

К. Н. Жмакин. Ф. А. Сыроватко

АКУШЕРСКИЙ СЕМИНАР

157403-1960

К. Н. ЖМАКИН, Ф. А. СЫРОВАТКО

АКУШЕРСКИЙ СЕМИНАР

(ПРАКТИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО)



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Медгиз — 1960 — Москва

ПРЕДИСЛОВИЕ

Акушерство принадлежит к числу тех медицинских дисциплин, в которых большой удельный вес имеют разделы неотложной и скорой помощи. Вместе с тем глубоко прав В. С. Груздев, которому принадлежит афоризм «уменье выжидать столь же необходимо для врача-акушера, как и уменье оперировать».

В этой книге представлен разбор основных вариантов наиболее частых и важных форм акушерской патологии и сделана попытка показать на конкретных примерах пути построения диагностики и выбора выжидательной или оперативной тактики при различных патологических процессах.

При составлении этого труда мы стремились помочь врачам-акушерам в их ответственной работе. Если нам удалось хотя бы отчасти справиться с этой задачей, мы будем глубоко удовлетворены.

Главы I, II (раздел «Беременность и гипертоническая болезнь»), IV—XII написаны проф. К. Н. Жмакиным, главы II (разделы «Беременность и заболевания сердца», «Беременность и туберкулез легких», «Беременность и острый аппендицит», «Беременность и острый инфекционный гепатит»), III, XIII—XVI — проф. Ф. А. Сыроватко.

Рисунки взяты из ряда учебников и руководств отечественных и иностранных авторов.

Авторы

ГЛАВА I

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

РАННИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

Рвота беременных (emesis gravidarum)

Т-ва, 22 лет, поступила в акушерскую клинику 10/IX 1955 г. в 9 часов по направлению женской консультации. Частая рвота и слюнотечение. Беременность сроком 9 недель.

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной. Взрослой ничем не болела.

Менструальная функция. Менструации с 17 лет, установились спустя 8 месяцев, наступали через 4—6 недель, по 2—3 дня, умеренные; до замужества были болезненными. Последняя менструация с 5 по 7/VII 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 21 года. Мужу 24 года, здоров. Последнее половое сношение неделю тому назад.

Генеративная функция и развитие заболевания. Беременность первая. До марта нарушений функции желудочно-кишечного аппарата не отмечала. С 10/VIII появилась тошнота, рвота по утрам. Вскоре рвота стала повторяться 3—4 раза в день, возникала после еды. С 25/VIII рвота участилась до 7—10 раз в сутки, наступая как после, так и до приема пищи. Больная резко ослабела, потеряла в весе 6 кг; появились головокружения, запоры. Амбулаторное лечение (введение 10% раствора хлористого кальция в вену, клизмы из 5% раствора глюкозы) было безуспешным. 10/IX Т-ва направлена в клинику. Из беседы с матерью выяснилось, что родители, крайне обеспокоенные состоянием больной, не скрывали от нее страха за исход беременности.

Общее и акушерское обследование. При поступлении отмечается бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, сухость кожи. Температура 37,1°. Пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 100/60 мм. Рост 157 см, вес 53,5 кг. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Размеры таза 25, 28, 31, 20 см. При влагалищном исследовании установлено, что матка в антефлексии, увеличена соответственно беременности 9 недель. Признак Горвица-Гегара выражен. Каких-либо патологических изменений половых органов не найдено. Во время осмотра с помощью зеркал обнаружен небольшой цианоз стенок влагалища и влагалищной части шейки матки. Исследование крови: патологических изменений не выявлено. Моча: удельный вес 1025, цвет насыщенно желтый; следы белка; в осадке патологических изменений нет. Реакция на ацетон положительная (+++).

Диагноз: рвота беременных.

Каковы же причины токсикоза — рвоты беременных?

По вопросу генеза рвоты беременных предложено много теорий; это несомненно является доказательством сложности вопроса, а также подтверждением недостаточной обоснованности ряда теорий. Само название этой группы заболеваний — токсикозы беременности (поскольку они возникают только во время беременности, прогрессируют с ее развитием и обычно проходят вскоре после родов) — мало обосновано. Поиски специфических токсинов, которые можно было бы считать первопричиной токсикозов, не увенчались успехом. Все же мы пользуемся этим термином ввиду его широкого распространения в литературе и от-

сутствия иного, более подходящего термина. Зейтц (L. Seitz) назвал эти заболевания гестозами беременности, однако такое определение нельзя признать ни более конкретным, ни лучше обоснованным.

Из многочисленных теорий возникновения такого токсикоза, как рвота беременных, назовем лишь важнейшие.

Токсемическая теория патогенеза ранних токсикозов беременности была предложена еще в XIX веке и имеет много сторонников (В. Фишель, А. В. Репрев, В. Линдеман, Н. И. Побединский). Что касается природы токсинов, то, по А. В. Репреву, это продукты распада пищевых веществ в кишечнике или в клетках организма, по В. Фишелю, — это бактериальные токсины, по Н. И. Побединскому и М. Л. Выдрину, — яды неопределенного происхождения. По мнению ряда авторов (И. Т. Мильченко, Я. Н. Полонский, А. А. Сидоров), рвота беременных возникает в результате нарушения обмена веществ и всасывания токсических промежуточных продуктов обмена.

Сторонники аллергической теории (Б. А. Егоров, А. Е. Маневич, А. А. Лебедев, Р. Г. Лурье, А. А. Никольская) считают, что во время беременности происходит повышенное всасывание белка и продуктов обмена плода; в ответ на это в организме беременной возникает аллергическая перестройка.

Согласно эндокринной теории, рвота беременных возникает в результате нарушения эндокринных взаимоотношений (А. Э. Мандельштам и Э. М. Каплун, Г. М. Шполянский, М. А. Даниахий, М. С. Найдич). При этом следует отметить, что ряд авторов рассматривает это заболевание как моногландулярное, другие же — как плюригландулярное нарушение.

Теорию нарушения коллоидного равновесия и корреляции органов внутренней секреции выдвинули М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир. Обнаружение дефицита витамина В₁ при ранних токсикозах беременности послужило основанием для разработки теории о возникновении рвоты беременных в результате гипо- и авитаминоза.

Неврогенная теория развития ранних токсикозов, возникшая в XIX веке, имеет ряд сторонников среди советских авторов. Так, К. К. Скробанский, А. И. Гофман указывают, что токсикозы возникают в результате изменений в различных отделах вегетативной или центральной нервной системы. Однако фактическими данными эта теория не подтверждена.

Психогенная теория токсикозов выдвинута В. И. Здравомысловым, М. С. Карпачевским, С. Н. Астаховым. Вместе с тем К. И. Платонов, анализируя свои наблюдения, подчеркивает, что только у 8 из 52 больных были установлены неблагоприятные психические факторы: уверенность в наступлении рвоты во время беременности, поскольку подобное заболевание было у матери и 2 сестер больной; тяжелые воспоминания о предыдущей беременности, сопровождавшейся рвотой; серьезный семейный конфликт. Конечно, как правильно пишет К. И. Платонов, нельзя недооценивать значение этих неблагоприятных психических факторов, но далеко не всегда они имеют место; с другой стороны, наблюдаются крайне тяжелые формы неукротимой рвоты у женщин, которые страстно мечтают о материнстве.

Рефлекторная теория происхождения рвоты беременных — передача рефлекса с матки на желудок — была широко распространена в XIX веке и имела сторонников в лице таких видных отечественных акушеров, как М. И. Горвиц и В. Н. Сутугин. В настоящее время эта теория в несколько иной интерпретации приобретает все большее число

сторонников, особенно в связи с разработкой К. М. Быковым и рядом его учеников учения об интерорецепции внутренних органов.

Наблюдения последних лет показали, что раздражения органов малого таза вызывают рефлекторные реакции со стороны дыхания, кровообращения, органа зрения (К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко, Э. Ш. Айрапетьянц, Е. Ф. Крыжановская, В. М. Лотис, С. К. Гамбашидзе). Наиболее полно рефлекторная теория патогенеза ранних токсикозов беременности сформулирована С. М. Беккером, который пишет: «В патогенезе ранних токсикозов беременности основное значение имеет нарушение рефлекторных реакций организма на раздражение нервных окончаний матки, вызываемое главным образом импульсами, идущими со стороны развивающегося плода, что находит свое отражение в появлении ряда клинических симптомов заболевания (рвота, птолизм)» (1952).

Причины нарушения рефлекторных реакций крайне разнообразны и могут быть как местными, так и общими. Это изменения половых органов, нарушения гормональных соотношений, особенности типа нервной системы, условные рефлексы отрицательного характера в отношении беременности и др. Так, по данным А. А. Лебедева, у страдающих рвотой беременных часто наблюдаются аппендицит, воспаление органов малого таза (33%), холецистит (3,35%), оперативные вмешательства по поводу этих заболеваний, альгодисменорея (21,9%). С. М. Беккер также указывает на большое значение заболеваний внутренних органов.

Заслуживают большого внимания данные О. П. Бондарь (1955). Обследовав при помощи дуоденального зондирования 35 беременных, страдающих ранним токсикозом, автор у 7 выявил холецистит, у 15 — холецистоангиохолит; соответствующее лечение (желчегонные средства, дуоденальное зондирование) облегчало состояние больных. О. П. Бондарь считает, что в развитии симптомов раннего токсикоза беременности большое значение имеют рефлекторные воздействия, исходящие из печени и желчных ходов при воспалительных процессах в них.

Мы считаем рефлекторную теорию ранних токсикозов наиболее обоснованной.

Что касается физиологического анализа патогенеза ранних токсикозов беременности, то соответствующие исследования весьма немногочисленны. П. П. Лазарев (1932) исследовал (пользуясь методикой темновой адаптации) чувствительность мозга в различные периоды беременности. Он установил, что в первые месяцы беременности чувствительность мозга подвержена значительным колебаниям; понижение чувствительности мозга влечет за собой повышение секреторной и двигательной (угроза самопроизвольного аборта) рефлекторной деятельности. Н. Е. Логинова (1950), пользуясь методами оптической и кожно-чувствительной хронаксии, обследовала 94 женщин с токсикозами беременности, из них 44 — с токсикозами первой половины (рвота, чрезмерная рвота, слюнотечение) и 50 — второй половины беременности (водянка беременных, нефропатия, гипертония). На основании своих исследований автор приходит к выводу, что при токсикозах первой половины беременности не удается установить определенные закономерности в состоянии центральной нервной системы, а при токсикозах второй половины беременности имеет место повышение возбудимости коры.

Н. В. Кобозева (1951) изучала у здоровых беременных и у беременных, страдающих ранними токсикозами, характер слюнной секреции по

методике Красногорского. Она пришла к выводу, совпадающему с данными П. П. Лазарева: при токсикозах первой половины беременности нарушаются соотношения возбудимости коры и нижележащих отделов в сторону относительного уменьшения возбудимости коры и усиления возбудимости продолговатого мозга. Для регуляции этих отношений Н. В. Кобозева предложила терапию бромом и кофеином.

Можно ли установить причины развития рвоты у беременной Т-вой?

Мы не находим у нее значительных нарушений общего развития, кроме позднего начала менструаций, нерегулярности и болезненности их. Все это может говорить о незначительных нарушениях развития организма. Каких-либо неблагоприятных психогенных моментов не отмечалось. Что касается развития заболевания во время беременности, то отягощающим фактором несомненно было длительное пребывание в домашних условиях: мать больной была крайне встревожена болезнью дочери и не скрывала от нее своих опасений за исход беременности. Таким образом, решение направить больную в стационар и радикально изменить окружающую обстановку следует считать вполне обоснованным.

Каковы же методы терапии при рвоте беременных?

Они так же многочисленны, как и теории ее происхождения. Сторонники токсемической теории предлагают лечить рвоту беременных кровопусканиями (от 300 до 500 мл), аутогемотерапией (согласно взгляду, что эритроциты обладают способностью адсорбировать токсические вещества). Исходя из аллергической теории токсикозов, применяют десенсибилизирующие методы (ультрафиолетовое облучение гиперэритемными дозами области пограничного ствола, чревного нерва, солнечного, подчревных и околоматочных нервных сплетений по типу трусиков). Сторонники гормональной терапии рекомендуют фолликулин, пролан, дезоксикортикостерон-ацетат, хлористый кальций. При обнаружении гипо- и авитаминоза В₁ вводят этот витамин.

Согласно неврогенной теории, больных токсикозами лечили гальванизацией шеи и шейного отдела мозга.

Сторонники рефлекторной теории в прежнем ее понимании рекомендовали средства, понижающие рефлекторную возбудимость нервной системы: опий и его алкалоиды, хлоралгидрат (В. В. Сутугин), бромистые препараты (В. Фаворский, В. К. Кайзер), а также введение в маточный зев (до 3 раз) ватного тампона, смоченного 20% раствором кокаина, скарификацию шейки матки, глотание кусочков льда, горчичники, мушки на эпигастральную область.

Имеется немало сторонников психотерапии рвоты беременных (А. П. Николаев, В. И. Здравомыслов, К. И. Платонов, М. С. Карпачевский, Р. Б. Геренштейн). Результаты подобной терапии у ряда больных весьма положительны.

Многочисленность способов лечения рвоты беременных является ярким подтверждением ограниченности наших знаний в области патогенеза этой болезни и малой эффективности ряда способов. Крайне важно подчеркнуть, что прогноз заболевания представляется сомнительным и необходимо повседневное вдумчивое наблюдение за больной и развитием болезни, чтобы своевременно решить, допустима ли дальнейшая консервативная терапия или необходимо срочно прервать беременность. Важно помнить, что у большинства таких больных лечение оказывается эффективным, однако при тяжелой форме болезни, так называемой чрезмерной (или неукротимой) рвоте, ни один метод не обеспечивает полного (в 100% случаев) успеха.

Лечение рвоты беременных, как правило, является комплексным и должно состоять из следующих пяти элементов: 1) устранение неблагоприятных условий внешней среды (перевод из домашней обстановки в стационар, где обеспечивается внимательный уход, чуткое отношение персонала); 2) устранение (путем бесед, психотерапии) патологических условных рефлексов (если, например, предыдущая беременность сопровождалась тяжелой рвотой и поэтому была искусственно прервана); 3) устранение причин возникновения патологических рефлекторных реакций (заболевания органов малого таза, желудочно-кишечного аппарата, печени); 4) применение мер против голодания и обезвоживания организма вследствие рвоты, слюнотечения; 5) воздействие на центральную нервную систему (терапия сном, гипноз, применение брома и кофеина).

Первые четыре элемента терапии являются обязательными для всех больных; выбор одного из трех методов воздействия на центральную нервную систему зависит от личного опыта акушера и обстановки, в которой проводится лечение. У ряда больных с легким и средней тяжести течением заболевания применение первых четырех элементов терапии является достаточным для получения быстрого терапевтического эффекта.

Какое же лечение мы назначим больной Т-вой?

Принимая во внимание раннее начало заболевания (с первых дней беременности), длительность и прогрессирование заболевания, нарушение питания), следует считать, что у этой больной имеет место заболевание средней тяжести. Поэтому необходимо немедленно использовать все элементы комплексной терапии.

Больную Т-ву поместили в небольшую палату, где не было других больных с рвотой беременных. В тот же день с Т-вой провел беседу врач, разъяснив, что в условиях стационара лечение проходит успешно и что заболевание не представляет опасности ни для нее, ни для будущего ребенка; в дальнейшем беседы проводились ежедневно.

10/IX назначены: 1) очистительная клизма¹; 2) капельные клизмы из 1000 мл 5% раствора глюкозы (в течение часа вводить 300 мл раствора); 3) витамин В₁ (тиамин) — 50 мг и аскорбиновая кислота — 300 мг (внутрь); 4) 5 мг прогестерона подкожно (профилактически ввиду позднего полового созревания).

11/IX. Состояние больной средней тяжести. Пульс 90 ударов в минуту. Температура вечером 37,2°. За истекшие сутки рвота была 10 раз; клизмы с глюкозой больная удержала. Диурез отрицательный. Вес 53,5 кг. Назначения те же; добавлен амитал-натрий по 0,2 г 2 раза в день (в клизме по 20 мл 10% раствора).

12/IX. Самочувствие несколько лучше, чем накануне. Пульс 84 удара в минуту. Температура 36,8°. За сутки спала 10 часов; рвота была 8 раз. Диурез отрицательный. Назначения те же. Прием пищи малыми порциями в охлажденном виде (чай, кофе, сухари, печенья, яблочное пюре, рыба отварная, яйца всмятку, красное вино по 1—2 чайные ложки 3—4 раза в день, компот).

13/IX. Самочувствие то же. Рвота 5 раз в сутки; один раз после еды рвоты не было. Спала 10 часов. Назначения те же.

14/IX. Самочувствие улучшается. Слабость меньше, отвращение к еде проходит. Спала 10 часов. Рвота 3 раза в сутки; 2 раза после еды рвоты не было. Назначения те же. При исследовании мочи ацетона и других патологических элементов не обнаружено.

С 15 до 22/IX самочувствие больной постепенно улучшалось; рвота 1—2 раза в сутки. Появился аппетит, пищу, как правило, удерживает. Диурез положительный. Вес 20/IX 54,5 кг.

С 20/IX введение амитал-натрия и глюкозы в клизмах прекращено. Разрешено вставать.

¹ Применение так называемых питательных клизм (яйца, молоко, жиры) нецелесообразно, так как в толстом кишечнике нет соответствующей биохимической среды; белки, наоборот, под действием гнилостных бактерий разлагаются, образуя токсические продукты.

С 23 по 30/IX больная оставалась в отделении патологии беременности. Рвота с 26/IX прекратилась. Самочувствие улучшилось. Беременность развивается. Прибавила в весе 2 кг (вес 55,5 кг).

Выписана под наблюдение женской консультации. Дома рвота не возобновлялась. Срочные роды живым ребенком 10/IV 1956 г.

Эпикриз

Т-ва поступила в акушерскую клинику по поводу рвоты беременных. Рвота до 10 раз в сутки. Падение веса на 6 кг. В моче ацетон. Отрицательный диурез. Назначено комплексное лечение: тщательный уход, клизмы с глюкозой, витамин В₁, прогестерон, амитал-натрий. Постепенное уменьшение рвоты, улучшение самочувствия, прибавление веса. Выписана из клиники после 20-дневного лечения с развивающейся беременностью. Срочные нормальные роды.

Неукротимая рвота беременных (hyperemesis gravidarum)¹. Искусственный аборт

К-ва, 24 лет, поступила в акушерскую клинику 19/IV 1956 г. по направлению женской консультации. Беременность сроком 7—8 недель, осложненная рвотой.

Анамнез. Жалобы на тошноту, частую рвоту, слюнотечение, запоры. Несмотря на это, больная настойчиво просит принять все возможные меры для сохранения беременности. В детстве болела корью, скарлатиной, пневмонией; за последние 2 года дважды перенесла ангину.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, установились сразу через 30 дней, по 7 дней, обильные, безболезненные. Последняя менструация с 25 по 29/II.

Половая функция. Половая жизнь с 21 года. Мужу 25 лет, здоров. Последнее половое сношение месяц тому назад.

Генеративная функция. Настоящая беременность пятая. Первая (в 1954 г.) и вторая (в 1954 г.) беременности сопровождались чрезмерной рвотой и закончились искусственным абортом 8 недель, третья беременность (в 1955 г.) — самопроизвольным абортом 8 недель, четвертая беременность (в 1955 г.) — искусственным абортом 8 недель по поводу неукротимой рвоты.

Течение настоящей беременности. С 30/III 1956 г. началась рвота, вначале 3—4 раза в день, а с 10/IV по 10—15 раз в день. За последние 3 недели потеряла в весе 8 кг, резкая слабость, головокружение. Температура в последнюю неделю 37—37,3°.

Общее и акушерское обследование. При поступлении обнаружена бледность кожных покровов. Температура 37,1°. Пульс 84 удара в минуту. Артериальное давление 95/55 мм. Рост 166 см, вес 54,5 кг. Размеры таза 25, 28, 30, 20 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты нормально; влагалище узкое; шейка матки конической формы, размягчена; зев округлой формы. Матка в антефлексии, округлой формы, увеличена соответственно 8-недельной беременности. Признак Горвица-Гегара выражен. Придатки матки не пальпируются. При осмотре с помощью зеркал обнаружен небольшой цианоз слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки.

Анамнез К-вой и раннее начало заболевания заставляют очень серьезно оценить ее состояние и подумать о прогнозе и методе терапии. За 3 года замужества больная беременна уже пятый раз, но ни одна беременность не развивалась нормально: три беременности сопровождались чрезмерной рвотой, побудившей врачей прибегнуть к аборту, одна беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Настоящая, пятая, беременность с первых же дней осложнилась рвотой. Повторная рвота при каждой последующей беременности весьма неблагоприятна в прогностическом отношении; у таких женщин рвота часто приобретает характер чрезмерной.

¹ Синоним неукротимой рвоты — чрезмерная рвота.

Литературные данные также говорят о том, что рвота, повторно возникающая при каждой последующей беременности, обычно протекает, как чрезмерная рвота, и заставляет иногда прервать беременность, поскольку лечение малоэффективно. Так, по данным А. С. Ершовой (1952), у 13 из 19 больных, страдавших чрезмерной рвотой, заболевание возникло повторно. Н. В. Кобозева (1953) отмечает, что у 17 из 46 обследованных ею женщин явления раннего токсикоза наблюдались и во время предыдущих беременностей; у 8 из этих женщин в анамнезе имелись искусственные аборт по поводу чрезмерной рвоты; у одной больной беременность из-за тяжелого течения раннего токсикоза была прервана 6 раз, у другой — 5 раз, у третьей — 3 раза. Согласно данным Т. Н. Юровой (1954), у 23 из 74 повторнобеременных предыдущая беременность также сопровождалась рвотой, а у одной больной 5 беременностей были прерваны из-за тяжелой формы рвоты. По наблюдениям А. А. Лебедева (1949), рецидив заболевания при последующих беременностях наблюдался в 90,6% случаев.

Литературные данные и анамнез больной К-вой являются яркой иллюстрацией трех особенностей развития тяжелой формы рвоты беременных: появление ее при первой же беременности, повторное развитие при последующей беременности, течение по типу чрезмерной рвоты беременных.

Итак, мы имеем основания поставить диагноз: беременность 8 недель, чрезмерная рвота беременных.

Какой прогноз у больной К-вой?

Прогноз представляется весьма сомнительным; необходимо немедленно приступить к комплексному лечению и вместе с тем повседневно следить за развитием картины болезни, чтобы вовремя прекратить консервативное лечение и прервать беременность, если появятся симптомы, угрожающие жизни больной.

Поместим больную в небольшую палату, в которой нет других больных, страдающих рвотой беременных, окружим ее вниманием, будем ежедневно беседовать с ней, чтобы вселить в нее уверенность в возможности выздоровления, и сделаем следующие комплексные назначения: 1) очистительная клизма; 2) капельные клизмы из 1000 мл 5% раствора глюкозы (в течение часа вводить 300 мл раствора); 3) 10% раствор бромистого натрия — 10 мл внутривенно; 4) 10% раствор кофеин-бензоат натрия — по 1 мл подкожно 2 раза в день; 5) витамин В₁ — 50 мг; 6) амитал-натрий 0,1 г на ночь.

20/IV. Самочувствие больной без перемен: плохо спала, мешала многократная рвота; испытывает отвращение к пище. Лечение то же.

21/IV. Самочувствие несколько лучше; спала 3 часа. Рвота 10 раз.

Кровь: Нб 76%, эр. 4 100 000; цветной показатель 0,87; л. 6100, э. 1%, п. 13%, с. 63%, лимф. 16%, мон. 7%; РОЭ 14 мм в час.

Моча: удельный вес 1020, цвет соломенно-желтый. Белка нет, патологических элементов в осадке нет. Ацетон +.

Назначения те же.

