, у роженицы встретилось осложнение, требующее окончания родов, когда головка еще находилась во входе таза, следовало бы произвести, в случае невозможности применить ручной прием Липманна, перфорацию головки, даже, может быть, и при живом плоде, или операцию брюшностеночного кесарева сечения, в зависимости от конкретных показаний и противопоказаний к той или другой операции.

**Краткий эпикриз.** П. И., 25 лет, первородящая, поступила с нерегулярными схватками. В периоде раскрытия обнаруживается высокое прямое стояние стреловидного шва с обращенным кзади затылком (POS). Вследствие указанного патологического вставления и наличия ригидности маточ-

ного зева роды затянулись. Благодаря усиленной конфигурации головки последняя слегка ротировалась, и стреловидный шов из прямого размера перешел в правый косой размер таза.

Введенные в шейку 60 мл 0,5% раствора новокаина ослабили ригидность зева, головка опустилась на тазовое дно и здесь снова ротировалась в прежнее положение, стреловидным швом в прямой размер выхода. Роды самостоятельные, в заднем виде. Родился мальчик весом 3900 г, длиной 53 см. Последовый период без осложнений. Послеродовой период осложнился эндометритом. Выписана на 14-й день с ребенком.

## ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ POSITIO OCCIPITALIS PUBICA (POP)

К. П., 29 лет, поступила в клинику 6/III 1957 г. в 23 часа 45 минут с начавшимся час назад схватками.

Из перенесенных заболеваний отмечает грипп.

Менструации с 13 лет, по 3—4 дня через 25 дней, безболезненные, умеренные, установились сразу.

Половая жизнь с 27 лет, муж здоров. Последняя менструация 3 /VI 1956 г. Беременность первая, роды в срок. Беременность протекала в первой половине без заметных отклонений, во второй—отмечалось головокружение.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Вес 63,5 кг, рост 157 см. Температура 36,4°, пульс 78 ударов в минуту. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, окружность живота 99 см, высота стояния дна матки над лоном 32 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза, спинка слева, мелкие части—справа, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Воды целы. Схватки через 8—10 минут, продолжительностью 20—25 секунд, слабые. Размеры таза: 26, 29, 31, 19 см; индекс Соловьева 14,5 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; влагалище нерожавшей женщины; шейка матки значительно укорочена, зев пропускает 1 палец; плодный пузырь цел; предлежит головка, прижатая ко входу таза; мыс достигается, диагональная конъюгата 11,5 см; деформаций костей таза не обнаружено.

### *Какой диагноз? Что делать?*

Первые роды при первой беременности; недавно начавшиеся схватки; нормальное положение плода, головное предлежание; состояние плода хорошее; воды целы; простой плоский таз; первый период родов. Показаний к какому-либо срочному вмешательству нет.

Будем внимательно наблюдать за роженицей, характером ее родовой деятельности, состоянием плода и продвижением головки.

7/III 8 часов: в течение ночи состояние роженицы было удовлетворительным, схватки слабые, через 7—8 минут, по 25—30 секунд, головка остается прижатой ко входу малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Воды целы.

Несмотря на то, что в течение 8 часов у роженицы продолжают, правда, слабые схватки, продвижения головки за этот период не отмечено.

Для уточнения соотношения размеров таза и головки произведена рентгенометрия таза и головки (поскольку такая возможность имеется в клинике).

7/III в 11 часов 50 минут на рентгенограммах размеры (относительные) таза следующие: прямой входа 11,7 см, прямой широкой части полости 10,5 см, прямой узкой части полости 11 см, поперечный входа 13,4 см; соответственно размеры головки: лобно-затылочный 12 см, большой поперечный 11,1 см. Крестец уплощен, несколько выдается в полость таза соединение II и III крестцовых позвонков. Головка стоит стреловидным швом в прямом размере входа (POP).

7/III в 12 часов 15 минут общее состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 5 минут, продолжительностью по 30—35 секунд, средней силы. Головка по-прежнему прижата ко входу таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в минуту; воды целы.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые; открытие маточного зева на  $2\frac{1}{2}$  пальца; плодный пузырь цел, напряжен; головка прижата ко входу таза; стреловидный шов чуть в правом косом—почти в прямом размере входа таза; малый родничок спереди, позади симфиза, большой не достигается (см. рис. 175 и 176); крестцовая впадина уплощена; мыс не достигается; расстояние от нижнего края лона до места соединения II и III крестцовых позвонков 11—11,5 см.

#### *Каков диагноз?*

Первый период родов; головное предлежание плода с тенденцией к высокому прямому стоянию с обращенным кпереди затылком (POP); уплощение крестца.

Из двух вариантов высокого прямого стояния POP встречается значительно чаще. При POP самостоятельное родоразрешение бывает чаще, чем при POS.

Так, на основании сборных статистических данных в большинстве родов при POS приходится оказывать ту или иную оперативную помощь. Роды при POP большей частью протекают самостоятельно [по Панкову в 70%, по Мартиусу (H. Martius) в 79%]. Разумеется, так бывает при сравнительно небольшой по размерам головке, хорошей емкости таза и хорошей родовой деятельности.

Механизм и прохождение головки через вход таза при затылочно-лонном положении (POP) могут совершаться двояко.

1. Головка, установившись стреловидным швом в прямом размере входа (см. рис. 175 и 176), остается в таком положении на всем дальнейшем пути. При этом головка сильно сгибается, опускается затылочной областью и упирается последней сначала в заднюю поверхность симфиза. По мере продвижения головки ее лобно-лицевая часть начинает скользить по мысу; сначала скользит область большого родничка, затем лоб и лицо.

2. Головка, что, по-видимому, бывает часто, проделывая зигзагообразные, колебательные движения, как бы обходит мыс и, опустившись в полость таза, принимает положение со стреловидным швом в прямом размере полости таза.

#### *Что делать?*

1. Произвести кесарево сечение.

2. Попытаться, если сохранится прежнее положение, ручным приемом перевести головку в косой размер входа.

3. Продолжать наблюдение.

Сопоставляя данные первого и второго влагалищных исследований, надо признать, что в первом случае была допущена ошибка: дежурный врач ошибочно принял несколько выдающееся место соединения II и III крестцовых позвонков за мыс. Крестцовый мыс не достигается.

Отмеченное изменение в крестце несколько уменьшило прямой размер широкой части полости малого таза. Поэтому имеющуюся в данном случае тенденцию к высокому прямому стоянию головки в случае дальнейшего сохранения такового при ее вставлении следует признать особенно неблагоприятной.

Однако, учитывая молодой возраст женщины, первые роды, нерезко выраженное сужение таза (по данным наружного измерения и влагалищного исследования), следует признать правильным предложение продолжать за роженицей внимательное наблюдение.

Что касается предложения «попытаться ручным приемом перевести головку стреловидным швом в косой размер входа таза», то его следует иметь в виду. Сейчас прибегать к такой попытке неразумно, так как открытие маточного зева еще очень недостаточно. Для операции же ручного вращения головки необходимо полное или во всяком случае близкое к полному открытие зева матки. Попытка сейчас применить ручное вращение головки требует предварительного пальцевого расширения зева, что может вызвать



разрыв плодного пузыря; к тому же головка, поскольку она не фиксирована во входе таза, возвратилась бы в исходное положение.

Терапия высокого прямого стояния головки должна проводиться строго индивидуально. Вмешательство допустимо лишь при наличии показаний со стороны матери или плода (А. Э. Мандельштам).

Остается, таким образом, выждать, внимательно наблюдая за динамикой родов. Можно испробовать вальхеровское висячее положение.

7/III в 14 часов состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 4—5 минут продолжительностью по 30—35 секунд, средней силы, болезненные. Головка прижата ко входу таза. Сердцебиение плода ритмичное, 130 ударов в минуту, воды не отошли. Нижний сегмент матки без признаков значительного истончения.

Несмотря на проведенную в консультации психопрофилактическую подготовку, роженица жалуется на болезненные схватки, которые, несомненно, можно объяснить атипичным вставлением головки и тем, что медицинский персонал не сумел скрыть своего беспокойства.

7/III в 14 часов 05 минут роженице введен подкожно 2% Sol. promedoli в количестве 1,5 мл.

7/III в 15 часов 30 минут отошли олоплодные воды в умеренном количестве слегка окрашенные меконием. Сердцебиение плода упало до 90 ударов в минуту. временами аритмичное. Головка плотно прижата ко входу таза.

### *Что случилось?*

Наступил момент, когда нужно немедленно найти правильное решение, выбрать правильный метод акушерской помощи. Отошли воды. Но это еще не повод для немедленного вмешательства. Срочность в данном случае диктуется ухудшением состояния плода.

Однако выбор того или иного вида акушерского вмешательства зависит не только от наличия показаний к таковому, но прежде всего от условий.

### *Что делать?*

Немедленно произвести влагалищное исследование; одновременно начать профилактику внутриутробной асфиксии плода (внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы с 1 мл кордиамина и ингаляции кислорода).

*Какие можно предложить мероприятия, если открытие маточного зева окажется полным (при сохранившемся прежнем положении головки)?*

1. Поворот плода из головного положения в ягодичное с последующим извлечением.

2. Наложение высоких щипцов.

3. Изменение ручным приемом неправильного стояния головки.

Положение для плода надо признать угрожающим; однако, стремясь сохранить жизнь ребенку, нельзя игнорировать здоровье матери.

Имеется предложение сделать поворот плода на ножку, перевести плод в ягодичное предлежание и немедленно извлечь. Это мероприятие может быть эффективным при хорошей подвижности плода в матке, при нормальном тазе. В противном случае операция, рискованная для матери, может оказаться бесцельной для плода. В данном случае у роженицы плоский таз, к тому же еще с некоторой деформацией в крестце. Едва ли нам удалось бы легко провести через вход таза последующую головку относительно крупного плода.

Операцию наложения высоких щипцов, и в частности щипцов модели Килланда, при высоком стоянии головки рекомендовали некоторые акушеры [Баух (Bauch), Шполянский, Мандельштам и др.]. При этом имеется в виду наложенными щипцами одновременно ротировать головку в косой размер входа таза и произвести извлечение плода.

Высокие щипцы даже при правильном вставлении головки — операция, наносящая большую травму плоду и матери, — теперь уже всеми акушерами, как правило, оставлена. Можно заранее утверждать, что в данном случае при уже начавшейся асфиксии плода операция наложения высоких

щипцов по существу обрекает плод на смерть, а рекомендуемая, и в данном случае необходимая, ротация головки с последующим влечением может сильно травмировать ткани родового канала вплоть до разрыва матки.

Таким образом, и это предложение имеет ряд существенных возражений.

Изменить неправильное стояние головки ручным приемом в подобном случае рекомендуется некоторыми акушерами. Это мероприятие сводится к тому, что рукой обхватывают снизу головку и вращают последнюю влево или вправо, смотря по тому, куда легче удастся такое вращение; в данном случае — в правый косой размер. Для этого (рис. 177) кисть руки вводят во влагалище и проникают до головки. Головку захватывают всей рукой, как большой мяч, и поворачивают ее вокруг вертикальной оси. Другой рукой снаружи через брюшные покровы фиксируют плод и давят на дно матки. Головка, установленная стреловидным швом в косом размере входа, фиксируется давлением на нее снаружи. Эта операция, кажущаяся по описанию простой, требует большого опыта и хорошей ориентировки в положении плода.

Из всех предложенных вариантов мероприятий мы остановимся пока на этом последнем.



Рис. 177. Ручной прием вращения головки по Липманну.

7/III в 15 часов 40 минут—влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева полное; плодного пузыря нет; головка при схватке прижата ко входу таза, вне схватки смещается; стреловидный шов в прямом размере входа таза, малый родничок спереди за симфизом, большой—не достигается. На головке выраженная родовая опухоль. Подтекают околоплодные воды, слегка окрашенные меконием.

#### *Какой диагноз?*

Начало второго периода родов; высокое прямое стояние головки. Угрожающая внутриутробная асфиксия плода.

Не вынимая руки, под эфирным наркозом, начали осторожное вращение головки в правый косой размер (см. рис. 177); поворот совершился сравнительно нетрудно. На протяжении трех схваток врач продолжал удерживать в таком положении головку; последняя значительно продвинулась и вступила во вход таза большим сегментом со стреловидным швом в правом косом размере. Сердцебиение плода 110—120 ударов в минуту, ритмичное.

Тяжелая патология — высокое прямое стояние головки — ликвидирована. Однако состояние плода остается все же угрожающим.

#### *Что делать?*

Необходимо срочное родоразрешение. Но, к сожалению, и сейчас возможны только высокие щипцы, а их применение встречает все те же возражения.

В последнее время в клинике с успехом применяется вакуум-экстрактор как операция, почти безопасная для матери. В данном случае, при существующей ситуации успешно было бы наложение большой чашечки вакуум-экстрактора.

Проведем повторно профилактику внутриутробной асфиксии и будем готовы к наложению щипцов, когда головка опустится в полость малого таза, а в случае необходимости прибегнем при этом и к перинеотомии.

7/III в 16 часов 10 минут состояние роженицы удовлетворительное; поведение спокойное. Схватки с хорошими потугами через 2—3 минуты, длительностью по 40—

45 секунд, головка в полости малого таза. Сердцебиение плода ритмичное, 110—116 ударов в минуту. Нижний сегмент безболезнен при пальпации. Роженица продолжает вдыхать кислород.

### *Что делать?*

Закончить роды наложением полостных щипцов.

Сердцебиение плода стало вновь ритмичным, но продолжает оставаться значительно уреженным. Не следует дожидаться повторного ухудшения: оно может оказаться необратимым.

7/III в 16 часов 35 минут—операция наложения полостных щипцов (*applicatio forcipis media*).

Головка стоит на тазовом дне, стреловидный шов слегка в правом косом размере (почти в прямом), малый родничок спереди; полное открытие маточного зева (края последнего не определяются).

Наложены полостные щипцы Симпсона; щипцы наложены бипариетально в чуть левом косом размере таза и после первой же тракции оказались в поперечном размере таза. Несколькими тракциями средней силы головка выведена до прорезывания. Произведена срединная перинеотомия, так как уже начал намечаться разрыв промежности. Головка выведена в щипцах; извлечен мальчик с однократным обвитием пуповины вокруг правой ручки. Ребенок извлечен в состоянии белой асфиксии. После отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, введения в пуповинную вену 5 мл 10% *Sol. calcii chlorati*, вдыхания паров нашатырного спирта ребенок вскоре негромко закричал; все это время он продолжал оставаться в теплой ванночке. У ребенка большая родовая опухоль, расположенная в области малого родничка и отчасти правой теменной кости. Вес мальчика 3240 г, рост 51 см. Последовый период протекал самостоятельно; послед выделился через 50 минут; детское место целое, оболочки все.

С помощью зеркала обнаружен небольшой разрыв шейки матки слева, наложены два кетгутовых шва. На разрез промежности наложено несколько отдельных кетгутовых швов. Операция произведена под местной анестезией 0,25% раствором новокаина.

У ребенка с первого дня жизни отмечаются явления раздражения центральной нервной системы; умер на 4-й день—кровоизлияние в мозг.

Послеродовой период протекал без заметных осложнений. Родильница выписана в удовлетворительном состоянии на 10-й день после родов.

Печально, что нам не удалось спасти ребенка. Однако если бы мы попытались применить наложение высоких щипцов, мы не только потеряли бы ребенка, но и нанесли большую травму родовым путям молодой первобеременной матери.

**Краткий эпикриз.** К. П., первобеременная, первородящая, поступила с начавшейся родовой деятельностью. Таз плоский. В процессе родов выявилось высокое прямое стояние головки в затылочно-лонном положении. После отхождения вод при полном открытии маточного зева произведена ручными приемами ротация головки стреловидным швом в правый косой размер. Ввиду начавшейся внутриутробной асфиксии плода на головку, находящуюся в полости таза при полном открытии маточного зева, наложены щипцы. Извлечен мальчик в состоянии тяжелой асфиксии, который был оживлен. На 4-е сутки ребенок умер.

Родильница выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

## **ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ POSITIO OCCIPITALIS SACRALIS (POS)**

### **КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

Г. Е., 27 лет, поступила в клинику 24/IV 1957 г. в 5 час. 50 минут с резко выраженными болями в пояснице, начавшимися в 1 час ночи.

Перенесенные заболевания: корь, скарлатина, аппендицит (операция в 1954 г.), редко грипп. Менструации с 16 лет, по 4—5 дней через 21 день, незначительные, болезненные; установились сразу. После замужества характер менструаций не изменился. Половая жизнь с 22 лет.

Первая беременность—преждевременные роды на IX лунном месяце; ребенок родился живым, но на 3-и сутки умер.

Последняя менструация 15/VII 1956 г. Беременность вторая, роды вторые в срок. Первое шевеление плода не помнит.

Общее состояние удовлетворительное, температура 36,4°, пульс 76 ударов в минуту.

Телосложение правильное; рост 158 см, вес 58,3 кг, питание удовлетворительное. Кожа чистая, видимые слизистые нормальной окраски.

Органы кровообращения: границы сердца в пределах нормы; систолический шум на верхушке. Артериальное давление 110/70 мм;

Органы дыхания: в легких дыхание везикулярное, перкуторный звук легочный.

Органы пищеварения: язык чистый; диспепсических расстройств не отмечает. Стул нормальный.

Органы мочеотделения: симптом Пастернацкого отрицательный; мочеиспускание несколько учащенное; моча без патологических отклонений.

Нервная система: сон хороший, роженица спокойна.

Настоящая, вторая беременность протекала в первые месяцы с небольшой тошнотой и временами рвотой; во второй половине особых отклонений от нормы не было.

При поступлении: живот увеличен соответственно доношенной беременности, окружность 96 см; высота стояния дна матки над лонем 36 см. Положение плода продольное, предлежит головка над входом таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка 136 ударов в минуту. Схваток нет; небольшие боли в пояснице. Воды целы. Лобно-затылочный (поперечный) размер головки 11 см; ориентировочно длина плода 50 см.

Размеры таза: 23, 25, 30, 19 см; индекс Соловьева 14,5 см.

Диагноз: беременность 40 недель; головное предлежание.

### *Что делать?*

По данным наружного измерения у роженицы суженный таз; индекс Соловьева указывает, что кости тонкие. Необходимо подробно обследовать таз, определить его внутренние размеры. Показано влагалищное исследование.

24/IV 1957 г. в 7 часов 30 минут влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; влагалище рожавшей женщины; шейка укорочена, канал пропускает I палец; воды не отходили; через своды определяется головка над входом таза; мыс не достигается; костных деформаций в тазу не отмечено; высота симфиза 4 см.

### *Что предпринять в дальнейшем?*

Влагалищное исследование показало, что, несмотря на уменьшенные наружные размеры таза, прямой размер входа в пределах нормы. Родовая деятельность еще не развернулась. Воды целы. Будем внимательно следить за развитием родовой деятельности. Учитывая возможное несоответствие в размерах головки и входа таза, с целью предупреждения преждевременного отхождения вод назначим постельный режим.

24/IV в 8 часов 45 минут общее состояние удовлетворительное; пульс 72 удара в минуту. Положение плода продольное; предлежит головка, прижатая ко входу таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, справа ниже пупка, 132 удара в минуту. Схватки умеренной силы, через 10 минут, по 25—30 секунд. Воды не отходили.

В 10 часов произведено рентгенологическое обследование таза. Размеры (относительные): вход таза—поперечный 13,5 см, прямой 10,7 см; головка—лобно-затылочный 11,6 см, большой поперечный 10 см. Головка в положении личиком кпереди, стреловидный шов в прямом размере таза; малый родничок кзади (рис. 178 и 179).

Диагноз: высокое прямое стояние головки в положении POS (см. рис. 173).

### *Что делать?*

Предлежание патологическое — высокое прямое стояние головки (POS). Конечно, если такое предлежание фиксируется, если самопроизвольно в процессе родов или с нашей помощью предлежание не изменится, роды предстоят трудные, а возможно, самостоятельно и не закончатся. Это мы можем сказать уже теперь. Указанная патология установлена путем рентгенографии плода. А если бы этого не было сделано или не было бы возможности это сделать?

Надо думать, что рентгенография только позволила раньше установить указанную патологию. В этом случае также необходимо проверить положение



Рис. 178. Затылочно-крестцовое положение головки (рентгенограмма—фас).



Рис. 179. Затылочно-крестцовое положение головки (рентгенограмма—профиль).

ние головки путем влагалищного исследования. Прямое стояние стреловидного шва на рентгенограмме может не соответствовать абсолютно таковому на самом деле, так как небольшое отклонение стреловидного шва в любой из косых размеров в различной проекции на рентгенограмме учесть трудно. Поэтому, независимо от данных рентгенограммы, необходимо произвести влагалищное исследование.

Но при отсутствии рентгенограммы мы, вероятно, не прибегли бы в тот момент к влагалищному исследованию, так как оно произведено всего лишь 2½ часа назад, а родовая деятельность за этот срок была слабая и не отмечалось продвижения предлежащей части. К тому же общее состояние роженицы и плода оставалось все время вполне удовлетворительным.

Рентгенологическое исследование во время родов является весьма ценным вспомогательным методом уточнения положения плода и характера предлежания. Однократно произведенный переднебоковой рентгеновский снимок (а больше двух снимков внутриутробного плода при обычной современной аппаратуре вообще делать не рекомендуется) не решает окончательно вопроса и не может заменить влагалищного исследования, которое позволяет уяснить положение и предлежание плода в течение некоторого времени, охватывающего паузу и схватку. К тому же такое исследование дает ориентировочные данные не только о положении, но и о возможной тенденции к изменению этого положения, о характере и степени конфигурации головки, о состоянии мягких родовых путей. Таких данных, разумеется, на сегодняшний день обычный рентгенологический метод исследования дать не может. Отсюда не должно складываться впечатление, что, не располагая возможностью проведения рентгенографии, мы «беспомощны» в своей работе.

13 часов 30 минут. После произведенного влагалищного исследования прошло 6 часов. За этот период состояние роженицы продолжало оставаться удовлетворительным. Схватки повторялись вначале через каждые 10 минут, продолжительностью по 25—30 секунд, а затем стали несколько чаще, через каждые 6—7 минут, продолжительностью по 30 секунд. Матка вне схватки расслабляется; нижний сегмент неболезнен. Головка прижата ко входу таза; отмечается некоторое выбухание ее над лоном.

Сердцебиение плода на уровне пупка, 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Воды не отошли.

#### *Что делать?*

Для уяснения состояния родовых путей и уточнения характера предлежания головки необходимо произвести влагалищное исследование.

24/IV в 13 часов 50 минут влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, край шейки определяется в виде узкой растяжимой каемки; определяется напряженный плодный пузырь, который вскрылся при исследовании; излилось большое количество светлых околоплодных вод; головка плотно фиксирована во входе малого таза, стреловидный шов почти в прямом размере, малый родничок под крестцовым мысом, большой не достигается.

Диагноз: высокое прямое стояние головки (POS); начало второго периода родов.

#### *Что предпринять?*

1. Произвести поворот плода в ягодичное предлежание с последующим извлечением его.

2. Перевести ручным приемом головку из прямого стояния в косое.

3. Сделать кесарево сечение.

В отличие от предыдущей роженицы (стр. 329) данная женщина повторнородящая. Она потеряла первого ребенка и настаивает на сохранении жизни этого ребенка.

Правда, первый ребенок родился недоношенным и смерть его связана именно с этим обстоятельством.

Размеры таза у роженицы нормальные, мыс не достигается, длина плода примерно 50 см, вес (ориентировочно) 3000—3200 г (индекс Рудакова 1020). При таких соотношениях и нормальном вставлении головки возможны самостоятельные роды.

Поворот плода из головного в ягодичное предлежание требует для своего выполнения хорошей подвижности плода в матке и, разумеется, определенного навыка; это нелегкая операция. У роженицы воды прошли в большом количестве. Это обстоятельство мы должны учесть и не рассчитывать на то, что поворот будет легким. Между тем всякое затруднение в производстве поворота представляет большой риск для жизни плода. Не надо забывать, что даже прикосновение к плоду, а тем более сравнительно гру-

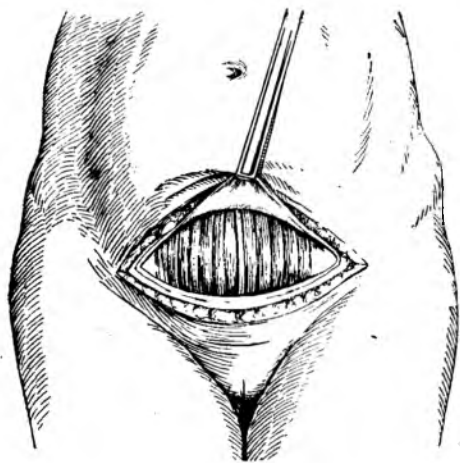


Рис. 180. Кесарево сечение. Разрез по Пфанненштилю.

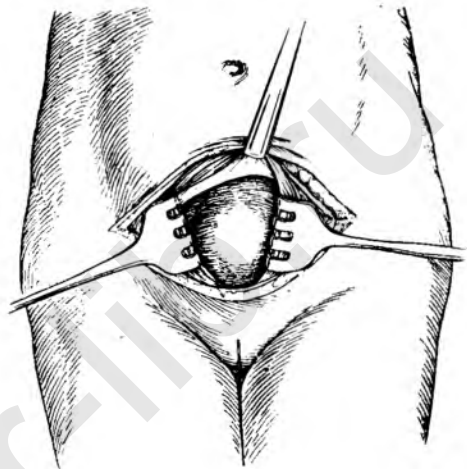


Рис. 181. Кесарево сечение. Вскрыта брюшина.

бое, каким является внутренний поворот, является значительным раздражителем, вызывающим преждевременные дыхательные движения и асфиксию плода.

Учитывая сказанное, мы поступим благоразумнее, если от этой операции откажемся и исправим положение головки ручным приемом (см. рис. 177). К этой операции нас склоняют, с одной стороны, хорошие размеры таза, с другой, — нормальные размеры плода. И если бы нам легко удалось это сделать, мы считали бы свое поведение правильным.

В самом деле, представим себе, что имеется предлежание головки со стреловидным швом в одном из косых размеров входа таза. Необходимо ли при настоящем состоянии роженицы и состоянии плода активно вмешиваться?

Надо думать, что нет.

Таким образом, мы решаем испробовать операцию ручного «вращения» головки стреловидным швом в один из косых размеров входа таза.

Прежде чем решиться на эту операцию, необходимо взвесить все за и против. Хорошо, если нам удастся легко перевести головку из прямого состояния в косой размер.

А если это окажется трудным или невозможным?

Тогда, учитывая настойчивое желание матери сохранить ребенка, можно произвести операцию кесарева сечения.



Нужно заблаговременно подготовиться к этой операции. Если после самой бережной попытки произвести перевод головки не удастся, не прерывая наркоза, надо перейти на операцию кесарева сечения. Желательно, чтобы подготовившиеся к кесареву сечению хирург и ассистент не участвовали в операции ручного перевода головки. Конечно, это возможно, там, где имеется достаточное количество врачей.

24/IV в 14 часов 30 минут под эфирным наркозом произведена попытка отодвинуть вверх головку. Головка малым сегментом во входе. Стреловидный шов по-прежнему в прямом размере, малый родничок кзади, большой не достигается.

Как было решено, мы не форсировали попытку изменить положение головки и решили перейти к кесареву сечению.

Учитывая, что роды уже в начале второго периода, нижний сегмент достаточно растянут, мы предпочли ретровезикальное шеечно-перешеечное кесарево сечение (стр. 191).

24/IV в 15 часов под продолжающимся эфирным наркозом с добавлением кислорода произведено ретровезикальное шеечно-перешеечное кесарево сечение. Разрезом по Пфанненштилю (Pflannenstiel) (рис. 180) вскрыта передняя брюшная стенка (рис. 181). Полулунным разрезом вскрыта пузырно-маточная складка и пузырь отодвинут кпереди (книзу). Продольным разрезом передней стенки нижнего сегмента вскрыта полость матки. В ране оказалось личико плода (рис. 182). Головка легко выведена из матки заведенной за головку ложкой щипцов.

Извлечена девочка весом 3500 г, ростом 51 см; в области затылка незначительная родовая опухоль.

Послед удален потягиванием за пуповину; большой кюреткой произведено выскабливание стенок полости матки. В толщу стенки матки введен 1 мл питуитрина.

Разрез матки зашит в три этажа отдельными кетгутowymi швами. Разрез брюшной стенки зашит послойно. Во время операции кровотечение умеренное. К концу зашивания матка хорошо сократилась. Продолжительность операции 55 минут; израсходовано 75 мл эфира.

В послеоперационном (послеродовом) периоде—пиелит. В течение нескольких дней отмечалась субфебрильная температура. Лечение диетой и биомицином. Выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии с ребенком.

**Краткий эпикриз.** Г. Е., 27 лет, повторнородящая, поступила с начавшейся родовой деятельностью. Первая беременность закончилась преждевременными родами на IX лунном месяце; ребенок умер через несколько дней.

При вторых родах к моменту полного открытия маточного зева диагностировано высокое прямое стояние головки в положении POS. Ввиду настойчивого желания матери иметь ребенка, отсутствия возможности изменить положение головки ручным приемом произведено ретровезикальное кесарево сечение. Извлечена живая доношенная девочка (вес 3500 г, рост 51 см).

В послеродовом периоде — пиелит. Выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии с ребенком.

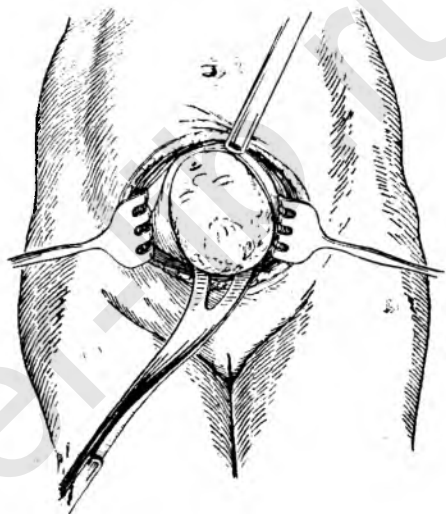


Рис. 182. Кесарево сечение. Выведение головки через разрез матки с помощью ложки щипцов.

## ГИДРОЦЕФАЛИЯ ПЛОДА

### ПЕРФОРАЦИЯ ГОЛОВКИ

Н. И., 27 лет, повторнородящая, поступила в клинику 8/V 1954 г. в 11 часов со схватками, начавшимися в 5 часов утра.

В прошлом перенесла брюшной тиф (1942) и дифтерию (1952). Туберкулез, венерические и гинекологические заболевания отрицает.

Менструации с 17 лет, установились сразу, по 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 18 лет. Мужу 67 лет, болел сифилисом. Настоящая беременность четвертая; первые роды в 1946 г. срочные, родился ребенок весом 3600 г, вторая и третья беременности закончились искусственным выкидышем (1952 и 1953 гг.).

Последняя менструация 2/VIII 1953 г.; даты первого шевеления плода не помнит. Беременность протекала нормально. Реакция Вассермана отрицательная.

Телосложение правильное; питание удовлетворительное. Рост 165 см, вес 78 кг. Температура 36,5°, пульс 78 ударов в минуту. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пастозность на голенях. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие; артериальное давление 120/80 мм. В легких везикулярное дыхание. Печень и селезенка не пальпируются. Диастаз прямых мышц живота на 4 см.

Стул и мочеиспускание нормальные. В моче—следы белка.

Живот шаровидной формы, напряжен; окружность живота 109 см. Размеры таза 27, 30, 33, 20 см.

Высота стояния дна матки 43 см. Положение плода продольное. Предлежит головка высоко над входом таза, подвижная, больших размеров (прямой размер 13 см), не баллотируется; мелкие части плода не определяются. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, 126 ударов в минуту, ритмичное, глухое. Схватки через 15 минут, по 20 секунд, слабые, малоболезненные.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, слизистая входа во влагалище синюшная; выделения слизистые, светлые; влагалище рожавшей женщины; шейка матки сглажена, открытие зева на 2 пальца, края зева тонкие; плодный пузырь цел, напрягается; предлежит головка высоко над входом таза. Мыс не достигается.

#### *Какой диагноз?*

Повторнородящая женщина; схватки начались 6 часов назад и не усиливаются; за 6 часов родовой деятельности открытие зева только на 2 пальца; первичная слабость родовой деятельности.

*Чем в данном случае может быть обусловлена слабость родовой деятельности?*

Слабость родовой деятельности у роженицы может быть обусловлена многоводием — окружность живота у нее 109 см, живот шаровидной формы, резко напряжен, сердцебиение плода глухое.

Конечно, не исключена возможность и многоплодия. Однако достаточных данных, свидетельствующих о многоплодии, нет; определяется только одна крупная часть — головка, прямой размер которой 13 см, и в одном месте прослушивается ясное сердцебиение.

Нельзя также исключить наличие крупного плода. При первых родах вес ребенка 3600 г. Размеры таза нормальные.

Надо полагать, что роды закончатся самопроизвольно.

Итак, наш предположительный диагноз: срочные роды, многоводие, крупный плод, первичная слабость родовой деятельности.

#### *Что нужно предпринять?*

Усилить родовую деятельность.

*Какой метод стимуляции избрать в данном случае?*

1. Медикаментозные средства, усиливающие родовую деятельность.

2. Сначала вскрыть плодный пузырь, а в дальнейшем применить медикаментозные средства, усиливающие родовую деятельность. Вскрытие пузыря в этом случае будет способствовать усилению родовой деятельности.

Оба предложения правильны. Однако вскрыть пузырь с указанной целью надлежит лишь при сглаженной шейке и открытии зева не менее чем на 3 пальца (стр. 140). Поэтому начнем с медикаментозной стимуляции родовой деятельности.

После приема внутрь касторового масла (50 мл) начали через 1 час давать поочередно хинин по 0,05 г внутрь и вводить питуитрин по 0,2 мл подкожно. Заметного усиления родовой деятельности еще не наступило; в 15 часов 30 минут самопроизвольно отошли воды в очень большом количестве. Окружность живота после отхождения вод значительно уменьшилась (до 98 см). Головка плода по-прежнему стоит высоко, над входом таза, воды подтекают. Сердцебиение плода 124—126 ударов в минуту, ясное. Схватки стали несколько чаще, через 4—5 минут, продолжительностью 20—30 секунд.

#### *Как вести роды дальше?*

Необходимо немедленно произвести влагалищное исследование. Излилось очень большое количество околоплодных вод, и при этом могла выпасть пуповина или ручка — необходимо срочно это выяснить. Надо уточнить характер предлежания головки. Одновременно, в зависимости от степени раскрытия шейки матки, наметить план дальнейшего ведения родов.

В 15 часов 50 минут влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева на 3 пальца, плодного пузыря нет, головка над входом таза; стреловидный шов в поперечном размере.

Итак, после отхождения вод головка продолжает оставаться высоко, открытие на 3 пальца, родовая деятельность вялая.

*Какие будут предложения относительно дальнейшего ведения родов?*

1. Продолжать стимуляцию родовой деятельности.

2. Провести мероприятия по профилактике внутриутробной асфиксии плода.

Разумеется, если бы данная роженица была первородящей, у нас возникло бы подозрение, что имеется несоответствие размеров головки и таза, т. е. имеется клинически узкий таз. Однако у роженицы первые роды закончились самостоятельно, без всякого вмешательства, и она родила ребенка весом 3600 г. Поэтому мы позволим себе продолжить медикаментозную стимуляцию родовой деятельности и проведем профилактику внутриутробной асфиксии по Хмелевскому — Николаеву (стр. 134).

Спустя 2 часа схватки снова стали реже, через 10—12 минут, по 30—35 секунд. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное.

#### *Что следует предпринять?*

Дежурный врач для усиления родовой деятельности решил наложить кожно-головные щипцы (стр. 148).

Через 3 часа после наложения кожно-головных щипцов схватки усилились. Большая часть головки прощупывается снаружи — третьим и четвертым наружными приемами. Кожно-головные щипцы сняты. Сердцебиение плода 140—150 ударов в минуту, ясное. Схватки через 3—4 минуты, по 35—40 секунд.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, отмечается ущемление передней губы, последняя при схватке запровадена; головка очень большая (см. рентгенограмму 183б), малым сегментом во входе таза, стреловидный шов в правом косом размере; обращает внимание его необычная ширина (более 1 см); роднички обширные, в родничках ощущается флюктуация; кости черепа как бы смещаются.

#### *Какой диагноз?*

Гидроцефалия (hydrocephalia).

#### *Что предпринять?*

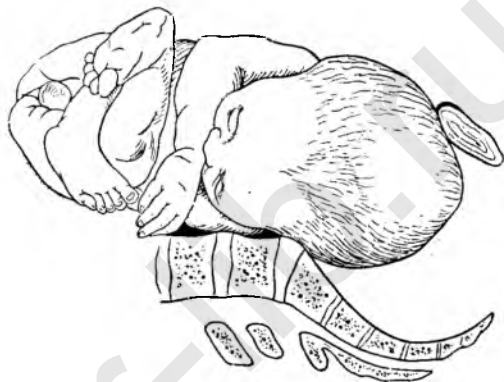


Рис. 183а. Гидроцефалия. Головное предлежание.

1. Применить пункцию головки.
2. Произвести перфорацию головки и извлечь плод.

Очень большая головка, дряблые, подвижные кости черепа, широкий стреловидный шов и широкий родничок, флюктуация в области родничков; обильное количество излившихся околоплодных вод — все это позволяет ставить диагноз гидроцефалии (рис. 183а). Учитывая, что головка при ее таких больших размерах самостоятельно без травмы матки не родится, показана пункция или перфорация головки.

В 21 час 20 минут роженица взята на операционный стол. После соответствующей подготовки введены во влагалище зеркала и таким образом стал виден нижний полюс головки. На кожу головки наложены две пары щипцов Мюзо и между ними перфоратором Бло (см. рис. 74) проделано отверстие в перепонке стреловидного шва. Вылилось большое количество светлой жидкости—около 1 л. Головка сразу же уменьшилась в размерах. Через 20 минут родилась доношенная мертвая девочка—гидроцефал; вес плода 3000 г, длина 53 см. Через 15 минут самостоятельно отошел послед. детское место целое, оболочки все. Кровопотеря 200 мл.

Как видите, поставленный диагноз подтвердился и врач поступил правильно, что пошел на перфорацию.

*Какие могут возникнуть вопросы, связанные с ведением родов?*

1. Имелись ли в анамнезе данной женщины указания, обуславливающие возможность уродства плода?
2. Возможно ли было распознать гидроцефалию плода во время беременности или в начале родов?
3. Какие допущены ошибки в ведении родов?
4. Какие осложнения могли иметь место в родах, если бы врач воздержался от перфорации головки?

Гидроцефалия — водянка головы — встречается в одних случаях в виде накопления спинномозговой жидкости в мозговых желудочках (hydrocephalia interna), в других—в виде накопления жидкости в субарахноидальном пространстве (hydrocephalia externa) (чрезвычайно редко).

В связи с накоплением жидкости размеры головки плода значительно увеличиваются (см. рис. 183а), количество жидкости доходит иногда до 5 л, а окружность головки до 80 см, причем кости черепа истончаются, атрофируются, швы и роднички расходятся. Мозговое вещество подвергается дегенерации.

Гидроцефалия встречается редко. Так, по В. С. Груздеву, она наблюдается один раз на 3000 родов; по Н. З. Иванову— один раз на 2922 родов; по Н. Ф. Толочину— один раз на 2000 родов. По нашим наблюдениям (ленинградские родовспомогательные учреждения), гидроцефалия встречается один раз на 1000—1200 родов.

Причины гидроцефалии плода различны. Некоторые считают такими причинами инфекционные заболевания, сифилис, туберкулез, алкоголизм, пожилой возраст родителей [Габайль (Gabail), Фурнье (Fournié), А. М. Мкртчянц и др.]. Фурнье наблюдал сифилис в 60%. У данной роженицы муж болел сифилисом и был пожилого возраста (67 лет).

К. К. Скробанский считает гидроцефалию плода следствием «... затрудненного оттока жидкости из мозговых желудочков, что нередко подтверждается на вскрытии наличием заражения силвиева протока (aquaeductus Silvii) и опухоли мозга — кисты шишковидной железы».

По некоторым авторам, данное уродство может развиваться и в первые месяцы беременности. Например, Винкель (Winkel) наблюдал гидроцефалию у плодов при выкидыше в 3 месяца беременности и более. Часто гидроцефалии сопутствуют и другие уродства плода, как: spina bifida, неправильное развитие конечностей (сращение пальцев, косолапость), недоразвитие костей черепа, мозговые грыжи, заячья губа, волчья пасть и акушерская



Рис. 1836. Гидроцефалия (головное предлежание)—рентгенограмма.

патология, например многоводие и неправильные положения плода. По Гаммершлягу (Hammerschlag), из 253 случаев гидроцефалии тазовые предлежания были в 70, косые положения плода — в 5 случаях.

Почти все авторы говорят о невозможности установить диагноз гидроцефалии во время беременности, даже перед родами.

М. С. Малиновский при гидроцефалии отмечает сильное вздутие живота, а при пальпации головки — ощущение «хруста пергамента». Кроме того, он указывает на сильное растяжение нижнего сегмента матки не только во время родов, но и до родов.

Ряд авторов [Бло (Blot), Франк (Frank), Гелис (Goelis) и др.] наблюдали при гидроцефалии следующие признаки: необычное усиление и учащение сердцебиения плода, отсутствие баллотирования головки, невозможность прощупать мелкие части плода. Наблюдается повторяемость гидроцефалии у плодов; например, Франк у одной и той же женщины встретил гидроцефалию плода 7 раз, а Гелис — 6 раз. В последнее время возникновение гидроцефалии у плода приписывается токсоплазмозу.

У данной роженицы еще до начала хорошей родовой деятельности мы наблюдали: напряженность, шаровидную форму живота, отсутствие баллотирования головки, невозможность определения мелких частей плода, крупную головку, многоводие. По-видимому, диагноз гидроцефалии в этом случае можно было установить не только в клинике, но еще в женской консультации, если последняя располагает возможностью провести рентгенографию плода (рис. 183б), а в клинике можно и должно было установить наличие гидроцефалии плода у роженицы уже при влагалищном исследовании после отхождения вод. Для этого надо было тщательнее обследовать головку плода.

С этого момента и начинается неправильное ведение родов! Вместо того чтобы сделать пункцию или перфорацию головной опухоли, врач, не распознав гидроцефалию, продолжал стимуляцию родовой деятельности медикаментозными средствами. Кроме того, он наложил кожно-головные щипцы на головку. Кожно-головные щипцы для усиления родовой деятельности иногда показаны, но только не в данном случае; при гидроцефалии, особенно до перфорации головки, они не должны были иметь места.

При гидроцефалии роды в большинстве случаев не обходятся без оперативного вмешательства. По Голю (Hohl), из 77 случаев гидроцефалии плода в 63 роды закончились оперативным вмешательством. У Н. З. Иванова из 28 случаев гидроцефалии плода в 11 была произведена перфорация головки.

*Как следует вести роды после пункции или перфорации головки в связи с гидроцефалией?*

И. П. Лазаревич, К. Шредер и др. рекомендуют сразу после пункции производить поворот на ножку. К. Шредер пишет: «Опорожненная последующая головка легко извлекается из полости таза, между тем как для изгнания предлежащей мягкой (дряблой) головки требуются громадные усилия со стороны потуг».

И. П. Лазаревич, А. М. Мкртчянц, Н. З. Иванов при гидроцефалии применяли акушерские щипцы. Так, Н. З. Иванов из 28 случаев гидроцефалии плода 8 раз накладывал щипцы.

В настоящее время к наложению щипцов при гидроцефалии не прибегают, так как в большинстве случаев они соскальзывают и могут повредить родовые пути. Виганд (Wiegand) говорит: «...от наложения щипцов на водяночную головку ничего не дождешься, кроме повреждения матери и тяжелого течения послеродового периода».

При родах с гидроцефалией плода надо придерживаться следующей тактики: при резко выраженных формах гидроцефалии производить пунк-

цию или перфорацию головной опухоли с последующей краниоклазией или подтягиванием за головку щипцами Мюзо или корнцангом; при маловыраженных формах — ограничиться только пункцией (Н. Н. Феноменов) и ждать самопроизвольных родов.

Следует отметить, что в редких случаях гидроцефалии роды происходят и самопроизвольно. Это объясняется тем, что головка при прохождении родового канала вытягивается, уменьшаясь в поперечнике. Однако рассчитывать на такой исход не следует, так как роды затягиваются и нередко заканчиваются разрывом матки. Разрыв матки при гидроцефалии может произойти не только во время родов, но и при беременности: громадная головка (см. рис. 183) циркулярно растягивает нижний сегмент матки уже тогда, когда родовая деятельность еще не успела растянуть ее в продольном направлении (К. К. Скробанский).

При отсутствии своевременной надлежащей акушерской помощи высока и материнская смертность при гидроцефалии плода.

По Голю, из 77 рожениц с гидроцефалией плода умерла 21, по Шухарду, из 73 — 13, по Фейту (Veit), из 9 — 4, по Н. З. Иванову, из 28 (в головном предлежании) — 6 рожениц. Из этого же числа рожениц погибло от разрыва матки: по Голю — 4, по Шухарду — 12, по Фейту — 4, по Иванову — 3.

К счастью, у наблюдаемой нами роженицы все обошлось без осложнений. Послеродовой период протекал нормально; выписана на 9-е сутки.

**Краткий эпикриз.** Н. И., 27 лет, повторнородящая, поступила с доношенной беременностью, с начавшимися 6 часов назад схватками. Проведена медикаментозная стимуляция родовой деятельности вследствие ее слабости.

При влагалищном исследовании врач не распознал гидроцефалии и наложил кожно-головные щипцы. В дальнейшем был поставлен диагноз гидроцефалии. Произведена перфорация головки, выпущено около 1 л светлой жидкости. После этого самостоятельные роды мертвым плодом (вес 3000 г). Послеродовой период без осложнений. Выписана на 9-е сутки в хорошем состоянии.

### **ГИДРОЦЕФАЛИЯ ПЛОДА, ПЕРФОРАЦИЯ ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ГОЛОВКИ**

Г. М., 22 лет, первородящая, поступила в родильный дом 24/III 1955 г. в 5 часов. Воды у роженицы отошли в дороге, час назад.

Наследственность не отягощена. Болела корью, гриппом, ангиной. Венерические и гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 16 лет, по 3 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 21 года. Последняя менструация 9/VI. Беременность первая. Даты первого шевеления плода не помнит. Женскую консультацию посещала с 12 недель беременности. В первые 3 месяца беременности отмечалась тошнота.

Правильного телосложения, хорошего питания. Рост 160 см, вес 63 кг. Температура 36,4°. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм. Живот мягкий, овоидной формы. Окружность живота 92 см. Брюшная стенка упругая. Высота стояния дна матки 38 см, матка напряжена.

Положение плода продольное, ягодичное предлежание; ягодицы прижаты ко входу таза. Головка плода в дне матки. По наружному осмотру головка плода большая, шаровидной формы, кости черепа податливые, отмечается «хруст». Прямой размер головки 13 см. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, 120 ударов в минуту, ясное. Размеры таза: 25, 27, 30, 18 см. Схваток нет. Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; шейка укорочена, шеечный канал проходим для одного пальца; плодного пузыря нет, воды подтекают, предлежит мягкая часть, по-видимому, ягодицы прижаты ко входу таза, мыс не достигается; диагональная конъюгата 11,5 см.

Диагноз: срочные роды: плоский таз (сужение первой степени); преждевременное отхождение вод, ягодичное предлежание; гидроцефалия (?)

### *Как вести роды?*

Воды отошли 1½ часа назад, шейка не сглажена, шеечный канал пропускает I палец, предлежат ягодицы, прижатые ко входу таза; родовая деятельность отсутствует и трудно рассчитывать, чтобы она вскоре самостоятельно развилась. Поэтому надо стимулировать родовую деятельность.

24/III в 6 часов 30 минут назначено подкожно 30 000 единиц фолликулина, через 3 часа слабительное (Ol. Ricini 50 г), через час очистительная клизма и после этого по 0,003 г прозерина с 0,0003 г атропина 6 раз через каждые 40 минут. После второго приема прозерина появились схватки через каждые 5—6 минут длительностью по 25—30 секунд; ягодицы встали во вход таза, сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное.

В 14 часов у роженицы появилась потужная деятельность. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, глухое.

### *Что делать?*

Произвести влагалищное исследование, чтобы выяснить подробно состояние родовых путей и положение предлежащей части.

24/III в 14 часов—влагалищное исследование: открытие зева полное, ягодицы в полости, межвертельный размер в правом косом размере таза, крестец справа и впереди.

*Какие могут быть предложения относительно дальнейшего ведения родов?*

1. Провести профилактику внутриутробной асфиксии плода по Хмелевскому—Николаеву.

2. Ускорить родоразрешение путем извлечения плода за паховой сгиб.

Немедленно применили метод профилактики асфиксии (стр. 134). Что касается извлечения плода, то оно будет зависеть от состояния плода. После проведения мероприятий, направленных на борьбу с внутриутробной асфиксией плода, сердцебиение плода выровнялось и стало 130 ударов в минуту, ритмичное, несколько яснее. Но спустя 20 минут сердцебиение плода вновь стало замедленным и приглушенным. Учитывая начавшуюся асфиксию плода, дежурный врач приступил к осторожному потягиванию плода пальцами, введенными в передний паховой сгиб.

Приступая к извлечению плода за паховой сгиб, врач не забывал о предполагаемом вначале диагнозе гидроцефалии. Доведя извлечение до угла лопатки, освободил ручки и тут же убедился, что у ребенка действительно очень большая головка. Кроме того, введенным глубоко во влагалище пальцем врач нащупал тонкие податливые кости черепа. Попытка осторожно потянуть за нижнюю челюсть ничего не дала; головка не продвигается, продолжает оставаться над входом (рис. 184). Одновременно пальпацией другой рукой снаружи через брюшную стенку, покрытую стерильной пленкой, врач определил большую головку и ощутил крепитацию.

### *Что предпринять?*

Произвести перфорацию последующей головки.

После освобождения ручек произвели перфорацию последующей головки (рис. 185). Выпущено более 1,5 л жидкости желтоватого цвета. Извлечен доношенный мертвый ребенок—гидроцефал (вес 2800 г, длина 50 см). Окружность головки 42 см.

Через 5 минут отошел самостоятельно послед с большими известковыми отложениями. Послед без дефектов. Кровопотеря 200 мл. Осмотр шейки с помощью зеркал—шейка цела.

В данном случае перфорация оказалась легкой. Если головка расположена очень высоко и нет возможности подойти к ней для перфорации, рекомендуется разрезать позвоночный столб и вставить в канал катетер с мандреном и таким образом выпустить головную жидкость.

Ягодичное предлежание при гидроцефалии плода, которое, кстати сказать, встречается часто (стр. 335), является более благоприятным, чем головное. Такие осложнения родов, как разрыв матки, смерть матери при



гидроцефалии в ягодичном предлежании плода, наблюдаются значительно реже, чем при головном предлежании.

Следует отметить, что если у роженицы Н. И. (стр. 332) в ведении родов были допущены ошибки, то в данном случае мы этого сказать не можем. Диагноз был поставлен своевременно и роды велись правильно.

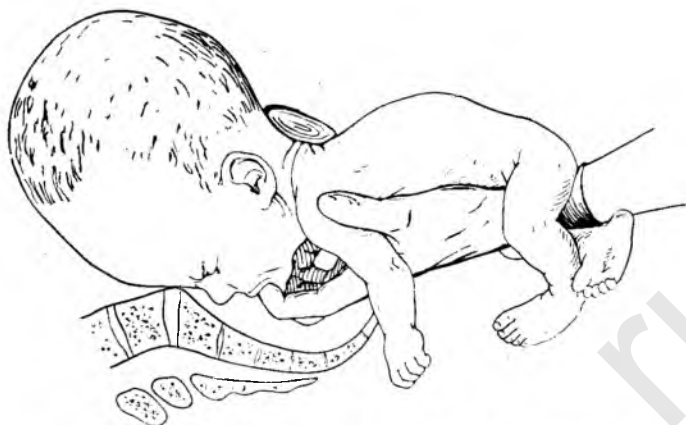


Рис. 184. Гидроцефалия. Тазовое предлежание.

Послеродовой период протекал без осложнений. Родильница выписана на 10-й день.

Дети при гидроцефалии в большинстве случаев погибают во время родов или в течение ближайших часов или суток после рождения. По Веберу (Weber), мертворождаемость при гидроцефалии наблюдалась в 19 случаях из 60, а в 41 случае новорожденные погибли в ближайшие часы или дни



Рис. 185. Перфорация последующей головки при гидроцефалии.

после рождения. По Н. З. Иванову, из 45 гидроцефалов только 11 родились живыми, из них 5 жили 5 суток, остальные 6 умерли в первые часы после рождения.

Ряд авторов (К. К. Скробанский, В. С. Груздев, К. Шредер и др.) считают, что после выпускания спинномозговой жидкости дети могут родиться живыми и в дальнейшем развиваться.

**Краткий эпикриз.** Г. М., 22 лет, первородящая, поступила в родильный дом с отошедшими водами при ягодичном предлежании плода. Уже

при поступлении был поставлен предположительный диагноз гидроцефалии плода.

Ввиду слабости родовой деятельности и преждевременного отхождения вод проведена стимуляция прозергином. При появлении признаков внутриутробной асфиксии плода произведено извлечение плода за паховой сгиб до плечевого пояса. В дальнейшем произведена перфорация последующей головки, выпущено около 1,5 л жидкости, после чего извлечен мертвый плод. Послед отделился самостоятельно. Послеродовой период прошел без осложнений. Выписана на 10-й день в хорошем состоянии.

## ЧИСТОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

В. М., 24 лет, первородящая, поступила в клинику 25/V 1953 г. в 9 часов 40 минут с начавшейся родовой деятельностью.

Менструации с 16 лет, по 3 дня через месяц, в умеренном количестве, без болей. Половая жизнь с 20 лет. Последняя менструация 25/VIII 1952 г. Беременность первая. Шевеление плода начала ощущать в начале января. Беременность протекала нормально. С III месяца беременности регулярно посещала консультацию. Схватки начались 25/V в 6 часов утра. Воды не отходили.

Роженица среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые оболочки и кожа нормальной окраски, отеков нет. Температура 36,8°, пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/70 мм. Живот оvoidной формы, окружность его 96 см; пупок выпячен. На коже живота большое количество свежих рубцов беременности. Высота дна матки над лоном 33 см.

Положение плода продольное, предлежащая часть подвижна над входом, небольших размеров, неправильно округлой формы; в дне матки определяется более плотная часть, похожая на головку. Сердцебиение плода на уровне пупка справа, 132 удара в минуту. Схватки через 10—12 минут длительностью по 25 секунд, слабые, короткие. Размеры таза 26, 29, 32, 20 см.

Диагноз: срочные роды в тазовом предлежании плода; начало периода раскрытия; по-видимому, ягодичное предлежание; вторая позиция.

Для уточнения диагноза и выяснения состояния родовых путей показано влагалищное исследование, после чего можно будет наметить план ведения родов.

Обычно для постановки диагноза тазового предлежания достаточно бывает наружного исследования, при котором определяется плотная баллотирующая головка в дне матки, менее плотная и менее объемистая с неровностями предлежащая часть над входом таза, не дающая ощущения баллотирования.

Если при этом будет обнаружено, что дно матки занимает более высокое, чем при головном предлежании, положение, что оно упирается в мечевидный отросток, то диагноз тазового предлежания становится еще более убедительным.

Некоторую помощь в диагнозе тазового предлежания оказывает отсутствие на предлежащей части, при относительно высоком ее стоянии, на одной стороне острого выступа—подбородка, а на другой—несколько более тупого затылка; нет ощущения выемки между головкой и туловищем плода, что соответствует шее. В сомнительных случаях диагноз можно уточнить с помощью рентгенографии (см. рис. 187б).

При обследовании наружными приемами установлено, что в данном случае имеется ягодичное предлежание.

*Можем ли мы на этом закончить обследование роженицы?*

Нет. Мы должны выяснить еще ряд вопросов.

Во-первых, необходимо проверить данные наружного исследования, во-вторых, определить степень открытия наружного зева. Учитывая, что родовая деятельность выражена слабо (короткие и слабые схватки через 10—12 минут, начались 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа назад), можно предположить небольшое

открытие зева. Однако полной уверенности в этом нет. Мы не должны забывать и о таких осложнениях, которые часто распознаются только при влагалищном исследовании (предлежание пуповины и др.).

Перед нами стоит задача выяснить эти вопросы.

Признавая возможность применения ректального исследования для ряда случаев и широко используя его в своей практической деятельности, мы не можем его рекомендовать в данном случае. Поставить дифференциальный диагноз между головным и тазовым предлежанием при ректальном исследовании не всегда представляется возможным. Тем более мы не можем рассчитывать на исчерпывающую полноту данных ректального исследования, особенно при высоко расположенной предлежащей части.

Итак, в этом случае необходимо немедленно произвести влагалищное исследование. Но прежде чем это предпринять, мы должны знать, какие данные можно обнаружить этим путем. Необходимо подчеркнуть, что тазовое предлежание плода с незапамятных времен относится к серьезным осложнениям родового акта. Еще Гиппократ (460—377 гг. до н. э.) обратил внимание на то, что роды при тазовом предлежании плода отличаются большой продолжительностью и нередко сопровождаются серьезными осложнениями. Исходя из этого, Гиппократ советовал с помощью поворота переводить тазовое предлежание в головное. Цельс (50-е годы н. э.) по этим же соображениям советовал при ягодичных предлежаниях операцию низведения ножки с последующим извлечением плода.

В связи с особенностями родов при тазовом предлежании и возникающими осложнениями при этом, как всем известно, возникли способы акушерских пособий при тазовых предлежаниях: Морисо—Левре, Файта—Смелли, Цовьянова.

Основоположник отечественного акушерства Нестор Максимович Максимович (Амбодик) в своем знаменитом руководстве «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784—1786) высказывался о возможности самопроизвольных родов в большинстве случаев при тазовом предлежании плода и считал их нетрудными, так как они могут быть закончены с помощью акушерского искусства. Однако роды в тазовом предлежании относил к «сверхъестественным» и тем самым настораживал акушеров на возможность различных осложнений.

Надо считать необоснованной точку зрения некоторых акушеров, относящих положение плода при тазовом предлежании к правильному лишь потому, что длинная ось плода совпадает с длинником матки. Дело заключается не только в том, как располагается ось плода, а в том, каковы исходы этих родов.

Статистические данные крупных родовспомогательных учреждений свидетельствуют о высокой мертворождаемости и большой заболеваемости матерей при родах в тазовом предлежании плода. Л. А. Шуссер (1935—1939) указывает мертворождаемость при тазовых предлежаниях в 20,8%; К. Н. Лукашевич (1936—1945) отмечает общую нередуцированную мертворождаемость в 17,8%, редуцированную в 14,5%. В последние годы благодаря более совершенному ведению родов и, в частности, применению метода Н. А. Цовьянова общая мертворождаемость при тазовых предлежаниях снизилась. Однако и эти данные все еще следует считать высокими. В нашей клинике мертворождаемость при тазовых предлежаниях в 1953 г. равнялась 7,7%, в 1954 г.—6,3%.

Приведенные данные указывают, насколько необходимо внимательное ведение родов при тазовом предлежании плода с самого начала родовой деятельности. Вот почему необходимо поставить точный акушерский диагноз и в соответствии с ним составить план ведения родов. Не может быть сомнения в том, что своевременная постановка акушерского диагноза не-



Рис. 1876. Чистое ягодичное предлежание (рентгенограмма).

редко имеет решающее значение для выбора рационального способа ведения и для исхода родов.

*С какими особенностями можно встретиться при тазовом предлежании плода?*

Во-первых, с разновидностями этого предлежания. Практически чаще всего наблюдаются две разновидности тазового предлежания: ягодичное и ножное. Третья разновидность—коленное предлежание—встречается редко. Каждая из этих разновидностей в свою очередь подразделяется на полное и неполное предлежание (Г. Г. Гентер). Следовательно, ягодичное предлежание может быть полным, когда плод занимает обычное для



Рис. 186. Полное (смешанное) ягодичное предлежание.



Рис. 187а. Чистое (неполное) ягодичное предлежание.

него членорасположение (согнутая головка, ручки скрещены на груди, ножки согнутые в тазобедренных и коленных суставах и разогнутые в голеностопных), с той лишь разницей, что предлежит не головка, а ягодички (рис. 186). К. К. Скробанский такое предлежание называет ягодично-ножным, а некоторые—смешанным ягодичным предлежанием.

Чистым, или неполным, ягодичным предлежанием будет такое, при котором ножки согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных. При таком положении ножки вытянуты вдоль туловища, а стопы нередко располагаются высоко у дна матки рядом с головкой (рис. 187а; рентгенограмма, рис. 187б).

Если членорасположение плода оказывается нарушенным, что особенно часто встречается при преждевременных родах, и ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах, то возникает ножное предлежание: полное (рис. 188), когда обе ножки разогнуты, и неполное, когда одна ножка разогнута (рис. 189).

Приступая к влагалищному исследованию, необходимо определить не только состояние наружных половых частей, влагалища, шейки матки, степень открытия зева, наличие или отсутствие плодного пузыря, количество вод и пр., но и точно поставить диагноз разновидности тазового предлежания. Иногда высокое стояние предлежащей части при малом открытии зева, большое количество вод и пр. затрудняют установление диагноза. Предлежащее личико или плечо иногда принимаются за ягодички и наоборот. В этих случаях целесообразно, насколько возможно, наружной рукой приблизить предлежащую часть ко входу таза, к исследующей руке.

Если предлежащая часть находится во входе таза, открытие наружного зева на 3—4 пальца, необходимо попытаться определить копчик и крестец, которые узнаются по костной неровности с гребнем посредине, а также межъягодичной борозде, заднепроходное отверстие, наружные половые части (неровные бугристости у девочки и penis у мальчика), паховой сгиб и бедренный вертел при чистом ягодичном предлежании. При полном или ягодично-ножном предлежании рядом с ягодницами находят одну или обе стопы с характерно расположенными на них пальчиками. После обнаружения стоп нужно, применяя соответствующие приемы, убедиться в том, что это действительно ножки (или ножка), а не ручки.



Рис. 188. Полное ножное предлежание.



Рис. 189. Неполное ножное предлежание.

Необходимо предостеречь против применения насилия с целью уточнения диагноза при исследовании предлежащей части, а именно: не пытаться вводить палец в ротик, как рекомендуется в старых учебниках, с тем, чтобы получить ощущение сосательных движений плода или обнаружить валики десен, не вводить палец в анус и др. Подобные попытки иногда приводят к тяжелым повреждениям личика и половых органов ребенка.

Распознавание ножного предлежания в значительной степени упрощается определением ножек или ножки. Важно определить, что предлежит ножка, а не ручка. Нашупывание пяточного бугра, характерное расположение в одну линию коротких пальцев, отсутствие отстоящего большого пальца позволяют уточнить предлежание. Большой палец ручки можно прижать к ладони, в то время как большой палец ножки прижать к подошве нельзя.

Распознавание коленного предлежания основано на обнаружении подвижной коленной чашечки, чем колено отличается от локтя, имеющего выступающий олеcrаноп. Очень полезно попытаться (при этом иногда выявляется диагностическая ошибка) определить, какая ножка: правая или левая. Для этого, определив пятку и большой палец ножки плода, надо сравнить ее с правой или левой ногой исследующего акушера и тогда сразу станет ясно, какая это ножка.

Если при исследовании все же не удастся получить четких данных, позволяющих твердо решить, что предлежит, ножка или ручка, мы реко-

мендуем иногда произвести исследование зеркалами, при помощи которых на глаз можно разрешить сомнения.

Позиция плода при коленных предлежаниях может быть определена по расположению подколенной ямки. При первой позиции она обращена влево, при второй—вправо.

Весьма полезно, а в некоторых случаях и необходимо бывает различить «переднюю» ножку от «задней». Признаком для этого является расположение большого пальца ножки: у «передней» он обращен к крестцу, у «задней»—к лону матери.

Применяя влагалищное исследование для указанной диагностики, нужно всемерно щадить плодный пузырь. Грубой ошибкой будет, если врач с целью уточнения диагноза и в поисках какой-либо детали порвет оболочки при малом открытии зева.

Для установления, живой плод или мертвый, в старых учебниках рекомендовалось пощекотать пальцем подошву ребенка при ножном предлежании. Этот метод представляется крайне нежелательным, так как он иногда приводит к асфиксии плода. Определение жизни и смерти плода может быть осуществлено известными методами (сердцебиение плода, шевеление плода).

*Если данные наружного и влагалищного исследования недостаточно убедительны (большой живот, ожирение, многоводие, высокое расположение предлежащей части, малое открытие зева и др.), следует ли прибегать к другим методам диагностики?*

Мы считаем, что диагноз должен быть поставлен при всех условиях. При затруднениях в постановке диагноза путем наружного и влагалищного исследований с успехом применяется рентгенография. На рентгенограмме (см. рис. 1876), получается достаточно четкое изображение костного скелета плода, позволяющее ставить точный диагноз. Осуществляется рентгенография обычно в положении беременной женщины на животе или спине, иногда приходится снимать и в положении на боку (многоводие).

В 10 часов 40 минут при влагалищном исследовании, произведенном сразу после поступления в родильную комнату, обнаружено: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края тонкие, открытие зева на 3 пальца; во время исследования отошли околоплодные воды, густо окрашенные меконием; ягодицы прижаты ко входу таза, lin. bitrochanterica слегка в правом косом размере, межъягодичная борозда в левом косом размере, крестец обращен кпереди и вправо, мошонка сзади и слева; мыс не достигается.

*Что дало нам влагалищное исследование?*

Прежде всего мы установили точный диагноз: чистое ягодичное предлежание, вторая позиция, передний вид, роды в конце периода раскрытия. Вместе с тем влагалищное исследование принесло нам и огорчение, так как отошли воды при открытии зева на 3 пальца; воды густо окрашены меконием.

*Как расценить отхождение мекония?*

Известно, что отхождение мекония при головном предлежании плода является грозным признаком, указывающим на наступившую аноксемию плода, особенно если при этом отмечается нарушение ритма сердечных тонов плода. Отхождение же мекония при тазовых предлежаниях в периоде изгнания является обычным и не внушает особых опасений.

В данном случае отхождение мекония отмечается в конце периода раскрытия.

*Как расценить это и какие принять меры?*

Прежде всего необходимо определить состояние сердечной деятельности плода.

Выслушивая сердцебиение плода, мы обнаружили ускорение ритма сердечных тонов до 150 ударов в минуту.

Г. Г. Гентер склонен считать, что ускорение сердечных тонов плода при ягодичных предлежаниях в периоде изгнания является следствием давления ножек плода на живот, отчего получается раздражение симпатического нерва, вызывающее ускорение сердечной деятельности плода. Г. Г. Гентер правильно подчеркивает, что необходимо помнить о возможности подобного механизма ускорения ритма сердечной деятельности плода.

В нашем случае мы имеем отхождение мекония и ускорение ритма сердечной деятельности при ягодичном предлежании плода, когда ягодичцы стоят высоко во входе таза. Поэтому обнаруженные явления скорее всего будут говорить о начальных расстройствах кровообращения плода.



Рис. 190. Ягодицы врезались в половой щели.



Рис. 191. Туловище родилось до нижнего угла лопаток.

#### *Нужно ли в данном случае акушерское вмешательство?*

Мы считаем, что для активного вмешательства показаний пока нет. Наоборот, всякая попытка при создавшихся условиях может быть опасной. В настоящее время имеется метод борьбы с начальными формами асфиксии. Это метод Хмелевского—Николаева.

Воспользуемся этим способом и немедленно применим внутривенно раствор 40% глюкозы в количестве 20 мл с аскорбиновой кислотой и подкожно кордиамин, дадим вдыхать кислород и будем наблюдать. Прошло несколько минут после введения указанных средств, и мы с удовлетворением отмечаем, что сердечные тоны плода стали несколько реже—134—136 ударов в минуту, правильного ритма. Одновременно с этим схватки стали несколько интенсивнее. Роженица ведет себя спокойно; активно применяет методы обезболивания, которым она была обучена в женской консультации.

На протяжении 4 часов схватки повторялись через 5—6 минут, по 40 секунд; к 15 часам к ним присоединились потуги. Уже в начале появления потуг половая щель стала слегка приоткрываться, промежность—выпячиваться. Вскоре в половой щели стала показываться передняя ягодичца, из-под задней спайки появляется анус, из которого обильно выдавливается меконий. Через 30 минут от начала потуг в половой щели показалась задняя ягодичца (рис. 190).

Еще совсем недавно такую роженицу торопливо укладывали на край кровати и после рождения плода до пупочного кольца приступали к оказанию ручного пособия. Этот способ заключается в том, что акушер, стоя лицом к роженице, слегка придерживает туловище плода, выжидая рождение нижнего угла лопаток (рис. 191). Помощник при схватках достаточно энергично надавливает на дно матки. После рождения области лопаток при



второй позиции акушер захватывает правой рукой выпавшие к этому моменту ножки плода, отводит их, сильно приподнимая, к левому паху матери (рис. 192), быстро двумя пальцами левой руки по спинке входит во влагалище, находит локтевой сгиб и «омывательным движением» низводит ручку плода. Затем захватывает грудную клетку вместе с родившейся ручкой так, что большие пальцы лежат на лопатках, и поворачивает туловище плода вокруг продольной оси. При этом выведенная рука оказывается спереди—под лоном; ножки плода акушер захватывает теперь левой рукой и сильно отводит к правому паху матери. Введенными во влагалище двумя



Рис. 192. За захваченные ножки приподнимают туловище и отводят к левому паху. «Омывательным движением» освобождают нижележащую ручку.



Рис. 193. Ножки перехвачены в другую руку и туловище плода отводят к правому паху. Освобождается опять нижележащая ручка (правая).

пальцами правой руки таким же «омывательным движением» низводят вторую (правую) ручку (рис. 193). Осталась головка; ее выводят так: туловище плода быстро размещают на предплечье правой руки, два пальца этой руки, введенные во влагалище со стороны крестцовой впадины, располагают на fossa canina (способ Мориссо—Левре) или осторожно вводят 2 пальца в ротик (способ Файта—Смелли), размещают на зубных отростках переднего края нижней челюсти и пытаются удержать головку плода в состоянии сгибания. Левая рука, не сдавливая шеи, вилообразно согнутыми указательным и средним пальцами размещается на плечевом поясе (рис. 194). Тракциями вниз и на себя выводят головку до волосистой части затылка, после чего туловище плода круто поднимают кверху (рис. 195), при этом над промежностью выкатывается рот, лицо и лоб. Ребенок рождается.

В настоящее время при тазовых предлежаниях оказывают пособие по методу Цовьянова. Особенность этого метода при чистом ягодичном предлежании заключается в том, что к оказанию пособия приступают с момента прорезывания ягодич, которые поддерживаются таким образом, что туловище плода направляется соответственно родовому каналу кверху. Этим

предупреждается преждевременное рождение ножек. Ягодицы захватываются так, что большие пальцы располагаются на задней поверхности бедер; остальные четыре пальца на крестце (рис. 196). По мере рождения туловища плода руки акушера передвигаются по направлению к задней спайке, по-

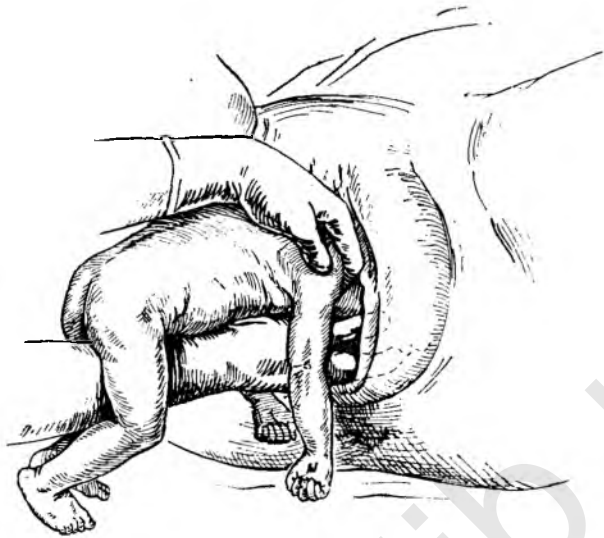


Рис. 194. Освобождение головки по Файту—Смелли (первый момент).



Рис. 195. Освобождение головки по Файту—Смелли (второй момент).

стоянно касаясь ее (рис. 197), тем самым сохраняется расположение вытянутых ножек вдоль туловища. С появлением нижнего угла лопаток туловище плода акушер направляет на себя, что обычно приводит к самостоятельному рождению из-под лона передней ручки. Для освобождения задней ручки плод приподнимают кверху, и если она самостоятельно не выпадает,

ее выводят из крестцовой впадины обычным приемом (стр. 345). Головка плода, вступая во вход таза в поперечном или в одном из косых размеров, под «защитой вытянутых ножек», как указывает Цовьянов, беспрепятственно проходит наиболее уязвимое для нее место родового пути—шейку матки—и опускается на дно малого таза. В этот момент из влагалища выпадают ножки, в половой щели обнаруживается подбородок, рот и ноздри плода. После этого при хорошей родовой деятельности головка быстро рождается самостоятельно.

Если этого не происходит, особенно спешить с выведением головки не следует, так как ребенок при свободных от слизи верхних дыхательных путях имеет возможность дышать. В случае, если головка задерживается или у ребенка наблюдались явления угрожающей асфиксии (отмеченные

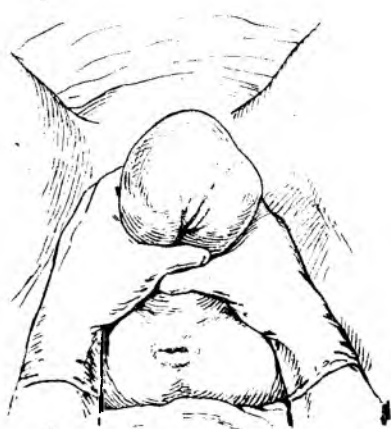


Рис. 196. Посobie при чистом ягодичном предлежании по Цовьянову.



Рис. 197. Посobie при чистом ягодичном предлежании по Цовьянову.

ранее расстройства сердечной деятельности) или течение родов было таким, что можно было ожидать этих явлений (длительные роды, продолжительный безводный промежуток и пр.), следует поторопиться с выведением головки. У первородящих, особенно пожилых, необходимо предварительно сделать перинеотомию. Головка в этих случаях выводится одним из общепринятых приемов (Файта—Смелли, Морисо—Левре—Ляшапель).

*Какой метод следует применить у данной роженицы?*

Сказанное не оставляет сомнений в преимуществе метода Цовьянова.

В 15 часов 50 минут родился мальчик в чистом ягодичном предлежании; закричал сразу; вес 3200 г, длина 50 см, окружность головки 35 см. В 16 часов 10 минут самостоятельно отошел послед—плацента без дефектов, оболочки все; разрыв пузыря в центре.

После произведенного акушеркой первого туалета ребенка необходимо тщательно осмотреть новорожденного. Это нужно делать во всех случаях родов и особенно после применения акушерских вмешательств. В данном случае мы применили метод Цовьянова.

При осмотре на коже ребенка никаких повреждений не обнаружено. Костная и мышечная система развиты нормально, лишь отмечается уплощение головки в области правой теменной кости и склонение головки на левый бок. Левое плечо значительно приподнято и как бы вдавлено в шею. На левой стороне шеи имеется вдавление.

*Отчего возникли эти изменения головки?*

До недавнего времени считалось, что при предлежании тазовым концом головка имеет правильную округлую форму. Однако это далеко не так. Головка при тазовых предлежаниях подвергается своеобразной конфигу-

рации, степень выраженности которой бывает различной в зависимости от продолжительности безводного промежутка. Механизм этой конфигурации точно еще не выяснен.