22 и 23/IV. Самочувствие улучшается. Рвота 7 раз; спала 4 часа. Клизмы с глюкозой удерживает. При исследовании мочи ацетон не обнаружен. Назначения те же, прием пищи малыми порциями в охлажденном виде (кофе, сухари, печенье, яблочное пюре, отварная рыба, красное вино по 1—2 чайные ложки 3 раза в день, компот).

24/IV. Состояние ухудшилось, ночь не спала; рвота 15 раз; запах ацетона изо рта. При исследовании мочи следы белка, ацетон ++++. Настойчиво просит сохранить беременность.

Характерной особенностью развития раннего токсикоза является волнообразное течение, смена периода улучшения ухудшением. Упорство заболевания, прогрессирующее ухудшение состояния больной (рвота 15 раз, ацетон в моче ++++) подтверждают диагноз чрезмерной

рвоты. Будем бдительны! Состояние больной может потребовать срочного прерывания беременности.

Нельзя ли изменить метод лечения или изменить дозы лекарства?

Первые четыре элемента лечения, о которых мы говорили при разборе больной Т-вой (стр. 9): устранение неблагоприятных условий внешней среды, причин возникновения неблагоприятных патологических рефлекторных реакций, устранение патологических условных рефлексов, принятие мер против голодания, нами реализованы. Нельзя ли изменить дозировку брома? Как известно, оптимальная доза брома резко варьирует — от 0,001 до 7 г в день (М. К. Петрова и М. А. Усиевич). По И. П. Павлову, дозировка брома при лечении невротозов для слабого типа высшей нервной деятельности должна быть в 5—8 раз меньше, чем для сильного. Однако в настоящее время еще не разработаны вполне объективные и достоверные методы определения типа высшей нервной деятельности у человека. В. К. Пророкова (1954) установила у больных, страдающих ранними токсикозами, два типа реакций со стороны артериального давления на внутривенное введение брома: у одних отмечалось значительное снижение артериального давления (до 25 мм) и длительный (свыше 45 минут) период возвращения к норме; у других артериальное давление снижалось незначительно (до 10 мм) и быстро (меньше чем за 20 минут) возвращалось к исходной цифре. Автор установил, что уменьшение вдвое дозы брома у больных первой группы и увеличение дозы вдвое у больных второй группы дают быстрый терапевтический эффект.

Проверим же у больной К-вой реакцию на введение брома. Оказалось, что артериальное давление снижается с 95/55 до 70/50 мм и восстанавливается (при измерении каждые 15 минут) лишь через 45 минут. Итак, согласно данным В. К. Пророковой, мы решили уменьшить дозировку брома до 5 мл 10% раствора; остальные назначения те же.

25 и 26/IV. Состояние без перемен. Больная апатична, ночью не спала; частая рвота. При повторном определении артериального давления до и после введения 5 мл 10% раствора брома установлено, что артериальное давление (55 мм) возвращается к исходной цифре не через 45 минут, как 24/IV, а через 30 минут, т. е. доза брома (согласно В. К. Пророковой) была оптимальной. Назначения те же.

27/IV. Самочувствие несколько лучше: рвота 10 раз; 2 раза после приема пищи рвоты не было. Ночью спала с перерывами. В моче ацетон ++++. Назначения те же. Вес 52 кг.

С 28/IV по 2/V самочувствие то улучшалось, то вновь ухудшалось. Рвота от 5 до 15 раз в сутки; чувство слабости, головокружение.

С 3/V резкое ухудшение. Пульс 110 ударов в минуту, температура 37,8°. Рвота до 20 раз в сутки, резкая слабость, чувство жажды, головокружение. За сутки выделила 300 мл мочи. Желтушная, окраска склер и кожи.

Моча: цвет насыщенно желтый. Удельный вес 1028. Белка 1%; гиалиновые цилиндры — 2 в поле зрения. Ацетон ++++.

Кровь: Нб 70%, эр. 3 900 000; цветной показатель 0,7; л. 8800, э. 3%, п. 70%, с. 75%, лимф. 10%, м. 5%; РОЭ 25 мм в час.

Ввиду категорического отказа больной от прерывания беременности в дополнение к прежнему лечению назначено капельное переливание 200 мл одногруппной крови.

Состояние больной очень тяжелое: явления ацидоза и прогрессирующей интоксикации. Прогноз становится весьма плохим; к неблагоприятным прогностическим признакам относятся желтушная окраска склер и кожи, тахикардия, повышение температуры, патологические изменения в моче. К счастью, у больной нет еще одного очень грозного признака — затемнения сознания. Если состояние не улучшится в ближайшие же сутки, необходимо вновь категорически поставить перед больной и ее родственниками вопрос о срочном прерывании беременности.

4/V. Состояние продолжает ухудшаться; пульс 110 ударов в минуту, температура 37,8°; многократные позывы на рвоту; больная беспокойна, ночь не спала. Язык сухой, запах ацетона изо рта, иктеричная окраска склер. Дыхание участилось до 26 в минуту. Временами чувство онемения в конечностях, судорожное их подергивание.

Перед больной категорически поставлен вопрос об опасности для ее жизни в случае сохранения беременности и о необходимости немедленно прервать ее. Больная дала согласие на искусственный аборт.

Под проводниковой анестезией 0,5% раствором новокаина (по 30 мл через задний и боковые своды влагалища) произведено инструментальное удаление плодного яйца; операция прошла без осложнений.

5/V. Состояние тяжелое. Пульс 110 ударов в минуту, температура 37,1°. Артериальное давление 100/60 мм. Желтушная окраска кожи и склер. Рвота прекратилась. Шумное, очень глубокое и медленное, так называемое большое дыхание (Куссамауля). За сутки выделено 500 мл мочи. Моча насыщенно желтая, с пеной, окрашенной в желтый цвет.

Назначения:

- 1) 25% раствор кордиамина — 1 мл под кожу;
- 2) капельная клизма из 100 мл 5% раствора глюкозы;
- 3) аскорбиновая кислота — 300 мг.

6/V. Состояние средней тяжести. Рвоты нет. Ночь спала. Пульс 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм. Желтушное окрашивание несколько меньше. Ритм дыхания нормальный. За сутки выделено 700 мл мочи. Назначения те же.

В дальнейшем медленное выздоровление. Больная начала вставать с 11/V. 19/V выписана домой в удовлетворительном состоянии. Вес 54 кг.

Эпикриз

К-ва поступила в состоянии средней тяжести по поводу рвоты беременных при беременности сроком 7—8 недель. Предыдущие три беременности прерваны искусственно по поводу чрезмерной рвоты; одна закончилась самопроизвольным абортom. Настоящая беременность пятая; с первых дней беременности рвота; за 3 недели потеряла в весе 8 кг. Настойчиво хочет сохранить беременность. Поставленный диагноз чрезмерной рвоты беременных подтвердился. Назначено комплексное лечение, введение брома и кофеина. Наблюдалось временное улучшение состояния с последующим резким ухудшением. Ввиду угрожающих жизни симптомов (повышение температуры, тахикардия, желтуха, олигурия, альбуминурия и ацетонурия) поставлен вопрос о прерывании беременности. После аборта медленное выздоровление. Прогноз в отношении благоприятного течения последующей беременности сомнительный.

Неукротимая рвота беременных. Искусственный аборт. Смерть больной

Р-ная, 36 лет, доставлена в акушерскую клинику 19/IX 1949 г. в 10 часов. Беременность сроком 17 недель, рвота беременных.

Анамнез. Ввиду того что больной очень трудно говорить, анамнез собран со слов мужа. Замужем 6 лет. Последняя менструация с 10 по 12/V 1949 г. Беременность четвертая. Первые три беременности сопровождались чрезмерной рвотой и закончились искусственным абортom. Во время настоящей беременности в середине июня началась рвота; вначале она повторялась 2—3 раза в день, а затем все чаще и чаще. Рвота временами была более редкой, самочувствие улучшалось, но затем рвота возобновлялась, что очень ослабляло больную. Больная очень хотела сохранить беременность и упорно отказывалась от госпитализации. С первых чисел сентября ухудшение состояния — резкое падение веса (всего потеряла с начала беременности 15 кг), повышение температуры до 38°, непрерывная рвота, бессонница, адинамия. Несмотря на повторное предложение врачей прервать беременность, больная категорически отказалась от операции. По настоянию родственников, наконец, согласилась на госпитализацию и 19/IX была доставлена на носилках в акушерскую клинику.

Общее и акушерское обследование. При осмотре больной обращает на себя внимание резкое истощение, сухость и субиктеричная окраска кожи, адинамия (больная не может даже поднять голову), сухой обложенный язык, герпес на губах. Пульс

110 ударов в минуту, артериальное давление 90/50 мм. Температура 37,8°. Систолический шум у верхушки сердца. Со стороны органов дыхания патологических изменений не найдено; дыхание 28 в минуту. При влагалищном исследовании установлена беременность сроком 17 недель, придатки матки не пальпируются.

Диагноз: 17-недельная беременность, неукротимая рвота.

Диагноз неукротимой рвоты основывается на следующих признаках: 1) многократная рвота днем и ночью; 2) резкое истощение (потеря в весе 15 кг); 3) субиктеричная окраска кожных покровов; 4) повышение температуры до 37,8°; 5) учащение пульса до 110 ударов в минуту.

Состояние больной мы считаем крайне тяжелым; рвота возникла уже с первых дней беременности, в развитии болезни бывали непродолжительные ремиссии, а затем вновь, особенно в последние 2 недели, наступало ухудшение. Рвота не прекратилась, хотя беременность уже достигла 17 недель. У большинства больных рвота прекращается или становится реже с 13—14-й недели беременности. Так, по данным А. А. Лебедева, выздоровление наступает в 12,3% случаев к 13 неделям беременности, в 36,2% — к половине беременности и в 36,2% — лишь с окончанием беременности.

Все эти обстоятельства требовали от нас срочного принятия решения: предпринять ли новые попытки консервативной терапии или же немедленно прервать беременность? Мы считали, что второе решение является правильным. Однако большая после помещения ее в палату категорически заявила, что поступила не для прерывания беременности, а для лечения, в успехе которого она уверена. В создавшейся обстановке нам не удалось переубедить больную; муж также не мог помочь нам.

В день поступления были назначены: 1) очистительная клизма; 2) капельная клизма из 2000 мл 5% раствора глюкозы (по 300 мл раствора глюкозы в час); 3) амитал-натрий — 0,1 г на ночь.

20/IX. Состояние больной тяжелое. Пульс 110 ударов в минуту. Рвота несколько реже — 15 раз в сутки. Запах ацетона изо рта. Говорит с трудом, состояние адинамии. Моча: удельный вес 1030, белка 1,5‰, гиалиновые цилиндры 2—3 в поле зрения, ацетон ++++ (резко положительный). За сутки выделила лишь 250 мл мочи.

Больная считает, что ей лучше, и категорически протестует против прерывания беременности.

Назначения те же.

21/IX. Больная в тяжелом состоянии, температура 38°, пульс 120 ударов в минуту, артериальное давление 90/50 мм. За сутки выделила лишь 250 мл мочи. Сознание временами затемнено. Рвота прекратилась.

В клинику вновь срочно вызван муж, и перед супругами категорически поставлен вопрос о большой опасности для жизни больной и необходимости срочного прерывания беременности. Больная, наконец, дала согласие на операцию.

Каким же способом прервать беременность?

1. Расширение канала шейки матки, вскрытие плодного пузыря, поворот плода на ножку.

2. Расширение канала шейки матки, метрейризм.

3. Малое кесарево сечение.

4. Влагалищное кесарево сечение.

Правильно, что не сделано предложение прервать беременность путем выскабливания: срок беременности 17 недель, тогда как операцию выскабливания можно производить лишь до 3 месяцев беременности. Выскабливание в более поздние сроки крайне опасно ввиду большой угрозы прободения матки.

Первые два предложения предусматривают опорожнение матки в несколько этапов, а именно: 1) расширение канала шейки с последующим метрейризмом или поворотом плода на ножку; 2) самопроизвольное (или оперативное) изгнание плода и последа. Удовлетворяют ли подобные вмешательства требованию срочного опорожнения матки? Конечно, нет. Из клинического опыта и литературных данных известно,

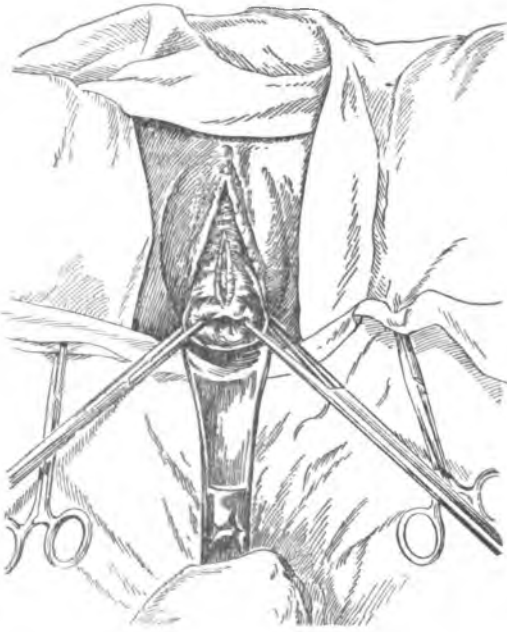


Рис. 1. Влагалищное кесарево сечение. Продольный разрез стенки влагалища.

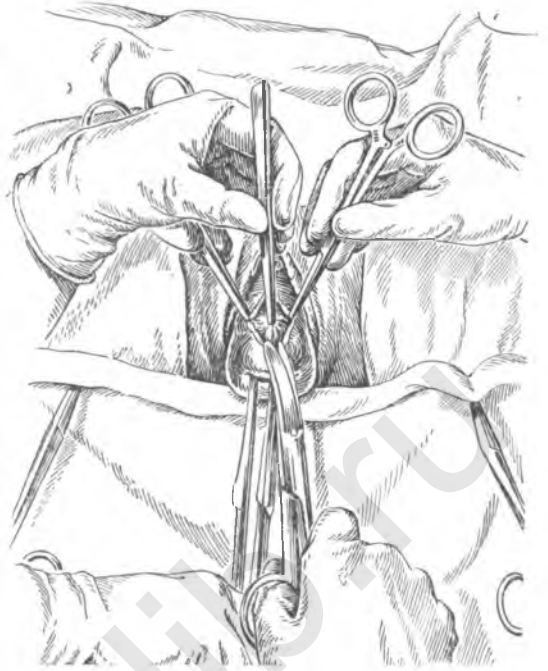


Рис. 2. Мочевой пузырь отделяется острым путем.



Рис. 3. Влагалищное кесарево сечение по Бумму. Продольно рассечена шейка матки и нижний маточный сегмент. В верхнем углу раны виден плодный пузырь; мочевой пузырь защищен с помощью подъемника.

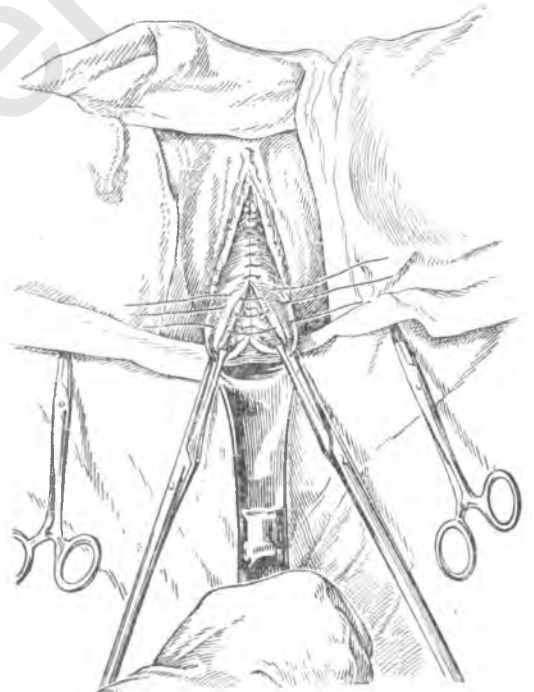


Рис. 4. Послойное зашивание операционной раны.

что после операции метрейриза плод рождается в среднем не раньше чем через 18 часов, часто через 30—35 часов (К. Н. Жмакин); через такой же срок рождается плод после расширения канала матки и поворота плода на ножку. Кроме того, при этих операциях больше чем в 50% случаев возникает необходимость в дополнительных оперативных вмешательствах (перфорация последующей головки, ручное отделение плаценты). Таким образом, мы должны отказаться от применения поворота плода или метрейриза. Предложение сделать кесарево сечение отвечает требованию срочного опорожнения матки. Однако малое кесарево сечение представляется нам более травматичным (необходимость вскрытия брюшины), чем влагалищное кесарево сечение (операция внебрюшинная). Итак, мы решили произвести (под проводниковой анестезией 0,5% раствором новокаина) влагалищное кесарево сечение. Какой же способ этой операции избрать?

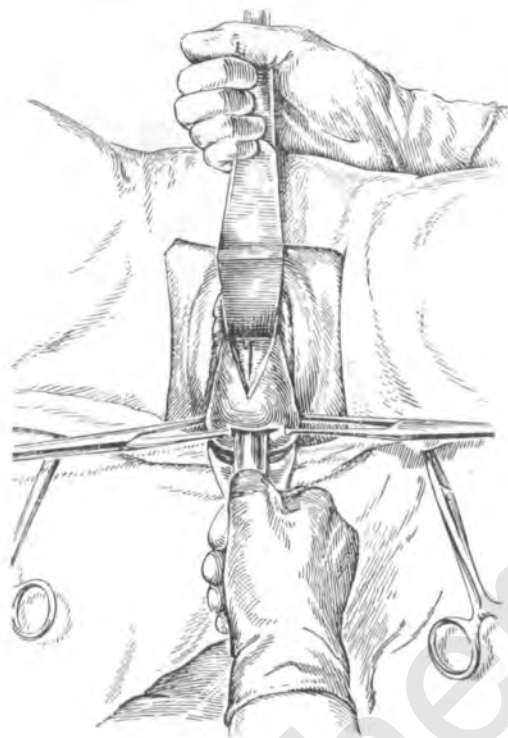


Рис. 5. Влагалищное кесарево сечение по Ю. А. Лейбчику. Вскрытие матки выше и ниже внутреннего маточного зева.

В настоящее время применяют один из трех способов: влагалищную гистеротомию по Бумму (*hysterotomia vaginalis anterior*), операцию по Гейнсиус — Отту и по Лейбчику.

При всех этих способах операция состоит из четырех моментов: 1) рассечение влагалищной стенки и отсепаровка мочевого пузыря; 2) рассечение матки; 3) извлечение плода и последа; 4) зашивание

операционной раны матки и влагалища.

Разница между указанными выше способами состоит в особенностях вскрытия матки: при способе Бумма рассекают переднюю стенку шейки матки и нижнего маточного сегмента, при способе Гейнсиус — Отта матку вскрывают только выше внутреннего зева в нижнем ее сегменте, при способе Лейбчика матку рассекают (предварительно расширив металлическими расширителями Гегара канал шейки) как выше, так и ниже внутреннего маточного зева. Техника операции по Бумму и Лейбчику показана на рис. 1—5.

Из этих трех способов мы выбрали операцию по Бумму, так как она создает наиболее широкий доступ в полость матки и у нерожавшей женщины проще, чем операция по Гейнсиус — Отту и Лейбчику.

21/IX в 11 часов произведен (под анестезией 0,5% раствором новокаина) искусственный аборт при помощи влагалищной передней гистеротомии по Бумму. Операция прошла без осложнений. Кровопотеря 150 мл.

13 часов. Состояние больной крайне тяжелое. Пульс 120 ударов в минуту, малого наполнения, одышка. Рвоты нет. Сознание затемнено. Кровянистые выделения из влагалища в очень небольшом количестве. Назначения те же, что и в предыдущие дни,

сердечные: *Ol. Camphorati* 20% 1 мл 3 раза в день, *Cordiamini* 25% 1 мл 2 раза в день.

22/IX. Состояние крайне тяжелое. Температура 37,6—38°. Пульс 120 ударов в минуту. Артериальное давление 85/45 мм. Желтуха прогрессирует. Сознание затемнено. Язык сухой, обложен. Рвоты нет. Пальпация живота не болезненна, выделений из влагалища нет. Мочится под себя. Клизму с глюкозой и физиологическим раствором хлористого натрия не удерживает.

Назначения:

- 1) *Ol. Camphorati* 20% раствор 1 мл 4 раза в день подкожно;
- 2) *Cordiamini* 25% раствор 1 мл 2 раза в день подкожно;
- 3) *Sol. Glucosae* 40% раствор 50 мл внутривенно;
- 4) *Sol. Glucosae* 5% раствор 500 мл подкожно.

23/IX. Состояние крайне тяжелое. Пульс 130 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление 80/40 мм. Резкая желтуха. Сознание затемнено, непрерывные движения пальцев рук. Язык сухой, обложен. Пальпация живота не болезненна. Из влагалища выделений нет. Непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Назначения те же.

24/IX в 6 часов смерть при полной потере сознания и нарастающих явлениях сердечной слабости.

На вскрытии обнаружена подострая токсическая дистрофия печени. Резко выраженные дистрофические изменения в миокарде и почках. Каких-либо септических изменений со стороны операционного поля (матки) и брюшины не обнаружено.

Все ли было сделано для спасения больной?

В начале нашего разбора группы больных, страдающих ранними токсикозами беременности, мы подчеркивали, что при чрезмерной рвоте возникает большая угроза для жизни беременной, причем ни один из предложенных до настоящего времени способов лечения не дает полной гарантии выздоровления.

На вскрытии обнаружены резкие дистрофические изменения в печени и почках.

За многие годы врачебной деятельности мы наблюдали еще одну больную с трагическим исходом неукротимой рвоты. История этой больной поучительна во многих отношениях: а) неукротимая рвота развилась при частичном превращении плаценты в деструктирующий пузырьный занос; б) во время искусственного аборта путем выскабливания произошло прободение матки; в) прерывание беременности не предотвратило смертельного исхода. Приведем краткие выдержки из истории болезни этой больной.

И-ва, 23 лет, 10/III 1929 г. была доставлена скорой помощью в акушерскую клинику. Неукротимая рвота при беременности сроком 12—13 недель. Беременность третья. Первая и вторая беременности закончились искусственным абортom по поводу неукротимой рвоты. Больная последние дни не могла принимать пищу и настолько ослабела, что не вставала с постели. Рвота участилась до 30—40 раз в сутки. Температура субфебрильная.

Около месяца тому назад были диагностированы (по словам мужа) кисты обоих яичников; больная подверглась двусторонней овариотомии. От настойчивого предложения прервать беременность отказалась. Была выписана после операции домой 10 дней назад. Состояние продолжало ухудшаться.

Когда больную внесли на носилках, то мы увидели истощенную женщину, с резко запавшими глазами. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения; язык сухой, губы потрескались; на передней брюшной стенке ниже пупка линейный экстрамедиальный свежий послеоперационный рубец; матка увеличена, как при 12-недельной беременности.

Ввиду очень тяжелого состояния больной, уже подвергавшейся к тому же овариотомии 3 недели назад, решено было немедленно прервать беременность путем выскабливания матки. Операцию производил опытный акушер-гинеколог. Без особого труда канал шейки матки расширен расширителями Гегара до 14 мм, большой кюреткой извлечены раздробленный плод и части плаценты. При тракции геморроидальными щипцами извлечена через наружный маточный зев петля тонкого кишечника. Никакой болезненной реакции больной не отмечалось.

Немедленно произведено чревосечение. Констатировано, что петля тонкого кишечника втянута в перфорационное отверстие. Отверстие имеет около 3 см в диаметре, расположено в дне матки у левого угла; стенка матки в этом месте чрезвычайно

истончена; стенки кишки и брыжейка не повреждены. Иссечение краев перфорационного отверстия, удаление через него остатков плодного яйца, наложение кетгутowych швов на рану. Зашивание брюшной стенки.

При исследовании плаценты и части стенок матки, иссеченных вокруг перфорационного отверстия, обнаружено, что часть плаценты превратилась в пузырный занос и ворсины глубоко внедрились в стенку матки, почти перфорируя ее.

Состояние больной прогрессивно ухудшалось, хотя рвота прекратилась. На 10-й день после операции наступила смерть при явлениях нарастающего истощения.

На вскрытии обнаружены дистрофические изменения в печени; перфорационное отверстие в матке зажило первичным натяжением; воспалительных изменений брюшины не найдено.

Второе приведенное наблюдение, в котором токсикоз также закончился смертью больной, имеет ряд особенностей: 1) неукротимая рвота возникла у больной с частичным превращением плаценты в деструкующий пузырный занос; 2) перфорация матки произошла при ее выскабливании. Состояние этой больной также прогрессивно ухудшалось, несмотря на прерывание беременности и прекращение рвоты.

Роль акушера-гинеколога у постели женщины, страдающей чрезмерной рвотой и упорно отказывающейся от прерывания беременности, в высшей степени ответственна. Очень важно не пропустить момент для прерывания беременности, не допустить развития необратимых явлений в жизненно важных органах. Эта ответственная задача может быть разрешена лишь путем тщательного изучения картины болезни и консультативного решения вопросов лечения.

Вместе с тем неблагоприятный исход при раннем токсикозе беременности, который, к счастью, наблюдается в настоящее время крайне редко, является доказательством недостаточности наших знаний по этиологии, патогенезу и терапии токсикозов. Необходимо дальнейшее изучение и разработка этих вопросов с тем, чтобы полностью ликвидировать угрозу смерти женщин от токсикозов беременности. Важнейший путь борьбы с этими заболеваниями — профилактика ранних токсикозов — также разработан совершенно недостаточно. Вместе с тем необходимо реализовать следующие мероприятия, которые позволяют предупредить ранние токсикозы беременности или же выявлять и лечить их в начальных стадиях развития:

- 1) брать на учет всех беременных в первые же недели беременности;
- 2) настойчиво лечить каждую гинекологическую больную;
- 3) выявлять и своевременно лечить у каждой женщины заболевания желудочно-кишечного аппарата, печени, почек, гипертоническую болезнь;
- 4) систематически наблюдать каждую беременную и проводить настойчивое лечение токсикоза беременности уже в начальной его форме;
- 5) детально изучать анамнез каждой беременной и устранять путем социально-правовой помощи, санитарно-просветительной работы и психотерапии отрицательное отношение к беременности.

Э п и к р и з

Р-ная, повторнобеременная, доставлена 19/IX 1949 г. в клинику в крайне тяжелом состоянии по поводу чрезмерной рвоты при беременности сроком 17 недель. Три предыдущие беременности прерваны искусственно из-за чрезмерной рвоты. При осмотре во время поступления обнаружено истощение, тахикардия, повышение температуры, субиктеричная окраска склер.

От немедленного прерывания беременности больная отказалась. Рвота прекратилась, но состояние интоксикации быстро прогрессиро-

вало. 21/IX произведено прерывание беременности путем влагалитического кесарева сечения. Несмотря на это, состояние больной с каждым днем ухудшалось, и она умерла через 3 суток после искусственного аборта.

Чрезмерная рвота беременных. Терапия сном

П-ко, 23 лет, поступила в акушерскую клинику 16/1 1952 г. в 10 часов. Беременность сроком 10 недель, сопровождающаяся рвотой.

Температура при поступлении 37,3°. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину, грипп, желтуху. Взрослой ничем не болела; заболеваниями половых органов не страдала.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, установились сразу, через 3 недели, по 3 дня, безболезненные. Последняя менструация с 29 по 31/X 1951 г.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет; от беременности больная не предохранялась. Мужу 25 лет, здоров.

Генеративная функция. Беременность третья. Первая беременность (в 1949 г.) сопровождалась в первой половине рвотой. Лечилась амбулаторно. Нормально родила доношенного ребенка; ребенок умер 4 месяцев от диспепсии. Вторая беременность закончилась в марте 1951 г., на IV месяце, самопроизвольным абортom.

Течение настоящей беременности. Рвота началась с 4 недель. Вначале возникала по утрам, а в дальнейшем и после приема пищи; в последние дни стала повторяться по 15 раз в сутки. За время беременности потеряла в весе 15 кг. Отношение к беременности вполне положительное. Женскую консультацию впервые посетила при беременности сроком 6 недель; затем была у врача еще дважды. От госпитализации отказывалась до 16/1.

Общее обследование. Состояние при поступлении средней тяжести. Телосложение правильное, питание резко понижено; подкожножировая клетчатка выражена слабо. Кожа, губы и язык сухие. Вес 38 кг 250 г, рост 146 см.

Органы кровообращения. Артериальное давление 100/60 мм. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологических изменений не установлено.

Органы дыхания без отклонений от нормы.

Органы пищеварения. Рвота повторяется 12—15 раз в день как до, так и после еды. Отвращение к пище. Запоры. До беременности каких-либо нарушений со стороны пищеварительного аппарата не отмечала.

Мочевые органы. Мочевыделение редкое (3—4 раза за сутки), малыми порциями, моча насыщенно желтого цвета. Реакция мочи на ацетон ++++. Патологических элементов в осадке мочи не обнаружено.

Акушерское обследование. Двуручное исследование: матка в положении антефлексии, увеличена соответственно беременности 10 недель. Со стороны половых органов патологических изменений не обнаружено. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см. Мыс не достигается.

Какой диагноз?

При сочетании беременности и рвоты необходимо исключить такие экстрагенитальные заболевания, как, например, пищевая интоксикация, заболевания желудочно-кишечного тракта, головного или спинного мозга, которые могут обусловить рвоту. У П-ко нет никаких данных для диагноза перечисленных выше заболеваний; до наступления этой беременности она считала себя вполне здоровой; рвота вначале возникала по утрам, затем и после еды, а в последние дни резко участилась и появляется независимо от приема пищи; рвота была и при первой беременности. Исходя из этих данных, мы имеем основание считать, что возникновение рвоты связано с наступлением беременности, т. е. поставить диагноз рвоты беременных. Что касается формы рвоты, то охарактеризовать ее как чрезмерную позволяет наличие ряда признаков: 1) резкое похудание (на 15 кг), 2) многократная рвота, 3) субфебрильная температура, 4) олигурия, 5) наличие ацетона в моче. При исследовании крови каких-либо отклонений от нормы не обнаружено; однако опыт учит, что и при чрезмерной рвоте патологических изменений со стороны крови может не наблюдаться.

Итак, наш диагноз: чрезмерная рвота беременных.

Как же лечить больную?

Чрезмерная рвота беременных — опасная форма токсикоза, и важно помнить, что крайне редко, но все же при ней бывает смертельный

исход. Не следует ли уже сейчас ввиду сочетания указанных выше симптомов отказаться от попыток консервативной терапии и произвести (пока не поздно!) искусственный аборт? Вместе с тем долг врача — всесторонне обдумать ситуацию и не делать слишком поспешно вывод о необходимости искусственного прерывания беременности; надо подумать и о том, что молодые супруги очень хотят иметь ребенка.

Итак, при выборе терапии мы учли следующие обстоятельства: 1) настойчивое желание женщины иметь ребенка; 2) больная не подвергалась до сих пор терапии по поводу рвоты и находилась в домашней обстановке; 3) температура субфебрильная, но не выше 37,4—37,8°; 4) желтухи нет; 5) пульс не резко учащен. Все указанные моменты мы считали благоприятными и решили немедленно приступить к комбинированной консервативной терапии, проводя вместе с тем тщательное наблюдение за состоянием больной.

Назначения:

1) проводить ежедневно беседы с больной, чтобы убедить ее в возможности ликвидации рвоты и благоприятного развития беременности;

2) поместить больную в небольшую палату, где нет других женщин, страдающих рвотой беременных;

3) капельная клизма из 1000 мл 5% раствора глюкозы; в течение часа вводить 200—300 мл раствора;

4) витамин В₁ — 50 мг;

5) витамин С — 300 мг;

6) амитал-натрий (в клизме) — по 0,2 г 2 раза в день (перед обедом и на ночь).

17/1. Самочувствие несколько лучше. Температура 36,7—37,2°. Рвота 10 раз. Днем спала 3 часа, ночью — 8 часов; сон спокойный. Появился аппетит. Лечение то же.

18/1. Самочувствие улучшается. Рвота 8 раз, стул был после клизмы. Днем спала 3 часа, ночью — 8 часов. В моче ацетон. Прием пищи малыми порциями в охлажденном виде (сахари, кофе, картофельное пюре, красное вино по 1 чайной ложке 2—3 раза в день, рыба). Остальные назначения те же.

19/1. Самочувствие улучшается. Рвота 5 раз. Днем спала 4 часа, ночью — 8 часов.

20/1. Назначения те же. Головная боль. Рвота участилась до 10 раз в сутки. Ночью спала 8 часов, днем — 4 часа. В моче ацетон ++++. Ввиду появления головной боли, которую можно считать проявлением интоксикации амитал-натрием, а также учащения рвоты решено заменить амитал-натрий мединалом (по 0,5 г 2 раза в день — перед обедом и на ночь). Остальные назначения те же.

21—23/1. Самочувствие улучшается. Рвота 1—3 раза в сутки. Сон удлинился до 14 часов в сутки. 23/1 ацетон в моче отсутствует. При исследовании крови патологических изменений не обнаружено. Мединал решено отменить.

Назначения:

1) глюкоза 40% раствор — 50 мл внутривенно;

2) витамин В₁ — 50 мг;

3) витамин С — 300 мг.

24—25/1. Самочувствие удовлетворительное. Рвота прекратилась. Стул ежедневный, самостоятельный. Назначения те же.

26/1. Рецидив рвоты — до 12 раз в сутки. Самочувствие ухудшилось — слабость, головокружение. Сон только ночью с перерывами, в течение 2—3 часов.

Назначения:

1) мединал по 0,5 г 2 раза в день;

2) глюкоза 40% раствор — 50 мл внутривенно;

3) витамин В₁ — 50 мг;

4) витамин С — 300 мг.

С 27/1 рвота значительно реже: 27/1 — 5 раз, 28/1 — 3 раза; в последующие 5 дней — изредка, 1—2 раза в сутки.

Терапия мединалом была закончена I/II; 2—4/II назначался амитал-натрий (по 0,2 г 2 раза); ежедневно производились вливания 40% раствора глюкозы по 50 мл в сутки, назначались витамины В₁ и С.

Настроение больной с каждым днем улучшалось, она становилась бодрее.

3/II рвота прекратилась. Ввиду наблюдавшихся раньше рецидивов рвоты больная была задержана в акушерской клинике еще на 7 дней — до 10/II.

За последнюю неделю прибавила в весе 3 кг. При поступлении вес 38 кг 250 г, при выписке 10/II — 41 кг 250 г.

Больная находилась в клинике 25 дней.

При выписке констатирована развивающаяся беременность сроком 13—14 недель. Самочувствие удовлетворительное. Настроение бодрое. Мечтает о материнстве. В домашних условиях только в первые 2 суток была двукратная рвота; в дальнейшем рвота прекратилась.

Самопроизвольные срочные роды живым плодом наступили 5/VIII 1952 г.

Проблеме терапии сном рвоты беременных посвящено немного работ отечественных авторов (А. С. Ершова, 1952; Л. Л. Лиходаева, 1954; Р. Р. Макарова, 1954; Г. Д. Софроненко, 1952; Е. А. Тихенко, 1952). А. С. Ершова провела тщательное наблюдение за 60 больными, подвергавшимися терапии сном по поводу рвоты беременных. У 56 из 60 больных лечение было успешным. А. С. Ершова, как и другие авторы, пришла к выводу, что нет необходимости применять большие дозы снотворных с целью достижения длительного прерывистого сна; достаточно небольших доз амитал-натрия (по 0,2 г 1—2 раза в сутки), чтобы обеспечить удлиненный сон (10—14 часов в сутки). Малые дозы снотворных лишь изредка вызывают токсические явления в виде головных болей; в подобных случаях целесообразно заменять одно снотворное (амитал-натрий) другим (мединал). Опыт всех авторов, проводивших терапию сном при рвоте беременных, говорит о необходимости и комплексного лечения (создание благоприятной внешней обстановки, борьба с явлениями голодания, разрушение патологических условных рефлексов).

Н. В. Кобозевой был предложен (1951) метод терапии рвоты бромом и кофеином. Л. Л. Лиходаева (1954) рекомендует в более тяжелых случаях комплексное лечение: устранение патологических рефлекторных реакций, борьба с голоданием, воздействие на центральную нервную систему путем сочетания снотворных и брома с кофеином. Автор пишет, что амитал-натрий был применен у 30 больных, из них у 7 с тяжелой формой рвоты беременных; все эти больные поправились; у 32 больных амитал-натрий назначался в комбинации с бромом и кофеином, так как предшествовавшее лечение только бромом и кофеином или только амитал-натрием было малоэффективным. При такой комбинированной терапии выздоровление наступило у 29 из 32 больных.

Все авторы, изучавшие вопрос о терапии сном, подчеркивают, что она не эффективна при отрицательном отношении больной к продолжению беременности.

Показательные результаты терапии сном больных с чрезмерной рвотой беременных. Так, по А. С. Ершовой, из 19 таких больных терапия сном дала положительный эффект у 15, в том числе у 11 из 13 больных с рецидивирующей при каждой беременности рвотой. У 15 излеченных больных наблюдалось тяжелое общее состояние, рвота возникала 10—30 раз в сутки, падение веса колебалось от 5 до 15 кг; отмечалась гипотония (90/60—80/40 мм), учащение пульса до 90—100 ударов в минуту, субфебрильная температура, олигурия, резко положительная реакция мочи на ацетон. Р. Р. Макаров указывает, что терапия сном была эффективной у 27 из 29 больных; к сожалению, автор не выделяет группу больных с чрезмерной рвотой. По данным Е. А. Тихенко, лечение сном было проведено у 13 беременных с резко выраженной формой рвоты и слюнотечением; результаты терапии оказались положительными у 12 больных.

Из приведенных литературных данных и нашего опыта следует, что терапия сном (удлиненный сон) является одним из эффективных методов при рвоте беременных, особенно чрезмерной. Отсутствие строго объективных методов определения типа высшей нервной деятельности у

человека, а также исчерпывающих сведений об особенностях ее при рвоте беременных не позволяет нам формулировать индивидуальные показания к терапии сном беременных. Необходимо вместе с тем подчеркнуть, что применение больших доз снотворных не оправдало себя; небольшие же дозы обеспечивают удлиненный сон и благоприятные результаты терапии. Вместе с тем при рвоте беременных лечение (внушение, терапия сном, бромом и кофеином) должно быть комплексным и складываться из способов воздействия на высшую нервную деятельность, устранения патологических рефлекторных реакций и борьбы с голоданием организма.

Анализ разбираемого наблюдения приводит к следующим выводам:

- 1) консервативное лечение возможно и при чрезмерной рвоте при тщательном ежедневном наблюдении за больной, настойчивом желании женщины сохранить беременность и регрессе токсических явлений;
- 2) болезнь характеризуется склонностью к рецидивам; если рано прекратить дачу снотворных, рвота возобновится;
- 3) в процессе терапии сном целесообразно применять небольшие дозы снотворных и заменять одно лекарство другим.

Э п и к р и з

П-ко страдала чрезмерной рвотой беременных, что обусловило резкое падение веса (на 15 кг), субфебрильную температуру, появление ацетона в моче. Ввиду настойчивого желания женщины сохранить беременность решено провести комплексную консервативную терапию с применением удлиненного сна (небольшие дозы амитал-натрия и миднала).

Стойкое выздоровление. Беременность закончилась нормальными срочными родами.

ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННЫХ

Водянка беременных (hydrops gravidarum)

Н-ва, 20 лет, поступила в отделение патологии беременности 3/I 1956 г. Отеки. Беременность сроком 37—38 недель.

Анамнез. В детстве перенесла краснуху, ветряную оспу. В 1951 г. был ревматизм; в этом же году подверглась операции двустороннего удаления миндалин. Бытовые условия хорошие.

Менструальная функция. Менструации с 12 лет, установились спустя 6 месяцев, через 30 дней, по 3 дня, болезненные в первый день, неболезненные. Последняя менструация с 19 по 22/IV 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 19 лет. Мужу 27 лет, здоров.

Течение настоящей беременности. Беременность первая. Женскую консультацию посетила 10 раз, впервые — на 6-й неделе беременности; последний раз была 2/I 1956 г. В консультации прошла 4 занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Беременность протекала без осложнений до декабря, затем появились отеки на ступнях и в области голеностопных суставов. Моча 9/XII 1955 г. мутная. Удельный вес 1030, цвет соломенно-желтый, реакция кислая. Белка 0,033%, эпителия мочевых путей значительное количество, лейкоцитов 3—5 в поле зрения; цилиндры гиалиновые единичные в препарате, много аморфных уратов, слизь в умеренном количестве. В женской консультации беременной рекомендовано пребывание в постели в течение 4—5 дней, молочно-растительная диета (молоко, творог, сметана, овощи, масло, фрукты), дан совет ограничить введение жидкости (не больше 1 л, включая супы и другие жидкие блюда).

В результате указанного лечения отеки исчезли в течение недели. При повторных исследованиях мочи 16 и 30/XII патологических изменений не было обнаружено. В дальнейшем Н-ва чувствовала себя удовлетворительно. 31/XII она ела много острого и соленого. На следующий день вновь появились отеки на ногах. 2/I 1956 г. беременная была направлена в родильный дом.

Общее обследование. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Вес 80 кг (за последние дни прибавила в весе 2,5 кг), рост 159 см. Отеки на ногах и передней брюшной стенке.

Органы кровообращения. Артериальное давление 120/75 мм. Со стороны сердца патологических изменений ни при физикальном, ни при рентгенологическом исследовании не обнаружено.

Органы дыхания. Патологических изменений не установлено.

Органы пищеварения. Язык влажный. Печень не пальпируется. Наклонность к запорам.

Мочевые органы. Патологических изменений нет. Моча слегка мутная, удельный вес 1030, реакция кислая, белка нет, лейкоцитов 4—6 в поле зрения, ураты в большом количестве.

Акушерское обследование. Окружность живота 103 см. Дно матки на 32 см над лоном. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка ограниченно подвижна над входом в таз. Длина плода по Альфельду 48 см, лобно-затылочный размер головки 11 см. Сердцебиение плода слева ниже пупка 132 удара в минуту. Родовой деятельности нет. Размеры таза 27, 30, 33, 21 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, разрыхлена, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Мыс не достигается.

Какой диагноз?

1. Беременность 37—38 недель. Хронический нефрит.
2. Беременность 37—38 недель. Недостаточность кровообращения в связи с заболеванием сердца.
3. Беременность 37—38 недель. Поздний токсикоз беременных. Водянка беременных.

Возникновение отеков у беременной может зависеть не только от осложнений беременности (токсикозы) но и от экстрагенитальных заболеваний, например болезней почек и сердца.

Каковы же дифференциально-диагностические признаки этих заболеваний?

Они представлены схематически в табл. 1.

Таблица 1

Дифференциальные признаки водянки беременных, отеков при нефрите и пороке сердца в стадии декомпенсации

| Водянка беременных | Нефрит | Заболевания сердца |
|--|--|--|
| 1. В анамнезе нет указаний на заболевание почек, сердца | В анамнезе нередко нефрит | В анамнезе заболевание сердечно-сосудистой системы |
| 2. Обычно отеки вначале возникают на нижних конечностях | Обычно отеки начинаются на лице | Обычно отеки начинаются на ногах |
| 3. В серозных полостях жидкость не накапливается | Жидкость часто скопляется в серозных полостях | |
| 4. Гипертрофии левого желудочка не возникает | Гипертрофия левого желудочка возникает часто | Развитие гипертрофии связано с формой и стадией заболевания |
| 5. Артериальное давление не повышено | Артериальное давление повышено | Изменение уровня артериального давления зависит от формы поражения |
| 6. Альбуминурии нет | Альбуминурия может быть выражена в различной степени | Альбуминурия выявляется в зависимости от стадии заболевания |
| 7. Нарушения функций сердечно-сосудистой системы не выявляются | Нарушения функций сердечно-сосудистой системы выражены при тяжелой форме заболевания | Нарушения функций сердечно-сосудистой системы выражены |

Из анамнеза Н-вой видно, что она не болела воспалением почек. При повторных исследованиях мочи во время этой беременности не обнаружено патологических изменений; лишь один раз (9/XII 1955 г.) было выявлено небольшое количество белка (0,033%) и единичные (в препарате) гиалиновые цилиндры. При трех последующих исследованиях мочи (16 и 30/XII 1955 г. и 3/I 1956 г.) патологических изменений не установлено.

Для правильной постановки диагноза желательнее провести еще ряд исследований.

Исследование глазного дна: диск зрительного нерва с отчетливыми границами, розовый. Слегка извитые артерии и вены, калибр равномерный. Очаговых изменений нет.

Исследование крови: остаточный азот в крови в пределах нормы (25,8 мг%). Кровь: Нв 11,3 г% (68 единиц), эр. 4 300 000, цветной показатель 0,79; л. 7700, э. 1%, п. 15%, с. 66%, лимф. 15%, мон. 3%; РОЭ 25 мм в час.

Белок крови общий 7,1%, альбумины — 4,5%, глобулины — 2,6%.

При постановке пробы по Зимницкому установлено, что удельный вес мочи колебался от 1027 до 1030.

Таким образом, разносторонние исследования не выявили патологии со стороны зрительного аппарата и состава крови. Все приведенные выше исследования, а также отсутствие изменений со стороны сердца и артериального давления говорят против диагноза нефрита.

По этим же причинам мы можем отвергнуть диагноз декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности.

Есть ли данные в пользу диагноза токсикоза беременных? Да, есть. Развитие отеков во второй половине беременности при нормальном уровне артериального давления, отсутствие патологических изменений со стороны почек и сердца позволяет прийти к выводу, что у разбираемой больной так называемый поздний токсикоз беременных в начальной стадии — водянка беременных. Итак, наш диагноз: **в о д я н к а б е р е м е н н ы х**.

Ввиду отсутствия единого взгляда на этиологию и патогенез этих осложнений беременности предложены разнообразные термины для их определения: токсемия беременных [Зейтц (Seitz)], аллергоз (Б. Е. Егоров), гипертензивный синдром беременных (Д. Ф. Чеботарев). Однако ни один из этих терминов нельзя считать вполне правильным, поскольку они не определяют существа заболевания. Так, термин «токсикоз» отражает взгляд на это заболевание как на отравление организма какими-то ядами. Между тем, несмотря на исследования многочисленных авторов, специфических токсинов при этих заболеваниях не обнаружено. Термин «токсемия» является еще менее правильным. Понятие «гестоз», т. е. заболевание, связанное с беременностью, носит чрезвычайно общий характер и совершенно не определяет сущности заболевания.

Учение об аллергической природе осложнений беременности имеет немногих сторонников, в связи с чем термин «аллергоз» не получил применения.

Термин «гипертензивный синдром беременных» предложен Д. Ф. Чеботаревым, который считает, что основным и наиболее ранним симптомом этой группы осложнений беременности является повышение артериального давления. Подобный взгляд разделяется лишь немногими авторами.

Наиболее распространен и принят большинством авторов термин «поздний токсикоз беременных»; мы также пользуемся им.

В этиологии ранних и поздних токсикозов велика роль плаценты. Весьма убедительным доказательством этого является частое развитие

токсикозов при пузырьном заносе. Развитие токсикозов лишь у некоторых беременных можно объяснить особенностями нервной системы, индивидуальной реактивностью, наличием сопутствующих заболеваний внутренних органов и, наконец, неблагоприятными условиями внешней среды.

Так, ряд авторов приводит весьма убедительные данные, указывающие, что поздние токсикозы беременных чаще возникают у первобеременных, в жарком, влажном климате, при низкой температуре, сырой погоде, разных нарушениях питания, при многоплодной беременности, гипертонической болезни, диабете.