Варнекрот (Warnekröt) считает, что склонение головки возникает в тех случаях, когда тазовый конец встречает препятствие во входе таза. Фрей (Freu) уплощение теменной кости объяснял давлением брюшного пресса в периоде изгнания; уплощается обычно та теменная кость, которая обращена кпереди, к брюшной стенке.

Согласно тщательно проведенным наблюдениям Г. М. Шполянского, одинаково часто уплощается как передняя, так и задняя теменная кость. Это уплощение возникает в результате давления не сверху вниз, а сзади вниз и кпереди или же спереди вниз и кзади. Причиной такого изменения головки, по Шполянскому, является концентрическое давление, развивающееся после отхождения вод. Тело матки в периоде изгнания вытягивается в длину, производя соответствующее давление на плод, туловище которого в результате этого также выпячивается. Тогда головка плода приходит в непосредственное соприкосновение с дном матки. В зависимости от того, каким местом соприкасается головка, уплощается соответствующая теменная кость, и головка отклоняется в противоположную сторону.

В. Я. Вербов, согласно своему учению о «законе перистальтического движения в физиологии родов», считает, что боковое склонение головки и уплощение теменной кости происходят не в период изгнания, как считает Шполянский, когда матка вытягивается в длину, а в период раскрытия, когда в силу сокращения продольных волокон матка становится короче. Дно ее, снижаясь, давит на головку, плод реагирует на это отклонением головки в сторону. При длительном течении периода раскрытия наступает деформация.

Таким образом, большинство авторов считает, что причиной своеобразной конфигурации головки при тазовых предлежаниях плода является давление матки на головку. Более вероятно, что это давление оказывается в большей степени в периоде изгнания, а не в периоде раскрытия, когда предохраняющее в этом смысле действие может оказывать плодный пузырь с околоплодными водами.

В данном случае выраженная конфигурация головки и ее склонение наступили у первородящей, имеющей хорошую родовую деятельность, малое количество вод и относительно большой безводный промежуток (около 5 часов).

**Краткий эпикриз.** В. М., 24 лет, первородящая, поступила в клинику с хорошей родовой деятельностью.

При влагалищном исследовании вскрылся плодный пузырь при открытии зева на 3 пальца; околоплодные воды густо окрашены меконием. Возникает учащение сердечной деятельности плода. Применили метод Хмелевского—Николаева. Сердечные тоны плода стали нормальными. Дальнейшее течение родов благоприятное. В периоде изгнания оказывалось ручное пособие по методу Цовьянова. Родился живой мальчик весом 3200 г, длиной 50 см, последовый и послеродовой период без осложнений. Выпущена на 9-й день с ребенком.

## **ЧИСТОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ. ЗАПРОКИДЫВАНИЕ РУЧЕК**

Г. С., 28 лет, первородящая, поступила в родильный дом 16/III 1954 г. в 18 часов 20 минут с небольшими схватками. Схватки появились 3 часа назад, сразу после отхождения вод.

Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3—4 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 20 лет. Беременность вторая; первая беременность в 1947 г. была прервана в 9 недель криминальным абортom, осложнившимся двусторонним воспалением придатков матки. В течение длительного времени не беременела.

Последняя менструация 10/VI 1953 г. Первое шевеление плода 22/X. Настоящая беременность протекала без осложнений. Женскую консультацию начала посещать с 12 недель беременности. В течение беременности плод часто изменял свое положение. Роженица отмечает сильное шевеление плода.

Роженица выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Имеется

умеренная отечность стоп. Температура 36,8°, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 125/85 мм. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не обнаружено. Живот овоидной формы. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, окружность живота 107 см. Положение плода продольное. Предлежит крупная часть плода неправильной формы, прижатая ко входу таза. Слева в дне матки пальпируется баллотирующая плотная крупная часть округлой формы. Сердцебиение плода выслушивается отчетливо справа выше пупка, 136 ударов в минуту. Схватки регулярные, через 7—8 минут. Воды подтекают. Размеры таза: 25, 28, 32, 21 см.

### *Какой диагноз?*

Срок последней менструации, начало шевеления плода, размеры живота позволяют считать, что беременность доношенная и роды наступили в срок. Наличие крупной баллотирующей головки в дне матки при продольном положении плода указывает на тазовое предлежание.

Для установления разновидности тазового предлежания и состояния родовых путей показано влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище емкое; шейка сглажена, открыта зева на 1 палец; плодного пузыря нет; ягодичное предлежание (ягодицы прижаты ко входу таза); межвертельный размер в поперечном размере таза, копчик спереди; мыс не достигается, таз емкий.

Диагноз: срочные роды у первородящей; чистое ягодичное предлежание; раннее отхождение вод.

### *Что делать?*

1. Стимулировать родовую деятельность, так как имеется неблагоприятная акушерская ситуация (у первородящей при ягодичном предлежании раннее отхождение вод).

2. Необходимо сохранить остаток вод—ввести метрейринтер. Длительное отхождение вод при слабости родовой деятельности может привести к расстройству кровообращения плода и возникновению инфекции у матери.

Если у предыдущей роженицы В. М. (стр. 339) мы были склонны ограничиться применением только родостимулирующей терапии, то у данной роженицы этого будет недостаточно, во-первых, потому, что воды в обильном количестве отошли до наступления схваток; во-вторых, зев шейки матки открыт только на 1 палец. Следовательно, предстоят «сухие роды», в полном смысле этого слова, у первородящей при тазовом предлежании со всеми вытекающими отсюда опасностями для матери и плода. Поэтому предложение ввести метрейринтер является вполне целесообразным. Введенный в матку баллон сохранит остаток вод, возбudit родовую деятельность и тем самым будет способствовать открытию зева.

16/III в 19 часов 20 минут роженица переведена на операционный стол. Эфирный наркоз. После дезинфекции наружных половых органов шейку матки обнажили с помощью влагалищных зеркал, захватили ее пулевыми щипцами и низвели. Сигарообразно сложенный баллон (стр. 157), захваченный зажимом, осторожно ввели в полость матки. Придерживая пальцем левой руки баллон в матке, зажим удалили. Через трубку баллон наполнили теплым физиологическим раствором в количестве 400—450 мл (в соответствии с емкостью его) (рис. 198). Трубку зажали пеаном. Пулевые щипцы сняли, зеркала удалили. Роженицу перенесли на кровать. К трубке привязали марлевый бинт, который перекинули через блок, прикрепленный к ножному концу кровати (стр. 148), к бинту подвесили груз весом 300 г.

После введения метрейринтера схватки несколько усилились, но не надолго. Прошло 4 часа. Роженица дремлет. Схваток нет. Сердечные тоны плода отчетливые, 138 ударов в минуту.

### *Что делать?*

1. Роды принимают затяжной характер. В полной мере выявилась картина первичной слабости родовой деятельности. Показана энергичная стимуляция родовой деятельности.

2. В связи с тем, что раннее отхождение вод и введение метрейринтера в самом начале родов могут благоприятствовать развитию инфекции, кроме

средств, усиливающих схватки, показано применение антибиотиков и с целью профилактики внутриутробной асфиксии плода — метода Хмелевского—Николаева.

Высказанные предложения не исключают одно другого. Развившаяся первичная слабость родовой деятельности, не поддавшаяся воздействию метрейриза, требует применения других, более энергичных средств, усиливающих сокращения матки.

Борьба со слабостью родовой деятельности в данном случае диктуется не только соображениями ускорения родов вообще. Здесь на первый план выступают в качестве показаний выявившиеся начальные признаки неполноценности сократительной деятельности матки.

Наличие слабых схваток на протяжении 3—4 часов требует выяснить причины слабой родовой деятельности и принять меры для ее усиления.

Прошедшие 4 часа с момента введения метрейринтера показали нам почти полную инертность матки. Возникает настоятельная необходимость применить комплекс средств, усиливающих сокращения матки. Воспользуемся изложенной ниже (стр. 358) методикой и назначим роженице 10 000 единиц фолликулина, через 2 часа 30 г касторового масла, клизму через 2 часа, дробные дозы хинина (по 0,05 г через 15 минут 3—4 раза) и инъекции питуитрина (по 0,25 мл через 15 минут 4 раза).

При наличии упорной слабости родовой деятельности, помимо указанных средств, с успехом могут быть применены: фенадон, фенамин и пахикарпин.

Рис. 198. Введенный интраовулярно метрейринтер при чистом ягодичном предлежании.



При применении фенадона в нашей клинике в целях обезболивания родов у 224 рожениц, помимо обезболивающего эффекта (68,4%), отмечено и родоускоряющее его действие, особенно интенсивно проявляющееся в периоде раскрытия (Т. В. Писарева).

С целью стимуляции родовой деятельности фенамин допустимо назначать в высшей суточной дозе—0,2 г per os. Пахикарпин применяется подкожно в виде 3% раствора в количестве 2,5 мл; при необходимости введение пахикарпина можно повторить через час (один раз).

Одновременно с усиливающими родовую деятельность средствами назначим пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 3 часа и будем следить за состоянием роженицы и сердцебиением плода.

17/III в 6 часов утра закончен намеченный курс применения родоускоряющих средств. За это время произошли следующие изменения. Вскоре после приема хинина появились схватки через каждые 10—15 минут, вначале короткие, не более 35 секунд, потом усилившиеся до 40—45 секунд. К моменту окончания инъекций питуитрина родовая деятельность стала регулярной — схватки повторялись через 7—8 минут, но не очень энергичные. Сердечные тоны плода прослушивались отчетливо, до 140 ударов в минуту, сохраняя правильный ритм.

В 6 часов 30 минут родился несколько спавшийся метрейринтер, пролежавший в полости матки около 11 часов (предельно допустимое время!).

При наружном исследовании установлено, что ягодицы плода глубоко во входе таза, мелкие части определяются слева. Сердцебиение плода прослушивается справа ниже пупка, правильного ритма.

*Можно ли считать, что окончательно преодолена слабость родовой деятельности? Можно ли рассчитывать на дальнейшее самостоятельное течение родов?*

Нет! Ни в коем случае нельзя полагать, что все трудности ведения настоящих родов позади. Судя по данным наружного исследования, закончился лишь период раскрытия. Еще будет период изгнания, во время которого туловище плода, а за ним и головка должны пройти весь родовой канал.

Известно, что наибольшие трудности при ягодичных предлежаниях возникают в момент прохождения головки по недостаточно подготовленным родовым путям.

Кроме того, мы не можем быть уверены, насколько долго сохранится вызванная стимуляцией родовая деятельность. Поэтому выскажемся о прогнозе родов с большой осторожностью и проявим в отношении этой роженицы особую бдительность.

17/III в 8 часов, к сожалению, наши опасения начинают оправдываться. Схватки стали реже. Роженица испытывает некоторое давление на прямую кишку, но не в состоянии потужиться — «нет сил».

Проходит еще час. Схватки почти совсем прекратились. Роженица утомлена. Из влагалища обильно отходит меконий. Сердечные тоны плода 156 ударов в минуту.

*Что случилось?*

Снова проявилась неполноценность сократительной деятельности матки в виде вторичной слабости родовых схваток. Кроме того, появились признаки угрожающей асфиксии плода.

Хотя отхождение мекония и даже ускорение сердечных тонов плода при ягодичном предлежании не всегда свидетельствуют, как указывалось выше (стр. 343), о наступающей асфиксии плода, в данном случае эти признаки заслуживают другой оценки. В связи с тем, что роды длятся почти сутки, воды отошли 17 часов назад, матка плотно охватывает плод, — обнаруженные изменения со стороны сердечной деятельности плода (ускорение ритма сердечных ударов) и отхождение мекония следует рассматривать как начальные признаки внутриутробной асфиксии. Плод находится в опасности.

*Что предпринять?*

Конечно, в первую очередь нужно применить метод Хмелевского—Николаева: ввести внутривенно глюкозу с кордиамином, дать вдыхать кислород.

*Можно ли считать, что этого будет достаточно?*

Нет. Немедленно следует выяснить условия для родоразрешения.

Срочно в 9 часов 10 минут приступили к влагалищному исследованию: открытие маточного зева полное, плодного пузыря нет, ягодицы находятся в узкой части полости малого таза. Межвертельный размер в правом косом размере таза, крестец вправо кпереди. Ножки плода вытянуты вдоль туловища. Обильно отходит меконий.

Повторно выслушиваем сердечные тоны плода. Несмотря на проведенный метод Хмелевского — Николаева, они явно учащены, временами изменяется их ритм. На лицо признаки развивающейся асфиксии.

*Как следует дальше вести роды?*

1. Показано извлечение плода пальцами за паховые сгибы, в случае неуспеха применить тупой крючок.

2. У первородящей бесцельно пробовать извлекать плод за паховые сгибы. Поэтому, не теряя драгоценного времени, необходимо наложить на ягодицы щипцы.

Необходимо выбрать наиболее бережный для матери и плода и наиболее легкий и быстрый способ родоразрешения.

Уже в момент влагалищного исследования мы убеждаемся в том, что выполнить извлечение плода пальцами за паховые сгибы не представится возможным. Ягодицы заполняют собой всю узкую часть полости малого таза. Бедрa плода плотно прилегают к его туловищу. Попытка ввести палец в задний или в передний паховой сгиб не удается. Если к этому прибавить, что «извлечение за паховые сгибы, особенно у первородящих, принадлежит к самым трудным акушерским операциям» (Г. Г. Гентер), то станет понятным, что нужно было бы сразу отказаться от этого способа родоразрешения.



Рис. 199. Извлечение плода за паховой сгиб.

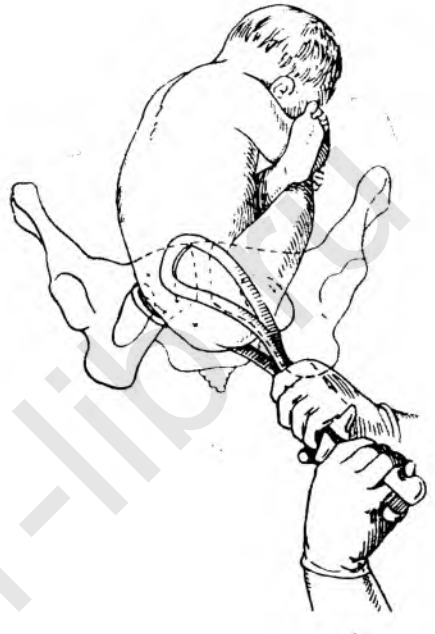


Рис. 200. Наложение щипцов при чистом ягодичном предлежании. Щипцы наложены в косом размере таза, одноименном с положением межвертельного размера.

Наложение тупого крючка (Смелли, Кюстнера) также следует отвергнуть как очень травмирующую операцию, применение которой уместно лишь на мертвом плоде.

Наложение петли (марлевой, шелковой или из эластической резины) через передний паховой сгиб или через оба сгиба по Бунге (Bunge) нам представилось не только трудновыполнимым мероприятием по указанным выше пространственным соотношениям между ягодицами и стенками таза, но и неподходящим, потому что оно должно отнять сравнительно много времени.

Таким образом, для спасения ребенка нам остается только наложить на ягодицы щипцы.

Для извлечения фиксированных в тазу ягодиц были предложены специальные щипцы, в большинстве случаев сконструированные по типу двух ягодичных крючков. Эти щипцы не применяются в настоящее время не только потому, что их трудно накладывать, но главным образом из-за тех осложнений, которые при этом наступали (переломы бедра). На практике уже давно, начиная с Левре (Levret), пользуются при тазовых предлежаниях



обычными акушерскими щипцами. Некоторые рекомендуют пользоваться в этих случаях щипцами Килланда.

Вопрос о возможности и целесообразности наложения щипцов на ягодицы нельзя считать окончательно решенным. Большинство крупных отечественных акушеров (Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский) отрицательно относятся к этому виду акушерской помощи при ягодичном предлежании. М. С. Малиновский подчеркивает, что «при живом плоде следует при всяких условиях испробовать ручное извлечение, вводя указательный палец в передний паховый сгиб (рис. 199) (одновременно помощник делает выжимание плода по Кристеллеру)». Г. Г. Гентер рекомендует накладывать щипцы на ягодицы лишь очень опытному врачу; он считает очень важным, чтобы щипцы ложились строго на *diameter bisiliacalis*, чего достигнуть нелегко.

Наш опыт показывает, что в подобных случаях могут быть применены с успехом обычные головные щипцы.

При создавшихся условиях ничего не остается, как применить этот вид акушерской помощи.

Мы немедленно наложили щипцы Симпсона—Феноменова. Предварительно роженице был дан эфирный наркоз. Левая ложка легла слева спереди, правая—справа сзади (рис. 200). Щипцы хорошо замкнулись. Делаем пробную тракцию. Щипцы не соскальзывают.

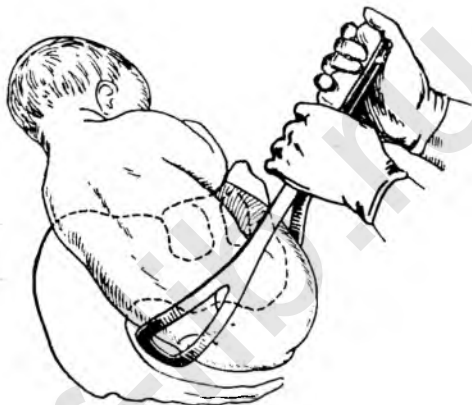


Рис. 201. Соскальзывание щипцов.

При наложении щипцов на ягодицы особенно тщательно нужно следить, чтобы щипцы не соскальзывали, так как это может причинить роженице серьезные повреждения. Одной из причин редкого применения щипцов на ягодицы является их частое соскальзывание (рис. 201).

Нам удалось наложить их так, что *crista ossis ilei* и *trochanter major* с каждой стороны разместились в соответствующих ложках.

Тракции оказались эффективными. Для облегчения последующего выведения головки, как только в половой щели показалась ягодица, была сделана перинеотомия. Тут же выкатилась задняя ягодица. Щипцы сняли. Приступили к извлечению плода за тазовый конец по классическому способу. Туловище извлекли до пупочного кольца относительно легко.

Наступил момент выведения ручек. Если они располагаются скрещенными на груди плода, рождение их происходит самостоятельно. Чаше же при извлечении плода за тазовый конец их приходится «освобождать». Важно определить момент, когда следует приступать к выведению ручек. Если поторопиться и начать выведение их слишком рано, то высоко расположенные в большом тазу ручки захватить не удастся; если же упустить подходящий момент, то вступившая в малый таз головка ограничит подвижность ручек и помешает их освобождению. Поэтому начинать выведение ручек нужно с момента, когда из-под лона покажется нижний угол передней лопатки. При этом состоянии плечевой пояс будет находиться в тазу, а головка над входом таза.

Вслед за рождением туловища до пупочного кольца легким потягиванием из половой щели выведены ножки, которые были вытянуты вдоль туловища. Захватив правой рукой плод за ножки, мы быстро приподняли их кверху к левому паху матери и двумя пальцами левой руки (см. рис. 192) вошли во влагалище в надежде найти там «заднюю» ручку, чтобы «омывательным» движением вывести ее наружу. К сожалению, ручки

там не оказалось. Быстро войдя во влагалище полурукой, мы обнаружили, что ручка располагается высоко, рядом с головкой.

Следовательно, возникло новое осложнение—запрокидывание ручек. При запрокидывании ручки могут располагаться впереди личика плода, по бокам головки или быть закинутыми за затылок. В соответствии с этим Г. Г. Гентер различает три степени запрокидывания ручек (рис. 202).

Согласно этой классификации, у нашей роженицы возникла вторая степень запрокидывания ручек.



Рис. 202. Три степени запрокидывания ручек.

В подобных случаях поступают различно. Наиболее естественным и быстрым будет дальнейшая попытка введенной полурукой достичь локтевого сгиба и вывести ручки по лицу и груди. Если это не удастся, допустимо войти другой рукой не со стороны спины, а с брюшной стороны плода, дойти до локтя и, захватив за локтевой сгиб, вывести ручку по лицу и груди.

Обычно при нерезких степенях запрокидывания ручек (первая и вторая степень) при отсутствии других осложнений (узкий таз) этими приемами удается добиться успеха.

Иногда полезным может быть совет В. В. Преображенского: попытаться сместить к позвоночнику нижний угол лопатки, отведенный при вытянутых кверху ручках в сторону. Тогда опускается книзу плечо и локтевой сгиб, что делает возможным выведение ручки за локтевой сгиб обычным способом.



Рис. 203. Освобождение запрокинутой задней ручки.

Весьма затруднительным бывает освобождение ручек при запрокидывании их за затылок (третья степень). В этих случаях поступают различно. Вначале необходимо все же попытаться вывести ручки обычным приемом. Слегка вдвинув плод обратно в родовые пути матери, по спинке плода соответствующей рукой доходят до локтя и путем давления на предплечье выводят ручку из ее ненормального положения, обводя вокруг головки

(рис. 203). В случае неуспеха следует попытаться повернуть плод вокруг продольной оси.

М. С. Малиновский рекомендует при запрокидывании лежащей впереди ручки вначале освободить заднюю ручку обычным приемом, а поворот туловища производить «в обратном направлении, чем это имело бы место при нормальных условиях». Под симфиз подходит уже не спинка, а грудка плода (рис. 204). После этого приступают к выведению второй ручки.

При запрокинутой за затылок задней ручке поворот по Малиновскому должен совершаться вокруг продольной оси в обратном направлении—спинка подходит под симфиз. Незапрокинутая передняя ручка, оказавшаяся теперь лежащей сзади, освобождается обычным приемом. Снова производят поворот так, чтобы ранее запрокинутая, а теперь свободно и спереди лежащая ручка повернулась вновь кзади, после чего ее выводят обычным приемом.

При запрокидывании за затылок обеих ручек, что встречается значительно реже, положение осложняется еще больше. Прежде чем вывести ручки, необходимо «раскрутить» плод, вталкивая его по возможности внутрь, и тем самым создать возможность выведения сначала одной ручки, расположенной сзади, а затем, после вторичного поворота плода, второй ручки. Производя эти повороты, необходимо все манипуляции проводить быстро, так, чтобы с момента рождения плода от пупка и до полного его рождения прошло не более 8 минут, иначе плод погибнет от асфиксии.

Если и этот вид помощи оказывается неэффективным, остается попытаться извлечь головку вместе с запрокинутыми ручками или придется сознательно сломать плечевую кость путем прямого давления на нее пальцем, после чего ручка легко выводится. Попытка извлечь головку вместе с запрокинутыми ручками очень часто кончается неудачей или тяжелыми повреждениями плода. В отношении искусственного перелома ручки большинство акушеров придерживается отрицательного мнения, считая, что если удастся освободить ручку, переломив ее, то всегда можно это сделать, не прибегая к перелому (Н. Н. Феноменов). Перелом ручки и без того, как подчеркивает М. С. Малиновский, встречается довольно часто.



Рис. 204. Освобождение запрокинутой передней ручки.

У данной роженицы ручки плода располагались рядом с головкой. Поэтому введенной полурукой мы относительно легко достигли локтевого сгиба задней ручки и, захватив ее двумя пальцами, осторожно вывели из половой щели. Туловище плода обеими руками быстро повернули так, что передняя ручка сместилась кзади. Теперь левой рукой оттянули ножки к правому паху матери (см. рис. 193), а правой рукой вошли во влагалище, быстро нашли ручку и вывели обычным приемом. Положение ее теперь оказалось правильным. Головка выведена по Морисо—Левре. Извлечен мальчик в состоянии синей асфиксии. Закричал только через 7 минут после принятых мер борьбы с асфиксией. Вес плода 3400 г, длина 50 см.

Послед отошел самостоятельно через 30 минут; детское место целое; оболочки рваные, все. Кровопотеря 300 мл. Через 2 часа при помощи зеркала осмотрена шейка матки. Обнаружены два боковых некровоточащих разрыва. Наложено по два кетгуттовых шва. Разрез промежности зашит погружными кетгуттовыми швами; на кожу наложены шелковые швы.

**Краткий эпикриз.** Г. С., 28 лет, первородящая, поступила с отошедшими дома водами при открытии зева на 1 палец. Чистое ягодичное предлежание плода. Введен метрейринтер, который не оказал эффекта на развитие

родовой деятельности. Схватки наступили только после проведения стимуляции родовой деятельности медикаментозными средствами. В период изгнания вторично наступила слабость схваток и асфиксия плода, вынудившая при ягодицах, стоящих в узкой части полости малого таза, применить наложение щипцов (модель Симпсона—Феноменова). При извлечении плода ручки оказались запрокинутыми (вторая степень). Выведены обычным приемом. Плод извлечен в состоянии синей асфиксии, оживлен. Последовый период протекал без осложнений.

На шейке матки обнаружены боковые разрывы, наложены швы. На промежность после сделанной перинеотомии также наложены швы. Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 10-й день с ребенком.

## СМЕШАННОЕ ЯГОДИЧНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Г. Ф., 30 лет, повторнобеременная, первородящая, поступила в клинику 11/1 1954 г. в 12 часов 45 минут со схватками, начавшимися в 6 часов утра. Воды не отходили.

Менструации с 16 лет, по 3—4 дня через 28 дней, болезненные. Половая жизнь с 25 лет. В первый год замужества не беременела (не предохранялась). На втором году имела беременность, которая была прервана путем искусственного аборта. Настоящая беременность вторая. Последняя менструация со 2/IV по 5/IV 1953 г.; первого шевеления плода не помнит. Беременность протекала без осложнений. Регулярно посещала женскую консультацию.

Роженица среднего роста, правильного телосложения, несколько пониженного питания. Температура 36,8°. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/75 мм. Скелет без деформаций. Молочные железы развиты слабо, волосистость в подкрыльцовых ямках и на лобке скудная. Со стороны внутренних органов изменений не отмечено. Отеков нет.

Живот увеличен соответственно доношенной беременности, «остроконечной» формы. Пигментация слабая. В нижней половине живота широкие, неправильной формы розовые полосы — «рубцы» беременности. Окружность живота 93 см. Высота стояния дна матки над лоном 36 см.

В дне матки ясно определяется нормальных размеров головка. Спинка слева. Над входом таза предлежит крупная часть округлой формы с неровностями, мягковатая, рядом с ней какая-то мелкая часть. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, 140 ударов в минуту, ритмичное. Схватки через 10—12 минут длительностью по 20—30 секунд.

Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Ромб Михаэлиса правильной формы: горизонтальный размер (Лицманна) 9 см, вертикальный размер (Тридангани) — 11 см.

### *Какой диагноз?*

Срочные роды у пожилой первородящей; тазовое предлежание плода, первая позиция; период раскрытия.

### *Как вести роды?*

1. Роды следует вести строго выжидательно.

2. Учитывая тазовое предлежание у пожилой первородящей, есть основание ожидать слабость родовой деятельности, поэтому необходимо начать заблаговременно стимуляцию родовой деятельности.

Хотя диагноз ягодичного предлежания не подлежит сомнению, так как достаточно четко определяется в дне матки головка, а над входом таза — ягодицы, тем не менее мы не знаем разновидности тазового предлежания и степени открытия зева. Кроме того, необходимо уточнить состояние плодного пузыря. Эти данные можно получить только при влагалищном исследовании.

11/1 в 13 часов 45 минут произведено влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально, влагалище узкое, складчатость его выражена слабо, шейка сглажена, края зева несколько утолщены, плохо поддаются растяжению. Открытие зева на 2 пальца. Плодный пузырь цел, но в момент осмотра разорвался, отошло небольшое количество околоплодных вод. Предлежат ягодицы, прижатые ко входу в малый таз.

Межъягодичная борозда в правом косом размере таза. Крестец располагается спереди и слева, рядом с ягодицами определяются ножки плода (см. рис. 186). В костном тазу отклонений не отмечается. Мыс не достигается. Промежность высокая.

Итак, возникло новое неблагоприятное обстоятельство: в момент влагалищного исследования вскрылся плодный пузырь при открытии зева на 2 пальца.

Вопрос о влиянии раннего и преждевременного отхождения вод на течение родов был обстоятельно изучен многими авторами. По данным нашей клиники, преждевременное и раннее отхождение вод наблюдается у 24,7% рожениц, чаще у первородящих, особенно у пожилых и старых первородящих. По Микulichу—Радецкому, частота преждевременного и раннего отхождения вод наблюдается у 48,1%.

Несвоевременное отхождение вод существенным образом ухудшает течение родов; отмечается большая продолжительность родов, чем при своевременном вскрытии плодного пузыря.

Вторичная слабость родовой деятельности отмечена нами при преждевременном отхождении вод в 2%, при раннем—в 5,3%, при своевременном отхождении вод—в 1,8%. Кровотечение в последовом периоде при преждевременном отхождении вод наблюдалось в 7,3%, при раннем—в 6,8%, при своевременном отхождении вод—в 2,8%. Общая смертность детей при преждевременном отхождении вод составляет 4,7%, при раннем—5,2%. Это указывает на серьезность возникшего осложнения еще и потому, что в данном случае имеется сочетание раннего отхождения вод с ягодичным предлежанием у пожилой первородящей. Поэтому вопрос о дальнейшем ведении родов должен теперь решаться с учетом нового обстоятельства—отхождения вод.

*Можно ли рассчитывать при сложившейся ситуации на самопроизвольные роды?*

Нет. Перед нами первородящая 30 лет с сохранившимися до настоящего времени некоторыми признаками инфантилизма (узость влагалища, слабо-развитая растительность на лобке и в подмышечных впадинах и др.). В прошлом у нее отмечался искусственный аборт. Следовательно, есть все основания ожидать у нее неполноценную родовую деятельность, которая уже сейчас начинает выявляться—схватки редкие и короткие: через 10—12 минут по 20—30 секунд.

*Что можно предпринять в данном случае?*

1. Учитывая пожилой возраст роженицы с тазовым предлежанием плода, в интересах ребенка показано кесарево сечение.

2. Поскольку роды длятся еще сравнительно недолго, около 8 часов, воды только что отошли, ни ребенку, ни матери в данный момент не угрожает опасность, надо применить терапию, стимулирующую родовую деятельность.

Мы должны согласиться с тем, что для кесарева сечения в данный момент у роженицы нет показаний. Иногда у старых первородящих, имеющих тазовое предлежание, складывается такая ситуация, когда сохранение жизни ребенка при родах через естественные родовые пути сомнительно. Тогда, естественно, приходится ставить вопрос об оперативном родоразрешении. Но в данном случае этот вопрос поставлен слишком преждевременно, и мы его отклоняем как предложение, пока не обоснованное.

Остается применить средства, стимулирующие родовую деятельность (стр. 132).

Признавая необходимость более тщательного контроля за характером родовой деятельности и темпами развития родов у этой категории рожениц, мы не разделяем мнения о широком применении терапии, стимулирующей родовую деятельность, всем пожилым первородящим, всем роженицам с

тазовым предлежанием плода и другим только потому, что у них чаще обнаруживается слабость родовой деятельности. Мы считаем более правильным индивидуальный подход. Решение о проведении медикаментозной терапии, стимулирующей родовую деятельность, как и всякой терапии, всякого врачебного вмешательства, должно быть обосновано определенными показаниями.

Вот почему применение стимулирующих средств у данной роженицы лишь на основании одного предположения, что у нее может наступить слабость родовой деятельности, было недостаточно обоснованным. Зато сейчас, после отхождения вод, при открытии зева на 2 пальца, показано назначение средств, усиливающих сократительную деятельность матки.

Итак, мы решили применить стимуляцию родов по принятой в нашем учреждении методике: внутримышечно ввести 5000—10 000 единиц фолликулина (или подкожно синэстрол), через 2—3 часа дать 30 мл касторового масла, через 2 часа поставить встречную клизму, после чего дать хинин по 0,05 г через 15—30 минут 4 раза. Если к моменту приема последнего порошка хинина не развивается хорошая родовая деятельность, то производят инъекции питуитрина по 0,25 мл 4 раза через 15 минут.

Таким образом, полный курс стимуляции родовой деятельности занимает 7—7½ часов. Считать его особенно продолжительным не приходится, так как роды в таких случаях протекают длительно. В случае усиления родовой деятельности на любом этапе применения указанной методики можно прекратить дальнейшее введение медикаментозных средств.

11/1 в 14 часов начата стимуляция родовой деятельности — введено 5000 единиц фолликулина. За роженицей установлено тщательное наблюдение. Систематически она подвергается наружному обследованию, через каждые 15 минут выслушиваются и сосчитываются сердечные тоны плода; сердцебиение 134 удара в минуту, ритмичное.

Стимуляция родовой деятельности закончена в 22 часа. В 21 час 30 минут схватки несколько усилились и участились, роженица стала проявлять некоторое беспокойство. Однако вскоре, в 23 часа 30 минут, схватки стали короткими и редкими. Роженица жалуется на усталость.

Прошло еще 4 часа. Родовая деятельность продолжает оставаться слабой — схватки болезненные, короткие (не более 20 секунд) и слабые.

#### *Как вести роды дальше?*

1. Ввиду того что у пожилой первородящей развилась типичная картина слабости родовой деятельности, необходимо низвести ножку плода.

2. Дать роженице отдохнуть, применив акушерский наркоз, а затем повторить стимуляцию родовой деятельности.

Предложение низвести ножку является заманчивым. Так, произведя это вмешательство, мы можем рассчитывать на двоякий эффект. Во-первых, низведенная ножка явится стимулятором для сократительной деятельности матки и бедро плода, расположенное в зеве, будет способствовать его раскрытию; во-вторых, низведенная ножка плода будет готовой рукояткой, за которую в случае необходимости при наличии условий можно будет быстро извлечь плод.

Такая операция еще недавно широко практиковалась у нас и не только тогда, когда выявлялась слабость родовой деятельности, но чаще как профилактическая мера в начале родов у первородящих с ягодичным предлежанием плода при раннем отхождении вод. Однако практика показала, что ножные предлежания, как самостоятельно возникшие, так и созданные путем низведения ножки, дают наибольший процент мертворождений (от 15 до 35).

Поэтому в настоящее время к этой операции, если роженица желает сохранить во что бы то ни стало жизнь ребенка, прибегают редко. Кроме того, для низведения ножки необходимы определенные условия: открытие зева не менее чем на 2 пальца и подвижность ягодиц. Поэтому прежде чем

окончательно отвергнуть данную операцию для роженицы, нужно выяснить у нее состояние родовых путей и высоту расположения подлежащей части. У данной роженицы это надо сделать тем более, так как роды уже длятся 22 часа, продолжительность безводного промежутка 14 часов. Общее состояние роженицы остается удовлетворительным: дважды измеренная температура оказалась нормальной, артериальное давление 125/80 мм, сердечные тоны плода отчетливы, 135 ударов в минуту.

12/1 в 4 часа повторное влагалищное исследование: шейка сглажена, края зева ригидные, открытие на 3 пальца, плодного пузыря нет. Ягодицы плотно вколочены в таз, оттолкнуть их не представляется возможным. Ступни располагаются высоко; они едва достигаются пальцами, введенными в зев.

Роженица жалуется на усталость. Пробыть в родильном зале почти сутки—это действительно тяжело. К тому же роженица за это время почти ничего не ела и не пила. Поэтому необходимо провести мероприятия по борьбе с усталостью, что в свою очередь может в дальнейшем благоприятно отразиться на развитии родовой деятельности.

*С чего начать?*

Роженице дали эфирный наркоз. Через 3 минуты она уснула и проспала 2 часа. Проснувшись, попросила есть. После сна и еды роженица стала бодрее, но родовая деятельность продолжала оставаться вялой. Необходимо попытаться ее усилить.

В нашем распоряжении имеются еще средства, усиливающие родовую деятельность. К ним следует отнести прозерин, предложенный М. Я. Михельсоном.

Влияние прозерина на родовую деятельность было изучено в нашей клинике А. В. Савшинской на 500 роженицах: при первичной и вторичной слабости родовой деятельности, при преждевременном отхождении вод, при переношенной беременности, а также для ускорения нормальных родов.

Применение осуществлялось в двух дозировках: 1) прозерина 3 мг, сахара 0,3 г; назначали эти порошки через час (всего до 8 порошков); 2) прозерина 15 мг, атропина 0,0003 г, сахара 0,2 г; эти порошки давали через час (всего до 6 порошков). Положительный эффект при первичной слабости родовой деятельности отмечен у 88,4% рожениц.

Положительные результаты при назначении прозерина получены и другими авторами.

Применение прозерина у данной роженицы лучше всего осуществить во второму варианту, т. е. с атропином (прозерина 15 мг, атропина 0,0003 г, сахара 0,2 г), так как при влагалищном исследовании у нее обнаружена ригидность зева; атропин в этом случае будет действовать спазмолитически.

Уже к моменту приема третьего порошка прозерина появилось усиление схваток, а после последнего порошка прозерина, в 10 часов, развилась регулярная и интенсивная родовая деятельность.

В 12 часов при ректальном исследовании установлено, что ягодицы — в узкой части полости малого таза. Открытие зева почти полное. Межъягодичная борозда в правом косом размере таза. Крестец плода слева и впереди. Справа и сзади определяются ступни плода. Схватки средней силы, через 7—8 минут.

В 13 часов у роженицы началась потужная деятельность. Сердцебиение плода остается ритмичным, до 136 ударов в минуту.

*Какое из пособий выбрать для оказания помощи?*

Как отмечалось выше, у роженицы имеет место смешанное (полное) ягодичное предлежание. Следовательно, применять пособие по Цовьянову не имеет смысла, так как последнее рассчитано на сохранение физиологического членорасположения плода, наблюдаемого при чистых ягодичных предлежаниях.

В данном случае целесообразнее применить классическое ручное пособие и вывести головку по Файту—Смелли или Морисо—Левре.

В 13 часов 42 минуты роженица продолжает тужиться, из половой щели показывается передняя ягодница плода.

*Когда следует приступить к оказанию пособия?*

Никогда нельзя начинать ручное пособие преждевременно. Это способствует возникновению одного из тяжелых осложнений родов в ягодичном предлежании—запрокидыванию ручек. Наиболее благоприятным моментом оказания ручного пособия будет такое состояние, когда в вульварном кольце покажется область лопаток, «нижний угол лопаток». Если изгнание не совершится в течение одной минуты, то, как советует Г. Г. Гентер, нужно быстро и уверенно приступить к ручному пособию. Нередко уже при отведении ножек к паху матери задняя ручка выпадает сама; в противном случае ее легко выводят двумя пальцами, введенными по спинке плода во влагалище; повернув плод на 180°, нужно сделать то же самое с другой ручкой (см. рис. 193) и приступить к выведению головки по Морисо—Левре.

Однако намеченный нами план не удался. Наблюдая за потужной деятельностью роженицы, мы заметили, что потуги недостаточно эффективны. Половая щель раскрывается плохо. Промежность высокая и трудно поддается растяжению. Проходит целый час в бесплодных потугах. Ягодицы появляются из половой щели лишь во время потуг, а когда их нет, то ягодичцы уходят обратно.

*Что предпринять?*

1. Следует применить выжимание плода по Кристеллеру; после рождения ягодиц произвести извлечение плода за тазовый конец.

2. Так как продвижение ягодиц при слабости потуг задерживается главным образом из-за высокой и трудно поддающейся растяжению промежности, то в первую очередь показана перинеотомия.

Согласно первому предложению, мы должны произвести выжимание плода по Кристеллеру и затем извлечь его за тазовый конец.

Спрашивается, какие для этого имеются показания?

Сердечные тоны плода, контролируемые после каждой схватки, продолжают сохранять правильный ритм и лишь временами бывают несколько учащенными. Состояние роженицы вполне удовлетворительное. Следовательно, единственным основанием для ускорения родов является затянувшийся период изгнания. Имевшуюся первичную родовую слабость удалось преодолеть энергичной стимуляцией родовой деятельности. Роды вступили в заключительную фазу, правда, в значительной степени опасную для плода при ягодичном предлежании (быстрое прохождение головки через весь родовой канал). Поэтому необходимо особенно строго взвесить все доводы за и против.

Мы считаем, что выжимание плода по Кристеллеру применять не следует; этот метод способствует возникновению черепных травм и нарушению членорасположения и теперь уже никем не применяется. Для срочного извлечения плода в данном случае нет пока показаний.

Следовательно, более правильным будет рассечь промежность (стр. 273), так как она представляет в данный момент основное препятствие для рождения ягодиц и туловища плода.

В 14 часов 40 минут на высоте очередной потуги, усиленной активным натуживанием самой роженицы, мы рассекли промежность настолько, чтобы последующая головка могла свободно пройти через вульварное кольцо.

Разрез, особенно при ягодичных предлежаниях, нужно делать таким, чтобы при прохождении головки не создавалось препятствий. В противном случае малый разрез промежности при неизбежном применении насилия в момент выведения головки превращается в большой разрыв с повреждением сфинктера и даже иногда прямой кишки.



Вслед за разрезом промежности в конце потуги выкатилась задняя ягодица, а в последующую потугу, наступившую через минуту, родилось туловище плода до нижних углов лопаток (см. рис. 191). Оказано классическое пособие. Указанным выше способом (стр. 345) освобождены ручки, и головка выведена по Файту—Смелли.

Родился живой доношенный мальчик; закричал сразу, вес 3100 г, длина 50 см. Через 25 минут самостоятельно отошел послед. Плацента без дефектов. Оболочки все. На разрез промежности наложены швы. Послеродовой период протекал без осложнений. Родильница на 10-е сутки выписана с ребенком.

**Краткий эпикриз.** Г. Ф., 30 лет, первородящая, со смешанным ягодичным предлежанием плода. При открытии зева на 2 пальца в момент влагалищного исследования разорвался плодный пузырь. Развилась слабость родовой деятельности. После применения ряда стимулирующих родовую деятельность средств удалось добиться усиления схваток. В периоде изгнания произведена перинеотомия и оказано пособие. Родился живой доношенный мальчик; вес 3100 г, длина 50 см. Последовый период без осложнений. Послеродовой период протекал нормально; выписана на 10-е сутки с ребенком.

## НОЖНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Ф. К., 26 лет, повторнородящая, поступила в клинику 26/IV 1953 г. в 15 часов 50 минут со схватками, начавшимися в 11 часов.

Менструации с 13 лет, по 3 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные; установились сразу.

Половая жизнь с 21 года. Настоящая беременность вторая; первая беременность закончилась нормальными родами в 1950 г. Последняя менструация с 20/VII по 22/VII 1952 г. Женскую консультацию посещала с 10 недель беременности; последний раз посетила ее месяц назад.

Роженица среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Отеков нет. Температура 36,8°. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 125/80 мм. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не обнаружено.

Размеры таза: 24, 27, 31, 20 см. Живот оvoidной формы, пупок сглажен. Окружность живота 106 см. Дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. Положение плода продольное. Предлежащая часть определяется неотчетливо. В дне матки, несколько справа, определяется округлой формы, крупная, легко баллотирующая часть—головка (?); мелкие части вследствие напряжения матки не удается пальпировать. Плод подвижен; сердцебиение отчетливо выслушивается слева выше пупка, 130—135 ударов в минуту, правильного ритма. Схватки через 9—10 минут, по 35—40 секунд. Воды не отходили.

*Какой можно поставить диагноз?*

1. На основании данных анамнеза (последняя менструация, первое шевеление плода), а также по размерам живота—беременность доношенная и роды наступили в срок. Продольное положение плода, нащупывание крупной части округлой формы в дне матки и выслушивание сердечных тонов плода выше пупка указывают на возможность тазового предлежания.

2. Неотчетливое определение предлежащей части при относительно большой окружности живота может позволить предположить двойню. Показано влагалищное исследование. Если и оно не даст четких данных, необходимо произвести рентгенографию, где это возможно.

Высказаны два предположения, каждое из которых обосновано. В частности, наличие большой окружности живота и отсутствие четких данных о предлежащей части при нахождении головки в дне матки могут заставить предположить двойню. Однако диагноз двойни должен основываться на других, более убедительных данных (стр. 367). К ним в первую очередь относятся: нахождение трех крупных частей или по крайней мере двух головок; определение двух сердцебиений плода различного ритма, обнаружение большого числа мелких частей. Следовательно, у наблюдаемой роженицы для диагноза двойни имеется очень мало данных. На основании наружного

обследования можно считать, что у роженицы, более вероятно, имеется одна из разновидностей тазового предлежания, скорее всего ножное предлежание (см. рис. 188 и 189). Что касается большой величины окружности живота (106 см), то она может зависеть от большого количества околоплодных вод. О многоводии, помимо большой окружности живота, в данном случае говорит легкое баллотирование головки, отмеченное при наружном исследовании. Многоводие, как известно, приводит к чрезмерной подвижности плода, что может явиться причиной и тазового предлежания, которое, по видимому, имеется и в данном случае.

В 16 часов 30 минут влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; влагалище рожавшей женщины; шейка не совсем сглажена, края зева толстые, открытие около 2 пальцев, плодный пузырь цел; во время схваток сильно наливается; вне схватки через него определяется стопа, рядом с ней, несколько выше — вторая стопа, ягодицы не определяются; мыс не достигается, выделения слизистые, скудные.

Сомнения наши рассеялись. При влагалищном исследовании обнаружена разновидность тазового предлежания—полное ножное предлежание (см. рис. 188).

*Какой план ведения родов?*

Перед тем как наметить план ведения родов, следует напомнить о тех осложнениях, которые могут возникнуть при ножном предлежании. Отсутствие пояса соприкосновения часто ведет к преждевременному или раннему отхождению вод. Отходящие воды нередко увлекают с собой пуповину, возникает выпадение ее, являющееся серьезным осложнением, угрожающим жизни плода. Помимо этого, отсутствие крупной предлежащей части и плодного пузыря после отхождения вод нередко является причиной слабости родовой деятельности, что может привести к значительному удлинению периода раскрытия, продолжительному безводному промежутку и развитию во время родов эндометрита.

Наконец, чем раньше отойдут воды, тем больше встретится затруднений при прохождении туловища плода через неполностью открытую шейку. Особенно серьезная угроза для жизни плода возникает при неполном открытии в момент прохождения через зев головки плода. Рождение ее задерживается. Малейшие попытки к ускорению родов, предпринимаемые в этих случаях часто без надлежащей подготовки (без наркоза), нередко только ухудшают состояние. Наступает одно из тяжелейших осложнений родов при тазовом предлежании—стриктура зева вокруг шейки плода, вызывающая смертельную асфиксию плода. Попытка ускорить роды путем извлечения за тазовый конец плода при таком состоянии не менее чревата последствиями для плода (травма шейной части позвоночника) и очень опасна для матери. При этом возможны глубокие разрывы шейки матки, идущие нередко в параметрий.

Из сказанного вытекает главная задача: как можно дольше сохранить целостность плодного пузыря и добиться наиболее полного открытия зева.

*Какими средствами можно этого достигнуть?*

1. Положить роженицу на бок и запретить резкие движения.
2. Ввести кольпепринтер.

Предложение заставить роженицу лежать на боку и запретить резкие движения является правильным. Особенно следует подчеркнуть опасность вставания таких рожениц с постели. Отсутствие пояса соприкосновения при высоко расположенных ягодицах приводит к тому, что в момент схватки вся масса околоплодных вод устремляется в ту часть плодного пузыря, которая располагается ближе к зеву. Оболочки при этом не выдерживают напряжения и разрываются. Наступает раннее отхождение вод, вслед за которым могут возникнуть указанные выше осложнения (выпадение пупо-

вины, слабость родовой деятельности, эндометрит). При положении роженицы на боку величина давления околоплодных вод на оболочки плодного пузыря, расположенные в зеве, несравненно меньше. Плодный пузырь сохраняется дольше.

Нужно следить, чтобы наблюдаемая нами роженица не вставала. Однако этого мероприятия для сохранения вод при ножном предлежании недостаточно. Более эффективным явится, конечно, кольпейризм (colpeuryisis). Введенный во влагалище стерильный баллон (кольпейринтер) емкостью 450—500 мл, наполненный стерильным физиологическим раствором, создает, во-первых, известное противодействие выпячивающемуся в зеве плодному пузырю, что предотвратит ранний разрыв его, а во-вторых, явится раздражителем, который усилит сокращения матки (рис. 205).

В 16 часов 40 минут, после повторной дезинфекции наружных половых органов, под контролем пальцев ввели во влагалище сложенный сигарообразно баллон, захваченный зажимом. Придерживая баллон пальцем, зажим удалили. Введено в полость баллона 450 мл стерильного физиологического раствора. Трубка баллона зажата пепаном.

*Какой дальнейший план ведения родов?*

1. Дождаться полного открытия зева, вскрыть плодный пузырь и низвести ножку. В дальнейшем предоставить роды естественному течению.

2. Через 8 часов удалить кольпейринтер; к тому времени, наверно, наступит полное или почти полное открытие зева, вскрыть плодный пузырь и закончить роды пособием по методу Цовьянова при ножных предлежаниях.

*Как долго держать кольпейринтер?*

Обычно баллон оставляют во влагалище на 6—8 часов. Дольше держать его не имеет смысла, так как раздражающее влияние его в течение этого срока должно проявиться полностью. Если за этот срок схватки не усилятся и открытия не наступит, то рассчитывать на дальнейший эффект от кольпейринтера вряд ли приходится. Поэтому кольпейринтер нужно удалить. Оставлять его на более длительный срок опасно и потому, что он, задерживая выделения, может способствовать развитию септической инфекции.

*Как поступить после удаления кольпейринтера?*

При полном или почти полном открытии зева шейки матки необходимо вскрыть плодный пузырь и осторожно выпустить воды.

*Нужно ли после вскрытия плодного пузыря низводить ножку плода?*

До недавнего времени такое пособие широко применяли, исходя из тех соображений, что в любой момент можно закончить роды извлечением плода за тазовый конец, используя в качестве рычага низведенную ножку.

Основным правилом ведения периода изгнания при тазовых предлежаниях является строгое выжидание. Тактика поведения врача у постели роженицы с ягодичным предлежанием плода исключительно четко была сформулирована Г. Г. Гентером: «Без серьезных показаний не производить извлечения, не тянуть за тазовый конец, дать плоду родиться до лопаток и в этот момент, если младенец не родится мгновенно, быстро и искусно совершить ручное пособие, т. е. освободить ручки и вывести головку, подражая по возможности естественному механизму родов».



Рис. 205. Кольпейринтер во влагалище.

Г. Г. Гентер был абсолютно прав, подчеркивая необходимость строгого выжидания и ошибочность взглядов некоторых авторов, что в каждом случае тазового предлежания показано извлечение. «Не извлечение в каждом случае, а готовность врача к извлечению» (Г. Г. Гентер)—вот правило, которому должен следовать врач, ведущий роды в тазовом (ножном) предлежании.

Есть основание предполагать, что на практике врачи нередко нарушают это правило. Слишком велика мертворождаемость при тазовых вообще и ножных предлежаниях в частности.

По М. Б. Трубковичу, мертворождаемость при тазовом предлежании составляет 10,1%. Н. А. Цовьянов, ссылаясь на литературные данные, указывает мертворождаемость при ножных предлежаниях, равную 15—35% и более.

Столь неблагоприятные результаты для детей при тазовом предлежании побудили некоторых авторов (Б. А. Архангельский, М. Б. Трубкович) искать выход в наружном профилактическом повороте плода. Б. А. Архангельский и его сотрудники тщательно разработали методику наружного профилактического поворота, в результате чего у них значительно снизилось число мертворождений.

Однако полностью разрешить вопрос о ведении родов при тазовом предлежании путем применения наружного профилактического поворота на головку не представилось возможным. Во-первых, потому, что в большом числе случаев наружный поворот не удается даже самому автору (9,5%); во-вторых, он требует обязательного соблюдения ряда условий [35—36-недельный срок беременности, достаточное количество околоплодных вод, возможность производства в сомнительных случаях рентгеновских снимков (см. рис. 187б) и др.], полное выполнение которых далеко не всегда возможно. Поэтому многие авторы (Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др.) считают возможным применять наружный поворот только при поперечных и косых положениях плода.

Более рациональным по ведению родов в ножном предлежании является предложение Н. А. Цовьянова, основанное на использовании известного свойства мускулатуры матки реагировать на препятствие, встречаемое предлежащей частью плода, усилением и учащением схваток. Сущность метода Цовьянова при ведении родов в ножном предлежании заключается в том, что с момента появления в половой щели ножек плода, врач, прикрыв их стерильной пленкой, ладонной поверхностью правой руки, приставленной к вульве, без давления на промежность, систематически, при каждой схватке, оказывает противодействие ножкам (рис. 20б), препятствуя рождению их раньше времени (Н. А. Цовьянов).

Этим методом устраняется одно из неблагоприятных условий, при которых обычно совершаются роды в ножном предлежании, а именно неполное открытие зева. Задержка поступательного движения ножек приводит к тому, что начинают опускаться во влагалище ягодицы, образуя вместе с ножками неполное или смешанное ягодичное предлежание. Это в свою очередь приводит к усилению сократительной деятельности матки и к более полному раскрытию зева. Полость матки, шейка и влагалище образуют сплошную родовую трубку, по которой совершается поступательное движение плода. Ягодицы опускаются до преддверия влагалища, ножки в этот момент, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать с боков ладони врача, оказывающего это пособие. Наступает момент, когда следует прекратить противодействие на ножки. При следующей схватке плод, не встречая больше препятствия, при хорошо подготовленных родовых путях рождается в одну-две потуги. При этом туловище плода и следующая за ним головка проделывают тот сложный механизм, который свойствен родам в тазовом предлежании.

*На каком методе ведения родов нам остановиться: на низведении ножки плода и последующем строгом выжидании в расчете на собственные силы организма, будучи готовыми произвести операцию извлечения за низведенную ножку, или применить пособие по Цовьянову?*

Низведение ножки подкупает тем, что мы имеем рычаг, при помощи которого в любой момент с наличием полного открытия зева можем закончить роды. Кроме того, низведенная ножка будет способствовать усилению родовой деятельности.

Однако этот метод таит в себе и большую опасность. Раскрытие зева при этом виде ножного предлежания происходит все же несовершенно. Зев

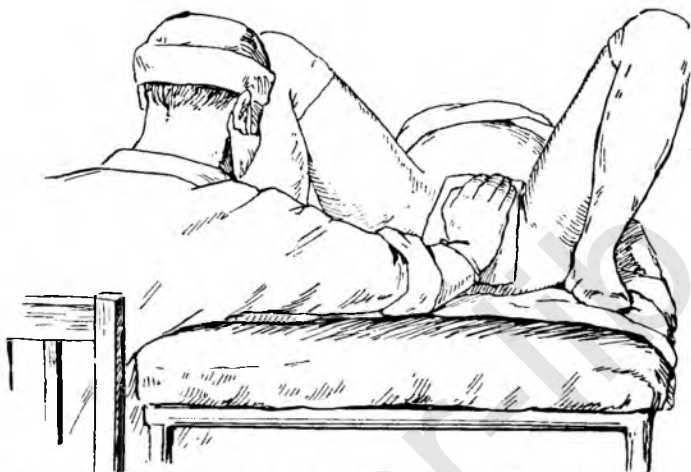


Рис. 206. Пособие при ножном предлежании по Цовьянову.

полностью, как это бывает при головном предлежании, не раскрывается. Последующая головка поэтому нередко задерживается. Кроме того, при таком ведении родов слишком часто возникает асфиксия плода, требующая оказания помощи при не полностью подготовленных родовых путях.

Метод же Цовьянова имеет преимущества. Основная задача этого метода заключается в том, чтобы добиться более совершенных условий для прохождения последующей головки.

Поэтому у нашей роженицы воспользуемся методом Цовьянова.

Родовая деятельность после введения кольпайринтера развивается удовлетворительно: схватки, повторявшиеся при поступлении через 9—10 минут, затем стали появляться через 6—7 минут (продолжительность их до 40 секунд). Каждые 10—20 минут давали кислород; в 17 часов 10 минут и 20 часов проводили профилактику асфиксии плода по методу Хмелевского—Николаева. Сердцебиение плода остается все время ритмичным, по 134—140 ударов в минуту. Кольпайринтер лежит хорошо, воды не отходят. По прошествии  $8\frac{1}{2}$  часов (27/IV) в 1 час 10 минут удалили кольпайринтер и произвели влагалищное исследование. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие почти полное — имеется небольшая в 0,5 см тонкая кайма зева; плодный пузырь цел, за ним определяются обе стопы.

Таким образом, с помощью кольпайринтера нам удалось сохранить воды; целый плодный пузырь способствовал открытию зева шейки матки.

В соответствии с принятым нами решением вскрыли плодный пузырь. Разорвав оболочку, не вынимая руки из влагалища, медленно выпустили воды, памятуя, что быстрое истечение их может сопровождаться выпадением пуповины. В то же время мы ощутили, как обе стопы начали продвигаться по влагалищу, и вскоре они оказались в половой щели.

В 1 час 20 минут приступили к оказанию пособия по Цовьянову (см. рис. 206).

Роженица энергично тужится, потуги хорошей силы, через 3—4 минуты, по 40—45 секунд. Сердцебиение плода остается все время ритмичным, по 140—144 удара в минуту. В 1 час 50 минут на тазовое дно опустились ягодицы. Руку, удерживающую ножки, отняли. После рождения плода до нижнего угла лопаток приступили к выведению туловища и головки. Оказалось, что ручки и головка плода находились в правильном членорасположении: ручки сложены на груди, головка согнута. Поэтому осложнений при выведении ручек и головки не встретилось. В 2 часа 05 минут родился живой мальчик весом 3100 г и длиной 51 см. Послед выделился самостоятельно через 15 минут, без дефектов.

Таким образом, роды у данной женщины закончились благополучно. Однако в родах при ножном предлежании нередко возникают серьезные осложнения как для матери, так и для плода. Наиболее частое из них, как указывалось выше,—несвоевременное (раннее или преждевременное) отхождение околоплодных вод. При этом отхождение вод может наступить в самом начале родовой деятельности, при открытии зева на 1—1½ пальца.

*Как поступить в этом случае? Можно ли ставить вопрос о кольпелризе или низведении ножки?*

Нет, и то и другое обычно мало приемлемо. Точно так же нельзя допустить, чтобы вытекли все воды, так как это создаст неблагоприятные условия для плода и для родового акта.

Отхождение вод при малом открытии зева и ножном предлежании плода требует немедленного введения метрейринтера в матку (стр. 350), который сохранит остаток вод, удержит ягодицы от вколачивания во вход таза, возбуждает родовую деятельность и раскроет зев шейки матки, после чего наступит возможность закончить роды изложенным выше способом.

Очень серьезным осложнением для плода является сочетание раннего отхождения вод с выпадением пуповины. Оба обстоятельства настолько осложняют течение родов при ножном предлежании, что может возникнуть вопрос о родоразрешении с помощью кесарева сечения. В частности, если у пожилой первородящей, имеющей ножное предлежание плода, отойдут воды и выпадет пуповина при открытии зева на 1—1½ пальца, то рассчитывать на сохранение жизни ребенка при рождении его обычным путем очень мало данных. Более надежным в этом случае будет кесарево сечение. В случае отказа матери от операции или наличия противопоказаний к последней следует предпринять осторожное заправление пуповины и метрейриз в расчете на то, что пуповина отойдет кверху, метрейринтер будет способствовать усилению схваток, раскрытию зева и создать условия для последующего ведения периода изгнания по методу Цовьянова.

Однако в этих случаях не может быть уверенности в том, что пуповина действительно отойдет кверху, а не будет придавлена к стенке матки расплавленным и наполненным физиологическим раствором метрейринтером. Это сразу приведет к резкому нарушению кровообращения и асфиксии плода.

Наконец, нередко осложнением при ножном предлежании является запрокидывание ручек и разгибание головки, о чем говорилось выше (стр. 354).

Таковы наиболее часто встречающиеся, но, разумеется, далеко не все осложнения родов при полном ножном предлежании плода.

**Краткий эпикриз.** Ф. К., 26 лет, повторнородящая, поступила с хорошей родовой деятельностью. Обнаружено полное ножное предлежание. В целях более длительного сохранения околоплодных вод введен кольпелринтер. При полном открытии плодный пузырь вскрыт. В периоде изгнания оказано пособие при ножном предлежании по методу Цовьянова. Родился живой мальчик весом 3100 г, длиной 51 см. Последовый период протекал нормально. Послеродовой период—без осложнений. Выписана на 10-й день со здоровым ребенком.

## ДВОЙНЯ ОДНОЯЙЦЕВАЯ

Д. В., 38 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение 7/VIII 1954 г. в 20 часов 45 минут. В направлении женской консультации указано: беременность 38—39 недель; многоводие.

Менструации с 16 лет, по 4—5 дней через 28 дней, необильные, безболезненные, установились сразу; половая жизнь с 17 лет. После замужества характер менструаций не изменился. Гинекологические заболевания отрицает. Имела 4 беременности, все закончились нормальными родами, в срок. Последние роды в 1949 г. Последняя менструация в декабре 1953 г., дату первого шевеления плода не помнит.

В первую половину настоящей беременности отмечает частую тошноту и рвоту 2—3 раза в сутки; в последний месяц беременности — затрудненное дыхание. Под наблюдением женской консультации не состояла; впервые обратилась в консультацию 7/VIII 1954 г. — в день поступления в родильное отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, кожа и видимые слизистые нормального цвета. На левой ноге отмечается варикозное расширение вен; небольшая пастозность в области голени. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Температура 37°, пульс 72 удара в минуту. Артериальное давление 130/90 мм, моча при кипячении прозрачная.

Размеры таза: 25, 29, 31, 20 см. Окружность живота 106 см; высота стояния дна матки над лоном 39 см.

Положение плода продольное; головка прижата ко входу таза; сердцебиеие плода слева на уровне пупка. Вследствие значительного напряжения стенок матки, кроме предполагаемой головки у входа таза, других частей плода прощупать не удается. Родовая деятельность отсутствует.

Беременная поступила без родовой деятельности, заблаговременно с диагнозом многоводия. Надо думать, что такой диагноз поставлен на основании значительной окружности живота (106 см) и высокого стояния дна матки (39 см).

*Какие могут быть возражения по этому поводу?*

Врач правильно поступил, что своевременно госпитализировал беременную. Выше уже отмечалось, какое значение имеет в подобных случаях заблаговременная госпитализация.

Однако можно ли категорически настаивать на диагнозе многоводия, исключив у беременной возможность многоплодия.

Многоплодие само по себе часто (примерно в трети случаев) сочетается с многоводием.

При многоводии и многоплодии беременность и роды чаще осложняются преждевременным и ранним отхождением вод, выпадением мелких частей плода. Чаще, особенно в последние недели беременности, наблюдаются расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, почек и других органов. Не будет ошибкой, если считать беременность и роды при многоплодии и многоводии акушерской патологией, требующей заблаговременной госпитализации.

Развитие одновременно двух плодов предъявляет к организму женщины повышенные требования. Вследствие быстрого роста матки, значительного растяжения ее стенок, а затем и растяжения стенок живота давление на соседние органы бывает более выраженным, чем при нормальной беременности: чаще наблюдаются нервнорефлекторные явления: утренняя рвота, запор. В поздние сроки беременности отмечается затрудненное дыхание; сердечная деятельность в некоторых случаях оказывается недостаточной; затрудненный венозный отток нередко приводит к образованию варикозного расширения вен на нижних конечностях и в области таза. Отмечаются большие нарушения в процессах обмена веществ, вследствие чего, как было указано выше (стр. 14), чаще отмечаются токсикозы беременности (нефропатия, эклампсия).

Неодинакова и судьба плодов, развивающихся в полости матки. В громадном большинстве случаев близнецы не достигают среднего веса одиночных плодов, даже если беременность доношенная. При однойяйцевой двойне

можно наблюдать, когда в ранние сроки беременности работа сердца одного плода получает перевес над сердцем другого и, наконец, при посредстве артериальных анастомозов в плаценте (см. рис. 215) один плод берет на себя кровообращение другого плода. Сердце последнего ослабевает, «запустевает» и он как «бессердечный» урод (аскардиасус) развивается за счет другого плода и рождается вместе с ним.

В других случаях один плод погибает и продолжает оставаться в матке; его околоплодные воды всасываются, а сам плод сдавливается растущим другим плодом, уплощается от сдавления и превращается в так называемый

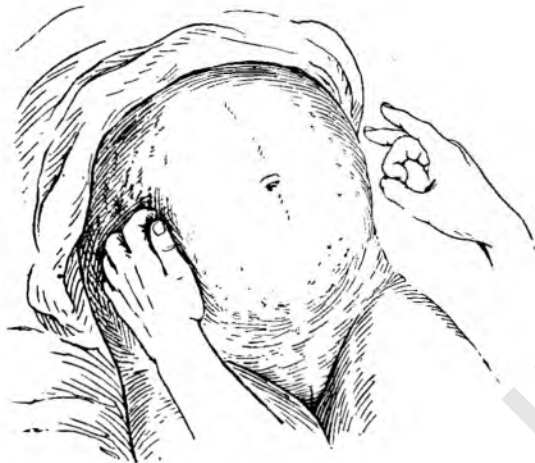


Рис. 207. Пальпация «щелчком», помогающая выявить флюктуацию.

бумажный плод (foetus papiraceus). Если отставший в своем развитии близнец остается в живых, то могут родиться близнецы, которые по своему развитию как будто относятся к совершенно различным срокам беременности. Один, например, имеет вид вполне доношенного ребенка, а другой выглядит как 5—6-месячный плод. Подобные случаи некоторые авторы ошибочно приводят в доказательство гипотезы сверхзачатия (superfoetatio).

После изложения этих общих вопросов вернемся к разбору состояния нашей беременной.

Прошло 3 суток со дня пребывания беременной в стационаре. Состояние вполне удовлетворительное, родовой деятельности нет; пастозность голеней исчезла.

10/VIII при наружном обследовании женщины обнаружено: высота стояния дна матки над лоном 40 см; окружность живота 107 см, живот значительно выбухает кпереди.

Стенки матки стали еще более напряженными; первым и вторым наружными приемами исследования прощупать частей плода не удается. Пальпация «щелчком» (рис. 207) отчетливой флюктуации на противоположной стороне не дает. По-прежнему пальпируется крупная, относительно плотная часть, прижатая ко входу (головка?). Сердцебиение плода прослушивается одно (и то неясно) на уровне пупка. Анализы крови и мочи без отклонений от нормы.

#### *Что изменилось за истекшие 3 дня?*

Увеличилась окружность живота (на 1 см), поднялось выше (на 1 см) дно матки; все другие данные остаются прежними. По-прежнему неясно: имеется многоводие или многоплодие. Отсутствие флюктуации при пальпации «щелчком» говорит скорее о многоплодии. Но это ведь не решающий признак.

У нас имеется возможность уточнить диагноз методом рентгенографии. Однако, прежде чем говорить о результатах этого исследования, постараемся наметить план поведения врача, как если бы мы не располагали методом рентгенографии.

Итак, остается неясным, что имеется у данной беременной: многоводие или многоплодие, или и то и другое вместе. При таком положении мы должны быть готовы к ведению родов при любом из упомянутых вариантов. Во всяком случае один плод находится в продольном положении, и мы имеем возможность с начала родовой деятельности уточнить подлежащую часть путем влагалищного исследования. Если повторные исследования наружными



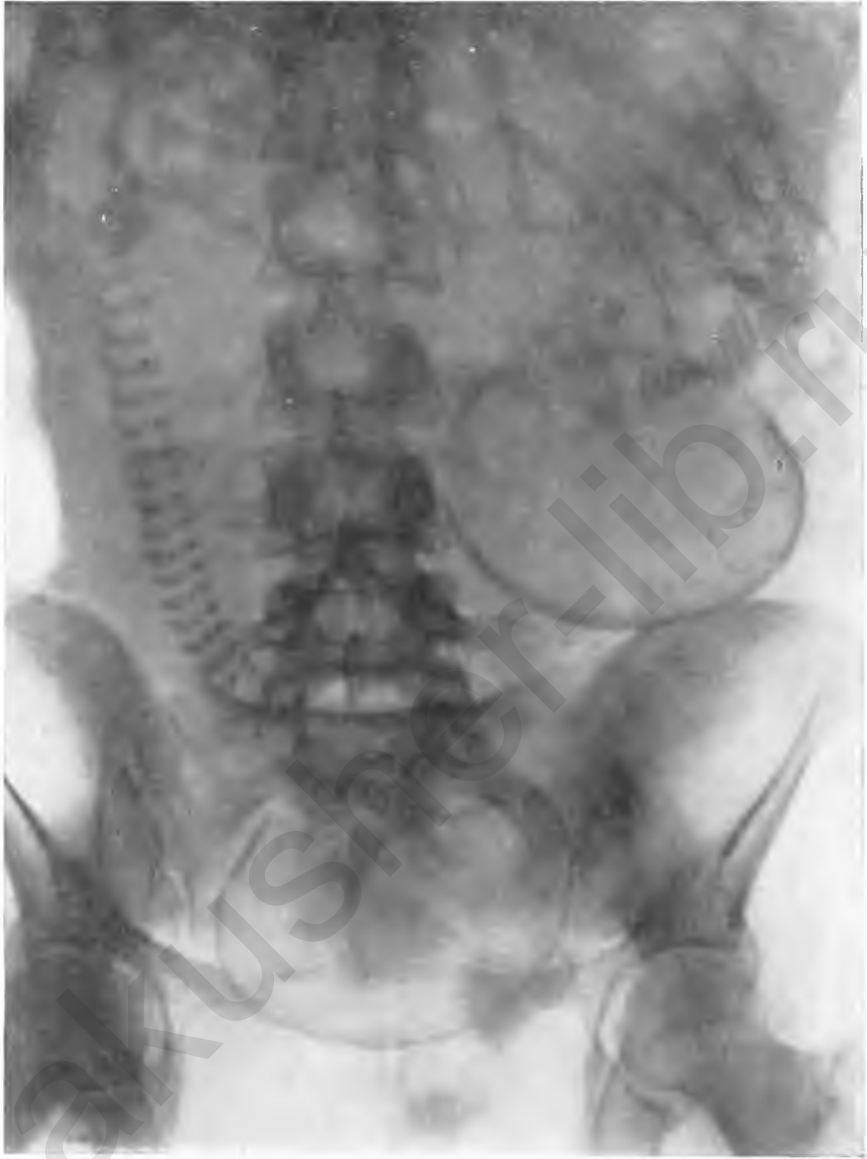


Рис. 208. Рентгенограмма. Двойня. Оба плода в продольном головном положении.



Рис. 209. Рентгенограмма. Двойня. Один плод в продольном головном, другой—в тазовом положении.



Рис. 210. Рентгенограмма. Тройня. Один плод в головном, два остальных—в тазовом положении.

приемами не позволят уточнить диагноз, будем проводить роды, как при многоводии, не забывая и о возможности многоплодия. Так или иначе, но в данный момент у беременной показаний к какому-либо вмешательству нет. Будем проверять количество выпитой жидкости и выделенной мочи и оставим нашу беременную под постоянным врачебным наблюдением.

Процент правильного распознавания двойни (без рентгенографии) у беременных и даже рожениц, по данным советских авторов, колеблется

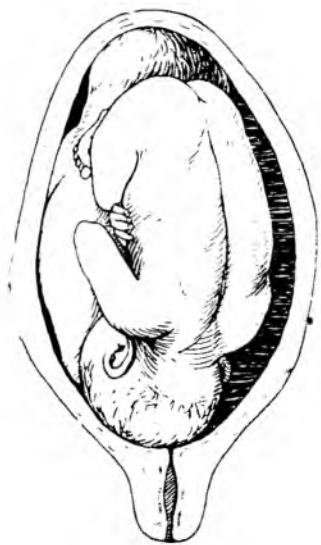


Рис. 211. Двойня. Один плод в продольном головном, другой—в тазовом предлежании, один позади другого.

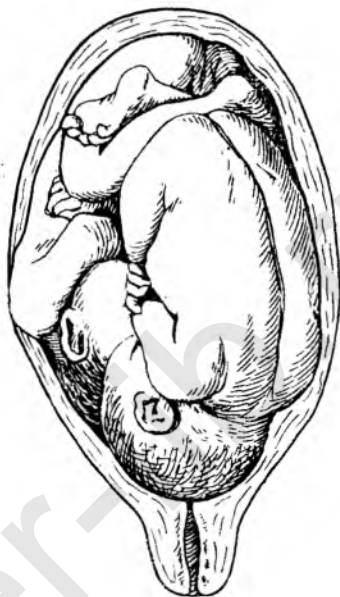


Рис. 212. Двойня. Оба плода в головном предлежании, один позади другого.

в пределах 25 и 40. Таким образом, больше чем в половине случаев точный диагноз устанавливается после рождения первого плода. Старая формула: «Есть только один верный способ узнать, что женщина беременна двойней,— это тот, когда видишь, что родился один ребенок и ощупывается в животе другой»,—отвергнута с введением в акушерскую практику метода рентгенографии (рис. 208, 209 и 210).

Метод рентгенографии при многоплодии особенно важен для профилактики преждевременных родов, кровотечений, так как позволяет сравнительно рано и точно распознать многоплодие и дает возможность заблаговременно госпитализировать беременную.

Существенное значение имеет метод рентгенографии при подозрении на многоплодие у женщины с узким тазом. Определение одного крупного плода или двух небольших плодов при настойчивом желании женщины иметь ребенка решает вопрос о кесаревом сечении.

На рентгенограмме, сделанной у данной беременной в боковом положении, была обнаружена двойня; оба плода в продольном положении: один в головном, другой в тазовом предлежании, причем один расположен позади другого. Плод, крупная часть которого предлежит ко входу таза, находится в головном предлежании (рис. 211).

Такой вариант расположения двойни особенно труден для распознавания обычными методами акушерского исследования. Теперь диагноз ясен—

двойня. Ясна и подлежащая часть, которую мы пальпировали третьим акушерским приемом,—головка.

До 18/VIII самочувствие беременной оставалось удовлетворительным. С 12 часов дня 18/VIII появились незначительные схватки, роженица переведена в предродовую палату.

*Каким теперь должно быть поведение врача?*

Единственно разумным в данном случае является выжидательный метод, который заключается в постоянном тщательном наблюдении за состоянием роженицы, характером разворачивания родовой деятельности, сердцебиением плода. Все эти данные нужно регистрировать в истории родов.

Через 2 часа от начала родовой деятельности роженица отметила подтекание вод. Сердцебиение плода остается удовлетворительным (130—132 удара в минуту), ритмичным, стало прослушиваться несколько отчетливее. Родовая деятельность слабая.

*Что предпринять?*

Немедленно произвести влагалищное исследование.

Отхождение вод меняет дело; при отсутствии плодного пузыря раскрытие протекает значительно дольше, часто осложняется восходящей инфекцией в виде endometritis sub partu, что в свою очередь нередко ведет к внутриутробной асфиксии и смерти плода. Все это усугубляется еще тем, что при многоплодии и без этого наблюдается слабость родовой деятельности.

18/VIII в 14 часов 30 минут влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, свободное; шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 2½ пальца; края зева тонкие, податливые; предлежит головка малым сегментом во входе таза, стреловидный шов почти в поперечном размере, малый родничок слева, большой—справа, несколько выше малого; на головке прощупываются оболочки плодного пузыря, вплотную покрывающие головку; мыс не достигается.

Итак, в течение 2½ часов от начала родовой деятельности имеется уже на 2½ пальца открытие маточного зева при совершенно сглаженной шейке. Нам понятен этот несколько необычный механизм сглаживания шейки матки у повторнородящей. При значительном растяжении стенок матки и ее нижнего сегмента, какое имеет место при многоплодии или значительном многоводии, нередко уже в конце беременности шейка оказывается сглаженной. Для оценки характера родовой деятельности в подобных случаях важнее степень открытия маточного зева.

Данные обследования позволяют предположить высокий боковой разрыв плодного пузыря.

*Что дает влагалищное исследование для дальнейшего ведения родов?*

Прежде всего мы уточнили подлежащую часть (если бы не было произведено рентгенографии), ее положение в тазу, состояние родовых путей, степень открытия маточного зева. Полученные данные говорят, что если и дальше родовая деятельность будет удовлетворительной, можно надеяться на самостоятельное родоразрешение.

Наша задача—следить за роженицей и за сердцебиением плода, которое нужно теперь прослушивать через каждые 10—15 минут.

Прошло 1½ часа, родовая деятельность очень вялая, временами совсем отсутствует, продвижения подлежащей части нет; воды понемногу подтекают. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное.

*Какие могут быть предложения относительно дальнейшего ведения родов?*

1. Пока сердцебиение плода хорошее и прошло немного времени от начала родовой деятельности, можно еще некоторое время выждать, наблюдая за роженицей и плодом.

2. Учитывая, что у роженицы многоплодная беременность и раннее отхождение вод, необходимо стимулировать родовую деятельность.

У нас имеются основания предположить, что роды затянутся. Затяжной характер родов, как уже отмечалось выше, угрожает и роженице, и плоду. Поэтому правильнее будет начать медикаментозную стимуляцию родовой деятельности и одновременно провести мероприятия по профилактике внутриутробной асфиксии плода.

Противопоказаний к стимуляции родовой деятельности у данной роженицы не имеется.

18/VIII в 16 часов — стимуляция родовой деятельности: 50 г касторового масла внутрь, спустя 1 час солянокислый хинин по 0,15 г (внутри), питуитрин по 0,2 мл под кожу, чередуя эти средства через каждые 15 минут. С целью профилактики внутриутробной асфиксии применили метод Хмелевского—Николаева.

Через 1½ часа после начала стимуляции родовой деятельности усилилась и головка заметно продвинулась в полость таза. Сердцебиение плода остается удовлетворительным (130 ударов в минуту, ритмичное).

В дальнейшем родовая деятельность стала вновь вялой.

18/VIII в 19 часов головка (третьим и четвертым приемом) не прощупывается со стороны большого таза — головка в полости малого таза; у роженицы появилось желание тужиться. Потуги малоэффективны, при потуге промежность не напрягается.

Следует помнить, что повторнородящие женщины иногда начинают тужиться и без рефлекторного позыва на потуги. Они помнят прежние роды и полагают, что натуживанием можно ускорить окончание родов. Как известно, настоящие потуги появляются рефлекторно в результате надавливания предлежащей части на нервные элементы тазового дна и промежности. При этом одновременно сокращается весь брюшной пресс: мышцы брюшной стенки, диафрагмы и тазового дна. Если давление на тазовое дно отсутствует, или оно недостаточное, или тазовое дно неполноценное, то и потуги малоэффективны.

*Каким должно быть дальнейшее поведение врача?*

Для уточнения ситуации снова следует произвести влагалищное исследование.

18/VIII в 19 часов 20 минут влагалищное исследование: головка плода средних размеров находится в полости малого таза, обтянута оболочками плодного пузыря; крестцовая впадина свободна только в нижней четверти; открытие зева полное; при исследовании оболочки плодного пузыря сняты с головки; стреловидный шов слегка в правом косом размере, малый родничок слева кпереди, большой справа сзади, несколько выше малого; во время исследования давлением пальцев на тазовое дно удается вызвать короткую потугу, но без заметного продвижения при этом головки.

При выслушивании сердцебиения последнее оказалось несколько учащенным, глуховатым (150 ударов в минуту).

Итак, головка в полости малого таза, открытие зева почти полное. Начало отмечаться ухудшение сердцебиения плода—угрожающая асфиксия плода.

*Что делать?*

1. Повторить профилактические мероприятия против внутриутробной асфиксии.

2. Усилить родовую деятельность наложением бинта Вербова, затягивая его во время схватки.

3. Закончить роды наложением полостных щипцов—извлечение ребенка.

Состояние плода требует быстрого родоразрешения. Профилактику внутриутробной асфиксии плода проводить необходимо, но это не сможет ускорить роды. Бинт Вербова способен до известной степени компенсировать неполноценные потуги, но он не в состоянии улучшить схватки. Учитывая, что плод в данном случае небольшой, правильнее будет прибегнуть к наложению щипцов. К тому же затягивать роды не следует. Для наложения

щипцов имеются все показания и прежде всего ухудшающееся состояние плода. Условия для наложения щипцов налицо: полное открытие наружного зева, головка в полости малого таза, некрупный плод, отошедшие воды.

18/VIII в 19 часов 30 минут роженица переведена на операционный стол.

После надлежащей подготовки на головку, стоящую в правом косом размере полости таза, наложены щипцы (стр. 279) Симпсона—Феноменова слегка в левом косом размере таза. Несколькими сравнительно легкими тракциями извлечена в щипцах девочка в состоянии синей асфиксии; в тазу с теплой водой произведено отсасывание слизи; закричала через 2 минуты, после чего пуповина перевязана и рассечена. Вес ребенка 2800 г, длина 48 см, окружность головки 34 см.

После извлечения ребенка при наружном осмотре живот стал значительно меньше; определяется отчетливо второй ребенок в продольном положении, ягодичном предлежании (см. рис. 212). Сердцебиение прослушивается справа на уровне пупка.

*Как вести роды дальше?*

1. Надо уточнить предлежащую часть путем влагалищного исследования и роды вести выжидательно.
2. Низвести ножку и ждать самостоятельного рождения второго плода.
3. Немедленно закончить роды путем низведения ножки и последующего извлечения второго плода.

Как видите, предложения противоположные. С одной стороны, не торопиться и дожидаться наступления родовой деятельности, с другой стороны, немедленно активно вмешаться и закончить роды. Разумеется, учитывая продольное положение второго плода, в известной степени правы и те, и другие. Однако, как при том, так и при другом способе ведения могут возникнуть осложнения в течении родов второго плода и в течении последового периода.

*Какие возможные осложнения следует иметь в виду?*

Прежде всего надо подумать о благополучии второго плода, так как нередко в размышлениях о характере дальнейшего течения родов после рождения первого плода в первые минуты забывают о благополучии второго плода.

Если близнецы оказываются однояйцевыми, второй плод может погибнуть от кровотечения из сосудов свисающей пуповины первого плода вследствие имеющихся многочисленных анастомозов между сосудами в плаценте (стр. 376). Поэтому надо проверить наложенную на пуповину лигатуру и в случае необходимости крепче подтянуть ее.

Далее, надо быть готовым к тому, что родовая слабость, какой сопровождалась роды первого плода, возможно, останется и при родах второго плода. Так бывает очень часто.

Не исключается угроза кровотечения и в последовом периоде вследствие плохой сократительной способности матки. Мало того, возможна частичная отслойка плаценты с сопровождающим таковую кровотечением еще до рождения второго плода. И тогда налицо опасность, угрожающая жизни и второго плода, и роженицы.

Несколько слов относительно предложения немедленно произвести влагалищное исследование с целью уточнить предлежание второго плода.

*Какое это имеет значение при продольном положении плода, при целом плодном пузыре?*

Полагаем, что только ради одного этого нет необходимости в немедленном влагалищном исследовании. Однако, учитывая большие пространственные возможности, не исключается любое предлежание, вплоть до предлежания мелкой части рядом или даже впереди головки или таза.

Для такого уточнения уместно произвести влагалищное исследование. Имеется предложение немедленно закончить роды путем низведения ножки с последующим извлечением плода. Надо думать, что те, кто внес это предложение, в случае, если бы оказалось головное предлежание, из

соображений срочного окончания родов пошли бы на поворот второго плода с головки на ягодичный конец с последующим извлечением плода.

*Как можно оценить сугубо выжидательное и чрезмерно активное ведение родов?*

Как известно, существовали различные установки по ведению родов второго плода. Существовало мнение, причем совсем недавно, что с рождением второго плода надо выждать столько, сколько понадобится, чтобы он родился самостоятельно, разумеется, при отсутствии каких-либо осложнений, требующих немедленного окончания родов. Такой сугубо выжидательный метод, при котором роженица может оставаться со вторым плодом много часов и даже несколько дней, нельзя признать гуманным и безвредным, даже если в данное время нет видимых осложняющих обстоятельств.

Некоторые авторы, наоборот, настаивают на немедленном активном вмешательстве с целью закончить роды вторым плодом. И эту точку зрения нельзя признать полностью справедливой.

Долгий опыт и наблюдения убедили акушеров в том, что торопиться с извлечением второго плода без экстренных показаний не следует. Необходимо дать роженице несколько отдохнуть. Кроме того, слишком быстрое опорожнение матки ведет, с одной стороны, к быстрому понижению внутрибрюшного давления, вследствие чего сосуды брюшной полости переполняются кровью, а верхняя часть туловища и особенно головной мозг испытывают временное малокровие, что нередко сопровождается обморочным состоянием и даже шоком. С другой стороны, быстрое опорожнение значительно растянутой до этого матки не дает возможности последней хорошо сократиться, в результате чего отмечается сильное кровотечение в последовом периоде, которое, кстати сказать, и так бывает сравнительно нередко при многоплодных родах.

При определении тактики ведения родов второго плода необходимо руководствоваться общим состоянием роженицы, состоянием и положением второго плода, характером и исходом родов первого плода. Если имеются показания, нужно немедленно произвести активное акушерское вмешательство, если показания отсутствуют, уместен выжидательный метод. Выжидание длится обычно до появления схваток, но не дольше часа после рождения первого ребенка. Если в течение указанного срока родовая деятельность не появляется и после стимуляции питуитрином (1 мл), рекомендуется активно вмешаться для окончания родов второго плода.

Было еще одно предложение: низвести ножку и дальнейшее рождение плода предоставить естественному течению.

Нам думается, что из всех предложений это наименее целесообразное. В самом деле, в стремлении сохранить жизнь ребенку мы только одним низведением ножки создали бы большую угрозу для его жизни (стр. 358). Неразумно разорвать пузырь, низвести ножку и при полном открытии маточного зева не закончить роды извлечением плода.

Следовательно, остановимся на выжидательном методе.

Будем следить за состоянием роженицы и второго плода, выслушивая через каждые 10 минут его сердцебиение.

18/VIII в 20 часов — состояние роженицы вполне удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Положение плода продольное, предлежащая часть — ягодицы, низко у входа таза; сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное, схваток нет.

Прошло полчаса, кровотечения нет, схваток нет. Роженица несколько отдохнула. После рождения первого плода схватки обычно на некоторое время (15—20 минут) прекращаются, когда происходит ретракция полого мускула. Но это время уже прошло, и уместно впрыснуть 1 мл питуитрина, чтобы вызвать схватки.



В 20 часов 05 минут введен под кожу 1 мл питуитрина. Через 5 минут появились слабые, короткие схватки, повторяющиеся в течение 10 минут, и вскоре совсем прекратились.

Прошло уже около часа выжидания. Рождения второго плода самостоятельно не происходит, и мы решили активно вмешаться в течение родов.

18/VIII в 20 часов 20 минут обмыт свисающий конец пуповины и положен в паховый сгиб роженицы; обмыты наружные половые органы роженицы. После соответствующей дезинфекции рук врач сложенную конусообразно кисть правой руки ввел во влагалище. Обнаружено полное открытие маточного зева, края его тонкие, напряженный плодный пузырь выбухает во влагалище; через оболочки пузыря прощупываются петли пуповины, ягодича и стопа. Плодный пузырь разорван; захвачена стопа, а затем голень (рис. 213); ножка низведена и выведена из влагалища; за выведенную ножку плод бережным вращением в сторону большого пальчика переведен в передний вид и извлечен до нижнего угла лопаток; ручки освобождены легко; головка выведена по Фейту—Смелли. Извлечена девочка весом 2400 г, длиной 48 см; окружность головки 33 см.



Рис. 213. Ножка захвачена за голень.

Наступил третий период родов—последовый. При многоплодных родах этот период особенно опасен и ответствен. Кровотечение в последовом периоде при многоплодных родах наблюдается значительно чаще (в 4—5 раз), чем при родах одним плодом. Поэтому всегда надо быть наготове.

Через 15 минут после извлечения второго плода началось кровотечение. Матка шарообразной формы, дном стоит на 2 пальца выше пупка. При надавливании ребром ладони над симфизом обе пуповины втягиваются во влагалище. Ввиду продолжающегося кровотечения (400 мл) применили выжимание последа по методу Креде — Лазаревича; послед выделился; матка сократилась хорошо, кровотечение прекратилось.

Это удачный исход. Чаще мы бываем вынуждены идти на ручное отделение последа, и тогда роженице приходится давать наркоз.

Роды закончены, но опасность кровотечения еще не миновала. В подобных случаях нередко бывает кровотечение и в первые часы послеродового периода. Поэтому родильницу не следует переводить в послеродовую палату, а нужно оставить ее на 3 часа в родильном зале, где за ней будет вестись тщательное наблюдение.

С целью предупредить атоническое кровотечение родильнице ввели под кожу 1 мл питуитрина, на низ живота положили пузырь со льдом.

Не откладывая, приступим к тщательному осмотру последа. Необходимо выяснить следующее: 1) вся ли плацента (или плаценты) вышла, нет ли дефектов плацентарной ткани; 2) все ли оболочки; 3) из скольких слоев оболочек состоит перегородка—из двух или четырех (рис. 214); 4) одна или две сросшиеся плаценты; 5) нет ли анастомозов между сосудами обеих плацент.

На основании всех указанных признаков мы должны вписать в историю родов диагноз одно- или двуяйцевая двойня.

В повседневной практике акушера вопрос точной диагностики одно- или двуяйцевой двойни не является актуальным. Данный вопрос не заострялся еще и потому, что для акушера эта диагностика после рождения близнецов как будто не представляет затруднений. Одна или две плаценты, общий или отдельный хорион, смежная

стенка из двух или четырех слоев оболочек — вот признаки, которыми обычно пользуются; если к тому же учесть одинаковый или разный пол близнецов, — диагноз может быть без особого труда установлен. Не всегда, однако, в истории родов при рождении близнецов одного пола отмечают, одно- или двуяйцевая эта двойня. В лучшем случае указывают: «одна» или «две» плаценты; «одна» плацента по внешнему виду еще не означает, что двойня обязательно однойцевая. Если для акушера возможная при этом ошибка и не является существенной, то для антрополога при последующем изучении близнецов такая ошибка или неточность далеко не безразлична.

Основная и наиболее сложная задача в изучении близнецов, от разрешения которой зависит изучение фенотипических и других особенностей, заключается в определении одно- или двуяйцевого характера отдельных близнецовых пар.

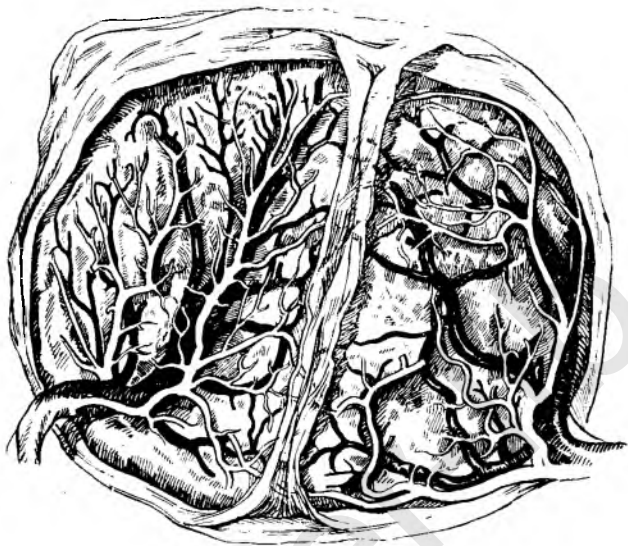


Рис. 214. Плодовая сторона плаценты однойцевой двойни. Перегородка из двух слоев оболочек (амнион).

Строение околоплодных оболочек и плаценты, которое обычно считается безошибочным критерием для установления однойцевой или двуяйцевой двойни, не всегда дает возможность быстро разобраться в диагнозе, так как известно, что при развитии двух яиц эти образования часто срастаются. Для амниона это составляет частое явление, ворсинчатая оболочка также обнаруживает самые различные степени сращения в зависимости от расстояния, на котором два яйца укрепляются в полости матки. Принято считать, что развитие близнецов в одном хорионе может служить хотя и не абсолютным, но все же важным доказательством однойцевой двойни, так как лишь у небольшой части двуяйцевых двоен можно встретить сращение ворсинчатых оболочек. Встречается, правда, крайне редко, однойцевая двойня и в общем амнионе — моноамниальная однойцевая двойня.

Наш опыт показал, что в практической работе могут встретиться такие случаи, когда обычный осмотр плаценты и оболочек недостаточен и иногда даже допускает возможность неправильного диагноза. Поэтому мы пользуемся вспомогательным методом дифференциальной диагностики для тех редких случаев, где обычных акушерских данных, чтобы поставить правильный диагноз, оказывается недостаточно.

Установлено, что в общей плаценте однойцевых двоен и троен существуют анастомозы между сосудами плаценты. Не всегда на эти анастомозы обращают должное внимание и не всегда их так легко обнаружить. Наличие анастомозов не говорит абсолютно во всех случаях о наличии однойцевой двойни, зато отсутствие анастомозов убедительно указывает на двуяйцевую двойню.

Для определения анастомозов пользуемся простым и доступным методом — плацентографией, позволяющей демонстративно установить или отвергнуть наличие таких анастомозов и тем самым облегчить установление диагноза (рис. 215, 216 и 217).

Техника производства плацентографии такова: в отмытую осторожно от сгустков крови плаценту через пупочную вену (сначала одной пуповины, а после первого рентгеновского снимка другой пуповины) с помощью шприца Жане наливают 100—120 г контрастной массы и производят последовательно один за другим рентгеновские

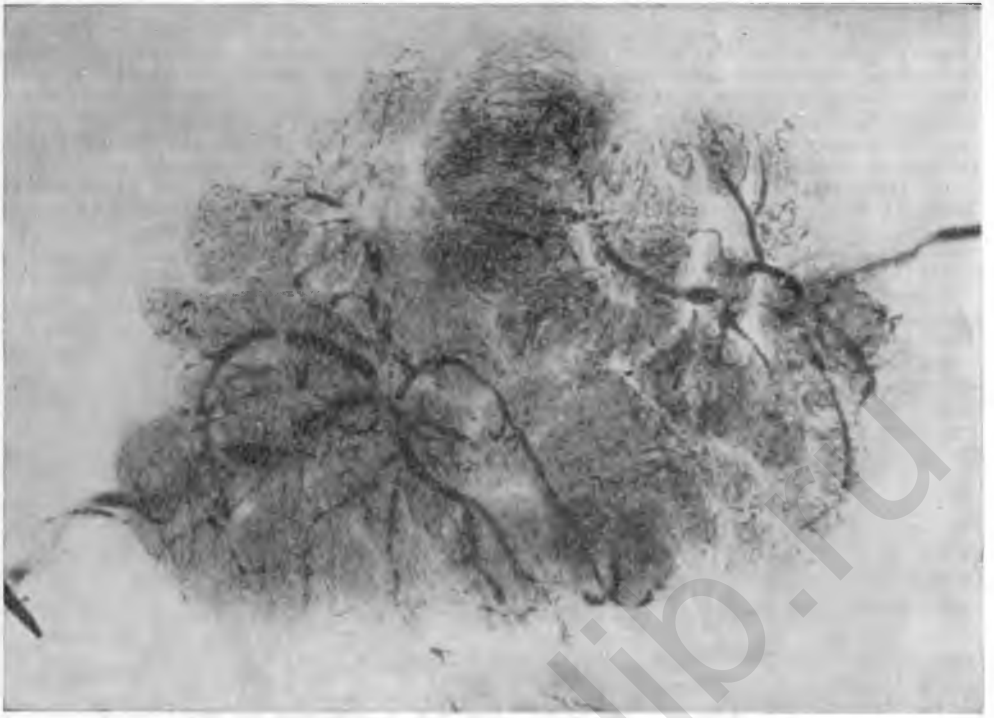


Рис. 215. Рентгенограмма. Сосудистая система плаценты однояйцевой двойни-анастомозы.

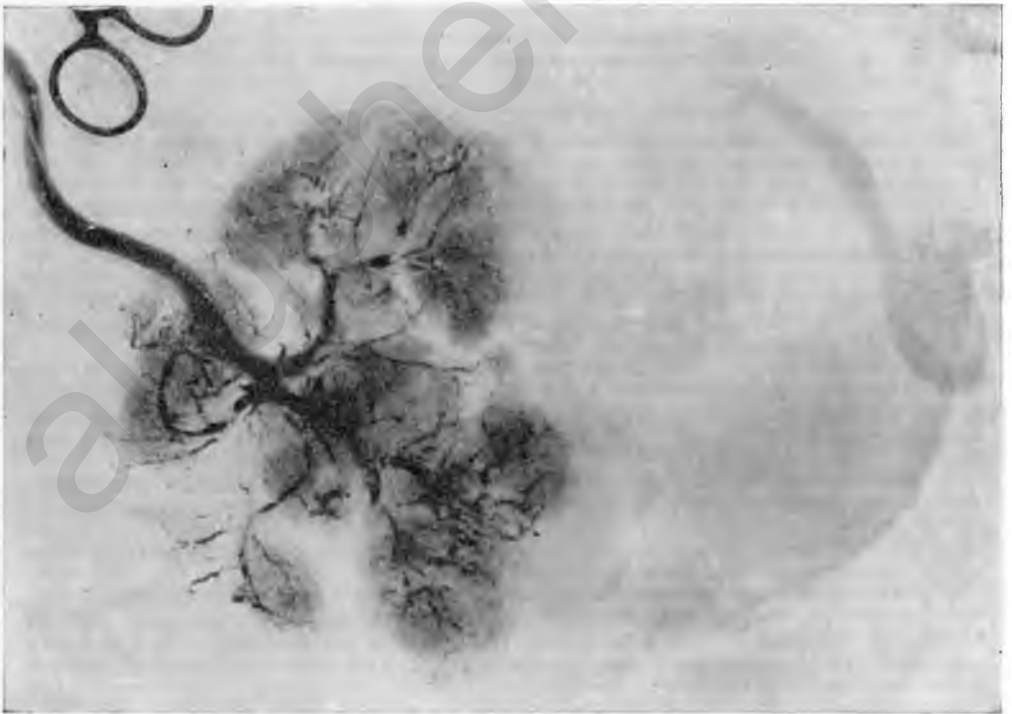


Рис. 216. Рентгенограмма. Двухяйцевая двойня. Сосуды одной плаценты.

снимки. В качестве контрастной массы мы пользуемся эмульсией из смеси порошкообразного сурика (две части), скипидара (две части) и парафинового масла.

У данной родильницы послед один, целый; оболочки все, целы; перегородка из двух слоев водной оболочки (однойцевая двойня) (см. рис. 214).

**Краткий эпикриз.** Д. В., 38 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение с диагнозом многоводия на 38—39-й неделе беременности. В стационаре была заподозрена многоплодная беременность, а рентгено-



Рис. 217. Рентгенограмма. Двуйцевая двойня (та же, что на рис. 216). Сосудистая система обеих плацент—анастомозы отсутствуют.

графия окончательно подтвердила диагноз двойни. При этом оба плода в продольном положении; один—в головном, другой—в тазовом.

Роды первым плодом осложнились ранним отхождением вод и первичной родовой слабостью. Была проведена медикаментозная стимуляция родовой деятельности; большого эффекта достигнуто не было. Вследствие ухудшения состояния плода роды закончены наложением полостных щипцов.

Роды вторым плодом вследствие отсутствия достаточной родовой деятельности и безрезультатного применения питуитрина закончены искусственным разрывом плодного пузыря, низведением ножки и извлечением плода.

Родились две девочки весом 2800 и 2400 г, доношенные.

В последовом периоде кровотечение, вследствие чего применено выжимание последа по Креде—Лазаревичу. Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 12-е сутки со здоровыми детьми под наблюдение консультации.

### ДВОЙНЯ ДВУЯЙЦЕВАЯ

К. В., 35 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение 24/IX 1955 г. в 16 часов 30 минут с диагнозом: беременность на 40-й неделе; нефропатия.

Менструации с 14 лет, через 28 дней по 3—4 дня, необильные, безболезненные; установились сразу.

Половая жизнь с 25 лет. Гинекологические заболевания отрицает. Имела одну беременность, закончившуюся в 1946 г. нормальными родами в срок живым доношенным ребенком.

Последняя менструация с 18/XII по 21/XII 1954 г. Появление первого шевеления плода не помнит.

Настоящая беременность вторая. Посетила женскую консультацию на протяжении беременности 4 раза. Беременность протекала нормально до последнего месяца. За последний месяц заметила появление отеков на голенях; обратилась в консультацию, где была обнаружена бо́льшая, чем обычно, прибавка в весе, повышенное артериальное давление. Беременная была направлена в родильное отделение.

Общее состояние удовлетворительное. Беременная правильного телосложения; кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Отмечается небольшая отечность стоп и голеней. При исследовании со стороны сердца, органов дыхания, пищеварения отклонений от нормы обнаружено не было. Температура  $36,7^{\circ}$ ; пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 160/110 мм. В моче следы белка.

Размеры таза: 26, 28, 31, 20 см; окружность живота 105 см; высота стояния дна матки над лоном 41 см.

Положение плода продольное, головка подвижна над входом таза; сердцебиение плода прослушивается слева на уровне пупка, глухое. Родовая деятельность отсутствует.

По всем объективным данным, беременность, по-видимому, доношенная, на 40-й неделе.

Беременная поступила с диагнозом нефропатии; и действительно, наличие повышенного артериального давления, небольшая отечность стоп и голеней, небольшая альбуминурия, значительная прибавка в весе за последний месяц—все это подтверждает диагноз.

Врач женской консультации поступил правильно, направив беременную в стационар. Здесь ей будет назначено соответствующее лечение с целью предупредить дальнейшее развитие нефропатии. В таких случаях постельный режим, тепло, бессолевая диета, магниезиальная терапия (стр. 9). не только не предупреждают дальнейшего развития заболевания, но и ликвидируют уже начавшиеся проявления нефропатии—отеки, альбуминурию—и снижают артериальное давление.

*Что еще обращает на себя внимание у этой беременной?*

При поступлении беременной сразу обращает внимание значительный объем живота. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 41 см. Это, разумеется, необычно для нормальной беременности.

Появился и другой диагноз: возможно, что у беременной или многоводие, или многоплодие. Данное предположение вполне вяжется с диагнозом нефропатии, так как именно при многоплодии и многоводии это осложнение беременности встречается особенно часто.

Многоплодная беременность предъявляет к организму женщины более высокие требования, чем обычная беременность; при ней чаще наступают различные расстройства; чаще наблюдаются явления токсикозов, нефропатии. Так, по данным А. И. Шабалиной (1954), на 505 родов двойней многоводие отмечено в 35% против 2—3% при одноплодной беременности; токсикозы второй половины беременности при многоплодии отмечены в 15% против 2—3% при одноплодной беременности. Учитывая особенности течения родов при многоплодии, следует помнить, что если нельзя немедленно поставить точный диагноз, то во всяком случае надо быть всегда наготове.

При развивающейся многоплодной беременности обращает на себя внимание несоответствие между сроком беременности и величиной матки; дно матки ежемесячно поднимается выше, чем при одном плоде. При одноплодной нормальной беременности высота стояния дна матки ежемесячно увеличивается на 4 см и к концу беременности достигает уровня 32—34 см над лоном. У нашей беременной высота стояния дна матки соответствует 41 см.

Длина окружности живота при доношенной одноплодной нормальной беременности колеблется в пределах 96—97 см; у нашей беременной окружность живота достигает 105 см. Многоплодная беременность часто сопровождается и многоводием, почему окружность живота может значительно превышать указанную цифру. Мы, например, наблюдали беременность с многоплодием и многоводием, у которой окружность живота составляла 135 см. Бесспорно, этих данных достаточно, чтобы не только предположить, но и утверждать, что в данном случае имеется либо многоплодие, либо многоводие.

*Что же именно у данной беременной: многоплодие, многоводие или то и другое вместе?*

Попытаемся по возможности уточнить диагноз, используя для этого все имеющееся в нашем распоряжении. Однако мы можем сказать заранее, что это не всегда нам удастся. Прощупывание не менее трех крупных частей плода, обилие мелких частей, одновременное выслушивание в разных местах двух совершенно различных по частоте сердцебиений плода, наконец, анамнез беременной или роженицы—вот что позволяет с большим вероятием поставить диагноз двойни.

Пальпацией через стенку матки наружными приемами исследования нам удалось только прощупать крупную плотную часть, баллотирующую над входом таза,—головку плода. Во всех остальных местах из-за значительного напряжения стенок матки не удается прощупать какую-либо часть плода.

Пальпация «щелчком» по одной боковой стороне матки не передается в виде флюктуации на другую сторону, где плашмя положена ладонь второй руки (см. рис. 207). Этот прием помогает нам нередко дифференцировать многоплодие от многоводия. При многоводии и одном плоде обычно удается ощущать эту флюктуацию, так как имеется одна большая амниотическая полость.

Если считать, что один из двух диагнозов бесспорен, то в данном случае мы по этому признаку склоняемся в пользу многоплодия.

Сердцебиение плода прослушивается слева на уровне пупка, глухое. При тщательном выслушивании сердцебиения плода в различных местах живота удалось в дне матки прослушать, ближе вправо, еще одно сердцебиение, правда, более глухое, но ритмичное. Для установления диагноза двойни решили выслушивать сердцебиение в этих двух местах одновременно вдвоем и подсчитывать его частоту. Установив стетоскопы в указанных местах, мы по данному сигналу начинали строго одновременно считать сердечные удары и также строго одновременно по сигналу, ровно через минуту, заканчивали счет. Выявилось, что частота сердечных ударов разнится на 15 ударов в минуту. Такой подсчет мы повторили несколько раз, причем по-прежнему сохранялась отмеченная выше разница (10—15 ударов).

Диагноз двойни становится почти очевидным.

Чаще при двойне плоды размещаются по длине полости матки: один—справа, другой—слева. Такое расположение наиболее благоприятствует распознаванию двойни. Плоды располагаются продольно один рядом с другим (рис. 218), или продольно один позади другого (см. рис. 211), или один в продольном, а другой в поперечном положении, или оба в поперечном (рис. 219). При продольном положении близнецы могут располагаться или оба в головном, или оба в тазовом, или один в головном, а другой в тазовом предлежании.

При напряжении брюшной стенки обычными приемами пальпации обычно бывает трудно установить положение плодов. Совокупность таких признаков, как чрезмерное растяжение брюшной стенки, высокое стояние дна матки, прощупывание трех крупных частей, бывшие в анамнезе двойни и др. может подкрепить предполагаемый диагноз многоплодия, однако это еще не дает точного определения числа плодов и тем более характера их распо-

ложения. Процент правильного распознавания двойни у беременных и рожениц некоторыми авторами определяется не более чем 25—40.

Точный диагноз многоплодия во время беременности можно установить с помощью рентгенографии (стр. 369). Располагая возможностью проведения этого метода, мы прибегли к нему для подтверждения диагноза, а главное для уточнения положения плодов. Повторяем, если нет возможности произвести рентгенографию, можно в подобном случае обойтись и без нее. Тщательное наблюдение за беременной, внимательные повторные обследо-

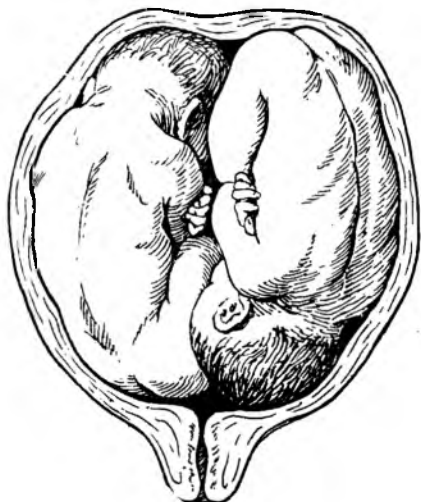


Рис. 218. Двойня. Оба плода в продольном положении рядом.



Рис. 219. Двойня. Оба плода в поперечном положении.

ния оказываются в повседневной практике обычно достаточными для установления диагноза.

Итак, диагноз установлен: беременность на 39—40-й неделе; двойня; нефропатия.

Госпитализация беременной важна не только для лечения нефропатии. При многоплодной беременности значительно чаще, чем обычно, наблюдаются преждевременные роды. Многоплодная беременность почти в половине случаев заканчивается поздним выкидышем и преждевременными родами (П. Н. Гузиков). Наиболее эффективным мероприятием, предупреждающим указанное осложнение и в значительной степени улучшающим исход подобной беременности, является заблаговременная госпитализация.

Лечение нефропатии проводилось, как обычно (стр. 9). В течение 4 дней пребывания в стационаре у беременной почти исчезли отеки на ногах, сохранилась лишь незначительная пастозность в области лодыжек; она потеряла в весе 2,5 кг. Состояние беременной удовлетворительное.

29/IX с ночи отмечает появление незначительных схваток, очень коротких и редких. Так продолжалось в течение всего дня и ночи на 30/IX: схватки короткие (25—30 секунд) и слабые, но периодические. Головка прижата ко входу таза. Воды целы.

*Почему схватки остаются слабыми почти на протяжении суток?*

Вследствие чрезмерного растяжения маточных стенок при многоплодии, как и при многоводии, родовая деятельность бывает очень часто вялой; первичная родовая слабость—одно из частых осложнений при таких родах. Однако нередко и такая вялая родовая деятельность при многоплодных родах оказывается достаточной для того, чтобы открыть родовые пути.

Иногда при многоплодии или значительном многоводии вследствие растяжения стенок матки уже в конце беременности до начала схваток обнаруживается сглаженная шейка и небольшое открытие наружного зева. Понятно, что при таком состоянии нижнего сегмента продолжающиеся длительный период даже и слабые схватки могут привести к достаточному открытию маточного зева.

*Как вести роды дальше?*

Для уточнения состояния родовых путей, подлежащей части плода и ее положения надо произвести влагалищное исследование. Однако прежде чем произвести это исследование, необходимо взвесить все, с чем мы можем встретиться и что может нас одновременно с исследованием заставить произвести ту или иную акушерскую операцию.

Для акушера влагалищное исследование в сущности не должно быть началом мышления. Это исследование должно либо подтвердить, либо отвергнуть уже имеющиеся у него предположения и тем самым уточнить диагноз и определить характер и время вмешательства.

*С чем можно встретиться у нашей роженицы при влагалищном исследовании?*

По наружному осмотру—многоплодие; головка прижата ко входу таза; первичная родовая слабость. Допустим, что все это правильно. Но разве для нас одинаково, что обнаружено при исследовании: совершенно сглаженная шейка и большое открытие маточного зева (при этом прощупывается один плодный пузырь или даже оба плодных пузыря) или шейка, не полностью сглаженная и укороченная, канал которой пропускает лишь 1—1½ пальца?

Конечно, нет. Мы хорошо продумали эти варианты и имеем примерное решение, что будем делать в каждом случае. Так, если бы оказалось, что шеечный канал только укорочен, пропускает 1—1½ пальца, мы могли бы уточнить осторожно сквозь оболочку плодного пузыря, если это удастся, характер подлежащей части плода, попутно обследовать костный таз и на этом закончить исследование.

Другое дело, если окажется, что у роженицы шейка сглажена, открытие зева большое (около 4 пальцев), при этом могут даже прощупываться плодные пузыри обоих плодов. Родовая слабость в данном случае связана с очень значительным растяжением стенок матки; одним из средств, способствующих усилению родовой деятельности, оказывается разрыв плодного пузыря. Однако прежде чем к этому прибегнуть, необходимо взвесить все обстоятельства за и против, чтобы не создать еще большей патологии.

При несглаженной шейке, открытии канала на 1—2 пальца, головке, подвижной над входом таза, мы не рискуем разорвать пузырь. Подобное вмешательство может привести к ряду осложнений: излитию сразу очень большого количества вод, иногда с выпадением пуповины. Другое дело, если шейка сглажена, открытие зева на 3 пальца и больше, головка плотно стоит во входе таза. Здесь роль плодного пузыря выполнена и разрыв его не угрожает указанной выше патологией, медленное вытекание вод ведет к постепенной ретракции мышечных волокон стенок матки и делает их способными к более активным сокращениям.

30/IX в 12 часов, после предварительной подготовки, произведено влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, широкое, шейка матки почти сглажена, открытие наружного зева на 3 пальца, края зева несколько утолщены в виде валика, мягкие; прощупывается слегка напряженный плодный пузырь, передних вод мало, головка прижата ко входу таза; стреловидный шов в поперечном размере таза, малый родничок слева, большой справа, несколько выше малого; мыс не достигается.

Пальцами разорван плодный пузырь, излилось незначительное количество светлых околоплодных вод, и тут же, не вынимая руки, мы убедились, что головка спустилась ниже, во вход таза (рис. 220).



Итак, наши предварительные рассуждения помогли нам избрать правильный образ действия при влагалищном исследовании.

В самом деле, через 10 минут у роженицы начались более сильные, чем раньше, схватки. В 13 часов головка уже полностью опустилась в полость таза, и роженица стала тужиться. Сердцебиение плода прослушивается отчетливо слева над симфизом, 130 ударов в минуту, ритмичное. В 13 часов 15 минут родился мальчик весом 2350 г, длиной 46 см, крик громкий, кожные покровы розовые, чистые. Произведена обработка глаз новорожденного по методу Матвеева (2% Sol. argenti nitrici по одной капле на конъюнктиву глаза). Пуповина перевязана в двух местах, и плод отделен от матери.

После рождения первого плода обнаружен в матке второй плод, в поперечном положении, головка справа (см. рис. 220).

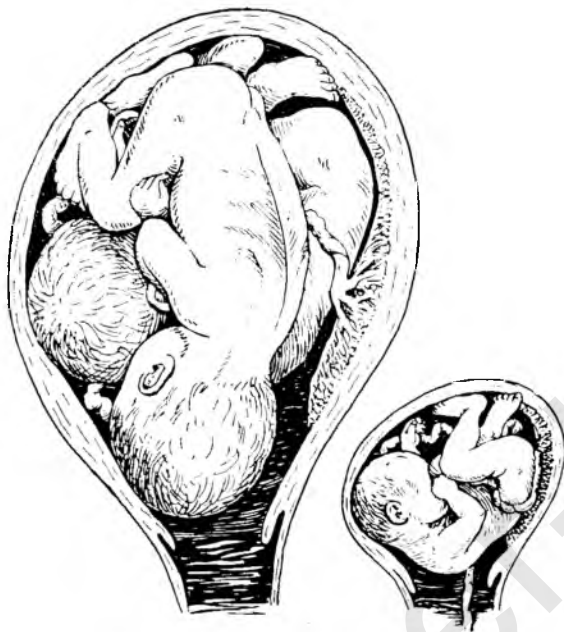


Рис. 220. Двойня. Первый плод в продольном головном, второй — в поперечном положении.

Перевязка плацентарного конца пуповины, и к тому же весьма тщательная, при двойне является мероприятием особого значения. При одном плоде перевязка остающегося плацентарного конца пуповины не имеет большого значения. В случае же одной двойни отсутствие этой перевязки может привести к смерти второго, еще не родившегося близнеца от кровотечения через сосуды пуповины первого плода. При одной двойне имеется общий круг кровообращения с анастомозами в плаценте (см. рис. 215). Как говорят, второй плод может «истечь кровью» через плаценту первого плода.

Перед нами встала новая задача.

*Каким должно быть дальнейшее поведение врача при ведении родов вторым плодом?*

1. Ожидать появления родовой деятельности и вслед за этим произвести поворот второго плода за ножку.

2. Произвести поворот второго плода сейчас же.

3. Произвести поворот второго плода и тотчас же извлечь его.

Обычно при продольном положении обоих плодов после рождения первого плода, если все обстоит благополучно, рекомендуется несколько подождать (не более часа). За это время роженица успевает отдохнуть от только что закончившихся родов; кроме того, мускулатура матки, несколько ретрагированная, вскоре снова начинает сокращаться. Если этого не происходит, то по прошествии, не более часа приступают к активному вмешательству (стр. 373).

*Как лучше поступить, если второй плод продолжает оставаться в поперечном положении?*

Полагаем, что в подобном случае ожидать появления родовой деятельности нецелесообразно, тем более что могут отойти воды и это лишь затруднит наше дальнейшее вмешательство. Ведь операция поворота плода на ножку

неизбежна. И для ее производства пока налицо благоприятные условия (полное открытие наружного зева, целый плодный пузырь).

*Ограничиться ли только операцией поворота плода на ножку и предотвратить в дальнейшем роды самостоятельному течению или вслед за поворотом извлечь ребенка?*

Операция поворота на ножку в данном случае, надо полагать, окажется легкой. Однако самый поворот плода, раздражение его кожных покровов рукой акушера, производящего поворот, очень часто вызывают у плода преждевременные дыхательные движения. Следовательно, имеется некоторая угроза плоду, если ограничиться лишь одним поворотом. Эта угроза внутриутробной асфиксии усугубляется и тем, что остающаяся низведенная наружу после поворота ножка оказывается в отличие от всей остальной части плода в значительно более низкой окружающей температуре, что также способствует появлению дыхательных движений, наступлению внутриутробной асфиксии плода. Ограничиться только одним поворотом на ножку—значит подвергать плод риску внутриутробной асфиксии. Нет никаких оснований рисковать жизнью и здоровьем плода, если налицо все условия для его извлечения.

При повторном наружном осмотре определяется: поперечное положение плода, головка справа, над входом таза, предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода на уровне пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. Из влагалища свисает остаток пуповины первого плода. Кровотечения нет.

30/IX в 13 часов 35 минут роженица перевезена в операционную; обычная дезинфекция наружных половых органов.

*Versio in pedem foetus secundi.* Конусообразно сложенная кисть правой руки введена во влагалище; левая рука ладонью положена на дно матки и фиксирует последнюю (стр. 392). Открытие зева полное, передний край зева слегка утолщен, плодный пузырь цел, несколько напряженный. За пузырем определяются петли пуповины. Плодный пузырь разорван, и тут же правая рука введена в полость плодного яйца, при этом обнаружено, что плод расположен поперечно в нижнеспинном положении (см. рис. 220), головка справа, а ножки (голени и ступни) с трудом определяются высоко у дна матки.

Захвачена ножка, которая оказалась левой; головка левой (наружной) рукой акушера отодвинута кверху, после чего левую руку он перевел (снаружи) на ягодичный конец и старался последний приблизить ко входу таза, что облегчило поворот и низведение ножки. Низведенная ножка выведена из влагалища, она оказалась обращенной тыльной стороной кверху, что говорит о создавшемся после поворота переднем виде. Потягиванием за ножку плод вытянут до ягодичного пояса, а затем проведено извлечение, как при ягодичном предлежании (стр. 345). Извлечение плода прошло легко; родилась девочка весом 2200 г, длиной 46 см; крик громкий, кожные покровы розовые, чистые. Глаза обработаны по способу Матвеева, пуповина перевязана.

Начался послеродовой период—весьма ответственный при родах двойней. Нужно всегда быть наготове на случай борьбы с атоническим кровотечением.

Через 15 минут после рождения второго плода признаки Чукалова—Кюстнера (см. рис. 97), высота стояния дна матки и ее форма (стр. 196) показали, что плацента отделилась и опустилась. Женщине предложено потужиться при одновременном применении метода Абуладзе (см. рис. 98); послед выделился. Общая кровопотеря 300 мл.

При осмотре материнской стороны плаценты налицо две плаценты, интимно «спаянные» друг с другом; плаценты без дефектов. При осмотре плодовой стороны плаценты отмечено следующее: перегородка состоит из четырех оболочечных листков: два амниона и два хориона (рис. 221); пуповина первого плода в центральном прикреплении, второго — в боковом.

Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 15-е сутки со здоровыми детьми.

**Краткий эпикриз.** К. В., 35 лет, повторнородящая, направлена в родильное отделение с диагнозом нефропатии. В стационаре, помимо нефропатии, установлено многоплодие. Постельным режимом, диетой и соответствующим лечением предотвращено развитие нефропатии. В дальнейшем при родах у женщины отмечается первичная слабость родовой деятель-

ности, в связи с чем произведен искусственный разрыв плодного пузыря. После рождения первого плода установлено, что положение второго плода поперечное. После искусственного разрыва плодного пузыря произведен поворот на ножку с последующим извлечением живого плода. Последовый период без осложнений. Двойня двуяйцевая.

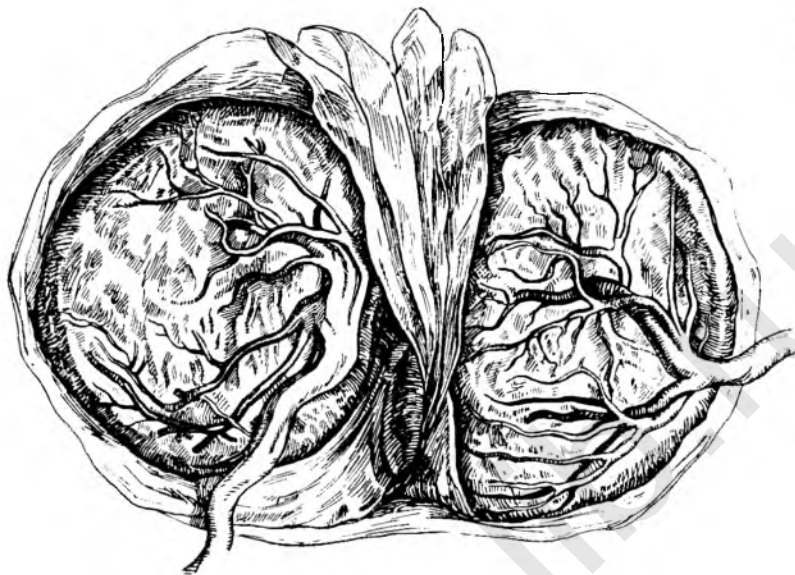


Рис. 221. Плодовая сторона плаценты двуяйцевой двойни. Перегородка состоит из четырех оболочечных слоев.

### ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ

В. Н., 27 лет, повторнородящая, поступила в родильное отделение 29/III 1955 г. в 17 часов с редкими схватками; схватки начались 29/III в 11 часов.

Было две беременности. Первая беременность закончилась родами в срок в 1951 г., вторая беременность закончилась преждевременными родами на VII месяце в 1953 г.

Последняя менструация с 15/VI по 17/VI 1954 г. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений. Состояла под наблюдением женской консультации с двух месяцев беременности; посетила консультацию 6 раз. За период дородового отпуска посетила консультацию один раз.

Роженица правильного телосложения, удовлетворительного питания; кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Со стороны костной системы изменений нет. Сердце — границы в пределах нормы, тоны чистые. В легких дыхание везикулярное. Печень, селезенка не пальпируются. Органы пищеварения без патологических отклонений. Моча нормальная.

Температура при поступлении  $36,8^{\circ}$ , пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/70 мм. Размеры таза: 25, 28, 31, 21 см; окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 32 см.

При наружном осмотре обращает внимание несколько необычная форма живота — матка растянута в поперечном направлении.

Вторым наружным приемом определяется сбоку справа на уровне пупка крупная, плотная, баллотирующая часть плода — головка, слева — вторая крупная, но менее плотная часть и не баллотирующая — ягодицы. Третьим и четвертым приемами над входом таза подлежащей части пальпировать не удастся. Исследующая рука проникает свободно в глубину, достигая мыса.

Пограничная борозда на  $2\frac{1}{2}$  поперечных пальца над верхним краем лона. Сердцебиение плода прослушивается на уровне пупка справа, 132 удара в минуту, ритмичное.

Схватки редкие, через 8—10 минут, продолжительностью 20—30 секунд, слабые, незначительно болезненные. Воды не отошли.

### Какой диагноз?

Данные наружного исследования (форма живота и матки, расположение крупных частей плода, отсутствие предлежащей части у входа таза, сердцебиение плода высоко, на уровне пупка) позволяют поставить диагноз: поперечное положение плода; роды срочные.

Поперечное положение плода во время беременности и в начале родов при целом плодном пузыре можно сравнительно легко определить путем наружных приемов акушерского исследования. Уже в конце беременности обращает на себя внимание неправильная форма живота и матки; последняя растянута в поперечном или косом направлении. Дно матки стоит ниже, чем в тот же срок беременности при продольном положении плода.

При очень напряженных стенках матки, при многоводии наружным исследованием труднее установить поперечное положение. В этих случаях нередко и данные влагалищного исследования могут оказаться недостаточными, особенно у многорожавших, у которых и при продольном положении плода головка до наступления родов продолжает оставаться высоко над входом таза.

Только повторное наружное исследование, внимательное выслушивание сердцебиения плода могут помочь определить положение плода. Иногда и этого бывает недостаточно. В таких случаях положение плода уточняют с наступлением родов или вскоре после отхождения вод. С наступлением родов наружное исследование дает менее ценные данные, чем во время беременности. Матка энергично сокращается, стенки ее напряжены; с отхождением вод уменьшается объем полости матки, плод сжимается, головка пригибается к грудке, подвижность ее крайне ограничена; труднее прощупать части плода. Третьим и четвертым наружным приемом у входа таза не прощупывается предлежащая часть плода, а если и прощупывается, то трудно определить, какая именно часть.

При влагалищном исследовании после отхождения вод можно прощупать опустившееся во вход таза плечико плода (рис. 222) или обнаружить во влагалище выпавшую ручку плода (см. рис. 230) или петлю пуповины (см. рис. 236). Если в родовых путях обнаруживается ручка и исследующие пальцы не ощущают в тазовом входе головки, это, несомненно, указывает на поперечное положение плода. Но все это—поздний диагноз.

В неясных случаях заблаговременный точный диагноз можно установить путем рентгенографии (рис. 223 и 224).

Не представляет затруднений установить поперечное положение плода и в ранние сроки беременности (6—8 лунных месяцев). Однако такой ранний диагноз большого практического значения не имеет, так как очень часто поперечное положение в дальнейшем совершенно самостоятельно изменяется к концу беременности на продольное. При раннем диагнозе поперечного положения следует установить за беременной тщательное наблюдение.

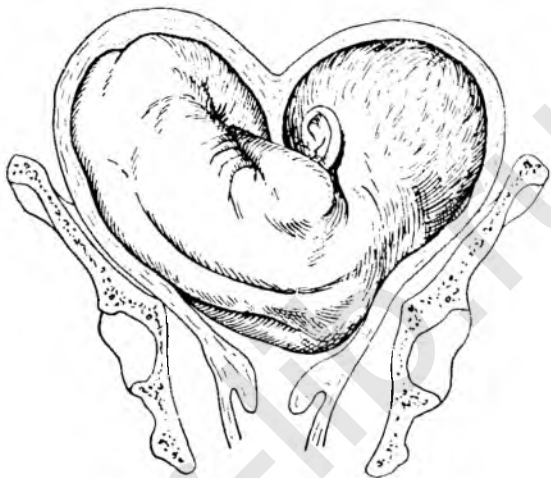


Рис. 222. Переднеспинное поперечное положение. Первая позиция, передний вид. Плечико опустилось во вход таза.

*Нужно ли сейчас у данной роженицы производить влагалищное исследование?*

Нужно. Врачу должна быть известна полная акушерская ситуация, в особенности если предполагается поперечное положение плода. Необходимо выяснить состояние родовых путей, степень открытия зева, состояние плодного пузыря, чтобы знать исходное положение на данный момент, уточнить предлежание плода, исключить наличие возможного предлежания мелкой части плода (ручка, пуповина). Разумеется, влагалищное исследование, помимо соблюдения строгой асептики и антисептики, должно производиться крайне бережно, чтобы не порвать плодный пузырь.

29/III в 17 часов 20 минут произведено влагалищное исследование: влагалище свободно, шейка значительно укорочена, почти сглажена, открытие зева на 2—2½ пальца, прощупывается напряженный плодный пузырь; предлежащая часть не определяется; мыс не достигается; в малом тазу костных и других изменений не обнаружено.

Мы уточнили, таким образом, что у данной роженицы—поперечное положение плода, начало первого периода родов, открытие зева на 2—2½ пальца; воды не отошли.

Поперечное положение плода встречается приблизительно один раз на 100 родов. Мартиус (Martius; Германия) отмечает частоту поперечных положений в 1,55% случаев, в то время как в Англии и в Норвегии—в 0,4%, что, как указывает Франке (Franké), до некоторой степени объясняется более широким тазом у женщин северных стран.

Причины поперечного положения плода различны. Чаще поперечное положение встречается у повторнородящих и особенно у многорожавших при легко растяжимой стенке матки, при растянутой брюшной стенке. Многоводие ведет к значительному растяжению маточной стенки: образуется большая полость, что благоприятствует большей подвижности плода и созданию поперечного или косоного положения. Неправильная форма матки, чаще всего седлообразная матка (*uterus arcuatus*), при которой ширина полости больше длины ее, способствует поперечному расположению плода. В происхождении этой патологии может быть повинна также *uterus subseptus* и *bicornis*. Сюда же следует отнести узкий таз, опухоли в тазу или нижнем отделе матки (миомы), предлежание детского места, при которых головка не может установиться во входе таза и легче отклоняется в сторону.

Нередко поперечные и косые положения встречаются при преждевременных родах, при двойне и мертвом плоде.

Исследуя женщин на V—VI месяце беременности, мы значительно чаще встречаем у них тазовые положения плода, чем головные. Некоторые даже считают, что тазовое положение плода является физиологическим в первой половине беременности [Керер (Kehrer)]. В дальнейшем это положение изменяется, плод продельвает вращение на 180° и к концу беременности у громадного большинства женщин (96%) оказывается в продольном головном положении.

В этом мы могли убедиться, проводя по тем или иным поводам рентгеновские снимки в разные сроки беременности. Мы неоднократно отмечали переход плода из продольного ягодичного положения в продольное головное не только в ранние сроки (7—8 месяцев) беременности, но и на последнем месяце и даже на последней неделе беременности. Такому переходу плода из тазового в головное положение, как полагают некоторые авторы, способствуют имеющие место на протяжении беременности изменения в соотношении веса головки и туловища. Однако это объясняется не только одним увеличением веса головки.

Как уже говорилось выше, подобный переход, подтверждаемый многочисленными рентгенограммами, совершается не только на протяжении послед-



Рис. 223. Рентгенограмма. Продольное тазовое положение, принятое по  
наружному исследованию за поперечное.



Рис. 224. Рентгенограмма. Поперечное нижнеспинное положение плода.

них 2—3 месяцев беременности, но даже за несколько дней до родов. Зенгер (Saenger) даже присвоил этому явлению специальное название—Korfsprung. Исходя из сказанного, понятно, почему при преждевременных родах чаще встречаются тазовые, поперечные и косые положения плода. В случаях, где переход из тазового положения в головное происходит не сразу, а медленно, постепенно, бывает такой момент, когда продольная ось плода пересекает перпендикулярно продольную ось матки, т. е. имеет место поперечное положение. Если наступающие по тем или иным причинам преждевременные сокращения мускулатуры матки застают плод в этом «переходном» положении, то дальнейшее вращение его может быть ограничено, а если к этому еще присоединяется преждевременное или раннее отхождение вод, то плод фиксируется в поперечном положении.

Во всяком случае, надо думать, что в основе указанного перехода лежат не только чисто механические моменты, вызываемые увеличением веса головки плода. В этом переходе большую, возможно, решающую роль играют состояние тонуса мускулатуры матки, и особенно ее нижнего сегмента, и активные движения плода.

Сочетание узкого таза с неправильным положением плода связано не только и, быть может, не столько с сужением таза, сколько с сопутствующим этому понижением тонуса мускулатуры матки и брюшной стенки.

Известную роль в возникновении поперечного положения плода играет, по-видимому, различная и неодновременная сократительная способность мускулатуры правой и левой половины тела матки и нижнего сегмента ее. Это мы иногда наблюдали в течение последового периода (стр. 195). Г. Я. Молчанова путем кимографии выявила подобные сокращения матки и нижнего сегмента у рожениц с лицевым предлежанием плода.

При поперечных и косых положениях позицию плода, как известно, различают по положению головки (головка слева—первая позиция, справа—вторая позиция), а вид—по положению спинки. При этом чаще отмечается передний вид, так называемое переднеспинное положение. Считают, что этому способствует прогибание позвоночника беременной кпереди—лордоз, что имеет место во второй половине беременности, и, таким образом, для выпуклой спинки плода в этой стороне матки меньше места.

С тех пор как с целью диагностики стали пользоваться рентгенографией внутриутробного плода, выявились и другие варианты возможного расположения плода в матке при поперечном положении его. Различные варианты расположения при поперечном положении плода позволяют объединить их в три основные группы.

1) переднеспинное (см. рис. 222), и заднеспинное поперечное положение (см. рис. 227)—*dorso-anteriore* u. *dorso-posteriore Querlage*; 2) верхнеспинное поперечное положение—*dorso-superiore Querlage* (Варнекроз); 3) нижнеспинное поперечное положение *dorso-inferiore Querlage* (Липманн) (см. рис. 224 и 228).

В каждой из указанных групп возможно также несколько вариантов, своего рода переходных форм, но это уже больше имеет теоретический интерес.

Однако точно установить только путем наружного исследования вариант поперечного положения в каждом отдельном случае не всегда представляется возможным. Особенно это относится к верхнеспинному поперечному положению. При очень упругой брюшной стенке, напряженной матке не всегда можно точно дифференцировать и переднеспинное от заднеспинного положения. В этих случаях, разумеется, большую помощь оказывает метод рентгенографии (см. рис. 224).

Следует отметить, что самостоятельные изменения положения плода в известной степени связаны с вариантом его первоначального положения. Так, чаще всего переход из поперечного положения в продольное наблюдает-



ся при верхнеспинном поперечном (почти в 60%) положении плода; именно при том положении, какое труднее всего установить без помощи рентгенографии.

При этом варианте чаще всего имеет место раннее и преждевременное отхождение вод, выпадение мелких частей (ручка, пуповина) одновременно с отхождением вод.

Значительно реже бывает самостоятельный поворот плода при нижнеспинном поперечном положении; при этом варианте положения плода дольше сохраняется целостность плодного пузыря и очень редко с отхождением вод выпадают мелкие части.

Итак, установление более точного варианта расположения плода при поперечном его положении имеет не только теоретический, но и практический интерес. Это важно и для правильной ориентации при проведении поворота плода наружными приемами.

У данной роженицы мы имеем возможность произвести рентгенографию плода, и мы этим воспользуемся. На рентгеновском снимке у роженицы отчетливо видно поперечное положение плода во второй позиции с обращенной кверху спинкой, верхнеспинный вариант. При таком расположении, как отмечалось выше, чаще возможен самостоятельный поворот, но зато и чаще бывает раннее отхождение вод с одновременным выпадением мелких частей.

*Какие могут быть предложения относительно дальнейшего ведения родов?*

1. Попытаться наружными приемами изменить поперечное положение в продольное и желательно головное.

2. С целью возможно дольшего сохранения целостности плодного пузыря назначить роженице строгий постельный режим (запретить вставать); мочеиспускание, дефекация должны происходить в лежачем положении.

Своевременно распознанное поперечное положение в значительной степени уменьшает опасность как для матери, так и для плода. В конце беременности и даже в начале родов при целом плодном пузыре и подвижном плоде можно попытаться наружными приемами перевести плод в продольное положение.

Обычно поперечное положение переводится в продольное головное; при косых положениях плода практически подводят ко входу ту часть, которая к нему ближе.

Наружный поворот следует производить лишь на последнем месяце беременности, так как в более ранние сроки повернутый плод легко возвращается в первоначальное положение. Наружный поворот необходимо производить (в стационаре) осторожно, без применения какого-либо насилия, при расслабленной матке, без наркоза. Мочевой пузырь и кишечник должны быть предварительно опорожнены. Поворот должен быть безболезненным; при появлении болевых ощущений его необходимо прекратить. Если подозревается низкое прикрепление или предлежание плаценты, наружный поворот делать нельзя.

Условиями, необходимыми для операции наружного поворота, являются: срок беременности не меньше 35—36 недель, живой плод, точный диагноз положения плода; нормальные размеры таза; хорошая подвижность плода; податливая брюшная стенка; нормальная матка без пороков развития (седлообразная, однорогая и др.); отсутствие в прошлом операции на матке, отсутствие в течение беременности кровотечений, в анамнезе указаний на преждевременные роды, привычные аборт; согласие беременной, которой надо объяснить цель операции.

Если наружный поворот произвести не удастся, прекращают всякие манипуляции и оставляют беременную или роженицу в покое, чтобы не вызвать преждевременного отхождения околоплодных вод.

Врач, производящий поворот, становится сбоку, определяет, где находится головка и ягодицы плода. Ладонью одной руки обхватывает головку и старается свести ее книзу, а другой—в противоположном направлении отодвигает ягодицы кверху (рис. 225). Этот прием приходится повторять несколько раз, до тех пор, пока плод не примет продольного головного положения. Иногда, особенно у многорожавших, это легко достигается.

Поворот не следует форсировать.

Как правило, необходимо прослушивать сердцебиение плода до, во время и после поворота. При возвращении плода в поперечное положение, допустим лишь однократный повторный поворот. После повторного поворота рекомендуется по бокам матки поместить два валика и их прибинтовать.

Повторяем, наружный поворот плода целесообразно производить лишь в конце беременности. Обнаруженное поперечное положение ранее X месяца беременности, как уже говорилось выше, не является стойким и часто самостоятельно переходит в конце беременности в продольное. Произведенный в ранние сроки наружный поворот также не является стойким, и плод может снова принять поперечное положение.

Иногда поперечное положение с наступлением родовой деятельности может переходить в одно из продольных положений. Особенно это относится к косым положениям.

Если косое положение сохраняется к началу родов, рекомендуется придать роженице положение на том боку, внизу которого находится крупная часть плода. При достаточной подвижности плода в полости матки часть плода, лежащая в дне матки, отклонится в ту сторону, на которой лежит роженица; вместе с этим нижняя часть плода отойдет в противоположную сторону. Так, если предлежащая часть находится слева в подвздошной области, надлежит положить роженицу на левый бок, при этом верхняя половина туловища отклонится влево, а нижняя часть плода—вправо, и плод, таким образом, примет продольное положение.

У нашей роженицы мы установили, что плод, расположенный поперечно, очень ограничен в своей подвижности. По-видимому, имеется мало вод. Открытие зева на 2—2½ пальца.

*Нужно ли при этих условиях пытаться производить наружный поворот плода?*

В данном случае наружный поворот представляет большой риск. При малой подвижности плода он скорее всего не удастся. Форсировать наружный поворот—значит рисковать ранним отхождением вод, что в дальнейшем может вести к образованию запущенного поперечного положения.

Надо полагать, что предложение предоставить роженице постельный режим в данном случае является более разумным, более бережным и безусловно менее рискованным.

Мы избрали этот метод ведения родов. Назначили роженице строгий постельный режим и установили за ней тщательное наблюдение.



Рис. 225. Наружный поворот при поперечном положении плода.

Для того чтобы воспрепятствовать раннему отхождению вод, некоторые авторы рекомендуют во влагалище вводить кольпейринтер, при этом создается как бы опора для наливающегося плодного пузыря.

*Какие осложнения в течении родов могут появиться при данном положении плода?*

Этот вопрос имеет существенное значение. Предвидеть возможные осложнения—значит иметь наготове для любого из них продуманный заранее план действий, от своевременного выполнения которого зависит жизнь ребенка, а нередко и матери. Наиболее частыми и возможными осложнениями при поперечном положении плода являются: преждевременное и раннее отхождение вод, выпадение мелких частей и пуповины и наконец запущенное поперечное положение.

При отсутствии предлежащей части плода у входа таза—отсутствии пояса соприкосновения—нет разделения вод на передние и задние. При каждой схватке, при повышающемся внутриматочном давлении вся масса вод устремляется в сторону наименьшего сопротивления, т. е. в нижний полюс плодного яйца. Столь значительное давление массы околоплодных вод ведет к преждевременному и раннему разрыву плодного пузыря.

В последнее время, как известно, роль плодного пузыря в механизме раскрытия шейки матки не всеми авторами расценивается одинаково. Некоторые даже считают, что при головных предлежаниях целостность плодного пузыря не столь важна и даже излишня в механизме раскрытия шейки матки. По наблюдениям этих авторов, сглаживание и раскрытие шейки матки происходят даже быстрее при раннем отхождении вод, чем при сохранившемся целом плодном пузыре. Другие авторы, наоборот, считают, что преждевременное и раннее отхождение вод удлиняют родовой акт, делают период раскрытия чрезвычайно болезненным. Во всяком случае, если роль целого плодного пузыря в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки не так уж велика, то, бесспорно, велико значение плодного пузыря (околоплодных вод) в сохранении наиболее благоприятных условий для плода и роженицы. С отхождением вод, как правило, отмечается сдавление плода сокращающимися стенками матки, ухудшается снабжение плода кислородом, что обнаруживается при выслушивании сердечной деятельности плода. Для роженицы также важно более длительное сохранение целостности плодного пузыря в смысле препятствия для возможного распространения инфекции в полость плодного яйца, в матку.

Если сказанное важно при продольном положении плода, то оно еще в большей степени относится к поперечному положению, при котором ко всему прочему важно сохранить подвижность плода до возможно большего, до полного открытия шейки матки.

С преждевременным или ранним разрывом пузыря при поперечном положении связано выпадение мелких частей (стр. 408). Не говоря уже о возможном образовании запущенного поперечного положения, само по себе преждевременное и раннее отхождение вод с возможным выпадением при этом мелких частей ведет к значительному повышению летальности внутриутробного плода. Она почти в 10 раз больше, чем таковая при своевременном отхождении вод. С этим нельзя не считаться.

Разумеется, у нас продуман план оказания помощи на случай раннего отхождения вод (стр. 395), на случай выпадения ручки (стр. 402), пуповины (стр. 408) и даже на случай, если бы образовалось запущенное поперечное положение (стр. 401).

29/III в 19 часов 10 минут у роженицы родовая деятельность средней силы, схватки повторяются через каждые 5—6 минут, продолжительностью 30—40 секунд; воды целы. Пограничная борозда на 3—3½ поперечных пальца над верхним краем лона. Положение плода остается поперечным.

### *Что делать?*

1. Произвести влагалищное исследование; возможно, уже имеется полное открытие зева (женщина повторнородящая).

2. Продолжать наблюдение. Прошло еще сравнительно мало времени (всего лишь 2 часа) с тех пор, как было открытие на 2—2½ пальца, родовая деятельность средней силы.

Можно полагать, что за столь короткий срок еще не произошло полного открытия зева шейки матки. Чтобы удостовериться в этом, нужно еще раз осторожно произвести влагалищное исследование и точно убедиться, какое открытие шейки матки. Кроме того, следует проверить, какие за это время произошли изменения в положении плода.

29/III в 19 часов 30 минут влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева на 3½ пальца; края шейки несколько утолщены; предлежит слегка напряженный плодный пузырь.

### *Что предпринять в этом случае?*

1. Прорвать плодный пузырь, сделать поворот плода на ножку, предоставив в дальнейшем роды их естественному течению.

2. Выждать еще некоторое время. Возможно, удастся дождаться при целом плодном пузыре полного открытия зева, и тогда прорвать пузырь, сделать поворот на ножку с немедленным последующим извлечением плода.

Разберем первое предложение. Операция поворота плода и дальнейшее оставление его с выведенной наружу ножкой не являются безразличными для плода манипуляциями.

Вхождение рукой в полость плодного яйца и захватывание ножки связано с раздражением кожных покровов плода, что нередко ведет к внутриутробной асфиксии его; этому способствует и то, что выведенная наружу ножка плода оказывается в среде с более низкой температурой.

При производстве внутреннего поворота не исключается выпадение петли пуповины или нечаянное захватывание ее рукой. Этого достаточно, чтобы вызвать спазм сосудов пуповины и тем самым нарушить плацентарно-плодовое кровообращение. При производстве поворота возможна также частичная отслойка плаценты. Этому способствует быстрое уменьшение полости матки, внезапное изменение внутриматочного давления при обильном отхождении вод.

Таким образом, операция поворота плода на ножку не является безразличной манипуляцией. Она часто осложняется наступлением внутриутробной асфиксии плода, требующей немедленного извлечения его и последующих мероприятий по оживлению.

Извлечение плода при неполном открытии наружного зева (3½ пальца), как это имеет место у данной роженицы, представляет большой риск для матери, так как влечет за собой разрыв шейки матки и связанное с этим кровотечение. Несмотря на то, что данная манипуляция как будто и подкупает своей простотой и легкостью выполнения, тем не менее она опасна как для плода, так и для матери. Летальность новорожденных после произведенного поворота без немедленного последующего извлечения плода, т. е. при недостаточном открытии наружного зева, почти в 3 раза больше, чем после поворота с немедленным извлечением плода.

Поскольку у нашей роженицы нет показаний к немедленному родоразрешению (воды целы, состояние плода удовлетворительное), будет правильнее, если выждать еще некоторое время; возможно, наружный зев откроется еще больше.

Итак, роженица по-прежнему находится на строгом постельном режиме; установлено тщательное наблюдение за течением родов и сердцебиением плода.

29/III в 20 часов 05 минут схватки хорошей силы, повторяются через 4—5 минут, продолжительностью по 35—40 секунд. У роженицы появилось желание тужиться. Пограничная борозда на ширину ладони над верхним краем лона.

После одной из таких потуг акушерка обратила внимание на то, что сердцебиение плода стало прослушиваться глуше.

### *Что случилось?*

По-видимому, усилившаяся родовая деятельность привела к угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Нужно немедленно провести профилактику внутриутробной асфиксии по методу Хмелевского—Николаева

### *Что делать?*

1. Показано произвести срочное родоразрешение путем брюшностеночного кесарева сечения, поскольку ребенку угрожает внутриутробная асфиксия.



Рис. 226. Акушерский поворот на ножку. Рука введена в матку. Вторая рука располагается снаружи, сначала ближе к стороне головки, отталкивая ее кверху, а затем ближе к ягодичному концу, низводя последний книзу.

2. Сделать внутренний поворот с немедленным извлечением плода.

Надо полагать, что после 35 минут хорошей родовой деятельности у повторнородящей наружный зев раскрылся достаточно и уже имеются условия для выполнения такого поворота. Об этом говорит и высота стояния пограничной борозды.

Единственным показанием к кесареву сечению является угрожающая внутриутробная асфиксия плода. Но разве у повторнородящей женщины с нормальным тазом, с почти

полным открытием маточного зева при поперечном положении плода кесарево сечение является более быстрым методом родоразрешения, чем внутренний поворот плода на ножку с немедленным извлечением его? Разумеется, нет; не говоря уже о тяжести самой операции, об ее непосредственных и отдаленных результатах (стр. 151).

У данной роженицы имеются все условия для классического поворота плода на ножку (воды целы, открытие зева, близкое к полному) и последующего его извлечения. В крайнем случае, прежде чем прорвать пузырь, нужно дорасширить пальцами наружный зев.

Операция *versio foetus in pedem* была разработана в XVI веке знаменитым врачом Паре (Ambroise Paré) (1550), которому принадлежит заслуга восстановления этой операции, дошедшей к нам из глубокой древности.

Техника операции поворота плода на ножку в тех случаях, когда имеются налицо оба необходимых условия (полное или почти полное открытие зева, целые или только что отошедшие воды), сводится к следующему. Наружным исследованием предварительно еще раз точно определяют позицию поперечного положения. Тщательно обработав наружные половые органы роженицы и подготовив свои руки (выше локтей) как для большой хирургической операции, в промежутке между схватками бережно вводят во влагалище кисть со сложенными конусообразно пальцами и по задней стенке влагалища, надавливая слегка предплечьем на промежность, доходят до шейки.

Если воды целы и открытие зева полное или почти полное, вскрывают плодный пузырь и входят рукой в полость плодного яйца. Это необходимо делать быстро, чтобы как можно меньше вытекло околоплодных вод и таким образом сохранилась большая подвижность плода в матке. Кроме того, быстрым введением руки предупреждается возможность выпадения мелких частей.

Может, однако, случиться, что пока врач моет руки и готовится к операции, воды прошли и вместе с ними была увлечена во влагалище ручка или петля пуповины. Выпавшую ручку, при поперечном положении плода никогда не следует вправлять, так как при повороте туловища она сама отойдет вверх. Выпавшую петлю пуповины нужно бережно захватить с собой при введении руки в полость матки, оставить в матке и производить поворот, как обычно. Ввести пуповину в матку необходимо во избежание прижатия ее к стенкам таза после поворота плода.

Когда рука введена во влагалище, другую руку, раскрывавшую снаружи половую щель, помещают вначале на дно матки (рис. 226) и удерживают ею последнюю, а позднее наружной рукой помогают при производстве поворота (рис. 227). Рукой, введенной в полость матки, отыскивают и захватывают ножку плода, причем по возможности ту, которая выгоднее при производстве поворота; в данном случае верхняя (левая). Чтобы по ошибке не захватить вместо ножки ручку, нужно, не торопясь, идти по туловищу плода до ягодиц, затем обратно по бедру и голени и захватить ножку за нижнюю треть голени или за стопу.

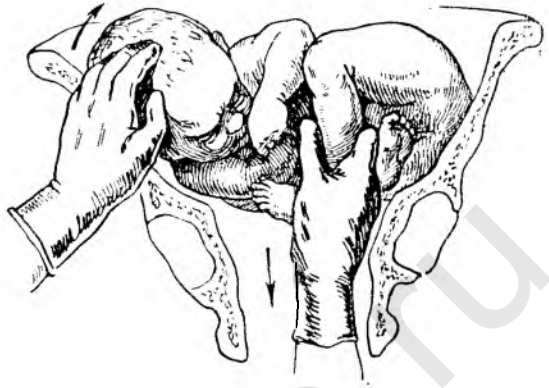


Рис. 227. Ножка захвачена и низводится. Рука снаружи отодвигает головку кверху ко дну матки.

При захватывании стопы средний палец располагают на передней поверхности голени, вернее, на подъеме стопы, указательный — на задней поверхности голени, над пяточным бугром, а большим пальцем придерживают стопу. Другую руку, находящуюся снаружи, располагают соответственно внутренней, помогая ей захватить ножку. Если при введении руки в полость матки сейчас же попалась ножка и врач в этом твердо уверен, то, разумеется, нет необходимости проделывать весь указанный путь.

#### *Как отличить ножку от ручки?*

Можно для этого пользоваться следующими опознавательными признаками:

#### Н о ж к а

Стопа соединена с голенью под углом и обычно прижата к передней поверхности голени, почему выступает пяточный бугор

Над пяточным бугром по бокам прощупываются два толстых мышелка

Пальцы стопы короткие, прилежат тесно друг к другу, концы их расположены по одной линии в ряд

#### Р у ч к а

Кисть соединена с предплечьем по прямой линии. Пальцы разведены, особенно удален большой палец. Часто при исследовании ручка плода захватывает палец акушера

Когда ножка захвачена, ее стараются низвести, а наружной рукой продвинуть ягодицы книзу. Затем наружную руку нужно переместить на другую сторону и отодвинуть головку кверху, ко дну матки, а внутренней рукой низвести ножку вниз.

Если поворот совершается легко, то скоро внутреннюю руку вместе с ножкой извлекают наружу. Не следует тотчас же отпустить ножку. То, что ножка показалась снаружи, еще не говорит об окончательном завершении поворота. Если даже он и завершился, то плод снова может принять поперечное положение, и ножка уйдет обратно.

Выведенную из влагалища ступню необходимо низвести еще ниже, пока не выйдет из половой щели колено. Наружная рука в это время должна прощупать головку в дне матки. После этого поворот можно считать законченным и ножку отпустить.

Если имеется полное открытие зева, после поворота следует приступить к извлечению плода.

#### *Какую руку (правую или левую) удобнее вводить в матку для производства поворота плода на ножку?*

Этому вопросу старые акушеры придавали большое значение. Считалось, что при поперечном положении лучше вводить в матку руку, одноименную с той стороной, куда обращена головка плода. Например, при второй позиции лучше вводить в матку

правую руку. Однако этого правила обычно не придерживаются и вводят ту руку, какой больше привыкли работать, обычно правую. По существу при повороте на ножку обе руки — и наружная, и внутренняя — выполняют одинаково важную работу.