Д. П. Бровкин отмечает, что эклампсия у первородящих встречается в 8 раз чаще, чем у повторнородящих. Согласно данным К. Н. Жмакина, среди больных эклампсией первородящие составляют 79%. По В. И. Бодяжиной, Е. М. Вихляевой и Ю. Ф. Ефимовой, токсикозы возникают очень часто при многоплодии: водянка — в 31%, нефропатия — в 15,3%, эклампсия — в 1% случаев.

Что касается патогенеза поздних токсикозов беременных, то, как справедливо указывает М. А. Петров-Маслаков, ни гормональная теория, ни теория интоксикации не являются убедительными. Мы согласны с теми авторами (А. П. Николаев, С. М. Беккер, М. А. Петров-Маслаков, Д. Ф. Чеботарев), которые считают, что развитие токсикозов беременных, как ранних, так и поздних, представляет собой сложный нервный и нервно-гуморальный процесс, складывающийся из цепных сигналов и ответных реакций. Взгляды авторов на природу специфических раздражителей интероцептивного аппарата женских половых органов различны. М. А. Петров-Маслаков выдвигает на первый план роль плацентарного белка. Г. М. Салганник также подчеркивает роль плаценты и считает, что наиболее общим и постоянным моментом в развитии поздних токсикозов являются изменения капиллярного кровообращения. Д. Ф. Чеботарев рассматривает поздние токсикозы как нейро-сосудистый синдром, возникающий в результате нарушения корковой регуляции вегетативных функций организма.

В вопросе о классификации поздних токсикозов беременных до сих пор нет единства мнений; это зависит прежде всего от различия во взглядах на этиологию и патогенез токсикозов. Вместе с тем здесь необходимо подчеркнуть, что такие распространенные термины, как водянка беременных, нефропатия, преэклампсия и эклампсия, не означают каких-либо особых форм заболевания и определяют лишь стадию патологического процесса; стадии эти не являются стабильными и могут переходить одна в другую. Так, у каждой беременной с водянкой болезнь может развиваться до стадии как нефропатии, так и эклампсии. При современном уровне наших знаний и успехах профилактической работы это развитие можно и должно предотвращать.

При обследовании беременной Н-вой были обнаружены отеки на ногах и животе. За последний месяц (с 1/XII 1955 г.) она прибавила в весе 2,5 кг. Все это дает основания для диагноза токсикоза в стадии водянки беременных.

Необходимо указать, что и в норме происходит увеличение веса беременной, превышающее рост веса плода, последа и амниональных вод. Так, Чесли (Chesley, 1941) суммировал данные 19 авторов, наблюдавших 11 960 беременных; было установлено, что к концу беременности прирост веса достигает 9,6 кг.

Нарастание веса складывается из следующих компонентов:

1) вес плода и амниотической жидкости — около 4,5 кг; 2) прирост веса матки и молочных желез — 0,64 кг; 3) гидратация (в том числе

увеличение объема крови — около 1,16 кг, увеличение количества тканевой жидкости — около 2 кг) — 3,16 кг; 4) отложение протеинов в организме беременной — 0,4 кг.

По триместрам беременности (Чесли) этот прирост неравномерен: в первом триместре он составляет 1 кг, во втором — 4,32 кг, в третьем — 4,48 кг.

Данные о средних величинах нарастания веса во время беременности позволяют врачу вовремя установить появление отеков; это особенно важно потому, что в ряде случаев вначале возникают скрытые отеки в тканях и органах, тогда как отеки ног, туловища, лица появляются позже. При осмотре беременной Н-вой мы обнаружили лишь незначительные отеки, тогда как повторное определение веса показало, что за последний месяц (вернее, за последние дни) вес увеличился на 2,5 кг (вместо среднего в этот срок 1,5 кг).

Каков механизм возникновения отеков?

Здесь имеет значение особое состояние капилляров, изменение осмотического давления и задержка хлоридов в тканях. Исследования ряда авторов (С. П. Виноградова, И. П. Иванов, З. М. Мельбард, Д. Ф. Чеботарев) показали, что и при нормальной беременности отмечается увеличение числа капиллярных петель, расширение их венозной части, замедленный, временами прерывающийся ток крови. При токсикозах беременных эти явления прогрессируют: наблюдается неравномерность, прерывистость тока, зернистость капилляров — перикапиллярный отек. По мнению Д. Ф. Чеботарева, повышение сосудистой проницаемости и внутрикапиллярного давления, а также изменение коллоидно-осмотического давления крови лишь предрасполагают к образованию отеков; основной же их причиной является нарушение регуляции водно-солевого обмена и задержка хлоридов в тканях.

Каково течение позднего токсикоза беременных в начальной стадии (водянка беременных)?

Течение беременности у Н-вой является весьма характерным: отеки возникли впервые на 33-й неделе беременности (а не в первой ее половине) и были быстро ликвидированы путем назначения постельного режима и диеты, содержащей мало хлоридов. Однако значительное нарушение режима питания обусловило повторное появление отеков через 3 недели и довольно быстрое и значительное (2,5 кг) нарастание веса.

Из этого наглядного примера видно, что поздний токсикоз возникает во второй половине беременности и легко рецидивирует. Эта особенность токсикоза требует не только принятия серьезных мер для ликвидации заболевания, но также профилактики рецидивов и предотвращения перехода болезни в следующую, более опасную стадию.

Какое лечение необходимо назначить беременной Н-вой?

Надо обеспечить правильное чередование сна и бодрствования, соблюдать лечебно-охранительный режим. Все это не требует пояснений. Лечебный эффект постельного режима объясняется, в частности, улучшением условий кровообращения в нижних конечностях. Литературные данные говорят о том, что и при нормальной беременности возникают новые, более сложные условия кровообращения. Так, по Мак Леннану (McLennan, 1943), в первые недели беременности давление в венах нижних конечностей равняется 91 см водяного столба, а к концу беременности возрастает до 244 см.

Следующее важное лечебное мероприятие — ограничение жидкости (до 600 мл в сутки) и ахлоридная или малохлоридная диета.

Предложение лечить «голодом и жаждой» по Фольхарду (Folhard), а также исключить или резко ограничить белки является необоснован-

ной крайностью и вредно, так как голод и жажда усиливают некомпенсированный ацидоз. Значительное большинство авторов (Г. М. Салганник, Д. Ф. Чеботарев, М. А. Петров-Маслаков, Н. Л. Стодрик и Т. И. Орлова) отвергают подобное лечение. Мы также считаем, что необходимо назначить стол, содержащий до 80—90 г белка, и отказаться от режима «голода и жажды».

Исходя из всего изложенного, больной Н-вой назначили постельный режим и диету (почти бессолевая пища — всего 0,5 г соли). Диета была следующей (по Г. М. Салганнику).

Завтрак: малосоленый хлеб, несоленое масло, 2 яйца всмятку, фрукты, варенье, чай.

Обед: рыба отварная без соли, малосоленый хлеб с несоленным маслом, компот.

Полдник: фрукты, варенье, бисквит, чай.

Ужин: вареное мясо, вареный картофель, вареные овощи без соли, сметана, печеное яблоко, чай, малосоленый хлеб.

Количество жидкости в сутки 600 мл. Кроме того, назначен 25% раствор сернокислого магния (3 раза в день по 1 столовой ложке) для регулирования стула.

В связи с отсутствием у Н-вой гипопроteinемии (белок общий 7,1⁰/₀) не было показаний для дополнительного назначения пищи, богатой белком.

4/1. 1956 г. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Жалоб не предъявляет. Спала 8 часов. Отеки без изменений. Выпито 600 мл жидкости, выделено 800 мл. Назначения те же, что и 3/1.

5/1. Общее состояние удовлетворительное. Сон хороший. Отеки на голенях и стопах уменьшились. Был стул. Выпито 600 мл жидкости, выделено 1000 мл. Назначения те же.

6/1. Общее самочувствие удовлетворительное. Отеки на голенях и стопах продолжают уменьшаться. Выпито 600 мл жидкости, выделено 1300 мл. При анализе мочи патологических изменений не обнаружено. Переведена на молочно-растительный стол.

7/1. Самочувствие удовлетворительное. Спала хорошо. Выпито 600 мл жидкости, выделено 1500 мл. Отеки почти исчезли.

Назначения: 1) диета та же; 2) жидкости до 1 л; 3) разрешено вставать.

В дальнейшем самочувствие беременной было хорошим.

С 9/1 отеки исчезли. Беременная оставалась в стационаре до 14/1.

При выписке самочувствие удовлетворительное, отеков нет, артериальное давление 120/75 мм. Вес 78 кг. Сердцебиение плода ясно, 132 удара в минуту.

Выписана под наблюдение женской консультации.

Терапия в условиях стационара предупредила развитие более тяжелых стадий токсикоза и привела к быстрому излечению его.

С целью профилактики рецидива токсикоза даны советы:

1) воздерживаться от соленой пищи; 2) еженедельно посещать женскую консультацию.

Беременная выполнила эти советы. Чувствовала себя хорошо. Отеки не появлялись.

25/1 1956 г. Н-ва поступила по поводу родовой деятельности. Артериальное давление 120/75 мм; отеков нет. Срочные неосложненные роды живым ребенком мужского пола, весом 3600 г. Во время родов вела себя спокойно, дисциплинированно. Эффект психопрофилактической подготовки вполне хороший. Послеродовой период без осложнений. Выписана со здоровым ребенком на 9-й день после родов.

Э п и к р и з

Н-ва поступила в акушерскую клинику по поводу отеков при беременности сроком 37—38 недель. Беременность первая. На 33-й неделе беременности возникли отеки и небольшая альбуминурия (0,033% белка). После назначения малохлоридной диеты и ограничения жидкости отеки и альбуминурия быстро исчезли. Нарушение диеты (ела много

соленого) обусловило рецидив заболевания и значительное нарастание веса (2,5 кг) в течение нескольких дней.

Нормальное артериальное давление (120/75 мм), отсутствие патологических изменений со стороны мочи, сердца, легких и печени позволили исключить такие заболевания, как нефрит и декомпенсация сердечной деятельности. Диагностирован поздний токсикоз беременных в стадии водянки. Назначена диета с малым количеством хлоридов и ограничением жидкости, постельный режим. В течение недели отеки ликвидировались. Нормальные срочные роды живым ребенком.

Нефропатия беременных (perihorathia). Внутриутробная смерть плода

К-на, 25 лет, поступила в отделение патологии беременности 1/IV 1953 г. Отеки. Беременность первая, срок 38 недель.

Анамнез. В детстве болела корью и гриппом, в 1951 г. подверглась операции по поводу аппендицита. Бытовые условия удовлетворительные. Работает с 20 лет.

Менструальная функция. Менструации с 12 лет, через 28 дней, по 3 дня, безболезненные, в небольшом количестве. Последняя менструация с 6 по 8/VII 1952 г.

Половая функция. Замужем с 24 лет, гинекологических заболеваний не было. Мужу 28 лет; по словам беременной, венерическими болезнями он не болел. Последнее половое сношение 3 месяца тому назад.

Течение настоящей беременности. Забеременела через 3 месяца после начала половой жизни.

Женскую консультацию посетила 8 раз; первое посещение на 18-й неделе беременности. В консультации прошла три занятия по психопрофилактической подготовке к родам. До 34 недель беременности чувствовала себя удовлетворительно. Артериальное давление было нормальным; первый раз измерено при 22-недельной беременности. Изменений со стороны мочи не обнаруживали. С 1/III 1953 г. появились отеки. Артериальное давление повысилось до 140/80 мм. Альбуминурия — 0,06%. 3/III была госпитализирована в родильный дом, где пробыла 13 дней. Состояние улучшилось, отеки прошли; в моче следы белка. Артериальное давление снизилось до 130/80 мм. 16/III выписана под наблюдение женской консультации. Дома не соблюдала пищевого режима (ела много соленого, пила свыше 1 л жидкости). Консультацию посетила только 30/III, когда увеличились отеки на голенях. Моча (в тот же день): белок 9%, эритроциты 1—2 в поле зрения, выщелоченные и неизмененные, гиалиновые цилиндры до 2 в поле зрения.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Температура 36,6°. Головной боли не отмечает, видит хорошо. Вес 84 кг, рост 160 см. Значительные отеки лица, туловища и ног.

Орган зрения. Жалоб на нарушение зрения не предъявляет. Соски зрительных нервов бледно-розовые, границы несколько сглажены, артерии ступенчаты, вены нормальные.

Органы кровообращения. Артериальное давление 150/110 мм. Тоны сердца чистые, границы не изменены. Рентгенологически патологических изменений со стороны сердца и легких не обнаружено.

Кровь: Hb 12,5 г% (75 единиц), эр. 4 000 000; цветной показатель 0,77; л. 7500, э. 4%, п. 6%, с. 54%, лимф. 29%, мон. 7%; РОЭ 12 мм в час. Белки крови: общий — 7,1%, альбумины — 4,5%, глобулины — 2,6%. Остаточный азот — 28,8 мг%.

Органы дыхания — патологических изменений нет.

Органы пищеварения. Язык влажный. Печень и селезенка не пальпируются. Наклонность к запорам.

Мочевые органы. Мочиспускание несколько учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Анализ мочи см. выше.

Акушерское обследование. Значительная пигментация околососковых кружков. Из молочных желез при давлении выделяется в большом количестве желтый секрет (молозиво). Наибольшая окружность живота 105 см. Дно матки на 32 см над лоном. Плод во втором продольном положении, тазовом предлежании; тазовый конец плода подвижен над входом в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, справа от срединной линии тела, выше пупка. Размеры таза 26, 29, 31, 21 см.

Какой диагноз?

1. Беременность 38 недель. Хронический нефрит.

2. Беременность 38 недель. Недостаточность кровообращения в связи с заболеванием сердца.

3. Беременность 38 недель. Гипертоническая болезнь.

4. Беременность 38 недель. Поздний токсикоз беременных. Нефропатия.

Анамнез не дает никаких указаний на заболевание почек или сердечно-сосудистой системы в прошлом. Женщина чувствовала себя удовлетворительно в течение первых 33 недель беременности, тогда как при ее осложнении нефритом, заболеванием сердца отеки, одышка, патологические элементы в моче выявляются обычно в первые же недели беременности. При обследовании сердца также не установлено отклонений от нормы. Все это позволяет считать необоснованным диагноз нефрита и недостаточности кровообращения в связи с заболеванием сердца.

В настоящее время не так редко встречается сочетание гипертонической болезни и беременности, что при наличии повышенного артериального давления и альбуминурии ставит нас перед необходимостью дифференциации гипертонической болезни и нефропатии. Из анамнеза К-ной видно, что в первые 33 недели беременности артериальное давление у нее не повышалось. Таким образом, нет оснований для диагноза гипертонической болезни.

Наличие классической триады симптомов нефропатии: альбуминурии, гипертонии и отеков при беременности сроком 38 недель позволяет поставить диагноз позднего токсикоза беременности в стадии нефропатии.

Термин «нефропатия» [Лелейн (Löhlein), Цангемейстер (Zangemeister)], так же как и «токсикоз беременных», нельзя считать правильным, поскольку он отражает представление о нефрогенной природе заболевания. Однако мы, как и другие авторы, условно применяем термин «нефропатия» ввиду того, что он широко принят в литературе; вместе с тем необходимо помнить, что поражение почек является лишь одним из трех указанных выше симптомов позднего токсикоза. Для определения этой стадии токсикоза беременных были предложены другие термины: острый паренхиматозный нефрит беременных [Бартельс (Bartels, 1877)], почка беременных [Лейден (Leyden)], нефродистрофия беременных [Яшке (Jaschke, 1921)], тубуло-гломерулярный нефрит [Фар (Fahr, 1924)], тубулярный нефрит беременных (И. И. Яковлев, 1940). Все эти термины также отражают представление о нефрогенной природе токсикоза. Однако они не получили широкого признания.

Выше мы говорили, что у К-ной имеется классическая триада симптомов нефропатии: отеки, альбуминурия и гипертония. Однако сочетание этих трех симптомов наблюдается не у всех больных. Так, по данным М. Н. Мусабековой, все симптомы классической триады наблюдались лишь у 62% больных; два из трех симптомов нефропатии были у 38% (у 117 из 310 больных нефропатией). Наличие лишь двух из трех симптомов нефропатии не дает оснований отвергать диагноз токсикоза в этой стадии. Очень редко встречается моносимптомный токсикоз в виде гипертонии; обычно это первый симптом нефропатии, тогда как другие симптомы (отеки, альбуминурия) выявляются позже. Детальное обследование в ряде этих случаев устанавливает гипертоническую болезнь при беременности.

Выше (стр. 26) мы говорили о современных взглядах на патогенез отека.

Каков же патогенез двух других симптомов нефропатии — альбуминурии и гипертонии? Каков характер анатомических изменений, наблюдающихся в почках при нефропатии — следует ли их классифицировать как нефроз, нефрит или это совершенно своеобразная форма поражения почек?

Появление функциональных и морфологических изменений в почках связано с изменением кровотока в них вследствие сужения просвета почечных сосудов и нарушения проницаемости их стенок (Д. Ф. Чеботарев). Выделение белка происходит в основном в клубочках, так как у беременных изменяется проницаемость стенок капилляров. Это изменение проницаемости может быть результатом двух факторов: 1) общего изменения проницаемости сосудисто-тканевых мембран; 2) нарушения почечной циркуляции вследствие гипертонуса или спазма почечных сосудов, главным образом приводящих и отводящих артериол (Д. Ф. Чеботарев). Оба этих фактора и являются причиной возникновения альбуминурии, гематурии и цилиндрурии.

Морфологические изменения почек при нефропатии изучены недостаточно, так как смертельный исход наблюдается очень редко; обычно он зависит от сопутствующих осложнений. Изменения в почках выражаются дистрофией эпителиа извитых канальцев и сосудисто-клубочкового аппарата с отложением липидов внутри и вне клетки. Большинство авторов характеризует изменения в почках при токсикозах беременных как нефроз. Некоторые авторы (Д. Ф. Чеботарев) определяют эти изменения (при тяжелом течении болезни) как своеобразный нефрит беременных. В подтверждение такой трактовки поражений почек Д. Ф. Чеботарев приводит следующие весьма веские признаки: бледность покровов и наличие отеков, стойкая гипертония и наличие мочевого синдрома, характерные для нефрита изменения в капиллярах — бледный фон, спазм артериальных и венозных отделов петель, резкий стаз крови. Таким образом, изменения в почках при токсикозах беременных являются совершенно своеобразными; они имеют черты, характерные как для нефроза, так и для нефрита.

Что касается патогенеза третьего симптома нефропатии — гипертонии, то многие авторы связывали возникновение гипертонии с нарушением функции почек. В настоящее время эта точка зрения встречает основательные возражения; нарушения функции почек являются вторичным, а не первичным фактором. В патогенезе гипертонии при беременности Г. Ф. Ланг придает значение «усилению тонического сокращения мелких сосудов, обусловленного не ренальным прессорным механизмом, а каким-то другим фактором». Д. Ф. Чеботарев считает, что генез гипертонии является сложным и складывается из центрально-нервного, почечного (ренин-прессорная система) и гормонального (гипофиз, кора надпочечников, яичники) факторов.

Клиническое течение нефропатии представляется весьма вариabильным. У одних больных симптомы заболевания выражены нерезко: невысокое артериальное давление, небольшая альбуминурия, нормальный диурез. Своевременное и рациональное лечение быстро приводит к ликвидации болезненных симптомов; беременность развивается и заканчивается нормальными срочными родами живым ребенком. Это так называемое интеркуррентное течение нефропатии. У других больных заболевание выражается яркими симптомами: высокое артериальное давление, не только систолическое, но и диастолическое, большое количество белка, много гиалиновых и зернистых цилиндров. При исследовании глазного дна выявляются отек сетчатки, иногда мелкие кровоизлияния, сужение артериальных сосудов и расширение вен; отношение ширины просвета артерий к венам, в норме равное 2:3, при нефропатии изменяется, составляя 1:6.

Симптомы и течение нефропатии у К-ной говорят о тяжелой форме заболевания, что требует от нас принятия срочных мер терапии, а также обсуждения вопроса о прогнозе.

Прогноз нефропатии для беременной обычно благоприятный, смертельный исход, как правило, не наблюдается. Однако возможен переход нефропатии в преэклампсию и эклампсию, а также развитие стойких нарушений в почках. Прогноз нефропатии для плода менее благоприятен — нередко происходит внутриутробная его гибель.

М. Н. Мусабекова изучила данные о 488 женщинах, страдавших токсикозами во второй половине беременности, и их 510 детях, находившихся в Институте акушерства и гинекологии (Москва) в 1948—1953 гг. Среди 112 детей, родившихся у 108 больных водянкой, было 9 (8,7%) недоношенных, 5 (4,6%) мертвых; среди 327 детей, родившихся у 310 больных нефропатией, — 54 (16,5%) недоношенных, 27 (8,3%) мертвых; у 42 больных преэклампсией родилось 16 недоношенных и 4 мертвых ребенка; среди детей, родившихся у 28 больных эклампсией, было 3 мертвых, 5 недоношенных.

Прогноз токсикоза зависит в основном от следующих обстоятельств:

1) времени развития нефропатии; чем раньше появляется нефропатия, тем чаще она переходит в эклампсию и тем выше процент гибели плода;

2) длительности заболевания; прогноз как для беременной, так и для плода ухудшается, если заболевание продолжается 3—4 недели и больше.

Возвращаясь к прогнозу у больной К-ной, следует сказать, что при условии тщательного лечения он является благоприятным. Что касается прогноза в отношении плода, то его следует считать сомнительным (возможность недонашивания беременности, мертворождения). Вопрос об отдаленных исходах нефропатии был детально изучен М. Н. Малковой (1952). Проведя длительное (до 13 лет) наблюдение за 140 женщинами, перенесшими нефропатию и эклампсию, автор установил, что только у 90 из них наступило полное клиническое выздоровление, более раннее или более позднее. У 50 больных наблюдалось развитие или хронического нефрита с исходом во вторично сморщенную почку, или синдрома гипертонической болезни.

Данные Н. Л. Стоцик и Т. И. Орловой (1952) также говорят о серьезных отдаленных последствиях поздних токсикозов. Авторы обследовали 71 женщину через 3—10 лет после перенесенного ими токсикоза беременных; у 30 из них наблюдалось повышение артериального давления, причем у 22 имелись выраженные признаки гипертонической болезни. Трое из этих женщин умерли в молодом возрасте, в том числе две от кровоизлияния в мозг. Стойкие изменения глазного дна были обнаружены у 30 женщин; мертвые недоношенные дети родились у 45, живые недоношенные — у 12. Представление о редком рецидивировании поздних токсикозов не соответствует действительности. Так, по данным Дикмана (W. Dickmann, 1941), рецидивы заболевания наблюдались у 62% женщин, перенесших токсикоз беременности.

В чем заключается терапия при нефропатии?

Прежде всего надо госпитализировать больную; лечить ее в домашних условиях не только нецелесообразно, но и опасно (переход в преэклампсию и эклампсию). Вопрос о лечении при тяжелой форме нефропатии может быть решен в двух принципиально различных направлениях:

- 1) срочное оперативное родоразрешение;
- 2) консервативные методы лечения.

При выборе метода лечения К-ной необходимо учитывать данные анамнеза и обследования. Лечение, проведенное в марте, дало положительные результаты, и в настоящее время нет ни мозговых симптомов,

ни нарушений зрения. Огромный опыт акушеров учит, что результаты консервативной терапии токсикозов вполне удовлетворительны. Все это дает нам основание избрать консервативное направление при лечении токсикоза у К-ной.

Останавливаясь на консервативном лечении, мы не должны забывать о необходимости тщательного наблюдения за динамикой заболевания, о возможности перехода болезни в стадию преэклампсии и эклампсии и об отдаленных последствиях токсикозов беременных.