### *Какую ножку выгоднее захватить при повороте?*

На этот вопрос можно дать ответ путем правильного рассуждения и понимания разницы в результате поворота за ту или другую ножку. Помимо того, что важно произвести самый поворот, необходимо думать и о дальнейшем механизме рождения плода. Как правило, должен быть передний вид; если же имеется задний вид, его переводят в передний. Это необходимо для благополучного прохождения последующей головки. К получению переднего вида и стремятся при производстве поворота на ножку. В этом в известной степени и заключается преимущество захватывания той или другой ножки при разных видах. Если, например, при переднем виде первой позиции поперечного положения захватить вышележащую ножку, т. е. левую, то при низведении ее во влагалище и далее плод поворачивается животом кверху и создается задний вид; в дальнейшем необходимо этот задний вид перевести в передний. Если же в данном случае захватить нижележащую ножку — правую, то при низведении и повороте сразу получается передний вид. При переднем виде удобнее захватывать и низводить нижележащую ножку, а при заднем — вышележащую<sup>1</sup>. Некоторые акушеры называют ножку, при которой получается передний вид, «хорошей», а при которой получается задний вид — «плохой».

На практике это не всегда удается, и обычно довольствуются той ножкой, которую легче и быстрее можно захватить.

Может случиться, что, захватив одну ножку и пытаясь произвести поворот, последний совершить не удастся. В этих случаях рекомендуется одновременно захватить и другую ножку и делать поворот на «ножки». Такой поворот иногда произвести легче, чем на одну ножку.

Операцию поворота плода на ножку делают у роженицы под наркозом. У повторнородящих и при недоношенной беременности иногда поворот можно быстро сделать и без наркоза; однако и в этих случаях поворот рекомендуется делать также под наркозом.

В момент проведения руки через зев в полость матки (особенно это отмечается у первородящих) может случиться, даже и под наркозом, что кольцевые мышцы шейки матки сократятся и получится спазм шейки матки. Такой спазм крепко, точно тугой браслет, обхватывает введенную руку и сжимает ее. Нередко наблюдается онемение концов пальцев руки. В таких случаях не следует освобождать руку насильственно, так как это только ухудшает положение. Нужно ввести роженице под кожу 1 мл сернокислого атропина в разведении 1 : 1000 и спокойно ждать: спустя некоторое время спазм прекращается.

29/III в 20 часов 25 минут роженица переведена на операционный стол. Под кожу введен 1 мл сернокислого атропина в разведении 1 : 1000. Учитывая наличие угрожающей асфиксии плода, решили операцию поворота делать без наркоза. Произведена тщательная дезинфекция наружных половых органов. После соответствующей подготовки рук врач приступил к операции внутреннего поворота на ножку, как она изложена выше. При введении руки во влагалище выяснилось, что открытие зева почти полное, прощупывается тонкий край зева справа сверху в виде узенькой каймы, плодный пузырь напряженный, предлежащая часть за пузырем не определяется. Плодный пузырь разорван, рука введена в полость плодного яйца, захвачена левая ножка (см. рис. 227) и при помощи левой руки снаружи низведена во влагалище, одновременно произошел поворот плода в продольное положение. Вместе с левой ножкой спустилась и правая, и извлечение плода произведено за обе ножки в переднем виде до угла лопатки, ручки легко освобождены обычным отведением ножек вверх и в сторону (см. рис. 192 и 193); последующая головка извлечена по Фейту — Смелли. Извлечен ребенок (вес 3800 г, длина 51 см) в состоянии синей асфиксии; помещен в ванночку с теплой (38°) водой, после отсасывания резиновым баллоном слизи из верхних дыхательных путей он вскоре закричал.

Через 25 минут при натуживании роженицы выделился самостоятельно послед. Детское место целое; оболочки все. Кропотеря в последовом периоде 200 мл. Общая продолжительность родов 9 часов 50 минут.

<sup>1</sup> Чтобы яснее представить себе это, сделайте сами на себе следующее: улегшись боком на кровать, попросите кого-нибудь потянуть вас сначала за одну, а затем за другую ногу, и вы убедитесь в справедливости сказанного.

Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 10-й день в хоршем состоянии с ребенком.

**Краткий эпикриз.** В. Н., 27 лет, повторнородящая, поступила в родильный дом 29/III 1955 г. с поперечным положением плода; воды не отошли. Схватки появились 6 часов назад, до помещения в стационар.

При акушерском и рентгенологическом обследовании выяснилось: таз нормальный, шейка почти сглажена, открытие наружного зева на 2—2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, плодный пузырь цел; положение плода поперечное, в верхнеспинном положении, вторая позиция. На протяжении всего периода раскрытия роженица оставалась в кровати. Родовая деятельность развивалась нормально. Состояние плода оставалось все время удовлетворительным.

Через 3 часа 25 минут после поступления сердцебиение начало приглушаться. В результате этого при полном почти открытии зева был разорван плодный пузырь и произведен поворот на ножку с последующим извлечением плода. Извлечен мальчик весом 3800 г в состоянии синей асфиксии, через 2 минуты после отсасывания слизи закричал.

Последовый период без осложнений. Послеродовой период протекал гладко. Выписана на 10-й день с ребенком.

## ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ВОД

### МЕТРЕЙРИЗ

И. В. 28 лет, поступила в родильный дом 26/II 1953 г. в 17 часов 15 минут с родовой деятельностью, воды отошли преждевременно.

Роды четвертые. Три предыдущие беременности протекали нормально и закончились срочными родами. Двое детей родились в головном предлежании и последний — в тазовом предлежании. После родов не болела.

Последняя менструация с 20/V по 22/V 1952 г. Настоящая беременность протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила 3 раза; в последний раз 5 недель назад. Положение плода было продольное, предлежание головное. Отеков не было. Артериальное давление держалось на уровне 120/80 мм. Моча нормальная.

26/II в 16 часов 30 минут отошли воды в умеренном количестве, и через 30 минут начались схваткообразные боли внизу живота.

Роженица среднего роста, правильного телосложения. Размеры таза: 26, 29, 32, 20 см. Форма живота необычная, растянутая в ширину; окружность живота 106 см. Кожа живота дряблая с многочисленными старыми «рубцами беременности». Дно матки плоское, высота его над лоном 32 см. Над входом таза предлежащая часть отсутствует. В боковых отделах матки определяется: справа округлая крупная часть, по величине и плотности напоминающая головку; слева также крупная часть, более мягкая, с менее резкими контурами (рис. 228). Мелкие части не определяются. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 ударов в минуту. Схватки через 5 минут, средней силы, по 35 секунд; спустя 10 минут после проведенного осмотра стали подтекать светлые воды.

### *Какой диагноз?*

Поперечное положение плода, осложненное преждевременным отхождением вод. Беременность доношенная.

В данном случае распознать поперечное положение плода вследствие дряблости брюшных стенок и стенок матки не представляет затруднений. Эта дряблость тканей у многорожавшей женщины и послужила, по-видимому, этиологическим моментом неправильного положения плода.

Диагноз поперечного положения плода в большинстве случаев может быть поставлен на основании наружного осмотра. Характерной для этой патологии является форма живота роженицы: живот растянут больше в ширину, чем в длину; отсутствие обычной для матки овоидной формы; более низкое стояние дна матки, чем это должно быть при доношенной беременности;



отсутствие предлежащей части над входом в малый таз и наличие крупных частей плода (головки и тазового конца) по боковым сторонам матки.

Все эти данные имеются у нашей роженицы и подтверждают диагноз поперечного положения плода.

#### *Что делать?*

Ввиду отхождения вод необходимо тотчас же произвести влагалищное исследование с целью: 1) уточнить положение плода, определив не только положение, но также позицию и вид; 2) выяснить наличие подвижности плода; 3) определить состояние шейки матки (сглажена она или нет) и степень открытия наружного зева; 4) уяснить себе внутренние размеры таза, определить диагональную конъюгату.



Рис. 228. Нижнеспинное поперечное положение. Вторая позиция.

Влагалищное исследование необходимо произвести при подозрении на неправильное положение плода, особенно осложненное преждевременным или ранним отхождением вод. При самопроизвольном разрыве плодного пузыря, если отсутствует предлежащая часть, происходит быстрое истечение околоплодных вод, что ведет к ограничению подвижности плода и ухудшает условия для необходимого в дальнейшем исправления положения плода путем поворота на ножку.

26/II в 17 часов 30 минут влагалищное исследование: наружные половые органы развиты нормально; влагалище широкое, рожавшей женщины; шейка матки не вполне сглажена, шейный канал пропускает 2 пальца, края зева утолщены, плодного пузыря нет; высоко над входом определяется спинка плода, остистые отростки позвонков и острый угол лопатки; подмышечная впадина закрыта вправо; подвижность плода сохранена; емкость таза хорошая; мыс не достигается; при исследовании подтекают светлые воды.

#### *Какой диагноз?*

Второе поперечное положение плода со спинкой, обращенной ко входу в малый таз (нижнеспинное поперечное положение плода), осложненное преждевременным отхождением околоплодных вод.

Следует отметить, что не всегда так ясно при малом открытии шейки матки можно путем влагалищного исследования определить поперечное положение плода. Однако после отхождения вод совершенно необходимо иметь точную ориентировку в положении плода. С этой целью следует прибегать в неясных случаях к рентгенографии, если это возможно (см. рис. 223 и 224).

#### *Какой план ведения родов?*

1. Роды вести выжидательно до полного открытия шейки матки, затем произвести наружновнутренний поворот на ножку с последующим извлечением плода.

2. Произвести немедленно поворот на ножку по методу Брекстона Гикса и далее вести роды выжидательно.

3. Ввести метрейринтер и после его рождения закончить роды при полном открытии шейки наружновнутренним поворотом на ножку с последующим немедленным извлечением плода.

Ведение родов при поперечном положении плода, осложненном преждевременным или ранним отхождением вод путем выжидания до полного

открытия шейки матки, было предложено еще в 1886 г. немецким акушером Винтером (Winter).

Однако в настоящее время подавляющее большинство акушеров этот метод ведения родов отвергло. Отсутствие у входа таза подлежащей части при поперечном положении плода, осложненном преждевременным или ранним разрывом плодного пузыря, ведет к быстрому истечению околоплодных вод и к постепенной потере подвижности плода в матке. К моменту полного открытия шейки матки при выжидательном ведении родов может образоваться запущенное поперечное положение плода, исключающее возможность его исправления поворотом на ножку.

Производство же поворота на ножку с игнорированием основного условия в выполнении этого вмешательства—наличия подвижности плода—поведет неизбежно к разрыву матки. Эти обстоятельства и заставили большинство акушеров отказаться от подобного метода ведения родов.

Естественно, возникает мысль о целесообразности немедленного исправления поперечного положения плода путем поворота на ножку по методу, предложенному еще в 1864 г. английским акушером Брекстоном Гиксом (Braxton Hicks).

Условия для производства такого поворота имеются: сравнительно недавно разорвался плодный пузырь, 10 минут назад отошло небольшое количество околоплодных вод, подвижность плода сохранена. Однако многолетний опыт акушеров указывает, что при живом плоде нецелесообразно такое ведение родов. Операция поворота на ножку при малом открытии шейки матки, конечно, выполнима (стр. 160), но влечет за собой весьма часто внутриутробную асфиксию плода. Внутриутробный плод на внешнее раздражение при производстве поворота на ножку реагирует рефлекторно появлением преждевременного дыхания. Наступает внутриутробная асфиксия плода, которая требует ради спасения его жизни немедленного извлечения, а это невозможно из-за недостаточного открытия шейки матки. На глазах у акушера нарастает внутриутробная асфиксия плода, и последний погибает вследствие отсутствия условий для его извлечения. Мертворождаемость после поворота на ножку по методу Брекстона Гикса чрезвычайно велика и достигает, по некоторым авторам, 75%. На основании изложенного выше акушеры в настоящее время отказались от производства поворота по методу Брекстона Гикса при живом плоде. Итак, с одной стороны, выжидательное ведение родов при поперечном положении плода, осложненном преждевременным или ранним отхождением вод, нецелесообразно, так как с каждым часом ожидания теряется подвижность плода вследствие истечения околоплодных вод. С другой стороны, немедленное производство поворота на ножку при малом открытии шейки матки тоже нежелательно, так как влечет за собой возникновение внутриутробной асфиксии плода и даже гибель (отсутствуют условия для извлечения плода).

*Как целесообразнее вести роды в интересах и матери, и плода?*

Наиболее правильным является третье предложение—добиться полного открытия шейки матки путем введения в матку метрейринтера (metreury-sis), чтобы после его рождения произвести при полном открытии маточного зева классический поворот на ножку с последующим извлечением плода. Введенный в матку метрейринтер явится препятствием для истечения оставшихся околоплодных вод, предотвратит возможность выпадения мелких частей плода (пуповины и ручек), что весьма часто имеет место при поперечном положении, усилит родовую деятельность и поможет более быстрому открытию шейки матки. Чрезвычайно важно ввести в матку метрейринтер такой емкости, которая после его рождения обязательно обеспечила бы полное открытие шейки матки, чтобы после рождения метрейринтера можно было произвести поворот на ножку и завершить его извлечением плода.

Так мы и поступили.

26/II в 17 часов 35 минут роженица была взята в операционную. На операционном столе после тщательной дезинфекции наружных половых органов с помощью зеркал обнажена шейка матки, которая захвачена пулевыми щипцами за переднюю и заднюю губы. В матку интраамниально введен на слегка изогнутом зажиме сигарообразно сложенный метрейринтер (см. рис. 198) емкостью 500 мл. После введения в матку метрейринтера осторожно извлечены branши зажима, и через отводную трубку метрейринтер наполнен стерильным физиологическим раствором. Вливание физиологического раствора произведено с помощью шприца Жане. После наполнения метрейринтера на отводную трубку наложен зажим; роженица перенесена на кровать. К трубке подвязана полоса марли, перекинута через блок, и подвешен груз весом 300 г (см. рис. 42).

Родовая деятельность была хорошей, и поэтому не было необходимости в назначении стимулирующих средств. С целью профилактики внутриутробной асфиксии плода применен метод Хмелевского—Николаева и все время велось тщательное наблюдение за сердцебиением плода. Через 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> часа после введения метрейринтера последний родился. Роженица тотчас вновь взята в операционную, где ей произведено влагалищное исследование. Предварительно выпущена моча катетером.

В 21 час 05 минут влагалищное исследование: открытие шейки матки полное; над входом в малый таз определяется плечико, подмышечная впадина закрыта вправо. Спереди за лоном прощупываются остистые отростки позвоночника. Подвижность плода сохранена. Плечико легко отводится в сторону.

*Какой можно поставить теперь диагноз?*

Второе поперечное положение плода, передний вид, конец периода раскрытия.

Под глубоким эфирным наркозом тотчас произведен классический поворот на ножку (стр. 392).

Поворот завершили извлечением плода, которое прошло без каких-либо осложнений. Ножка плода захвачена правой рукой, тракциями книзу выведена передняя ягодича. Приподнятием ножки кверху дана возможность родиться задней ягодиче, а за ней выпала задняя ножка. Плод захвачен за бедра двумя руками таким образом, что большие пальцы акушера расположены на боковых поверхностях крестца, а указательные—на гребешках подвздошных костей, и тракциями книзу легко выведено туловище плода до лопаток. Освобождение ручек не встретило затруднений. Головка выведена по методу Фейта—Смелли.

Извлечена девочка весом 3450 г, длиной 51 см, без признаков асфиксии; сразу закричала.

Наркоз прекращен. Через 15 минут самостоятельно родился послед; детское место без дефектов, оболочки все. Общая потеря крови 250 мл.

Шейка матки осмотрена в зеркалах — цела. Стенки влагалища и промежность без повреждений. Послеродовой период без осложнений. Выписана на 10-й день после родов.

**Краткий эпикриз.** И. В., 28 лет, повторнородящая, поступила с поперечным положением плода, осложненным преждевременным отхождением вод. Ввиду преждевременного отхождения вод при малом открытии шейки был введен метрейринтер; последний родился при полном открытии шейки матки.

Произведен классический поворот на ножку с последующим извлечением плода (вес 3450 г, длина 51 см).

Послеродовой период без осложнений. Выписана на 10-й день после родов с ребенком.

## ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ОТХОЖДЕНИЕ ВОД БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

М. Я., 36 лет, поступила в родильный дом 20/IX 1953 г. в 10 часов 40 минут по поводу поперечного положения плода; беременность 38—39 недель.

Менструации с 18 лет, по 3 дня через 4—5 недель, сопровождались болями внизу живота; установились через год.

Беременность третья; роды первые. Первая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем в 8 и 12 недель. Оба раза было произведено выскабливание полости матки. Осложнений после аборт не было. Последняя беременность 3 года назад.

Женщина очень хочет иметь ребенка. Настоящая беременность протекала с явлениями угрожающего выкидыша в 7—8 недель и в 14—15 недель. Дважды лежала в стационаре по 2—3 недели. Лечили прогестероном и витамином Е. Беременность сохранилась и в дальнейшем протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила за время беременности 8 раз. В последний раз посетила консультацию 3 дня назад, когда впервые было определено поперечное положение плода.

Беременная правильного телосложения, среднего роста, пониженного питания. Размеры таза: 24, 28, 31, 20 см. Отеков нет. Высота стояния дна матки 34 см; окружность живота 104 см. Форма матки не совсем обычная, седловидная, растянута больше в ширину, чем в длину.

Положение плода поперечное. Слева определяется плотная, округлой формы головка плода, справа — тазовый конец более мягкой консистенции. Плод малоподвижен. Над входом в малый таз предлежащая часть отсутствует. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 144 удара в минуту. По-видимому, спинка плода обращена ко входу в малый таз.

Влагалищное исследование: наружные половые органы несколько недоразвиты, влагалище узкое, шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Предлежащая часть не определяется; костных деформаций таза нет; мыс не достигается.

### *Какой диагноз?*

Беременность 38—39 недель; первое поперечное положение плода; седловидная матка. Старая первородящая.

Поперечное положение было без затруднений определено путем наружного исследования и подтверждено влагалищным исследованием. Причиной поперечного положения плода в данном случае является, по-видимому, седловидная форма матки.

### *Что обращает на себя внимание у нашей роженицы?*

Позднее начало менструаций, два самопроизвольных выкидыша, вторые явления угрожающего выкидыша при настоящей беременности, некоторое недоразвитие наружных половых органов, коническая шейка матки, седловидная форма тела матки — все это указывает на некоторую неполноценность полового аппарата.

К счастью, данная беременность доношена почти до срока. Женщина из-за желания иметь ребенка с наступлением беременности оставила свою прежнюю работу и в течение беременности несколько раз ей приходилось находиться на постельном режиме дома и в стационаре.

*Как вести роды у данной женщины, чтобы обеспечить рождение живого ребенка?*

Может возникнуть предложение срочно произвести наружный поворот на головку.

Исправление поперечного положения плода в продольное головное путем наружного поворота применялось еще со времен Гиппократов. Затем эта операция была предана забвению и вновь была воскрешена гамбургским акушером Вигандом в начале XIX века. Виганд и его ученики советовали производить наружный поворот на головку только в родах и закреплять достигнутое продольное положение разрывом плодного пузыря.

Французский акушер Пинар (Pinard), советский акушер Б. А. Архангельский и многие другие рекомендовали производить наружный поворот на головку при сроке беременности 35 недель, закрепляя продольное положение фиксирующим бинтом различной модификации.

Тяжелые исходы, особенно для плода, которые до настоящих дней имеют место в родах при поперечном его положении, не могут удовлетворить акушеров, и потому исправление неправильного положения плода во время беременности поддерживается многими акушерками.

Виганд еще в начале XIX века говорил, что современные акушеры должны стремиться к тому, чтобы не допускать поперечного положения плода в родах и исправлять его во всех случаях, если только нет противопоказаний. Однако для производства операции наружного поворота на головку требуется соблюдение определенных условий. Кроме того, необходимо учитывать и противопоказания к ней.

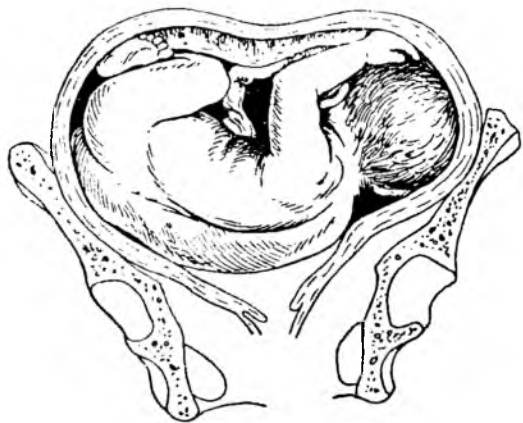


Рис. 229. Поперечное положение плода.  
Первая позиция.

Исправлять поперечное положение плода наружным поворотом рекомендуется при сроке беременности 35—36 недель, хорошей подвижности плода, отсутствии пороков развития матки, напряжения брюшных стенок и стенок матки. Противопоказанием к наружному повороту является наличие в анамнезе беременной самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, кровотечений во время беременности, двоен, резкого сужения таза, когда возможность самостоятельного родоразрешения *per vias naturales* даже в головном предлежании сомнительна.

У данной роженицы срок беременности 38—39 недель, имеется седловидная матка и ограниченная подвижность плода, по-видимому, вследствие малого количества околоплодных вод; в анамнезе самопроизвольные выкидыши и явления угрожающего выкидыша в первую половину настоящей беременности. Все эти обстоятельства заставляют нас воздержаться от наружного поворота.

27/IX (через 7 дней после поступления в родильный дом) в 10 часов утра у беременной отошли воды. Родовой деятельности нет. Плод продолжает занимать такое же положение — первое поперечное, со спинкой (?), обращенной ко входу в малый таз (рис. 229). Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, прослушивается слева, ниже пупка. Влагалищное исследование: шейка значительно укорочена, наружный зев пропускает 1 палец; предлежащая часть не определяется, подтекают светлые воды в умеренном количестве.

#### Что делать?

1. Ввести метрейринтер и после его рождения при полном открытии шейки матки произвести классический поворот на ножку с последующим извлечением плода.

2. Произвести кесарево сечение, учитывая возраст роженицы, ее большое желание иметь ребенка, а также наличие седловидной матки и отягощенный акушерский анамнез.

Родоразрешение *per vias naturales* путем расширения шейки матки метрейринтером с последующим поворотом на ножку и извлечением плода принципиально правильно и разобрано нами уже выше (стр. 395). Однако следует учесть индивидуальные особенности данной беременной. Она старая первородящая, очень хочет иметь ребенка, у нее седловидная матка, в которой расположен поперечно почти доношенный плод. Родовой деятельности нет, а воды отошли преждевременно.

*Удастся ли путем введения метрейринтера и стимуляции схваток получить хорошую родовую деятельность? Будет ли к моменту рождения метрейринтера полное открытие шейки?*

Дать ответ на эти вопросы весьма трудно.

Первые роды в пожилом возрасте, наличие неполноценной матки седловидной формы с конической шейкой, самопроизвольные аборт при предыдущих беременностях—все это позволяет скорее ожидать слабую родовую деятельность, затянувшийся первый период родов, что угрожает жизни внутриутробного плода.

Литературные данные и наши наблюдения указывают на то, что исход родов для плода при поперечном положении, осложненном преждевременным отхождением вод, до настоящего времени еще остается тяжелым и гарантировать рождение живого ребенка при таком методе ведения родов мы, к сожалению, не можем.

Категорическое желание беременной иметь ребенка и отсутствие уверенности в том, что ей удастся в течение дальнейшей жизни, учитывая возраст, иметь еще одну беременность и доносить ее до срока, заставляют нас считать вполне обоснованным произвести кесарево сечение.

Кесарево сечение при поперечном положении плода применяется обычно в тех случаях, когда наличие неправильного положения плода сопровождается одновременно другой тяжелой патологией, как узкий таз, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально прикрепленного детского места и др., что само по себе может служить показанием к абдоминальному родоразрешению.

В последнее десятилетие показания к родоразрешению путем кесарева сечения при наличии поперечно расположенного плода несколько расширены. Кесарево сечение считается показанным у старых первородящих, имеющих поперечное положение плода, особенно осложненного преждевременным отхождением вод и категорически настаивающих на сохранении жизни ребенка, а также у повторнородящих женщин с поперечным положением плода и отягощенным акушерским анамнезом (мертворождения).

Итак, у данной беременной мы решили произвести кесарево сечение.

27/IX в 11 часов — *sectio caesarea abdominalis*. Операция под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина, ретроvesикальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки (стр. 149). Извлечен мальчик весом 3200 г, длиной 50 см, который тотчас громко закричал.

Операция прошла без осложнений.

Послеоперационный период протекал благополучно. Заживление швов первичным натяжением. Выписана через 12 дней после операции с ребенком.

**Краткий эпикриз.** М. Я., 36 лет, первородящая, поступила со сроком беременности 38—39 недель, с поперечным положением плода. У беременной седловидная матка, коническая шейка, отягощенный повторными самопроизвольными выкидышами анамнез. В родильном доме отошли преждевременно воды. Произведено абдоминальное ретроvesикальное кесарево сечение под местной инфильтрационной анестезией. Извлечен мальчик весом 3200 г. Операция и послеоперационный период прошли без осложнений.

## ЗАПУЩЕННОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

### ЭМБРИОТОМИЯ

Ф. Б., 30 лет, повторнородящая, доставлена скорой помощью 24/II 1951 г. в 15 часов 15 минут с сильными схватками и выпавшей из влагалища ручкой. Беременность четвертая. Три предыдущие беременности протекали нормально и закончились срочными родами в головном предлежании. Последние роды были 2 года назад. Гинекологические заболевания отрицает.

Последняя менструация с 17/V по 19/V 1950 г. Настоящая беременность протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила 2 раза; в последний раз была месяц назад. Положение плода было продольное, головное. Отеков не было. Артериальное давление в пределах нормы. В моче белок отсутствовал.

23/II в 20 часов отошли воды в обильном количестве, схваток не было, и женщина решила дома дожидаться начала родовой деятельности.

24/II в 10 часов утра начались схватки, вначале слабые, с большими интервалами; к 13 часам схватки приняли регулярный характер. В 14 часов роженица решила направиться в родильный дом, но в это время у нее выпала из влагалища ручка плода. Была вызвана скорая помощь, которая и доставила ее в родильный дом.

Роженица среднего роста, правильного телосложения. Температура 36,8°, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Женщина очень возбуждена, жалуется на частые, сильные схватки почти без интервалов. Живот увеличен соответственно сроку доношенной беременности. Высота стояния дна матки 38 см, окру-

жность живота 105 см. Стенки матки очень напряжены; матка неправильной формы, ее верхний отдел обособлен от нижнего перехватом, особенно ясно определяющимся в момент схватки. Перехват расположен несколько косо и находится на уровне пупка (рис. 230). Матка так напряжена, что даже вне схватки определить положение плода не представляется возможным. При пальпации особенно болезнен нижний отдел матки. По бокам матки определяются маточные связки, натянутые, как шнуры.

Сердцебиение плода прослушать не удается. Шевеление плода не определяется. Схватки через каждые 1—2 минуты, очень болезненные. Из половой щели свисает отечная кисть ручки плода. Размеры таза: 24, 27, 31, 20 см.

#### Какой диагноз?

Диагноз поперечного положения плода поставлен правильно, хотя следует напомнить о том, что выпадение ручки может иметь место не только при поперечном положении плода, но и при головном предлежании.

Для уточнения положения плода, его позиции и вида, а также для определения степени подвижности плода и отсюда для решения вопроса о методе родоразрешения необходимо срочно произвести влагалищное исследование. Но делать это

исследование необходимо чрезвычайно осторожно, бережно, так как даже небольшое смещение какой-либо части плода может привести к разрыву стенки матки.

Под глубоким эфирным наркозом осторожно произведено влагалищное исследование: наружные половые органы несколько отечны, из половой щели свисает синюшного цвета кисть левой ручки. Идя вверх по предплечью и плечу, выполняющему влагалище, рука акушера легко достигает подмышечной впадины, которая закрыта вправо (см. рис. 230). Шейка матки полностью открыта. Спереди за лоном определяется реберная решетка и лопатка плода. Плечико глубоко вклинилось в полость малого таза. Плод неподвижен. Мыс не достигается. Костных деформаций таза нет.

Итак, у нашей роженицы плод расположен в поперечном положении, во второй позиции, в переднем виде. Выпавшая ручка обычно помогает уточнить расположение плода в матке. Так, например, при заднем виде той же позиции поперечного положения плода выпавшая ручка была бы правая, а за лоном определялась бы ключица (рис. 231).

Однако при влагалищном исследовании надо было не только уточнить диагноз, но и решить вопрос, насколько плод сохранил свою подвижность, так как наличие подвижности плода есть одно из важнейших условий для исправления неправильного положения его путем поворота на ножку. Отсутствие подвижности плода указывает на наличие запущенного поперечного положения и является категорическим противопоказанием даже к попытке поворота во избежание катастрофы—разрыва матки.

Все акушеры без исключения придают большое значение диагностике запущенного поперечного положения плода, так как запущенное поперечное положение при дальнейшем выжидании угрожает роженице опасностью разрыва матки, а плоду—внутриутробной гибелью и поэтому требует немедленного родоразрешения.

*Что такое запущенное поперечное положение плода?*

Под запущенным поперечным положением плода подразумевается такое положение, при котором плод потерял полностью свою подвижность в матке, плечико глубоко вклинилось в полость малого таза, матка находится в состоянии тетанического сокращения и плотно охватывает плод. При этом наблюдается перерастяжение нижнего маточного сегмента, иногда с выраженным контракционным кольцом (см. рис. 129). Длительность времени, истекшего после отхождения вод, равно как и выпадение ручки, не определяют собой степени запущенности поперечного положения плода. Подвижность плода после отхождения вод может сохраняться еще много часов, и поэтому судить о подвижности плода по длительности безводного промежутка не представляется возможным.

Диагноз уточняется влагалищным исследованием, которое при запущенном поперечном положении плода рекомендуется производить только под глубоким наркозом и очень осторожно, учитывая истончение нижнего маточного сегмента и связанную с этим опасность разрыва матки.

Для определения запущенности поперечного положения плода, что совершенно необходимо для решения вопроса о выборе оперативного вмешательства, рекомендуется под глубоким наркозом уточнить степень подвижности плода, степень вколоченности плечика во вход малого таза и состояние тонуса мышцы матки, насколько она плотно обхватывает плод. Если под глубоким наркозом подвижность плода отсутствует и особенно если имеется налицо перерастяжение нижнего маточного сегмента и признаки угрожающего разрыва матки, поворот на ножку категорически противопоказан, роды должны быть закончены на мертвом плоде плодоразрушающей операцией, а на живом плоде, в зависимости от имеющихся условий, либо кесаревым сечением, либо тоже эмбриотомией.

Влагалищное исследование у роженицы указывает на полную неподвижность плода, плечико фиксировано в тазу. Отмечено возбужденное состояние женщины, тахикардия, частые, сильные, болезненные схватки, которые



Рис. 231. Запущенное поперечное положение. Вторая позиция (задний вид) с выпадением ручки (правая).



почти не имеют интервалов, резкое напряжение матки, неправильная ее форма—типа песочных часов с перехватом, или контракционным кольцом, расположенным на уровне пупка, болезненным перерастянутым нижним сегментом. Сердцебиение плода не прослушивается; очевидно, плод уже погиб.

Имеется типичная картина запущенного поперечного положения уже мертвого плода с наличием симптомов угрожающего разрыва матки.

*Можно ли при такой ситуации пробовать изменить положение плода?*

Разумеется, ни в коем случае нельзя. Это было бы грубейшей ошибкой, которая повлекла бы за собой разрыв перерастянутого нижнего сегмента матки.

*Что же делать?*

Для спасения жизни роженицы необходимо продолжить глубокий эфирный наркоз, чтобы до предела расслабить мускулатуру матки и срочно произвести родоразрешение путем эмбриотомии на мертвом плоде.

Так мы и поступили. Воспользовавшись выпавшей ручкой как рукояткой, мы произвели декапитацию.



Рис. 232. Эмбриотомия. Декапитация с помощью крючка Брауна.

Эмбриотомия (расчленение на части) известна с древних времен. У Гипократа имеются указания, каким образом следует уменьшать объем плода при извлечении. Сначала следует удалять грудные и брюшные органы с помощью специальных инструментов, а затем уже плод тоже с помощью особого инструмента. Цельс (Celsus) подробно описывает операцию обезглавливания плода.

В ту пору, когда в практике родовспоможения не было еще операции поворота плода на ножку, к кесареву сечению и эмбриотомии прибегали сравнительно нередко. Благодаря правильной организации родовспоможения и полному охвату всех женщин медицинской помощью в нашей стране запущенная акушерская патология встречается крайне редко. Только при наличии серьезных недочетов в организации родильной помощи может встретиться запущенная патология, при которой может потребоваться эмбриотомия. Эмбриотомия, как правило, проводится на мертвом плоде, при запущенном поперечном положении плода, когда закончить роды иным способом не представляется возможным. Условиями, необходимыми для производства этой операции, является полное открытие наружного зева и отсутствие абсолютного сужения таза (истинная конъюгата менее 7 см).

В зависимости от характера расположения плода применяется несколько вариантов эмбриотомии: обезглавливание, перелом позвоночника в шейной части его (decapitatio), перелом позвоночника в спинной части его (spondylotomia), вскрытие одной из полостей — брюшной или грудной с последующим удалением внутренних органов (evisceratio). Все эти варианты эмбриотомии применяются с целью уменьшения объема плода.

У данной роженицы при запущенном поперечном положении плода с вколотившимся глубоко в таз плечиком и выпадением ручки попытаемся осторожно произвести операцию decapitatio. Если встретятся значительные трудности, не будем форсировать во избежание возможного разрыва матки, а прибегнем к прободению грудной полости с последующим удалением содержимого таковой (evisceratio), а затем к spondylotomia. Иногда большие трудности встречаются при извлечении головки, остающейся после эмбрио-

томии в матке. Об этом следует помнить и по возможности рассекать позвоночник и туловище плода в верхнеспинном отделе таким образом, чтобы выпавшая ручка оставалась соединенной с головкой. Это значительно облегчает в дальнейшем фиксацию головки и извлечение ее тем или иным путем (пальцами или инструментом). Однако это, к сожалению, не всегда удается. На протяжении всей операции, особенно с первых минут ее, не следует забывать о возможности разрыва матки и проводить эмбриотомию крайне береж-



Рис. 233. Рассечение ножницами мягких тканей шейки плода при одновременном потягивании за ручку.

но, не торопясь, все время ладонью или пальцами оберегая стенку матки от ранения ее инструментами.

После вторичной дезинфекции наружных половых органов выпавшая ручка была оттянута помощником книзу и влево (в сторону расположения ножек). Левую руку акушер ввел во влагалище и пальцами обхватил шейку плода сзади и спереди. Далее по левой руке был введен крючок Брауна, продвинут позади симфиза до шейки плода и наложен под контролем пальцев на шейку плода так, что верхушка крючка смотрела кзади и впилась в мягкие ткани шейки плода (рис. 232). Помощник через наружные покровы живота роженицы фиксирует головку плода. После этого, сильно потягивая крючок на себя до тех пор, пока последний вплотную не ляжет на позвоночник плода, акушер повернул крючок вокруг его продольной оси под контролем внутренней руки, сначала в одну, потом в другую сторону. Этим движением был переломлен позвоночник плода и разорваны мягкие ткани шейки плода. Затем потягиванием за выпавшую ручку была низведена верхняя часть туловища, ножницами рассечены оставшиеся неразорванными мягкие части шейки плода (рис. 233) и затем путем дальнейшего потягивания за ручку извлечено обезглавленное туловище плода. Оставшаяся в полости матки головка извлечена с помощью пальца, введенного в ротик; в это же время помощник производил осторожное надавливание на головку через брюшные покровы (рис. 234).

Извлеченный по частям плод весил 3200 г. Через 15 минут после извлечения плода самостоятельно выделился послед целиком, без дефектов. Кровопотеря 200 мл.

*Можно ли считать, что мы все сделали?*

Нет. Учитывая, что оперативное вмешательство произведено у роженицы при наличии симптомов угрожающего разрыва матки, необходимо произвести ручное обследование матки, чтобы убедиться в ее целости.

При ручном обследовании разрыва стенки матки не обнаружено.

С помощью зеркал осмотрена шейка и стенка влагалища, которые тоже оказались без травматических повреждений. Промежность цела. После операции рожильнице на живот назначен холод и профилактически внутримышечно пенициллин по 50 000 ЕД через каждые 3 часа в течение 2 суток.

Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана в удовлетворительном состоянии через 10 суток.

Итак, плод, находившийся в продольном положении, на протяжении последнего месяца беременности изменил свое положение, приняв поперечное. Такое положение сохранилось до родов, о чем ни районный акушер, ни беременная не знали, так как беременная в течение последнего времени консультации не посещала, не было патронажа и на дому у нее. Если бы женщина регулярно наблюдалась в консультации через каждые 2 недели, а в последние 5 недель еженедельно, поперечное положение плода было бы установлено своевременно и были бы предприняты мероприятия для ликвидации этой патологии или во всяком случае было бы предупреждено запущенное поперечное положение.



Рис. 234. Эмбриотомия. Декапитация. Извлечение оставшейся головки.

**Краткий эпикриз.** Ф. Б., 30 лет, повторнородящая, не была под систематическим наблюдением женской консультации. У нее возникло поперечное положение плода, о чем беременная не подозревала. При доношенной беременности отошли преждевременно воды. Ввиду отсутствия родовой деятельности женщина продолжала оставаться дома, пока не развилась родовая деятельность. Через 18 часов после отхождения вод выпала ручка плода, с чем роженица была доставлена скорой помощью в родильный дом.

Здесь было констатировано запущенное поперечное положение, мертвый плод и угрожающий разрыв матки. Срочно под наркозом была произведена эмбриотомия путем декапитации. Послеродовой период прошел без осложнений.

### **ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ ВПРАВЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ НАЛОЖЕНИЕ КОЖНО-ГОЛОВНЫХ ЩИПЦОВ**

Ш. А., 26 лет, повторнородящая; поступила в клинику 30/VI 1955 г. в 12 часов дня. Направлена врачом районной больницы с диагнозом: беременность на X месяце, поперечное положение плода; чрезмерная подвижность плода.

Менструации с 16 лет, установились сразу, по 3—4 дня через 4 недели, умеренные, безболезненные.

Беременность вторая. Первая беременность закончилась нормальными родами в 1952 г. Последняя менструация в конце сентября 1954 г.

В течение настоящей беременности в первые 2 месяца отмечалась тошнота и изредка рвота. Первое шевеление плода ощутила в середине февраля.

Находилась под наблюдением женской консультации.

При поступлении в клинику самочувствие беременной удовлетворительное.

Беременная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые и кожные покровы обычной окраски. Температура 36,4°, пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. Легкие: границы в норме, при аускультации — везикулярное дыхание. Рентгеноскопия грудной клетки: легкие нормальные; сердце с небольшим увеличением левого желудочка, пульсация учащена. Артериальное давление 130/85 мм.

Живот увеличен соответственно сроку доношенной беременности, неравномерно выпячен: справа у подреберья выстят больше, чем слева. Пупок выпячен; на коже живота свежее розового цвета полосы беременности. Брюшная стенка дряблая, прямые мышцы живота широко разошлись. Матка овальной формы с выпячиванием сверху справа, высота стояния дна ее над лоном 34 см. Окружность живота 108 см.

Плод расположен косо — ягодицы находятся справа сверху, а головка слева в подвздошной впадине, спинка обращена влево. мелкие части определяются справа. Сердцебиение плода прослушивается слева на уровне пупка, 134 удара в минуту, ритмичное. Родовой деятельности нет. Размеры таза: 25, 28, 31, 19 см. Анализ крови: Нб 12,5 г% (75 единиц), эр. 4 410 000, л. 8400; РОЭ 15 мм в час. Моча без патологических изменений.

### *Правильно ли заключение районного врача и каков наш диагноз?*

При поперечном положении (стр. 384) плод располагается таким образом, что головка (или ягодицы) определяется сбоку выше гребня подвздошной кости; при косом же положении плода крупная нижележащая его часть располагается ниже гребня подвздошной кости.

Исходя из этого, мы должны признать, что плод у данной роженицы находится в косом положении (головка внизу, ягодицы сверху), спинка обращена влево, мелкие части справа.

Следует заметить, что при большой подвижности плод может менять свое положение и, быть может, он находился в поперечном положении при обследовании беременной районным врачом.

Наш диагноз: беременность доношенная, косое положение плода (головка внизу слева), первая позиция.

*Какая патология у данной беременной и требуется ли какая-либо срочная помощь?*

Единственным отклонением от нормы является косое положение плода, которое, по-видимому, обусловлено дряблостью брюшной стенки, диастазом прямых мышц живота.

Косое положение плода—это промежуточное между поперечным и продольным положением. Если оно сохраняется до родов, то во время последних может перейти либо в продольное, либо в поперечное положение. Последнее положение ведет к патологическому течению родов, опасному как для матери, так и для плода.

*Можно ли у беременной исправить это положение до родов и нужно ли это делать в настоящее время?*

Имеется два предложения.

1. Нужно сейчас же перевести плод в продольное положение при помощи наружного поворота.

2. Поворота не делать, а назначить постельный режим (сохранить воды!) с преимущественным положением беременной на левом боку.

Косое положение плода в большинстве случаев либо до родов, либо во время родов самопроизвольно переходит в продольное; этому особенно благоприятствует положение роженицы на том боку, куда отклонена предлежа-

шая часть плода. Считая, при наличии соответствующих условий, наружный профилактический поворот рациональным вмешательством для исправления положения плода и даже для перевода ягодичного предлежания в головное, мы в данном случае от такого поворота решили воздержаться. Положение плода, возможно, изменится и самостоятельно, а при попытках произвести наружный поворот может произойти преждевременное отхождение вод.



Рис. 235. Предлежание пуповины при косом положении плода.

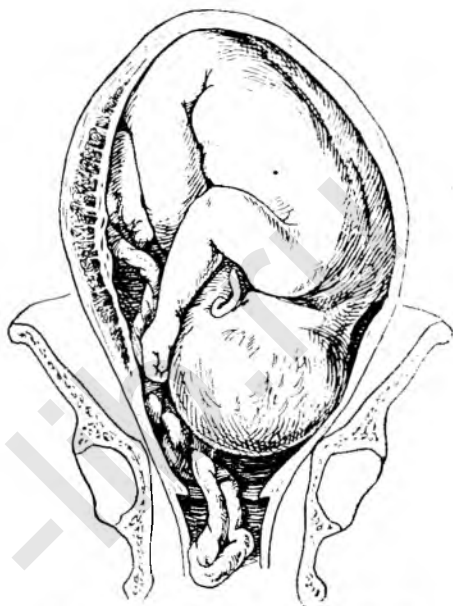


Рис. 236. Выпадение пуповины.

Назначив беременной постельный режим, главным образом на левом боку, мы установили за ней и плодом наблюдение и решили ожидать наступления родов.

4/VII в 19 часов 40 минут отошли в небольшом количестве светлые околоплодные воды и появились короткие редкие схватки.

#### *Что делать?*

Показано немедленное влагалищное исследование.

Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, канал пропускает 1 палец, головка высоко, но уже над входом таза, при схватке хорошо напрягается плодный пузырь.

Таким образом, было установлено, что в самом начале родовой деятельности косое положение плода перешло в продольное, головка уже находится над входом таза. Нужно думать, что отхождение небольшого количества вод обусловлено надрывом плодного пузыря где-то вверху или, может быть, здесь имелись межоболочечные воды, которые отошли после разрыва хориальной оболочки, а целостность амниона не была нарушена. Но это последнее менее вероятно. Скорее имеется высокий боковой разрыв плодного пузыря.

#### *Что же предпринять?*

Стимулировать родовую деятельность.

Для стимуляции родовой деятельности начали давать хинин по 0,2 г через каждые полчаса, 5 раз. Однако и после приема хинина родовая деятельность оставалась почти такой же слабой.

В течение 5 часов после отхождения вод родовая деятельность остается слабой — первичная слабость родовых сил.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие на  $2\frac{1}{2}$  пальца, плодный пузырь напряжен, головка высоко над входом в малый таз. Справа кзади от нее спускается петля пульсирующей пуповины (рис. 235). Во время исследования (по-видимому, оно сделано недостаточно бережно) пузырь вскрылся, отошло большое количество вод и вместе с ними во влагалище опустилась петля пуповины (рис. 236); пуповина пульсирует. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное.

### *Что произошло?*

Произошло выпадение пуповины при головном предлежании плода и открытии шейки матки на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Диагноз не вызывает сомнений: «на глазах» у врача совершился переход предлежания в выпадение пуповины (*prolapsus funiculi umbilicalis*).

Как известно, в норме пуповина находится у передней поверхности плода, располагаясь здесь рядом с ручками и ножками. Однако иногда, о чем будет речь позже, петля пуповины может опуститься ниже и располагаться рядом или даже ниже предлежащей части плода. При целом плодном пузыре такое положение пуповины является предлежанием ее (см. рис. 235). Как только плодный пузырь вскрывается, предлежание пуповины переходит в выпадение ее. При этом петля пуповины чаще всего располагается во влагалище (см. рис. 236), но может выйти и наружу, и тогда диагноз выпадения ставится без влагалищного исследования.

У наблюдаемой роженицы мы имели возможность проследить этот переход предлежания в выпадение пуповины. Конечно, акушерская ситуация теперь значительно осложнилась. С отхождением вод предлежащая головка плода начнет вставляться во вход таза, прижмет пуповину к стенке таза, в результате чего кровообращение в сосудах пуповины может прекратиться и плоду будет угрожать асфиксия и смерть.

### *Как предупредить такой печальный для плода исход?*

1. Произвести абдоминальное кесарево сечение.
2. Сделать поворот по Брекстону Гиксу.
3. Вправить пуповину и наложить кожноголовные щипцы.
4. Вправить пуповину и ввести метрейринтер.

Выпадение пуповины требует по возможности скорейшего родоразрешения, до того как в ней прекратится кровообращение. Для извлечения плода *per vias naturales* необходимо прежде всего достаточное открытие маточного зева, и тогда в зависимости от наличия других условий применяют соответствующую операцию: головка низко в тазу—щипцы; головка подвижна—поворот на ножку с последующим извлечением плода; тазовое предлежание—извлечение плода; поперечное положение—поворот на ножку и извлечение плода.

Но в данном случае у роженицы открытие зева всего на  $2\frac{1}{2}$  пальца. Нет условий для родоразрешения *per vias naturales*. Именно в таких случаях и погибает большинство детей. Вот почему для спасения жизни плода в подобном случае приходится иногда прибегать к операции абдоминального кесарева сечения, особенно у женщин пожилого возраста, которые категорически настаивают на сохранении жизни ребенка. Кстати заметим, что даже при такой терапии выпадения пуповины смертность детей достигает 10%.

Поворот на ножку по Брекстону Гиксу, какой рекомендовали раньше при хорошей подвижности плода, у нашей роженицы возможен; однако вряд ли это рационально. Ведь извлечь плод после этого поворота нельзя из-за малого открытия шейки матки и опасности ее разрыва. Поэтому приходится и после поворота ожидать наступления достаточного открытия шей-

ки матки. В течение этого времени плод обычно погибает, если он еще не погиб во время производства самого поворота.

Вправление выпавшей петли пуповины связано с механическим раздражением ее, что очень часто ведет к спазму (стр. 415) сосудов пуповины и связанному с этим нарушению кровообращения плода.

Понятно предложение после вправления пуповины ввести метрейринтер. Это, несомненно, рациональное мероприятие, иначе пуповина снова выпадет. Однако при этом имеется большой риск прижатия петли пуповины метрейринтером.

Менее рискованно для плода в этом смысле предложение вправить осторожно выпавшую петлю пуповины, захватить головку кожноголовными щипцами, фиксировать ее ко входу таза и тем самым предупредить возможность повторного выпадения. Кроме того, прижатая к нижнему сегменту матки головка является хорошим раздражителем, стимулирующим родовую деятельность, что будет способствовать более быстрому продвижению головки.

Так и поступил дежурный врач.

Роженице немедленно придано положение с приподнятым тазом, для чего под крестец подложена твердая подушка. При трудном вправлении рекомендуется даже придать роженице колено-локтевое положение, при котором содержимое матки и выпавшая пуповина перемещаются по направлению ко дну матки. Введена рука во влагалище и кончиками пальцев осторожно, не сдавливая пуповины, последняя без труда запроважена за головку (рис. 237), а на кожу головки тотчас же другой рукой наложены щипцы типа Мюзо. К щипцам привязан марлевый бинт перекинутый через блок у ножного конца кровати (стр. 148) и подвешен груз весом 300 г.

Под влиянием механического раздражения появились энергичные схватки, головка вставилась во вход таза, и последующий контроль пальцами не обнаружил нигде вокруг головки петли пуповины, она разместилась выше пояса соприкосновения.

Сердцебиение плода оставалось хорошим. Еще до вправления пуповины была начата профилактика асфиксии плода по Хмелевскому — Николаеву (кислород, глюкоза, кордиамин). Вскоре схватки стали чаще (через 3—4 минуты) и энергичнее (45—50 секунд). Через 2 часа после наложения кожноголовных щипцов головка была уже в полости малого таза. Роженица ведет себя спокойно. Сердцебиение плода остается хорошим. Еще через 40 минут начались потуги. Щипцы сняты.

5/VII в 4 часа 15 минут родился мальчик в затылочном предлежании, первой позиции, переднем виде. Ребенок сразу громко закричал. Вес ребенка 3950 г, длина 53 см.

Через 15 минут выделился послед; детское место целое с добавочной долькой (см. рис. 106); оболочки все. Длина пуповины 73 см.

Кровопотеря при родах 300 мл. Промежность и шейка матки (осмотренная с помощью зеркал) целы.

Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 9-й день в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, роды закончились благополучно как для матери, так и для ребенка. Однако часто выпадение пуповины влечет за собой роковые последствия для ребенка.

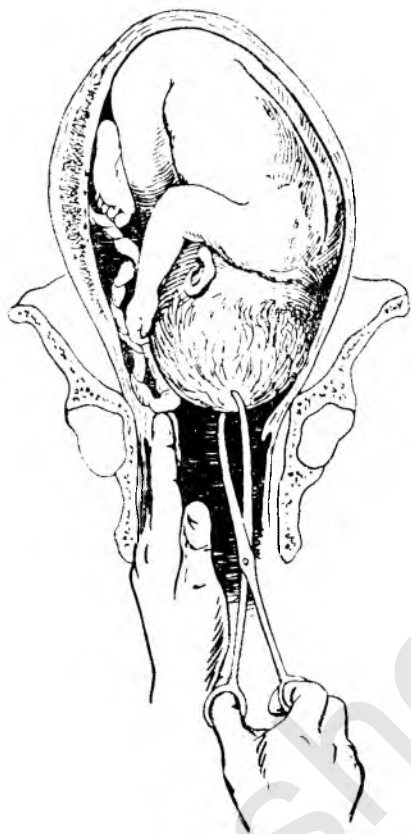


Рис. 237. Вправление пуповины и наложение кожноголовных щипцов.

Выпадение пуповины не столь редкое осложнение в акушерской практике; оно встречается в 0,5—0,8% всех родов (Н. М. Поршняков). Чем больше нижний сегмент матки выполнен плодом (затылочное предлежание) и чем совершеннее пояс соприкосновения, тем реже бывает выпадение пуповины. Чем более свободен нижний сегмент (поперечное положение, косое положение плода), тем чаще выпадает пуповина. По той же причине роды недоношенным плодом чаще сопровождаются этой патологией. Позднее вставление предлежащей части в таз благоприятствует выпадению пуповины (узкий и неправильной формы таз, разгибательные предлежания, многоплодие). Более поздним вставлением предлежащей части в таз объясняется и более частое выпадение пуповины у повторнородящих (в 4—5 раз чаще, чем у первородящих). При многоводии благоприятные условия для выпадения пуповины создаются обычно в момент «стремительного» отхождения вод, которые увлекают пуповину мимо обычно еще не вставившейся во вход предлежащей части. Наконец, выпадению способствует чрезмерная длина пуповины, а также низкое прикрепление или частичное предлежание плаценты, при которых пуповина и обычной длины может спуститься низко (рис. 238).

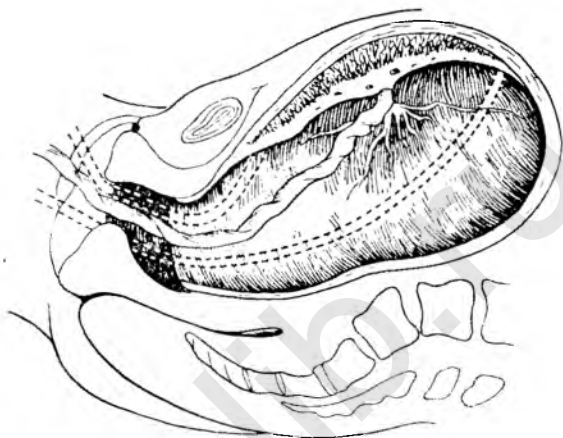


Рис. 238. Значение места прикрепления пуповины для относительной длины последней.

Причину выпадения пуповины у наблюдаемой нами роженицы установить нетрудно. При косом положении плода вход в таз оставался долгое время свободным, что создало благоприятные условия для опущения пуповины, которая к тому же была необычной длины (73 см). В результате возникло предлежание пуповины, что было констатировано при влагалищном исследовании.

После вскрытия пузыря стремительно излившиеся воды увлекли за собой пуповину из полости матки во влагалище—создалось выпадение пуповины.

**Краткий эпикриз.** Ш. А., 26 лет, повторнобеременная, госпитализирована заблаговременно по поводу поперечного положения плода. В родильном доме было установлено косое положение плода. Спустя 4 дня началась родовая деятельность, слабо развивавшаяся. Влагалищное исследование, предпринятое при открытии зева матки на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, обнаружило предлежание пуповины, головка к этому времени была над входом таза (продольное положение плода).

Неосторожное влагалищное исследование закончилось вскрытием плодного пузыря и выпадением пуповины. Пуповина была запроважена за головку, после чего на последнюю наложены кожноголовные щипцы. Головка опустилась в таз, развилась энергичная родовая деятельность, и через 3 часа 15 минут после наложения кожноголовных щипцов родился мальчик весом 3950 г. Последовый период без осложнений.

Послеродовой период протекал нормально. Выписана на 9-й день с ребенком.



## ВЫПАДЕНИЕ ПУПОВИНЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА НОЖКУ

Р. М., 26 лет, поступила в клинику 28/IX 1955 г. в 21 час 30 минут с редкими схватками, начавшимися 28/IX в 19 часов.

В детстве заболеваний не помнит, взрослой болела гриппом, ангиной.

Менструации с 15 лет, по 3—4 дня через 26 дней, умеренные, безболезненные. Беременность первая. Последняя менструация 15/XII 1954 г. Беременность протекала без осложнений. Находилась под наблюдением женской консультации.

Роженица выше среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура 36,4°; пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/80 мм. Сердце и легкие в пределах нормы. Молочные железы хорошо развиты.

Живот овальной формы, пупок выпячен, на коже живота свежие полосы беременности; окружность живота 108 см. Дно матки на 3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. Высота стояния дна матки над лоном 31 см.

Положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа, головка плода у дна матки посередине, над входом таза прощупываются ягодичи, подвижные. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. Схватки редкие, короткие, через 15—20 минут, по 15—20 секунд. Воды не отходили. Размеры таза: 25, 28, 31, 21 см. Моча нормальная.

Влагалищное исследование: влагалище свободно проходимо для двух пальцев, шейка матки не полностью сглажена, открытие маточного зева на 2 пальца; плодный пузырь цел, вялый; предлежат ягодичи высоко над входом таза, подвижны; через оболочки плодного пузыря определяется справа петля пульсирующей пуповины и ножка плода; мыс не достигается.

### *Какой диагноз?*

Беременность доношенная, первый период родов, смешанное ягодичное (ягодично-ножное) предлежание плода и предлежание пуповины.

### *Как можно расценивать указанную акушерскую ситуацию?*

#### *Что в ней патологического?*

Прежде всего обращают внимание два обстоятельства, весьма существенных для исхода родов. Это—наличие ягодично-ножного предлежания плода и предлежание пуповины. Что касается первого, то, хотя все тазовые предлежания с точки зрения положения плода и относятся к нормальным, все же большой процент мертворождений и частые вмешательства при них оправдывают отнесение этих предлежаний к пограничным между акушерской физиологией и патологией.

Второе весьма серьезное осложнение, выявленное при влагалищном исследовании,—предлежание пуповины. Это—серьезная патология, грозящая в дальнейшем прижатием пуповины с последующей возможной асфиксией и гибелью плода. Опасность эта станет особенно реальной после вскрытия пузыря и отхождения вод, когда возможно выпадение пуповины.

Диагноз предлежания пуповины поставить нетрудно, если исследующий внимательно ощупывает содержимое нижнего полюса плодного пузыря. Петля пуповины ощущается в виде канатика, очень подвижного и пульсирующего. При исследовании необходимо установить положение предлежащей петли пуповины: с какой стороны таза она определяется, слева или справа, больше кзади или кпереди. Эти детали, в чем мы далее убедимся, имеют практическое значение как для оценки тяжести осложнения, так и для лечения. Исследование должно проводиться бережно, чтобы не нарушить целостности плодного пузыря.

Итак, при влагалищном исследовании у роженицы обнаружено очень серьезное осложнение для плода—предлежание пуповины.

### *Что делать?*

Прежде всего нужно позаботиться о сохранении целостности плодного пузыря до наступления такого открытия шейки матки, при котором может произойти родоразрешение.

С этой целью мы предоставили роженице полный покой, уложив ее на левый бок (пуповина справа) и подложив под таз валик из подушки. Указанные мероприятия будут способствовать перемещению предлежащей петли пуповины вверх. Нужно внимательно следить за сердцебиением плода и не упустить момента отхождения вод.

В течение последующих 13 часов родовая деятельность постепенно усиливалась: схватки, повторявшиеся вначале через 15—20 минут продолжительностью по 15—20 секунд, стали через 5—4 минуты, по 40—45 секунд. Сердцебиение плода 126—130 ударов в минуту, ритмичное. Ягодицы прижаты ко входу таза. Роженица спокойна: применяет приемы психопрофилактического обезболивания.

К исходу указанного времени на высоте схватки отошли воды и из половой щели показалась петля пуповины (рис. 239). В это время сердцебиение плода резко замедлилось до 110—100 ударов в минуту, отходят воды, окрашенные меконием.

*Что произошло?*

Как мы и предполагали, вскрылся плодный пузырь и вместе с водами выпала пуповина, началась асфиксия плода.

*Что делать?*

Немедленно произвести влагалищное исследование. Влагалищное исследование: открытие шейки матки на 4 пальца, края зева тонкие, податливые, в зеве левая стопа и здесь же справа петля пульсирующей пуповины. Ягодицы вставились во вход таза в левом косом размере. Крестец слева и спереди. В дальнейшем сердцебиение плода стало 152 удара в минуту, моментами аритмичное.

*Что необходимо срочно предпринять?*

1. Для спасения ребенка закончить роды кесаревым сечением.
  2. Вправить пуповину, извлечь ножку и ждать полного открытия шейки матки для извлечения плода.
  3. Сделать попытку извлечь плод.
- Разберем каждое из этих предложений.

Кесарево сечение при выпадении пуповины показано обычно в тех случаях, когда открытие шейки матки недостаточно для окончания родов *per vias naturales*, у рожениц пожилых, настаивающих во что бы то ни стало сохранить ребенка.

Но ведь наша роженица — молодая женщина, впервые рожаящая. Кроме того, асфиксия плода, по-видимому, зашла уже далеко: вначале мы заметили довольно резкое замедление сердцебиения, а теперь сердцебиение стало частым, аритмичным. Подготовка к операции кесарева сечения требует определенного времени, в течение которого может развиться столь глубокая асфиксия, при которой извлеченный плод не удастся оживить. При этих условиях, естественно, нельзя предлагать роженице кесарева сечения.

Для вправления пуповины у данной роженицы весьма неблагоприятные условия. Во-первых, выпала очень длинная петля пуповины, которую нужно будет через влагалище вправлять за ягодицы, причем вправлению мешает ножка. Во-вторых, вправление пуповины за ягодицы происходит еще труднее, чем за головку, тем более что ягодицы уже вставились во вход таза. Таким образом, это мероприятие — вправление пуповины — успеха не даст.



Рис. 239. Выпадение пуповины при ягодичном предлежании.

Остается третье предложение — извлечь плод за ножку (*extractio foetus pedibus graevius*). Для выполнения этой операции требуется полное или почти полное открытие шейки матки. У данной роженицы (первородящей) открытие зева на 4 пальца; в данном случае нет полностью достаточных условий для извлечения плода. Учитывая, однако, что края зева матки тонкие и податливые, плод средних размеров, мы решили произвести извлечение плода за ножку. Эту операцию надо делать бережно и быть всегда наготове, на случай если потребуется рассечь зев шейки матки (стр. 278).

В то время как проходила подготовка к операции, была проведена терапия асфиксии плода по методу Хмелевского—Николаева (кислород, глюкоза, кордиамин), в шейку матки введен 1 мл 0,1% раствора атропина (для предупреждения спазма) и приготовлен инструментарий для возможного рассечения зева шейки матки.

29/IX в 11 часов 15 минут после соответствующей подготовки введена во влагалище конусовидно сложенная кисть правой руки; стараясь не ущемлять выпавшую пуповину рукой, добрались до ножки плода, вывели ее из влагалища и далее стали извлекать плод. Ножка оказалась левой, «передней». В дальнейшем проведено типичное извлечение плода, причем, вопреки ожиданию, затруднений при извлечении головки не представилось. Извлечен плод весом 3250 г, длиной 52 см, в состоянии синей асфиксии; оживлен по методу Легенченко.

Тотчас после извлечения, не перевязывая пуповины, ребенка погрузили до головки в ванночку с теплой (38°) кипяченой водой, головку немного сгибали; при этом резиновым баллоном удаляли слизь и околоплодные воды из верхних дыхательных путей. Роженице все время давали дышать кислородом. Через 3—4 минуты ребенок громко закричал, после чего перевязали пуповину. Через 25 минут выделился послед; детское место целое, оболочки все. Длина пуповины 67 см. Матка хорошо сократилась. Кровотечения нет. Общая кровопотеря 250 мл. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружен слева разрыв, который зашит четырьмя узловатыми кетгутowymi швами. На стенке влагалища слева и на слизистой входа во влагалище небольшие разрывы, на которые наложены кетгуттовые швы.

Продолжительность родов 16 часов 55 минут.

Послеродовой период протекал гладко. Выписана на 9-й день после родов в удовлетворительном состоянии с ребенком.

Нам остается обсудить несколько вопросов применительно к описанному наблюдению. Предлежанию и в дальнейшем выпадению пуповины у нашей роженицы способствовало ягодично-ножное предлежание плода, при котором вход таза был относительно свободен для опущения петли пуповины, имевшей к тому же значительную длину (67 см). По частоте данного осложнения ножные предлежания стоят на втором месте после поперечных и косых положений.

Предлежание пуповины у нашей роженицы не давало каких-либо симптомов, по которым можно было бы заподозрить указанную патологию. Лишь с момента прижатия пуповины, опускающейся предлежащей частью плода, когда нарушается кровообращение в сосудах пуповины, изменяется характер сердцебиения плода, а иногда отмечаются и резкие движения его — наступает асфиксия плода. Только с этого момента мы предположили возможность выпадения и прижатия пуповины. Влагалищное исследование в таких случаях позволяет уточнить диагноз.

Что касается выпадения пуповины, то в этом мы убедились, когда после отхождения вод тотчас же в половой щели появилась петля пуповины. Однако при выпадении петля пуповины может и не выходить наружу, а оставаться во влагалище. Тогда не сразу эта патология может быть распознана, особенно если не нарушается характер сердцебиения плода.

Влагалищное исследование и в этом случае является единственным методом, позволяющим своевременно установить диагноз. Вот почему обязательно влагалищное исследование сейчас же после отхождения вод.

У данной роженицы мы отметили быстро наступившую после выпадения пуповины асфиксию плода (изменение его сердцебиения и отхождение мекония), что произошло в связи с опущением ягодиц во вход таза и прижатием

пупочного канатика к тазовому кольцу. В этом отношении имеет значение и место выпадения пуповины. Расположение петли пуповины спереди у лонных костей обуславливает большее прижатие пуповины, чем расположение ее сзади в области крестцово-подвздошного сочленения. Но не только механическое воздействие на пуповину играет роль в расстройстве кровообращения. Это последнее обуславливается, по-видимому, также спазмом сосудов пуповины, развивающимся в результате неблагоприятного воздействия внешней среды на выпавшую из влагалища пуповину (разница в температуре).

Выпадение пуповины влечет за собой огромную мертворождаемость. Так, при родах, протекающих без оказания рациональной акушерской помощи, смертность плодов при выпадении пуповины достигает 90%. В родильных учреждениях (по статистике Н. М. Поршнякова) при выпадении пуповины в 46,5% плод рождается мертвым; из них при черепных предлежаниях — в 45%, при поперечных и косых положениях — в 60%, при тазовых — в 30%. Наибольшая смертность детей при поперечных положениях зависит во многом не от самого положения, а от других неблагоприятных для жизни плода факторов, сопутствующих поперечным и косым положениям плода (узкий таз, недоношенный плод, многоводие).

Большинство считает черепные предлежания наиболее неблагоприятным положением плода при выпадении пуповины; сравнительно благоприятнее — тазовые предлежания, и из них более благоприятными — неполные ножные предлежания.

Следует остановиться и на тактике врача, ведущего роды в тех случаях, когда сосуды выпавшей пуповины уже не пульсируют и сердцебиение плода не прослушивается. Если с момента прекращения сердцебиения плода и пульсации сосудов пуповины прошло больше 8—10 минут, то в форсировании окончания родов нет никакого смысла, так как оживить плод обычно не удается. Поэтому роды в таких случаях предоставляют их естественному течению, если позволяет состояние роженицы.

**Краткий эпикриз.** Р. М., 26 лет, первородящая, поступила в самом начале родов; воды не отошли. Установлено ягодично-ножное предлежание; ягодичцы стоят высоко над входом таза. При влагалищном исследовании через оболочки плодного пузыря справа обнаружена петля пуповины. Роженица уложена на левый бок с приподнятым тазом. Через 13 часов отошли воды и из половой щели показалась петля пуповины. Появились признаки асфиксии плода. При открытии зева на 4 пальца произведено извлечение плода за ножку. Извлечен доношенный плод в состоянии синей асфиксии; оживлен по Легенченко.

Последовый период протекал нормально. Небольшой разрыв шейки матки зашит. Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана на 9-й день в удовлетворительном состоянии с ребенком.

---

### ТРЕЩИНЫ СОСКОВ В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

К. М., 22 лет, обратилась в клинику 15/XI 1954 г. по поводу большой трещины на правом соске и невозможности кормить ребенка из-за болезненного акта сосания.

Роды первые, нормальные. Родила 29/X 1954 г. мальчика весом 3300 г. Ребенка кормила с первого же дня после родов, молока было мало. На 5-й день после родов на сосках обеих молочных желез появились небольшие трещины. Лечили облучением сосков ультрафиолетовыми лучами, смазыванием 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

На 10-й день после родов родильница выписана из клиники с трещиной у основания правого соска. Лечилась амбулаторно, производилось прикладывание пенициллиновой мази на сосок правой железы. Кормление ребенка этой железой не прекращала, несмотря на то, что акт сосания приносил ей мучительные страдания. В последние 2 дня кормление ребенка правой железой стало невозможным вследствие невыносимых резких болей во время акта сосания. Применявшееся в течение 6 дней лечение пенициллиновой мазью эффекта не дало, что и заставило врача консультации направить больную в клинику.

При поступлении (15/XI 1954 г.) общее состояние больной удовлетворительное. Температура нормальная. Молочные железы средних размеров. Соски малых размеров, пуговчатой формы. У основания правого соска имеется глубокая циркулярная трещина, покрытая серо-гнойным налетом. Правый сосок несколько гиперемирован, особенно по краям трещины, резко болезнен при легком прикосновении к нему. Молока мало. Со стороны других органов и систем отклонений от нормы нет.

Диагноз напрашивается сам собой: трещина соска правой молочной железы.

Если диагноз в нашем случае не вызывает сомнений, то выбор метода лечения требует тщательного обсуждения.

Прежде чем избрать тот или иной вид терапии, остановимся на классификации трещин сосков, вспомним этиологию и патогенез этого заболевания.

#### *Какая классификация трещин сосков?*

Трещины сосков являются наиболее частым заболеванием в послеродовом периоде. По литературным данным, частота их колеблется от 11 до 55,3%.

По общепринятой классификации трещины сосков делятся на три степени: к первой степени относят все ссадины, маленькие трещины и слущивание поверхностного эпителия; ко второй степени — более глубокие продольные и поперечные трещины, некровоточащие; к третьей степени — продольные и поперечные трещины, кровотокающие, а также глубокие, кровотокающие и длительно не заживающие трещины у основания соска.

#### *Какая этиология и патогенез трещин сосков?*

Большинство авторов (В. Е. Роговин, Г. С. Павлова, С. А. Дятлов и др.) придерживается того мнения, что непосредственной причиной повреждения сосков является их механическая травма при акте сосания. В частности, трещины могут возникнуть вследствие неправильной техники кормления ребенка (захватывание соска без околососкового кружка, слишком продолжительное кормление, несоблюдение правила чередования молочных желез при кормлении и т. п.) или вследствие сильных сосательных движений ребенка из-за недостаточного количества молока в железах в первые часы

и дни после родов (А. Ю. Лурье, Л. К. Калиновская). По мнению этих авторов, в возникновении трещин сосков большую роль играет неправильная форма их строения: плоские, втянутые, бородавчатые, очень малые и чрезмерно большие соски (рис. 240).

К. К. Скробанский и ряд других авторов связывают механизм образования трещин сосков с негигиеническим содержанием молочных желез и сосков во время беременности и лактации.

Яшке (Jaschke), В. Штеккель, В. С. Груздев и др. полагают, что трещины сосков связаны с конституциональными особенностями кожи женщин и чаще всего наблюдаются у блондинок и рыжеволосых со слабой пигмен-

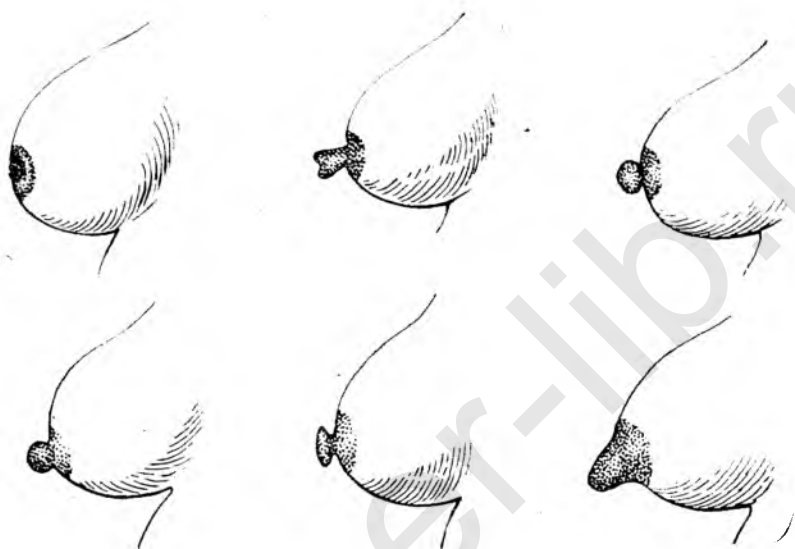


Рис. 240. Различные формы сосков.

1-й ряд—втянутый, двулопастный, бородавчатый; 2-й ряд—чрезмерно большой, пуговчатый, изрытый.

тацией околососковых кружков и тонким нежным покровом эпидермиса. А. Н. Антонов считает, что трещины сосков представляют собой одно из проявлений эксудативного диатеза.

Необходимо отметить, что работами ряда советских авторов (В. Е. Роговин, С. Б. Рафалькес, А. В. Бельский и др.) доказана несостоятельность теории конституционального происхождения трещин и бездоказательность этого взгляда. Эта теория рассматривает эксудативный диатез как состояние организма, не зависящее от воздействия внешней и внутренней среды. В результате авторы указанной теории отрицают возможность эффективной профилактики и терапии трещин сосков, что, бесспорно, не соответствует действительности и противоречит фактам повседневных клинических наблюдений.

Ряд других авторов (Е. С. Лушников и др.) считает, что в генезе трещин сосков большое значение имеет нарушение происходящих в молочной железе нервнодистрофических процессов. С. М. Беккер считает, что причиной возникновения трещин сосков является недостаточное возбуждение ареолярно-сосковой нервно-мышечной системы (способности соска к эрекции).

Из приведенных данных видно, что в вопросе механизма возникновения трещин сосков еще существуют разноречивые мнения. Каждое из приведенных высказываний различных авторов в какой-то мере объясняет причины

и механизм возникновения трещин сосков, однако не разрешает полностью этот вопрос.

Вернемся к нашей больной.

*Каков механизм образования трещин сосков у данной больной?*

У наблюдаемой нами больной ребенок родился доношенным, акт сосания сильный. Молока в молочных железах мало; форма сосков неправильная — пуговчатая. Надо полагать, что при малом количестве молока в молочных железах ребенок сосет энергично и долго, напрягая все силы для высасывания молока. Поэтому в полости рта ребенка создается большое отрицательное давление, способствующее образованию насосов и надрывов эпидермиса соска. Поскольку соски имеют пуговчатую форму, более глубокие надрывы эпидермиса кожи образовались у основания соска. Так как больная не прекращала кормления, то через каждые 6 часов сосок вновь подвергался травме. Вследствие этого трещина соска увеличивалась в размерах и углублялась, что и нарушало ее заживление.

Итак, перед нами больная с одним из самых частых осложнений послеродового периода — трещинами соска третьей степени.

*Какой метод лечения трещин сосков выберем у этой больной?*

Ввиду наличия глубокой трещины у основания правого соска имеется опасность занесения инфекции в молочную железу и возникновения мастита. Нужны терапевтические мероприятия, направленные на быстрое заживление трещины. С одной стороны, поскольку акт сосания из правой железы очень болезнен — трещина соска длительно не заживает и все больше увеличивается в размерах, показано прекратить кормление ребенка этой железой. С другой стороны, прекращение кормления может привести к нарушению естественных условнорефлекторных связей на акт молокообразования и молокоотделения, что приведет к застою молока в этой груди. Поэтому необходимо применить такую терапию трещин сосков, которая позволила бы кормить ребенка и правой железой.

Таким образом, высказаны две противоположные точки зрения.

*Как же правильнее поступить?*

Применяемые до настоящего времени методы и средства для лечения трещин сосков можно объединить в несколько основных групп.

Одни авторы стремятся лечить трещины сосков смазыванием различными нейтральными и дезинфицирующими мазями: висмутовая мазь, стерильное вазелиновое масло, касторовое масло, глицерин со спиртом, перуанский бальзам, стерильный ланолин и др. Другие авторы для лечения трещин сосков предлагают различные дезинфицирующие и прижигающие средства: смазывание трещин сосков спиртом, марганцовокислым калием и др. Из антисептических и прижигающих средств можно также указать: ляпис, посеребренные препараты Моисеева, лизоцим, раствор солянокислого хирина, аммарген, генцианвиолет, танин, йод, бриллиантовую зелень, водка, припудривание трещин порошком стрептоцида и др.

Считая трещины сосков одной из форм дистрофического процесса, Е. С. Лушников и др. применяют при лечении их короткую новокаиновую блокаду по А. В. Вишневному с последующим наложением масляно-бальзамической повязки.

Два десятилетия назад широкое распространение при лечении трещин сосков получили физиотерапевтические методы в виде облучения трещин сосков лампой соллюкс, лампой Минина, инфракрасными лучами, токами д'Арсонваля, УВЧ и др. в сочетании с прерыванием кормления соответствующей молочной железой.

За последнее время для лечения трещин сосков начали широко применять антибиотики: пенициллиновую мазь, аэрозоль пенициллина, грамицидин, нигрин и др.

Некоторые авторы вообще отказываются от каких бы то ни было медикаментозных средств и ограничиваются лишь предоставлением покоя молочной железе в промежутках между кормлениями. Другие же авторы во избежание травмы сосков во время акта сосания рекомендуют применять резиновые колпачки, колпачки Кафка, кормление через накладку (рис. 241) и др.

Перечень средств и методов лечения трещин можно было бы продолжить дальше. Однако уже одно это далеко не полное перечисление способов и средств лечения трещин сосков свидетельствует об их малой эффективности, хотя авторы, предлагающие те или иные средства, указывают на их высокую эффективность.

По-видимому, следует согласиться с С. Б. Рафалькесом, который объясняет высокую эффективность различных методов лечения трещин сосков в руках предложивших их авторов тем, что на время лечения тем или иным путем улучшается качество ухода за молочными железами и сосками, соблюдается правильная техника кормления, улучшается общегигиенический уход за родильницей.

Большинство же авторов (В. С. Груздев, К. К. Скробанский и др.) считают, что для успешного заживления трещин сосков, кроме рекомендуемых средств лечения, необходимо создать покой поврежденному соску. С этой целью они предлагают прекратить кормление ребенка пораженной молочной железой на разные сроки (в основном от 1 до 4 суток) в зависимости от тяжести поражения соска, с обязательным сцеживанием молока руками или специальными аппаратами.

Аналогичным образом поступили и мы.

15/XI 1954 г. прекращено кормление ребенка правой молочной железой. Соски смазаны 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. С целью предотвращения застоя молока назначено сцеживание молока руками. На 2-е сутки после лечения трещина покрылась сухой корочкой; на 5-е сутки трещина соска полностью зажила. С этого времени больная снова начала кормить ребенка правой молочной железой.

Благодаря систематическому сцеживанию молока застой его в правой железе не наблюдался. Количество молока увеличилось. Акт сосания безболезнен.

*Была ли правильной терапия в данном случае?*

Безусловно, результат лечения хороший. И тем не менее необходимо сказать, что этот вид терапии следует применять лишь в крайнем случае, когда естественное вскармливание приносит мучительные страдания матери и является основной причиной незаживления трещин. Во всех других случаях нужно применять другие методы лечения, не прекращая вскармливать ребенка грудью. Выключение железы из акта сосания может нарушить лактационную функцию и тем самым привести к застою молока, что является благоприятным моментом для развития лактационного мастита.

У данной больной прекратить кормление ребенка больной железой — единственный выход из создавшегося положения, так как применявшиеся до этого другие методы лечения (смазывание сосков 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени, ультрафиолетовое облучение сосков, пенициллиновая мазь на соски) не дали положительного эффекта. Кроме того, акт сосания приносил больной мучительные страдания из-за резкой боли.

Итак, благодаря созданию функционального покоя молочной железе путем выключения ее из акта сосания в течение 5 суток и смазывания сосков



Рис. 241. Стекла́нная накладка на сосок (Дятлова).



1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени мы сравнительно быстро избавили больную от этого тяжкого страдания.

*Можно ли считать, что рецидива заболевания не наступит?*

Нет. Выписывая в таких случаях кормящую мать, мы должны дать ей совет по уходу за молочными железами и сосками с целью предупредить образование вновь трещин.

Надо признать, что врачи-акушеры обычно обращают мало внимания на состояние молочных желез и строение сосков при осмотре беременных. Между тем наши советы по профилактике трещин сосков до родов могут в значительной степени снизить процент образования их после родов.

*Какие же советы необходимо дать матери с целью профилактики образования вновь трещин сосков?*

Советы примерно аналогичны тем, которые даются во время беременности. Подготовка молочных желез и сосков во время беременности к их будущей функции начинается в женской консультации при первом обращении беременной. В основе дородовой подготовки молочных желез лежат общегигиенические мероприятия, повышающие тонус организма беременной и функциональную деятельность отдельных его органов и систем, в частности молочных желез.

Беременным советуют ежедневное обмывание молочных желез водой комнатной температуры с мылом и последующим вытиранием мохнатым полотенцем. При выраженной сухости кожи соска последний нужно смазывать стерильным вазелиновым маслом.

Всем здоровым беременным женщинам рекомендуют проводить ежедневную утреннюю гимнастику, избегая при этом резких движений, прыжков и бега. Если беременная не может проводить утреннюю зарядку, ей рекомендуют делать гимнастические упражнения для рук в течение 3—5 минут (сгибание, разгибание, круговые движения и др.) для улучшения кровообращения в плечевом поясе и молочных железах. Чтобы предотвратить свисание молочных желез, беременная должна носить лифчик, причем по мере увеличения молочных желез размеры лифчиков нужно менять. Белье должно быть свободным и нигде не сдавливать тело, особенно молочные железы. Начиная с V—VI месяца беременности рекомендуют проводить ежедневные воздушные ванны молочных желез (в течение 10—15 минут беременная лежит с открытой грудью).

В целях поднятия общего тонуса организма беременной и повышения резистентности к инфекции тканей молочной железы, начиная с VII—VIII месяцев, проводятся общие ультрафиолетовые облучения через день, всего 15—20 сеансов.

Большое значение имеет организация рационального питания. Пища должна содержать большие количества витаминов.

Если у беременной имеются анатомически неправильные соски, особенно плоские и втянутые, то должно быть испытано вытягивание их сначала акушеркой или врачом в консультации, а затем беременную следует научить проводить эту манипуляцию самой. Время от времени (при посещении консультации) контролировать правильность выполнения этой манипуляции.

Очень большое значение имеет и профилактика трещин сосков после родов. Для предупреждения трещин сосков во время кормления каждая роженица должна быть обучена правильному выполнению принципиальных установок.

До первого прикладывания ребенка к груди следует убедиться в том, что молоко действительно прибыло, так как в противном случае ребенок будет сосать «пустую» грудь. Это способствует образованию трещин сосков. Надо обратить внимание на форму соска, расположение на нем отверстий молочных протоков и только после этого назначить способ кормления грудью.

Родильницу надо обучить правильному прикладыванию ребенка к молочным железам: он должен захватывать не только сосок, но и значительную часть околососкового кружка, в результате чего сосок менее всего растягивается и травмируется.

Перед кормлением нужно сцедить несколько капель молока, и только после этого можно начать кормить ребенка. Уже с 4-го дня после родов мать, если нет противопоказаний, должна кормить ребенка сидя (рис. 242).

В профилактике поврежденных соска в результате сильных сосательных тракций имеют значение приемы держания молочной железы в начале кормления. В момент захватывания соска ребенком грудь не следует удерживать пальцами вблизи ареолы, в противном случае быстрая тяга за сосок грозит перерастяжением кожи последнего и приводит к образованию разрыва. Чтобы этого не случилось, кормящая мать должна, сидя на стуле, несколько податься вперед.

Для предупреждения излишней травматизации необходимо правильно извлекать сосок изо рта ребенка по окончании кормления, не выдергивать его быстро. Если ребенок не выпускает сосок изо рта, следует медленным сжиманием его ноздрей заставить отпустить сосок.

После каждого кормления надо проводить воздушные ванны для молочных желез длительностью 10—15 минут.

Следует также обратить внимание беременной и родильницы на соблюдение строгих правил асептического ухода за молочными железами и сосками. Наряду с соблюдением чистоты тела и обязательно рук молочные железы ежедневно во время утреннего туалета нужно обмывать водой с мылом и вытирать отдельным полотенцем. Белье следует часто менять.

К моменту перевода родильниц в послеродовое отделение желательно выдавать им лифчик, который нужно ежедневно менять; лифчик должен хорошо поддерживать молочную железу и в то же время не сдавливать ее.

Если необходимо опорожнить молочные железы, то желательно это сделать с помощью молокоотсоса (рис. 243) или аппаратов типа водоструйных электро- и вакуумотсосов. При отсутствии аппаратов и необходимости отсасывания можно прибегнуть и к ручному методу сцеживания молока, но при этом следует соблюдать следующие правила. В области околососкового кружка с обеих сторон соска большим и указательным пальцами производят легкие ритмические движения в сторону соска, не отнимая пальцев от кожи (рис. 244). Сцеживать нужно регулярно, не чаще обычного числа кормлений в сутки, причем каждый раз не дольше 15 минут. Средний медицинский персонал акушерских стационаров, женских и детских консультаций должен уметь обучить мать правильно сцеживать молоко. При посещении матерью детской (женской) консультации необходимо проверять, правильно ли она кормит ребенка грудью.



Рис. 242. Кормление грудью сидя.

Таким образом, соблюдая все указания по профилактике трещин сосков до родов и после родов, можно предотвратить травму соска и избежать мать от мучительных последствий.

**Краткий эпикриз.** У К. М., 22 лет, первородящей, на 5-й день после родов на сосках обеих молочных желез образовались трещины первой степени. Лечение, проводившееся как в стационаре (ультрафиолетовое облучение, смазывание сосков 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени), так и в женской консультации (прикладывание к соскам пенициллиновой мази), эффекта не дало. У основания соска правой молочной железы образовалась глубокая кровоточащая трещина соска



Рис. 243. Сцеживание молока при помощи молокоотсоса Дятлова.



Рис. 244. Сцеживание молока руками самой роженицы.

третьей степени. Кормление ребенка правой железой стало невозможным из-за резких болей, и кормление этой железой было прекращено. При этом соски смазывали 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени и производили систематическое сцеживание молока руками. Через 5 суток трещина у основания соска правой железы зажила. Количество молока увеличилось. Больная снова начала кормить ребенка из правой молочной железы.

### ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ

Л. Ф., 27 лет, поступила в клинику 6/IV 1953 г. Нормальные роды произошли 25/III 1953 г. Родился мальчик весом 3400 г. На 4-е сутки после родов у матери на сосках появились трещины второй степени.

Лечение: смазывание сосков 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. На 3-й день после начала лечения трещины зажили. 5/IV 1953 г. (на 11-й день после родов) роженица выписана в хорошем состоянии.

Вечером того же дня внезапно начался потрясающий озноб и значительно поднялась температура. Больная почувствовала колющие боли в правой молочной железе; к ночи боли значительно усилились, появилось покраснение кожных покровов в верхненаружном квадранте. К врачу не обращалась. Лечилась сама: к правой молочной железе прикладывала грелку. Однако боли не только не уменьшились, а, наоборот, еще более усилились.

6/IV 1953 г. (на 12-й день после родов) больная поступила в клинику. Жалобы на общее недомогание, головную боль, резкую боль в правой молочной железе, плохой сон, сухость во рту и ломоту во всех суставах.

Общее состояние больной средней тяжести. Температура 39,6°. Губы сухие. На лице лихорадочный румянец. Пульс 104 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Со стороны органов

дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Матка через брюшную стенку не прощупывается. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Выделения из влагалища серозные, скудные, без запаха. Стул и мочеиспускание в норме.

Состояние молочных желез: молочные железы больших размеров. Соски плоские. Правая молочная железа незначительно увеличена по сравнению с левой, резко гипертрофирована в области верхненаружного квадранта, отечная. При пальпации железа значительно напряжена, болезненна. В верхненаружном квадранте прощупывается резко болезненная «опухоль» плотной консистенции величиной с гусиное яйцо, с гладкой поверхностью, без четких контуров. На соске правой железы имеется глубокая, кровоточащая поперечная трещина. Левая молочная железа без отклонений от нормы. Молоко из правой железы выделяется плохо, из левой — хорошо.

Анализ крови от 6/IV: Hb 10,5 г% (63 единицы), эр. 3 350 000, л. 16 100, э. 0%, ю. 2%, п. 6%, с. 78%, лимф. 13%, мон. 1%; РОЭ 46 мм в час. При исследовании толстой капли крови во время приступа озноба плазмодиев малярии не обнаружено. Моча нормальная.

### *Какой диагноз?*

Правосторонний лактационный мастит. Начало заболевания тяжелое. Показано немедленное эффективное лечение. Прежде чем приступить к лечению, следует исключить другие послеродовые и инфекционные заболевания, имеющие сходную картину с лактационным маститом, а также выяснить, какая форма заболевания имеется у данной больной.

У данной женщины заболевание началось остро. Явления общей интоксикации организма как бы предшествовали развитию выраженных симптомов со стороны больной молочной железы. Местные симптомы в начале заболевания были выражены незначительно и привлекали к себе меньше внимания, чем лихорадка и связанные с ней расстройства. Вполне понятно, что иногда у таких больных ставят диагноз другого послеродового заболевания (метрозндометрит, тромбофлебит, сепсис), а также пиелита, малярии и других инфекционных заболеваний. Поэтому, чтобы подтвердить диагноз лактационного мастита, первой нашей задачей будет исключить перечисленные выше заболевания.

*Что позволяет отличить лактационный мастит от послеродовых заболеваний и в первую очередь от метрозндометрита, тромбофлебита и сепсиса?*

Это отличие прежде всего следует искать в анамнезе больной и в данных объективного обследования.

Если учесть время начала заболевания и характер его развития, уже это одно может заставить усомниться в послеродовом метрозндометрите, тромбофлебите и сепсисе. Известно, что послеродовая инфекция чаще всего проявляется на 3—4-й день после родов; заболевание начинается постепенно: большому повышению температуры обычно предшествует повышение ее до субфебрильных цифр.

В анамнезе таких больных существенное значение имеют указания на осложнения в родах, длительный безводный промежуток, оперативное вмешательство и др. Из объективных данных в этом случае первостепенное значение имеет наличие признаков заболевания со стороны матки и за ее пределами.

У данной больной роды прошли нормально. Однако следует вспомнить, что у роженицы были трещины сосков второй степени. Заболевание, по поводу которого она поступила в клинику, началось на 11-й день после родов, внезапно, сопровождаясь потрясающим ознобом и высокой температурой. Матка сократилась хорошо, величина ее нормальная, к тому же она совершенно безболезненна; придатки при пальпации нечувствительны. Выделения из влагалища серозные, скудные, без запаха.

Приведенные данные позволяют нам исключить половую сферу как причину температурной реакции и общей интоксикации организма у больной.

Мы также исключаем тромбоз и флебит — отсутствие боли по ходу сосудистого пучка нижних конечностей, моча нормальная. Следует отказаться и от предположения диагноза малярии (женщина никогда не болела малярией), при исследовании капли крови, полученной во время озноба, плазмодиев малярии не найдено.

Теперь мы можем сказать, что в данном случае не послеродовое заболевание, не пиелит и не малярия, а острый воспалительный процесс другого происхождения и, по-видимому, воспаление правой молочной железы.

Больная отмечает резкие колющие боли в правой молочной железе, плохое выделение молока из нее. Правая железа несколько увеличена по сравнению с левой, резко гиперемирована в верхненаружном квадранте, отечна. При пальпации железа значительно напряжена, болезненна. В толще ее, в верхненаружном квадранте, прощупывается резко болезненная воспалительная «опухоль» плотной консистенции, величиной с гусиное яйцо, с гладкой поверхностью, без четких контуров.

Таким образом, имеются налицо все симптомы, позволяющие нам поставить окончательный диагноз правостороннего острого лактационного мастита. Этот диагноз подтверждается также данными анализа крови, указывающими на повышенный лейкоцитоз, анэозинофилию, лейкопению и уменьшение количества моноцитов, которые характерны для острого лактационного мастита.

*Какая же форма острого лактационного мастита имеется у больной?*

Прежде чем ответить на этот вопрос, обратимся к характеристике данного заболевания, постараемся уяснить этиологию и патогенез его, а также остановимся на классификации воспаления молочных желез.

Мастит («грудница») — весьма частое заболевание послеродового периода; по данным родильных домов, частота его колеблется от 0,5 до 3—6%. Это заболевание редко угрожает жизни женщины, однако отражается на состоянии как матери, так и ребенка. Матери длительно болеют, дети же, переводимые на искусственное вскармливание, плохо развиваются, часто болеют.

В развитии мастита большую роль играет инфекция (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др.), которая тем или иным путем проникает в ткани железы.

Инфекция может проникать в молочную железу тремя путями: гематогенным, лимфогенным и галактогенным. Гематогенным путем инфекция проникает крайне редко (при септикопиемии путем метастазирования инфекции). При лимфогенном пути проникновение микробов в молочную железу происходит в основном через трещины сосков и повреждения их эпителиального покрова. По данным С. Б. Рафалькеса, у 65,5% женщин развитию мастита предшествовали трещины сосков. По мнению А. В. Бартельса, А. В. Бельского, роль трещин в патогенезе мастита не ограничивается только тем, что они представляют открытые ворота для проникновения инфекции. При наличии трещин сосков кормление ребенка вызывает боль, которая способствует развитию патологических рефлексов, тормозящих секреторную функцию молочной железы, что приводит к застою молока. Последний является благоприятной почвой для развития внедрившихся через трещины сосков возбудителей инфекции, вызывающих воспаление железы. По нашим наблюдениям, застой молока предшествовал развитию заболевания в 11,7% случаев. Инфекция может проникнуть в железу и через молочные протоки, открывающиеся на поверхности соска.

Осложнения во время беременности, оперативные вмешательства во время родов и послеродовые заболевания снижают общую сопротивляемость организма и могут явиться предрасполагающими факторами в возникновении мастита. По данным А. В. Бартельса и С. Г. Юрьевского, у 18,6%

больных развитию лактационного мастита предшествовал субфебрилитет до родов, у 67,8% — воспалительный процесс в половых органах.

Наиболее часто мастит возникает в первые 3 недели после родов, причем чаще у первородящих. В последующие сроки частота его резко снижается. Однако до конца лактационного периода, хотя и редко, маститы все же могут возникать.

В большинстве случаев мастит бывает односторонним, чаще поражается правая молочная железа с преимущественной локализацией очага воспаления в верхненаружном квадранте.

По стадиям развития лактационные маститы делятся на: 1) серозный мастит (начинающийся); 2) инфильтративный мастит: а) первичный инфильтрат, б) вторичный инфильтрат; 3) гнойный мастит: а) абсцедирующий, б) флегмонозный; 4) гангренизирующий мастит.

По локализации маститы делят на: 1) поверхностные; 2) глубокие, расположенные в толще молочной железы: а) поражение отдельных долек, б) поражение всей железы; 3) расположенные позади молочной железы (рис. 245).

*Вернемся к данной больной и уточним, какая же у нее форма мастита?*

С момента заболевания прошли лишь одни сутки. Вряд ли за это время могло произойти нагноение. Мы рассуждаем правильно; у нашей больной нет никаких данных, которые свидетельствовали бы о гнойном расплавлении очага воспаления. Молочная железа лишь незначительно увеличена в размерах, некоторые покровы ее резко гиперемированы в верхненаружном квадранте; отсутствует тот блеск и цианотический оттенок, которые характерны для гнойных форм мастита. При пальпации в центре очага воспаления на коже не остается вдавления желтоватого цвета (напоминающее лимонную корочку), как это бывает при гнойном мастите. Воспалительная опухоль плотная, поверхность ее гладкая, контуры определяются нечетко, размягчений нет.

Мы приходим к выводу, что у данной больной имеется острый воспалительный процесс правой молочной железы в фазе серозного пропитывания.

*Какая же форма мастита имеется у нашей больной: серозная (начальная) или острая инфильтративная?*

При серозном мастите заболевание чаще начинается с внезапного потрясающего озноба, повышения температуры до  $38,5-40^{\circ}$ . В одном из квадрантов молочной железы или во всей железе появляется боль колющего или дергающего характера, имеющая тенденцию к нарастанию. Вследствие интоксикации организма нарушается общее состояние, появляется жажда, сухость во рту, плохой сон, головная боль, общее недомогание, часто наблюдается яркий лихорадочный румянец на лице.

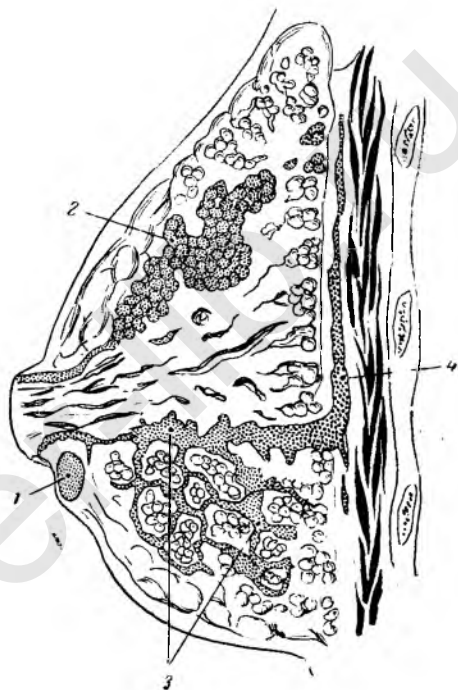


Рис. 245. Различная локализация мастита.

1 — субареолярный абсцесс; 2 — галактофорит; 3 — интерстициальный мастит; 4 — субмаммарный абсцесс.

В первые часы заболевания кожные покровы железы сохраняют обычный вид, внешняя форма железы не меняется; иногда отмечается заметное увеличение железы при полном сохранении ее контуров. В дальнейшем появляется резкое покраснение железы, расширение подкожных вен, молочная железа заметно увеличивается, отмечается припухлость в области покраснения, определяется большая упругость и диффузная болезненность молочной железы по сравнению со здоровой.

При пальпации на месте покраснения в глубине железы определяется резко болезненное уплотнение без четких контуров, с гладкой поверхностью. Уплотнение может захватывать либо небольшую часть ткани железы, либо значительную часть (размер сливы) ее. Точно определить величину уплотнения и его консистенцию трудно из-за толстого слоя окружающей его ткани и выраженного отека тканей железы.

Молоко из соска выделяется каплями, акт сосания или сцеживания молока резко болезнен, в силу чего кормление ребенка этой железой становится невозможным. Ребенок неохотно сосет эту грудь, плохо отсасывает молоко.

При своевременном рациональном лечении (стр. 428) начинающийся серозный мастит в течение 1—2 суток купируется, и все явления воспаления молочной железы исчезают. Если к лечению приступают поздно или лечение проводится неправильно, воспалительный процесс прогрессирует и переходит в острую инфильтративную форму. Данная форма мастита встречается довольно редко. При этом температура продолжает оставаться в пределах 39—40°, боли в молочной железе усиливаются, общее состояние ухудшается, озноб периодически повторяется, железа значительно увеличивается в размерах, нарастает чувство напряжения и боли в пораженной железе. Кожа резко гиперемирована. В отдельных случаях наблюдается лимфангоит. При наличии лимфангоита покраснение кожных покровов идет в виде широкой полосы от ареолы, радиарно расширяясь к периферии, где оно без границ переходит в здоровую кожу, напоминая рожистое воспаление молочной железы. Очень часто в воспалительный процесс вовлекаются подмышечные лимфатические узлы; последние увеличиваются в размерах, при пальпации резко болезненны, малейшее движение соответствующей руки резко усиливает боль. При пальпации в центре очага воспаления определяется резко болезненный, плотный инфильтрат с четкими контурами, с гладкой поверхностью, без очагов размягчения.

При исследовании крови отмечается падение гемоглобина до 10 г% (60 единиц), лейкоцитоз увеличивается до 10 000—16 000, РОЭ ускоряется до 50—60 мм в час. Заболевание острым инфильтративным маститом может быть не только следствием дальнейшего развития серозного мастита, но и развитием самостоятельного заболевания (С. Б. Рафалькес).

Теперь вернемся снова к наблюдаемой нами больной, уточним в свете приведенных данных, какая у нее форма мастита.

Течение процесса у данной больной нехарактерно для острой инфильтративной формы мастита, являющейся чаще всего следствием запоздалого или неправильного лечения. При этом температура носит ремиттирующий характер, периодически повторяются ознобы. Часто в воспалительный процесс вовлекаются подмышечные лимфатические узлы. Кроме того, воспалительная опухоль четко отграничивается от окружающих тканей, имеет деревянистую плотность, резко болезненна при пальпации.

У данной больной, хотя температура и была высокой, озноб отмечался лишь один раз (в начале заболевания). Гиперемия кожи усилилась лишь к исходу суток. Молочная железа увеличена незначительно. Воспалительная опухоль плотная, с гладкой поверхностью, но четко определить ее контуры не удастся из-за отека окружающих тканей.

Эро правосторонний серозный (начинающийся) лактационный мастит.  
*Может быть, у этой больной застой молока?*

При решении вопроса о постановке окончательного диагноза надо помнить, что почти в каждом случае серозного (начинающегося) мастита приходится дифференцировать его от застоя молока. Эти два варианта патологии молочной железы в послеродовом периоде отличаются как по этиологии, так и по клинической картине и течению.

Характерными отличительными особенностями застоя молока от серозного (начинающегося) мастита является то, что застой молока в результате механической закупорки выводных протоков или плохого опорожнения молочных желез развивается постепенно и начинается обычно с появления уплотнения в одном из квадрантов железы без повышения температуры. Серозный (начинающийся) мастит, наоборот, чаще всего начинается остро, сопровождается потрясающим ознобом и значительным повышением температуры.

При застое молока общее состояние рожениц не нарушается, в то время как при серозном (начинающемся) мастите симптомы общей интоксикации организма и связанные с ней расстройства общего состояния (общее недомогание, головная боль, плохой сон и аппетит, ломота в конечностях и др.) выражены резко с первых же дней заболевания.

Образующееся при застое молока уплотнение в молочной железе имеет чаще всего продолговатую форму, бугристую (зернистую) поверхность (из-за переполнения долек молоком) и четкие контуры. Уплотнение при застое молока можно легко захватить пальцами руки и легко смещать в толще железы, что нельзя сделать с «опухолью» при серозном (начинающемся) мастите из-за отека тканей вокруг опухоли и резкой болезненности. Воспалительная опухоль при серозном мастите обычно имеет округлую форму, гладкую поверхность и нечеткие контуры, которые не удается определить из-за отека окружающих тканей.

При застое молока болезненность уплотнения незначительная. При серозном (начинающемся) мастите, наоборот, в области воспалительной «опухольи», а затем и во всей железе отмечаются резкие колющие, режущие «пульсирующие» боли, усиливающиеся с каждым часом.

При застое молока молочная железа не увеличивается в размерах, кожные покровы ее сохраняют обычный вид. При серозном (начинающемся) мастите наблюдается быстрое увеличение большой молочной железы с покраснением кожи над очагом воспаления.

При застое молока из железы обычно выделяется хорошо, и после полного опорожнения железы от молока уплотнение исчезает и функция молочной железы полностью восстанавливается. При серозном (начинающемся) мастите молоко из железы выделяется плохо, и попытки сцеживания молока не только не дают обезболивающего эффекта, а, наоборот, усиливают боль.

В периферической крови при застое молока отклонений от нормы не наблюдается, в то время как серозный мастит сопровождается выраженным лейкоцитозом, анэозинофилией, увеличением числа сегментоядерных нейтрофилов, появлением юных, палочкоядерных форм, лимфопенией и уменьшением количества моноцитов; РОЭ при серозном мастите значительно ускорена.

При застое молока температура кожи на симметричных участках обеих молочных желез бывает одинаковой и колеблется в пределах от 35,4 до 35,8°. Серозный (начинающийся) мастит характеризуется асимметрией в уровне температуры кожи обеих молочных желез; температура кожи большой железы бывает значительно выше по сравнению со здоровой. И наконец серозный (начинающийся) мастит требует сравнительно разносторонних



методов лечения, в то время как для ликвидации застоя молока достаточно такого простого мероприятия, как сцеживание молока.

Таким образом, как видно из приведенных данных, серозный мастит и застой молока нельзя объединять в одну группу. Во всех случаях, где наблюдается та или другая патология молочной железы, прежде чем приступить к лечению, необходимо провести тщательную дифференциальную диагностику серозного мастита от застоя молока.

У данной больной также имеется застой молока (об этом свидетельствует плохое выделение молока из соска правой железы), но он зависит не от особенностей функциональной деятельности железы и не от неправильных методов кормления, а является следствием воспалительного процесса. Поэтому лечение прежде всего должно быть направлено на ликвидацию воспалительного процесса. После исчезновения очага воспаления отек железы исчезает, и застой молока при систематическом опорожнении железы также ликвидируется.

Итак, теперь мы не сомневаемся больше у данной больной в диагнозе правостороннего серозного (лактационного) мастита.

*Какова же терапия данной больной?*

Тяжелое состояние больной, постепенное усиление воспалительных явлений в правой молочной железе требуют оказания немедленной помощи. Учитывая, что с момента возникновения острых явлений воспаления железы прошли уже сутки, а следовательно, имеется опасность быстрого гнойного расплавления железистой ткани в очаге расплавления, необходим наиболее эффективный метод лечения.

Лечение острого (начинающегося) мастита должно быть строго индивидуальным. Однако при всем этом остается в силе единый принцип лечения— принцип комплексного воздействия как на организм в целом, так и на местные проявления заболевания.

Исходя из этого принципа, лечение серозного (начинающегося) мастита необходимо вести в двух направлениях: 1) в виде общего лечения, укрепляющего, стимулирующего организм в целом, и 2) в виде местного воздействия на очаг воспаления в молочной железе.

Для лечения начинающегося мастита в различные периоды развития медицинской науки было предложено много различных методов. Мы остановимся лишь на тех из них, которые наиболее оправдали себя в повседневной практической работе.

В первые часы заболевания мероприятия, которые могут купировать воспалительный процесс, сводятся в основном к предоставлению полного покоя больной молочной железе. Прежде всего надо прекратить кормление ребенка из больной молочной железы (из здоровой железы женщина должна кормить!). Необходимо немедленно полностью сцедить молоко и туго забинтовать широкими бинтами больную железу, высоко приподнимая ее и прижимая к грудной клетке.

Бинтование больной железы ведут в двух направлениях (рис. 246 и 247) в определенном порядке: один тур—поднимающий — идет через больную железу на противоположное надплечье, второй тур — прижимающий — через больную железу под вторую, здоровую молочную железу. При наличии двустороннего поражения каждую молочную железу бинтуют отдельно, туго натягивая бинт.

Поверх такой повязки надо положить на 12 часов пузырь со льдом (холод). Больную необходимо предупредить, что боли при этом в железе вначале могут усиливаться, но уже через 20—30 минут они уменьшатся и при благоприятном течении полностью исчезнут. Одновременно назначают 300 000—500 000 ЕД пенициллина в сутки (внутримышечные инъекции через 3 часа), по 0,5 г сульфаниламидов 6 раз в сутки (ночью перерыва

не делать). Через 12 часов лед надо снять, молочную железу разбинтовать и приложить к ней ребенка. Если ребенок молоко отсасывает не полностью, остаток его нужно сцедить.

Если к этому сроку все воспалительные явления в больной железе исчезают, то применение льда прекращают. Ребенка продолжают прикладывать к больной железе, как обычно, с целью предотвратить застой молока. Если же воспалительные явления только уменьшились, но не исчезли, то после кормления ребенка больную железу снова забинтовывают и на нее кладут пузырь со льдом. Прием сульфаниламидов или пенициллина продолжают.



Рис. 246. Бинтование молочных желез.



Рис. 247. Забинтованная молочная железа.

В большинстве случаев такое раннее лечение ведет к выздоровлению; воспалительный процесс подвергается обратному развитию. Если же под влиянием этого лечения через 24 часа улучшения не наступает или наступает лишь незначительный эффект, следует прибегнуть к другим методам лечения.

Некоторые авторы рекомендуют применять пенициллин (внутримышечно по 400 000 ЕД в сутки) в сочетании с масляным (бальзамическим) согревающим компрессом на больную молочную железу (с мазью А. В. Вишневого или с камфарным маслом).

В последние годы многие авторы (С. Б. Рафалькес, В. И. Стручков и Ф. И. Сидорина, Т. М. Лурье и др.) рекомендуют применять местную новокаин-пенициллиновую терапию. В ретромаммарное пространство вводят при помощи шприца (длинная игла) 0,25% раствор новокаина с пенициллином (200 000—300 000 ЕД) в количестве 100—150 мл.

У данной больной мы применили этот вид терапии.

6/IV 1953 г. в 14 часов 30 минут произведена местная новокаин-пенициллиновая терапия правой молочной железы (введено 300 000 ЕД пенициллина, растворенного в 150 мл 0,25% раствора новокаина). Через 20—30 минут после введения новокаин-пенициллинового раствора боли значительно уменьшились, больная уснула. К вечеру общее состояние улучшилось, температура тела снизилась до 37,6°.

На следующий день (7/IV) общее состояние больной удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Температура нормальная. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичен. Правая молочная железа значительно уменьшилась в размерах, отек исчез, гиперемия кожи в области верхненаружного квадранта незначительная. Воспалительная опухоль уменьшилась до размеров куриного яйца, стала более мягкой и почти безболезненной при пальпации. Контуры опухоли стали более четкими, поверхность гладкая. Трещина на соске правой железы эпителизируется, молоко из этой железы выделяется лучше, струйкой. Со стороны других органов отклонений от нормы нет.

Анализ крови от 7/IV: Нб 11,5 г% (69 единиц), эр. 3 400 000, л. 10 800, э. 1%, ю. 0%, п. 3%, с. 72%, лимф. 21%, мон. 3%; РОЭ 32 мм в час.

На 4-й день после лечения (10/IV) больная выписана домой в хорошем состоянии. Обе молочные железы одинакового размера и окраски, мягкие и безболезненные при пальпации. Воспалительная опухоль в верхненаружном квадранте правой молочной железы полностью рассосалась. Трещина зажила.

Молоко из обеих желез выделяется хорошо — струйкой, в достаточном количестве. Со стороны других органов отклонений от нормы нет.

Анализ крови от 13/IV: Hb 12 г% (74 единицы), эр. 3 450 000, л. 6200, э. 4%, п. 3%, с. 62%, лимф. 26%, мон. 5%; РОЭ 12 мм в час.

Контрольный осмотр через 3 недели (5/V): после выписки из клиники не болела. Молочные железы в норме. Кормит ребенка обеими молочными железами, молока достаточно.

Повторный контрольный осмотр через год (16/IV 1954 г.). Кормила ребенка в течение 9 месяцев, молока было много. Заболеваний молочных желез не было. В день осмотра изменений со стороны молочных желез не найдено.

Если после исчезновения воспалительных явлений в молочной железе на месте воспалительной опухоли остается уплотнение, то для стимулирования рассасывания его назначается дву- или тоекратное переливание небольших количеств (50 мл) свежей одногруппной консервированной крови или взвеси эритроцитов. При переливании крови обязательно соблюдать интервалы в 3—4 дня. Этот вид стимулирующей терапии, по наблюдениям большинства авторов, дает хороший эффект: уплотнение рассасывается. С этой же целью можно применять аутогемотерапию (по 5—10 мл с интервалами в 3—4 дня) и эритемные дозы внеочагового облучения ультрафиолетовыми лучами.

При инфильтративной форме мастита рекомендуется применять такое же лечение, как и при начинающемся мастите.

**Краткий эпикриз.** Л. Ф., 27 лет, первородящая. На 4-е сутки после нормальных родов появились трещины сосков второй степени, которые после лечения 1% раствором бриллиантовой зелени зажили к 3-му дню. На 12-е сутки после родов она вновь поступила в клинику с правосторонним серозным (начинающимся) маститом. Рано начатое лечение (местная новокаинопенициллиновая терапия) позволило быстро ликвидировать воспалительный процесс и не допустить гнойного расплавления тканей железы.

## АБСЦЕДИРУЮЩИЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ

Е. А., 30 лет, 15/III 1955 г. обратилась в клинику по поводу резких болей в правой молочной железе.

6/II 1955 г. произошли первые нормальные роды. Родился мальчик весом 3200 г. На 3-й день после родов появились трещины сосков первой степени, которые зажили к 7-му дню после родов. 14/II (на 8-й день после родов) выписана домой в хорошем состоянии с ребенком. На 13-й день после родов появилась глубокая трещина у основания соска правой железы. Лечение: смазывание яичным желтком, гусиным салом, 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Трещина соска зажила на 3-й день после прекращения кормления ребенка этой железой.

26/II утром внезапно появился потрясающий озноб, температура поднялась до 39,6°, появились боли в правой молочной железе и уплотнение величиной с куриное яйцо. В консультации был поставлен диагноз: правосторонний начинающийся мастит. Амбулаторное лечение: согревающий компресс на правую молочную железу, сцеживание молока. На 3-й день после лечения температура снизилась до нормы, боли в железе уменьшились, гиперемия исчезла, воспалительная опухоль уменьшилась до размера грецкого ореха.

2/III 1955 г. снова повторился озноб, температура тела поднялась до 40°, появились боли в правой молочной железе, уплотнение увеличилось до размера куриного яйца. Лечилась амбулаторно: согревающий компресс на большую молочную железу, пенициллин внутримышечно по 50 000 ЕД через каждые 3 часа. На 4-й день лечения температура снизилась до нормы, инфильтрат уменьшился до размера грецкого ореха, плотный, слегка болезненный при пальпации.

В клинику обратилась 15/III 1955 г. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура 37,8°, пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Молочные железы большие. Правая молочная железа несколько увеличена по сравнению с левой. Желтые покровы ее в верхненаружном квадранте несколько гиперемированы, с цианозом.

нотическим оттенком. Там же определяется плотный, резко болезненный инфильтрат величиной 8×8 см с четкими контурами границ, с гладкой поверхностью. Лимфатические узлы увеличены в правой подмышечной впадине. Размягчения в опухоли не определяется.

Со стороны других органов отклонений от нормы нет.

Анализ крови от 15/III: Нв 10 г% (60 единиц), эр. 3 200 000, л. 16 400, э. 6%, п. 3%, с. 77%, лимф. 11%, мон. 3%; РОЭ 48 мм в час.

*Какой диагноз?*

Правосторонний лактационный мастит.

Чтобы уточнить, какая форма мастита (инфильтративная или гнойная), необходимо более тщательное обследование больной. Более вероятно, что имеется гнойный мастит. Необходимо сделать пункцию инфильтрата.

Прежде чем приступить к дифференциальной диагностике этих двух форм мастита (инфильтративной и гнойной), остановимся на характеристике клинической картины указанных форм мастита. Об инфильтративной форме мастита мы уже упоминали выше (стр. 426). Гнойные формы лактационного мастита, как правило, являются следствием запоздалого или неправильного лечения. Наиболее часто встречающейся формой гнойного мастита является абсцедирующая.

В зависимости от локализации различают: 1) поверхностные абсцессы молочной железы; 2) абсцессы в толще железы; 3) абсцессы, расположенные позади молочной железы (ретромаммарный абсцесс).

Клиническая картина абсцедирующего мастита проявляется в периодическом ухудшении общего состояния. Таких больных ни на минуту не покидает боль в области больной железы, они плохо спят. Температура высокая, достигает 39—40° с большими ремиссиями. Периодически появляется озноб. Кожа над пораженным участком становится отечной, блестящей, гиперемированная поверхность приобретает цианотичный оттенок. Ярко выражена поверхностная венозная сеть. Регионарные лимфатические узлы, как правило, увеличиваются, усиливается их болезненность. В крови отмечается нарастание лейкоцитоза (15 000—20 000), ускорение РОЭ (50—60 мм в час), сдвиг формулы белой крови влево. При осторожной, тщательной пальпации в центре очага воспаления определяется флюктуация. Последняя особенно отчетливо выражена при больших и более поверхностно расположенных абсцессах молочной железы. Размягчение может быть одиночным или множественным. В последнем случае отдельные мелкие абсцессы могут сливаться, однако они отграничиваются от остальных участков ткани.

Если своевременно не оказать необходимую помощь и не удалить гной, то последний может постепенно прорваться наружу через кожу, образуя один или несколько свищей. В таких случаях температура падает, больная чувствует некоторое облегчение. Однако часто такое опорожнение бывает недостаточным. Свищ закрывается, гной задерживается, и вся картина абсцедирующего мастита повторяется снова. Температура опять поднимается, боли становятся более интенсивными, воспалительный процесс снова усиливается, распространяется дальше и может вести к прорыву гноя с последующим образованием свища в другом участке железы. При этом в случаях запоздалого оперативного вмешательства появление дальнейших абсцессов с постоянным повышением температуры сильно ослабляет и истощает больных, и в тяжелых случаях мастит даже может закончиться расплавлением всей ткани молочной железы.

Более тяжелое клиническое течение гнойного мастита наблюдается в случаях ретромаммарного расположения абсцесса. Ведущий симптом этого заболевания — смещение молочной железы — вызывает резкую болезненность у ее основания. Общее состояние таких больных тяжелое, температура высокая, часто повторяются изнуряющие ознобы. В этих случаях увеличенная в объеме и обычно воспаленная железа как бы приподнята

кверху и обращена прямо вперед. Над верхним краем ее определяется флюктуирующая припухлость, которая иногда имеет форму поперечного вала. Образование этого вала зависит от того, что гной оттесняется кверху под тяжестью увеличенной молочной железы.

В ходе исследования таких больных приходится исключить одно за другим различные инфекционные заболевания, как тиф, малярию, пневмонию, сепсис, милиарный туберкулез. Уверенно можно поставить диагноз ретромаммарного абсцесса только в случаях появления отека и зыбления у основания молочной железы.

Еще более тяжело протекает флегмонозный мастит. Флегмонозная форма гнойного мастита встречается сравнительно редко. Ввиду слабо выраженной способности железистой ткани к отграничению воспаления и наличия благоприятных условий для распространения инфекции по интерстициальным промежуткам нагноительный процесс быстро распространяется и захватывает почти всю молочную железу. При этом образуется множество гнойных очагов различной величины и локализации, которые редко сливаются вместе. Молочная железа оказывается как бы нафаршированной этими гнойниками, ее ткань пропитывается гноем.

Состояние больной тяжелое, температура повышается до 39—40°. Подъем температуры часто сопровождается ознобом. Нередко состояние больной напоминает картину ясно выраженного сепсиса. Губы сухие, воспаленные, язык сухой, покрыт белым налетом. Больные жалуются на головную боль, бессонницу, отсутствие аппетита, бросается в глаза резкая бледность кожных покровов.

Молочная железа обычно равномерно увеличена в объеме, резко болезненна, кожа ее гиперемирована, блестящая, с цианотичным оттенком. При пальпации отмечаются вдавления желтоватого цвета, напоминающие лимонную корочку. В глубине железы в различных участках определяются очаги размягчения, иногда гнойник занимает всю железу.

При исследовании крови отмечается лейкоцитоз (от 11 700 до 20 000) с тенденцией к нарастанию, ускорение РОЭ до 50—60 мм в час, понижение гемоглобина до 9 г% (54 единицы) — 8 г% (48 единиц), резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилия, лимфопения. В моче нередко появляется белок (от 0,6 до 0,9‰), лейкоциты (до 40—60 в поле зрения), эритроциты (до 5—10 в поле зрения).

Исключительно редко встречается гангренозная форма мастита. Л. М. Клионский (1939) сообщил о 2 случаях гангренозной формы мастита на 350 случаев гнойного мастита, В. Ф. Войно-Ясенецкий (1946) на 323 случая сообщает о 10 случаях ампутации молочной железы по поводу гангренозной формы мастита. В. И. Стручков и Ф. И. Сидорина (1953) за 6 лет наблюдали 8 случаев гангренозной формы мастита. По мнению Л. М. Клионского, указанная форма мастита возникает в результате тромбоза или стаза в сосудах молочной железы.

Клиническое течение гангренозной формы мастита крайне тяжелое. Заболевание характеризуется длительной истощающей лихорадкой и прогрессирующим ухудшением общего состояния больной. Температура повышается до 40—40,2°. Пульс частый 110—120 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык сухой, обложен. Кожные покровы бледной окраски. Больная жалуется на общую слабость, недомогание и головную боль, отсутствие аппетита и плохой сон. Понижается артериальное давление. Лейкоцитоз повышается до 20 000—25 000, гемоглобин снижается до 5 г% (30 единиц)—7 г% (42 единицы); РОЭ ускоряется до 60—70 мм в час. В моче появляется белок до 0,9‰, лейкоциты, эритроциты. Молочная железа увеличена в размерах, резко болезненна, сине-багрового, местами темного цвета. Сосок втянут, молоко часто отсутствует и в здоровой молочной железе. Регионарные лим-

фатические узлы резко увеличены и болезненны. При разрезе железы выделяется ихорозная жидкость с гнилостным запахом. Единственным спасением в этих случаях может явиться ампутация молочной железы.

Как видно, острый лактационный мастит иногда может привести к тяжелым последствиям. Только своевременное распознавание и рациональное лечение этого заболевания легко может предотвратить наступление упомянутых выше тяжчайших осложнений.

Вернемся к истории болезни нашей больной.

Диагноз абсцедирующего мастита нетруден, если при пальпации инфильтрата четко прощупывается размягчение. Однако диагноз поставить трудно, когда инфильтрат плотный, очаг воспаления расположен глубоко или очень большие молочные железы.

У данной больной диагноз вряд ли может представлять большие трудности. Из анамнеза видно, что воспалительный процесс развился месяц назад, по-видимому, вследствие проникновения возбудителей инфекции через трещины сосков. Несмотря на применявшееся лечение, воспалительный процесс периодически обострялся. Обострение процесса сопровождалось ознобами, значительным повышением температуры тела и усилением болей в правой молочной железе. При поступлении в клинику, несмотря на удовлетворительное общее состояние больной, температура повышена до субфебрильных цифр, пульс умеренно учащен (92 удара в минуту), полный, увеличены лимфатические узлы в правой подмышечной впадине; отмечается гиперемия в верхненаружном квадранте железы с цианотическим оттенком. Там же прощупывается резко болезненный с четкими контурами плотный инфильтрат. Все это говорит о правостороннем абсцедирующем мастите. Единственным возражением против такого диагноза является то, что инфильтрат у больной плотный и флюктуации не определяется.

*Является ли плотная консистенция инфильтрата и отсутствие флюктуации неопровержимым доказательством отсутствия гноя?*

Каждому практическому врачу, который занимается лечением больных маститом, известно, что нередко образующаяся вокруг очага воспаления зона инфильтрации создает плотную «капсулу» за счет разрастания молодой соединительной ткани. В результате не только при глубоком, но и при поверхностном расположении инфильтрата очень трудно, а иногда и невозможно бывает прощупать участок размягчения.

Поэтому сделаем диагностическую пункцию инфильтрата.

15/III 1955 г. в 16 часов правую молочную железу дважды вымыли 70° винным спиртом. Несколько выше гиперемированного участка железы тонкой иглой произвели анестезию кожи 0,25% раствором новокаина до образования «лимонной корочки». После этого длинной толстой иглой сделали пункцию инфильтрата. Извлечено 5—6 мл густого гноя с желтоватым оттенком. Гной послан на посев.

Таким образом, пункция инфильтрата привела к полной ясности диагноза: гнойный мастит — абсцедирующая форма.

*Какой же избрать вид терапии?*

Гнойник при этой форме мастита постепенно увеличивается и периодически дает обострения. Имеется опасность гнойного расплавления новых участков железистой ткани. Этот очаг инфекции должен быть удален.

Имеются два предложения.

1. Ввиду того что гнойник ограничен от окружающих тканей, показано лечение путем пункции гнойника с последующим введением в освобожденную полость раствора пенициллина.

2. Несмотря на большие размеры инфильтрата, при диагностической пункции его добыто очень малое количество густого гноя. Поэтому есть все основания полагать, что полость гнойника состоит из множества гнойных

ячеек, затрудняющих аспирацию гноя. Показана операция, а не лечение гнойника пункциями.

Мнения авторов расходятся во взглядах на терапию абсцедирующей формы гнойного мастита. Одни авторы стоят за немедленное опорожнение гнойника путем широких радиальных разрезов, другие — рекомендуют «пограничные» методы, заключающиеся в опорожнении гноя из полости абсцесса при помощи маленьких разрезов или пункцией с последующим введением в освобожденную полость пенициллина.

Прежде чем выбрать тот или иной метод лечения нашей больной, остановимся на терапии гнойных форм мастита. Прежде всего при лечении гнойных маститов должно осуществляться старое хирургическое правило *ubi pus, ibi evasua*. Общеизвестно, что чем раньше удалить из полости абсцесса гной, тем лучше прогноз при гнойном мастите, причем исход лечения тем лучше, чем ближе абсцесс к поверхности кожи железы.

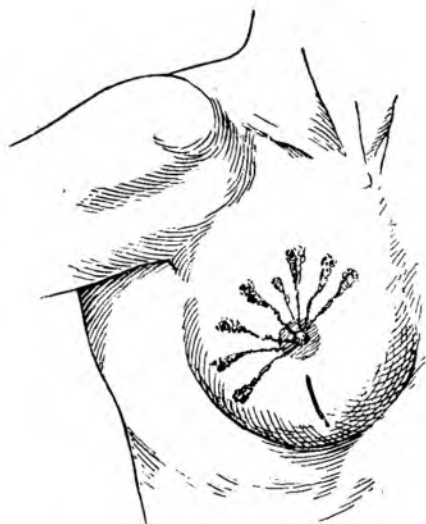


Рис. 248. Разрез при гнойном мастите.

Все методы лечения гнойного мастита должны преследовать главную цель — сохранить и восстановить лактационную функцию молочной железы. Лучшим методом должен явиться тот, при котором достигается наименьшая длительность лечения, наилучший функциональный и косметический результат.

Большинством авторов признано, что наилучшим методом лечения абсцедирующей формы мастита является вскрытие гнойника широкими радиальными разрезами с последующим пальцевым обследованием полостей гнойника.

Обычно операция производится под эфирным «оглушением», но в редких случаях (при поверхностном расположении гнойника) участок, где будет произведен разрез, замораживают хлорэтилом. Во избежание ранения главных молочных ходов железы разрезы длиной 4—5 см производят радиально (рис. 248), не доходя на 2—3 см до околососкового кружка. После вскрытия полости гнойника ее обследуют пальцем, что позволяет вскрыть обнаруженные в толще железы добавочные гнойники. Пальцевое обследование полости гнойника производят очень бережно, избегая дополнительного травмирования тканей.

При особо глубоком расположении гнойников в верхненаружных квадрантах железы производят контрапертуры в нижних квадрантах для лучшего оттока гноя. После освобождения полости абсцесса от гноя в нее вводят широкую марлевую полоску, сильно пропитанную мазью Вишневского, и туго тампонируют полость. На послеоперационную рану накладывают стерильную салфетку, также сильно пропитанную мазью Вишневского, и туго забинтовывают. Если послеоперационный период протекает гладко, то, чтобы не нарушать фазу регенерации, повязку сменяют лишь через 7—9 дней. Следующие перевязки делают через такой же срок, а иногда и позже. Лишь в редких случаях при наличии высокой температуры и усилении болей в железе перевязку делают раньше. Если при повторных перевязках или после заживления послеоперационной раны в толще железы обнаруживаются плотные инфильтраты, некоторые авторы (С. Б. Рафалькес, Т. М. Лурье и др.) рекомендуют производить переливание 50—75 мл крови

через каждые 3—4 дня или аутогемотерапию по 2—3 мл ежедневно; всего 5—7 инъекций.

При ретромаммарном расположении абсцесса рекомендуется разрез по нижнему краю молочной железы (по Барденгейеру), который лучше обеспечивает отток гноя и шире обнажает гнойный очаг. Операция производится под эфирным наркозом. Техника этого разреза состоит в следующем: по нижнему краю молочной железы проводят полукруглый разрез до фасции (рис. 249), молочную железу отслаивают от подлежащей фасции большой грудной мышцы и откидывают вверх. Это дает возможность вскрыть гнойник в ткани самой железы у его основания. После освобождения от гноя и некротических



Рис. 249. Разрез по Барденгейеру.

остатков тканей полость дренируют марлевыми полосками или резиновыми трубками. Большинство авторов предпочитают дренаж марлевыми полосками, так как резиновые трубки своим давлением на воспаленные ткани поддерживают длительную секрецию и чаще, чем марлевые полосы, ведут к образованию карманов и задержке в них выделений, затягивая заживление.

Рубец, получающийся после заживления разреза, скрывается в нижней складке молочной железы, что обуславливает больший косметический эффект по сравнению с радиальными разрезами.

По мнению В. Ф. Войно-Ясенецкого, разрез Барденгейера (рис. 249) является более щадящим и в функциональном отношении, так как при вскрытии гнойников с задней поверхности молочной железы почти исключается ранение молочных ходов, что не всегда достигается при радиальных разрезах на передней поверхности железы.

В последнее время для лечения абсцедирующей формы гнойного мастита некоторые авторы рекомендуют повторные пункции с последующим введением в полости гнойника пенициллина. Пункция производится не в центре флюктуации (во избежание самопроизвольного вскрытия абсцесса на месте прокола), а несколько отступя от границы инфильтрата. На месте предполагаемого прокола производится анестезия кожи 0,25% раствором новокаина до «лимонной корочки». Затем толстой стерильной иглой, насаженной на 10—20-граммовый шприц, производят пункции абсцесса и отсасывание гноя. Если гной очень густой, рекомендуется предварительно разжижить его путем введения в полость 0,25% раствора новокаина или физиологического раствора. При отсасывании гноя время от времени меняют направление иглы, чем достигается полное опорожнение полости абсцесса от гноя. Через ту же иглу в освобожденную от гноя полость вводят 100 000—300 000 ЕД пенициллина, разведенного 5—8 мл 0,25% раствора новокаина. Пункции производят



ежедневно до полного исчезновения гноя. Обычно несколькими пункциями удается ликвидировать гнойный процесс, не прибегая к разрезам молочной железы.

Если в течение 3—4 дней после применения местной пенициллинотерапии эффекта не отмечается, прибегают к оперативному лечению.

При флегмонозной форме мастита пункция гнойника не дает эффекта, поэтому при данной форме мастита необходима возможно ранняя операция методом радиальных разрезов (2—3) с образованием противоотверстий. В случаях гангренозной формы мастита при недостаточной эффективности операции методом радиальных разрезов рекомендуют (В. Ф. Войно-Ясенецкий) ампутировать молочную железу.

Вернемся к рассмотрению истории болезни нашей больной.

*Какое лечение следует проводить разбираемой больной?*

Можно предложить больной лечение пункцией абсцесса с аспирацией гноя и последующим введением в освобожденную полость раствора пенициллина. Это предложение бесспорно заманчиво: при небольших и отграниченных гнойниках, при поверхностном их расположении можно достигнуть хорошего функционального и косметического результата.

*Можно ли быть уверенным в том, что полость абсцесса будет полностью освобождена от гноя? Не будут ли инфицированы и здоровые ткани железы?*

Кроме того, надежда на излечение путем пункций очень малая. В самом деле, хотя у нашей больной инфильтрат четко отграничен от окружающих тканей и велик по своим размерам, но при диагностической пункции гнойника толстой иглой добыто всего 5—6 мл густого гноя. Мы предполагаем, что в данном случае благодаря предшествовавшему неполноценному лечению очаг воспаления отграничился от окружающих тканей разрастанием молодой соединительной ткани. Вокруг места воспаления образовалась резко выраженная зона склероза (В. И. Стручков, В. Я. Шлапоберский, Б. Л. Осповат). Такое же разрастание соединительной ткани одновременно произошло и внутри очага воспаления в виде своеобразных плотных тяжей, разделивших полость очага на множество мелких ячеек. Вряд ли мы сумеем отсосать иглой гной из всех ячеек.

Если мы применим этот вид терапии и у нашей больной, в течение 3—4 суток лечения возникнут очаги гнойного расплавления тканей железы в новых участках и, что хуже, разовьется флегмона или гангрена, мы будем себя справедливо упрекать в неказании рациональной помощи. В этом случае целесообразнее оперативное лечение.

*Как оперировать?*

От лечения маленькими разрезами железы следует отказаться, так как у данной больной гнойник расположен глубоко. Кроме этого, при недостаточно большом разрезе нам не удастся вскрыть все гнойники и поэтому опорожнение абсцесса будет неполным. Малые разрезы обычно слишком рано закрываются, вследствие чего выделение гноя прекращается и как результат в гнойный процесс вовлекаются все новые участки молочной железы.

Непримем у этой больной и разрез молочной железы по Барденгейеру, так как гнойник расположен в верхненаружном квадранте и при попытке вскрыть его этим разрезом имеется возможность перерезки большого количества сосудов, нервов и молочных ходов, которые в последующем могут дать молочно-гнойные свищи, рубцовое обезображивание железы и другие осложнения.

Лечение больной путем радиальных разрезов железы будет наиболее целесообразным и рациональным. Мы остановились на операции методом радиальных разрезов с последующим пальцевым обследованием гнойной полости и введением дренажа.

15/III 1955 г. в 16 часов 10 минут произведена операция. Под эфирным «оглушением» произведен широкий радиальный разрез длиной 7—8 см в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Пальцем, введенным в полость абсцесса, разрушены отдельные гнойные ячейки, после чего имеющиеся там отдельные участки распадающейся ткани удалены. В освободившуюся полость введены марлевые дренажи, сильно пропитанные мазью Вишневского. Затем наложена легкая давящая асептическая повязка с отверстием для соска.

Операцию больная перенесла хорошо. Послеоперационный период без осложнений. На всем протяжении послеоперационного периода больная кормила ребенка обеими молочными железами. Рана зажила на 13-й день после операции. Больная выписалась домой 28/III в хорошем состоянии с ребенком. В толще железы (на месте разреза) определяется уплотнение величиной с грецкий орех. Лактационная функция правой железы значительно понижена.

**Краткий эпикриз.** Е. А., 30 лет, поступила через месяц после родов с правосторонним острым лактационным маститом. Воспалительные явления в железе прогрессировали, периодически повторялись приступы озноба и повышение температуры.

Лечилась амбулаторно путем проведения внутримышечных инъекций пенициллина и согревающих компрессов. Через месяц больная обратилась за помощью в клинику. В правой железе плотный инфильтрат. Флюктуация не определяется. После пункции инфильтрата устанавливается абсцедирующая форма мастита. Под эфирным наркозом произведен радиальный разрез и полость абсцесса опорожнена от гноя; наложена тугая повязка с мазью А. В. Вишневского.

На 13-й день после операции больная выписана домой в хорошем состоянии с ребенком

### ПОСЛЕРОДОВОЙ МЕТРОЭНДОМЕТРИТ

Н. Ф., 27 лет, повторнородящая, поступила 20/IX 1955 г. в родильный дом по поводу нефропатии. Беременность 38 недель. Со стороны внутренних органов, за исключением почек, патологических отклонений не обнаружено; белка в моче 0,09<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Артериальное давление 160/110 мм. Гемоглобина 13 г% (78 единиц). На голенях нерезко выраженные отеки. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Проводилась соответствующая диета, магниезальная терапия, вводилась глюкоза. Состояние улучшилось. Содержание белка в моче уменьшилось. Артериальное давление снизилось.

12/X отошли воды и вскоре началась родовая деятельность, которая протекала вяло. В то же время начали нарастать явления нефропатии: артериальное давление 150/100 мм, белок в моче поднялся до 0,13<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, отеки стали более выраженными. Появилась головная боль. Возникла опасность наступления преэклампсии. Проводилась магниезальная терапия. Слабая родовая деятельность продолжала оставаться в течение суток. Стимуляция ее не проводилась. Температура тела повысилась до 38,5°. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Из влагалища появились грязные с запахом выделения.

*Чем объяснить повышение температуры при родах?*

Вопрос о причинах лихорадочного состояния роженицы довольно сложный.

В самом деле, женщина до родов могла находиться в инкубационном периоде любой инфекционной болезни, а первое повышение температуры случайно совпадает с родовой деятельностью. Могло в родах возникнуть и острое инфекционное заболевание с короткой инкубацией, например грипп или ангина (в тех или иных формах). При затянувшемся родовом акте могли дать обострение какие-либо хронические или латентно протекающие у роженицы воспалительные процессы (холецистит, аднексит и др.).

В этом надо хорошо разобраться.

Тщательно собранный анамнез, в том числе и эпидемиологический, повторное исследование внутренних органов не дали у нашей больной каких-либо указаний на острое инфекционное заболевание или на обострение хронических воспалительных процессов. В то же время отсутствие плодного пузыря уже в течение 24 часов, слабая родовая деятельность

(функциональная неполноценность матки), нарастающая нефропатия с наклонностью к переходу в преэкламптическое состояние создали все предпосылки к возникновению так называемого эндометрита в родах, или лихорадки в родах (endometritis sub partu).

*Что представляет указанное состояние? Какими симптомами оно характеризуется?*

Прежде всего это состояние не представляет собой строго очерченную нозологическую форму. Данное осложнение встречается при преждевременном или раннем отхождении околоплодных вод, при затяжных родах (и то, и другое имеется у роженицы). При целом плодном пузыре эндометрит в родах наблюдается крайне редко. В патогенезе этого осложнения лежат: внедрение в полость матки бактерий с последующим попаданием в кровь их токсинов, усиленное всасывание из матки продуктов распада. Общее состояние роженицы, даже при повышении температуры, сопровождающемся ознобом, если это связано только с эндометритом, страдает сравнительно мало. Пульс соответствует температуре. Из влагалища — грязные выделения, иногда с гнилостным запахом; продолжающие подтекать воды приобретают мутный характер, иногда становятся зловонными.

Итак, у роженицы возник как дополнительное осложнение к имеющейся патологии родов эндометрит в родах.

При появлении признаков угрожающей асфиксии плода, учитывая состояние головки в полости таза, полное открытие наружного зева, роды были закончены наложением полостных щипцов. Извлечен живой мальчик весом 4550 г, длиной 53 см.

Последовый период осложнился кровотечением. Послед выжат по Креде — Лазаревичу без наркоза. Детское место целое, оболочки все; однако кровотечение продолжалось. Осмотрена шейка матки с помощью зеркал — нарушенной целостности тканей не обнаружено. Ввиду продолжающегося кровотечения из матки произведено ручное обследование полости матки — удалены пристеночные сгустки крови; массаж матки «на кулаке». Матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря 700 мл. На разрыв слизистой влагалища и промежности наложены швы. Самочувствие роженицы вполне удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Температура нормальная.

Так часто и бывает: затянувшиеся роды, эндометрит в родах, а вслед за этим и патология в послеродовом периоде — кровотечение, по поводу которого пришлось произвести ручное обследование полости матки.

*Какое можно высказать мнение по поводу ведения послеродового периода?*

У роженицы после перенесенной патологии в родах имеются основания опасаться осложнений и в послеродовом периоде. Уже сейчас с профилактической целью, помимо средств, вызывающих сокращение матки (препараты спорыньи, хинин), ей следует назначить сульфаниламидные препараты или антибиотики. Однако этого сделано не было.

В связи с перенесенной тяжелой формой нефропатии больная соблюдала диету. Артериальное давление вскоре стало нормальным. Белок в моче прогрессивно уменьшался.

На 4-й день после родов температура повысилась до 38°, пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Общее состояние значительно ухудшилось, появился озноб. На 5-й день состояние без перемен, был повторно озноб.

Итак, перед нами роженица с лихорадочно протекающим послеродовым периодом.

*Чем это объясняется?*

Лихорадочный процесс в отдельных случаях может быть обусловлен причинами, лежащими и вне половых органов, но чаще все же он связан с поражением последних инфекционным процессом. При этом необходимо выяснить степень распространенности этого процесса, т. е. является ли он «локализованным» с самого начала своего возникновения или, вернее, проявления или принял генерализованный, общий характер.

*Чем следует руководствоваться для определения степени распространения инфекции в организме?*

Разумеется, понятие «локализованный» — весьма условное. Чтобы иметь правильное представление о распространенности инфекционного процесса, необходимо большую всесторонне обследовать и в первую очередь со стороны внутренних органов.

Главное внимание обращаем на состояние тех органов и систем, которые при генерализованной инфекции страдают раньше и больше всего. Сюда относятся: органы дыхания, сердечно-сосудистая система и органы выделения. Конечно, при любом послеродовом инфекционном процессе могут пострадать и другие органы.

Для выявления этих поражений желательно: 1. Рентгенологическое обследование легких: в легких отмечается очень рано усиление легочного рисунка, выражающееся в наличии теней расширенных сосудов (которые прослеживаются до периферии легкого), добавочных сосудистых ветвей, утолщенных трабекул соединительнотканной основы легкого с проходящими в ней расширенными лимфатическими сосудами. В ряде случаев понижается, правда, нерезко, прозрачность легочной ткани. Это состояние характеризуется как септическая интоксикация легкого и рассматривается как одно из самых ранних проявлений септического поражения организма (С. Б. Рафалькес, А. М. Мерман, П. Н. Напалков и др.).

2. Обследование сердечно-сосудистой системы: учащение и ослабление пульса, падение артериального давления (последствия нарушений на почве инфекции и интоксикации сосудистой системы); функциональные нарушения со стороны сердечной мышцы, усугубляющиеся анемией, обезвоживанием организма, токсемией (систолический шум на верхушке и на легочной артерии с некоторым усилением II тона). Электрокардиограмма указывает на диффузные изменения в миокарде. Все эти изменения идут параллельно тяжести заболевания.

3. Обследование состояния мочевыделительной системы: в моче белок, низкий удельный вес мочи, в осадке небольшое количество лейкоцитов, гиалиновых цилиндров.

4. Исследование крови: сдвиг формулы белой крови влево с наличием дегенеративных форм лейкоцитов, медленное снижение гемоглобина.

Почти всегда, за редчайшим исключением (в ряде случаев при послеродовых язвах слизистой влагалища), все послеродовые инфекционные заболевания начинаются с повышения температуры, учащения пульса, озноба, ухудшения общего состояния, головных болей, появления неопределенных мышечных болей в длинных мышцах спины, а также в верхних и нижних конечностях. Язык обложен, аппетит отсутствует, наблюдаются диспепсические, иногда дизурические явления. В дальнейшем, на 2—3-й день заболевания, чаще позже, отдельные клинические формы послеродовых заболеваний начинают приобретать присущие им характерные черты. Следовательно, послеродовое инфекционное заболевание лишь в дальнейшем может приобрести «локализованный» характер: местное поражение представляет собой лишь местное проявление общего послеродового инфекционного поражения организма.

*Какое значение с этой точки зрения имеет влагалищное исследование? Когда оно должно производиться?*

В первые 3—5 дней послеродового периода влагалищное исследование часто может не выявить каких-либо существенных данных для уточнения диагноза, если, конечно, нет травматических повреждений. Обычно в это время обнаруживается отечность тканей, понижение тонуса их, недостаточность обратного развития, обильные выделения, болезненность, что не дает опорных данных для установления диагноза. Поэтому в первые дни влагалищ-

ное исследование не показано. Начиная с 7—9-го дня послеродового периода (обычно этот момент соответствует 3—5-му дню болезни) влагалищное исследование может внести некоторую ясность.

До недавнего времени многие акушеры решительно возражали против влагалищного исследования в ранних стадиях послеродового заболевания. Лишь В. Я. Илькевич категорически настаивал на необходимости раннего влагалищного исследования. Мы также являемся сторонниками такого исследования.

Боязнь влагалищного исследования имеет своим источником неправильное представление о патогенезе послеродовых заболеваний. Согласно этим представлениям, как бы осторожно ни производить влагалищное исследование, оно всегда нарушает установившееся «равновесие», и микробы получают возможность к дальнейшему продвижению «в глубь тканей хозяина». Если даже допустить, что в отдельных случаях влагалищное исследование и ведет к некоторому механическому «проталкиванию» находящихся во влагалище микробов, оно все же не может изменить напряженности и направленности иммунобиологических реакций организма роженицы, а следовательно, обычно не ведет к генерализации инфекционного процесса или к ухудшению общего течения болезни.

Влагалищное исследование, произведенное бережно, с соблюдением всех правил асептики и антисептики, во многих случаях дает возможность определить степень поражения стенок матки (отсутствие реактивной инфильтрации широкой связки и параметральной клетчатки при поверхностных поражениях или наличие таковой в случаях, когда воспалительный процесс захватил всю толщу матки), рано диагностировать начинающийся параметрит, аднексит, тромбоз вен таза, метротромбофлебит. Наконец, влагалищное исследование является единственным, пожалуй, методом, позволяющим выяснить природу различных казуистических случаев, которые не поддаются определению другим методом.

В некоторых случаях лучшие результаты получаются при влагалищно-прямокишечном бимануальном исследовании (наличие воспалительных опухолей).

Перед влагалищным исследованием следует произвести осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал.

С помощью влагалищного исследования удастся определить: 1) разрывы влагалища, сводов, шейки матки; 2) глубокие гематомы в разных отделах половых органов; 3) степень инволюции матки; 4) метроэндометрит и метротромбофлебит; 5) пельвеоперитонит, параметрит, пельвеоцеллюлит, даже в начальных стадиях их; 6) перифлебит и начинающийся тромбофлебит вен таза; 7) воспалительные процессы в придатках.

Вернемся к наблюдаемой нами больной.

При рентгенологическом исследовании в легких изменений не обнаружено; со стороны сердечно-сосудистой системы, кроме учащенного пульса, никаких отклонений нет. Изменения со стороны почек говорят скорее о неполном восстановлении их функции в результате перенесенной нефропатии, чем о токсикоинфекционном поражении их.

Влагалищное исследование (на 6-й день после родов): матка увеличена до 12—14 недель беременности, пастозная, неравномерно сокращена, чувствительна, наружный зев пропускает палец. Тазовая клетчатка с обеих сторон в состоянии резко выраженного отека. Организованных или организующихся инфильтратов обнаружить не удастся. Придатки не определяются. Ихорозно-грязные обильные выделения. Произведены анализы крови и мочи на 7-й день после родов. Кровь: Hb 9,5 г% (57 единиц), л. 6800, сдвиг формулы белой крови влево до палочкоядерных форм 7%; РОЭ 71 мм в час. Красная кровь без отклонений от нормы. Посев крови стерил.

Моча: белка 0,033%/<sub>100</sub>, лейкоцитов 20—30 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 2 в препарате, единичные эритроциты.

Изложенное позволяет поставить диагноз послеродового метроэндометрита.

В дифференциально-диагностическом отношении у этой больной исключаются экстрагенитальные заболевания, обострения старых хронических воспалительных процессов в половых органах, наличие остатков в матке частей плодного яйца.

*Какой патогенез метроэндометрита?*

Термин «метроэндометрит» имеет в виду ряд болезненных форм, возникающих вследствие попадания болезнетворных микробов на внутреннюю поверхность послеродовой матки и глубже, в результате чего здесь возникает воспалительный процесс. Клиническое течение болезни будет различным в зависимости от того, ограниченный или распространенный характер имеет процесс. Известное значение имеет при этом и место оседания и развития микробов на внутренней поверхности матки (плацентарная площадка, нижний сегмент, вся внутренняя поверхность).

*Что способствует развитию инфекции?*

Внутренняя поверхность послеродовой матки покрыта обрывками некротизированной ткани, обильным отделяемым кровянисто-серозного характера, что создает благоприятные условия для размножения микробов. Этому содействует высокая температура и повышенная влажность в полости матки. Окружающая ткань отечна, лимфатические и кровеносные сосуды расширены. Мышца матки пропитана громадным количеством лейкоцитов, лимфоцитов, гистиоцитов, недифференцированных мезенхимальных клеток в результате так называемого физиологического (реактивного) воспаления. При этом не во всех отделах внутренней поверхности матки создаются идентичные условия для развития воспаления. На плацентарной площадке большую роль в развитии инфекции играют физиологические тромбы, которые легко подвергаются бактериальному обсеменению, и микробы отсюда сравнительно легко проникают в общий ток крови. К тому же развивающаяся инфекция изменяет и стенки маточных сосудов, вследствие чего связь между физиологическими тромбами и стенками сосудов становится очень рыхлой.

Таким образом, благодаря особенностям строения внутренней поверхности послеродовой матки воспалительный процесс в различных ее отделах протекает неравномерно. Можно допустить, что в связи с различием в структуре возникают и различные формы одной и той же болезни. Реактивность организма играет в этом отношении большую роль. Различное течение заболевания позволило В. Я. Илькевичу выделить три формы поражения матки: эндометрит, метрит и периметрит. Однако, говорит он, различие здесь только клиническое, по степени утяжеления картины болезни. Гораздо правильнее исходить из одной формы болезни — метроэндометрита — протекающей в различных случаях с различной клинической характеристикой.

В клинике послеродовых заболеваний надо отказаться от существования таких диагнозов, как субинволюция матки (это один из симптомов послеродового заболевания или один из признаков перерастяжения мышечных волокон и медленной вследствие этого ретракции их), лохиометра — задержка выделений (это один из отягощающих моментов послеродового заболевания, а не самостоятельная форма), повышение температуры без диагноза — категория, при современном уровне знаний вообще недопустимая (С. Б. Рафалекс, С. Г. Хаскин). В подобных случаях мы имеем воспалительный процесс микробной этиологии на внутренней поверхности матки, т. е. метроэндометрит.

*Какова клиническая характеристика метроэндометрита?*

По степени интенсивности поражения можно выделить несколько форм метроэндометрита: а) протекающий с субфебрильной температурой, б) протекающий с фебрильной температурой, в) протекающий с септическим фоном, последний граничит с г) метроэндометритом, являющимся лишь одним из симптомов любого другого послеродового заболевания, встречающимся в 96% всех послеродовых заболеваний.

### *Какова же терапия метрэндометрита у нашей родильницы?*

С 4-го дня после родов назначили белый стрептоцид по 1 г 3 раза в день, пенициллин по 100 000 ЕД 4 раза в день, симптоматические средства, холод на низ живота и постельный режим. В связи с отсутствием значительного эффекта с 6-го дня после родов увеличили дозу антибиотиков (пенициллин по 100 000 ЕД 8 раз в сутки (через каждые 3 часа) и сульфаниламидные препараты (по 1 г 4 раза в день).

Однако заметного улучшения это лечение не дало; в частности, температура продолжала оставаться высокой.

### *Как надо понимать такое состояние больной?*

По-видимому, недостаточно высокая сопротивляемость организма. Анализ крови, произведенный на 10-й день после родов, показал следующее: Нв 7 г% (42 единицы) (падение), лейкоцитов 5800 (некоторое угнетение лейкоцитоза); РОЭ 73 мм в час (активность процесса), сдвиг формулы белой крови влево до миелоцитов (1%), носящий регенеративно-дегенеративный характер. Такие изменения в картине крови можно частично связать с кровопотерей в родах (падение гемоглобина), применением сульфаниламидов и антибиотиков (уменьшение количества лейкоцитов).

В целях стимуляции защитных сил организма была перелита сначала цельная кровь в количестве 400 мл, а через 3 дня — эритроцитная масса (100 мл), отменены сульфаниламиды, ограничены антибиотики (пенициллин 100 000 ЕД 3 раза в сутки). Помимо того, вводили 5% раствор глюкозы в количестве 500—1000 мл. После этого общее состояние больной (сон, аппетит, отправления желудочно-кишечного тракта, диурез и др.) постепенно улучшалось; температура начала снижаться, пульс стал более полным, по частоте соответствовал температуре. Артериальное давление 120/65 мм. Матка сравнительно хорошо сократилась, исчезла ее чувствительность, отечность окружающей матку клетчатки; выделения из матки серозные, в умеренном количестве. На 16-й день при влажалищном исследовании патологических отклонений не обнаружено. Моча нормальная. Кровь без патологических отклонений. На 17-й день больная выписана в хорошем состоянии с ребенком.

**Краткий эпикриз.** Н. Ф., 27 лет, 20/IX поступила в родильный дом по поводу нефропатии. 12/X отошли воды и начались родовые схватки.

Родовая деятельность была слабой. Явления нефропатии прогрессировали. Развился эндометрит в родах. В связи с появлением угрожающей асфиксии плода роды через сутки после их начала закончены операцией наложения полостных щипцов. В послеродовом периоде ручное обследование полости матки. Кровопотеря 700 мл; трансфузии крови не произведено. В послеродовом периоде — метрэндометрит.

Лечение сульфаниламидными препаратами и пенициллином эффекта не дало. Лишь после повторных переливаний крови и подкожного введения 5% раствора глюкозы мобилизовались защитные механизмы организма. Наступило выздоровление, и больная выписана в хорошем состоянии с ребенком. Больной дан совет в ближайшие 1—2 года воздерживаться от беременности.

### **ПОСЛЕРОДОВОЙ ТРОМБОФЛЕБИТ**

Б. Г., 30 лет, 3/VI 1954 г. вторично поступила в родильный дом по поводу тромбоза. Повторнородящая, первые роды протекали без осложнений, вторые роды произошли 29/IV 1954 г.; после родов отмечалось атоническое кровотечение. Выписана 29/V 1954 г. после месячного пребывания в родильном доме вследствие длительной субфебрильной температуры. Вновь поступила, как уже говорилось, 3/VI с высокой температурой (38,9°) и учащенным пульсом (124 удара в минуту). Жалобы на боли в правом боку и в правой ноге. Правая нога равномерно отечна; кожа на ней бледноватая. Небольшое расширение подкожных вен на ноге и над паупартовой связкой. При ощупывании болезненность в скарповском треугольнике справа, по ходу бедренной вены и в области гунтеровского канала. Окружность правого бедра 55 см, левого — 51 см, правой голени 31 см, левой — 28,5 см. Температура кожи на правой ноге 36,1°.