Итак, с первого же дня поступления, т. е. с 1/IV 1953 г., больной были сделаны следующие назначения:

1) лечебно-охранительный режим (полный покой, правильное чередование бодрствования и сна, внимательное отношение медицинского персонала и пр.);

2) строгое постельное содержание;

3) диета, содержащая мало хлоридов (0,2 г хлористого натрия): завтрак — бессолевой хлеб, несоленое масло, варенье, яблоко печеное с сахаром, кофе с 50 мл молока; обед — отварное несоленое мясо (или рыба), овощи вареные без соли, несоленый хлеб с несоленным маслом, компот; полдник — чай, несоленый хлеб, несоленое печенье, варенье; ужин — несоленый творог, яблоко, чай с сахаром, несоленый хлеб с несоленным маслом;

4) 25% раствор сернокислого магния по 20 мл 4 раза в сутки через 6 часов внутримышечно;

5) 40% раствор глюкозы — 50 мл внутривенно;

6) аскорбиновая кислота — по 0,1 г 5 раз в день;

7) люминал 0,05 г на ночь.

Сернокислый магний понижает возбудимость центральной нервной системы, скелетной и гладкой мускулатуры, в частности мускулатуры сосудов. Глюкоза обезвоживает ткани, вытесняет из них хлориды, увеличивает приток жидкости в кровяное русло. Введение глюкозы способствует уменьшению отеков и повышению диуреза.

2/IV 1953 г. Самочувствие больной удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 145/100 мм. Ночью спала 6 часов. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. Отеки несколько уменьшились. Выпито 600 мл жидкости, выделено 650 мл.

Назначения: функциональная проба по Зимницкому; введение сернокислого магния прекратить; в остальном то же, что и раньше.

3/IV. Самочувствие удовлетворительное, головной боли нет. Артериальное давление 140/100 мм. Отеки уменьшились. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное. Выпито 600 мл жидкости, выделено 1000 мл.

Моча: удельный вес 1023, белка 6‰, в осадке те же патологические элементы. Проба по Зимницкому показала колебание удельного веса мочи от 1005 до 1023.

4/IV. Самочувствие удовлетворительное. Ночью спала 8 часов. Артериальное давление 140/100 мм. Отеки уменьшаются. Выпито 600 мл жидкости, выделено 1200 мл.

При обследовании глазного дна получены те же данные, что и 1/IV.

Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное. Назначения те же.
5/IV. Самочувствие удовлетворительное. Ночью спала 8 часов. Артериальное давление 140/100 мм. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Выпито 600 мл жидкости, выделено 1000 мл.

Назначение: разгрузочный день — 1 кг фруктов.

6/IV. Самочувствие удовлетворительное. Артериальное давление 140/100 мм. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное. Выделено за сутки 1200 мл мочи. Моча: удельный вес 1020, белка 3‰, эритроциты — один в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 1—2 не в каждом поле зрения.

Назначения те же. Содержание соли в пище до 0,5 г.

Диета с содержанием 0,5 г соли была следующая.

Завтрак: малосоленый хлеб, несоленое масло, яйцо всмятку, фрукты, варенье, кофе с молоком.

Обед: вареная рыба без соли, малосоленый хлеб с несоленым маслом, компот.

Полдник: овощи вареные без соли, чай, бисквит, варенье, фрукты.

Ужин: вареное мясо, картофель, вареные овощи без соли, сметана, печеное яблоко, чай, малосоленый хлеб. Жидкости за сутки до 1000 мл.

В последующие дни самочувствие беременной оставалось удовлетворительным. Артериальное давление 140/100 мм. В моче белок (3‰), гиалиновые цилиндры не в каждом поле зрения. Отеки значительно уменьшились. Таким образом, несмотря на настойчивое лечение, симптомы нефропатии полностью не исчезали, что безусловно свидетельствовало о тяжести заболевания.

В отделении проведено четыре занятия по психопрофилактической подготовке к родам.

15/IV в 6 часов начались родовые схватки, через 15—12 минут, по 20—30 секунд.

В 10 часов внезапно появились боли слева внизу живота и болезненность при пальпации левого угла матки; сердцебиение плода исчезло. Поставлен диагноз частичной преждевременной отслойки плаценты. Артериальное давление 150/120 мм, небольшая головная боль (преэклампсия). Пульс 80 ударов в минуту удовлетворительного наполнения, ритмичный. При влагалищном исследовании установлено раскрытие зева на 2½ поперечных пальца; плодный пузырь цел, напрягается во время схватки; ягодицы прижаты ко входу в таз. Разорваны плодные оболочки. Отшло около 150 мл прозрачных вод.

Назначения: 1) 25% раствор сернокислого магния — по 20 мл внутримышечно 4 раза через 6 часов; 2) 40% раствор глюкозы — 50 мл внутривенно. В 16 часов 50 минут родился в тазовом предлежании мертвый плод мужского пола весом 3620 г, длиной 51 см.

В 17 часов 30 минут выделился самостоятельно послед. Кровопотеря во время родов составила 200 мл.

При осмотре плаценты обнаружены множественные белые инфаркты; на участке материнской поверхности плаценты размером 2×3 см сгустки крови, плотно фиксированные к долькам плаценты.

Во время родов К-на сначала вела себя спокойно. Узнав о гибели плода, начала громко стонать, во время схваток вела себя крайне беспокойно (срыв психопрофилактической подготовки).

В послеродовом периоде артериальное давление было повышенным — 145/100—140/110 мм; в дальнейшем оно снизилось до 120/80 мм. На 2-е сутки в моче белок — 0,66‰, эритроциты — 2—3 в поле зрения, выщелоченные и свежие, гиалиновые цилиндры 1—2 в поле зрения, вернитые цилиндры — 2 в препарате. Выписана на 12-й день после родов в удовлетворительном состоянии. Артериальное давление 120/80 мм. В моче белок — 0,066‰, форменных элементов в осадке нет.

Через 17 месяцев (29/IX 1954 г.) нормальные срочные роды живым плодом женского пола весом 4750 г, длиной 55 см. Артериальное давление 120/80 мм. Явлений токсикоза во время беременности и родов не было. Через 2 года после родов самочувствие удовлетворительное. Артериальное давление 100/60 мм.

Итак, первые роды закончились неблагоприятно для плода — он погиб внутриутробно вследствие перерождения и частичной отслойки нормально расположенной плаценты. К счастью, несмотря на тяжелое течение нефропатии, во время родов не возникла эклампсия (была преэклампсия). Однако нас не может удовлетворить такой исход родов, ибо плод погиб.

Были ли упущения при наблюдении за К-ной и можно ли было предотвратить столь печальный исход для плода?

В целях выяснения поставленных вопросов мы обсудили историю развития беременности и родов К-ной совместно с врачами женской консультации, родильного дома и акушерской клиники. Выяснилось, что несомненно были упущения как в процессе наблюдения за беременной в женской консультации, так и во время первой ее госпитализации в родильный дом.

При наблюдении в женской консультации были следующие упущения: во-время первого посещения консультации, к тому же позднего,

артериальное давление не было измерено; его измерили впервые при 22-недельной беременности. Между тем очень важно знать уровень артериального давления в самом начале беременности, чтобы иметь возможность судить о последующих его изменениях.

Какие же цифры артериального давления являются патологическими?

Согласно весьма распространенному мнению, артериальное давление 135/80—140/90 мм следует считать верхней границей нормы. Однако это верно лишь отчасти. Надо помнить, что у ряда женщин наблюдается гипотония (90/60—90/50 мм); для них указанные выше цифры (135/80 мм) являются уже показателем значительной гипертонии. Кроме того, очень важно учитывать изменения уровня минимального давления, так как у некоторых больных максимальное давление не повышается, минимальное же растет. Так было и у К-ной.

Наблюдая за беременной, крайне важно систематически следить за артериальным давлением, весом тела, производить исследование мочи. Между тем в карте беременной К-ной после осмотра 1/II 1953 г. нет данных о весе. Таким образом, врач не имел возможности судить о динамике веса за февраль. Кроме того, хотя К-на посетила консультацию в феврале лишь один раз, она за этот срок не была патронирована на дому. Между тем каждая женщина во второй половине беременности (особенно после 30 недель) должна осматриваться врачом не менее 2 раз в месяц; при неявке в назначенный срок необходимо проводить патронаж.

Выписывая 16/III 1953 г. К-ну из родильного дома, врач отделения патологии беременности должен был указать на необходимость еженедельного контроля за состоянием здоровья беременной и сообщить об ее выписке в консультацию, которая обязана была взять женщину под строгое наблюдение. В результате отсутствия такого контроля и нарушения беременной рекомендованной диеты наступил рецидив заболевания.

К-на вновь поступила в стационар через 2 недели с тяжелыми клиническими симптомами нефропатии.

Все перечисленные упущения не позволили выявить токсикоз в ранних стадиях его развития и предотвратить тяжелый рецидив болезни.

По вопросу диетотерапии и лекарственной терапии поздних токсикозов есть различные предложения. Мы уже указывали выше (стр. 27), что лечение «голодом и жаждой» в настоящее время отвергается большинством авторов; подобное лечение лишь усиливает некомпенсированный ацидоз.

В Институте клинической терапии имени Н. Д. Стражеско (Д. Ф. Чеботарев, Г. Г. Педанов) были получены хорошие результаты при назначении больным с отеками творожной диеты (творога 400 г, сахара 100 г) и хлористого аммония (3 г в сутки). Д. Ф. Чеботарев рекомендует внутривенное применение больших доз глюкозы и витамина С (150—500 мл 40% раствора глюкозы и 400 мг аскорбиновой кислоты 1 раз в сутки); вливание рекомендуется производить медленно — до 300 мл глюкозы в течение 30 минут. Применение глюкозы позволило (Д. Ф. Чеботарев) резко ограничить показания к кровопусканиям и введению сернокислого магния. М. А. Петров-Маслаков наблюдал положительные результаты лечения нефропатии и гипертонии сном и сернокислым магнием. Однако мы считаем, что дозы снотворных, примененные М. А. Петровым-Маслаковым, очень высоки и могут оказать неблагоприятное влияние на беременную и плод. Помимо того,

М. А. Петров-Маслаков и К. Б. Деранкова (1956) при отеках и начальной стадии нефропатии рекомендуют дибазол (0,05 г) 4 раза в день.

Г. М. Салганник (1953) сообщил о благоприятных результатах оксигенотерапии токсикозов. А. И. Вылегжанин (1955), изучая газовый состав крови при поздних токсикозах, не обнаружил недостаточного содержания кислорода в крови беременной. Автор подверг длительной (в течение месяца) кислородной терапии (в палатке) 12 боьных с тяжелым течением позднего токсикоза, но не получил положительных результатов; все плоды погибли внутриутробно.

Г. Ф. Чеботарев указывает, что оксигенотерапия весьма эффективна при артериальной гипоксемии.

Э п и к р и з

К-на, первобеременная, поступила в клинику с 38-недельной беременностью по поводу классической триады симптомов нефропатии: гипертонии, альбуминурии и отеков. За 2 недели до этого больная лечилась в родильном доме по поводу нефропатии; выписана с незначительным улучшением. Нарушение режима в домашних условиях привело к рецидиву заболевания. Настойчивое лечение в клинике (диета, сернокислый магний, глюкоза, разгрузочные дни) в течение 2 недель лишь уменьшило тяжесть болезненных симптомов, но не привело к выздоровлению. Во время родов произошла частичная преждевременная отслойка плаценты и гибель плода.

Нефропатия беременных. Преэклампсия

К-ва 34 лет, поступила в акушерскую клинику 14/IV 1956 г. в 17 часов 24 минуты по поводу болей внизу живота. Беременность сроком 40 недель.

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной. Взрослой ничем не болела. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструация с 15 лет, через 30 дней, по 3 дня, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя менструация с 1 по 4/VII 1955 г.

Половая функция. Замужем 8 лет. Мужу 34 года; по словам беременной, муж венерическими болезнями не болел. Последнее половое сношение 3 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность вторая. Первая беременность (внематочная) была в 1953 г.; удалена левая труба.

Во время настоящей беременности женскую консультацию посетила 10 раз; первый раз — при 14-недельной беременности, последний — в день поступления в клинику. За время наблюдения в консультации отклонений от нормального течения беременности не выявлено. В консультации прошла три занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Последнее посещение женской консультации 20/III 1956 г. За 7 дней до поступления в клинику появились отеки ног.

Общее обследование. При поступлении состояние удовлетворительное. Температура 36,6°, пульс 76 ударов в минуту. Пастозность лица и передней брюшной стенки; значительные отеки голеней и стоп. Вес 70,7 кг (30/XI 1955 г. 67,5 кг), рост 150 см.

Органы кровообращения и дыхания. Со стороны сердца и легких патологических изменений не выявлено. Артериальное давление 120/80 мм.

Мочевые органы. Мочиспускание учащено. При кипячении мочи (подкисленной) получен хлопковидный осадок (альбуминурия).

Акушерское обследование. Живот равномерно выпячен; высота дна матки над лоном 36 см; окружность живота 107 см. Плод в продольном положении, головном предлежании; головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода 126 ударов в минуту, справа от срединной линии тела, на уровне пупка. Воды не подтекают. Размеры таза 25, 27, 31, 20 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины; шейка не сглажена, зев закрыт; через свод определяется головка, подвижная над входом в таз. Мыс не достигаается.

Д и а г н о з: беременность 40 недель, нефропатия.

Диагноз нефропатии основан на том, что имеется два из трех кардинальных признаков этой стадии позднего токсикоза беременных: зна-

чительные отеки, альбуминурия. По данным анамнеза: во время беременности не было ни повышения артериального давления, ни альбуминурии. Отеки появились 7 дней тому назад.

Как вести беременную?

1. Беременную вести консервативно-выжидательно: ограничить введение жидкости, назначить малохлоридную диету. При повышении артериального давления, появлении мозговых симптомов, сделать кровопускание, вводить сернокислый магний.

2. Беременную вести консервативно-выжидательно; ввиду опасности развития эклампсии назначить, кроме диеты и ограничения жидкости, инъекции сернокислого магния.

Как при первом, так и при втором варианте ведения беременной предложена консервативно-выжидательная тактика.

Имеются ли основания для немедленного применения инъекций сернокислого магния? Нам кажется, что отсутствие повышения артериального давления и мозговых симптомов позволяет пока воздержаться от применения магния. Более обоснованным является предложение о применении сернокислого магния и кровопускания лишь в случае возникновения мозговых симптомов и повышения артериального давления. Итак, создадим беременной благоприятный лечебно-охранительный режим, ограничим введение жидкости до 600 мл в сутки, назначим диету с незначительным содержанием хлоридов (0,2 г хлористого натрия) (стр. 32), будем внимательно наблюдать за состоянием женщины. Артериальное давление с началом схваток следует измерять каждые 2—3 часа; при этом необходимо щадить психику больной; наряду с этим следует измерять артериальное давление в комплексе с общим и специальным обследованием.

14/IV, 20 часов. Самочувствие удовлетворительное, схваток нет; артериальное давление 120/80 мм; сердцебиение плода ясное, 126 ударов в минуту.

23 часа. Самочувствие удовлетворительное, схваток нет. Беременная дремлет. Артериальное давление 120/80 мм. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту.

15/IV. С 23 до 6 часов беременная спала спокойно. Самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. С 6 часов появились слабые схватки, через 12—15 минут, по 20—30 секунд. Артериальное давление 130/80 мм.

Началась родовая деятельность. Наличие нефропатии создает опасность развития мозговых симптомов и повышения артериального давления.

Не назначить ли теперь терапию сернокислым магнием? Мы не согласны с таким предложением, так как в данный момент нет никаких новых симптомов токсикоза. Повысим наше внимание, поручим акушерке неотступно находиться у постели роженицы.

15/IV, 8 часов 30 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 130/80 мм. Схватки через 10—12 минут, по 25—30 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту.

9 часов 30 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 8—10 минут, по 30—40 секунд, резко болезненные. Артериальное давление 135/80 мм. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту.

Моча: количество 120 мл; цвет насыщенно желтый, прозрачность полная, реакция кислая. Белок — следы, эпителий плоский в небольшом количестве, лейкоциты — 4—6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые — единичные в препарате.

Кровь: Hb 9,1 г% (55 единиц), эр. 3 500 000, цветной показатель 0,78; л. 12 000, э. 5%, п. 19%, е. 68%, лимф. 8%; РОЭ 40 мм в час.

Назначена инъекция 2% раствора промедола в количестве 1 мл.

Проведена беседа врача, вызвавшего уверенность в благоприятном исходе родов как для матери, так и для плода.

Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена, зев раскрыт на 3 поперечных пальца, плодный пузырь во время схватки выпячивается во влагалище. Предлежит головка, сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа впереди. Пальпируются $\frac{2}{3}$ задней поверхности лонного сочленения.

Диагноз: первый период родов, затылочное предлежание, передний вид, вторая позиция, нефропатия.

В связи с тем, что в процессе родов симптомы нефропатии нерезко прогрессируют, назначено: 1) внутримышечно 20% раствор сернокислого магния — 30 мл; 2) внутривенно 40% раствор глюкозы — 50 мл.

С целью уменьшения внутриматочного давления решено вскрыть плодный пузырь.

При вскрытии плодного пузыря отошло 200 мл прозрачных вод.

11 часов. Появились жалобы на головокружение. Артериальное давление 150/80 мм. Схватки менее болезненны, через 5—6 минут, по 40—45 секунд. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное.

Возникли новые симптомы, которые должны привлечь наше особое внимание: головокружение, повышение артериального давления до 150/80 мм. Надо быть готовым к кровопусканию.

13 часов 30 минут. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Жалуется на небольшую головную боль. Артериальное давление 160/80 мм. Схватки через 3—4 минуты, по 40—50 секунд, временами переходят в потуги. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Ввиду прогрессирующего повышения артериального давления и появления головной боли (симптом преэклампсии), несмотря на применение магнeзиальной терапии, решено произвести кровопускание.

Во время подготовки рук акушера артериальное давление повысилось до 170/90 мм.

13 часов 45 минут. Путем венеопункции сделано кровопускание (300 мл крови).

14 часов 10 минут. Артериальное давление снизилось до 155/80 мм. Самочувствие удовлетворительное; незначительная головная боль. Потуги через 5—7 минут, по 30—40 секунд. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное.

Здесь уместно напомнить, что при наличии противопоказаний к кровопусканию (анемия, токсикоз на фоне гипотонии) целесообразно применение таких отвлекающих средств, как пиявки на область сосцевидных отростков и копчик, банки вдоль позвоночника.

15 часов 20 минут. Самочувствие роженицы удовлетворительное, жалобы на небольшую головную боль. Артериальное давление 160/90 мм. Сердцебиение плода замедлилось до 100 ударов в минуту, ритмичное, глухое; из влагалища выделения зеленого цвета (меконий).

Что произошло? Какова должна быть терапия?

1. Нефропатия прогрессирует и переходит в преэклампсию, о чем говорит повышение артериального давления и головная боль. У плода начинается асфиксия. Необходимо назначить терапию асфиксии по Хмелевскому-Николаеву.

2. Наличие симптомов преэклампсии, отсутствие эффекта от кровопускания, введения глюкозы и сернокислого магния, появление несомненных признаков асфиксии плода требуют срочного родоразрешения.

Появление новых патологических симптомов со стороны роженицы и плода требует срочного принятия решения о дальнейшей тактике, чтобы предотвратить эклампсию и спасти жизнь плода. Возникновение головной боли у роженицы — очень серьезный симптом, свидетельствующий о переходе нефропатии в преэклампсию. Внутривутробная асфиксия плода также может быть следствием изменений маточно-плацентарного газообмена при токсикозе. В подобной обстановке предложение ограничиться терапией асфиксии плода является не только недостаточным, но и ошибочным. Показано немедленное родоразрешение для спасения плода и предотвращения эклампсии. Необходимо произвести (под эфирно-кислородным наркозом) влагалищное исследование и в то же время назначить роженице: 1) инъекцию подкожно

10% раствора коразола — 1 мл, 2) 40% раствора глюкозы — 50 мл внутривенно, 20% раствора сернокислого магния внутримышечно.

15 часов 30 минут. Влагалищное исследование. Полное раскрытие маточного зева; сагиттальный шов в левом косом размере (близко к прямому); малый родничок справа впереди. Рядом с головкой с трудом пальпируются обе седалищные кости; спереди определяется нижняя треть задней поверхности лонного сочленения; из влагалища выделяется меконий.

Диагноз: преэклампсия, второй период родов, головка в узкой части полости малого таза, асфиксия плода.

Наложены полостные щипцы Симпсона-Брауна в правом косом размере таза (под эфирным наркозом). Извлечен плод мужского пола весом 3450 г, длиной 52 см, в синей асфиксии. Оживлен через 3 минуты, по Соколову — Легенченко. Послед вышел самостоятельно через 25 минут без дефектов.

При осмотре шейки с помощью зеркал справа обнаружен разрыв ее. Наложено три кетгутовых шва; на разрыв слизистой оболочки влагалища наложен один кетгутовый шов. Потеря крови во время родов (кроме кровопускания в количестве 300 мл) составила 200 мл.

Эффект психопрофилактической подготовки к родам оценен как неудовлетворительный. Причины: подготовка не была закончена, течение родов было патологическим, и врачу не удалось снять у роженицы тревогу за исход родов.

Послеродовой период протекал без осложнений. Отеки к 8-му дню после родов почти исчезли. Диурез 1000—1500 мл в сутки. При повторном исследовании мочи 18/IV и 23/IV обнаружены следы белка, цилиндров нет.

24/IV родильница выписана в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком; передана под наблюдение женской и детской консультаций.

Приведенное наблюдение показывает, что при поздних токсикозах беременных может и не быть классической триады симптомов; несмотря на это, в процессе родов клиническая картина токсикоза может быстро прогрессировать и нефропатия может перейти в преэклампсию и эклампсию.

Анализируя причины позднего выявления токсикоза у К-вой, мы установили, что на X месяце беременности она посетила консультацию лишь один раз, и взвешивания не производилось. При систематическом посещении консультации и взвешивании беременной, возможно, раньше были бы выявлены отеки (скрытые) и проведено соответствующее лечение.

Подобные упущения в работе женских консультаций наблюдаются, к сожалению, нередко. Между тем поздние токсикозы наиболее часто возникают на VII—X месяце беременности. Так, М. Н. Мусабекова, изучив данные Института акушерства и гинекологии (Москва) о 310 больных нефропатией, установила, что у 142 из них заболевание возникло на VII—IX месяце беременности, у 153 — на X месяце и только у 15 — на VII месяце.

Своевременное выявление и стационарное лечение подобных больных не только обуславливают резкое снижение частоты наиболее тяжелой стадии позднего токсикоза — эклампсии, но и предотвращают переход водянки в нефропатию. За последние годы удалось добиться значительных результатов в этом направлении. В подтверждение приведем опыт родильного дома имени В. Ф. Снегирева (Ленинград) за последние 20 лет (В. С. Александровский).

Из 320 беременных и рожениц, лечившихся в этом учреждении в 1937—1947 гг. по поводу нефропатии, заболели эклампсией 44 женщины (13,75%). В том же учреждении за 1952—1953 гг. при дальнейшем усовершенствовании консервативных методов терапии были получены значительно лучшие результаты (М. П. Петров-Маслаков). Так, среди 297 женщин, страдавших токсикозом (в том числе нефропатией — 123, гипертонией — 78, водянкой — 96), припадки эклампсии во время родов

возникли только у двух; у двух было произведено кесарево сечение по поводу тяжелого токсикоза; 127 женщин выписались в хорошем состоянии; 160 родили самостоятельно. Процент мертворождений снизился с 18,6% (в 1937—1947 гг.) до 6,2% (в 1952—1953 гг.). Конечно, лучшие результаты терапии являются также следствием улучшения профилактической работы врачей женских консультаций; раннее выявление токсикозов создает благоприятные предпосылки для их эффективного лечения.