на левой 34,8°. Дно матки на 3 поперечных пальца над лоном. Матка отклонена влево. Вправо от нее определяется болезненный инфильтрат на 2½ поперечных пальца над пупартовой связкой.

Выделения из влагалища гноевидные в умеренном количестве; в выделениях обнаружен зеленающий стрептококк и золотистый негемолитический стафилококк.

Приводим анализы крови больной Б. Г. (см. таблицу).

Дата исследования	Гемоглобин (в г%)	Эритроциты	Лейкоциты	Эозинофилы	Палочкоядерные	Сегментоядерные	Лимфоциты	Моноциты
4/VI	10,5	4 090 000	18 600	1	17,5	63,5	11	7
13/VI	10	4 000 000	11 000	1	6,5	63,5	26	3
27/VI	11,5	4 140 000	7 000	1	8	60	28	3

Вязкость крови по Гессу 1 : 5,2; свертываемость 3 минуты 50 секунд.

*Какой диагноз?*

Тромбофлебит правой бедренной вены.

Тромбофлебит может локализоваться в варикозно расширенных подкожных венах — тромбофлебит поверхностных вен — и в глубоких венах — тромбофлебит глубоких вен — тазовых, семенных, бедренных. Каждая из них дает свою клиническую картину.

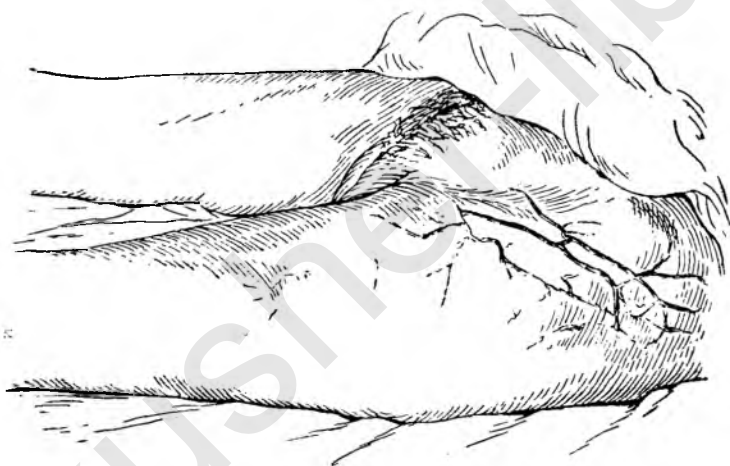


Рис. 250. Тромбофлебит. Расширение подкожных вен над пупартовой связкой.

Кроме того, по клиническому течению послеродовые тромбофлебиты можно разделить на две формы: 1) неосложненные, организующиеся и 2) распадающиеся, переходящие в нагноение. Последние обычно бывают частичным проявлением общего септического заболевания — септикопиемии. Наиболее выраженные признаки наблюдаются при тромбофлебите глубоких вен бедра, который раньше обозначался термином *phlegmasia alba dolens* — белая болящая опухоль бедра.

Большая поступила с ясно выраженными характерными признаками тромбофлебита бедренной вены: 1) боли в пораженной (правой) ноге; 2) отечность и увеличение объема; 3) расширение поверхностных подкожных вен на бедре и над пупартовой связкой (рис. 250); 4) повышение кожной температуры на больной конечности. Следует обращать внимание также и на учащение пульса, и на повышение температуры.



Труднее поставить диагноз при наличии только болей, когда отечность и увеличение конечности еще отсутствуют, а боли нередко появляются за несколько дней до этого. Между тем раннее распознавание тромбофлебита имеет большое значение, так как самое тяжелое осложнение тромбофлебита — отрыв тромба и эмболия легких (иногда смертельная) — обыкновенно происходит во время распространения тромбофлебита из тазовых вен на бедренную, нередко еще до развития всех указанных выше признаков.

*Как развивается тромбофлебит?*

Тромбофлебит глубоких вен бедра после родов начинается с тромбов вен плацентарной площадки, который распространяется на околوماتочные вены — на подчревную, общую подвздошную и отсюда против тока крови на бедренную.

У нашей больной на тромбоз маточных вен указывает большая матка как результат метротромбофлебита и правосторонний параметрит, как реактивный процесс со стороны клетчатки на тромбофлебит вен правой широкой связки. Длительное нахождение родильницы в стационаре, надо полагать, вызвано было осложнением послеродового периода в виде субинволюции матки с длительными кровянистыми выделениями и субфебрильной температурой и неотчетливо развивающимися признаками тромбофлебита, которые стали ясно выраженными при повторном поступлении больной в стационар.

*Чем объясняются боли при тромбофлебите?*

Раньше предполагали, что боли обуславливаются сдавливанием в результате отека окончаний чувствительных нервов. Однако сильные боли в ноге иногда далеко не соответствуют анатомическим изменениям и даже предшествуют появлению отека и других признаков тромбофлебита. Боли, по видимому, зависят от рефлекторного спазма сосудов.

Боли в ноге в начале заболевания можно принять за ревматические или невралгические. Распознаванию помогает локализация болей при ощупывании, а именно: по ходу крупных венозных сосудов при распространении тромбофлебита.

Учащение пульса (стр. 445) и появление других местных признаков уточняют диагноз. В сомнительных случаях следует выдерживать больных в постели до полного выяснения диагноза во избежание эмболии легких.

Отечность и утолщение конечности констатируются измерением сантиметровой лентой обеих конечностей посредине бедра и голени. Увеличение окружности на 1—2 см уже дает основание для диагноза тромбофлебита.

*Как отличить боли и утолщение конечности при тромбофлебите от таких же признаков при глубокой разлитой флегмоне бедра и особенно голени?*

При флегмоне бедра припухание констатируется только на бедре, а утолщение голени может отсутствовать. При тромбофлебите боли локализируются только по ходу крупных сосудов.

При флегмоне голени, особенно в начале заболевания, локализация болей может соответствовать положению крупных венозных сосудов; как и при тромбофлебите, отечность определяется также на лодыжках, но она не переходит на бедро, как при тромбофлебите бедренной вены; отсутствуют боли и в области скарпова треугольника. Чаще всего при флегмоне голени боли локализируются на границе передней и внутренней поверхности голени кзади и кнутри от большеберцовой кости; здесь и следует искать гной путем пункции.

*Чем объясняется и чем вызывается при тромбофлебите бедренной вены расширение поверхностных подкожных вен, в частности над пупартовой связкой?*

Расширение подкожных вен, так же как отечность и утолщение конечности, очевидно, связано с затруднениями в оттоке крови по бедренной вене. Этим же обуславливается парадоксальное повышение, а не понижение

кожной температуры (рис. 251), что, естественно, можно было ожидать на отеочной конечности, например, в результате недостаточной сердечной деятельности, при которой отеочность развивается на обеих ногах.

При тромбофлебите имеет место образование пристеночных и даже обтурирующих тромбов.

К важным признакам тромбофлебита относится учащение пульса, которое, за редким исключением, наблюдается при тромбофлебитах; пульс колеблется от 110 до 130 ударов в минуту и не соответствует высоте температуры.

*Чем обусловлено учащение пульса при тромбофлебите?*

Учащение пульса при тромбофлебите объясняли различными причинами: всасывание фибринфермента, развитие метеоризма, которым нередко сопровождается тромбозом, и даже раздражение эндокарда отрывающимися маленькими кусочками тромба. Наке и некоторые другие склонны были приписывать учащение пульса бактериной интоксикации. Однако интоксикация имеет место и при других формах послеродовой инфекции, а такого учащения пульса, не соответствующего температуре, как при тромбофлебитах, не наблюдается. Вряд ли также можно объяснить учащение пульса нарастанием сопротивления продвигающейся по сосудам крови. Вряд ли создаются достаточные препятствия для сердечной деятельности при тромбофлебитах поверхностных вен, чтобы этим можно было объяснить учащение пульса.

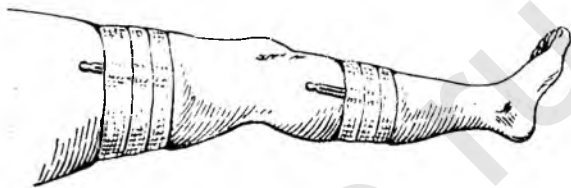


Рис. 251. Измерение температуры кожи на бедре и голени.

Мы уже давно высказали предположение, что учащение пульса при тромбофлебите является рефлексом со стороны пораженной интимы. С этой точки зрения становится понятным учащение пульса и при тромбофлебитах поверхностных вен. С. М. Беккер в свое время в эксперименте на кроликах наблюдал учащение пульса при раздражении интимы электрическим током.

В диагностическом отношении учащение пульса при невысокой температуре, необъяснимое другими причинами (анемия, базедовизм, пороки сердца), должно рассматриваться как подозрительное явление в смысле угрожающего развития тромбофлебита. При отсутствии определенных признаков тромбофлебита бедренной вены учащение пульса при наличии метротромбофлебита и длительной субфебрильной температуры дает основание подозревать тромбофлебит тазовых вен, особенно если к этому присоединяется умеренный метеоризм, а иногда и слабо выраженная рвота без определенных причин как рефлекс со стороны брюшины, покрывающей тазовые вены.

При переходе тромбофлебита на бедренную вену (рис. 252) температура тела с субфебрильной повышается до умеренной лихорадочной (около 38—39°) с небольшими колебаниями при нераспадающихся тромбах. Это можно объяснить тем, что при переходе тромбофлебита на бедренную вену пирогенные вещества в большом количестве уносятся в кровь с поверхности тромба обратным током. Длительность такого повышения температуры в неосложненных случаях 2—4 недели; у нашей больной — 3 недели.

Естественно, изменения со стороны крови привлекали к себе внимание клиницистов. Достаточно сказать, что на происходившей в 1954 г. в Женеве Международной конференции по тромбофлебиту доклады почти исключительно содержали исследования об изменениях (свертываемости) крови.

*Каковы же изменения крови при послеродовом тромбозе вен?*

Значительное повышение свертываемости крови при послеродовом тромбозе вен наблюдается не всегда; нередко она только несколько повышена.

У данной больной свертываемость крови повышена (вязкость 1 : 5,2 по Гессу, свертываемость 3 минуты 50 секунд).

Вряд ли, однако, изменения крови являются основной причиной развития тромбоза вен. Повышенная температура скорее наводит на мысль,

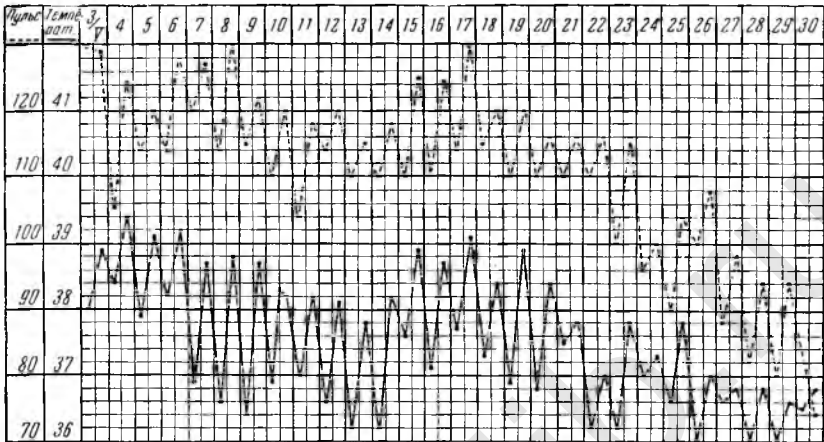


Рис. 252. Тромбоз глубоких вен.

что основной причиной является инфекция при наличии предрасполагающих моментов, как-то: кровопотеря в родах (что имеет место у нашей больной), сопровождающаяся временным повышением свертываемости крови; недостаточная сокращаемость матки (субинволюция), при которой венозные сосуды в области плацентарной площадки закрываются в большой мере образованием тромбов, что при их распространении на маточные стенки ведет к развитию метротромбоза вен. Безусловно, имеют значение индивидуальные и приобретенные функциональные особенности сосудистых стенок. Значение функциональных особенностей вен для развития тромбоза вен можно усматривать в том, что тромбозом поражаются и верхние конечности. Следовательно, не всегда распространение тромбозов происходит по протяжению (*per continuitatem*). Мы могли наблюдать развитие тромбоза вен в послеродовом периоде на левой руке у роженицы, у которой за 2 года до родов был перелом плечевой кости этой руки.

Картина крови при нарастающих тромбозах вен не представляет характерных изменений. Содержание гемоглобина и количество эритроцитов часто уменьшаются вследствие кровопотери в родах (у данной больной низкое содержание гемоглобина). Общее число лейкоцитов умеренно повышено в лихорадочном периоде. Наблюдается умеренный сдвиг нейтрофильной картины влево и снижение количества лимфоцитов. Эозинофилы не исчезают. С понижением температуры кровь приходит к норме.

*Как протекают тромбозы вен тазовых вен?*

Приводим следующую выдержку из истории болезни другой роженицы.

С. В., 34 лет, поступила в Институт акушерства и гинекологии АМН СССР 11/1 1954 г. Беременность четвертая. Было 3 искусственных выкидыша, после которых никаких осложнений не было. Роды 11/1 на X лунном месяце. Роды продолжались 17 часов 20 минут. Родился мертвый, мацерированный ребенок. После родов на 2-й день температура 37,8°; в последующие 4 дня в пределах нормы, затем субфебрильная температура до 9/11. Учащение пульса до 100—110 ударов в минуту. 15/1 отмечен метеоризм.

19/1 диагноз: субинволюция матки. 25/1 при влагалитном исследовании справа у стенки таза обнаружен небольшой плоский и плотный инфильтрат, умеренно болезненный. Диагноз: тромбофлебит тазовых вен. Анализ крови от 23/1: Нб 12 г% (72 единицы), эр. 420 000, л. 7300, п. 1%, с. 62%, лимф. 32%, мон. 5%; РОЭ 12 мм в час. Свертываемость крови по Данилину и Пискунову 153 секунды (норма 110—120). Выписана 14/II.

Если не считать изменений со стороны конечностей при тромбофлебите бедренных вен, то остальные симптомы наблюдаются и при тромбофлебите тазовых вен, а именно: учащение пульса без других видимых оснований, субфебрильная температура, метеоризм и гастрические явления. Кроме того, в начале заболевания затромбированные тазовые вены можно прощупать в виде умеренно болезненных извитых тяжей, напоминающих дождевого червя. Спустя несколько дней пораженные участки прощупываются в виде небольших умеренно болезненных инфильтратов на боковых стенках таза, в широких связках и в области семенного венозного сплетения, что может симулировать воспалительную опухоль придатков. От семенного венозного сплетения тромбофлебит может распространиться на семенную вену, что при наличии других признаков тромбофлебита обнаруживается в виде болезненности в илеолюмбальной области по ходу семенной вены.

*Какие осложнения могут происходить при тромбофлебитах глубоких вен?*

В основном это: 1) гнойное расплавление тромбов с развитием септикопиемии и 2) эмболия легочных артерий. К послеродовым тромбофлебитам относятся также тромбофлебиты поверхностных вен.

Приведем выдержку из истории болезни родильницы, страдающей тромбофлебитом поверхностных вен.

Ж. Т., 29 лет. Беременность третья, роды вторые. Последние роды в головном предлежании 15/V 1956 г.; продолжительность родов 9 часов 25 минут. Вес плода 4210 г; детское место целое; оболочки рваные. Разрыв промежности второй степени. На разрыв промежности наложены швы. На 3-й день после родов появилось уплот-

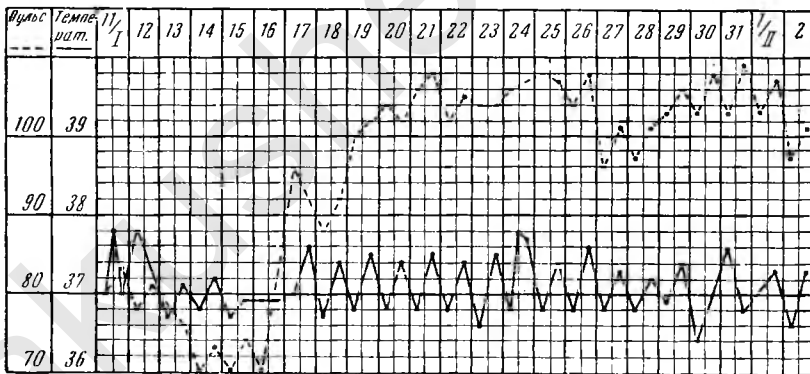


Рис. 253. Тромбофлебит поверхностных вен.

нение и краснота по ходу v. saphena на бедре и голени правой ноги (рис. 253). Субфебрильная температура со 2-го дня после родов; на 3-й день температура 37,3°, пульс 100 ударов в минуту. На 4-й день выделилась часть оболочек. С 26/V установилась нормальная температура. Выписана под расписку 27/V, на 12-й день после родов.

*Что общего в клинической картине тромбофлебита поверхностных и глубоких вен бедра?*

Как и при тромбофлебите тазовых вен, при тромбофлебите поверхностных вен отмечается учащение пульса (подтверждение рефлекторного происхождения этого феномена) и субфебрильная температура. Но последняя

длится всего несколько дней; отеков на ноге, как и при тромбофлебите бедренной вены, обычно не бывает. При тромбофлебите поверхностных вен заболевание начинается болезненностью в варикозных расширениях вен, уплотнением их стенок и покраснением покрывающей их кожи. В последующем кожа принимает сначала багровый оттенок, затем синеватый, желтоватый или зеленоватый.

Поверхностные тромбофлебиты не имеют прямой связи с родовым актом и послеродовым периодом. Они являются в известной степени последствием предыдущих беременностей и вообще главным образом условий, благоприятствующих варикозному расширению вен на ногах. Если тромбоз поверхностных вен и представляется процессом воспалительного характера, то во всяком случае инфекция редко распространяется со стороны родовых путей непосредственно по венозному руслу через разрывы и трещины слизистой влагалища. Чаще инфекция идет с поверхности кожи, содержащей микробов, в том числе и патогенных, которые находят благоприятные условия для своего развития в тканях с пониженной жизнеспособностью на местах варикозных вен (например, язвы голени на почве варикозных расширений). Родовой акт может являться косвенным причинным моментом в том смысле, что микробы попадают на поверхность кожи бедра с лохиями, в избытке содержащими микробов.

Тромбофлебиты поверхностных вен, как правило, не обнаруживают гнойного расплавления тромбов, процесс остается локализованным, и только в виде исключения может распространяться на бедренную вену.

Из приведенных кратких данных видно, что послеродовые заболевания поверхностных и глубоких вен объединяются патологоанатомическим процессом, а по этиологии, патогенезу и клинической картине являются различными заболеваниями.

*Какое течение и какие осложнения могут быть при послеродовых тромбофлебитах глубоких и поверхностных вен?*

Самые различные. В редких случаях может происходить нагноение тромбов в поверхностных венах или распространение тромбофлебита поверхностных вен через анастомозы в скарповом треугольнике на глубокую вену бедра.

Течение тромбофлебита глубоких вен разнообразно. Тромбофлебит тазовых вен сопровождается субфебрильной температурой (если не наступает гнойное расплавление тромбов) и учащенным пульсом; тромбофлебит тазовых вен может быть локализованным или распространяться на бедренную вену. В последнем случае температура повышается и колеблется в пределах около 38—39°. При переходе тромбов в нагноение развивается септикопиемия. Наиболее опасным осложнением является отрыв кусочков тромба и эмболия легких, ведущая иногда быстро к смертельному исходу.

*Как протекает тромбофлебит бедренной вены у наблюдаемой нами больной?*

Судя по быстрому наступлению (3/VI), вскоре после выписки (29/V), полной картины тромбофлебита, последний начался задолго до вторичного поступления и вначале протекал как тромбофлебит тазовых вен. На это указывает длительное пребывание больной в стационаре после родов (с 29/IV по 29/V). Возможно, что у больной был и учащенный пульс, который не обратил на себя должного внимания лечащего врача, и длительная субфебрильная температура, которая приписывалась другим причинам. Влагалищное исследование не было произведено; при этом надо отметить, что распознавание тазовых тромбофлебитов в виде небольших инфильтратов клетчатки требует известного внимания и достаточного опыта. При повторном поступлении больной влагалищное исследование было противопоказано, так как оно могло вызвать легочную эмболию. Во избежание этого при наличии

недавно развившихся тромбозов следует считать противопоказанной и транспортировку таких больных. В случае крайней необходимости она может быть произведена с соблюдением условий полного покоя. Это, понятно, не относится к тромбозам поверхностных вен.

*Как проводить лечение данной больной?*

Если в мнениях о соблюдении полного покоя больными тромбозом нет значительных расхождений, то на способы лечения существуют различные взгляды. На происшедшей в 1954 г. в Женеве Международной конференции по тромбозам доклады в основном касались способов лечения и изучения действия фармацевтических препаратов, понижающих свертываемости крови. С этой точки зрения известное значение имеет применение антикоагулянтов: антитромбина, гепарина, дикумарина (дикумарола) с определением через 2—3 дня «протромбинового времени» (скорости свертывания крови), а также применение гирудина в виде приставления пиявок. Однако вряд ли можно рассчитывать на расплавление уже образовавшихся тромбов. Таким лечением достигается уменьшение и прекращение дальнейшего образования тромбов, в частности уменьшение отеков после приставления пиявок (кровозлияние и уменьшение напряжения в отечных тканях). Назначение антикоагулянтов следует рекомендовать только при высоком протромбиновом индексе.

Послеродовые тромбозы являются процессом воспалительного характера. Поэтому рекомендуется лечение стрептомицином, биомицином, сульфаниламидными препаратами. Что касается пенициллина, то, учитывая его возможное действие на повышение свертываемости крови, употребляют обычно кристаллическую разновидность (в дозах 600 000—800 000 ЕД в сутки) в сочетании с применением пиявок.

Основным в лечении считается покой (во избежание эмболий); Пинар (Pinard) полагает, что для лечения тромбоза необходим покой, покой и еще раз покой. При этом покой рекомендуется еще в течение 2 недель после исчезновения болей, снижения температуры до нормы, установления нормального пульса и относительно нормальной картины крови.

Компрессы и возвышенное положение конечности способствуют оттоку крови через поверхностные сосуды и уменьшению отеков. Поскольку болевые ощущения связаны со спазмом сосудов, уместно при наличии болей применение спазмолитической терапии — лечение ацетилхолином, папаверином и т. п.

Для рассасывания тромбов Д. А. Шейд применяла тканевую терапию по методу В. П. Филатова — подсадку автоклавируемой кожи по 2—6 раз с перерывами около 2 недель.

Лечение поверхностных тромбозов обычно консервативное и сходно с лечением лимфангоитов [согревающие компрессы с водными (5%) или спиртовыми растворами ихтиола и т. п.]. В длительном покое нет необходимости. Через 4—5 дней после исчезновения болей и снижения температуры больная может вставать.

Для лечения больной применяли: покой, возвышенное положение правой ноги без напряжения ее, согревающий компресс на ногу 2 раза в день с перерывами в час до снижения температуры, с 5/VI по 20/VI стрептомицин по 250 000 ЕД 3 раза в день; однажды приставляли пиявки. С 26/VI установилась нормальная температура, больная оставалась в постели до 8/VII, затем она постепенно начала садиться и ходить. Выписана 23/VII 1954 г. без отеков.

*Насколько может быть эффективна профилактика послеродовых тромбозов?*

Профилактика путем снижения свертываемости крови вряд ли может дать заметные результаты. Более эффективной можно считать предупреждение осложнений родов и послеродового периода. Сюда с точки зрения

инфекционного происхождения тромбофлебитов относится соблюдение правил асептики и антисептики во время беременности и в родах, борьба с кровопотерями в родах, быстрое и полное опорожнение матки после родов от кровяных сгустков и частей последа, предупреждение и лечение послеродовых заболеваний, улучшение кровообращения путем соответствующего режима и физических упражнений в послеродовом периоде при отсутствии противопоказаний.

Профилактика поверхностных тромбофлебитов во время беременности заключается в устранении всего, что ведет к появлению и увеличению варикозных расширений вен. Во избежание инфекции варикозных узлов после родов «уборка» родильницы не должна ограничиваться только окружностью половой щели, а следует обмывать дезинфицирующими растворами также участки кожи с варикозными расширениями. Если тромбофлебит поверхностных вен в преобладающем большинстве не оставляет никаких последствий и даже нередко ведет до известной степени к излечению варикозных расширений вследствие закупорки тромбами варикозных узлов, то тромбофлебит бедренных вен нередко на долгое время удерживает отечность и иногда ведет к развитию слоновости, а в дальнейшем — хронических язв голени.

**Краткий эпикриз.** Б. Г., 30 лет, поступила вторично в родильный дом 3/VI 1954 г. по поводу тромбофлебита правой бедренной вены. Лечение: покой, возвышенное положение правой ноги до снижения температуры, пиявки, стрептомицин. Выписана в удовлетворительном состоянии 23/VII 1954 г.

## ПОСЛЕРОДОВАЯ СЕПТИЦЕМИЯ И СЕПТИКОПИЕМИЯ

Я. А., 21 года, поступила в родильный дом 13/IX 1955 г. с начавшейся родовой деятельностью. Беременность первая, протекала без каких-либо осложнений. Общий и гинекологический анамнез чего-либо патологического не выявляют. При поступлении температура  $37,5^{\circ}$ , пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальное давление 120/70 мм. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не отмечено. Размеры таза: 25, 27, 29, 18 см. Положение плода продольное, предлежат ягодицы; воды целы. Сердцебиение плода прослушивается слева на уровне пупка, 130 ударов в минуту, несколько приглушено. Родовая деятельность удовлетворительная.

Через 2 часа после поступления отошли воды, чистые, в нормальном количестве. Через 3 часа 20 минут родился плод до углов лопаток. Оказано ручное пособие, головка освобождена по Фейту — Смелли. Родился мальчик весом 3500 г, длиной 51 см. Послед отошел самостоятельно через 45 минут; плацента цела, оболочки все.

Послеродовой период первые 2 дня протекал без осложнений, при общем удовлетворительном самочувствии больной. На 2-й день после родов матка на 2 поперечных пальца ниже пупка, несколько пастозна, безболезненна; выделения серозно-кровянистые, умеренные. К концу 3-х суток после родов температура внезапно поднялась до  $38,2^{\circ}$ , появился озноб. Пульс 104 удара в минуту, ритмичный. Общее самочувствие больной продолжало оставаться удовлетворительным. На следующий день утром температура  $39,3^{\circ}$ , пульс 110 ударов в минуту, ритмичный. Особых жалоб не предъявляет. Артериальное давление 105/70 мм.

Ввиду продолжающегося лихорадочного состояния на 5-й день после родов произведено влагалищное исследование: наружный зев шейки матки пропускает конец пальца, внутренний зев закрыт, матка увеличена до размеров 15—16-недельной беременности, пастозна, неравномерно сокращена, несколько чувствительна при пальпации; тазовая клетчатка с обеих сторон в состоянии значительно выраженного отека; выделения умеренные, серозно-ихорозные, с нерезким запахом.

Сердце: границы в пределах нормы, легкий дующий систолический шум на верхушке. При рентгенологическом исследовании легких отмечено: двустороннее усиление легочного рисунка, тени расширенных сосудов прослеживаются до периферии, добавочные сосудистые ветви переплетаются между собой. При аускультации — жестковатое дыхание под лопатками, единичные рассеянные сухие хрипы. Симптом Пастернацкого отрицательный; отеков нет. Диурез нормальный. Пальпация по ходу сосуда пупка нижних конечностей болезненных точек не выявляет. Печень, селезенка не пальпируются.

Моча: белка 0,33‰, лейкоцитов 10—12 в поле зрения, эритроцитов 1—2 в поле зрения, выщелоченные, в осадке много бактерий; удельный вес 1018.

Анализ крови: Hb 11,5 г% (69 единиц), эр. 3 520 000, цветной показатель 0,8, л. 10 500, ю. 3%, п. 10%, с. 69%, лимф. 15%, мон. 3%; РОЭ 67 мм в час.

### *Какой диагноз?*

Роды были в тазовом предлежании, закончены ручным пособием. Уже к моменту поступления женщины в родильный дом у нее отмечалась субфебрильная температура.

Повышение температуры в родах и в послеродовом периоде, даже в пределах субфебрильных цифр, говорит обычно о наличии инфекции, хотя бы в данный момент и маловирулентной.

У данной родильницы микробы оказались достаточно вирулентными и вызвали распространенное поражение различных органов, о чем свидетельствует лихорадочное состояние, озноб, патологические изменения в сердце, легких, почках, данные анализа крови и нарушение общего самочувствия больной. Изменения же со стороны половых органов оказались незначительными: имелись нерезко выраженные явления метроэндометрита, который не может полностью объяснить все имеющиеся клинические симптомы заболевания.

Обнаруженный метроэндометрит после родов надо квалифицировать в данном случае как септический.

### *Какое следует провести лечение?*

Мы назначили пенициллин по 100 000 ЕД через 3 часа, стрептоцид по 1 г 4 раза в день, витамины комплекса В [тиамин (В<sub>1</sub>) и рибофлавин (В<sub>2</sub>) по 1 ампуле подкожно], внутривенно 40% раствор глюкозы в количестве 40 мл, подкожное введение 5% раствора глюкозы по 1000 мл в сутки, адонизид по 15 капель 3 раза в день, 5% раствор эфедрина по 1 г под кожу один раз в день, полноценное питание, обильное питье.

Однако все эти мероприятия дали незначительный эффект: температура продолжала колебаться в пределах от 38 до 39,5°, пульс оставался учащенным; озноб по-прежнему, хотя и не ежедневно, был довольно интенсивным. Со стороны половых органов отмечается несколько замедленное обратное развитие матки; отек тазовой клетчатки стал менее выраженным.

Пальпация по ходу сосудистых пучков нижних конечностей болезненных точек и патологических образований не обнаружила. Появилась одышка, жалобы на сердцебиение. Тоны сердца приглушены, ясный систолический шум на верхушке, акцент второго тона на легочной артерии. Артериальное давление 95/65 мм. Рентгенологическое исследование показало, что размеры сердца увеличены за счет расширения левого желудочка. Со стороны органов дыхания: незначительный кашель с трудно отделяемой мокротой, жесткое дыхание, особенно сзади под лопатками, единичные рассеянные сухие хрипы, перкуторно звук сзади несколько укорочен. Рентгенологическое исследование легких показало: инфильтративные изменения вокруг сосудов, пониженная прозрачность легочной ткани; расширенные, нерезко очерченные сосуды, как бы сливающиеся с помутневшей легочной тканью, мелкие очаговые двуконтурные тени.

Печень: нижняя граница на 1 поперечный палец ниже реберной дуги, край ее закругленный, малочувствительный. Селезенка перкуторно увеличена, не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Диурез достаточный. Отеков нет. Моча: белка 0,16‰, лейкоцитов 20—25 в поле зрения, эритроцитов 0—1 в поле зрения, выщелоченные, единичные гиалиновые цилиндры; в осадке много бактерий; удельный вес 1012.

Анализ крови: красная кровь без изменений по сравнению с предыдущими исследованиями. Лейкоцитов 18 500; РОЭ 75 мм в час. Формула: ю. 12%, п. 18%, с. 58%, лимф. 10%, мон. 2%. Остаточный азот крови 60 мг%.

### *Правильен ли наш диагноз?*

Физикальные и рентгенологические данные указывают, что воспалительные изменения в легких нарастают, усиливаются функциональные нарушения деятельности сердечной мышцы. Данные анализа мочи и повышение при этом остаточного азота крови указывают на воспалительные изменения почек характера очагового (септического) нефрита. Таким образом, клини-



ческая картина говорит о резко выраженной общей интоксикации организма. Все это указывает, что у больной развился общий септический процесс, послеродовая септицемия (сепсис без метастазов).

С целью уточнения диагноза сделали посев крови на бульон; вырос гемолитический стафилококк.

Надо отметить, что при септицемии и септикопиемии положительная культура крови обнаруживается далеко не во всех случаях, примерно лишь в 40—45%. Поэтому, независимо от результатов посева крови, заболевание, если оно характеризуется соответствующей клинической картиной, следует рассматривать как септическое. Нельзя забывать и того, что бактериемия может быть и не септического характера, как это наблюдается при ряде общих инфекционных заболеваний (Г. А. Ивашенцов).

Еще до настоящего времени в понимании септического процесса существует известная недооценка роли макроорганизма, его реакции на внедрившийся инфект. Так, П. Н. Напалков (1955) полагает, что нельзя считать заболевание сепсисом, если не доказана длительная бактериемия. Возбудитель рассматривается не как специфический раздражитель физиологических систем организма, а как фактор, обуславливающий полностью как возникновение, так и особенности течения и исход заболевания в силу только ему присущих особенностей (патогенность, токсичность, агрессивность).

Однако с этим вряд ли можно согласиться. Без наличия микроба сепсис, конечно, возникнуть не может, но, раз возникнув, он дальше развивается по присущим ему закономерностям, которые зависят не столько от того, имеются ли в организме микробы, сколько от весьма сложных и изменчивых процессов реагирования макроорганизма на инфект. Наступающая на каком-то отрезке течения болезни стерильность организма совсем не означает конца общего инфекционного процесса, тем более септического послеродового.

У наблюдаемой нами больной клиническая картина болезни и данные посева крови вполне соответствуют друг другу.

*Какова же дальнейшая терапия больной?*

Прошло 12 дней болезни и 15 дней после родов. Лечение прежнее с добавлением стрептомицина по 250 000 ЕД 4 раза в сутки. Для стимуляции регенеративных способностей организма проведено капельное переливание одогруппной донорской крови в количестве 75 мл; переливание крови прошло без реакции. Через 18 часов после переливания у больной появился проливной пот, температура упала с 40 до 36,2°, но через 12 часов снова достигла 38,9°. Пульс 110 ударов в минуту, среднего наполнения. Артериальное давление 95/60 мм. Назначены сердечные средства.

Такое состояние продолжалось 2 суток, к концу которых больная стала жаловаться на довольно интенсивные боли в молочных железах. Обследование последних показало, что в нижненаружных квадрантах обеих молочных желез появились инфильтраты с плохо контурирующимися границами, резко болезненные, пастовные — начинающиеся абсцессы обеих молочных желез (стр. 432). Справа в области прикрепления двух первых реберных хрящей к груди отмечена резкая болезненность, припухлость, незначительная гиперемия кожи. Границы припухлости смазаны. В одном участке намечается весьма неясная флюктуация (гнояный хондрит).

*Какие изменения произошли в течении заболевания?*

Указанные изменения в молочных железах и в области I—II ребра справа имеют характер метастатических абсцессов. Возможно, переливание крови активировало способность организма локализовать инфекцию — образовались метастазы и септицемия перешла в септикопиемию.

В одних случаях метастаз является истинным клиническим завершением патологического процесса, как увидим дальше. Именно это имело место у нашей больной. В других случаях, несмотря на проводимую мобилизацию всех ресурсов организма, продолжается понижение его резистент-

ности. Поэтому такие лечебные мероприятия, которые направлены на активацию способности организма локализовать инфекцию (а к ним относятся в первую очередь переливания малых доз крови), должны проводиться рано.

Общее состояние продолжает оставаться тяжелым. Температура в пределах 38—40°, озноб, пульс 110—120 ударов в минуту, среднего наполнения. Артериальное давление 95/60 мм. Головная боль, несколько безразличное состояние, обложенный язык, тошнота, рвота, диспепсические и дизурические явления. Одышка: 36—40 дыханий в минуту. Сердце: систолический шум на верхушке, акцент второго тона на легочной артерии, границы значительно расширены влево. Рентгенологическое исследование сердца: форма сердца митральная, размеры увеличены влево. Легкие: сзади под лопатками жесткое дыхание с бронхиальным оттенком, сухие, местами единичные влажные хрипы; справа укорочение перкуторного звука; по аксиллярной линии участки тупости, местами прослушивается неясный шум трения плевры. Рентгенологическое исследование: справа на уровне первого межреберья и ниже ключицы до середины нижнего легочного поля сливные очаговые тени размером 2×3 см и 0,5×1,5 см, нечетко очерченные; слева на уровне II ребра воспалительный фокус округлой формы; правый диафрагмальный синус затемнен, жидкости нет; корни легких расширены и уплотнены (двусторонняя метастатическая крупноочаговая пневмония, правосторонняя плевропневмония).

Почки: симптом Пастернацкого резко положительн с обеих сторон; диурез понижен. Моча: удельный вес 1010; белка 0,33<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, лейкоцитов 10—11 в поле зрения, эритроцитов выщелоченных 12—15 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 5—8 в препарате, много бактерий.

Печень болезненна, выступает из-под края ребер на 2 поперечных пальца. Селезенка увеличена и перкуторно, и пальпаторно.

Анализ крови: эр. 2 690 000, Hb 9 г% (54 единицы), цветной показатель 0,86, л. 8200, ю. 2%, п. 11%, с. 72%, лимф. 12%, мон. 3%; РОЭ 68 мм в час. Токсическая зернистость эритроцитов. Посев крови — гемолитический стафилококк. Остаточный азот крови 56 мг%.

При влагищном исследовании каких-либо поражений клетчатки, придатков, сосудов таза не обнаруживается.

Сейчас уже нет сомнений, что у больной имеется септикопиемия с множественными гнойными метастазами.

*На основании каких данных устанавливается диагноз септикопиемии?*

Это заболевание характеризуется множественностью симптомов. В связи с этим необходимо в какой-то мере систематизировать все симптомы, объединив их в синдромы, чтобы при обследовании больной «не пропустить» чего-нибудь важного. Таких синдромов мы выделяем пять.

1. Синдром реактивности: температурная реакция, кожные сыпи (экзантемы), увеличение селезенки, морфологические изменения крови.

2. Синдром токсикоза (общих проявлений): поражения сердечно-сосудистой системы — функциональные и органические (большим подспорьем для суждения о поражениях ее является рентгенокимография и электрокардиография); поражения дыхательной системы (сепсис легких, метастатическая пневмония); поражения почек (очаговый или септический нефрит), печени, желудочно-кишечного тракта.

3. Синдром поражений нервной системы (нарушения сна, тревожные сновидения, галлюцинации, психозы, апатико-абулический синдром, эйфория, эйфорически-атактический синдром).

4. Синдром патологических процессов в половых органах (местные проявления общего поражения организма).

5. Синдром осложнений.

В эту, если так можно выразиться, схему синдромов, включены все обычно наблюдающиеся при септикопиемии симптомы; она же дает возможность в известной степени оценить их значение в общей картине болезни. У отдельных больных некоторые из этих синдромов либо совсем отсутствуют, либо слабо выражены, либо имеют место самые разнообразные сочетания их.

Оценка методов объективного исследования должна производиться обязательно в соответствии с результатом всех методов клинического обследования больной; они не должны рассматриваться изолированно.

Крупнейшие успехи советской медицины создали самые благоприятные условия для использования наряду со старыми физикальными методами исследования множества лабораторных, инструментальных и других методов. Однако нередко врач, подавленный обилием разных методов, теряет правильную ориентировку в диагностике и скатывается к упрощенчеству. Он готов «передоверить» постановку диагноза консультанту, рентгенологу, лаборанту. Формальное отношение к диагностической работе приводит к примитивному фельдшеризму.

Подлинное искусство диагностики и лечения состоит в том, чтобы гармонично слить все данные исследования и статуса, глубоко проанализировать все собранные факты, уметь сочетать свои личные наблюдения с анализом результатов лабораторного исследования (И. А. Кассирский).

Если врач основывается только на данных рентгенографии, лейкоцитарной формулы, анализе мочи, а не учитывает в достаточной степени общего состояния больной, ее жалоб, он не может глубоко познать патологический процесс.

Полноценный диагноз включает этиологию, морфологию и патологическую физиологию процесса, обуславливающую ту или иную клиническую картину. Диагноз должен отображать и динамику процесса, и функциональную сторону его. Наконец, врач обязан глубоко изучить и личность больной, внутреннюю (аутопластическую) картину болезни, так как ни одно врачебное действие не должно обходиться без глубокого проникновения в эмотивно-висцеральные корреляции.

Лабораторные и прочие дополнительные методы исследования приносят пользу лишь тогда, когда они являются подспорьем, сопровождают непосредственное изучение больного.

*Каковы основные принципы лечения сепсиса?*

В связи с полисиндромностью (полисимптомностью) сепсиса лечение его оказывается довольно сложным. Предложено очень много средств и способов. Одни из них в настоящее время имеют лишь историческое значение, другие являются эффективными, третьи незаслуженно забыты. Большой вред приносит существующая еще до сих пор полипрагмазия с явно схоластическим «душком».

Только правильное представление о патогенезе заболевания, о механизме поражения отдельных органов и систем, о действии тех или иных лекарств дает возможность правильно организовать лечение. Все это общеизвестно, однако об этом нередко забывают у постели больной. Вот почему мы считаем полезным еще раз привести методику лечения.

**А. Б о р ь б а с и н ф е к ц и е й.** Назначаются антибиотики: пенициллин по 100 000 ЕД 8 раз в сутки, либо стрептомицин по 250 000 ЕД 2—4 раза в сутки, либо биомицин по 100 000—200 000 ЕД 8 раз в сутки. Лучший результат дает комбинированное применение антибиотиков всего до 1 000 000 ЕД в сутки. В целях борьбы с вредным действием антибиотиков на мышцу сердца, кровотворные органы, кишечную флору одновременно нужно назначать рибофлавин (В<sub>2</sub>) и тиамин (В<sub>1</sub>) в обычной дозировке.

Кроме того, наряду с антибиотиками для борьбы с инфекцией применяются сульфаниламиды по 1 г 3—4 раза в день.

**Б. Б о р ь б а с и н т о к с и к а ц и е й.** Для борьбы с интоксикацией применяется введение больших количеств жидкости: подкожно — 5% раствор глюкозы; внутривенно — переливание крови в малых дозах (75—100—125 мл), кровезамещающих растворов, эритроцитной массы, сухой плазмы, нативной сыворотки повторно малыми дозами.

Хорошие результаты получены нами при внутривенном введении различных растворов капельным методом, как, например: а) 1000 мл 5% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция; б) 1000 мл физиологического раствора поваренной соли, 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 60 мл 40% раствора глюкозы.

К указанным растворам иногда добавляют антибиотики: пенициллин, стрептомицин или и то, и другое (до 500 000 ЕД), хотя особого эффекта это не дает (быстрота выведения пенициллина из организма).

Внутривенное введение 0,25—0,5% раствора новокаина по 20—25 мл в течение нескольких дней действует нормализующе на реактивность организма, по-видимому, через хеморецепторы сосудистой системы.

**В. Борьба с отдельными проявлениями септической инфекции организма** (если для их лечения недостаточно средств, направленных на борьбу с инфекцией и интоксикацией). Сюда относятся воздействия на отдельные проявления септического поражения: а) лечение пневмоний — ежедневное внутривенное введение 40% раствора глюкозы по 20—30 мл, 33% раствора спирта-ректификата<sup>7</sup> на 5% растворе глюкозы по 20 мл ежедневно (при намечающихся абсцессах в легких), банки круговые; б) поддержание сердечной деятельности — камфарное масло, адонизид, стрихнин, строфант (по специальным показаниям); в) хирургическое вмешательство при наличии гнойных скоплений (разрезы, пункции). Сюда же относится введение антибиотиков путем пункции через задний свод при наличии раздражения брюшины, намечающихся пельвеоцеллюлитов, параметритов. Кроме того, применяется физиотерапия и неспецифическая раздражающая терапия воспалительных образований в половых органах, лечение подсадками тканей и др.

**Г. Симптоматическое лечение.** Борьба с патологическими процессами, которые не зависят от основного заболевания, но сосуществуют наряду с ним, утяжеляя течение основного заболевания. Например, обострение суставного ревматизма, вспышка туберкулеза легких, резко выраженное малокровие и др.

Эта схема позволяет в значительной степени учесть все разнообразие клинических проявлений сепсиса, довольно правильно построить основную методику лечения и создать для каждой больной индивидуальный план лечения.

#### *Какое лечение назначить больной?*

Назначено: по 100 000 ЕД пенициллина 3 раза в сутки, по 250 000 ЕД стрептомицина 2 раза в сутки, по 100 000 ЕД биомидина 2 раза в сутки, подкожно 600 мл 5% раствора глюкозы ежедневно, витамины В<sub>1</sub> и В<sub>2</sub>, сердечные средства. Внутривенно ежедневно вводилось 20 мл 0,25% раствора новокаина и 20 мл 40% раствора глюкозы. Через день внутривенно капельным способом вводили по 100 мл сухой плазмы, а раз в 3—4 дня — эритроцитную массу по 100 мл (в день введения эритроцитной массы обычно никаких других лекарств внутривенно применять нельзя).

Через 3 дня в инфильтратах молочных желез и в области I—II ребра справа стала несомненной флюктуация. Сделаны широкие разрезы; выпущено из трех гнойников 600 мл жидкого гноя зеленоватого цвета; в гною обнаружен гемолитический стафилококк. Тугая тампонация с применением мази Вишневского. Намеченное лечение продолжалось, однако температура оставалась гектической. Через 3 дня перевязка — ткани имеют вид вареного мяса, отделяемого из раны мало. Новых очагов нет. Еще через 3 дня (23 дня от начала заболевания) — вторая перевязка. Появились незначительные грануляции, отделяемого стало больше.

Легкие — явления септической плевропневмонии претерпевают обратное развитие, количество очагов стало меньше, они лучше контурируются.

Сердце — систолический шум на верхушке, акцент второго тона на легочной артерии, границы расширены влево. Рентгенологически особых изменений по сравнению с предыдущими исследованиями нет.

Анализ крови (23-й день болезни): эр. 2 600 000, Нб 5,5 г% (33 единицы), цветной показатель 0,72, л. 13 600, м. 0,5%, ю. 1%, п. 6%, с. 77,5%, лимф. 13%, мон. 2%; РОЭ 60 мм в час. Остаточный азот крови 36 мг%. Посев крови стерилен.

Моча: удельный вес 1006, белка 0,99<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, лейкоцитов 30—40 в поле зрения, эритроцитов выщелоченных 25—35 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 2—3 в поле зрения с наложениями кровяного пигмента, много бактерий.

Лечение продолжаем. Температура начала медленно снижаться. Раны хорошо гранулируют.

В дальнейшем общее состояние стало вполне удовлетворительным, температура нормальной, пульс в пределах 70—72 ударов в минуту, ритмичный. Раны на молочных железах зажили.

Однако, несмотря на эффективность проводимого лечения, на 28-й день больная стала жаловаться на резкие боли в левом бедре, главным образом по наружной поверхности. Пальпаторно никаких изменений не обнаружено. Влагалищное исследование никаких признаков воспалительного процесса в малом тазу не обнаружило. Назначен компресс из мази Вишневского, так как считали, что эти боли связаны с многократными подкожными инъекциями. Компресс эффекта не дал, боли медленно стали усиливаться, температура поднялась до 39°.

Положение больной в кровати вынужденное: нога согнута в тазобедренном и коленном суставах и слегка приведена к животу. При пальпации по ходу сосудистого пучка ничего патологического не выявлено; пальпация по ходу седалищного нерва болезненна, область нервных корешков безболезненна. Приведение ноги стало более выраженным. При повторном влагалищном исследовании обнаружено: слева клетчатка отечна, чувствительна, выраженных инфильтратов нет. Намечается несколько большая болезненность по т. iliopsoas. Указанные явления нарастают. Симптом «прилипшей пятки» выражен, симптом Ласега отрицательный, постукивание по пятке при поднятии ноги вызывает незначительную боль где-то в малом тазу. Пальпация по ходу седалищного нерва несколько чувствительна до середины бедра. Резко болезненный участок при глубоком давлении вблизи левого крестцово-подвздошного сочленения.

#### *Что произошло с больной?*

Вынужденное положение в кровати, болезненность в области крестцово-подвздошного сочленения, симптом «прилипшей пятки» говорят о наличии воспалительного процесса, связанного с т. iliopsoas; при отсутствии в малом тазу выраженных инфильтратов все же имеется отечность и болезненность по ходу этой мышцы. Безболезненность поясничных корешков, незначительная чувствительность по ходу седалищного нерва, примерно до середины бедра, отрицательный симптом Ласега, полностью сохраненная подвижность позвоночника — все это говорит против радикулита или неврита, в частности седалищного нерва. Гектическая температура заставляет думать прежде всего об образовании нового метастатического абсцесса.

На 6-й день после последнего повышения температуры при обследовании в верхне-наружном квадранте левой ягодицы при положении больной на животе с вытянутыми ногами обнаружено несное выбухание. Влагалищное исследование: незначительная отечность тканей слева, болезненность при пальпации мышц тазового дна.

Произведенная пункция показала наличие гноя (посев — смешанная флора). Сделали разрез — выпущено около 300 мл жидкого гноя с незначительным запахом. Тампонация с применением мази Вишневского. Течение гладкое, температура на следующий день упала до нормы. Рана быстро заполняется свежими грануляциями. С целью общей стимуляции организма перелито 250 мл цельной одногруппной донорской крови капельным методом. Через 4 недели в легких рентгенологически изменений не обнаружено. Сердце: явления незначительно выраженной функциональной недостаточности сердечной мышцы. Печень, селезенка не пальпируются.

Анализ крови (за неделю до выписки): эр. 3 100 000, Нб 10,5 г% (63 единицы), цветной показатель 0,85, л. 7800, э. 4%, п. 2%, с. 70%, лимф. 18%, мон. 5%. Остаточный азот крови 30 мг%.

Моча: белка нет, лейкоцитов 12—15 в поле зрения, эритроцитов свежих 1—2 в поле зрения, слизь, ураты; удельный вес 1011.

Выписана на 84-й день после заболевания с ребенком. Раны почти полностью зажили.

**Краткий эпикриз.** Я. А., 21 года, первородящая, поступила с повышенной температурой. Роды в срок: тазовое предлежание плода. После родов развился сначала септический метроэндометрит, а затем и септицемия. Лечение (антибиотики, трансфузия крови, глюкозы и др.) не остановило распространения инфекции, несмотря на сравнительно хорошо выражен-

ную сопротивляемость организма. Рано выявилось септическое поражение органов дыхания, сердца, почек. После проведенного переливания крови вскоре появились гнойные метастазы в молочных железах и в тканях соответствующих областей прикрепления спереди и справа I—II ребра и метастатическая плевро-пневмония, позднее — абсцесс в области наружных мыщц таза. Активное лечение и хирургическое вмешательство (вскрытие гнойников) привели сначала к стабилизации, а затем и к обратному развитию патологических процессов. Матка, сыгравшая роль входных ворот для инфекции, в дальнейшем течении заболевания играла весьма незначительную роль; воспалительный процесс в матке закончился за много дней до выздоровления. Выписана на 84-й день после заболевания с ребенком. При выписке больной рекомендован на ближайший период половой покой.

## ТОКСИКО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Девочка М. поступила в клинику 14/IV 1954 г. на 10-й день жизни из родильного дома в тяжелом состоянии. Казалось, что положение ее почти безнадежное: наружные покровы бледны, кожа легко собирается в складки, даже на глаз видно, что девочка значительно истощена. Девочка слабо реагирует на окружающее, жалобно плачет, скорее стонет, когда ее берут на руки.

### *Что с девочкой? Чем она больна?*

Больная — первый ребенок от здоровых родителей. Матери 24 года, отцу 26 лет. Родилась от первой беременности. Роды у матери протекали нормально, без каких-либо осложнений. Вес девочки при рождении 3400 г, длина 51 см, она сразу и громко закричала. При первом кормлении грудью сосала хорошо, но у матери вначале было недостаточно молока. К 3-му дню после родов количество его заметно увеличилось. Вес тела ребенка на 2-й день жизни 3320 г, на 3-й день 3280 г, на 4-й день 3280 г.

Заболевание началось внезапно на 5-й день жизни. Девочка в этот день вяло сосала, а потом вообще отказалась от груди. Была рвота, температура поднялась до 38,7°. Состояние ее сразу стало тяжелым: участился стул до 6—7 раз в сутки, рвота повторялась 5—6 раз в течение 5-го дня жизни; на следующий день рвота была 6 раз, а в течение следующих дней по 4—5 раз в сутки. Вес тела начал падать: на 5-й день он равнялся 3260 г, на 6-й день — 2860 г, на 7-й день — 2600 г.

Таким образом, девочка потеряла в весе 800 г, т. е. около 23,5%, почти четверть своего первоначального веса. В таком состоянии мы впервые увидели ребенка в палате новорожденных, куда были приглашены для консультации.

### *Какие другие симптомы заболевания, кроме отказа от груди, частого жидкого стула и падения в весе, имеются у нашей больной?*

Состояние ребенка при поступлении в клинику крайне тяжелое. Бросается в глаза общая резкая слабость, полная адинамия. Кожные покровы бледны, с серовато-цианотичным оттенком. Дряблая кожа легко собирается в плохо расправляющиеся складки. Подкожножировой слой почти отсутствует, тургор мягких тканей резко понижен. В области икр обеих голеней и стоп небольшая пастозность — начальная стадия склеремы. Видимые слизистые сухие, бледные и тоже с несколько цианотичным оттенком. Глаза запали, под ними выраженная синева. Все это говорит о сильном обезвоживании тканей и о значительной сердечно-сосудистой недостаточности.

Дыхание ребенка учащено (80—90 дыханий в минуту), отличается некоторой неравномерностью, прерывистостью, приближаясь по своему характеру к биотовскому дыханию. Пульс очень слабого наполнения, сосчитать его на а. radialis не удастся. При перкуссии грудной клетки определяется лишь небольшое укорочение звука в нижнезадних отделах обеих легких, в других местах перкуторный звук нормальный, местами с тимпаническим оттенком. Прослушиваются мелкие рассеянные влажные хрипы, скорее застойного характера.

Со стороны сердца отмечается учащение сердечных сокращений до 180 ударов в минуту, эмбриокардия и поражающая глухость сердечных тонов.

Живот заметно вздут, печень несколько более плотная, чем в норме, выступает из-под реберной дуги на 3—4 см, селезенка не пальпируется; прощупать толстый кишечник не удается; жидкости в брюшной полости нет.

При осмотре у ребенка была рвота; стул у него несколько неравномерной консистенции, с небольшой примесью зелени, но особенно обращает внимание ярко-оранжевая окраска испражнений, напоминающая цвет охры.

Менингеальных явлений нет, но ребенок находится в сопорозном, почти коматозном состоянии.

*Является ли заболевание этого ребенка единичным в палате новорожденных?*

Нет. В это же время в палате было еще двое детей почти в таком же тяжелом состоянии, а у 3 детей отмечалась несколько повышенная температура, учащенный стул, изредка рвота. Удалось выяснить, что аналогичные заболевания появились несколько дней назад; всего заболело 12 новорожденных из 35 детей, находившихся в родильном доме, а трое умерли. На вскрытии у всех умерших была обнаружена мелкоочаговая, местами сливная бронхопневмония, эзофагит, гастрит, обильное развитие молочницы в полости рта и пищеводе.

*Как расценивали заболевания новорожденных врачи родильного дома?*

Врачи родильного дома расценивали заболевания новорожденных как гриппозные, осложненные воспалением легких. Разумеется, с таким предположением трудно согласиться; среди персонала родильного дома, родильниц и рожениц за этот период заболеваний гриппом не было.

*Как началось заболевание у новорожденных?*

Первым заболел недоношенный ребенок, получавший с первых дней жизни сцеженное пастеризованное женское молоко. Заболевание у всех детей начиналось внезапно, протекало с явлениями общей интоксикации, с отчетливо выраженными гастроэнтеральными явлениями, к которым присоединялись септические наслоения: воспаление среднего уха, пневмония, пиурия и др. Имелись основания говорить о токсико-септическом синдроме. Клиническая картина очень напоминала заболевание, описанное в зарубежной литературе под названием эпидемического поноса новорожденных.

*Наблюдалось ли еще поступление в клинику детей, заболевших в родильном доме?*

Через 3 дня после поступления девочки М. были переведены в нашу клинику еще четверо заболевших детей.

*Какое течение заболевания наблюдалось у новорожденной М. в первые дни после поступления в клинику?*

Девочка М., как уже было сказано, поступила на 10-й день жизни (6-й день заболевания). Состояние ее оставалось таким же тяжелым, как и 3 дня назад. Можно было лишь отметить, что под влиянием начатого лечения в родильном доме снижение веса несколько замедлилось (при поступлении она весила 2450 г).

На 12-й день жизни девочка весит 2460 г, рвота у нее стала реже (1—2 раза за сутки), стул 3—4 раза в сутки; стул носит диспепсический характер, хотя некоторые порции испражнений имеют еще ярко-оранжевую окраску. Можно считать, что ребенок почти вышел из сопорозного состояния. Девочка несомненно в сознании, но легко утомляется и временами, по-видимому, впадает в забытие. На 12-й день температура у нее 37,3°, в предыдущие дни температура имела ремиттирующий характер. Дыхание стало более редким (около 50 дыханий в минуту) и более равномерным; число сердечных сокращений 140 в минуту. В остальном объективные данные почти те же.

*Какие исследования были проведены для установления тяжести и характера заболевания?*

14/IV 1954 г. (при поступлении) кровь: Нб 19 г% (114 единиц), эр. 5 200 000, л. 21 200, б. 0,5, э. 0%, н. 73%; из них: с. 47,5%, п. 16%, ю. 8,5%, м. 1%, лимф. 18%, мон. 8,5%. Как видно, у ребенка выражен лейкоцитоз нейтрофильного характера со сдвигом влево. По-видимому, сказывается и сгущение крови.

Анализ крови 16/IV: Нб 16 г% (96 единиц), эр. 4 750 000, л. 15 500, уменьшился сдвиг влево.

Моча при поступлении: белка 0,331<sup>0</sup>/<sub>00</sub>, единичные эритроциты, зернистые и гиалиновые цилиндры, лейкоцитов до 50—60 в поле зрения. Анализ мочи 12/IV: следы белка, единичные гиалиновые цилиндры в препарате, 10—15 лейкоцитов в поле зрения.

Повторные исследования кала (копрограмма) обнаружили небольшое количество слизи (++) , единичные лейкоциты (+) и единичные эритроциты (+). В посевах кала патогенные микробы не найдены, установлен обильный рост несколько своеобразной кишечной палочки, названной Э. М. Новгородской палочкой 408.

Рентгеноскопия грудной клетки (11-й день жизни): эмфизема обоих легких; пневмонических инфильтратов отметить не удается.

### *Каково состояние других детей, поступивших из родильного дома?*

Один ребенок (К.), поступивший в клинику, умер при явлениях нарастающего эксикоза, токсикоза, адинамии.

На секции обнаружена бронхопневмония, дегенеративные изменения паренхиматозных органов, катаральные явления со стороны пищеварительного тракта, некротический эзофагит и гастроэнтерит. Посевы кала и крови при жизни ребенка и посевы после смерти кишечного содержимого, крови и кусочков отдельных органов дали обильный рост кишечной палочки (408).

### *Что дали клинические и бактериологические исследования?*

Данное заболевание новорожденных на основании этих исследований можно охарактеризовать следующим образом: в клинической картине на первый план выступают явления эксикоза, адинамии и токсикоза; рвота и кишечные явления как бы отступают на второй план, не они доминируют в клинической картине. Этим данное заболевание отличается от токсической диспепсии и токсической дизентерии у детей раннего возраста. Заболевание часто осложняется пневмонией, отитом, пиурией, реже — энцефалитом.

Бактериологические исследования кала и крови не обнаруживают какого-либо специфического возбудителя, большей частью высеваются различные представители обычной кишечной флоры, сапрофиты и факультативно-патогенные микробы *B. coli* и некоторые ее необычные разновидности, *B. proteus vulgaris*, иногда бактерии из группы салмонелл и др. Эту же бактериальную флору почти всегда удается обнаружить в посевах слизи из носа и зева заболевших детей.

### *Какие характерные особенности токсико-септических заболеваний у новорожденных?*

Токсико-септические заболевания, как правило, поражают почти одновременно нескольких детей в отделении новорожденных, что дает право говорить об эпидемической вспышке. Чаще всего первым заболевает недоношенный новорожденный, получавший сцеженное пастеризованное женское молоко или докорм искусственной молочной смесью, как это было и при данной вспышке заболевания.

Надо отметить большую летальность от этого заболевания, достигающую 30% и более.

### *Что предрасполагает к развитию токсико-септических заболеваний?*

В настоящее время можно утверждать, что это заболевание связано с попаданием в организм большого количества указанных выше бактерий кишечной группы. Можно допускать, что в некоторых случаях возбудителем токсико-септического синдрома являются стафилококки и другие бактерии. Все эти возбудители обычно попадают ребенку с пищей; если кишечный барьер у ребенка оказывается нарушенным, происходит инвазия бактерий в кишечную стенку и через нее возникает бактериемия с токсемией и, наконец, септицемия.

Целостность кишечного барьера нарушается неправильным способом вскармливания и поступлением массивных доз в обычных условиях невинных кишечных сапрофитов; этому способствуют различные факторы, как, например, случайные заболевания, родовая травма и т. д. Чем меньше ребенок, тем легче нарушается его кишечный барьер. Кишечный барьер новорожденных и особенно недоношенных детей первых дней жизни даже, по-видимому, и в нормальных условиях является проходимым для некоторых нативных белков, продуктов неправильного расщепления белковых тел



и, может быть, для некоторых бактерий. Эти факторы часто, не вызывая у новорожденного местно макроскопически и микроскопически заметного повреждения стенки кишечника, могут вести к бактериемии, токсемии и септицемии.

Сказывается, конечно, и отсутствие у новорожденных приобретенного специфического и неспецифического иммунитета, а также недостаточная реактивная способность организма выравнять и восстанавливать различные биологические механизмы, поврежденные теми или другими факторами. В этой «беззащитности» организма новорожденного сказывается еще и недостаточно совершенная корригирующая и регулирующая функция его центральной нервной системы.

Разумеется, патогенез и клиническая картина возникающего у новорожденного патологического состояния могут несколько варьировать в зависимости от особенностей бактериальной инвазии, а равно и от индивидуальных особенностей самого организма ребенка, его морфологической и функциональной зрелости, но принципиальных изменений в патогенез и клинику все эти факторы не вносят.

*Чем обусловлено возникновение токсико-септических заболеваний?*

Проницаемость кишечного барьера, на наш взгляд, особенно легко нарушается неправильным вскармливанием новорожденного, особенно в первые дни его жизни. Этот фактор сказывается и на способности организма ребенка мобилизовать свои защитные и компенсаторные механизмы. Возникающая вспышка заболеваний прежде всего зависит от состояния санитарно-гигиенических условий окружающей среды. Как правило, речь идет о контактной передаче инфекции ребенку *per os* в результате грубых нарушений основных гигиенических требований вскармливания новорожденных и ухода за ними. Источником инфекции может быть мать ребенка, персонал и случайно заболевший новорожденный. Инфицирование чаще происходит после рождения, но, конечно, не исключается возможность инфицирования первого заболевшего и *intra partum*. Надо полагать, что существенную роль играет и усиление вирулентности обычных кишечных бактерий в условиях нарушенной сопротивляемости детского организма и при повторных пассажах через несколько детей.

Эти моменты сыграли решающую роль в эпидемической вспышке заболеваний новорожденных в детской палате родильного дома, откуда к нам поступили заболевшие новорожденные.

Первым заболел недоношенный ребенок матери Т., получавший с первого дня жизни стерилизованное молоко, собираемое в родильном доме. Кроме того, этому ребенку без всяких оснований с 5-го дня жизни давали докорм небольшими дозами пахтанья. У ребенка появились диспепсические явления, к которым присоединилось и воспаление легких; ребенок умер на 12-й день жизни.

Вторым заболел ребенок, тоже недоношенный, который лежал в соседней с первым кроватке. Ребенок тоже получал сцеженное женское молоко и докорм. Этот новорожденный тоже умер. Секционный диагноз: пневмония, диспепсия.

В дальнейшем, через 2—3 дня, сразу заболело еще трое детей, уже доношенных, но все они тоже докармливались сцеженным женским молоком.

При обследовании родильного дома было выявлено, что имеются многочисленные дефекты в санитарно-гигиеническом режиме, не соблюдаются строго правила вскармливания детей, сбора и хранения сцеживаемого женского молока и т. д.

*В чем заключается профилактика токсико-септических заболеваний?*

Из сказанного видно, что в основу профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных должно быть положено строгое соблюдение

санитарно-гигиенического режима всего родовспомогательного учреждения. Персонал родильного дома должен безупречно выполнять все требования личной гигиены и правила ухода за новорожденными.

В связи с этим нелишне упомянуть об основных мероприятиях и по борьбе с токсико-септическими заболеваниями новорожденных.

*В чем состоят профилактические мероприятия до рождения ребенка?*

Инфекционные заболевания у женщины во время беременности, особенно хронические формы, вредно отражаются на развитии плода и могут быть источником заболевания ребенка в период внутриутробного развития. Поэтому в женской консультации нужно обследовать беременных для выявления у них инфекционных заболеваний и проведения своевременной активной терапии. При патронаже беременной необходимо выявлять неблагоприятные санитарно-бытовые условия: наличие инфекционных больных, лиц с гнойными процессами кожи и др. (смена и стирка белья, отдельная постель и пр.).

В родильном доме особое внимание нужно обращать на заболевания, перенесенные матерью в последние дни и недели перед родами: инфекционные катары верхних дыхательных путей (ангина, грипп), кишечные инфекции, гонорей, пиодермии, воспалительные заболевания половых органов и пр. Родильницы, перенесшие эти заболевания, могут являться носителями и выделителями патогенных микробов, которые, однако, часто у родильниц не вызывают каких-либо болезненных проявлений. Эти родильницы могут стать источником тяжелых токсико-септических заболеваний новорожденных. Поэтому при приеме рожениц необходимо проводить детальный опрос, измерение температуры, тщательный осмотр и при необходимости бактериологические исследования (мазки из зева, флора кишечника). Ни при каких условиях нельзя допускать приема рожениц в родильный дом без обмывания всего тела и волос на голове теплой проточной водой с мылом.

В предродовой палате должно быть обращено особое внимание на проветривание и дезинфекцию матрасов и обязательную смену мягкого инвентаря койки после перевода каждой роженицы (чехол и клеенка на матрасе, одеяло, подушки и постельное белье). Для этого в предродовой необходимо иметь запасные комплекты мягкого инвентаря соответственно среднему числу ежедневных поступлений рожениц.

*Каковы профилактические мероприятия при рождении ребенка и в первые часы его жизни?*

Чрезвычайно важным профилактическим мероприятием является правильная гигиеническая организация обслуживания новорожденного в родовой комнате и строгое соблюдение стерильности предметов ухода, белья, всего, что соприкасается с ребенком, и особенно рук персонала (врача, акушерки). Работа в родильном отделении проводится в стерильных масках, которые неоднократно сменяются в течение суток.

Для каждого новорожденного необходимо иметь стерильный комплект белья. Чрезвычайно важно, чтобы акушерка непосредственно перед обработкой пуповинного остатка и проведением первого туалета тщательно мыла руки (как перед родами), надевала стерильный передник и маску-повязку. При обработке и перевязке пуповины, согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР, необходимо пользоваться индивидуальными пакетами со стерильными инструментами (ножницы, зажимы) и перевязочным материалом.

Важным профилактическим мероприятием является тщательное согревание новорожденного в родовой комнате с момента рождения и особенно при проведении мер оживления и первого туалета. Туалетный стол, весы, ростомер и другие предметы следует тщательно мыть и дезинфицировать после каждого ребенка.

Заболевания персонала, обслуживающего новорожденных в первые минуты и часы их жизни (акушерка, врач-акушер), могут быть источником инфекции. Поэтому систематический осмотр (состояние кожи рук, полости рта), личная гигиена и санация персонала, работающего в родовой комнате, необходимы для профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных. Дежурный персонал должен принимать гигиенический душ перед вступлением на дежурство и обязательно надевать свежестираные халаты и легко моющееся платье. Необходимо проводить систематическое бактериологическое исследование зева, носа, кожи рук на патогенных микробов, в частности кишечной группы.

*Какие основные профилактические мероприятия в палатах родильниц?*

Нужно производить тщательную уборку палат родильниц, хорошо и систематически их проветривать, следить за постоянством температуры в них (19—20°); так же тщательно соблюдается и чистота подсобных помещений, особенно уборных, моечных, бельевых и пр.

Большое значение имеет соблюдение гигиенического режима койки родильницы: обеспечение постельным бельем, индивидуальным судном, чистота и регулярная смена подкладных простынь, клеенок и пр.

После выписки каждой родильницы матрац, подушку и одеяло нужно обязательно длительно проветривать на открытом воздухе (не меньше 6—8 часов), а после выписки родильниц, перенесших в родильном доме какое-либо заболевание, весь мягкий инвентарь дезинфицировать (в дезинфекционной камере).

Периодическое выключение палат (через каждые 8—9 дней), уборка и проветривание палат являются важной мерой профилактики. В этом отношении весьма ценным оказался метод так называемой цикличности в заполнении и одновременном выключении для уборки палат родильниц и соответствующих детских палат.

Санитарная обработка роженицы при поступлении, чистота белья (рубашек, лифов, халатов), а также тщательное мытье рук с мылом перед каждым приемом пищи и кормлением ребенка являются важными мерами предупреждения инфекции в родильном доме.

Гигиена молочной железы достигается ежедневным утренним обмыванием ее теплой водой с мылом, предохранением сосков от мацерации и раздражения, частой сменой лифов.

При бациллоносительстве и бацилловыделении из полости зева и носа, особенно при наличии катарального состояния и других заболеваний, кормящая мать должна надевать маску во время кормления ребенка. Маска должна быть стерильной и часто меняться (по возможности перед каждым кормлением).

Большое внимание следует уделять немедленной изоляции каждой родильницы при обнаружении любого заболевания при любом повышении температуры, а тем более при повторном, независимо от того, поставлен ли предварительный или окончательный диагноз заболевания.

Заболевшие родильницы до решения вопроса о переводе во второе отделение должны быть без промедления изолированы (переведены в отдельные палаты). Одновременно с изоляцией заболевшей матери нужно немедленно изолировать и ее ребенка, даже если он совершенно здоров, выделив для ухода за ним отдельный пост сестры.

Для правильного и своевременного проведения профилактических мероприятий очень важен ежедневный тесный контакт в работе акушера и педиатра и взаимная сигнализация о каждом заболевании матери и ребенка.

### *Какие основные моменты профилактики токсико-септических заболеваний в отделениях (палатах) новорожденных?*

**А. Разобшение и рассредоточивание детских коек.** В отделениях и палатах новорожденных необходимо стремиться к максимальному разобшению и рассредоточиванию детских коек. В каждой палате желательно размещать не более 15—20 коек. Для маневрирования, т. е. выключения палат при возникновении отдельных заболеваний среди новорожденных, а также для систематической уборки палат необходимо достаточное количество помещений.

В крупных родильных домах в отделениях (блоках) для новорожденных должно быть не более 40—50 коек. Лучше иметь несколько разобщенных отделений и не сосредоточивать большого числа детей в одном месте.

Кроме эпидемиологических соображений, концентрация большого числа детей нерациональна и потому, что детей для кормления приходится перевозить на большие расстояния.

**Б. Предупреждение скученности и тесноты.** В детских палатах на каждого новорожденного должно приходиться в среднем не менее 2,5 м<sup>2</sup> площади.

Нужно избегать ставить детские кровати вплотную одна к другой. Чем больше расстояние, отделяющее одну койку от другой, тем меньше возможностей для контакта заболевших, но еще не изолированных детей со здоровыми.

Особенно большое внимание должно уделяться правильному вскармливанию новорожденных и соблюдению всех правил сбора и хранения молока, сцеживаемого матерями. Нельзя допускать необоснованного назначения детям первых 3—4 дней жизни докорма искусственными смесями. При необходимости кормления ребенка сцеженным материнским молоком предпочтительно давать сырое молоко, ex tempore сцеженное, лучше всего от матери данного ребенка. При этом нужно обязательно выполнять все условия асептического сбора его.

### *Какова терапия при токсико-септических заболеваниях?*

В клинической картине заболевания ребенка на первый план выступают явления эксикоза и токсикоза, как это обычно бывает при токсико-септических заболеваниях новорожденных.

Ребенку были назначены внутривенные вливания рингеровского раствора с 5% раствором глюкозы по 50 мл 2 раза в день. Если раствор в вену ввести невозможно, то его вводят под кожу.

Кроме того, ребенок получал: синтомицин по 0,05 г 4 раза в день (внутрь), пенициллин по 20 000 ЕД 4 раза в день (внутримышечно), стрептомицин по 15 000 ЕД 6 раз в день (внутрь), кардиазол, адреналин, кофеин.

Особое внимание надо обращать на тщательный уход и вскармливание. После 12-часовой чайной диеты (рингеровский раствор пополам с чаем), в период которой ребенок получил 300 мл жидкости, начали давать молоко матери по 1—3 чайные ложки каждые 2 часа:

День жизни ребенка	Количество молока (в мл)
7-й	50
8-й	80
9-й	130
10-й	180
11-й )	по 220
12-й )	

В дальнейшем план лечения был следующий: в ближайшие дни начали осторожно прикладывать ребенка к груди матери. Если у ребенка прекратится рвота, к 8—10-му дню лечения постараемся довести суточное количество выпиваемого молока до 400—500 мл. Одновременно надо уменьшить число инъекций, заменяя их введением лекарств per os.

Состояние девочки к 19-му дню после рождения значительно улучшилось; у нее прекратилась рвота, стул 2—3 раза в сутки, нормальной консистенции. Со стороны легких нет отклонений от нормы; тоны сердца остаются еще глухими; печень несколько уменьшилась.

Вес ребенка начал регулярно нарастать, температура тела нормализовалась, ребенок из медикаментов получает только кофеин, пепсин с соляной кислотой, аскорбиновую кислоту и витамины комплекса В. Все другие назначения отменены. Ребенок высасывает из груди матери 540 мл молока. Пока имелись выраженные явления эксикоза и сгущения крови, мы воздерживались от внутривенной трансфузии крови и ограничились лишь введением плазмы крови; теперь сделаем первую внутривенную трансфузию крови.

Можно считать, что ребенок находится вне опасности и скоро (через 6—8 дней) его можно выписать.

Таким образом, благодаря срочно принятым мерам и тщательно проводимой терапии нам удалось спасти жизнь ребенка. Однако это удастся далеко не всегда. Надо добиваться, чтобы токсико-септические заболевания новорожденных не имели места в родовспомогательных учреждениях.

Родильный дом, в котором родилась девочка М., был временно закрыт. Все здоровые и выздоравливающие дети были рассредоточены и в положенный срок выписаны домой вместе со своими матерями под наблюдение участковых врачей. Были проверены все звенья работы родильного дома, проверено состояние здоровья персонала. Скоро удалось ликвидировать инфекцию, и спустя 2 недели родильный дом начал вновь функционировать.

**Краткий эпикриз.** Девочка М. заболела токсико-септическим заболеванием на 6-й день жизни, а на 10-й день в связи с наступлением крайне тяжелого состояния была переведена в клинику.

В течение апреля 1954 г. в родильном доме, в палате новорожденных, развилась токсико-септическая инфекция. Начало распространения инфекции было упущено врачами, как акушерами, так и педиатрами. Одновременно заболело несколько детей. Благодаря срочно проведенным мероприятиям (тяжело заболевших детей перевели в детскую клинику, прекратили прием рожениц, остающихся в родильном доме детей рассредоточили) и энергичному лечению вспышка токсико-септической инфекции была ликвидирована. Девочка М. выздоровела.

## Токсикозы беременности

1. Первобеременная Ж., 22 лет. На IX лунном месяце обратилась в женскую консультацию с жалобами на головную боль. Артериальное давление 150/100 мм. Положение плода продольное; головка над входом таза. Сердцебиение плода ясное. Незначительные отеки голеней. В моче при кипячении обнаружен белок. Беременной была назначена соответствующая диета. Через неделю с припадками эклампсии беременную доставили в больницу, где она вскоре умерла, не разрешившись.

В чем ошибка врача консультации при наблюдении за беременной? Какова должна была быть терапия?

2. Первобеременная И., 21 года. На X лунном месяце беременности, после бывшего дома припадка (по-видимому, эклампсии), доставлена на фельдшерско-акушерский пункт. Через полчаса тут же на пункте произошел второй припадок эклампсии. Акушерка отправила больную поездом в ближайшую больницу, сама ее сопровождая. В поезде у больной было еще 2 припадка эклампсии; через час больная доставлена в больницу, где через 1½ часа родила доношенную девочку, живую. Через 2 часа после родов больная умерла.

В чем ошибка акушерки? Какие нужно было принять меры?

3. Первородящая Л., 21 года, доставлена с затемненным сознанием в родильное отделение после бывших дома двух припадков эклампсии. Роды в срок, начались 5 часов назад. Температура 37,9°. Пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 150/90 мм. Отеки ног. Схватки хорошей силы, регулярные. Сердцебиение плода на уровне пупка, хорошо прослушивается. Размеры таза 25, 28, 30, 18 см.

Влагалищное исследование: шейка сглажена; открытие зева на 2 пальца, плодный пузырь цел; головка малым сегментом во входе таза. Диагональная конъюгата 11 см.

Что делать?

4. Первобеременная Д., 28 лет. Таз нормальный. Роды в срок, продолжаются 18 часов; воды отошли 4 часа назад. Положение плода продольное, предлежит головка в полости таза. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, слева ниже пупка. Припадок эклампсии.

Влагалищное исследование: шейка сглажена; открытие наружного зева полное; головка в узкой части полости малого таза; стреловидный шов слегка в правом косом, почти в прямом размере; малый родничок слева спереди.

Что делать?

## Кровотечение во время беременности, родов и в послеродовом периоде

5. Повторнобеременная Б., 32 лет. Имела одни срочные роды 6 лет назад и один искусственный медицинский аборт в 1955 г., после которого лечилась по поводу воспаления левых придатков матки. Последняя менструация 3 месяца назад. Поступила с жалобами на маточное кровотечение, начавшееся 2 дня назад, боли тянущего характера внизу живота. При поступлении температура тела 39°, пульс 110 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: шейка цилиндрической формы, несколько укорочена, в области наружного зева следы больших разрывов после бывших родов, шеечный канал свободно пропускает один палец. Матка увеличена до 10—11 недель беременности. При исследовании — матка болезненная; левые придатки утолщенные и болезненные. Выделения из матки кровянистые в умеренном количестве. Лейкоцитов 15 400.

Диагноз? Что делать?

6. Повторнобеременная Г., 27 лет, поступила со значительным маточным кровотечением, начавшимся 3 часа назад. Беременность третья, первая и вторая закончились самопроизвольным выкидышем при беременности 3 и 3½ месяца с последующими выскабливаниями полости матки. Последний выкидыш — год назад.

Менструации с 16 лет, по 3—4 дня через 25—26 дней, безболезненные, необильные; после бывших выкидышей не болела, характер менструаций не изменился. Последняя менструация 4 месяца назад.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка конической формы; наружный зев округлой формы, закрыт; матка увеличена до размеров 12-недельной беременности, безболезненная, напряжена; своды свободны; придатки без заметных изменений.

Диагноз? Что делать?

7. Повторнобеременная З. поступила с сильным маточным кровотечением. Два года назад — нормальные роды в срок, без осложнений; в течение года предохранялась от беременности. Последняя менструация 3 месяца назад.

При поступлении: больная очень бледна, нательное белье пропитано кровью. Температура нормальная, пульс 100 ударов в минуту. Артериальное давление 80/40 мм.

Влагалищное исследование: на наружных половых органах засохшая кровь, сгустки крови во влагалище. Наружный зев и укороченный канал шейки свободно проходимы для двух пальцев. Матка увеличена соответственно 10 неделям беременности, в нормальном положении. Придатки без особых изменений.

Диагноз? Что делать?

8. Повторнобеременная Т., 31 года, доставлена каретой скорой помощи в тяжелом состоянии — резкая анемия, пульс 112—116 ударов в минуту, слабого наполнения, температура 36,1°. Артериальное давление 95/50 мм.

Имела две беременности: первая — нормальные роды в срок, вторая (2 года назад) — внебольничный выкидыш с последующим выскабливанием. Срока последней менструации не помнит. Беременной себя не считает. Гинекологических заболеваний не было.

6 часов назад внезапно появились резкие боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход; вскоре появились из влагалища сукровичные, темного цвета необильные выделения. Дома дважды теряла сознание. При пальпации живота — в нижнем отделе симптом Щеткина — Блюмберга положительный, особенно справа. При перкуссии живота отмечается тупость в отлогах местах, переходящая слева в тимпанит при перемене положения больной.

Влагалищное исследование: влагалище широкое; шейка матки цилиндрической формы; при смещении шейки, особенно кверху, женщина ощущает резкую болезненность. Матку отчетливо контурировать не удается из-за окружающей ее пастозности. Задний свод уплощен и даже несколько выбухает, резкая болезненность в нем. В области придатков справа пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров. Выделения темно-красного цвета, мажущие.

Диагноз? Что делать?

9. Повторнобеременная Н., 29 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота и темные кровянистые выделения из влагалища. Боли начались более недели назад; вначале они были слабые; примерно 5 дней назад был даже приступ болей внизу живота; боли отдают в задний проход. После приступа болей появились темно-красные выделения.

В прошлом было две беременности, закончившиеся срочными родами. При последних родах, 4 года назад, было ручное отделение последа. Менструации после родов наступили через 6 месяцев (кормила грудью ребенка); приходили в срок, необильные, безболезненные. Последняя менструация 6 недель назад.

Живот слегка напряжен в нижней половине, отмечает болезненность при пальпации справа внизу живота; симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный в этом же отделе. Артериальное давление 110/70 мм.

Влагалищное исследование: влагалище свободное; шейка цилиндрической формы; зев закрыт; смещения шейки вызывают небольшую болезненность; левый свод глубокий, свободный; в правом — определяется пастозность и болезненность; выделения грязновато-красные. Кровь: Нв 9 г% (54 единицы), л. 6500; РОЭ 13 мм в час.

Диагноз? Что делать?

10. Повторнобеременная Т., 30 лет. Предыдущие две беременности закончились нормальными родами в срок; настоящая беременность третья. Последняя менструация 3 1/2 месяца назад. С III месяца настоящей беременности тошнота, периодически мажущие кровянистые выделения. Матка по размерам соответствует 22—23 неделям беременности, напряжена. Шевеление и сердцебиение плода отсутствуют.

Диагноз? Что делать?

11. Повторнобеременная В., 37 лет, обращалась в женскую консультацию на V и VI месяце беременности по поводу незначительных кровотечений характера кровянистых выделений. Врач назначал постельный режим на 2—3 дня. Ни влагалищного исследования, ни осмотра при помощи зеркал он не производил. Кровянистые выделения вскоре прекращались. В конце IX лунного месяца беременная поступила в больницу с обильным кровотечением.

Размеры таза нормальные. Положение плода продольное; головка над входом таза; сердцебиение плода 120—130 ударов в минуту, слева на уровне пупка. При обследовании обнаружено, что шейка матки поражена раком, имеется переход образования на передний свод.

Что делать? Чем вызвана ошибка врача консультации?

12) Повторнобеременная И., 25 лет, поступила с хорошей родовой деятельностью. Первая беременность закончилась 2 года назад самопроизвольным выкидышем на III месяце с последующим выскабливанием матки; настоящая беременность вторая.

Через 4 часа после поступления родился живой доношенный ребенок. Через 20 минут началось кровотечение, выделилось 500 мл крови. Роженица побледнела, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный; дно матки на два поперечных пальца выше пупка.

Диагноз? Что делать?

13. Повторнородящая В., 34 лет. Размеры таза: 25, 27, 30, 20 см. Роды на X лунном месяце, продолжаются 6 часов. Появилось сильное кровотечение. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное. Схватки слабые.

Влагалищное исследование: шейка укорочена, канал проходим для двух пальцев. Прощупывается плодный пузырь и слева край плаценты. Головка над входом таза, подвижная. Мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

14. Первородящая Г., 21 года. Размеры таза: 24, 27, 29, 19 см. Роды в срок, продолжаются 11 часов. Положение плода продольное; головка в полости малого таза, сердцебиение плода хорошее. Схватки средней силы. Появилось небольшое кровотечение.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие наружного зева полное; оболочки плодного пузыря очень плотные; тесно прилежат к головке, головка в узкой части полости таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди, большой слева сзади, несколько выше малого.

Диагноз? Что делать?

15. Повторнородящая К., 30 лет. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см; роды вторые, в срок, продолжаются 12 часов. 3 часа назад началось кровотечение, с чем доставлена в родильное отделение больницы. Схватки слабые. Положение плода продольное, головка над входом таза; воды отошли по дороге в больницу. Сердцебиение плода отчетливое справа, на уровне пупка.

Влагалищное исследование: шейка почти сглажена, открытие зева на 3 пальца. Плодного пузыря нет. Во влагалище выпала петля пульсирующей пуповины; предлежит свисающая справа в виде лоскута отделившаяся часть плаценты. Головка над входом таза. Мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

16. Роженица та же, что в задаче 15, только сердцебиение плода не прослушивается; выпавшая петля пуповины не пульсирует.

Диагноз? Что делать?

17. Повторнородящая З., 38 лет. Таз нормальный. Роды в срок. Спустя 7 часов после начала схваток появилось сильное кровотечение; у роженицы наступило состояние резкого малокровия, пульс нитевидный. Сердцебиение плода не прослушивается. Схватки через 5—6 минут по 35—40 секунд средней силы, болезненные. Матка обычной формы и консистенции.

Влагалищное исследование: шейка почти сглажена, открытие зева на 2 пальца, края толстые, плотные. Плодный пузырь цел, оболочки плотные, передних вод мало; предлежания плаценты нет. Головка малым сегментом во входе таза. Мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

18. Роженица та же, что в задаче 17, только открытие зева шейки матки полное.

Диагноз? Что делать?

19. Повторнородящая Л., 35 лет. Размеры таза: 26, 28, 30, 20 см. Роды в срок; схватки слабые, положение плода продольное, головка над входом таза. Сердцебиение плода хорошее. Через 3 часа после начала схваток появилось сильное кровотечение.

Влагалищное исследование: шейка укорочена, открытие зева на 2½ пальца, вся область внутреннего зева закрыта последом.

Диагноз? Что делать?

20. Первородящая 31 года. Поступила в родильное отделение больницы на IX лунном месяце беременности по поводу кровотечения. Кровотечение вскоре прекратилось и в течение 10 дней пребывания в стационаре ни разу не появлялось. По требованию беременной она выписана домой с диагнозом предлежания плаценты. Через 5 дней после выписки на улице у беременной вдруг появилось сильное кровотечение, и в тяжелом состоянии, с нитевидным пульсом она доставлена в больницу. Размеры таза нормальные. Выраженной родовой деятельности нет. Сердцебиение плода не прослушивается. Головка плода над входом таза.

Влагалищное исследование: шейка сохранена, открытие зева на 1½ пальца; всюду определяется ткань плаценты.

Диагноз? Что делать? В чем ошибки, допущенные врачом в ведении больной до поступления ее вторично в больницу?

21. Повторнородящая О., 30 лет. Третьи роды. Размеры таза: 25, 27, 30, 20 см. Роды срочные, продолжаются 4 часа. Поступила в родильный дом с кровотечением;

пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 100/60 мм; кожа и видимые слизистые бледные. Схватки через 3—4 минуты по 30—40 секунд средней силы.

Положение плода продольное; головка над входом таза. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, слева на уровне пупка.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на  $3\frac{1}{2}$  пальца, края тонкие; определяется плодный пузырь и справа край плаценты; во влагалище сгустки крови.

Диагноз? Что делать?

22. Первородящая О., 23 лет, родила ребенка весом 3900 г. Сейчас же после рождения ребенка началось кровотечение в виде струи алой крови. Послед был медленно выжат по Креде—Лазаревичу, при осмотре—плацента цела, оболочки все; матка хорошо сократилась, но кровотечение не прекратилось.

Диагноз? Что делать?

23. Повторнобеременная А., 27 лет. Роды первые, в срок. Через 10 минут после рождения плода началось кровотечение сильной струей; роженица быстро потеряла около 600 мл крови. Пульс 110 ударов в минуту. Артериальное давление 100/60 мм. Признаки Кюстнера—Чукалова, Альфельда отрицательные.

Диагноз? Что делать?

24. Повторнобеременная А., 36 лет, поступила в родильный дом в тяжелом состоянии с резкими болями в животе разлитого характера, незначительными кровянистыми выделениями из влагалища. Боли наступили внезапно 3 часа назад, после падения беременной с лестницы.

Предыдущие две беременности закончились родами в срок, без осложнений. Дети живы. В течение настоящей беременности во второй половине отмечает появление отеков, белок в моче.

Настоящая беременность на X лунном месяце. Температура  $36,8^{\circ}$ , пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 100/60 мм. Кожные покровы бледны. Живот несколько вздут. Дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. При пальпации матки последняя особенно болезненна слева в области тубного угла. Здесь же отмечается некоторое выбухание стенки матки.

Положение плода продольное; предлежащая часть—головка—прижата ко входу. Сердцебиение плода не прослушивается. С появлением болей перестала ощущать шевеление плода. Родовой деятельности в виде схваток нет; отмечаются непрерывные боли.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, шейка матки сохранена, наружный зев щелевидной формы, пропускает кончик пальца. Через передний свод прощупывается головка, прижата ко входу таза. Мыс не достигается.

Из матки выделяются мелкие сгустки крови темного цвета.

Диагноз? Что делать?

25. Повторнобеременная К., 36 лет. Предыдущие две беременности закончились внебольничными абортми с последующим выскабливанием полости матки. После последнего аборта лежала месяц в больнице, была высокая температура, гнойные выделения.

Настоящие роды в срок. Роды самостоятельные; вес ребенка 3200 г. Через 5 минут после родов началось значительное кровотечение. Признаков отслойки плаценты нет. Попытки удалить послед по Креде—Лазаревичу безрезультатны. Немедленно врач решил произвести ручное отделение послета под наркозом.

Войдя рукой в полость матки, он обнаружил справа небольшой отделившийся край плаценты. Локтевым краем кисти, как обычно, пытался отделить остальную часть плаценты. Отделение оказалось очень трудным, пришлось как бы «отдирать» плаценту. При этом врач вскоре обнаружил, что пальцы руки, положенной снаружи на брюшную стенку и фиксировавшей матку, отчетливо стали ощущать пальцы руки, находящейся в матке. Это заставило врача прекратить операцию.

Диагноз? Что делать? Какие ошибки допущены врачом?

26. Первородящая У., 22 лет. Роды в срок, родился ребенок весом 4000 г. Через 15 минут началось незначительное кровотечение. Признаки отделения послета положительные; дно матки стоит высоко у правого подреберья, матка узкая. Применен метод Абуладзе, послед выделился целиком. При осмотре—плацента цела, оболочки все. Кровотечение умеренное, продолжается; матка хорошо сократилась. При помощи зеркал осмотрена шейка, обнаружен слева неглубокий некровоточащий разрыв. На разрыв наложены два узловых кетгутовых шва. Кровотечение продолжается. При внимательном осмотре выяснилось, что кровотечение из разрыва клитора.

Что делать?

27. Первородящая И., 28 лет. Таз нормальный. Через 12 часов после поступления—самостоятельные роды доношенным ребенком. Послед отошел самостоятельно. Кровотечения нет. При осмотре плаценты у врача явилось сомнение в целостности таковой, но, поскольку матка хорошо сократилась, кровотечения нет, он решил полость матки не обследовать. В истории родов отметил «детское место под сомнением». На 4-й день



у родильницы повысилась температура до 39°, появились значительные кровянистые выделения, на 5-й день кровотечение усилилось.

Диагноз? Что делать? В чем ошибка врача?

Узкий таз; неправильное вставление головки; несвоевременное отхождение вод; газовое предлежание.

28. Повторнородящая М., 25 лет. Роды вторые, в срок (первые роды—4 года назад, нормальные). Схватки начались 12 часов назад. Воды отошли 2 часа назад. Размеры таза: 26, 28, 31, 20 см. Продольное положение плода; головка в полости малого таза. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, справа ниже пупка. Несмотря на хорошую родовую деятельность, поступательное движение головки за последние 2 часа отсутствует. Стало ухудшаться сердцебиение плода, 110 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, открытие наружного зева полное. Головка в полости малого таза, хорошо выражена родовая опухоль, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа кзади, большой кпереди слева, достигаются с трудом. Крестцовая впадина выполнена головкой.

Диагноз? Что делать?

29. Первородящая С., 26 лет. Роды в срок. Схватки хорошей силы начались 9 часов назад; воды отошли час назад. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Положение плода продольное, большая часть головки в полости таза. Сердцебиение плода справа, ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: высокая промежность; влагалище нормальное; открытие зева полное. Головка в широкой части полости малого таза; прощупываются: нос, рот; справа подбородок; лицевая линия в поперечном размере полости таза; выполнена верхняя половина крестцовой впадины. При схватке подбородок имеет тенденцию вращения кпереди.

Диагноз? Что делать?

30. Первородящая Р., 23 лет. Роды в срок. Схватки начались 11 часов назад, в настоящее время средней силы; воды отошли 3 часа назад. Размеры таза: 24, 28, 31, 17 см. Положение плода продольное; спинка справа, головка большим сегментом во входе таза. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, временами аритмичное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, края зева тонкие, открытие на 4 пальца. Головка большим сегментом во входе таза, стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу; малый родничок справа, большой слева, несколько выше ма-лого. Крестцовая впадина свободна.

Какой диагноз? Что делать?

31. Повторнородящая Н., 29 лет. Первая беременность—самопроизвольный аборт на 11 месяце, вторая—длительные роды (32 часа); плод весом 2800 г умер на 3-и сутки после рождения. Настоящие роды в срок; продолжаются 26 часов. Температура 38°, пульс 90 ударов в минуту. Воды отошли 20 часов назад. Размеры таза: 25, 26, 30, 17 см. Положение плода продольное; головка во входе таза большим сегментом. Признак Вастена слабо выражен. Сердцебиение плода справа ниже пупка глухое, замедленное до 90—100 ударов в минуту, временами исчезающее.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное; головка во входе таза большим сегментом; большая родовая опухоль, затрудняющая исследование; малый родничок слегка кзади вправо, большой не определяется. Роженица самостоятельно не мочится. Моча выпущена катетером, в моче при исследовании обнаружено присутствие крови.

Диагноз? Что делать?

32. Повторнородящая К., 35 лет. Пятые роды. Размеры таза: 25, 27, 29, 17,5 см. Предыдущие, четвертые, роды осложнились пузырно-влагалищным свищем; свищ зашит. Настоящие роды в срок; продольное, ягодичное положение плода, ягодичи над входом таза. Влагалищное исследование: шейка значительно укорочена, открытие зева на 2 пальца, края зева податливые; плодный пузырь цел; диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? Что делать?

33. Первородящая Н., 24 лет. Роды в срок; продолжаются 32 часа. Воды отошли 8 часов назад при открытии зева на 1½ пальца. Размеры таза: 26, 29, 30, 17 см. Схватки короткие, слабые. Положение плода продольное, головка над входом таза. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, ритмичное. Выделения из влагалища гнойные, с запахом. У роженицы температура 38,7°, пульс 94 удара в минуту.

Влагалищное исследование: шейка сглажена; открытие зева на 2½ пальца, края зева толстые, отечные; плодного пузыря нет; головка над входом таза, стреловидный шов в поперечном размере таза; значительная родовая опухоль; родничков определить не удается; диагональная конъюгата 11,5 см.

Диагноз? Что делать?

34. Первородящая Г., 22 лет, поступила в клинику с родовой деятельностью средней силы, начавшейся 5 часов назад. Роды в срок. Воды отошли 4 часа назад. Температура при поступлении 37,1°; пульс 82 удара в минуту. Размеры таза: 22, 25,

28, 17,5 см. Окружность живота 90 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе таза. Размеры плода небольшие. Признак Вастена «вровень». Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: открытие наружного зева на 2½ пальца; плодного пузыря нет, головка малым сегментом во входе таза; стреловидный шов в поперечном размере; малый родничок слева; диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Что делать?

35. Повторнородящая В., 31 года. Роды вторые. Предыдущие роды закончились самостоятельно рождением живого плода весом 2700 г. Схватки начались 12 часов назад; плодный пузырь цел. Роды в срок. При поступлении температура 37°, пульс 72 удара в минуту. Размеры таза: 26, 28, 31, 18 см. Положение плода продольное; головка большим сегментом во входе таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 126 ударов в минуту. Схватки хорошей силы.

Влагалищное исследование: открытие наружного зева полное; плодный пузырь цел; головка в широкой части полости малого таза; большой родничок слева; малый—справа почти на одном уровне.

Диагноз? Что делать?

36. Повторнородящая К., 26 лет. Первые роды нормальные (вес ребенка 3200 г); настоящие роды вторые, в срок, продолжаются 18 часов. Таз нормальный; положение плода продольное; головка пальпируется в дне матки; ягодицы над входом. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, ритмичное. Схватки хорошей силы.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодный пузырь цел; ягодицы над входом таза; межвертельный размер проходит в правом косом размере; крестец справа спереди.

Диагноз? Что делать?

37. Первородящая Е., 26 лет. Роды срочные. Схватки начались 8 часов назад. Родовая деятельность была хорошей. Размеры таза: 26, 28, 30, 19 см. Положение плода продольное, головка снаружи не прощупывается. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. Через час после поступления отошли воды и у роженицы появились потуги, продолжавшиеся в течение примерно часа, а затем родовая деятельность резко ослабла; схватки и потуги стали редкие, через 8—10 минут, по 15—20 секунд, слабые. Сердцебиение плода замедленное—110 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие наружного зева полное, головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди, большой—не достигается.

Диагноз? Что делать?

38. Повторнородящая К., 26 лет. Роды в срок. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Предлежат ягодицы во входе таза. Роды продолжаются 23 часа, схватки слабые; воды отошли 4 часа назад. Сердцебиение плода стало ухудшаться, 110—100 ударов в минуту, приглушенное. Влагалищное исследование: открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Ягодицы во входе таза, межъягодичная борозда в левом косом размере. Крестец справа спереди.

Диагноз? Что делать?

39. Роженица та же, что в задаче 38. После проведенного метода профилактики внутриутробной асфиксии плода сердцебиение последнего улучшилось, но через 40 минут снова стало замедленным и приглушенным. Схватки слабые. При вторичном влагалищном исследовании: ягодицы по-прежнему глубоко во входе, сзади и справа ощущается петля пуповины с очень слабой пульсацией.

Диагноз? Что делать?

40. Повторнородящая И., 36 лет. Беременность восьмая, роды шестые. Предыдущие роды были длительными, но заканчивались благополучно. Размеры таза: 26, 28, 30, 18 см. Роды срочные. Положение плода продольное; головка во входе таза малым сегментом. Сердцебиение плода справа ниже пупка.

Влагалищное исследование: шейка почти сглажена, открытие на 3 пальца, края толстые; плодный пузырь цел; головка малым сегментом во входе таза, стреловидный шов в поперечном размере ближе к лонному сочленению, малый родничок справа; диагональная конъюгата 11 см.

Через 1½ часа после исследования отошли воды и сразу же головка опустилась в полость таза. Роды продолжаются уже 23 часа, схватки хорошие. Сердцебиение плода 120—126 ударов в минуту, ритмичное.

Диагноз? Что делать?

41. Повторнородящая Р., 26 лет. Беременность третья. Первые и вторые роды закончились наложением щипцов. Размеры таза: 23, 26, 30, 17,5 см.

Настоящие роды срочные, продолжаются 20 часов. Воды отошли 4 часа назад. Схватки хорошие. Положение плода продольное, головка во входе таза малым сегментом. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет; предлежит головка малым сегментом во входе таза, лобный шов в поперечном размере таза;

справа достигается угол большого родничка, слева переносица; диагональная конъюгата 11,5 см.

Диагноз? Что делать?

42. Первородящая А., 30 лет. Роды срочные; продолжаются около суток. Размеры таза: 26, 28, 30, 19 см. Положение плода продольное; головка в полости таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. Воды целы. После длительной хорошей родовой деятельности схватки стали слабыми, редкими.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие наружного зева полное; плодный пузырь цел, плотно облегает головку; диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? Что делать?

43. Повторнородящая Л., 35 лет. Беременность четвертая. Первая беременность закончилась нормальными родами (ребенок небольшой); вторая—длительными родами, которые закончились наложением щипцов (мертвый ребенок); третья—длительными родами, закончившимися самостоятельно рождением ребенка весом 2900 г. Настоящие роды срочные. Схватки начались 14 часов назад; воды отошли 4 часа назад. Размеры таза: 26, 28, 30, 18 см. Окружность живота 102 см.

Положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа; головка прижата ко входу таза. Признак Вастена—слабо положительный. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Схватки средней силы, через 8—10 минут.

Влагалищное исследование: шейка матки почти сглажена, открытие наружного зева на 3½ пальца, края толстые, плодного пузыря нет; предлежит головка, прижатая ко входу таза, стреловидный шов слегка в правом косом размере, слева кпереди достигается родничок, какой—определить трудно. Мыс достигается, он как бы нависает клювом; диагональная конъюгата 11 см.

Через 20 часов после начала родовой деятельности и через 10 часов после отхождения вод—схватки хорошие, сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, головка продолжает оставаться на прежнем месте. У роженицы повысилась температура (38°), появились выделения с запахом.

Диагноз? Что делать?

44. Та же роженица, что в задаче 43. Прошло еще 6 часов; температура 37,4°, пульс 90 ударов в минуту; матка дном упирается в реберные дуги. Схватки средней силы, болезненные; стенки нижнего сегмента истончены, болезненны при пальпации. Самостоятельно не мочится; выпущена моча катетером, насыщенная; при исследовании мочи крови не обнаружено. Головка продолжает оставаться прижатой ко входу. Сердцебиение плода ясное, 132 удара в минуту, ритмичное, слева ниже пупка.

Влагалищное исследование: открытие зева почти полное, края тонкие; головка прижата ко входу, на ней небольшая родовая опухоль. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу; малый родничок слева, большой—справа. Спереди от симфиза определяется ушная раковина.

Диагноз? Что делать?

45. Первобеременная К., 21 года. Размеры таза: 25, 27, 31, 18,5 см. Схватки начались 8 часов назад. Роды преждевременные, на X лунном месяце. Положение плода продольное, ягодичное предлежание; ягодичцы прилежат ко входу таза. Сердцебиение плода хорошее. Схватки сильные, через 3—4 минуты, по 40—45 секунд.

Влагалищное исследование: шейка сглажена; открытие наружного зева на 3 пальца, плодный пузырь цел, очень плотный, ягодичцы у входа; диагональная конъюгата 11,5 см.

Диагноз? Что делать?

46. Первобеременная А., 24 лет. Размеры таза: 26, 28, 30, 19 см. Роды в срок. Слабая родовая деятельность, началась 3 часа назад; воды отошли до появления схваток. Положение плода продольное, головка в дне матки. Сердцебиение плода слева выше пупка, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на 2½ пальца, плодного пузыря нет, ягодичцы над входом таза; диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? Что делать?

47. Первобеременная П., 25 лет. Роды срочные. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки над лоном 34 см. Размеры таза: 25, 27, 30, 19 см. Положение плода продольное; предлежит головка малым сегментом во входе таза. Воды отошли дома 6 часов назад без родовой деятельности. Схваток нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка несколько укорочена; зев закрыт; предлежит головка малым сегментом во входе таза, мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

48. Та же роженица, что в задаче 47. Через 4 часа после поступления начались схватки, слабые, редкие, вскоре усилились. Головка большим сегментом во входе таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена; открытие наружного зева на 2 пальца, края тонкие; плодного пузыря нет; в зев вдается большая родовая опухоль, мешающая уточнить расположение швов и родничков; головка большим сегментом во входе таза. После осторожного пальцевого расширения зева до 2½ пальцев удалось

прощупать стреловидный шов в прямом размере входа и спереди непосредственно за симфизом малый родничок.

Диагноз? Что делать?

49. Повторнородящая Л., 31 года, поступила в 9 часов утра со схватками средней силы, начавшимися накануне в 21 час. Трое предыдущих родов нормальные, в срок; настоящая беременность протекала без осложнений; роды в срок. Размеры таза: 24, 27, 29, 18,5 см. Схватки хорошей силы. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза. Признак Вастена отрицательный. Сердцебиение плода слева от средней линии, 130 ударов в минуту, ритмичное.

В 10 часов отошли воды в значительном количестве. Через 5 минут роженица стала тужиться.

Влагалищное исследование: влагалище широкое; открытие зева около 4 пальцев, края зева толстые. Головка прижата ко входу таза; родовой опухоли нет; стреловидный шов почти в прямом размере входа таза (чуть в левом косом); малый родничок сзади, несколько левее мыса; крестцовая впадина свободна; мыс достигается; диагональная конъюгата 11 см.

В течение 3 последующих часов продолжалась родовая деятельность средней силы; головка вставилась во вход малым сегментом, неподвижна. Сердцебиение плода стало глухим и замедленным—110 ударов в минуту.

Влагалищное исследование (второе): открытие зева полное, на головке большая родовая опухоль, свисающая в полость таза; головка во входе таза малым сегментом, стреловидный шов в прямом размере, малый родничок сзади. От предложенного кесарева сечения роженица отказалась.

Диагноз? Что делать?

50. Первородящая А., 25 лет. Роды в срок, продолжают 20 часов. Поступила через 11 часов после отхождения вод. Температура тела 38,1°, пульс 106 ударов в минуту. Размеры таза: 24, 27, 30, 18 см. Положение плода продольное, ягодичное предлежание, вторая позиция. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, справа выше пупка. Схватки слабые.

Влагалищное исследование: открытие зева полное; ягодичы глубоко во входе таза; крестец справа несколько кпереди; межъягодичная борозда в левом косом размере; стопы не определяются; диагональная конъюгата 11,5 см.

Диагноз? Что делать?

51. Повторнородящая М., 38 лет. Предыдущие пять беременностей закончились нормальными родами в срок. Настоящие роды в срок, продолжают 22 часа; воды отошли в большом количестве за час до начала схваток. Схватки умеренные. Доставлена из дома с родившимся туловищем плода до шеи. Через брюшную стенку прощупывается очень большая головка.

Диагноз? Что делать?

52. Повторнобеременная П., 22 лет. Первая беременность закончилась искусственным абортom на III месяце. Настоящая беременность вторая, роды в срок. Поступила в 17 часов 30 минут со схватками, начавшимися в 10 часов. Воды отошли в 11 часов. Размеры таза: 25, 28, 31, 19,5 см. Окружность живота 102 см. Положение плода продольное, над входом таза крупная почти неподвижная часть, похожая на головку, но не шаровидная. Справа в дне матки—мелкие части. Сердцебиение плода справа на уровне пупка. Схватки через 10—12 минут, по 30—40 секунд, слабые.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на 2½ пальца, края тонкие, головка малым сегментом во входе таза, определяется переносье, нос, обращенный ноздрями вправо, влево от переносья определяется шов, по-видимому, лобный; мыс не достигается.

Слабые схватки продолжались в течение всей ночи. К утру головка глубоко во входе таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ритмичное, ясное.

Влагалищное исследование (второе): шейка сглажена, открытие зева на 4 пальца, края зева тонкие; головка в широкой части полости таза, определяется лицо (нос, рот и подбородок), лицевая линия слегка в левом косом размере, подбородок справа несколько кпереди, стоит ниже лба.

Диагноз? Что делать?

53. Повторнородящая 32 лет. Имела четыре беременности; три из них закончились родами без осложнений; последние роды 4 года назад. Поступила с родовой деятельностью в 10 часов утра, схватки начались 8 часов назад; воды отошли 2 часа назад дома. Роды срочные. Размеры таза: 25, 27, 30, 19 см; окружность живота 98 см. Положение плода продольное; предлежит головка малым сегментом во входе таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ритмичное, 130 ударов в минуту. Схватки через 7—8 минут, по 30—40 секунд.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие зева полное; головка во входе таза в лицевом предлежании; определяется рот и справа от него надбровные дуги; подбородок слева; лицевая линия слегка в левом косом размере таза. У роженицы желание тужиться, потуги хорошие.

Обратило на себя внимание несколько неблагоприятное в данном случае направление лицевой линии.

После 1½ часов хорошей родовой деятельности произведено влагалищное исследование, при котором обнаружено: личико стоит несколько ниже, лицевая линия почти в прямом размере полости таза, подбородок обращен кзади; головка вколотилась в полость малого таза.

Диагноз? Что делать?

54. Повторнородящая В., 23 лет. Предыдущие роды (первые) были 1½ года назад, длились свыше 2 суток и закончились самостоятельно рождением мертвого плода весом 3000 г.

В течение настоящей беременности консультацию не посещала. Поступила в родильное отделение районной больницы со схватками средней силы, начавшимися 12 часов назад. Роды в срок. Воды отошли по дороге в больницу. Женщина хочет иметь ребенка. Размеры таза: 25, 26, 31, 17,5 см. Положение плода продольное; плод крупный, головка плотно прижата ко входу таза. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на 3 пальца; плодного пузыря нет; головка прижата ко входу, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа; диагональная конъюгата 11,5 см.

55. Первородящая К., 28 лет. Роды в срок, схватки продолжают в течение суток, средней силы. Воды отошли 8 часов назад. Размеры таза: 23, 26, 29, 17 см. Положение плода продольное; снаружи прощупывается незначительная часть головки. Мелкие части определяются слева. Сердцебиение плода справа, учащенное, 150 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие шейки матки на 4 пальца, края тонкие, головка в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в левом косом размере; малый родничок справа кпереди.

Диагноз? Что делать?

56. Повторнородящая Г., 31 года. Четвертая беременность, четвертые роды. Предыдущие беременности закончились нормальными родами. Настоящие роды на 38-й неделе. Схватки средней силы, начались 8 часов назад. Размеры таза: 26, 29, 31, 21 см. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту, ритмичное, слева на уровне пупка.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева около 3 пальцев, плодный пузырь цел, напрягается при схватке. Головка над входом таза. Определить швы и роднички не удалось из-за боязни прорвать пузырь. Через час отошли воды. Головка прижата ко входу. Сердцебиение плода ритмичное, 130 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие зева полное; предлежит головка, прижатая ко входу, в лобном предлежании; лобный шов в поперечном размере, большой родничок определяется слева; справа свисает пульсирующая петля пуповины.

Диагноз? Что делать?

#### Разрыв матки

57. Повторнородящая С., 30 лет. Первая и вторая беременности закончились искусственными абортми; третья—родами в срок. Роды продолжались свыше 30 часов и закончились рождением мертвого плода (вес ребенка 2900 г).

Настоящие срочные роды продолжают 20 часов. Воды отошли 6 часов назад. Температура 36,6°, пульс 84 удара в минуту. Размеры таза: 25, 26, 29, 18 см. Схватки хорошей силы, болезненные.

Положение плода продольное; головка малым сегментом во входе в малый таз; симптом Вастена положительный; справа прощупывается напряженная болезненная круглая связка; нижний сегмент матки болезнен при пальпации; контракционное кольцо — на уровне пупка. Сердцебиение плода — слева ниже пупка, приглушенное. Мочиспускание затруднено.

Влагалищное исследование: открытие зева полное; плодного пузыря нет; головка малым сегментом во входе в малый таз; родовая опухоль выражена; малый родничок слева спереди, стреловидный шов в правом косом размере, диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Что делать?

58. Повторнородящая Ф., 30 лет. Роды третьи, в срок. Предыдущие двое родов были длительными, но закончились рождением живых доношенных детей. Размеры таза: 24, 26, 29, 17,5 см; диагональная конъюгата 9,5 см. Родовая деятельность началась 14 часов назад. Воды отошли 3 часа назад. Схватки частые, очень болезненные.

Положение плода продольное, предлежание ягодичное, предлежащая часть глубоко во входе таза. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. На передней стенке матки, на 1½ поперечных пальца ниже пупка, определяется почти поперек идущая борозда, нижний сегмент матки болезнен при пальпации.

Моча выпущена катетером — около 150 мл, насыщенная. После опорожнения мочевого пузыря борозда не исчезла.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежат ягодицы в широкой части полости малого таза, межвертельная линия в левом косом размере таза; копчик определяется слева спереди.

Диагноз? Что делать?

59. Повторнородящая Т., 40 лет. Роды восьмые, в срок. Все предыдущие роды закончились самостоятельно, рождением живых детей. После последних, седьмых родов, в течение 2 недель была повышенная температура. В течение настоящей беременности была под наблюдением женской консультации, где было установлено поперечное положение плода. Таз нормальный.

Схватки продолжаются 11 часов. Воды отошли 4 часа назад. Положение плода неясное. Сердцебиение плода не прослушивается. Схватки хорошей силы, болезненные. Дежурный врач решил наблюдать за течением родов, влагалищного исследования не производил. Через 5 часов после поступления роженица почувствовала себя плохо, появилась бледность, пульс стал нитевидным, из влагалища появились кровянистые выделения. Родовая деятельность прекратилась. Под брюшной стенкой слева отчетливо прощупываются мелкие части плода.

Что случилось? Какая ошибка допущена врачами консультации и стационара? Что делать?

60. Повторнородящая А., 27 лет. Первые роды — преждевременные на IX лунном месяце. Настоящая беременность доношенная. Размеры таза: 24, 25, 29, 18 см. Схватки начались 19 часов назад. Воды отошли 7 часов назад. Положение плода продольное. Головка плотно прижата ко входу таза. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, 130 ударов в минуту. Роженица беспокойна, самостоятельное мочеиспускание отсутствует. На I поперечный палец ниже пупка на передней поверхности матки заметен слегка косо идущий перехват. Нижний сегмент матки болезнен при пальпации.

Влагалищное исследование: шейка сглажена; маточный зев пропускает 4 пальца, плодного пузыря нет; головка прижата ко входу таза, стреловидный шов в поперечном размере входа таза, ближе к лону, малый родничок справа; слева достигается угол большого родничка; диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? Что делать?

61. Повторнородящая Г., 31 года. Роды в срок, продолжаются сутки. Размеры таза: 24, 26, 30, 17,5 см; диагональная конъюгата 11 см. Предыдущие роды длились 92 часа; вес ребенка 2700 г; ребенок умер в первые сутки после рождения. Настоящие роды продолжаются около суток; воды отошли 20 часов назад. Родовая деятельность за последние 3 часа ослабла: схватки по 15—20 минут, слабые, незначительно болезненные. Положение плода продольное, головка в полости таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка стало замедленным, 90 ударов в минуту.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, края тонкие; головка в узкой части полости таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Моча, спущенная катетером, содержит кровь.

Диагноз? Что делать?

62. Повторнородящая В., 33 лет. Первые роды (3 года назад) — преждевременные, на IX лунном месяце; вторые роды (2 года назад) — срочные, закончились рождением мертвого ребенка (вес ребенка 2900 г). Размеры таза: 25, 26, 29, 18 см. Настоящие роды срочные. Схватки продолжаются 12 часов; стали болезненными; воды отошли 6 часов назад. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, ритмичное. Прощупываются напряженные круглые связки; болезненность в нижнем сегменте матки. Признак Вастена положительный. Контракционное кольцо на уровне пупка. Роженица ведет себя беспокойно.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева полное; головка прижата ко входу таза; стреловидный шов в поперечном размере; малый родничок слева; диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Что делать?

63. Повторнородящая Н., 36 лет, поступила в родильное отделение больницы с потужной деятельностью, начавшейся 3 часа назад.

Беременность седьмая, роды пятые, срочные. После предыдущих родов перенесла послеродовое заболевание с длительным повышением температуры. Во время настоящей беременности акушеркой было установлено поперечное положение плода. Размеры таза нормальные.

Воды отошли дома 5 часов назад. Положение плода из-за болезненности брюшной стенки определить точно не представляется возможным. Сердцебиение плода не прослушивается.

Через 3 часа после поступления роженица внезапно почувствовала себя плохо, появилась резкая бледность, пульс стал нитевидным, из влагалища появились кровянистого характера выделения. Под брюшной стенкой справа сравнительно легко определяются мелкие части плода.

Диагноз? Какие допущены ошибки в ведении беременной и роженицы? Что делать?

64. Повторнородящая Р., 32 лет. Размеры таза: 26, 28, 30, 17,5 см. Предыдущие (двое) роды были трудные, но самостоятельные; дети родились доношенными, живые.

Настоящие роды в срок. С началом родовой деятельности роженица поступила в колхозный родильный дом. Положение плода продольное. Схватки начались 25 часов назад. Воды отошли 12 часов назад. Схватки все время были энергичные; 2 часа назад схватки внезапно прекратились; роженица почувствовала себя плохо, резкое побледнение кожных покровов, из влагалища появилось небольшое кровотечение. С этими явлениями доставлена акушеркой в родильное отделение больницы. Живот вздут, болезнен; пальпировать матку и части плода затруднительно. Сердцебиение плода не выслушивается. Моча спущена катетером (200 мл), насыщенная, крови не обнаружено.

Влагалищное исследование: маточный зев свисает, открытие на  $3\frac{1}{2}$  пальца, легко растягивается; предлежат ягодицы, подвижные, над входом таза, диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении родов?

65. Повторнородящая М., 27 лет. Роды вторые. Размеры таза: 26, 28, 30, 16,5 см; диагональная конъюгата 10,5 см; окружность живота 93 см. Первые роды окончились наложением щипцов; извлечен мертвый ребенок весом 2900 г, настоящие роды на X лунном месяце. Схватки начались 18 часов назад; воды отошли 6 часов назад. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза; признак Вастена положительный.

Через 2 часа после поступления у роженицы появились резкие боли внизу живота и незначительные кровянистого характера выделения. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Сердцебиение плода перестало прослушиваться.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, головка малым сегментом во входе; родовой опухоли нет, стреловидный шов в поперечном размере; малый родничок справа.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении родов?

66. Повторнородящая З., 30 лет. Первые роды (3 года назад) закончились самостоятельным рождением доношенного ребенка. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Настоящие роды в срок, длятся уже свыше суток. Положение плода продольное, головка в полости таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ближе к средней линии, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева полное, головка на тазовом дне; шов стреловидный, почти в прямом размере; малый родничок спереди чуть вправо.

Ввиду прекращения родовой деятельности наложены выходные щипцы. Извлечен живой плод. После извлечения плода у родильницы наступил шок — резкое побледнение кожных покровов, учащенное, поверхностное дыхание, пульс нитевидный. Наружного кровотечения нет.

Диагноз? Что делать?

67. Первородящая Г., 25 лет. Роды в срок; продолжаются уже сутки. Воды отошли 16 часов назад. Размеры таза: 25, 28, 31, 18 см. Родовая деятельность хорошая. Положение плода продольное, головка прижата ко входу таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ритмичное. К концу суток у роженицы повысилась температура до  $38^{\circ}$ ; появился озноб.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное, края толстые, отечные; предлежит головка небольших размеров, легко отталкивается от входа.

Ввиду затянувшихся родов врач решил закончить роды наложением щипцов Килланда. Под глубоким наркозом с большим трудом был извлечен мертвый ребенок в заднем виде затылочного предлежания. После извлечения плода родильница побледнела, внезапно исчез пульс.

Диагноз? Что делать? Какие допущены ошибки в ведении родов?

68. Повторнородящая И., 29 лет. Доставлена в родильное отделение больницы с отошедшими недавно дома водами, со слабыми редкими схватками. Роды вторые, в срок. Первые роды — 4 года назад, самостоятельные; родился доношенный ребенок.

Акушерка осмотрела роженицу и не обнаружила ничего патологического. Однако она не измерила таз и внимательно не обследовала роженицу. Прошли сутки; родовая деятельность оставалась вялой. У родильницы обнаружили выпадение ручки плода. Врач впервые осмотрел роженицу, произвел влагалищное исследование, обнаружил поперечное положение плода при открытии наружного зева на 3 пальца и попытался вправить ручку; ему это не удалось. Тогда он произвел поворот на ножку. В результате чего произошел разрыв матки.

Что делать? Какие допущены ошибки в ведении родов?

## Поперечное положение плода, выпадение мелких частей

69. Повторнородящая Н., 35 лет. Беременность пятая; роды четвертые. Размеры таза: 24, 26, 30, 19 см. Роды в срок; схватки продолжаются в течение 10 часов, интенсивные. Воды отошли 8 часов назад. Положение плода поперечное. Нижний сегмент матки истончен и болезнен. Сердцебиение плода не прослушивается.

Влагалищное исследование: во влагалище ручка и петли пульсирующей пуповины; предлежит вколотившееся плечико; открытие зева полное; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

70. Повторнородящая Н., 37 лет. Беременность четвертая, роды четвертые. Размеры таза: 25, 28, 30, 20 см. Роды в срок, продолжаются 12 часов. Воды отошли 4 часа назад; схватки частые, хорошей силы. Сердцебиение слева ниже пупка, 124 удара в минуту, ритмичное. Положение плода продольное; головка прижата ко входу таза.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие маточного зева на 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца; головка прижата ко входу таза, легко отодвигается, стреловидный шов в правом косом размере таза; во влагалище слева и сзади свисает выпавшая большая петля пульсирующей пуповины.

Диагноз? Что делать?

71. Повторнородящая О., 26 лет. Беременность третья, роды третьи. Размеры таза: 24, 26, 30, 19 см. Роды в срок. Окружность живота 104 см. Роды продолжаются 9 часов. Схватки хорошие. Положение плода продольное; головка высоко над входом. Воды отошли 20 минут назад; выпала петля пульсирующей пуповины.

Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное; во влагалище петля пульсирующей пуповины; головка над входом малого таза; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

72. Все условия те же, что в задаче 71, только у роженицы выпала петля пульсирующей пуповины при открытии зева на 2 пальца.

Что делать?

73. Повторнородящая Д., 30 лет. Беременность четвертая, роды третьи. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Роды в срок, продолжаются 4 часа. Схватки слабые. Положение плода косое, с головкой, расположенной в левой подвздошной области; при попытках переместить плод в продольное головное положение отошли воды и вместе с ними выпала петля пульсирующей пуповины.

Влагалищное исследование: шейка матки несколько сглажена, открытие зева на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца, предлежащая крупная часть не определена.

Диагноз? Что делать?

74. Повторнородящая С., 28 лет. Беременность третья, роды вторые. Размеры таза: 26, 29, 31, 20 см. Роды в срок, продолжаются 5 часов. По дороге в родильный дом отошли воды. Схватки слабые. Положение плода продольное; предлежат ягодицы во входе таза. Сердцебиение плода 100 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, во влагалище прощупывается ножка плода и выпавшая петля слабо пульсирующей пуповины; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

75. Повторнобеременная К., 26 лет. Беременность четвертая, роды третьи. Роды в срок; начались 10 часов назад; 30 минут назад отошли воды. Размеры таза: 26, 28, 30, 19 см. Схватки средней силы. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода глухое, замедленное, 110—120 ударов в минуту, на уровне пупка по средней линии.

Влагалищное исследование: во влагалище определяется правая ручка; открытие зева полное; во входе таза прощупывается «реберная решетка»; подмышечная впадина «замыкается» вправо, мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

76. Повторнобеременная Г., 32 лет. Беременность третья, роды третьи. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Окружность живота 96 см. Роды в срок; схватки начались 4 часа назад, в настоящее время средней силы, с промежутками в 5 минут, предлежащая часть у входа не определяется. Справа прощупывается головка, слева — тазовый конец. Сердцебиение плода на уровне пупка, 132 удара в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка матки не вполне сглажена, края зева толстые, открытие на 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> пальца; во время схватки плодный пузырь наливается; вне схватки через оболочки пузыря определяется мелкая часть плода; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

77. Первобеременная Р., 28 лет. Роды срочные. Размеры таза: 24, 27, 30, 18 см. Окружность живота 90 см. Роды продолжаются 7 часов. Схватки средней силы, через 5—6 минут. Воды отошли 8 часов назад. Предлежащая часть плода у входа таза не определяется. Слева прощупывается головка плода. Сердцебиение плода не прослушивается. Из половой щели свисает отечная, синюшной окраски ручка.

Влагалищное исследование: определяются вколотившееся во вход таза плечико и часть грудки; краев маточного зева достигнуть не удается; мыс не достигается.

Диагноз? Как вести дальше роды?



78. Повторнородящая Ф., 23 лет. Беременность третья, роды третьи. Размеры таза: 25, 28, 30, 20 см. Окружность живота 98 см. Роды в срок; схватки начались 8 часов назад, вскоре после отхождения околоплодных вод. Схватки интенсивные, болезненные. Положение плода продольное; головка плотно во входе таза; нижний сегмент матки истонченный, при пальпации болезненный. Сердцебиение плода не прослушивается.

Влагалищное исследование: прощупывается ножка (стопа), прижатая к левой стенке таза вставившейся глубоко во вход таза головкой; открытие зева полное; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

79. Условия те же, что в предыдущей задаче, за исключением того, что сердцебиение плода 126—130 ударов в минуту, ритмичное.

Что делать?

80. Повторнородящая К., 35 лет. Беременность шестая, роды четвертые. Предыдущие роды нормальные. Размеры таза: 26, 28, 30, 20 см. Окружность живота 96 см. Схватки слабые, начались 4 часа назад. Воды отошли 2 часа назад. Положение плода косое, крупная головка прощупывается в левой подвздошной области, подвижная. В правом подреберье определяются ягодицы плода. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, справа ниже пупка.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 3 пальца; плодного пузыря нет; предлежащая часть не определяется; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

81. Повторнородящая Р., 34 лет. Беременность четвертая, роды третьи, в срок. Размеры таза: 26, 29, 31, 19 см. Окружность живота 96 см. Схватки средней силы, начались 7 часов назад. Воды целы. Положение плода косое, предлежащей части у входа таза прощупать не удается. Круглая подвижная головка прощупывается в правой подвздошной области; в левом подреберье определяется крупная неподвижная часть (ягодицы?) плода. Сердцебиение плода на уровне пупка, несколько слева, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена; открытие маточного зева полное, плодный пузырь цел, при схватке напрягается, предлежащая часть отсутствует; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

82. Та же роженица, что и в предыдущей задаче; те же условия, только открытие зева на 2 пальца.

Что делать?

83. Та же роженица, что в задаче 82; те же условия, только не прослушивается сердцебиение плода.

Что делать?

84. Первобеременная О., 21 года. Роды в срок; схватки слабые, редкие, начались 8 часов назад. Воды начали подтекать около суток назад. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Окружность живота 92 см. Положение плода неясное; слева в подвздошной области прощупывается крупная часть плода; предлежащая часть плода у входа таза не определяется. Сердцебиение плода слева, на уровне пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие зева около 3 пальцев, края тонкие, плодного пузыря нет; во влагалище свисает правая ручка; высоко над входом удается прощупать реберную «решетку»; идя по ручке вверх, удается достигнуть подмышечной впадины, замыкающейся вправо; диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? Что делать?

85. Повторнородящая С., 29 лет. Беременность вторая, роды вторые, в срок. Размеры таза: 25, 28, 30, 19 см. Родовая деятельность интенсивная, продолжается 20 часов. Воды отошли 4 часа назад. Положение плода продольное, головка в полости таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ближе к средней линии.

Влагалищное исследование: открытие зева полное, головка в узкой части полости малого таза, стреловидный шов слегка в правом косом размере, малый родничок слева впереди. Справа несколько кзади рядом с головкой прощупывается петля пуповины; диагональная конъюгата 12 см.

Диагноз? Что делать?

86. Роженица та же, что и в предыдущей задаче; те же условия, только сердцебиение плода не прослушивается.

Что делать?

87. Повторнородящая К., 25 лет. Беременность вторая, роды вторые. Первые роды нормальные. Таз нормальный. Роды в срок. Схватки слабые, начались 3 часа назад. По дороге в родильный дом отошли воды. Положение плода продольное; головка прижата ко входу таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное. Воды подтекают.

Влагалищное исследование: во влагалище определяется петля пульсирующей пуповины; открытие наружного зева на  $1\frac{1}{2}$  пальца; плодный пузырь отсутствует; головка прижата ко входу таза; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

88. Повторнородящая Л., 30 лет. Беременность шестая, роды пятые. Предыдущие беременности закончились в срок нормальными родами. Размеры таза: 26, 29, 31, 20 см. Роды в срок. Схватки начались 6 часов назад, хорошей силы; воды не отошли. Положение плода продольное, головка над входом таза. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное. При переводе роженицы из смотровой в родильную комнату отошли воды и головка сразу опустилась в полость таза.

Сердцебиение плода стало приглушенным и замедленным (90—100 ударов в минуту).

Влагалищное исследование: влагалище широкое, открытие зева полное, головка в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа, несколько кзади, большой родничок не достигается, рядом с головкой слева прощупывается петля пуповины (пульсации ее установить не удается); мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

89. Повторнородящая Д., 36 лет. Беременность седьмая, роды пятые. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Роды в срок. Схватки начались час назад, слабые, редкие. Воды целы. Положение плода поперечное, головка слева; над входом таза предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода на уровне пупка слева, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, шейка сохранена, шеечный канал пропускает 1 палец; прощупывается плодный пузырь; предлежащую часть отчетливо распознать не удается.

Диагноз? Что делать?

90. Повторнородящая П., 39 лет. Беременность пятая, роды пятые. Роды в срок. Схватки продолжают 16 часов; воды отошли 14 часов назад. Температура при поступлении  $38,6^{\circ}$ , пульс 104 удара в минуту. Таз нормальный. Положение плода поперечное; головка справа, тазовый конец слева. Сердцебиение плода глухое, замедленное, 90—110 ударов в минуту, аритмия.

Влагалищное исследование: влагалище широкое, отмечается некоторая сухость слизистой влагалища; шейка сглажена; открытие полное, края зева свисают, дряблые, прощупывается во входе «реберная решетка» и лопатка, обращенная кпереди.

Диагноз? Что делать?

91. Первобеременная П., 26 лет. Беременность доношенная. Поступила без родовой деятельности по поводу поперечного положения плода. Размеры таза: 25, 27, 30, 20 см. Обхват живота 98 см. Положение плода поперечное, головка слева, тазовый конец справа. У входа таза предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное, слева на уровне пупка. Воды целы.

Влагалищное исследование: шейка сохранена, зев пропускает кончик пальца; мыс не достигается.

Диагноз? Что делать?

92. Роженица та же, что в предыдущей задаче. Попытки произвести наружный поворот оказались безрезультатными, к тому же во время поворота отошли воды.

Диагноз? Что делать?

## КРАТКОЕ РЕШЕНИЕ АКУШЕРСКИХ ЗАДАЧ

1. Ошибка врача консультации заключалась в том, что беременная при наличии нефропатии не была направлена на стационарное лечение.

Исход заболевания, надо полагать, был бы благополучным при условии заблаговременной госпитализации женщины и проведения обычной терапии (лечебно-охранительный режим, магниезальная терапия, кровопускание, молочно-растительная, бессолевая диета, аскорбиновая кислота, внутривенное введение глюкозы, кислородная терапия и др.).

2. В течение беременности акушерка не выявила начинающегося позднего токсикоза; больная оставалась без лечения, что и привело к возникновению эклампсий. Транспортировка беременных и рожениц, страдающих преэклампсией и эклампсией, недопустима.

Акушерка обязана была сразу же после поступления больной на фельдшерско-акушерский пункт вызвать к больной врача, до его приезда приступить к магниезальной терапии и созданию для больной должного лечебно-охранительного режима.

3. Тщательное наблюдение за больной (общее состояние, измерение артериального давления, диуреза и др.), создание лечебно-охранительного режима; необходимо начать проведение магниезальной терапии. Выключение периода изгнания путем наложения акушерских щипцов.

4. Ускорить родоразрешение путем наложения полостных щипцов под эфирным наркозом. В дальнейшем — лечебно-охранительный режим, тщательное наблюдение за больной, магнизиальная терапия и пр.

5. Начавшийся инфицированный выкидыш при беременности 10—11 недель.

Высокая температура, учащенный пульс, болезненные и утолщенные левые придатки при отсутствии угрожающего кровотечения требуют постельного режима, внимательного наблюдения за больной и лечения (сульфаниламидные препараты, антибиотики). Внутриматочное вмешательство (выскабливание) в данный момент противопоказано.

6. Угрожающий (привычный) выкидыш при сроке беременности в 12 недель.

Строгий постельный режим. Наблюдение. С целью понижения сократительной деятельности матки — подкожные инъекции прогестерона; клизмочки с опиум (8—10 капель) 2 раза в день. Легкий стол с исключением острых блюд, алкоголя.

7. Неполный выкидыш.

Показано срочное удаление (выскабливание) остатков плодного яйца и немедленная трансфузия крови.

8. Подозрение на прервавшуюся внематочную беременность. Налицо острый живот. Для окончательного установления диагноза внематочной беременности можно сделать пункцию заднего свода.

Состояние больной требует срочного оперативного вмешательства. Сейчас же по вскрытии брюшной полости и наложении клемм на сосуды надлежит приступить к трансфузии крови.

9. Подозрение на начавшееся прерывание внематочной беременности по типу трубного выкидыша.

Следует сделать пункцию заднего свода. При получении крови — чревосечение и удаление соответствующей маточной трубы.

10. По-видимому, имеется пузырьный занос.

Необходимо уточнить диагноз путем тщательного наблюдения за больной (обнаружение в выделениях пузырьков). Желательно исследование мочи в разведениях на содержание хориального гонадотропина (реакция Ашгейма—Цондека или сперматурическая реакция).

При подтверждении диагноза пузырьного заноса применить средства, стимулирующие сокращение матки. После полного или частичного выхода пузырного заноса — пальцевое удаление задержавшихся частей пузырьного заноса и осторожное тупой кюреткой выскабливание стенок полости матки.

11. Родоразрешить путем брюшностеночного кесарева сечения; после извлечения плода произвести расширенную экстирпацию матки с придатками. В последующем радиорентгенотерапия.

При появлении кровянистых выделений врач женской консультации обязан был произвести исследование с помощью зеркал и, обнаружив изменения в шейке матки, срочно направить больную в стационар для подробного обследования.

12. Кровотечение в последовом периоде.

Необходимо срочно выяснить, откуда кровотечение: из разрыва шейки матки (меньше данных, так как кровотечение началось через 20 минут после рождения плода) или из сосудов плацентарной площадки. Необходимо выпустить мочу катетером. Быстро выявить наличие или отсутствие признаков отслойки детского места и в зависимости от результатов либо удалить послед по Креде—Лазаревичу либо немедленно прибегнуть к ручному отделению и выделению последа с проверкой стенок матки и с последующим массажем матки на кулаке. При продолжающемся кровотечении и хорошо сократившейся матке — осмотреть шейку в зеркалах и зашить обнаруженные разрывы ее. Переливание крови в зависимости от степени кровопотери.

13. Краевое предлежание детского места.

Вскрыть плодный пузырь, что приведет к остановке кровотечения вследствие прижата отслоившегося участка детского места опустившейся головкой. Показана и операция метрейриза.

14. Плоский пузырь.

Вскрыть плодный пузырь, что обеспечит дальнейшее продвижение головки плода по родовому каналу.

15. Выпадение пуповины; частичное предлежание плаценты.

Благополучный исход для ребенка возможен при родоразрешении женщины путем кесарева сечения.

16. Выпадение пуповины. Частичное предлежание плаценты.

Мертвый плод.

Ввиду гибели плода показана операция: краниотомия (перфорация и кранио-клизия головки с последующим бережным извлечением плода).

17. Отслойка низко прикрепленной плаценты, меньше данных за преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.

Вскрыть плодный пузырь; произвести переливание крови. Родоразрешение путем брюшностеночного кесарева сечения тотчас же после улучшения общего состояния.

18. Кровотечение вследствие отслойки низко прикрепленной плаценты или преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Мертвый плод.

Переливание крови. Операция — перфорация головки, краниоклазия и извлечение плода; ручное отделение и выделение плаценты, ручное обследование полости матки.

19. Центральное (полное) предлежание плаценты.

Родоразрешение путем кесарева сечения.

20. Центральное (полное) предлежание плаценты.

Срочное переливание крови и вслед за улучшением общего состояния родоразрешение путем кесарева сечения.

Ошибка врача заключается в том, что он выписал беременную из стационара, несмотря на правильно поставленный диагноз. При кровотечении вследствие предлежания плаценты беременная должна находиться в стационаре до конца беременности.

21. Краевое предлежание детского места.

Переливание крови. Искусственный разрыв плодного пузыря и наложение кожно-головных щипцов или метрейриз. Возможно, что после вскрытия плодного пузыря кровотечение прекратится, тогда к указанным мероприятиям можно и не прибегать.

22. Кровотечение скорее всего вызвано разрывом шейки матки или другого отдела родовых путей.

Надо тщательно осмотреть с помощью зеркал шейку матки, своды влагалища и другие отделы родовых путей. При обнаружении разрывов наложить швы.

23. Кровотечение в последовом периоде.

Произвести ручное отделение и удаление последа; немедленно осмотреть в зеркалах шейку матки и при обнаружении разрыва наложить на последний швы.

24. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места.

Срочная операция — кесарево сечение. Одновременно с началом операции — трансфузия крови.

25. Имеется разрыв матки, возникший при насильственных попытках ручного отделения глубоко приращенного в стенке матки детского места (истинное приращение детского места).

Необходимо срочное чревосечение и надвлагалищная ампутация матки.

Ошибка врача — обнаружение при ручном отделении истинного приращения плаценты требует немедленного прекращения этой операции и удаления матки путем чревосечения.

26. Через двух-трехслойную стерильную марлевую салфетку плотно прижать пальцами кровоточащий клитор к лонной кости и так удерживать в течение получаса — до прекращения кровотечения. Обычно этого бывает достаточно.

27. Задержка в матке части плаценты. Позднее послеродовое кровотечение.

Произвести инструментальное удаление остатков плаценты с последующим применением сульфаниламидных препаратов и антибиотиков.

Ошибка врача заключается в том, что он не произвел обследования полости матки сейчас же после родов. Если возникает у врача или акушерки сомнение в целостности плаценты, необходимо, независимо от наличия или отсутствия кровотечения, немедленно обследовать полость матки и удалить задержавшиеся остатки детского места.

28. Срочные роды. Задний вид затылочного предлежания. Второй период родов. Угрожающая внутриутробная асфиксия плода.

Провести профилактику внутриутробной асфиксии плода методом Хмелевского—Николаева—Тюриной. При отсутствии эффекта в течение ближайших 10—15 минут, а если будет ухудшение состояния плода, то и раньше — извлечение плода наложением полостных щипцов.

29. Срочные роды. Лицевое предлежание. Второй период родов.

Совершается правильный механизм при лицевом предлежании.

Выжидательное ведение родов, тщательное наблюдение за состоянием плода и роженицы. При выведении головки возможно придется произвести перинеотомию.

30. Срочные роды. Конец первого периода родов. Плоский таз (вторая степень сужения). Раннее отхождение вод. Негелевский асинклизм. Начинающаяся асфиксия плода.

Профилактика внутриутробной асфиксии плода. Выжидательное ведение родов — наблюдение за характером продвижения головки, особенно за состоянием нижнего сегмента матки.

31. Срочные роды. Второй период родов. Плоскорихитический таз (вторая степень сужения). Раннее отхождение вод. Относительное несоответствие между размерами предлежащей головки плода и таза. Нарушение кровообращения в стенке мочевого пузыря (кровь в моче). Внутриутробная асфиксия плода.

Краниотомия под глубоким наркозом.

32. Срочные пятые роды. Первый период родов. Общеравномерносуженный таз (первая степень сужения). Тазовое предлежание. В анамнезе пузырно-влагалищный свищ при предыдущих родах как следствие несоответствия между плодом и тазом.

В данном случае исключается ведение родов *per vias naturales*. Показано родо-разрешение путем кесарева сечения.

33. Первые срочные роды. Головное предлежание. Первый период родов. Плоский таз (первая степень сужения). Раннее отхождение вод. Слабость родовой деятельности. Эндометрит в родах.

Дать отдых роженице, в дальнейшем стимуляция родовой деятельности. Применение антибиотиков. Наблюдение.

34. Срочные первые роды. Затылочное предлежание. Общеравномерносуженный таз (сужение второй степени). Раннее отхождение вод.

Учитывая, что нет большого несоответствия между плодом и тазом, роды вести выжидательно, наблюдая за продвижением головки и состоянием нижнего сегмента матки.

35. Срочные вторые роды. Переднеголовное предлежание (вторая позиция). Второй период родов. Плодный пузырь цел.

Вскрыть плодный пузырь. В дальнейшем—выжидательное ведение родов.

36. Срочные вторые роды. Второй период родов. Чистое ягодичное предлежание.

Вскрыть плодный пузырь. В дальнейшем—ведение родов по методу Цовьянова.

37. Срочные роды. Второй период родов. Затылочное предлежание. Вторичная слабость родовой деятельности.

Стимуляция родовой деятельности. Профилактика асфиксии плода. При отсутствии улучшения сердцебиения плода — родоразрешение наложением акушерских щипцов.

38. Срочные роды. Второй период родов. Чистое ягодичное предлежание. Слабость родовой деятельности. Начинаясь внутриутробная асфиксия плода.

Стимуляция родовой деятельности. Мероприятия по борьбе с асфиксией плода. Если явления угрожающей асфиксии не исчезнут, немедленное извлечение плода за паховой сгиб.

39. Срочные роды. Второй период родов. Чистое ягодичное предлежание. Выпадение пуповины. Внутриутробная асфиксия плода. Слабость родовой деятельности.

Извлечение плода за тазовый конец.

40. Срочные шестые роды. Начало второго периода родов. Плоский таз (сужение первой степени).

Выжидательное ведение родов.

41. Срочные третьи роды. Второй период родов. Общеравномерносуженный таз (сужение первой степени). Лобное предлежание.

При согласии роженицы — кесарево сечение; в противном случае — выжидательное ведение родов с наблюдением за характером продвижения головки и за состоянием нижнего сегмента матки.

42. Срочные роды. Второй период родов. Головное предлежание. Вторичная слабость родовой деятельности. Плоский плодный пузырь.

Вскрыть плодный пузырь. Стимуляция родовой деятельности и профилактика асфиксии плода.

43. Срочные роды. Первый период родов. Плоский таз (первая степень сужения). Раннее отхождение вод. Эндометрит в родах.

Выжидательное ведение родов. Пенициллинотерапия. Профилактика внутриутробной асфиксии плода. Если при дальнейшем ведении родов будет выявлено стойкое несоответствие между головкой плода и входом таза при полном открытии зева, возможно, придется прибегнуть к краниотомии.

44. Срочные роды. Первый период родов. Плоский таз (сужение первой степени). Раннее отхождение вод. Эндометрит в родах. Асинклитическое переднетеменное вставление. Несоответствие в размерах головки и входа таза. Истончение стенок нижнего сегмента матки.

Показана краниотомия.

45. Преждевременные роды на X лунном месяце. Первый период родов. Чистое ягодичное предлежание. Плоский таз (первая степень сужения).

Выжидательное ведение родов. Если к моменту полного открытия сохранится плодный пузырь, — произвести искусственный разрыв плодного пузыря.

46. Срочные роды. Ягодичное предлежание. Первый период родов. Преждевременное отхождение вод. Первичная слабость родовой деятельности.

Стимуляция родовой деятельности. Уместно произвести операцию кольпейриза или метрейриза.

47. Беременность X лунных месяцев. Головное предлежание. Преждевременное отхождение вод.

Стимуляция родовой деятельности медикаментозными средствами.

48. Срочные роды. Первый период родов. Преждевременное отхождение вод. Высокое прямое стояние головки [передний вид (POP)].

Выжидательное ведение родов, поскольку головка плода уже установилась большим сегментом во входе таза.

49. Срочные роды, общеравномерносуженный таз (сужение первой степени). Высокое прямое стояние головки (POS).

Тщательно наблюдать за продвижением плода, за его состоянием, за состоянием нижнего сегмента матки и за общим состоянием роженицы. Проводить профилактику асфиксии плода. Можно попытаться ручными приемами перевести головку в один из косых размеров таза.

50. Срочные роды. Второй период родов. Чистое ягодичное предлежание. Общеравномерносуженный таз (первая степень сужения). Раннее отхождение вод. Эндометрит в родах. Слабость родовой деятельности.

Ведение родов выжидательное. Применять пенициллинотерапию, профилактику асфиксии плода и стимуляцию родовой деятельности. В случае ухудшения состояния плода показано извлечение его за паховой сгиб.

51. Срочные роды в тазовом предлежании. Второй период родов. Преждевременное отхождение вод. Самопроизвольное рождение туловища плода до шеи. Гидроцефалия.

Перфорация последующей головки плода и эксцеребрация, затем извлечение головки ручными приемами.

52. Срочные первые роды. Первый период родов. Преждевременное отхождение вод. Лицевое предлежание, с тенденцией вращения подбородка кпереди. Слабость родовой деятельности.

Стимуляция родовой деятельности. Ведение родов выжидательное. Следить за вращением головки. Если головка и дальше будет вращаться подбородком кпереди, при хорошем состоянии роженицы — выжидательное ведение родов.

53. Срочные роды. Передний вид лицевого предлежания.

Показано: краниотомия, краниоклазия и извлечение плода.

54. Срочные роды. Первый период родов. Раннее отхождение вод. Плоскоракхитический таз (вторая степень сужения). Клинически узкий таз.

Учитывая отягощенный акушерский анамнез (мертворожденный ребенок), крупный плод и желание женщины иметь ребенка, произвести кесарево сечение.

55. Срочные роды. Конец первого периода родов. Раннее отхождение вод. Общеравномерносуженный таз (сужение второй степени). Начинаяющаяся внутриутробная асфиксия плода.

Мероприятия по предупреждению внутриутробной асфиксии; при отсутствии эффекта — родоразрешение путем наложения полостных щипцов.

56. Преждевременные роды, лобное предлежание. Выпадение пуповины. Начало второго периода родов.

Наружновнутренний поворот на ножку и извлечение плода за тазовый конец (производить поворот под наркозом).

57. Угрожающий разрыв матки. Анатомически и клинически узкий таз. Плод жив.

Брюшностеночное кесарево сечение. При невозможности произвести операцию кесарева сечения—перфорация головки и краниоклазия под эфирным наркозом.

58. Угрожающий разрыв матки. Анатомически узкий таз. Полное открытие маточного зева. Ягодичное предлежание, первая позиция, передний вид. Ягодицы в широкой части полости малого таза. Плод жив.

Под глубокои наркозом надо попытаться извлечь плод за паховой сгиб пальцем, введенным в пах или при помощи марлевой петли, проведенной через паховой сгиб.

59. Совершившийся разрыв матки. Плод мертвый.

Ошибка врача женской консультации в том, что он не госпитализировал беременную заблаговременно в родильный дом. Грубая ошибка дежурного врача, принявшего роженицу, заключается в том, что он не произвел влагалищного исследования при поступлении роженицы, тем более, что положение плода было неясным; отсюда вытекает и неправильное ведение родов.

Необходимо немедленное чревосечение по поводу разрыва матки, переливание крови.

60. Угрожающий разрыв матки. Анатомически узкий таз. Раннее отхождение вод. Асинклитическое (лицмановское) вставление.

Необходимо произвести срочно кесарево сечение.

61. Затянувшиеся роды. Плоский таз. Вторичная слабость родových сил. Угрожающий пузырно-влагалищный свищ и внутриутробная асфиксия плода.

Наложить бережно полостные щипцы в правом косом размере таза на головку, стоящую в узкой части полости таза со стреловидным швом в левом косом размере. В послеродовом периоде в течение 2—3 суток опорожнять мочевой пузырь катетером каждые 3—4 часа.

62. Угрожающий разрыв матки. Анатомически и клинически узкий таз.

Показано брюшностеночное кесарево сечение.

63. Совершившийся разрыв матки.

Акушерка, наблюдавшая беременную, установив поперечное положение плода у беременной, должна была заблаговременно направить ее в палату патологии бере-

менности родильного отделения, где, возможно, удалось бы провести наружный поворот плода или своевременно с наступлением родов оказать надлежащую помощь.

Врач, принимавший роженицу, обязан был произвести уже при поступлении влагалищное исследование и при наличии условий под общим (глубоким) ингаляционным наркозом произвести плодоразрушающую операцию—эмбриотомию (учитывая, что плод мертвый).

Сейчас показана срочная операция путем чревосечения; по удалении плода и последа—ушивание в пределах здоровых тканей или надвлагалищная ампутация матки. Переливание крови.

64. Совершившийся разрыв матки. Плоский таз.

Срочно на операционном столе начать капельную трансфузию крови с кровезаменителями и глюкозой, глубокий наркоз и чревосечение.

Акушерка обязана была заблаговременно направить в родильное отделение больницы беременную с узким тазом; в крайнем случае с началом родов госпитализировать роженицу не в колхозный родильный дом, а в родильное отделение больницы, причем лично сопровождая роженицу.

65. Совершившийся разрыв матки. Анатомически и клинически узкий таз. Показана операция путем чревосечения.

При продолжающейся в течение 18 часов родовой деятельности, отошедших 6 часов назад водах, явлениях несоответствия таза и головки плода надо было при живом плоде своевременно ставить вопрос о кесаревом сечении.

66. Подозрение на разрыв матки. Возможно, и родовой шок.

Немедленное переливание крови и сердечные средства. Под наркозом ручное удаление последа, обследование полости и шейки матки.

В случае разрыва матки операция путем чревосечения; при отсутствии разрыва матки противошоковая терапия (переливание крови и противошоковой жидкости и сердечные средства).

67. Насильственный разрыв матки.

На операционном столе капельное переливание крови и противошоковой жидкости. Чревосечение.

Грубейшей ошибкой врача было наложение щипцов на высокостоящую, подвижную головку.

68. Запущенное поперечное положение плода, насильственный разрыв матки, необходимо срочное чревосечение.

Акушерка должна была более подробно обследовать роженицу, установить поперечное положение плода и тут же вызвать врача. Кроме того, не было обращено должного внимания и на раннее отхождение вод. Врач обязан был значительно раньше обследовать роженицу. Неправильным явилось вправление выпавшей ручки при поперечном положении плода. Нельзя было спустя уже сутки после отхождения вод производить и операцию поворота плода на ножку.

69. Срочные роды. Запущенное поперечное положение плода. Мертвый плод. Угрожающий разрыв матки. Показана эмбриотомия под глубоким наркозом.

70. Срочные роды. Выпадение пуповины при головном предлежании. Первый период родов.

Заправление пуповины за головку в положении Тренделенбурга или колено-локтевым и фиксация головки кожноголовными щипцами. При настойчивом требовании роженицы сохранить ребенка — брюшностеночное кесарево сечение.

71. Срочные роды. Выпадение пуповины при головном предлежании. Конец первого периода родов.

Под ингаляционным наркозом наружновнутренний поворот на ножку и извлечение плода за тазовый конец.

72. Заправить петлю пуповины и ввести метрейринтер или наложить кожно-головные щипцы. При настойчивом желании роженицы сохранить ребенка — брюшностеночное кесарево сечение.

73. Срочные роды. Раннее отхождение вод. Косое положение плода. Выпадение пуповины. Первый период родов.

Заправить выпавшую петлю пуповины и ввести метрейринтер. При настойчивом желании роженицы получить живого ребенка — брюшностеночное кесарево сечение.

74. Срочные роды. Неполное ножное предлежание. Второй период родов. Выпадение пуповины. Угрожающая асфиксия плода.

Извлечение плода за ножку.

75. Срочные роды. Второе поперечное положение плода. Задний вид. Выпадение ручки. Внутриутробная асфиксия плода. Второй период родов.