Эпикриз

У К-вой на последнем месяце беременности развились явления позднего токсикоза (нефропатии); артериальное давление оставалось нормальным. Во время родов симптомы токсикоза быстро прогрессировали (появилось головокружение, головная боль, повысилось артериальное давление). Назначено лечение сернокислым магнием, произведено раннее вскрытие плодных оболочек и кровопускание. Ввиду прогрессирования симптомов токсикоза (переход в преэклампсию) и появления симптомов асфиксии плода наложены акушерские щипцы.

При анализе истории развития беременности выявлено отсутствие врачебного наблюдения и патронажа в течение последнего месяца беременности.

Преэклампсия

Р-ик, 37 лет, поступила в акушерскую клинику 10/III 1956 г. в 16 часов в связи с отхождением вод; родовой деятельности не отмечается.

Анамнез. В детстве болела корью. В 1942 г. перенесла экссудативный плеврит. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 30 дней, по 3 дня, до первых родов (в 1951 г.) были болезненными. Последняя менструация с 3 по 5/VI 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 33 лет. Мужу 30 лет; по словам беременной, он здоров. От беременности не предохранялась. Последнее половое сношение 3 месяца тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность (в 1951 г.) протекала без осложнений и закончилась рождением живой девочки весом 3000 г.

Течение настоящей беременности. Во время настоящей беременности чувствовала себя удовлетворительно. Четыре раза посетила медицинский пункт на предприятии; последний раз была у врача 10/1 1956 г. Психопрофилактическую подготовку к родам не проходила. В последние 10 дней появились отеки, которые постепенно увеличивались. В районную женскую консультацию не обращалась. Патронаж на дому не проводился. За 2 часа до поступления в клинику начали подтекать воды.

Общее обследование. Общее состояние при поступлении в клинику удовлетворительно. Температура 36,8°. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Вес 58,5 кг, рост 148 см. При наружном осмотре отмечены значительные отеки ног. Подкожножировая клетчатка выражена умеренно.

Органы кровообращения. Артериальное давление 140/80 мм. Патологических изменений сердца не обнаружено. Расширение вен левой голени.

Органы дыхания без патологических изменений.

Органы пищеварения. Язык влажный, не обложен. Печень не пальпируется. Небольшие наружные геморроидальные шишки.

Мочевые органы. Мочиспускание несколько учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча насыщенно желтого цвета, кислой реакции. При кипячении образовался небольшой хлопьевидный осадок.

Акушерское обследование. Живот выпячен. Окружность живота 98 см. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка подвижна над входом в таз. Высота дна матки над лоном 36 см. Сокращений матки не определяется. Размеры таза 24, 26, 30, 19 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки слегка укорочена; наружный зев пропускает один палец; плодные оболочки не определяются. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Отходят в небольшом количестве прозрачные воды.

Какой диагноз?

Раскрытие маточного зева на один палец при незначительном сглаживании шейки у повторнородящей может быть как во время беременности, так и при начавшейся родовой деятельности; однако ни анамнестически, ни при осмотре мы не обнаружили сокращений матки. Таким образом, следует считать, что у Р-ик беременность сроком 40 недель, преждевременное отхождение вод. Кроме того, наличие белка в моче, отеки на ногах и незначительное повышение максимального артериального давления дают достаточные основания для диагноза нефропатии.

Какова терапия?

При преждевременном отхождении вод в сочетании с нефропатией терапия может быть: 1) консервативно-выжидательной (выждать развития родовой деятельности; ввиду незначительных симптомов нефропатии лечение в данный момент не показано; необходимо тщательное наблюдение); 2) активной (применить средства для возбуждения родовой деятельности, лечить нефропатию).

Предложение немедленно приступить к искусственному возбуждению родовой деятельности основано на учете опасности восходящей инфекции в случае преждевременного отхождения вод и возможности перехода нефропатии в преэклампсию. Однако необходимо учесть, что воды, по словам беременной, отошли лишь за 2 часа до поступления в родильный дом, а небольшое сглаживание шейки может рассматриваться как симптом незаметно развивающейся родовой деятельности. Исходя из этого, мы считаем, что в данный момент нет показаний к искусственному возбуждению родовой деятельности; если же в течение ближайших 3—4 часов родовая деятельность не наступит, то возникнут показания к ее возбуждению. С этой целью может быть рекомендовано касторовое масло (60 мл), хинин сернокислый (0,15 г 5 раз каждые 30 минут), карбохолин (0,001 г), 40% раствор глюкозы (40 мл) и 10% раствор хлористого кальция (10 мл).

Терапию нефропатии следует начать немедленно, так как в процессе родов возможно быстрое прогрессирование токсикоза.

Назначения:

- 1) постельный режим;
- 2) малохлоридная диета (стр. 27);
- 3) ограничение жидкости до 600 мл в сутки;
- 4) измерение артериального давления каждые 3 часа.

10/III, 17 часов. Общее состояние роженицы удовлетворительное, пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 145/80 мм. Схваток нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 136 ударов в минуту. Головка прижата ко входу в малый таз. Отходят в небольшом количестве прозрачные воды.

10/III, 17 часов 30 минут. Самочувствие удовлетворительное. Появились схватки через 10 минут по 20—25 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное.

10/III, 20 часов. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 160/90 мм. Схватки через 10 минут, по 20—25 секунд. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 132 удара в минуту.

Итак, артериальное давление повысилось со 140/80 до 160/90 мм.

Является ли повышение артериального давления грозным симптомом? Показаны ли дополнительные лечебные мероприятия?

1. В процессе развития нефропатии возможны колебания артериального давления. Ввиду незначительного повышения его и отсутствия симптомов преэклампсии (головная боль, нарушение зрения) назначение дополнительных лечебных средств не показано.

2. Повышение артериального давления уже вскоре после начала родовых схваток — неблагоприятный симптом. В дальнейшем может

возникнуть преэклампсия или эклампсия. Показаны инъекции сернокислого магния.

Первое предложение мы считаем малообоснованным, так как повышение артериального давления вскоре после начала родовой деятельности несомненно свидетельствует о прогрессировании симптомов нефропатии. Исходя из этого, следует считать вполне обоснованным предложение о срочном применении магниевой терапии¹. Кроме того, надо очень тщательно наблюдать за роженицей, уделяя особое внимание состоянию зрения, появлению мозговых симптомов.

Назначения: инъекции 20% раствора сернокислого магния по 30 мл внутримышечно каждые 6 часов.

10/III, 22 часа 30 минут. Самочувствие роженицы удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Артериальное давление 155/85 мм. Схватки через 5—6 минут, по 30—35 секунд. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное.

В дальнейшем, до 6 часов 30 минут 11/III роженица чувствовала себя удовлетворительно, артериальное давление не превышало 150/85 мм, головка большим сегментом во входе в малый таз. В 4 часа введено 30 мл 20% раствора сернокислого магния.

11/III, 6 часов 30 минут. Роженица жалуется на головную боль, мелькание мушек перед глазами. Артериальное давление 180/100 мм. Потуги через 8—10 минут, по 30—40 секунд. Головка опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное.

Состояние роженицы несомненно ухудшилось — резко повысилось артериальное давление, появилось нарушение зрения, головная боль.

Возникновение подобных симптомов говорит о переходе нефропатии в преэклампсию.

Термин «преэклампсия» предложен Цангемейстером (Zangemeister); французский автор Бар (Bar) назвал подобное болезненное состояние эклампсизмом. Введение этих терминов вполне оправдано, так как они определяют переходную фазу от нефропатии к эклампсии; вместе с тем появление симптомов преэклампсии требует принятия срочных мер для предотвращения эклампсии. В клинической практике мы диагностируем преэклампсию, если к обычным симптомам нефропатии (отеки, гипертония, альбуминурия) присоединяются нарушение зрения, головная боль, боли под ложечкой.

Как же дальше вести роды Р-ик?

1. Роды вести выжидательно.

2. Роды вести выжидательно. Сделать кровопускание (300—400 мл). При нарастании болезненных симптомов закончить роды оперативно.

3. Роды закончить оперативно (наложить акушерские щипцы). Сделать кровопускание (350—400 мл) и повторно исследовать мочу. Вызвать для консультации окулиста.

Предложено три варианта ведения родов. На каком же из них остановиться?

Дальнейшее консервативное ведение родов нам кажется весьма опасным, так как в любой момент может возникнуть припадок эклампсии. Исходя из этого, лечение роженицы с преэклампсией в основном должно быть таким же, как и при эклампсии.

В. В. Строганов считал необходимым при лечении эклампсии проводить следующие мероприятия:

¹ В последние годы ряд авторов (М. А. Петров-Маслаков, Л. С. Персианинов, Д. Ф. Чеботарев) высказывается за ограничение показаний к применению сернокислого магния. Опубликованы материалы о положительных результатах лечения токсикозов беременности с помощью гипотензивных и ганглиоблокирующих средств (дибазола — по Е. В. Деранковой, аминазина — по Л. С. Персианинову, А. М. Фою).

- 1) устранить внешние раздражения (звуковые, световые, тактильные);
- 2) сделать кровопускание;
- 3) вводить наркотические средства (стр. 57);
- 4) рано вскрыть плодные оболочки;
- 5) произвести, при наличии условий, бережное родоразрешение.

Для устранения внешних раздражений больную помещают в отдельную затемненную палату, исследуют ее лишь под наркозом, запрещают в палате, где находится больная, громко говорить.

Применение кровопускания (Цвейфель-Строганов) имеет как сторонников, так и противников. Наиболее активные сторонники рекомендовали производить массивные кровопускания. Так, Б. А. Архангельский предлагал кровопускания по 800—1000 мл и больше; однако в дальнейшем сам он отказался от таких кровопусканий. Обычно выпускают (под контролем тонометра) лишь 350—400 мл крови. М. А. Петров-Маслаков и Д. Ф. Чеботарев резко ограничивают показания к кровопусканиям. Д. Ф. Чеботарев на основании опыта Института терапии имени Н. Д. Стражеско (Киев) рекомендует внутривенное вливание больших доз 40% раствора глюкозы (150—200 мл). Вместе с тем многие авторы (и мы также) считают, что при нарастании преэклампсии (появление мозговых симптомов) безусловно показано кровопускание.

Из наркотических средств В. В. Строганов рекомендовал морфин и хлоралгидрат. По предложению Д. П. Бровкина (1930) морфин и хлоралгидрат были заменены серноокислым магнием; к этому предложению присоединился в дальнейшем (1934) и В. В. Строганов.

В. В. Строганов рекомендовал при раскрытии зева на 2½—3 поперечных пальца вскрытие плодного пузыря.

Что касается рекомендации В. В. Строганова о бережном родоразрешении, то ее надо понимать как предложение применить нетравматические влагалищные акушерские операции (например, выходные щипцы).

Появление потуг, опускание головки в полость таза создали, вероятно, условия для наложения щипцов у роженицы Р-ик. Произведем же немедленно влагалищное исследование, чтобы выяснить, есть ли условия для операции наложения щипцов. Кроме того, необходима консультация окулиста (состояние глазного дна).

11/III, 6 часов 40 минут. Осмотр окулиста: диски зрительных нервов бледно-розового цвета, границы их четкие. Артерии сужены, вены слегка расширены. Отека и кровоизлияний на глазном дне не определяется.

11/III, 6 часов 50 минут. Влагалищное исследование (под наркозом!): полное раскрытие маточного зева; сагиттальный шов в правом косом размере близко к прямому; малый родничок впереди слева, большой не достигается. Спереди прощупывается нижний край лонного сочленения. Сбоку с трудом определяются седалищные ости. Небольшая головная опухоль.

Диагноз: преэклампсия, второй период родов, головка в узкой части полости малого таза.

Моча: количество 30 мл; мутная, цвета мясных помоев, реакция кислая. Белка 13,2%, эпителий плоский в небольшом количестве, лейкоцитов 8—12 в поле зрения, эритроцитов 2—3 не в каждом поле зрения, выщелоченных, гиалиновых цилиндров 1—2 в каждом поле зрения.

Итак, данные влагалищного исследования говорят о наличии условий для наложения полостных щипцов, а развитие преэклампсии является несомненным показанием к бережному родоразрешению. От кровопускания мы воздержимся, поскольку неизвестно еще, какова будет кровопотеря в третьем периоде родов.

11/III, 7 часов. Под эфирным ингаляционным наркозом наложены щипцы Симпсона в левом косом размере таза. После шести довольно трудных тракций и срединной перинеотомии извлечен плод мужского пола в состоянии белой асфиксии с обвившейся вокруг шеи пуповиной. Ребенок оживлен через 10 минут после отсасывания слизи, погружения в теплую ванночку, инъекции цититона (0,5 мл) и кофеина (0,3 мл 10% раствора). Вес плода 4050 г, длина 55 см, окружность головки 37 см.

7 часов 30 минут. Самостоятельно отделился и выделился послед без дефектов. Вес его 650 г, размеры — 22 × 20 × 3 см; длина пуповины 62 см. Произведена (под наркозом) перинеоррафия. Кровопотеря в третьем периоде родов составила 250 мл. Матка хорошо сократилась; незначительное количество кровянистых выделений из влагалища. Артериальное давление 140/80 мм.

Длительность родов 14 часов: первый период — 13 часов, второй — 30 минут, третий — 30 минут.

Больная переведена под наблюдение в изолированную затемненную палату в родовом блоке.

10 часов. Больная в полном сознании. Жалоб не предъявляет. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/80 мм. Матка плотная; дно ее на два поперечных пальца ниже пупка; незначительное количество кровянистых выделений из влагалища. Внутримышечная инъекция 30 мл 20% раствора серникоксидного магния.

16 часов. Произведена 4 инъекция 30 мл 20% раствора серникоксидного магния.

12/III, 9 часов. Общее состояние больной удовлетворительное. Ночью спала 7 часов. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Жалоб не предъявляет. Артериальное давление 135/80 мм. Из молочных желез выделяется молоко. Пальпация живота неболезненна. Матка плотная, неболезненная. Дно матки на три поперечных пальца ниже пупка; из влагалища кровянистые выделения в небольшом количестве. Мочеиспускание регулярное, без затруднений. Родильница переведена в 1-е послеродовое отделение.

Моча 12/III 1956 г.: количество 150 мл, слегка мутная, цвет светло-желтый, реакция кислая, удельный вес 1015. Белка 0,99%, лейкоцитов 8—12 в поле зрения, эритроциты единичные вышелоченные не в каждом поле зрения.

Кровь: Нб 10 г% (60 единиц), э. 4 000 000, цветной показатель 0,85; л. 16 000, э. 1%, п. 16%, с. 60%, лимф. 18%, мон. 5%; РОЭ 37 мм в час (повышенный лейкоцитоз, лимфопения, ускорение РОЭ).

Белок крови общий — 4,9%, альбумины — 2,3%, глобулины — 2,6% (гипопротеинемия). Остаточный азот — 34,5 мг%.

Послеродовой период протекал без осложнений. Рана промежности зажила первичным натяжением.

Моча 17/III: количество 60 мл, мутная, цвет соломенно-желтый, удельный вес 1023. Следы белка, патологических элементов в осадке не обнаружено.

Кровь 17/III: Нб 10,9 г% (65 единиц), эр. 4 000 000, цветной показатель 0,8; л. 7000, э. 1%, п. 9%, с. 57%, лимф. 26%, мон. 79%; РОЭ 35 мм в час.

Состояние новорожденного в течение первых 4 дней было средней тяжести ввиду явлений раздражения центральной нервной системы. К груди матери его не прикладывали. С 5-го дня состояние ребенка стало прогрессивно улучшаться. С 6-го дня он был приложен к груди матери, активно сосал. На 15-й день после родов (26/III) родильница выписалась из клиники со здоровым ребенком. Дана справка в женскую консультацию для получения дополнительного отпуска на 14 дней (патологическая беременность и роды).

Анализируя течение беременности и родов, можно отметить следующее. Из анамнеза видно, что в течение последних 2 месяцев беременности Р-ик не была под наблюдением консультации. Подобное упущение обусловило позднее выявление токсикоза и запоздалое лечение его. Приведенное наблюдение показывает, как важно систематическое наблюдение во второй половине беременности, особенно после получения женщиной отпуска. При наличии токсикоза родовой акт всегда создает угрозу дальнейшего прогрессирования заболевания, вплоть до эклампсии, поэтому необходимо тщательное наблюдение за роженицей и активное лечение.

Э п и к р и з

Р-ик поступила в акушерскую клинику по поводу преждевременного отхождения вод при 40-недельной беременности, осложненной нефропатией. Во-втором периоде родов возникли ярко выраженные симптомы

преэклампсии (головная боль, нарушение зрения), что привело к оперативному родоразрешению. Плод извлечен в состоянии асфиксии, обусловленной внутричерепной травмой. В послеродовом периоде явления токсикоза у матери весьма быстро исчезли. Мать и ребенок выписаны в удовлетворительном состоянии.

Эклампсия. Извлечение плода за паховый сгиб

Г-ва, 29 лет, поступила в акушерскую клинику 14/II 1953 г. в 9 часов 50 минут. Родовые схватки начались в этот день в 2 часа ночи.

Анамнез. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит; взрослой болела гриппом, ангиной. Гинекологические заболевания отрицает.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 1 месяц, по 3—4 дня, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя менструация с 10 по 13/V 1952 г.

Половая функция. Замужем с 27 лет; первый брак, мужу 35 лет. По словам жены, он здоров. Последнее половое сношение 3 недели тому назад.

Течение настоящей беременности. Беременность первая. В первой ее половине была тошнота и рвота. Впервые обратилась в женскую консультацию при 35-недельной беременности. С 37 недель беременности отеки, иногда головные боли. Второй раз посетила женскую консультацию 11/II 1953 г.; было выдано направление на госпитализацию. С диагнозом нефропатии была госпитализирована 19/II в отделение патологии беременности. При ознакомлении с историей болезни выявлено, что в день поступления в отделение состояние было удовлетворительное; небольшие отеки на ногах, одутловатость лица; головной боли, нарушений зрения не отмечалось.

Рост 159 см, вес 66 кг. Артериальное давление 150/80 мм. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Окружность живота 80 см. Плод в первом продольном положении, тазовом предлежании. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Моча: удельный вес 1023, следы белка, патологических элементов в осадке нет.

Белки крови: белка общего 7,8%, альбуминов — 5,6%, глобулинов 2,2%, остаточного азота 27 мг%. Кровь 21/II: Hb 13,5 г% (81 единицы), эр. 4 700 000, цветной показатель 0,6; л. 9400, э. 1%, п. 8%, с. 65%, лимф. 21%, мон. 5%; РОЭ 11 мм в час. Глазное дно: соски зрительных нервов бледно-розовые, границы нечеткие; артерии сужены, вены нормальные.

Ввиду наличия повышенного артериального давления и резких отеков назначены внутримышечные инъекции сернокислого магния (по 30 мл 20% раствора 4 раза в сутки), бессолевая диета, ограничено введение жидкости до 600 мл в сутки. Состояние женщины постепенно улучшалось, отеки исчезли; артериальное давление лишь однажды (27/II после волнения) поднялось до 140/100 мм, а затем снизилось до 125/85 мм. В моче при четырехкратном исследовании, кроме следов белка, патологических элементов не обнаружено; не было найдено патологических изменений и при трехкратном исследовании крови. После 15-дневного лечения беременная выписана 3/III с улучшением; дано заключение о необходимости госпитализации за неделю до родов.

Поступила вторично 14/II с умеренно выраженной родовой деятельностью и жалобами на головную боль, неясное зрение, тошноту и рвоту. Психопрофилактической подготовки к родам не проходила.

Общее обследование. Беременная правильного телосложения, удовлетворительно-го питания. Вес 70,3 кг, рост 159 см. Значительные отеки на ногах и животе; одутловатость лица; состояние беспокойное.

Органы кровообращения. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный напряженный. Тоны сердца чистые, границы его не расширены. Артериальное давление 190/120 мм.

Кровь: Hb 12,5 г% (75 единиц), эр. 4 100 000, цветной показатель 0,67; л. 9700, п. 12%, с. 76%, лимф. 7%, мон. 5%; РОЭ 30 мм в час.

Органы дыхания. Дыхание — 20 в минуту; в легких везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Язык влажный; печень не пальпируется. В окружности заднепроходного отверстия небольшие наружные геморроидальные шишки.

Мочевые органы. Мочиспускание учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Моча: количество — 100 мл, мутноватая, цвет светло-желтый, реакция кислая, удельный вес 1018. Белка 3,3%, клетки плоского эпителия единичные, лейкоцитов 1—2 в поле зрения, эритроцитов 8—10 свежих в поле зрения, 1—2 выщелоченных, цилиндров гиалиновых 8 в препарате, зернистых — один в препарате, единичные оксалаты.

Акушерское обследование. Живот умеренно выпячен; окружность его 96 см. Высота дна матки над лоном 34 см. Плод в продольном положении, первой позиции,

тазовом предлежании. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, слева от срединной линии тела, на уровне пупка. Схватки через 3—4 минуты, по 30—35 секунд. Размеры таза 24, 27, 30, 20 см.

В 9 часов 40 минут влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сглажена; раскрытие зева на 1½—2 поперечных пальца, края тонкие, податливые, легко расширяются до 2½—3 поперечных пальцев. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежат ягодицы, прижатые ко входу в малый таз; крестцовая впадина свободна; мыс не достигается.

Какой диагноз?

Срочные роды, первый период родов, преэклампсия.

О нефропатии говорит наличие классической триады симптомов: гипертонии, альбуминурии и отеков. Однако при оценке клинической картины заболевания необходимо учесть наличие и мозговых симптомов, а именно головной боли и жалоб на неясное зрение; кроме того, бывает рвота. Все это дает достаточно оснований для диагноза преэклампсии; необходимо вместе с тем обратить особое внимание на очень высокий уровень максимального и минимального артериального давления (190/120 мм).

Какую следует проводить терапию?

Показана магниальная терапия, раннее вскрытие плодных оболочек. Консультация окулиста.

Кроме указанных выше мероприятий, показано кровопускание.

Диагноз преэклампсии требует срочных лечебных мероприятий, так как у больной в любой момент может возникнуть припадок эклампсии. В вопросе о лечении преэклампсии (как и эклампсии) есть три основных направления: активное, консервативное и средней линии.

Сторонники активной терапии [В. Штеккель (W. Stoeckel), Зейтц, С. А. Селицкий, К. К. Скробанский] считают необходимым быстрее устранение из организма плодного яйца, основной причины, обусловившей эклампсию. При неподготовленных родовых путях они рекомендуют абдоминальное кесарево сечение, при полном раскрытии маточного зева и наличии других необходимых условий — наложение щипцов или извлечение плода за тазовый конец. Сторонники консервативного направления [Г. Фейт (G. Feit), К. Шредер (K. Schröder)] отрицают целесообразность хирургических и форсированных методов родоразрешения и рекомендуют лечение наркотическими средствами. При терапии средней линии [Энгельман (Engelmann)] стремятся к устранению раздражающих моментов, применяют наркотики и к искусственному родоразрешению прибегают лишь тогда, когда технически оно легко выполнимо.

Огромный опыт отечественных и зарубежных акушеров привел большинство из них к выводу о преимуществах консервативной терапии в сочетании с бережным родоразрешением. Наиболее полно это консервативное направление было разработано В. В. Строгановым. Автор посвятил проблеме эклампсии значительную часть своей жизни и опубликовал около 50 трудов по этому вопросу.

Лечение эклампсии (и преэклампсии) по В. В. Строганову заключается в следующем: 1) устранение внешних раздражителей (слуховых, зрительных, тактильных), 2) кровопускание, 3) введение сернокислого магния, 4) раннее вскрытие плодных оболочек, 5) бережное родоразрешение.

Более подробно основы метода В. В. Строганова нами уже рассмотрены при разборе преэклампсии (стр. 42). В. В. Строганов отрицал целесообразность абдоминального кесарева сечения, однако он настойчиво рекомендовал раннее (при раскрытии зева на 2½—3 поперечных пальца) вскрытие плодных оболочек (уменьшение внутримат-

точного давления) и бережное родоразрешение, т. е. влагалищные методы родоразрешения (наложение щипцов, извлечение за тазовый конец).

Как же поступил дежурный врач, установив диагноз преэклампсии?

Он сразу же, при первом влагалищном исследовании (в 9 часов 40 минут) вскрыл плодные оболочки (отошло около 150 мл прозрачных вод), назначил сернокислый магний (по 30 мл 20% раствора; первые 2 инъекции с промежутком в 4 часа, последующие 2 — с промежутком в 6 часов). Все вмешательства производились под наркозом. Больная



Рис. 6. Больная эклампсией.



Рис. 7. Родильница, перенесшая эклампсию во время родов.

была помещена в изолированную палату, где находилась под неотступным наблюдением акушерки. В случае припадка судорог акушерка должна была не допустить падение больной с кровати; во избежание прикусывания языка рекомендовано ввести между коренными зубами резиновую треугольную пластинку (или ручку чайной ложки, обернутую марлей). Что касается кровопускания, то, по мнению дежурного врача, оно могло быть показанным лишь при ухудшении состояния больной.

Это оказалось серьезной ошибкой: необходимо было немедленно произвести кровопускание, так как оно могло бы предотвратить припадки эклампсии.

14/II, 10 часов. Роженица жалуется на головную боль, схватки через 5—6 минут, по 40—50 секунд. Артериальное давление 180/115 мм, тазовый конец плода во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту.

10 часов 40 минут. Роженица беспокойна, жалуется на головную боль. Потуги через 5—6 минут, по 40—50 секунд, тазовый конец плода опустился в полость малого таза. Из половой щели выделяется меконий, сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

11 часов 45 минут. Роженица по-прежнему беспокойна. Артериальное давление 175/115 мм. Начались подергивания мимической мускулатуры лица, тонические, а затем клонические судороги всего тела. Длительность припадка 50 секунд. Во время припадка лицо роженицы посинело, изо рта показалась пенящаяся жидкость; зрачки широкие, реагируют на свет. Роженице дан наркоз. По окончании припадка роженица на каталке перевезена в родовую палату. Приводим здесь фотографии больной эклампсией (рис. 6 и 7).

Сердцебиение плода 140 ударов в минуту.

Дифференциальные признаки судорожных припадков

| | Эклампсия | Эпилепсия | Истерия | Опухоль головного мозга | Кровоизлияние в мозг |
|---------------------------------|--|---|--|--|--|
| Начало заболевания | Во второй половине беременности | До беременности; судорожные припадки могут учащаться с первых же месяцев беременности | До беременности | — | Внезапное начало |
| Продромальные признаки | Головные боли, нарушение зрения, боли под ложечкой, иногда рвота | Отсутствуют, иногда кратковременная аура ¹ | Отсутствуют | Головные боли, рвота | Отсутствуют |
| Возвращение сознания | Амнезия после припадка, иногда сопорозное, коматозное состояние | Быстрое | Быстрое | Медленное | Может быть длительное бессознательное состояние, кома |
| Зрачки | Расширены | Сужены | — | Анизокория, застойные соски | Могут быть сужены (при кровоизлиянии в стволовую часть) или расширены, неравномерной ширины (анизокория) |
| Альбуминурия, отеки, гипертония | Обычно выражена триада симптомов или часть (два) из них | Отсутствуют | Отсутствуют | Отеки, альбуминурия отсутствуют, гипертония не постоянна | Часто гипертония |
| Глазное дно | Изменено. Альбуминурический ретинит | Часто нормальное | Нормальное | Застойные соски | Иногда изменено |
| Цвет лица, другие признаки | Сияющий | Сияющий | Больная не наносит себе во время припадков никаких повреждений | Часто бледность, брадикардия | Гиперемия лица, стерторозное (хрипящее) дыхание. Гемиплегия. Спинальная жидкость с примесью крови |

¹ Симптом, предшествующий эпилептическому припадку, стереотипно повторяющийся.

С целью выяснения условий для родоразрешения произведено влагалищное исследование. Раскрытие зева полное; из влагалища выделяется меконий; межвертельная линия почти в прямом размере малого таза; крестец слева; крестцовая впадина полностью выполнена.

Какой диагноз?

Наиболее обоснован диагноз эклампсии; о нем говорят картина развития болезни и характерные продромальные признаки (головная боль, нарушение зрения, рвота, альбуминурия, гипертония, отеки) и, наконец, припадок судорог с потерей сознания.

Однако припадки судорог наблюдаются не только при эклампсии, но и при других заболеваниях, как-то: при эпилепсии, истерии, опухолях головного мозга, кровоизлиянии в мозг. Каждый врач должен помнить о возможности сочетания указанных заболеваний с беременностью. В табл. 2 приведены основные дифференциально-диагностические признаки этих заболеваний. Принимая во внимание эти признаки, мы можем с уверенностью сказать, что судорожный припадок у больной Г-вой — проявление эклампсии.

Что следует предпринять?

Ввиду полного раскрытия зева и опускания тазового конца плода на дно таза необходимо срочно произвести (под ингаляционным наркозом) извлечение плода; от кровопускания до извлечения плода и выхождения последа нужно воздержаться.

11 часов 50 минут. Под наркозом произведено извлечение плода за паховый сгиб. Плод женского пола, вес его 2680 г; извлечен без признаков асфиксии. У роженицы разрыв промежности II степени. Артериальное давление 160/110 мм.

12 часов 15 минут. Самостоятельно выделился послед без дефектов. Кровопотеря 150 мл. Артериальное давление 170/110 мм. Под наркозом наложены швы на разрыв промежности. Сделана вторая внутримышечная инъекция 20% раствора сернокислого магния (30 мл). Выпущено катетером 170 мл мочи.

12 часов 45 минут. Родильница пришла в сознание; ничего не помнит о происшедшем. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 150/100 мм. Жалуются на головную боль. Матка хорошо сократилась; незначительные кровянистые выделения из влагалища.

14 часов 5 минут. Родильница в сознании. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 160/110 мм. Незначительная головная боль. Родильница переведена из родовой палаты в изолированную затемненную палату; для наблюдения за родильницей выделена акушерка.

16 часов 30 минут. Самочувствие удовлетворительное. Головной боли нет. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/110 мм.

18 часов. Состояние удовлетворительное. Жалоб родильница не предъявляет, дремлет. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/100 мм. Матка плотная; дно ее на два поперечных пальца ниже пупка. Произведена третья инъекция 30 мл 20% раствора сернокислого магния.

24 часа. Родильница дремлет, жалоб не предъявляет. Артериальное давление 140/90 мм, сделана четвертая инъекция 30 мл 20% раствора сернокислого магния.

Итак, у роженицы Г-вой с явлениями преэклампсии через 2 часа 30 минут после поступления в лечебное учреждение возник в конце второго периода родов припадок эклампсии.

Можно ли было предотвратить этот припадок и не было ли допущено ошибок в процессе наблюдения за беременной в женской консультации и в стационаре?

Да, безусловно подобные ошибки были допущены. Больная всего 2 раза посетила женскую консультацию, причем первый раз только при 35-недельной беременности. После того как были обнаружены явления нефропатии, больную направили в стационар, однако она поступила туда лишь через 8 дней; женская консультация не проверила, явилась ли Г-ва сразу в стационар. Когда беременная 3/II 1953 г. была выписана из стационара после лечения по поводу нефропатии, то лечащему

врачу необходимо было установить патронаж беременной на дому¹, однако этого не сделали. Больную своевременно не госпитализировали повторно, и она поступила в стационар уже с классической триадой симптомов нефропатии и симптомами преэклампсии. Дежурный врач, установив диагноз преэклампсии и повышение артериального давления до 190/120 мм, должен был немедленно произвести кровопускание, а не откладывать его на более поздний срок. Все остальные лечебные мероприятия (раннее вскрытие плодных оболочек, изоляция больной, организация специального наблюдения и ухода, инъекции сернокислого магния, операция извлечения плода) были правильными.

Какое течение эклампсии наблюдается у больных?

Развитие и течение преэклампсии и эклампсии далеко не всегда бывает таким типичным, как у Г-вой. Так, из опыта ленинградских акушеров за годы войны и блокады (1941—1943) известно, что в этот период частота эклампсии резко возросла, а клиническое течение ее и симптоматология были весьма своеобразными. К. Н. Рабинович, И. И. Богоров, А. И. Анисимов, В. К. Порембский² отметили резкое учащение эклампсии в 1941 г. В Ленинграде процент эклампсии возрос с 0,9 в 1940 г. до 7,3 в первой половине 1942 г. В 40% всех случаев эклампсия возникала у больных с нормальным или незначительно повышенным артериальным давлением при отсутствии резко выраженных отеков, тогда как у подавляющего большинства беременных в это время, наоборот, были колоссальные отеки. У 70% больных были незначительные изменения со стороны мочи (альбуминурия до 0,066‰). Число припадков у 50% больных не превышало трех. Л. С. Павлова, наблюдавшая за 1930—1945 гг. 370 больных эклампсией в Московском областном институте акушерства и гинекологии, также установила некоторые особенности клинического течения эклампсии в военные годы (1942—1945): 1) более длительное бессознательное состояние после припадков, 2) увеличение (втрое) процента случаев стойкой гипертонии (до выписки из клиники). М. Н. Мусабекова, изучив материалы Московского института акушерства и гинекологии за 1948—1953 гг., установила, что у преобладающего большинства больных эклампсией наблюдался всего лишь один припадок судорог, значительно реже 2—3 припадков; вместе с тем за эти годы было 2 случая смерти от эклампсии: в одном от кровоизлияния в мозг, в другом — от эклампсии без судорог (см. следующее наблюдение, стр. 51). В прежние годы описывались случаи эклампсии с десятками и даже больше 100 припадков. Так, М. О. Смурова (1940) описала случаи эклампсии со 189 припадками.

Учитывая приведенные данные, врачи-акушеры должны быть особенно внимательны при диагностике поздних токсикозов (нефропатии, преэклампсии и эклампсии) и не отказываться от соответствующего диагноза, если не выявлены все классические симптомы. Вместе с тем надо помнить о важности дифференциальной диагностики при появлении судорожных припадков.

Течение эклампсии в настоящее время более благоприятно, чем в прежние годы, и число судорожных припадков обычно не превышает

¹ При решении вопроса о возможности выписки из стационара необходимо учитывать индивидуальные особенности больной, условия ее быта, возможность строгого соблюдения диетического режима и систематического наблюдения женской консультации. Если систематическое наблюдение невозможно, больная должна оставаться в родильном доме до конца беременности.

² Сборник работ членов Ленинградского акушерско-гинекологического общества за время войны и блокады. Госмедиздат, 1943, стр. 47—72.

3—4; однако заболевание эклампсией остается и сейчас крайне опасным как для матери, так и для плода.

Возвратимся к истории болезни Г-вой.

15/II, 9 часов. Родильница спала 7 часов; жалоб не предъявляет. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 125/70 мм. Матка плотная, на два пальца ниже пупка; незначительные кровянистые выделения из влагалища. За сутки выделено 880 мл мочи.

Моча: удельный вес 1021, белка 0,19%, эритроциты единичные свежие в препарате.

В дальнейшем самочувствие родильницы с каждым днем улучшалось: отеки спадали, артериальное давление с 20-го дня после родов стойко установилось на цифрах 125/70 мм.

С 26/II в моче лишь следы белка; патологических элементов в осадке не обнаружено. Со стороны крови при двукратном исследовании также не было выявлено отклонений от нормы.

5/III родильница со здоровым ребенком выписана домой. Дана справка о продолжении послеродового отпуска на 2 недели.

В дополнение укажем, что в случае возникновения эклампсии на дому необходимо провести следующие мероприятия:

- 1) сделать инъекцию 1 мл 1% раствора морфина;
- 2) перевезти больную в машине скорой помощи в стационар; врач или акушерка, сопровождающие больную, должны иметь резиновую треугольную пластинку (или ложку, ручка которой обернута марлей), чтобы ввести ее между коренными зубами в случае возобновления судорог;

- 3) в санитарном пропускнике родильного дома провести санитарную обработку и осмотр под ингаляционным наркозом;

- 4) после обработки перевести больную в специальную изолированную затемненную палату. Дальше проводят лечение по методу Строганова. В сельской местности (при отсутствии хороших дорог) транспортировка больных эклампсией недопустима. Вызванный к больной врач должен проводить лечение на месте (в участковой больнице, в колхозном родильном доме, на фельдшерско-акушерском пункте).

Выше (стр. 31) мы указывали, что отдаленные последствия поздних токсикозов в ряде случаев бывают неблагоприятными, в связи с чем каждая женщина, перенесшая токсикоз, должна быть под длительным систематическим наблюдением акушера-гинеколога и терапевта. В случае возникновения повторной беременности вопрос о возможности ее сохранения решается лишь после тщательного всестороннего обследования женщины. Как правило, сохранить беременность можно при условии систематического наблюдения врача в течение всей беременности и строгого соблюдения режима. Как часто рецидивирует эклампсия при последующих беременностях? По Д. П. Бровкину, повторная эклампсия наблюдалась в 5,5%, по К. Н. Жмакину — в 3,4% случаев.

Эпикриз

Г-ва поступила в акушерскую клинику с явлениями преэклампсии. С 35-й недели беременности лечилась в стационаре по поводу нефропатии. Однако после выписки из стационара не была под наблюдением врача. Через 11 дней вновь поступила в стационар с резко выраженными явлениями преэклампсии. За эти дни прибавила в весе 4 кг. Во втором периоде родов наступил припадок эклампсии. В акушерской клинике проведено лечение по Строганову. Плод извлечен за паховый сгиб. Родильница со здоровым ребенком выписана домой. Приведенное наблюдение убедительно показывает, что поздняя явка беремен-

ной к врачу и отсутствие патронажа лишают возможности применить эффективные меры профилактики и провести своевременное лечение токсикоза.

Эклампсия. Кесарево сечение

Р-ва, 36 лет, поступила в акушерскую клинику 10/IV 1955 г. в 11 часов 15 минут. Повторная рвота, головная боль и носовое кровотечение. Беременность сроком 35—36 недель.

Анамнез. В детстве перенесла корь, в 1945 и в 1954 гг. — бартолинит; в 1954 г. по этому поводу был сделан разрез гнойника. Взрослой болела ангиной, гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 28 дней, по 5—6 дней, безболезненные. Последняя менструация с 6 по 10/VIII 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 25 лет. Мужу 38 лет, здоров. Последнее половое сношение 2 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность вторая. Первая беременность (в 1945 г.) закончилась на IV месяце самопроизвольным абортom без осложнений.

Течение настоящей беременности. Женскую консультацию во время второй беременности посетила 6 раз; впервые 13/XII 1954 г. при 16-недельной беременности. Во время осмотра отклонений от нормы не было обнаружено. Артериальное давление 105/80 мм. При третьем осмотре в консультации 26/I 1955 г. отмечена одутловатость лица, 15/II выявлено значительное увеличение веса (за 3 недели на 1700 г), следы белка в моче; артериальное давление 140/85 мм. В этот же день больная была госпитализирована с диагнозом нефропатии.

Находилась в отделении патологии беременности с 15 по 24/II 1955 г. Отмечались небольшие отеки, головная боль, утомляемость. Артериальное давление при поступлении 140/80 мм, 115/65 мм при выписке.

Троекратное исследование мочи обнаружило следы белка; патологических элементов в осадке не было.

Кровь 16/II:

Нб 10,3 г%
(62 единицы),
эр. 3 900 000,
цветной показатель 0,79;
л. 9 400,
э. 1%,
п. 6%,
с. 72%,
лимф. 16%,
мон. 5%;
РОЭ 32 мм в час.

23/II:

Нб 10,8 г%
(65 единиц),
эр. 4 100 000,
цветной показатель 0,79;
л. 10 200,
э. 1%,
п. 10%,
с. 75%,
лимф. 10%,
мон. 4%;
РОЭ 33 мм в час.

Окулист больную не осматривал.

Лечение: молочно-растительная диета, ограничение жидкости до 600 мл в сутки. За время лечения потеряла в весе 0,7 кг. Диурез положительный.

24/II выписана без отеков и без каких-либо жалоб под наблюдение женской консультации; диагноз нефропатии не подтвердился. При осмотре в женской консультации 17/III (через 3 недели после выписки из стационара!) обнаружено повышение артериального давления (особенно минимального) до 145/100 мм.

Лечение проводится амбулаторно. 24/III выявлено прибавление веса на 600 г за неделю. Артериальное давление 140/100 мм. Жалобы на головные боли, мелькание мушек перед глазами. При осмотре окулистом установлено сужение артерий. Вновь назначено амбулаторное лечение (сернистый магний внутрь, постельный режим, молочно-растительная диета) без патронажа. При осмотре (шестом) 30/III обнаружены отеки на лице и руках. Жалобы на мелькание изредка мушек перед глазами. Артериальное давление 135/85 мм. Потеря в весе (с 24/III) на 800 г. Назначен повторный осмотр 4/IV; больная не явилась. 5/IV, по словам патронажной сестры, посетившей больную на дому, она чувствовала себя хорошо.

9/IV в 10 часов утра ела соленые грибы. 10/IV в 5 часов утра внезапно появились резкие боли в подложечной области и повторная рвота. Вызванный врач неотложной помощи поставил диагноз отравления грибами и ввел подкожно атропин. Однако боли в подложечной области усилились, появилось носовое кровотечение и резкая головная боль. С этими симптомами больная и поступила в 11 часов 15 минут в клинику. По словам мужа, больная последние 2 недели жаловалась на головные боли, мелькание мушек перед глазами.

Общее обследование. Состояние при поступлении крайне тяжелое, больная вскоре потеряла сознание. Температура 36,7°.

При осмотре в палате больная в бессознательном состоянии, цианоз губ и кончиков пальцев. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, напряженный; артериальное давление 200/115 мм. Со стороны сердца патологических изменений не обнаружено, в легких везикулярное дыхание. Катетером получено 5 мл мутной мочи, которая при кипячении полностью свернулась.

Акушерское обследование. Живот выпячен, продолговатоовальной формы; окружность его 88 см. Плод в первом продольном положении, головном предлежании. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, несколько приглушенное. Схваток нет.

Какой диагноз?

1. Гипертоническая болезнь. Кровоизлияние в мозг.
2. Уремическая кома.
3. Печеночная кома.
4. Диабетическая кома.
5. Эклампсия. Кровоизлияние в мозг.

Кровоизлияния в мозг встречаются по преимуществу при гипертонической болезни III стадии. Подобные инсульты возникают внезапно или же, чаще, после предвестников — головной боли, головокружения. Для диагноза гипертонической болезни у Р-вой нет ни анамнестических, ни объективных данных: ни до, ни во время беременности (до 15/II) не отмечено повышения артериального давления; при объективном исследовании не была установлена столь часто встречающаяся при гипертонической болезни гипертрофия левого желудочка и акцент второго тона над аортой.

Таким образом, у нас нет оснований для диагноза кровоизлияния в мозг в результате гипертонической болезни.

Уремическая кома возникает у лиц, которые перенесли нефрит; в анамнезе у них имеются указания на головные боли в течение длительного времени, бессонницу, носовые кровотечения, анемию, кожный зуд. При обследовании подобных больных обращает на себя внимание запах мочи изо рта, шум трения плевры и перикарда вследствие выделения мочевины на серозных оболочках, гипертрофия левого желудочка, гипертония. При осмотре на слизистых оболочках полости рта и десен часто обнаруживают язвенный стоматит и гингивит; возникновение язв на слизистой оболочке желудка, тонкого и толстого кишечника влечет за собой появление уремического язвенного колита. Ни анамнез, ни объективное исследование Р-вой не дают оснований для диагноза уремической комы.

Печеночная кома является обычно результатом выключения деятельности печени в процессе развития гепатита и атрофического цирроза печени. В таких случаях отмечается значительная желтуха, уменьшение печеночной тупости, отсутствие белка в моче, наличие в ней лейцина и тирозина. На основании данных анамнеза и общего обследования больной мы не можем поставить диагноз печеночной комы.

Диабетическая, или ациidotическая, кома возникает в тех случаях, когда резко снижается усвоение сахара тканями. Наблюдается гиперемия лица, гипотония глазных яблок (отнятие влаги от стекловидного тела), запах ацетона изо рта, частый малый пульс, падение артериального давления, глубокое и частое дыхание (так называемое большое дыхание Куссмауля), гипергликемия, появление кетоновых тел и сахара в моче. У больной Р-вой отсутствуют все указанные выше признаки, поэтому мы можем отвергнуть диагноз диабетической комы.

Наличие беременности, указание на заболевание нефропатией, анамнез, свидетельствующий о постепенном (в течение последних 2 недель) развитии болезненных симптомов, высокое артериальное давление, мозговые симптомы — все это дает нам достаточно оснований для диагноза эклампсии. Отсутствие судорог при наличии всех перечислен-

ных выше симптомов отнюдь не говорит против диагноза эклампсии, так как известно, что при наиболее тяжелых формах эклампсии судорог не возникает (эклампсия без судорог — *eclampsia sine convulsionibus, seu eclampsia sine eclampsia*). Крайне тяжелое состояние и потеря сознания позволяют нам высказать предположение об осложнении эклампсии кровоизлиянием в мозг.

Решено провести следующие мероприятия: 1) кровопускание, 2) инъекции сернокислого магния и глюкозы. В случае дальнейшего ухудшения состояния больной могут возникнуть показания к спинальной пункции и срочному родоразрешению.

11 часов 20 минут. Кровопускание (300 мл). Артериальное давление снизилось до 140/100 мм. Внутримышечно введено 30 мл 20% раствора сернокислого магния и внутривенно 60 мл 40% раствора глюкозы. Больная по-прежнему без сознания.

11 часов 25 минут. Начались фибриллярные подергивания мимической мускулатуры лица, перешедшие в тетаническое сокращение мышц всего тела, диафрагмы; дыхание остановилось. После этого появились клонические судороги туловища, верхних конечностей, пена изо рта; лицо приобрело резко синюшную окраску. Припадок судорог продолжался около 1 минуты, после чего вновь наступила кома. Состояние больной крайне тяжелое. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, напряженный. Зрачки широкие, слабо реагируют на свет.

11 часов 30 минут. Второй припадок судорог в течение 1 минуты. После припадка артериальное давление упало до 100/60 мм. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, легко сжимаем. Появилось дыхание Чейн-Стокса.

11 часов 45 минут. Третий припадок судорог.

Какой же диагноз? Какова дальнейшая терапия?

Появление типичных судорожных припадков еще больше подтвердило поставленный нами диагноз эклампсии, хотя судороги, кроме указанных выше заболеваний, могут наблюдаться и при эпилепсии, истерии, опухоли мозга. Однако на основании приведенных выше данных развития заболевания и картины припадков судорог мы можем исключить эпилепсию, истерию, опухоль мозга (подробнее о дифференциальной диагностике судорог см. стр. 47) и остановиться на диагнозе эклампсии.

Крайне тяжелое состояние больной побудило срочно произвести спинальную пункцию (между III и IV поясничным позвонком). При этом получено 18 мл спинномозговой жидкости, окрашенной кровью; наличие крови явилось серьезным подтверждением кровоизлияния в мозг.

12 часов. Артериальное давление 200/120 мм. Больная по-прежнему в бессознательном состоянии. Пульс 120 ударов в минуту, малый, напряженный; при выслушивании сердца акцент на втором тоне аорты. Схваток нет. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное.

С целью выяснения вопроса о возможности родоразрешения через естественные родовые пути сделано влагалищное исследование (под ингаляционным наркозом). Влагалище нерожавшей женщины, стенки его малоподатливы. Шейка не сглажена, размягчена; наружный зев закрыт. Через своды высоко определяется головка, подвижная над входом в таз.

Собран консилиум в составе акушеров, невропатолога, терапевта, которые подтвердили диагноз эклампсии, осложненной кровоизлиянием в мозг.

Какова дальнейшая терапия?