Под наркозом наружновнутренний поворот на ножку и извлечение плода. В случае, если плод плотно охвачен стенками матки, кесарево сечение или эмбриотомия.

76. Срочные роды. Второе поперечное положение плода. Первый период родов. Выжидательное ведение родов до полного или почти полного открытия маточного зева. Роженица должна находиться в постели. С целью воспрепятствования раннего

отхождения вод целесообразно ввести кольпайринтер. В дальнейшем при наличии условий — поворот плода на ножку с последующим его извлечением.

77. Срочные роды. Запущенное поперечное положение плода (первая позиция). Преждевременное отхождение вод.

Эмбриотомия.

78. Срочные роды. Преждевременное отхождение вод. Угрожающий разрыв матки. Мертвый плод. Выпадение стопы при головном предлежании.

Перфорация и краниоклазия головки мертвого плода под глубоким наркозом.

79. Угрожающий разрыв матки. Живой плод. Выпадение стопы при головном предлежании.

При согласии женщины—брюшностеночное кесарево сечение. В противном случае—перфорация и краниоклазия под глубоким наркозом.

80. Срочные роды. Раннее отхождение вод. Косое положение плода. Первый период родов.

Наружновнутренний поворот плода на ножку под глубоким наркозом.

81. Срочные роды. Косое положение плода. Второй период родов.

Произвести разрыв плодного пузыря и тут же наружно-внутренний поворот плода на ножку с последующим извлечением его. Операция обязательно под наркозом.

82. Выжидательное ведение родов, желательное до полного открытия шейки (постельный режим, можно кольпайризм). В дальнейшем наружно-внутренний поворот плода на ножку с последующим его извлечением.

83. Выжидательное ведение родов до отхождения вод, далее наружно-внутренний поворот на ножку и извлечение туловища плода (при достаточном открытии зева). Перфорация последующей головки.

84. Срочные роды. Преждевременное отхождение вод. Второе поперечное положение плода. Задний вид. Выпадение ручки.

Брюшностеночное кесарево сечение.

85. Срочные роды. Выпадение пуповины при головном предлежании.

Извлечение плода наложением полостных акушерских щипцов (*forceps media*).

86. Если в ближайший час не произойдет изгнания плода—операция: перфорация и краниоклазия.

87. Срочные роды. Выпадение пуповины при головном предлежании плода.

Брюшностеночное кесарево сечение. При отказе роженицы от этой операции — в положении Тренделенбурга заправление пуповины за головку с последующей фиксацией кожно-головными щипцами. В случае неуспеха этого вмешательства — выжидательное ведение родов, по показаниям — перфорация головки и краниоклазия.

88. Срочные роды. Период изгнания. Выпадение пуповины при головном предлежании. Задний вид затылочного предлежания. Вторая позиция. Внутриутробная асфиксия плода.

Извлечение плода наложением акушерских щипцов (*forceps media*).

89. Срочные роды. Первое поперечное положение плода. Первый период родов.

Ведение родов выжидательное до отхождения вод.

Постельный режим, можно ввести кольпайринтер. В дальнейшем — в зависимости от степени открытия маточного зева к моменту отхождения вод.

90. Срочные роды. Раннее отхождение вод. Второе поперечное положение плода (запущенное). Эндометрит в родах. Первый период родов.

Эмбриотомия под глубоким наркозом.

91. Беременность на X лунном месяце. Первое поперечное положение плода.

Бережно попытаться произвести наружный поворот на головку. При неудаче—покой и наблюдение.

92. Беременность на X лунном месяце. Первое поперечное положение плода. Преждевременное отхождение вод.

Метрейризм. Медикаментозная стимуляция родовой деятельности. После рождения метрейригера (при полном или близком к полному открытию маточного зева) наружно-внутренний поворот и извлечение плода; операция под наркозом.



## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Аборт искусственный 75  
 — — бесплодие 110  
 — — правила производства 75  
 — — прободение матки 72  
 — — тактика врача при прободении матки 75  
 — септический 83  
 — — показания к выскабливанию 83  
 — трубный 111  
 — шеечный 123  
 — — диагноз 124  
 — — изменения формы шейки 123  
 Абсцесс ретроаммарный 431  
 — — операция по Барденгейеру 435  
 Ампутация матки надвлагалищная при предлежании плаценты 170  
 — — — разрыве матки во время беременности 243  
 — — — техника 171  
 Анемия при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты 177  
 Антикоагулянты 449  
 Антитромбин 449  
 Апоплексия маточно-плацентарная 187  
 — яичника 113  
 Аппендицит и беременность 27  
 — — — аппендэктомия 32  
 — — — — анестезия 32  
 — — — — методика операции 33  
 — — — — разрез 32  
 — — — бесплодие 30  
 — — — выкидыш 30  
 — — — диагноз 27, 29, 31  
 — — — — ошибки 27  
 — — — отличие от пиелита 20  
 — — — патогенез 29  
 — — — преждевременные роды 30  
 — — — рецидивы 30  
 — — — симптомы 31  
 — — — течение 30  
 — — — топография слепой кишки 29  
 — — — частота 29  
 Артериальное давление у беременных нормальное 49  
 — — — патологическое 50  
 — — — — снижение 51  
 Асинклитизм 310  
 — задний 310  
 — передний 310  
 Асфиксия плода 187  
 — — борьба с ней 284  
 — — после применения питуитрина 288  
 Асфиксия плода при преждевременной отслойке плаценты 178  
 — — профилактика 160  
 Атония верхних мочевых путей 21  
 — кишечника при беременности 29  
 — матки 224  
 — — лечение 224  
 — — массаж матки 225  
 — — местная 224  
 — — сокращающие матку медикаментозные средства 227  
 — — тампонация матки 227  
 — — хирургические методы лечения 227  
 — — этиология 224  
 — мочеточников при беременности 21  
 Ацидоз при диабете сахарном 56  
 — — — — причины возникновения 57  
 Бактериemia 452  
 Барьер кишечный у новорожденных 459  
 Беременность внематочная 109, 116  
 — — диагноз 117  
 — — — дифференциальный 118  
 — — кольпотомия задняя 121  
 — — кровотечение внутреннее 111  
 — — — лечение 121  
 — — — неоперативное 121  
 — — — оперативное 121  
 — — локализация 110  
 — — отличие от кисты яичника 118  
 — — — мешчатой опухоли яичника 118  
 — — — периметрита 119  
 — — — пункция заднего свода 119  
 — — — — характер полученной крови 119  
 — — — этиология 117  
 — — и аппендицит 27  
 — — гипертоническая болезнь 48  
 — — диабет сахарный 54  
 — — заболевания сердечной мышцы 34, 38, 43  
 — — миокардит 33  
 — — митральная болезнь 38, 43  
 — — пиелит 19  
 — — рак шейки матки 67  
 — — сердечно-сосудистая система 34  
 — — туберкулез легких 60  
 — — фибромиома матки 63  
 — — язвенная болезнь желудка 29  
 — — переносенная 130, 133  
 — — влагалищное исследование 130



- Выкидыш неполный инфицированный, ле-  
 чение консервативное 83  
 — — — неосложненный 83  
 — — — осложненный 83  
 — — — септический 83  
 — — — течение 81  
 — — — лечение 80  
 — — — формы 78  
 — — — начинающийся 78  
 — — — несостоявшийся 85  
 — — — боли внизу живота 85  
 — — — возбуждение матки 86  
 — — — диагноз 85, 86  
 — — — момент гибели яйца 87  
 — — — патогенез 87  
 — — — стимуляция сократительной дея-  
 тельности матки 88, 89  
 — — — тактика врача 88  
 — — — удаление плодного яйца 88, 89  
 — — — этиология 87  
 — — — полный 78  
 — — — при аппендиците 30  
 — — — самопроизвольный, отличие от нару-  
 шенной трубной беременности 111  
 — — — угрожающий 78  
 — — — диагноз 28  
 Выключение кормления грудью 428  
 Выпадение мелких частей плода, акушер-  
 ские задачи 475  
 — — — при поперечном положении  
 его 388  
 — — — петли пуповины при поперечном  
 положении плода 393  
 — — — пуповины 366, 409  
 — — — кесарево сечение 409  
 — — — мертворождаемость 414  
 — — — причины 411  
 — — — профилактика асфиксии и смерти  
 плода 409, 410  
 — — — родоразрешение 409  
 — — — тазовое предлежание 412  
 — — — — асфиксия плода 413, 414  
 — — — — влагалищное исследование  
 412, 413  
 — — — — диагноз 412  
 — — — — извлечение плода за ножку  
 414  
 — — — — предлежание пуповины 412  
 — — — — сохранение целостности плодного  
 пузыря 412  
 — — — — течение родов 413  
 — — — частота 411  
 — — — ручки при поперечном положении пло-  
 да 393  
 Выскабливание матки при инфицирован-  
 ном выкидыше 83, 84  
 Высокое прямое стояние головки 316,  
 323, 327  
 Вытягивание сосков 420  
  
 Гематома ретроплацентарная 186  
 Гепарин 449  
 Гиалуронидаза, роль ее в процессах  
 оплодотворения 143  
 Гидроцефалия 332, 336  
 — — — ведение родов 333, 335, 337  
 — — — ошибки 335  
 — — — влагалищное исследование 337  
 — — — время развития 334  
  
 Гидроцефалия, диагноз 333, 335, 336  
 — — — извлечение плода за паховый сгиб 337  
 — — — кожно-головные щипцы 333  
 — — — количество вод околоплодных 334  
 — — — мертворождаемость и детская смерт-  
 ность 338  
 — — — особенности головки 334  
 — — — отхождение вод преждевременное 336  
 — — — первичная слабость родовой деятель-  
 ности 332  
 — — — перфорация головки 334, 336  
 — — — — последующей 337  
 — — — повторяемость 335  
 — — — предлежание ягодичное 336  
 — — — признаки 335  
 — — — причины 334  
 — — — профилактика внутриутробной асфик-  
 сии плода 333, 337  
 — — — пункция головки 336  
 — — — роль токсоплазмоза 335  
 — — — формы 334  
 — — — накопление жидкости в мозговых  
 желудочках 334  
 — — — — — субарахноидальном про-  
 странстве 334  
 — — — — — смертность материнская 336  
 — — — — — стимуляция родовой деятельности ме-  
 дикаментозная 332, 337  
 — — — — частота 334  
 — — — — — ягодичное предлежание 337  
 Гипертиреоз 5  
 Гипертоническая болезнь и беременность  
 48, 53  
 — — — — — бессимптомно протекающая  
 49  
 — — — — — диагноз 49, 50  
 — — — — — дифференциальный 49  
 — — — — — кесарево сечение 52  
 — — — — — лечение 51  
 — — — — — диета 51  
 — — — — — гипотензивные средства  
 51  
 — — — — — глюкоза 51  
 — — — — — покой 51  
 — — — — — осложнения 50  
 — — — — — отличие от нефропатии 9  
 — — — — — прерывание беременности 52,  
 53  
 — — — — — при хроническом нефрите 49  
 — — — — — развитие плода 52, 53  
 — — — — — снижение артериального  
 давления 51  
 Гипертония как компенсаторная защитно-  
 физиологическая реакция организма 49  
 — — — нефрит хронический 49  
 Гипоксемия хроническая 169  
 Гипоксия головного мозга 216  
 Глюкозотерапия 12, 17  
 Головка плода при тазовых предлежаниях  
 347  
 Гонадотропин хориальный при пузырном  
 заносе 94  
 — — — хорионэпителиоме 102  
  
 Двойня 361  
 — — — госпитализация 367  
 — — — двуйцевая 377  
 — — — ведение родов 381  
 — — — — — вторым плодом 382

Двойня двойцевая, влагалищное исследование 381  
 — — вскрытие плодного пузыря 382  
 — — госпитализация ранняя 378  
 — — диагноз 379  
 — — нефропатия 378  
 — — перевязка плацентарного конца пуповины первого плода 382  
 — — поворот на ножку второго плода с последующим извлечением 383  
 — — поперечное положение второго плода 382  
 — — последовый период 383  
 — — размещение плодов 379  
 — — рентгенография 380  
 — — слабость родовой деятельности 380  
 — — диагноз 361  
 — — однайцевая 367  
 — — ведение родов 370, 371  
 — — — после рождения первого ребенка 372, 373  
 — — влагалищное исследование 370, 371  
 — — — диагноз 368, 374  
 — — — дифференциальный 375  
 — — — кровотечение в последовом периоде 374  
 — — — после рождения первого плода 372  
 — — перевязка плацентарного конца пуповины первого плода 372, 382  
 — — последовый период 374  
 — — размещение плодов 369  
 — — рентгенография 368  
 — — слабость родовой деятельности 370  
 — — стимуляция родовой деятельности 371  
 — — тактика врача 370  
 — — угрожающая асфиксия плода 371  
 — — щипцы 372  
 Декапитация плода 250, 404, 405  
 — — при запущенном поперечном положении 404, 405  
 Дети матерей, страдающих диабетом 59  
 — — — вес 59  
 — — — — особенности 59  
 — — — — патологоанатомические данные 59  
 — — — — последующее наблюдение 59  
 Децидуальная оболочка, защитные ферменты 143  
 — — ткань как защитный аппарат от разрушающего действия хориона 93, 126  
 Дефект оболочек, тактика врача 208  
 Диабет сахарный и беременность 54  
 — — — — ацидоз 56  
 — — — — вес плода 59  
 — — — — влияние на плод 55  
 — — — — гибель плода 58  
 — — — — госпитализация 57  
 — — — — диагноз 56  
 — — — — кома диабетическая 57  
 — — — — лечение 56, 57  
 — — — — осложнения 56  
 — — — — нефропатия 58  
 — — — — особенности плодов 59  
 — — — — последующее наблюдение за детьми 59  
 — — — — послеродовой период 58

Диабет сахарный и беременность, разрешение 58  
 — — — — стимуляция родовой деятельности 58  
 — — — — сахар в крови и моче, динамика 55  
 — — — — смертность 54  
 — — — — ухудшение во второй половине беременности 56  
 Диафрагма, высокое стояние при беременности 35  
 Дикумарин 449  
 Дистония шейная 276  
 Долька добавочная плаценты 213  
 Жгут Момбурга 226  
 Жидкости противошоковые 264  
 Заболевания сердечной мышцы и беременность 34, 38, 43  
 Заворот кишечника 112  
 Задержка оболочек 206  
 — — выведение 206  
 — — отделения плаценты при низком прикреплении ее 140  
 — — раскрытия наружного зева 276  
 — — частей детского места 210  
 — — — — инфицирование 213  
 — — — — кровотечение 213  
 — — — — лечение 214  
 — — — — плацентарный полип 213  
 — — — — ручное обследование полости матки 214  
 Заднеспинное поперечное положение плода 387  
 Занос пузырный 90, 92, 104, 142  
 — — анамнез, особенности 90  
 — — биологическая проба 94  
 — — гистология 92  
 — — гонадотропин хориальный 94  
 — — — — диагноз 90, 93, 104  
 — — — — дифференциальный 91  
 — — — — кистозно перерожденные яичники 98  
 — — — — лечение 95, 105  
 — — лютеиновые кисты 98  
 — — опорожнение, матки 95  
 — — — — пальцем 95, 96  
 — — — — с предварительным расширением канала шейки матки 95  
 — — — — проверка полости матки тупой кюреткой 97, 106  
 — — — — стимуляция схваток 95, 106  
 — — — — осложнения 97  
 — — — — хорионэпителиома 97  
 — — патогенез 93  
 — — причина возникновения 93  
 — — расхождение между сроком задержки менструации и величиной матки 91  
 — — роль женской консультации 99  
 — — симптомы 94  
 — — токсикозы 94  
 Запрокидывание ручек 354  
 — — выведение 354  
 — — степени 354  
 Запущенное поперечное положение плода 403  
 — — — — ведение родов 404

- Запущенное поперечное положение плода, диагноз 403  
 — — — степень 403  
 — — — характеристика 403  
 Застой молока 424, 427  
 — — боли 427  
 — — ликвидация 428  
 — — молокоотделение 427  
 — — отличие от мастита 427  
 — — развитие 427  
 — — сцеживание молока 428  
 — — температура кожи 427  
 — — характер уплотнения 427  
 Зашивание прободного отверстия матки 76  
 — разрыва шейки матки 233  
 Зев маточный, эксцентрическое расположение 126  
 Зондирование матки контрольное 74
- Извлечение плода за ножку при выпадении пуповины 414  
 — — — паховые сгибы 337, 352  
 Изгнание последа 203  
 Иммуитет у новорожденных 460  
 Имплантация оплодотворенного яйца в шейке матки 125  
 Инертность матки 350  
 — — борьба 350  
 Индекс Соловьева 328  
 Инсулин, лечение диабета сахарного у беременной 55  
 Инфекция анаэробная при выкидыше 82  
 — — влагилищное исследование 439  
 — — послеродовая генерализованная 439  
 — — — кровь 439  
 — — — органы выделения 439  
 — — — дыхания 439  
 — — — сердечно-сосудистая система 439  
 — — — синдромы 453  
 — — — лечение 454  
 — — — локализованная 438  
 — — — начало заболевания 439  
 — — — развитие 441  
 — — — патогенез 440  
 Исследование влагилищное с помощью зеркал 142  
 Истерия, отличие от эклампсии 16
- Кесарево сечение в нижнем сегменте 168, 190  
 — — влагилищное 44  
 — — детская смертность 169  
 — — извлечение ребенка 169  
 — — классическое 163  
 — — — подготовка 165  
 — — — показания 165, 166  
 — — — относительные 170  
 — — — удаление плаценты 169  
 — — — малое 44  
 — — — анестезия 45  
 — — — методика 45  
 — — — показания 45  
 — — — техника 46  
 — — повторное 267  
 — — поперечный разрез в нижнем сегменте 154  
 — — при выпадении пуповины 409, 413  
 — — — гипертонической болезни у беременной 52
- Кесарево сечение при краевом предлежании плаценты 144, 150  
 — — — лобном предлежании 298  
 — — — митральной болезни 41, 44  
 — — — отслойке плаценты 181  
 — — — — — метод 190  
 — — — переносенной беременности 135  
 — — — поперечном положении плода 401  
 — — — фибромиоме матки 64  
 — — — — — обезболивание 64  
 — — — — — техника 64  
 — — — центральном предлежании плаценты 168, 174  
 Киста лютеиновая при пузырном заносе 98  
 — яичника, отличие от внематочной беременности 118  
 — — перекрут ножки 113  
 Кишечная непроходимость у беременной 239  
 Клейдотомия 182  
 Коленное предлежание 341  
 Колика печеночная 28  
 — почечно-мочеточниковая 28  
 Коллапс, борьба 175  
 Кольпейриз 363  
 — длительность 363  
 Кольпейринтер 363  
 Кольпотомия задняя при внематочной беременности 121  
 Кольцо контрационное 252  
 Кома диабетическая 56  
 — — причины возникновения 57  
 — — уремическая 16  
 Конфигурация головки плода при переднеголовном предлежании 295  
 — — — переднетеменном вставлении 310, 313  
 — — — — — тазовых предлежаниях 347  
 — — — — — матки при преждевременной отслойке плаценты 178  
 Кормление ребенка грудью 420  
 — — — сидя 421  
 Косое положение плода 407  
 Краниоклазия 182  
 Краниокласт 182  
 Кровоизлияния внутричерепные при гипертонической болезни у беременных 50  
 Кровопотеря, артериальное давление 216  
 — в процентах к весу тела 215  
 — — родах патологическая 149  
 — — — физиологическая 149  
 — — декомпенсированная 215  
 — — компенсированная 215  
 — — острая, лечение 216  
 — — тяжесть, определение 215  
 — — удельный вес крови и плазмы 216  
 Кровотечение атоническое 212, 223  
 — — декомпенсированное 229  
 — — — компенсированное 229  
 — — — лечение 224  
 — — — — — хирургическое 227  
 — — — — — массаж матки 225  
 — — — — — на кулаке 224  
 — — — — — через брюшную стенку 224  
 — — — — — надвлагилищная ампутация матки 229

- Кровотечение атоническое, наложение  
клемм по Генкелю—Тиканадзе 227
- — опасности 230
  - — перевязка маточных артерий 229
  - — переливание крови 229
  - — при предлежании плаценты 169
  - — причины 223
  - — ручное обследование полости матки 224
  - — сокращающие матку медикаментозные средства 227
  - — тампонация матки 227
  - — этиология 229
  - в послеродовом периоде 192, 212
  - — — акушерские задачи 464
  - — — дефект плаценты 213
  - — — инструментальное обследование полости матки 214
  - — — причины 193, 212
  - — — проверка полости матки 214
  - — — ручное обследование полости матки 214
  - — — ущемление плаценты 193
  - внутреннее при разрыве матки 178
  - — симптомы 111
  - в периоде раскрытия 136
  - во время беременности, акушерские задачи 464
  - — родов, акушерские задачи 464
  - — второй половине беременности 141
  - наружное при предлежании плаценты 178
  - повторное при краевом предлежании плаценты 141
  - после разрыва плодных оболочек 145
  - — рождения последа 223
  - послеродовое позднее 213
  - при атонии матки 231
  - — задержавшейся добавочной дольки плаценты 231
  - — шейчной беременности 127
- Лед на молочную железу 428
- Лечебно-охранительный режим при рвоте беременных 5
- Лечение ранних токсикозов по Кобозевой 8
- селсиса 454
- Лифчики для беременных 420
- Лихорадка при родах 437
- — шок родовой 237
- Лицевое предлежание 299
- — одновременная сократительная способность различных частей матки 387
- Личико плода, распознавание при влагалищном исследовании 301
- Лобное предлежание 295
- Лохиометра 441
- Магнезиальная терапия 13
- Массаж матки 225
- — на кулаке 224
  - — по Гентеру 225
  - — через брюшную стенку 224
- Мастит абсцедирующий 430
- — диагноз 431
  - — — дифференциальный 432
  - — клиника 431
  - — лечение 433
- Мастит абсцедирующий, лечение оперативное 434, 436
- — — — дренирование 435
  - — — — переливание крови 435
  - — — — техника операции 434
  - — — пункциями 435
  - — — пальпаторное обнаружение гноя 433
  - — — пункция диагностическая 431, 433
  - — свищи самопроизвольные 431
  - — форма 431
  - — гангренизирующий 425, 432
  - — клиника 432
  - — глубокий 425
  - — поражение всей железы 425, 431
  - — — отдельных долек 425
  - — гнойный 425
  - — абсцедирующий 425, 430
  - — флегмонозный 425, 432
  - — инфильтративный 425
  - — вторичный 425
  - — первичный 425, 426, 431
  - — лактационный 424
  - — классификация 424
  - — лечение 428
  - — — последующее 430
  - — локализация 424
  - — отличие от застоя молока 427
  - — пути распространения инфекции 424
  - — роль трещин сосков 424
  - — стадии развития 425
  - — частота 424
  - — этиология 424
  - — поверхностный 425, 431
  - — расположение гнойника позади молочной железы 425, 431
  - — серозный 422
  - — аутогемотерапия 430
  - — диагноз 423
  - — — дифференциальный 423
  - — клиника 425
  - — лечение 428
  - — — последующее 430
  - — отличие от застоя молока 427
  - — пальпация железы 426
  - — переливание крови 430
  - — симптомы 424
  - — температура кожи 427
  - — ультрафиолетовое внеочаговое облучение 430
  - — форма 425
  - — флегмонозный 425, 432
  - — клиника 432
- Матка, форма песочных часов 247
- Меконий, отхождение 343
- Мертворождаемость при повороте плода по Брекстону Гиксу 397
- — тазовых предлежаниях 340, 364
  - — причины 285
- Метастаз септического 452
- Метод Абуладзе 204
- Альфельда 194, 195, 196
  - Габбастона 220
  - Гентера 205
  - Елкина—Гентера 205
  - Креде 194
  - Креде—Лазаревича 205, 220
  - Майона—Габасту 220

- Метод Хмелевского—Николаева 284  
 — Цовьянова при ведении родов в ножном предлежании 364  
 Метрейриз 44, 144, 155, 156, 366  
 — в целях сохранения остатков вод 349  
 — операция 156  
 — при поперечном положении плода 398  
 Метрейринтер 44, 161, 349, 397  
 Метроэндометрит послеродовой 437  
 — — — — — диагноз 439, 440  
 — — — — — дифференциальный 438, 441  
 — — — — — как один из симптомов послеродового заболевания 442  
 — — — — — клиническое течение 441  
 — — — — — кровь 442  
 — — — — — лечение 442  
 — — — — — патогенез 441  
 — — — — — патология родов 438  
 — — — — — переливание крови 442  
 — — — — — повышение температуры 437  
 — — — — — послеродовой период 438  
 — — — — — протекающий с септическим фоном 442  
 — — — — — субфебрильной температурой 442  
 — — — — — фебрильной температурой 442  
 — — — — — развитие инфекционного процесса 441  
 — — — — — распространение инфекции 439  
 — — — — — стимуляция защитных сил организма 442  
 — — — — — формы 442  
 Механизм родов при плоско-рахитическом тазе 314  
 — — — — — простом плоском тазе 314  
 Микстура Хмелевского для усиления родовой деятельности 318  
 Миокардит и беременность 33  
 — — — — — ведение родов 37  
 — — — — — диагностика 35  
 — — — — — лечение 36  
 — — — — — подготовительная терапия 37  
 — — — — — родоразрешение 38  
 Миомэктомия при кесаревом сечении 65  
 — — — — — методика 65  
 — — — — — надвлагалищная ампутация матки 65  
 — — — — — удаление узлов 6  
 Missed abortion 85  
 Митральная болезнь и беременность 38, 43  
 — — — — — выписка из стационара 42  
 — — — — — диагноз 38, 43  
 — — — — — лечение 41, 43  
 — — — — — диета 41  
 — — — — — медикаментозная терапия 41  
 — — — — — постельный режим 41  
 — — — — — наблюдение за беременной в консультации 42  
 — — — — — недопустимость беременности 39  
 — — — — — ошибки консультации 42  
 — — — — — послеродовой период 42  
 — — — — — предварительное активное лечение 40  
 — — — — — прерывание беременности 40, 43  
 — — — — — профилактика 42  
 Митральная болезнь и беременность, родоразрешение 41  
 — — — — — активное 40  
 — — — — — смертность 40  
 — — — — — течение 39  
 Многоводие 310  
 — при многоплодии 367  
 Многоплодие 367, 378  
 — несоответствие срока беременности и величины матки 378  
 — осложнения 367  
 — плацентография 375  
 — рентгенография 369, 380  
 — сочетание с многоводием 367, 378  
 — судьба плодов 368  
 — токсикозы 367, 378  
 Молочные железы, подготовка их к лактации во время беременности 420  
 — — — — — уход за ними 421  
 Муцин желез эндометрия 143  
 Надвлагалищная ампутация матки при атоническом кровотоке 229  
 Наклонение головки боковое негелевское 310  
 Наложение петли через паховый сгиб 352  
 — тупого крючка 352  
 Наркоз газовый при аппендэктомии 33  
 Невроз беременности ранний 7  
 Недостаточность кровообращения хроническая 36  
 — — — — — классификация 36  
 — — — — — сердечная острая 235  
 Неотделение плаценты простое 219, 220  
 Неуровновешенность процессов в коре головного мозга при перенесенной беременности 131  
 Нефрит острый, отличие от нефропатии 10  
 — хронический, гипертония 49  
 — — — — — отличие от нефропатии 10  
 Нефропатия беременных 9  
 — — — — — альбуминурия 11  
 — — — — — гипертония 11  
 — — — — — диагноз 9, 10  
 — — — — — дифференциальный 9  
 — — — — — лечение 12  
 — — — — — глюкозотерапия 12  
 — — — — — консервативное 12  
 — — — — — магниальная терапия 13  
 — — — — — оксигенотерапия 13  
 — — — — — постельный режим 12  
 — — — — — режим питания 12  
 — — — — — осложняющая диабет сахарный при беременности 58  
 — — — — — ошибки диагноза и лечения 14  
 — — — — — патогенез 10  
 — — — — — поражение печени 11  
 — — — — — почеч 11  
 — — — — — сосудистой системы 11  
 — — — — — профилактика 14  
 — — — — — родоразрешение активное 13  
 — — — — — симптомы 9  
 — — — — — формы 11  
 — — — — — этиология 10  
 Нижнеспинное поперечное положение плода 387  
 Низведение ножки плода 358, 365  
 Низкое поперечное стояние стреловидного шва 309, 314

- Новокаиин-пенициллиновая терапия маститов 429
- Новорожденные, токсико-септические заболевания 457
- — — бактериологическая характеристика 459
  - — — диагноз 458
  - — — клиническая характеристика 458
  - — — лечение 462
  - — — начало вспышки 458
  - — — ошибки лечащего врача 458
  - — — предрасполагающие факторы 459
  - — — причины возникновения 460
  - — — профилактика 460
  - — — в палатах новорожденных 462
  - — — — — — — — родильниц 461
  - — — — — до родов 461
  - — — — — при рождении 461
  - — — — — распространение 458
  - — — — — симптомы 457
  - — — — — установление тяжести заболевания 458
  - — — — — эпидемиология 458, 459
- Ножка плода, отличие от ручки 393
- Ножное предлежание 341, 361
- Облучение ультрафиолетовое молочных желез 420
- Обследование ручное полости матки 208, 210, 213
- — — — — обезболивание 214
  - — — — — подготовка 214
  - — — — — профилактика последующая 217
  - — — — — техника 214
  - — — — — трудности 214
- Оживление плода 414
- Оксигенотерапия 13
- Опухоль яичника мешеччатая, отличие от внематочной беременности 118
- Орошение матки 226
- Осмотр плаценты и оболочек 207
- шейки матки с помощью зеркал 231
  - — — у беременных 72
- Отделение последа ручное 217
- — — обезболивание 221
  - — — техника 221
  - — — трудности 221
- Отсасывание молока молокоотсосом 421, 428
- — — руками 421
  - — — техника 421
- Отслойка плаценты, признак 202
- — — Альфельда 202
  - — — Довженко 203
  - — — изменение формы матки 202
  - — — Клейна 203
  - — — Микулич—Радецкого 202
  - — — Чукалова—Кюстнера 202
  - — — Штрассмана 203
  - — — преждевременная нормально расположенной плаценты 139, 142, 176, 185
  - — — — — анамнез 186
  - — — — — анемия 177, 186
  - — — — — асфиксия плода 178, 187, 188
- Отслойка преждевременная нормально расположенной плаценты, влияние наружного поворота 187
- — — — — — — — диагноз 178, 187
  - — — — — — — — кровотечение внутриматочное 178, 180
  - — — — — — — — лечение 180
  - — — — — — — — неправильная конфигурация матки 178
  - — — — — — — — ошибки женской консультации 185, 188
  - — — — — — — — патогенез 179
  - — — — — — — — переливание крови 181, 189
  - — — — — — — — профилактика атонического послеродового кровотечения 183
  - — — — — — — — родоразрешение 181, 188
  - — — — — — — — выбор метода 181, 190
  - — — — — — — — условия 181, 188
  - — — — — — — — смертность 180
  - — — — — — — — течение 180
  - — — — — — — — частота 179
  - — — — — — — — этиология 179, 187
  - — — — — — — — предрасполагающие моменты 179
  - — — — — сетчатки при гипертонической болезни у беременных 50
- Отхождение вод несвоевременное, акушерские задачи 468
- — — преждевременное 357
  - — — — — при поперечном положении плода 390
  - — — — — раннее 357
- Пальпация щелчком 379
- Паралич плацентарной площадки 224
- Патология беременности 5
- родов 136
- Перевод лицевого предлежания в затылочное 302
- Перевязка маточных артерий при атоническом кровотечении 229
- Переднеголовное предлежание 293
- Переднеспинное поперечное положение плода 387
- Перекрыт ножки кисты яичника 113
- Переливание крови, излившейся в брюшную полость, обратное 114
- — — при анемизации большой 85
  - — — нефропатии 230
  - — — острой кровопотере 216
  - — — пузырьном заносе 96
  - — — шеечной беременности 127
  - эритроцитной массы 230
- Перенашивание беременности экспериментальное 131
- Переход плода из косоого положения в продольное 389
- — — продольного ягодичного в продольное головное положение 386
- Периметрит, отличие от внематочной беременности 119
- Перинеотомия 272, 274, 322
- Период изгнания при туберкулезе легких 60
- — — раскрытия, длительность его 290
- Перинеотомия 272
- техника 273
- Перитонит 240



- Перитонит разлитой 112  
Перфоратор 182  
Перфорация головки плода 181  
— — — живого 298, 299  
— — — методика 182  
— — — последующей 337  
— — — при гидроцефалии 334  
— — — — лицевом предлежании 308  
— — — — лобном предлежании 298  
Пиелит и беременность 19  
— — — диагноз 20  
— — — — дифференциальный 20, 23  
— — — — госпитализация 20  
— — — — как токсикоз 21  
— — — — лечение 24  
— — — — — медикаментозное 25  
— — — — — питьевой режим 25  
— — — — — постельный режим 24  
— — — — — режим питания 24  
— — — — — физиотерапия 25  
— — — — микроорганизмы 22  
— — — — патогенез 21, 22  
— — — — показания к прерыванию беременности 27  
— — — — — последствия 26  
— — — — — профилактика 27  
— — — — — симптомы 22  
— — — — — боли 22  
— — — — — пиурия 22  
— — — — — повышение температуры 22  
— — — — — учащенное мочеиспускание 22  
— — — — — цистоскопия 24  
— — — — — этиология 22  
— острый 28  
— послеродовой 424  
Пилонифрит, отличие от пиелита 23  
Питуитрин в родах, противопоказания 288  
— внутривенное введение, шок родовой 237  
Пиурия 22  
Плацента, атипическое расположение, вид 141  
— долька добавочная 143  
— предлежание 141, 143, 146, 149, 155, 160, 174, 177, 178, 186, 187, 222  
— прикрепление низкое 136  
— припаявшаяся 219  
— развитие ее 143  
Плацентография 375  
Плод бумажный 368  
— гибель его внутриутробная при гипертонической болезни 51  
Поворот наружный при поперечном положении плода 388, 399  
— — профилактический 364  
— — плода второго на ножку с последующим извлечением его 383  
— — — на ножку 155, 157, 392, 394  
— — — — введение руки акушера в матку 393  
— — — — — захват ножки плода 394  
— — — — — обезболивание 394  
— — — — — опасности 391  
— — — — — при лицевом предлежании 302  
— — — — — лобном предлежании 298  
— — — — — спазм шейки матки 394  
— — — по Брекстону Гиксу 160, 397  
Поворот плода по Брекстону Гиксу, детская смертность 163  
— — — — — показания 162  
— — — — — при выпадении пуповины 409  
— — — — — прогноз для плода 162  
— — — — — техника 162  
Повышение температуры в послеродовом периоде без диагноза 441  
— — — при родах 437  
Подвижность плода при запущенном поперечном положении его 402  
Положение висячее вальхеровское 325  
— — головки затылочно-крестцовое 319  
— — — затылочно-лонное 319  
— — — плода косое 407  
— — — — влагалищное исследование 409  
— — — — выпадение пуповины 409  
— — — — слабость родовой деятельности первичная 409  
— — — — стимуляция родовой деятельности 409  
— — — — — поперечное 384, 395, 399  
— — — — — акушерские задачи 475  
— — — — — варианты 387  
— — — — — введение руки акушера в матку 393  
— — — — — ведение родов 388, 396, 397, 399  
— — — — — верхнеспинное 387  
— — — — — влагалищное исследование 386, 391, 396  
— — — — — второго 382  
— — — — — выпадение мелких частей 388  
— — — — — диагноз 385, 395  
— — — — — заднеспинное 387  
— — — — — запущенное 252, 401  
— — — — — ведение родов 404  
— — — — — — ошибки 404  
— — — — — — влагалищное исследование 402  
— — — — — выпадение ручки 402  
— — — — — декапитация 404, 405  
— — — — — диагноз 402  
— — — — — изменение положения плода 405  
— — — — — — определение подвижности плода 402  
— — — — — — роль консультации 406  
— — — — — — ручное обследование матки после родов 406  
— — — — — — захват ножки плода 394  
— — — — — — исход для плода 401  
— — — — — — кесарево сечение 401  
— — — — — — кольпайриз 390  
— — — — — — метрейриз 397, 398, 401  
— — — — — — наружный поворот на головку 399  
— — — — — — нижнеспинное 387  
— — — — — — осложнения 390  
— — — — — — отхождение вод 400  
— — — — — — переднеспинное 387  
— — — — — — поворот плода на ножку 392, 398  
— — — — — — преждевременное (раннее) отхождение вод 390, 395  
— — — — — — причины 386  
— — — — — — профилактика внутриутробной асфиксии плода 398

- Положение плода поперечное, рентгено-  
 графия 385, 387, 396  
 — — — угрожающая внутриутробная  
 асфиксия плода 392  
 — — — форма живота 384, 395  
 — — — частота 386  
 — Тренделенбурга 216  
 POP 319  
 Поперечное положение плода 384, 395,  
 399  
 — — — запущенное 401  
 Порок митральный комбинированный 43  
 POS 319  
 Послед, осмотр 374  
 Послеродовой период, осмотр входа во  
 влагалище и шейки матки 210  
 — — патология 416  
 — — при фибромиоме матки 66  
 — — у страдающих диабетом сахарным  
 58  
 — — — — туберкулезом легких 61  
 Пособие ручное по Морисо—Левре 359  
 — — — Файту—Смелли 359  
 — — — Цовьянову 345  
 Потуги, выключение при миокардите 37  
 — — — туберкулезе легких 61  
 Предлежание коленное 341  
 — — распознавание 342  
 — — лицевое 299  
 — — ведение родов 299, 302, 303  
 — — влагалищное исследование 299  
 — — вторичное 301  
 — — задний вид 305  
 — — кесарево сечение 303  
 — — механизм родов 304  
 — — наружное исследование 300, 301  
 — — нарушения кровообращения пло-  
 да 301  
 — — опущение и вращение головки 304  
 — — первичное 301  
 — — перевод в затылочное 302  
 — — поворот на ножку 302  
 — — прижатие мочевого пузыря дли-  
 тельное 305  
 — — причины 301  
 — — профилактика внутриутробной  
 асфиксии плода 304, 305  
 — — разгибание головки 304  
 — — рентгенография 301  
 — — родоразрешение 306  
 — — сгибание головки 306  
 — — слабость родовой деятельности 306  
 — — течение родов 304  
 — — частота 301  
 — лобное 295  
 — — ведение родов 296  
 — — влагалищное исследование 296  
 — — госпитализация 296  
 — — диагноз 297  
 — — как переход к лицевому 296  
 — — механизм родов 296  
 — — отхождение вод ранее 296  
 — — прогноз 297  
 — — профилактика внутриутробной  
 асфиксии плода 297  
 — — разогнутое положение головки 296  
 — — родоразрешение 297  
 — — ножное 341, 361  
 — — ведение родов 362, 363  
 Предлежание ножное, ведение родов,  
 период изгнания 363  
 — — влагалищное исследование 362  
 — — вскрытие плодного пузыря 363  
 — — выпадение пуповины 366  
 — — исход для плода 364  
 — — метод Цовьянова 365  
 — — метрейриз 366  
 — — наружное исследование 362  
 — — неполное 341  
 — — низведение ножки 364  
 — — определение ножки 342  
 — — осложнения 362, 366  
 — — отхождение вод 362  
 — — полное 341  
 — — профилактика асфиксии внутри-  
 утробного плода 365  
 — — переднеголовное 293  
 — — ведение родов 294  
 — — — — ошибки 295  
 — — влагалищное исследование 293  
 — — диагноз 293  
 — — конфигурация головки 295  
 — — плоский таз 294  
 — — послеродовой период 295  
 — — продвижение головки 293, 294  
 — — разрыв промежности 295  
 — — — шейки матки 295  
 — — течение родов 293  
 — — плаценты 186, 187, 222  
 — — анемия 177  
 — — боковое 143, 155, 160  
 — — ведение родов 155  
 — — — — выжидание 156  
 — — — — кесарево сечение 156  
 — — — — метрейриз 156  
 — — — — разрыв плодного пузыря и  
 наложение кожно-головных щипцов 156  
 — — влагалищные исследования,  
 ограничение 163  
 — — — детская смертность 163  
 — — — диагноз 155, 161  
 — — — извлечение плода 157  
 — — — кровотечение 155, 161  
 — — — профилактика внутриутробной  
 асфиксии плода 160  
 — — — родоразрешение 160, 161  
 — — — тампонация влагалища 161  
 — — истмическое неполное 144, 175  
 — — — полное 144  
 — — краевое 141, 143, 146, 149  
 — — — анемизация 146  
 — — — ведение родов 144  
 — — — влагалищное исследование 142  
 — — — — ограничения 163  
 — — — госпитализация 141  
 — — — детская смертность 163  
 — — — диагноз 142, 146, 149  
 — — — кесарево сечение 144, 150, 151  
 — — — — показания 150  
 — — — — послеоперационное тече-  
 ние 155  
 — — — — техника 152  
 — — — — кровотечение 141  
 — — — — повторное 141  
 — — — патогенез 143  
 — — — переливание крови 150  
 — — — преждевременное отхождение  
 вод 146

Предлежание плаценты боковое, разрыв  
 плодного пузыря 144, 151  
 — — — кожно-головные щип-  
 цы 144, 151  
 — — — метрейриз 144, 151  
 — — — усиление отслойки 144  
 — — — этиология 143  
 — — — кровотечение наружное 178  
 — — — низкое 143  
 — — — перешеечно-шеечное 143  
 — — — ампутации матки 171  
 — — — ведение родов 170  
 — — — — ошибки 173  
 — — — диагноз 173, 175  
 — — — причина летальных исходов  
 173  
 — — — экстирпация матки 173  
 — — — центральное 143, 174  
 — — — ведение родов 164  
 — — — гипоксемия хроническая 169  
 — — — госпитализация 164  
 — — — декомпенсация организма 165  
 — — — детская смертность 163  
 — — — диагноз 165, 174  
 — — — кесарево сечение 165  
 — — — — исходы 168  
 — — — — осложнения 168  
 — — — — кровотечение 164, 169, 174  
 — — — — атоническое 169  
 — — — переливание крови 166  
 — — — подготовка к операции 165  
 — — — рентгеновезикография 164  
 — — — экстирпация матки 175  
 — пуповины 409  
 — — переход в выпадение 409  
 — ручки, определение 342  
 — тазовое 341  
 — — акушерские задачи 468  
 — — выпадение пуповины 412  
 — — разновидности 341  
 — — ушное 310  
 — ягодичное чистое (неполное) 339, 341,  
 348  
 — — — ведение родов 351  
 — — — влагалищное исследование 339,  
 340, 343, 349  
 — — — выведение ручек 353, 354  
 — — — диагноз 339, 341, 349  
 — — — запрокидывание ручек 354  
 — — — инертность матки 350  
 — — — — борьба 350  
 — — — исходы родов 340  
 — — — мертворождаемость 340  
 — — — метрейриз 349  
 — — — наружное исследование 339  
 — — — отхождение вод 343  
 — — — — ранее 349  
 — — — — мекония 343  
 — — — профилактика внутриутробной  
 асфиксии плода 344, 350, 351  
 — — — рентгенография 339  
 — — — родоразрешение 351  
 — — — ручное пособие по Цовьянову  
 344  
 — — — слабость родовой деятельности  
 вторичная 351  
 — — — — первичная 349  
 — — — степень открытия наружного  
 зева 339

Предлежание ягодичное чистое, стимуля-  
 ция родовой деятельности 349, 350  
 — — — ускорение сердечных тонов  
 плода 344  
 — — — щипцы на ягодицы 352  
 — — — смешанное (полное) 341, 356  
 — — — ведение родов 356, 358  
 — — — влагалищное исследование 356  
 — — — диагноз 356  
 — — — отхождение вод 356  
 — — — перинеотомия 360  
 — — — ручное пособие 359, 361  
 — — — — время для оказания его  
 360  
 — — — стимуляция родовой деятель-  
 ности 357, 359  
 Преждевременное отхождение вод при  
 краевом предлежании плаценты 146  
 Преждевременные роды при аппендиците  
 30  
 Прерывание беременности при митраль-  
 ной болезни 42  
 — — — заболеваниями сердца в поздние  
 сроки 40  
 — — — — — ранние сроки 46  
 — — — — — самопроизвольное при раке шей-  
 ки матки 69  
 Прием внутренний Боделока 302  
 — наружный Шатца 302  
 — ручной по Липманну для использо-  
 вания высокого прямого стояния го-  
 ловки 322, 326, 330  
 — Торна 302  
 Прижатие брюшной аорты кулаком 214,  
 226  
 Признак Альфельда 202  
 — Довженко 203  
 — Клейна 203  
 — Микулич—Раецкого 202  
 — Чукалова—Кюстнера 202  
 — Штрассмана 203  
 Прикрепление плаценты краевое 138, 141  
 — — — низкое 136  
 — — — влагалищное исследование 136  
 — — — — акушеркой 137  
 — — — — — диагноз 138  
 — — — — дифференциальный 139  
 — — — — кровотечение 136  
 — — — — причины 138  
 — — — — лечение 139  
 — — — — вскрытие плодного пузыря  
 139, 140  
 — — — послеродовый период 141  
 — — — — предлежащая часть плода, про-  
 щупывание 139  
 — — — — тампонация влагалища 137  
 — — — — течение беременности 138  
 — — — — послеродового периода 140  
 — — — — этиология 139  
 — — — — плотное 217  
 — — — — ведение послеродового пери-  
 ода 222  
 — — — — время активного вмешательства  
 218  
 — — — — — диагноз 218, 219  
 — — — — — дифференциальный 218  
 — — — — — кровотечение 217  
 — — — — — причины 218  
 — — — — морфологические изменения 219

- Прикрепление плаценты плотное, терминология 219  
 — — — транспортабельность роженицы 220  
 Приращение плаценты 217  
 — — истинное 218  
 — — — изменения мышечной стенки матки 218  
 — — — лечение 221  
 — — — морфология децидуальной оболочки 218  
 — — — прорастание ворсинок через всю стенку матки 218  
 — — — роль отягощенного акушерского анамнеза 218  
 — — — этиология 218  
 — — — ложное 219  
 Последовый период 193  
 — — «бескровный» 195  
 — — — введение питуитрина 195  
 — — — — вред 195  
 — — — ведение 195  
 — — — история 194  
 — — — длительность его 193  
 — — — задержка оболочек 206  
 — — — контуры матки 196, 199, 201  
 — — — кровопотеря 199  
 — — — лечение осложнений 220  
 — — — наблюдение за роженицей 198  
 — — — нормальное отделение плаценты 197  
 — — — определение целостности плаценты 207, 212  
 — — — — осмотр последа 258  
 — — — — — проба воздушная 213  
 — — — — — молочная 212  
 — — — — — с кипятком 213  
 — — — — отделение плаценты 195  
 — — — — признаки отслойки плаценты 202  
 — — — — течение 193  
 — — — — фазы 196  
 — — — — активные маточные сокращения 199  
 — — — — изгнание последа 203  
 — — — — покой физиологический относительный 197  
 — — — — сокращения матки 195  
 Проба воздушная 213  
 — — — — молочная 212  
 — — — — с кипятком 213  
 Прободение матки 72  
 — — — — диагноз 72  
 — — — — при воспалении брюшины 76  
 — — — — трудности 74  
 — — — зондирование матки контрольное 74  
 — — — — неосложненное 73, 74  
 — — — — лечение оперативное 76  
 — — — — — зашивание отверстия 76  
 — — — — — методика 76  
 — — — — — обезболивание 77  
 — — — — — удаление матки 76  
 — — — — — осложненное 73, 74  
 — — — — — признаки 73  
 — — — — — причины предрасполагающие 75  
 — — — — тактика врача 75  
 Проверка полости матки 214  
 — — — — инструментальная 214  
 — — — — ручная 214  
 Прозерин, усиление родовой деятельности 359  
 Прорастание стенки матки ворсинками хориона 242  
 Протромбиновое время 449  
 Профилактика токсико-септических заболеваний новорожденных 460  
 — — — — в палатах новорожденных 462  
 — — — — — — родильниц 461  
 — — — — — — до родов 461  
 — — — — — — при рождении 461  
 Профилактические осмотры 71  
 Пузырный занос 90  
 Пузырь плодный плоский 193, 317  
 — — — — — роль в механизме раскрытия шейки 390  
 — — — — — сохранение целостности 362  
 Пункция абсцессов молочной железы с последующим введением антибиотиков 435, 436  
 — — — — — молочной железы 433  
 — — — — — через задний свод при внематочной беременности 113, 119  
 Пиявки 449  
 Разгрузочные дни при токсикозах беременности 12  
 Разрыв матки 236  
 — — — акушерские задачи 472  
 — — — — анемия 177  
 — — — — беременной 239  
 — — — — — гистология места разрыва 244  
 — — — — — — — диагноз 240  
 — — — — — — — дифференциальный 240, 241  
 — — — — — — — изменения стенки матки 241  
 — — — — — — — кровотечение 242  
 — — — — — — — лечение 243  
 — — — — — — — надвлагалищная ампутация матки 243  
 — — — — — — — по рубцу 242  
 — — — — — — — симптомы 242  
 — — — — — — — частота 241  
 — — — — — — — по рубцу 262  
 — — — — — — — — ведение родов 265, 266  
 — — — — — — — — гистология рубца 265  
 — — — — — — — — — — диагноз 263  
 — — — — — — — — — — — лечение 263  
 — — — — — — — — — — — неполноценный рубец 267  
 — — — — — — — — — — — обезболивание 264  
 — — — — — — — — — — — переливание крови 264  
 — — — — — — — — — — — — протившоковых жидкостей 264  
 — — — — — — — — повторное кесарево сечение 267  
 — — — — — — — — — признаки 267  
 — — — — — — — — — ранняя госпитализация 263, 266  
 — — — — — — — — — — — роль времени наступления беременности после кесарева сечения 266  
 — — — — — — — — — — — — разреза при кесаревом сечении 266  
 — — — — — — — — — — стерилизация 267  
 — — — — — — — — — — — ушивание матки 265  
 — — — — — — — — — — — — характер заживления 266  
 — — — — — — — — — — — частота 266  
 — — — — — — — — при родах неполный 251, 259

- Разрыв матки при родах неполный диагноз 253, 255
- — — — — запущенное поперечное положение плода 255
  - — — — — клиническая картина 251
  - — — — — лечение 254, 256
  - — — — — ошибки ведения 251
  - — — — — причины 254
  - — — — — состояние плода 252
  - — — — — чревосечение без предварительного родоразрешения 254
  - — — — — экстирпация матки 256
  - — — — — этиология 254
  - — — — — механическая теория 254
  - — — — — теория патологических изменений стенки матки 254
  - — — — — полный 257, 259
  - — — — — диагноз 257
  - — — — — летальность 260
  - — — — — лечение 260
  - — — — — локализация 261
  - — — — — надвлагалищная ампуляция матки 260
  - — — — — насильственные 258
  - — — — — признаки поздние 260
  - — — — — — ранние 259
  - — — — — самопроизвольный 258
  - — — — — ушивание 260, 261
  - — — — — — техника 261
  - — — — — частота 258
  - — — — — чревосечение без предварительного родоразрешения 260
  - — — — — экстирпация матки 260
  - — — — — угрожающий 244
  - — — — — диагноз атипично протекающего 248
  - — — — — кесарево сечение 250
  - — — — — лечение 249
  - — — — — механизм Бандля 248
  - — — — — — возникновения 246
  - — — — — отличие от совершающегося 249
  - — — — — перерастяжение нижнего сегмента 247
  - — — — — плодоразрушающие операции 250
  - — — — — родоразрешение 246
  - — — — — симптомы 245
  - — — — — схватки 247, 249
  - — — — — узкий таз 245
  - — — — — форма матки в виде песочных часов 247
  - — — — — эмбриотомия 250
  - — — — — этиология 218
  - — — — — плодного пузыря искусственный 193
  - — — — — плодных оболочек 141, 144, 151
  - — — — — — кровотечение после него 145
  - — — — — — разрыва плодных оболочек 145
  - — — — — условия 144
  - — — — — промежности центральный угрожающий 268
  - — — — — выпячивание промежности 269
  - — — — — механизм 270, 272
  - — — — — нарушения механизма родов 274
  - — — — — питания тканей промежности 272
- Разрыв промежности (центральный угрожающий, перинеотомия) 272, 274
- — — — — период изгнания 269, 274
  - — — — — профилактика 272
  - — — — — угол лонный острый 272, 274
  - — — — — трубы беременной 109
  - — — — — — анамнез 110
  - — — — — — диагноз 109, 110, 113
  - — — — — — дифференциальный 112
  - — — — — — кровотечение внутреннее 111
  - — — — — — операция 114
  - — — — — — методика 114
  - — — — — — обезболивание 114
  - — — — — — отличие от выкидыша маточного 111
  - — — — — — переливание крови обратное 114
  - — — — — — пункция заднего свода 113
  - — — — — — шок 111
  - — — — — — шейки матки 212, 218, 223, 230
  - — — — — — величина 232
  - — — — — — диагноз 231
  - — — — — — зашивание 233
  - — — — — — кровотечение 231
  - — — — — — связь с величиной разрыва 231
  - — — — — — лечение 233
  - — — — — — локализация его 232
  - — — — — — осмотр шейки 231
  - — — — — — переливание крови 233
  - — — — — — причины 232
  - — — — — — проникающие 232, 234
  - — — — — — чревосечение 234
  - — — — — — этиология 232
- Рак шейки матки и беременность 67, 69
- — — — — — диагноз 67
  - — — — — — — гистологический 68
  - — — — — — — дифференциальный 67
  - — — — — — — лечение 71
  - — — — — — — неоперабельный 70
  - — — — — — — операбельный 70
  - — — — — — — роды 70
  - — — — — — — кровотечение 70
  - — — — — — — самопроизвольное прерывание беременности 69
  - — — — — — — тактика врача 70
  - — — — — — — течение ракового процесса 69
  - — — — — — частота 69
  - — — — — — — экстирпация матки вместе с придатком 71
- Раковый процесс, влияние беременности 69
- — — — — — симптомы 70
  - — — — — — степень запущенности 71
  - — — — — — течение при беременности 69
- Растяжение нижнего сегмента 254
- Расширение мочеточников при беременности 21
- Рвота беременных чрезмерная 5
- — — — — — как сопутствующий симптом 6
  - — — — — — лечение 7
  - — — — — — введение жидкости и хлоридов 7
  - — — — — — постельный режим 7
  - — — — — — режим питания 7
  - — — — — — схема Кобозевой 8
  - — — — — — ошибки ведения 5
- Реакция Ашгейм—Цондека 95

- Реакция Ашгейм-Цондека при хоррионэпителиоме 100, 105, 107
- биологические на беременность 86
  - больной на кровопотерю 83
  - неадекватная на импульсы с беременной матки 7
  - сперматурическая на беременность 86, 95
  - Фридмана 95
- Рентгеновезикография 164
- Рентгенография плода 328, 339, 343
- при двойнях 368
  - — поперечном положении плода 385, 387, 396
- Реобазы кожночувствительная при токсикозах 7
- оптическая при токсикозах 7
- Рефлекс потужной 321
- Ригидность зева 276
- — лечение 277
  - — неврогенная 276
  - — рассечение 277
  - — расширение пальцами 277
  - — структурные изменения 277, 280
- Родовая деятельность, характеристика 283
- Родовспоможение советское 16
- Родоразрешение активное при нефропатии 13
- Роды, длительность 282
- длительные 281, 282, 287, 349
  - шок родовой 237
  - преждевременные при туберкулезе легких 63
  - при лицевом предлежании 302, 303
  - — лобном предлежании 296
  - — переднеголовном предлежании 293
- Ротация головки в щипцах 315
- Ручка плода, отличие от ножки 393
- Ручное пособие после рождения плода до пупочного кольца 344
- Сактосальпинкс 118
- Сверхзачатие 368
- Свищ мочевоy, угроза образования 305
- Сегмент нижний, перерастяжение 247
- Сепсис 452
- макроорганизм 452
  - микроорганизм 452
- Септикопиемия послеродовая 450
- — диагноз 453
  - — синдромы 453
  - — — осложненный 453
  - — — патологических процессов в половых органах 453
  - — — поражений нервной системы 453
  - — — реактивности 453
  - — — токсикога 453
- Септицемия послеродовая 450
- — бактериология крови 452
  - — борьба с интоксикацией 455
  - — — инфекцией 455
  - — — отдельными проявлениями септического поражения организма 455
  - — — диагноз 451, 454
  - — — интоксикация организма 452
  - — — легкие 451
  - — — лечение 451, 452, 454, 455
  - — — симптоматическое 455
- Септицемия послеродовая, метастатические абсцессы 452, 456
- — — осложнения 453
  - — — переливание крови 452
  - — — почки 451
  - — — сердце 451
- Симптом хруста снега 242, 255
- Синдромы послеродовой септикопиемии 453
- — — осложнений 453
  - — — патологических процессов в половых органах 453
  - — — поражения нервной системы 453
  - — — реактивности 453
  - — — токсикога 453
- Скольжение головки по тазовому дну 271, 272
- Слабость родовой деятельности 275, 281, 285, 289
- — — в периоде изгнания 285
  - — — — ведение родов 286
  - — — — диагноз 290, 292
  - — — — задержка родов 287
  - — — — профилактика асфиксии плода 288
  - — — — стимуляция 287, 292
  - — — — щипцы выходные 289
  - — — — раскрытия 275, 281
  - — — — ведение родов 276, 277, 282, 284, 291
  - — — — выжимание последа 278
  - — — — диагноз 275, 282, 290
  - — — — затяжные роды 281
  - — — — обследование полости матки ручное 279
  - — — — отсутствие продвижения головки 276
  - — — — отхождение вод 291
  - — — — ошибки врача 283
  - — — — питуитрин 292
  - — — — профилактика асфиксии плода 284
  - — — — раннее отхождение вод 276
  - — — — — рассечение зева шейки матки 277
  - — — — — расширение зева шейки матки пальцами 277
  - — — — — ригидность зева 276
  - — — — — родоразрешение 278
  - — — — — стимуляция 283, 291, 292
  - — — — — щипцы полостные 278
  - — — — при крупном плоде 332
- Смерть плода антенатальная при гипертонической болезни 53
- Сношение половое прерванное, влияние на нервную систему 87
- Сокращения матки при помощи медикаментозных средств 227
- Соскальзывание щипцов 353
- Соски анатомически неправильные, подготовка их к кормлению ребенка 420
- Сохранение беременности при туберкулезе легких 62
- Спазм сосудов рефлекторный при тромбозах послеродовых 444
- Спондилотомия 404

- Способ Морисо—Левре 345  
 — Фейта—Смелли 345  
 Стерилизация 267  
 Стимуляция родовой деятельности 132, 283, 287, 291, 292, 332, 337  
 — сократительной деятельности матки, способ Курдиновского 88  
 Стояние головки высокого прямого 316, 323, 327  
 — — — вакуум-экстрактор 326  
 — — — варианты 319  
 — — — затылочно-крестцовое положение 319, 328  
 — — — затылочно-лонное положение 319, 324  
 — — — ведение родов 319, 323  
 — — — влагалищное исследование 316, 318, 321, 328, 329  
 — — — вращение головки ручное 324  
 — — — высокие щипцы Килланда 322  
 — — — диагноз 318, 323, 329  
 — — — кесарево сечение 330  
 — — — механизм образований 318, 320  
 — — — родов 320, 324  
 — — — наружное исследование 318  
 — — — осложнения 320  
 — — — отхождение вод 325  
 — — — перинеотомия 322  
 — — — плодный пузырь плоский 317  
 — — — поворот плода на ножку 322, 325, 330  
 — — — прием ручной по Липману 322, 325, 326, 330  
 — — — профилактика внутриутробной асфиксии плода 325, 326  
 — — — рентгенография плода 328  
 — — — ригидность маточного зева, уменьшение 321  
 — — — родоразрешение 320, 326  
 — — — стимуляция родовой деятельности 317, 321  
 — — — суженный таз 328  
 — — — частота 320  
 — — — щипцы высокие 325  
 — — — полостные 327  
 Стриктура зева вокруг шейки плода 362  
 Субинволюция матки 441  
 Сухие роды 349  
 Схватки резко болезненные 193  
 Сцеживание молока 419  
 Таз плоский, механизм родов 294, 296, 299, 302, 309  
 — — простой 336  
 — — узкий, разрыв матки в родах 245  
 Тазовое предлежание 341  
 Тампонация влагалища при кровотечениях во время беременности 137  
 — матки 227  
 — при шеечной беременности 127  
 Техника кормления грудью 420  
 Токсикозы беременности 6  
 — акушерские задачи 464  
 — патогенез 6  
 — поздние 10  
 — — лечение 12  
 — — патогенез 10  
 — — этиология 10  
 — — предрасполагающие моменты 6  
 Токсикозы беременности, предрасполагающие моменты, гормональные нарушения 6  
 — — — заболевания различных органов 6  
 — — — состояние нервной системы 7  
 — — при пузырном заносе 94  
 — — ранние, лечение 7  
 — — шок родовой 237  
 — — этиология 6  
 Тоны сердечные плода, ускорение при ежегодных предлежаниях 344  
 Трещины сосков 416  
 — — диагноз 416  
 — — классификация 416  
 — — кормление грудью 419  
 — — лечение 418  
 — — механизм образования 418  
 — — нарушения нервнодистрофических процессов 417  
 — — патогенез 417  
 — — профилактика 420  
 — — рецидив 420  
 — — создание покоя соску 419  
 — — сцеживание 419  
 — — форма сосков 417  
 — — этиология 416  
 — — стенки матки 259  
 Тромбофлебит послеродовой 424, 442  
 — боли 444  
 — глубоких вен 443, 447  
 — гнойное расплавление тромбов 447  
 — — диагноз 443  
 — — изменения крови 445  
 — — как проявление септикопиемии 443  
 — — лечение 449  
 — — механизм развития 444  
 — — неосложненный 443  
 — — осложнения 447, 448  
 — — отличие от глубокой разлитой флегмоны бедра 444  
 — — поверхностных вен 443, 447  
 — — — лечение 449  
 — — — связь с варикозным расширением вен 448  
 — — покой 449  
 — — применение антикоагулянтов 449  
 — — профилактика 449  
 — — распадающийся 443  
 — — расширение подкожных вен 444  
 — — симптомы 443  
 — — спазм сосудов 444  
 — — тазовых вен 446  
 — — течение 448  
 — — учащение пульса 445  
 — — эмболия легочных артерий 447  
 Трофобласт 143  
 Туберкулез гортани и беременность 62  
 — легких и беременность 60, 63  
 — — — вакцинация 63  
 — — — ведение родов 60, 61  
 — — — — ошибки 62  
 — — — выписка детей 63  
 — — — — диагноз 60  
 — — — — кормление грудью 61, 63  
 — — — — переход туберкулезного процесса в стадию декомпенсации 61  
 — — — — преждевременные роды 63  
 — — — — прерывание беременности 62  
 — — — — послеродовой период 61

- Туберкулез гортани и беременность, сохранение беременности 62  
 — — — — роль женской консультации 62  
 — — — — — туберкулезного диспансера 62  
 — — — — — щипцы 61  
 — почеч, отличие от пиелита 23  
 Угол лонный, определение 274  
 — — острый 272  
 Удаление матки и придатков при хорионэпителиоме 103, 108  
 — — при шеечной беременности 127  
 — отслоившейся плаценты 204  
 — — — — метод Абуладзе 204  
 — — — — Гентера 205  
 — — — — — Елкина—Гентера 205  
 — — — — — Креде—Лазаревича 205  
 — — — — — надавливания 204  
 — пальцевое остатков плодного яйца 84  
 — поврежденной матки 76  
 — — — — надвлагалищное 76  
 — — — — полное 76  
 Удельный вес крови 165  
 — — — — определение 150  
 — — плазмы, определение 150  
 Узкий таз, акушерские задачи 468  
 — — (клинически) при переносенной беременности 135  
 — — слабость родовой деятельности в периоде раскрытия 276  
 Уремия, отличие от эклампсии 15  
 Урод бессердечный 368  
 Ушное предлежание 310  
 Ущемление плаценты 193, 194, 218, 220  
 — — — — причины 220
- Фибромиома матки и беременность** 63, 66  
 — — — — ведение родов 65  
 — — — — — диагноз 63  
 — — — — — некроз узла 66  
 — — — — — осложнения 65  
 — — — — — послеродовой период 66  
 — — — — — роды оперативные 64  
 — — — — — *per vias naturales* 64  
 — — — — — роль женской консультации 66
- Phlegmasia alba dolens** 443  
 Флегмона бедра глубокая разлитая, отличие от послеродового тромбофлебита 444  
 Форма матки при отделении плаценты, изменения 202  
 Френикус-симптом 111
- Холецистит** 28  
 — отличие от пиелита 21  
 Хорионэпителиома 97, 99, 104, 107  
 — атипичная форма 101  
 — влагалищное исследование 100, 107  
 — выскабливание диагностическое 108  
 — генез 100  
 — — — — — диагноз 99, 104, 108  
 — — — — — гистологический 103  
 — — — — — гормональный 102  
 — — — — — лечение 103, 108  
 — — — — — последующее 108  
 — методика исследования 100  
 — наблюдения последующие 103, 107
- Хорионэпителиома, признаки 101  
 — реакция Ашгейм—Цондека 100  
 — строение 100  
 — удаление матки с придатками 103, 108  
 — — форма типичная 100  
 — — хориальный гонадотропин 102
- Целость плаценты, определение** 207  
**Цистит, отличие от пиелита** 23  
**Цистоскопия при пиелите беременных** 24
- Шов стреловидный, низкое поперечное стояние** 309, 314  
 — — — — — асинклитическое вставление головки 309  
 — — — — — механизм родов 314  
 — — — — — родоразрешение 315
- Шок родовой** 235  
 — — кровь 238  
 — — — — — лечение 237  
 — — переливание крови 237  
 — — — — — кровезамещающих жидкостей 237  
 — — — — — предрасполагающие моменты 236  
 — — частота 235  
 — — — — — этиология 237
- Щипцы высокие** 325  
 — — Килланда для исправления высокого прямого стояния головки 322  
 — — — — — выходные при слабости родовой деятельности 288, 289,  
 — — — — — Килланда 316, 322
- Щипцы кожно-головные** 144, 146, 151, 156, 287, 410  
 — — для усиления родовой деятельности 333  
 — — — — — заживление ранок на головке плода 148  
 — — — — — преимущества 147  
 — — — — — техника наложения 147  
 — — — — — наложение на головку, стоящую в узкой части полости таза 315  
 — — — — — ягодичы 352  
 — — — — — при многоплодии 372  
 — — — — — полостные при слабости родовой деятельности 278  
 — — — — — при лицевом предлежании 306  
 — — — — — — техника 307  
 — — — — — — тракции 308  
 — — — — — — условия 306  
 — — — — — лобном предлежании 298  
 — — — — — туберкулезе легких 61
- Эвисцерация** 404  
**Эклампсия беременных** 14  
 — — — — — диагноз 15  
 — — — — — дифференциальный 15  
 — — — — — диететика 18  
 — — — — — — голодная диета 18  
 — — — — — — молочно-растительная диета 18  
 — — — — — — лечение 17  
 — — — — — — аминазином 17  
 — — — — — — агрессивном 17  
 — — — — — — метод Бровкина 17  
 — — — — — — Строганова 17  
 — — — — — — резерпином 17  
 — — — — — патогенез 16



- Эклампсия беременных, частота 16  
— — — снижение в СССР 16  
Экстирпация матки по поводу центрального предлежания плаценты 174  
— — с придатками при раке шейки матки и беременности 71  
Эксеребрация 182  
Эмболия легочных артерий 447  
— околоплодными водами, шок родовой 237  
Эмбриотомия 250, 404  
— варианты 404  
Эндометрит в родах 370, 438
- Эндометрит в родах, патогенез 438  
Эндомиокардит 39  
Эпилепсия, отличие от эклампсии 15  
ЭЭГ при перенесенной беременности 131
- Ягодичное предлежание смешанное 356  
— — чистое 339, 341, 348  
Язва сифилитическая шейки матки 68  
— туберкулезная шейки матки 68  
Язвенная болезнь желудка и беременность 29  
Яичники кистозно-перерожденные при пузырном заносе 98

акusher-lib.ru

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие . . . . .	3
-----------------------	---

### **ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Чрезмерная рвота беременных. И. П. Иванов . . . . .	5
Нефропатия беременных. Д. Ф. Чеботарев . . . . .	9
Эклампсия беременных. И. П. Иванов . . . . .	14
Пиелит и беременность. Л. Н. Гольдштейн и А. М. Фой . . . . .	19
Аппендицит и беременность. А. Л. Каплан . . . . .	27
Заболевания сердечной мышцы и беременность (миокардит, миокардиодистрофия). Д. Ф. Чеботарев . . . . .	34
Митральная болезнь и беременность. Д. Ф. Чеботарев . . . . .	38
Митральная болезнь. Влагалищное кесарево сечение. А. Л. Каплан . . . . .	43
Гипертоническая болезнь и беременность. А. И. Вылегжанин . . . . .	48
Сахарный диабет и беременность. Е. П. Романова . . . . .	54
Туберкулез легких и беременность. С. Д. Астринский . . . . .	60
Фибромиома матки и беременность. С. Д. Астринский . . . . .	63
Рак шейки матки и беременность. М. Н. Лехтман . . . . .	67
Прободение матки при искусственном аборте. А. З. Кочергинский . . . . .	72
Неполный выкидыш. В. И. Константинов . . . . .	77
Неполный инфицированный выкидыш. К. К. Комешко . . . . .	81
Несостоявшийся выкидыш. В. И. Константинов . . . . .	85
Пузырный занос. А. Л. Каплан . . . . .	90
Хорионэпителиома. А. Л. Каплан . . . . .	99
Пузырный занос—хорионэпителиома. Л. Г. Степанов . . . . .	104
Внематочная беременность (разрыв беременной трубы). С. М. Клейн . . . . .	109
Внематочная беременность (haematocoele retrouterina). С. М. Клейн . . . . .	116
Шеечная беременность. М. Н. Лехтман . . . . .	123
Переношенная беременность. А. И. Петченко . . . . .	130
Переношенная беременность. Кесарево сечение. А. И. Петченко . . . . .	133

### **ПАТОЛОГИЯ РОДОВ**

Низкое прикрепление плаценты. М. А. Романов . . . . .	136
Краевое предлежание плаценты. Разрыв оболочек плодного пузыря. Н. П. Лебедев . . . . .	141
Краевое предлежание плаценты. Кожно-головные щипцы. Н. П. Лебедев . . . . .	146
Краевое предлежание плаценты. Кесарево сечение с поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Н. П. Лебедев . . . . .	149
Боковое предлежание плаценты. Метрейризм и поворот плода на ножку. Н. П. Лебедев . . . . .	155
Боковое предлежание плаценты. Поворот (несвоевременный) по Брекстону Гиксу. Н. П. Лебедев . . . . .	160
Центральное предлежание плаценты. Классическое кесарево сечение. Н. П. Лебедев . . . . .	163
Перешеечно-шеечное предлежание плаценты. Надвлагалищная ампутация матки. Н. П. Лебедев . . . . .	170
Центральное предлежание плаценты. Экстирпация матки. Н. П. Лебедев . . . . .	174
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Перфорация головки плода. П. В. Маненков . . . . .	176

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Брюшностеночное кесарево сечение. П. В. Маненков . . . . .	185
Последовый период, осложненный кровотечением. А. Л. Каплан . . . . .	192
Задержка части детского места. Ручное обследование полости матки. В. А. Покровский . . . . .	210
Плотное прикрепление плаценты (Placenta adhaerens). Ручное отделение последа. В. А. Покровский . . . . .	217
Атоническое кровотечение. В. А. Покровский . . . . .	223
Разрыв шейки матки. В. А. Покровский . . . . .	230
Родовой шок. В. А. Покровский . . . . .	235
Разрыв матки во время беременности. Л. С. Персианинов . . . . .	239
Угрожающий разрыв матки при родах. Л. С. Персианинов . . . . .	244
Неполный разрыв матки при родах. Л. С. Персианинов . . . . .	251
Полный разрыв матки при родах. Л. С. Персианинов . . . . .	257
Разрыв матки по рубцу после кесарева сечения. Л. С. Персианинов . . . . .	262
Угрожающий центральный разрыв промежности. А. Л. Каплан . . . . .	268
Ригидность наружного зева при родах. С. Д. Астринский . . . . .	275
Слабость родовой деятельности в периоде раскрытия. Я. С. Кленицкий . . . . .	281
Слабость родовой деятельности в периоде изгнания. Я. С. Кленицкий . . . . .	285
Слабость родовой деятельности в первом и втором периоде родов. Я. С. Кленицкий . . . . .	289
Переднеголовное предлежание. П. А. Степанов . . . . .	293
Лобное предлежание. П. А. Степанов . . . . .	295
Лицевое предлежание. А. Л. Каплан . . . . .	299
Асинклитическое вставление головки и низкое поперечное стояние стреловидного шва. А. Л. Каплан . . . . .	309
Высокое прямое стояние головки (POS). А. Л. Каплан . . . . .	316
Высокое прямое стояние головки (POP). А. Л. Каплан . . . . .	323
Высокое прямое стояние головки (POS). Кесарево сечение. А. Л. Каплан . . . . .	327
Гидроцефалия плода. Перфорация головки. Ш. Я. Микеладзе . . . . .	332
Гидроцефалия плода. Перфорация последующей головки. Ш. Я. Микеладзе . . . . .	336
Чистое ягодичное предлежание. М. А. Петров-Маслаков . . . . .	339
Чистое ягодичное предлежание. Запрокидывание ручек. М. А. Петров-Маслаков . . . . .	348
Смешанное ягодичное предлежание. *М. А. Петров-Маслаков . . . . .	356
Ножное предлежание. М. А. Петров-Маслаков . . . . .	361
Двойня однайцевая. А. Л. Каплан . . . . .	367
Двойня двуйцевая. А. Л. Каплан . . . . .	377
Поперечное положение плода. Поворот плода на ножку. А. Л. Каплан . . . . .	384
Поперечное положение плода. Преждевременное отхождение вод. Метрейриз. Е. П. Романова . . . . .	395
Поперечное положение плода. Преждевременное отхождение вод. Брюшностеночное кесарево сечение. Е. П. Романова . . . . .	399
Запущенное поперечное положение плода. Эмбриотомия. Е. П. Романова . . . . .	401
Выпадение пуповины. Вправление пуповины. Наложение кожно-головных щипцов. И. И. Грищенко . . . . .	406
Выпадение пуповины при тазовом предлежании. Извлечение плода за ножку. И. И. Грищенко . . . . .	412

### **ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

Трещины сосков в период лактации. М. П. Рудюк . . . . .	416
Острый серозный лактационный мастит. М. П. Рудюк . . . . .	422
Абсцедирующий лактационный мастит. М. П. Рудюк . . . . .	430
Послеродовой метроэндометрит. С. Б. Рафалькес . . . . .	437
Послеродовой тромбофлебит. Л. И. Бубличенко . . . . .	442
Послеродовая септицемия и септикопиемия. С. Б. Рафалькес . . . . .	450
Токсико-септические заболевания новорожденных. А. Ф. Тур . . . . .	457

### **АКУШЕРСКИЕ ЗАДАЧИ**

А. Л. Каплан

Краткое решение акушерских задач. А. Л. Каплан . . . . .	477
Предметный указатель . . . . .	480

Редактор *В. П. Порай-Кошиц*  
Техн. редактор *Ю. С. Бельчикова*  
Корректор *М. И. Стрельцова*  
Переплет художника *Б. И. Гутентсга*

---

Сдано в набор 29/I 1959 г. Подписано к печати 19/VI 1959 г. Формат бумаги 70×108/<sub>16</sub> 31,5 печ. л.+1,0 печ. л. вкл. (условных 44,53 л.) 47,39 уч.-изд. л. Тираж 20000 экз. Т06176 МН-76

---

Медгиз, Москва, Петровка, 12  
16-я типография Московского городского Совнархоза

Москва, Трехпрудный пер., д. 9.  
Цена 24 р. 15 к. Переплет 2 руб. Заказ 780