1) консервативное лечение по методу Строганова;
2) оперативное родоразрешение с одновременным лечением по методу Строганова.

В настоящее время огромное большинство акушеров как в СССР, так и за рубежом придерживается принципов консервативного лечения эклампсии.

Возможно ли дальше продолжать консервативное лечение Р-вой? Прогрессирующее ухудшение ее состояния, несмотря на проведенное

лечение (кровопускание, инъекция серноокислого магния, спинальная пункция), наличие живого плода побуждают нас отказаться от консервативной терапии и обсудить вопрос о способах немедленного родоразрешения.

Одним из компонентов метода Строганова является бережное родоразрешение, как, например, наложение щипцов, извлечение плода за тазовый конец при достаточном раскрытии маточного зева. Однако у Р-вой нет еще родовой деятельности и канал шейки матки закрыт; следовательно, родоразрешение не может быть произведено указанными выше бережными способами.

Какую же операцию следует произвести с целью родоразрешения?

- 1) метрейриз,
- 2) влагалищное кесарево сечение,
- 3) абдоминальное кесарево сечение.

Операция метрейриза может быть произведена больной Р-вой лишь после предварительного расширения шейки матки с помощью металлических расширителей Гегара. Кроме того, целесообразно одновременно применить средства, стимулирующие сократительную деятельность матки. Длительность родового акта при метрейризе, по данным С. И. Ершова, 30 часов, по К. Н. Жмакину — до 35 часов. Введенный в матку метрейринтер является сильным раздражителем: баллон оказывает давление на стенки матки, что приводит к развитию родовой деятельности.

Учитывая большую длительность родов и крайнюю нежелательность перераздражения стенок матки, мы решительно отвергаем при эклампсии операцию метрейриза; она особенно опасна при крайне тяжелом течении эклампсии и подозрении на кровоизлияние в мозг.

Кесарево сечение при эклампсии также нежелательно, однако в исключительных случаях оно может быть показано. Показания к родоразрешению с помощью кесарева сечения возникают при отслойке сетчатки, начинающемся отеке легких, длительном бессознательном состоянии, безуспешности систематической консервативной терапии и кровоупускания.

Какую же форму кесарева сечения избрать у больной Р-вой — влагалищное или абдоминальное? Влагалищное кесарево сечение имеет те преимущества, что оно проводится внебрюшинно и не связано с рассечением тела матки; послеоперационный период протекает вполне благоприятно. Однако необходимо учесть, что Р-вой 36 лет, что родовые пути ее не подготовлены, а плод уже жизнеспособный (35—36-недельная беременность). Исходя из всего изложенного, мы решили произвести абдоминальное кесарево сечение.

12 часов 30 минут. Операция классического кесарева сечения (под эфирным ингаляционным наркозом). Извлечена живая недоношенная девочка весом 1850 г, ростом 43 см. Послед удален рукой. Кровопотеря во время операции 300 мл.

14 часов. Состояние больной прогрессивно ухудшается. Пульс очень частый, не сосчитывается. Назначены внутримышечные инъекции жардиазола (10% раствор — 1 мл), подкожное введение стрихнина (0,1% раствор — 1 мл), холод на голову.

15 часов 45 минут. При явлениях прогрессирующего упадка сердечной деятельности наступила смерть.

11/IV 1955 г. аутопсия. Набухание головного мозга. Кровоизлияние и обширное размягчение в левом полушарии мозга с разрушением стенки бокового желудочка. Множественные очаговые кровоизлияния в мягкие оболочки головного и спинного мозга. Многочисленные кровоизлияния в капсулу, паренхиму печени, жировая дистрофия ее. Мелкоточечные кровоизлияния в слизистую оболочку желудка. Паренхиматозная дистрофия почек и миокарда. Левосторонний гидросальпинкс. Субсерозная масса матки. Мелкие кисты в левом яичнике, желтое тело — в правом. Неполная инволюция матки.

Летальность и мертворождаемость при эклампсии

| Название учреждения | Автор | Годы | Число больных эклампсией | Метод терапии | Материнская летальность в % | Мертворождаемость в % | Общая смертность детей в % |
|--|----------------------|-----------|--------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Свердловский институт ОММ | К. П. Фирсова | 1932—1935 | | Активный хирургический | 9,3—16,2 | 14,5—16,2 | — |
| То же | Э. С. Малкина | 1940—1948 | 461 | Консервативная терапия по Строганову—Бровкину | 4,8 | — | 14,6 |
| Акушерско-гинекологические учреждения Ленинграда | Д. П. Бровкин | 1940 | 967 | Консервативная терапия, сернокислый магний | 3,5 | 8 | — |
| Сборная статистика отечественных и иностранных авторов | В. В. Строганов | 1940 | 2 307 | То же | 4,1 | — | — |
| Сборная статистика отечественных и иностранных авторов | Д. П. Бровкин | 1940 | 4 212 | » » | 5,4 | — | — |
| Акушерско-гинекологическая клиника медицинского института, Сталино | К. Н. Жмакин | 1933—1939 | 96 | » » | 4,3 | — | — |
| Родильный дом № 1, Магнитогорск | И. А. Гриневич | 1940—1951 | 167 | » » | 7,7 | — | — |
| Родильный дом имени В. Ф. Снегирева, Ленинград | Н. Ф. Бедняков | 1936—1945 | 810 | » » | 7,4 ¹ | 15,8 | 29,8 |
| Акушерско-гинекологическая клиника II Московского медицинского института | В. Н. Власов-Денисов | 1931—1951 | 506 | » » | 1,9 | 16,6 | — |
| Родильный дом, Рязань | И. А. Покровский | 1936—1954 | 164 | » » | 1,8 | — | — |

¹ Без второго полугодия 1941 г. и 1942 г. (когда летальность повысилась до 19,5%) — 2,7%.

З а к л ю ч е н и е: смерть наступила от эклампсии, осложнившейся кровоизлиянием в головной мозг, которое вызвало разрушение обширных территорий серого и белого вещества мозга.

Новорожденная заболела на 18-й день жизни диспепсией и двусторонней пневмонией; смерть наступила 5/V 1955 г.

В нашей клинике с 1948 г. был еще один случай смерти от эклампсии без судорог. Ввиду большой редкости подобной формы эклампсии, приведем краткие выдержки из истории болезни этой больной.

К-ва, 42 лет, повторнородящая, поступила в клинику 30/I 1948 г. по поводу схваток. При поступлении состояние удовлетворительное, небольшие отеки на ногах, артериальное давление 160/95 мм. Моча: белка 3,3%, единичные гиалиновые цилиндры.

Диагноз: беременность сроком 40 недель. Нефропатия.

Назначены инъекции сернокислого магния, сделано кровопускание (350 мл). В начале периода раскрытия внезапно наступила смерть при явлениях удушья и кашля; черты лица заострились, появился резкий цианоз. На вскрытии обнаружены: зернистая дистрофия и ожирение печеночных клеток; тромбы и эмболии в венах; очаговые некрозы; точечные кровоизлияния в белое вещество головного мозга; кровоизлияния в легких; отек легких. Патологоанатомический диагноз: эклампсия без судорог.

По данным всех авторов, эклампсия без судорог является крайне тяжелым заболеванием и обуславливает очень высокую летальность.

Летальность от эклампсии в нашей стране в последние годы значительно снизилась по сравнению с 20—30-ми годами текущего века, когда она достигала 12,3—24,3% (С. А. Селицкий, Л. А. Гусаков, Г. О. Котельников). Однако это заболевание остается и в настоящее время крайне опасным. В табл. 3 приведены данные о летальности и мертворождаемости при эклампсии, по данным ряда учреждений СССР.

При анализе историй болезни Р-вой как в стационаре, так и в женской консультации обращают на себя внимание некоторые особенности развития токсикоза, а также диагностические, терапевтические и организационные ошибки, допущенные при ведении больной. В женской консультации при 25—26-недельной беременности была правильно диагностирована нефропатия (увеличение веса за 3 недели на 1700 г, повышение артериального давления до 140/85 мм, жалобы на головные боли). Однако в стационаре недостаточно фиксировали внимание на этих симптомах, не обследовали глазное дно. При снижении артериального давления до 115/65 мм Р-ва была выписана под наблюдение консультации. Патронаж в дальнейшем не устанавливается, и больная является на повторный осмотр к врачу лишь 17/III, т. е. через 3 недели после выписки из клиники. Несмотря на появление симптомов нефропатии с переходом в преэклампсию — повышение артериального давления (особенно минимального) до 140/100 мм, чрезмерное увеличение веса, заключение окулиста о сужении артерий, следы белка в моче, жалобы на головные боли и мелькание мушек перед глазами (изредка), преэклампсия не диагностируется, и больная срочно не госпитализируется; назначается сернокислый магний (внутрь), постельный режим, молочно-растительная диета. Больная не патронируется; при осмотре через неделю врач вновь недооценивает состояние больной, хотя она по-прежнему жалуется на мелькание мушек перед глазами (изредка); врача успокаивает снижение артериального давления до 135/85 мм, потеря в весе на 800 г. Больную только через неделю посетила патронажная сестра, по словам которой беременная чувствовала себя хорошо. Между тем, со слов мужа, Р-ва отмечала мелькание мушек перед глазами, у нее были носовые кровотечения, в последние дни появилась головная боль.

Приведенное наблюдение со всей остротой свидетельствует об огромной важности систематического наблюдения во второй половине беременности, о возможности развития тяжелого токсикоза, несмотря на

отсутствие выраженной классической триады симптомов (повышение артериального давления, отеки, альбуминурия).

Эпикриз

Р-ва, 36 лет, поступила в клинику с преэклампсией, которая быстро перешла в эклампсию, осложнившуюся кровоизлиянием в мозг. Родоразрешение путем классического кесарева сечения. Смерть через 4 часа 30 минут после поступления в клинику.

* * *

Добавление. Огромный коллективный опыт советских акушеров доказал полную обоснованность ведущих принципов терапии эклампсии, преэклампсии и тяжелых форм нефропатии по В. В. Строганову — лечебно-охранительного режима, раннего вскрытия плодного пузыря, бережного родоразрешения. Вместе с тем вполне оправданы поиски новых, более эффективных (чем магний) лекарственных препаратов, а также предложение ряда авторов (М. А. Петров-Маслаков, Д. Ф. Чеботарев, Р. Г. Бакиева) ограничить и даже совсем отказаться от кровопусканий.

Еще в 30-х годах В. В. Строганов признал обоснованным замену хлоралгидрата серноокислым магнием (по В. В. Савичу и Д. П. Бровкину). Однако и этот препарат не лишен недостатков: инъекции его болезненны, гипотензивный эффект непродолжителен и непостоянен, родовая деятельность часто ослабляется. В настоящее время накоплен достаточный опыт (Л. С. Персианинов, А. М. Фой, И. П. Иванов, В. И. Бодяжина), подтверждающий целесообразность сочетания терапии магнием с аминазином, резерпином, эуфиллином, а также применения этих средств без магния. При сочетании магния с указанными выше средствами можно уменьшить частоту инъекций (до двух в сутки) и дозу магния (до 10—12 г). Аминазин применяется при тяжелых формах токсикоза внутривенно (2 мл 2,5% раствора) вместе с 40 мл 40% раствора глюкозы, при более легких формах — по 25 мг (внутривенно, внутримышечно); в сутки не более 3—4 раз (до 75—100 мг). Резерпин назначается в таблетках по 0,25 мг 2 раза в день, эуфиллин — в таблетках по 0,1—0,2 г 2—3 раза в день.

При поздних токсикозах беременных нередко обнаруживают анемию, гипопротейнемию, гипоксию и склонность к кровотечениям в третьем периоде родов и в раннем послеродовом периоде. Кроме того, как установлено Р. Г. Бакиевой, кровопотеря (даже незначительная) нередко вызывает у этих больных состояние коллапса. При своевременном (во время беременности) применении указанных выше средств можно значительно ограничить показания к кровопусканиям и при незначительных мозговых симптомах ограничиться применением пиявок (5—6) на сосцевидные отростки. Однако при остро нарастающих симптомах токсикоза (высоком артериальном давлении, выраженных мозговых симптомах) мы вынуждены (в порядке неотложной помощи) и в настоящее время прибегать к кровопусканиям.

ГЛАВА II

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

БЕРЕМЕННОСТЬ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Беременность. Гипертоническая болезнь I стадии. Нефропатия

Б-ая, 37 лет, поступила в отделение патологии беременности 10/X 1954 г. Головные боли, легкая утомляемость. Беременность сроком 33 недели.

Анамнез. В детстве болела корью, в 1943 г. — малярией и колитом. С весны 1952 г. появились головные боли; артериальное давление было 140/90 мм; систематически не лечилась.

Наследственность не отягощена. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 3 недели, по 3—4 дня, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя менструация с 23 по 26/III 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 25 лет. До 1953 г. предохранялась от беременности (прерванное половое сношение). Мужу 39 лет; венерическими болезнями не болел.

Генеративная функция— настоящая беременность первая.

Течение настоящей беременности. Женскую консультацию впервые посетила при 10—11-недельной беременности; артериальное давление равнялось 140/90 мм. В дальнейшем посещала консультацию 2—3 раза в месяц. Артериальное давление было следующим:

в 12 недель беременности — 135/90 мм, с 16-й до 31-й недели — 120/80 мм, в 32 недели — 130/110 мм, в 33 недели — 150/90 мм.

Ввиду значительного повышения максимального артериального давления, головной боли, утомляемости госпитализирована 10/X 1954 г. с диагнозом нефропатия (?). Повторные (ежемесячные) исследования мочи патологических изменений не обнаружили. В крови при 11-недельной беременности установлено 11,5 г% (69 единиц) гемоглобина.

Общее обследование (при поступлении в отделение патологии беременности 10/X). Состояние удовлетворительное. Жалуется на головные боли, легкую утомляемость. Раздражительна, возбудима. Отеков нет. Вес 78 кг, рост 160 см.

Органы кровообращения. Артериальное давление 150/90 мм. Со стороны сердца при физикальном, электрокардиографическом и рентгенологическом обследовании патологических изменений не обнаружено.

Исследование глазного дна. Соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Исследование крови: Hb 11 г% (66 единиц), эр. 4 000 000, л. 9 000; РОЭ 25 мм в час. Со стороны формулы белой крови патологических изменений не обнаружено.

Органы дыхания без отклонений от нормы.

Органы пищеварения без отклонений от нормы.

Мочевые органы. При исследовании мочи патологических изменений не найдено. Диурез положительный. Функциональная проба по Зимницкому показала, что концентрационная способность почек хорошо сохранена (удельный вес мочи 1025). Остаточный азот в крови 30 мг%/л.

Акушерское обследование. Околососковые кружки пигментированы. Из молочных желез выделяется в небольшом количестве густой секрет желтого цвета (молозиво).

Живот вытянуто-овальной формы. Дно матки на 30 см выше лона. Плод во втором продольном положении, головном предлежании; головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту, ритмичное, справа от срединной линии, на уровне пупка.

Размеры таза 26, 29, 31, 21 см.

Какой диагноз?

1. Нефропатия беременных.
2. Хронический нефрит.
3. Симптоматическая гипертония.
4. Гипертоническая болезнь.

Нефропатия беременных обычно характеризуется триадой симптомов: отеки, альбуминурия, гипертония. Однако сочетание трех этих признаков встречается не у всех больных, и диагноз нефропатии может быть поставлен и при наличии двух из этих признаков. Что касается моносимптомного токсикоза беременности в форме гипертонии (М. А. Петров-Маслаков) или так называемой токсической гипертонии беременных (И. Ф. Жордания), то подобная форма токсикоза встречается редко и представляет собой обычно проявление гипертонической болезни во время беременности или нефропатии. Н. Л. Стоцик и Т. И. Орлова (1952) также считают, что при обнаружении у беременной гипертонии без отеков и альбуминурии следует думать о гипертонической болезни, а не о моносимптомном токсикозе.

При дифференциации указанных выше четырех заболеваний необходимо учитывать:

- 1) данные анамнеза,
- 2) срок появления болезненных симптомов,
- 3) наличие, характер и распространенность отеков,
- 4) данные обследования сердца,
- 5) изменения со стороны мочи и функции мочеотделения,
- 6) цифры остаточного азота в крови.

Анамнестические данные могут указывать на перенесенное ранее заболевание почек в форме нефрита, повышение артериального давления еще до наступления беременности. Острому нефриту обычно предшествуют грипп, ангина, стрептококковые инфекционные заболевания.

Больная Б-ая указывает, что повышение артериального давления было впервые установлено 2½ года назад (весной 1952 г.), когда она обратилась к врачу по поводу головных болей. Эти данные анамнеза являются очень важными: они говорят о том, что заболевание возникло до наступления настоящей беременности.

Врачи женских консультаций должны строго придерживаться правила — систематически измерять артериальное давление у каждой беременной и гинекологической больной, а также при профилактическом медицинском осмотре. Эти данные имеют важнейшее значение для своевременной диагностики таких заболеваний, как нефропатия, гипертоническая болезнь. В анамнезе больных, страдающих гипертонической болезнью, нередко встречаются жалобы на характерные гипертонические симптомы: головные боли, плохая переносимость жары, носовые кровотечения, мелькание мушек перед глазами, обмороки.

Определение срока появления болезненных симптомов во время беременности также помогает поставить правильный диагноз. Так, при нефропатии симптомы заболевания обычно выявляются не раньше 20 недель беременности. У больных нефритом, симптоматической гипертонией заболевание проявляется гораздо раньше — с первых же месяцев беременности. У больной Б-ой повышение артериального давления до 140/90 мм было установлено уже с первых недель беременности (с 10 недель).

Третий признак, наличие которого учитывается при дифференциальной диагностике указанных выше заболеваний, это отеки. У Б-ой ни при повторном определении веса тела в женской консультации, ни при осмотре во время поступления в стационар не было обнаружено ни чрезмерного (сверх 300—350 г в неделю) нарастания веса, ни отеков. Это в известной мере говорит против диагноза нефропатии и хронического нефрита. При хроническом нефрите возникают отеки не только на лице, но наблюдаются скопления жидкости и в серозных полостях, чего не бывает при нефропатии. Во время физикального, электрокардиографического и рентгенологического обследования сердца Б-ой не было найдено никаких изменений. Нефропатия, как правило, не сопровождается изменениями со стороны сердца; при гипертонической болезни и хроническом нефрите весьма рано возникают гипертрофия левого желудочка и изменения электрокардиограммы. При исследовании мочи мы не обнаружили ни альбуминурии, ни патологических элементов в осадке мочи; уровень остаточного азота в крови (30 мг%) не превышал нормы. Между тем при остром нефрите обычно обнаруживаются гематурия и разнообразные формы цилиндров.

Таким образом, нами не установлено никаких признаков нарушения функций мочевого выделения и мочеотделения. Все это говорит против диагноза острого и хронического нефрита, нефропатии и II и III стадии гипертонической болезни. Изменения, обнаруженные при исследовании глазного дна, наблюдаются при всех указанных выше заболеваниях.

Резюмируя данные анамнеза и всестороннего обследования больной, мы можем поставить диагноз гипертонической болезни и беременности сроком 33 недели; диагноз нефропатии, с которым была направлена больная, следует считать ошибочным. Однако прав был врач женской консультации, направивший больную в стационар, так как сочетание беременности и гипертонической болезни требует тщательного обследования и настойчивого лечения.

Г. Ф. Ланг пишет (1948), что «необходимо стремиться к строгому разграничению понятий „гипертония“ и „гипертоническая болезнь“». Другими словами, следует разграничивать симптоматическую гипертонию и гипертоническую болезнь. Симптоматическая гипертония, согласно А. Л. Мясникову, может наблюдаться при следующих болезненных состояниях: 1) почечная гипертония, 2) эндокринная гипертония (болезнь Кушинга-Яценко, некоторые формы акромегалии), 3) гемодинамическая гипертония (например, при сужении перешейка аорты), 4) гипертония при органических поражениях центральной нервной системы.

Имеем ли мы основания для того, чтобы поставить в данном случае диагноз симптоматической гипертонии? Нет, не имеем. Ни одно из заболеваний, которые перечислены выше, не выявлено нами у больной Б-ой.

Что касается стадии гипертонической болезни у Б-ой, то транзиторное повышение артериального давления и отсутствие изменений со стороны сердца позволяют поставить диагноз I стадии.

Раньше чем решить вопрос о терапии и прогнозе болезни, необходимо остановиться на литературных данных о сочетании беременности и гипертонической болезни. Этому вопросу посвящены немногочисленные исследования отечественных (Е. А. Азлецкая-Романовская, А. И. Вылегжанин, О. Ф. Матвеева, Д. Ф. Чеботарев) и иностранных [Броун (Brown), Чеслей] авторов. На основании опубликованных ими данных мы можем говорить о некоторых особенностях развития гипертонической болезни при беременности, во время родов и в послеродовом

периоде, а также об особенностях беременности, течения родов и развития внутриутробного плода.

Так, Е. А. Азлецкая-Романовская, Д. Ф. Чеботарев отметили, что у многих беременных, страдающих гипертонической болезнью, в 3—6 месяцев беременности артериальное давление несколько снижается, а после 6 месяцев у большинства из них значительно повышается. Как установил Броун, почти у 50% беременных, страдающих гипертонической болезнью, артериальное давление во второй трети беременности снижается на 20—40 мм. У Б-ой артериальное давление с 12 до 32 недель беременности не превышало 135/90 мм, а на 43-й неделе поднялось до 150/90 мм, причем одновременно возникли головные боли.

Второй особенностью гипертонической болезни у беременных является частое сочетание ее с нефропатией. Так, по Е. А. Азлецкой-Романовской, нефропатия наблюдалась у 50 из 104 беременных, страдающих гипертонической болезнью, по О. Ф. Матвеевой — у 56 из 105, по Броуну — у 83%. По О. Ф. Матвеевой, поздний токсикоз появляется в более ранние, чем обычно, сроки (у 17 из 56 больных при беременности сроком 25—30 недель).

Наиболее важными в практическом отношении осложнениями беременности при гипертонической болезни являются высокий процент как преждевременного прерывания беременности, так и мертворождаемости. По Е. А. Азлецкой-Романовской, процент преждевременных родов равняется 23, мертворождаемости — 4,1. По данным О. Ф. Матвеевой, только у 30 из 56 больных роды произошли в срок, тогда как у 26 они были преждевременными, причем у 16 — искусственными. Итак, при сочетании беременности и гипертонической болезни наблюдается ряд весьма серьезных осложнений. Следовательно, необходимо тщательное наблюдение за подобными больными и лечение их.

Как следует проводить лечение?

У больной Б-ой мы диагностировали беременность сроком 33 недели и I стадию гипертонической болезни. Так как беременность протекает нормально, то лечение в основном должно быть направлено на борьбу с симптомами гипертонической болезни (I стадии) и заключаться в следующем:

- 1) лечебно-охранительный режим,
- 2) папаверин (по 0,03 г 3 раза в день),
- 3) питание со значительным количеством фруктов и овощей,
- 4) внутривенное введение 40% раствора глюкозы в дозе 40 мл.

Назначение папаверина Б-ой целесообразно ввиду головных болей и быстрого повышения артериального давления. Папаверин обладает свойством расслаблять гладкую мускулатуру; он действует на мускулатуру артериальных стенок и способствует ослаблению их спастического сокращения; депрессорное действие папаверина незначительно.

11/X. Самочувствие беременной удовлетворительное. Артериальное давление 140/85 мм. Головные боли несколько уменьшились; больная спокойнее. Ночью спала 7 часов. Назначения те же.

12/X. Головные боли незначительные. Артериальное давление 135/80 мм. Ночью спала 8 часов. Назначения те же. В последующие дни артериальное давление снизилось до 125/75 мм; самочувствие вполне удовлетворительное. Беременность развивается нормально. Лечение, назначенное в первый день, продолжается.

Больная находилась в клинике до 30/X и была выписана домой под наблюдение женской консультации и терапевта.

Артериальное давление при выписке 125/75 мм. Со стороны мочи патологических изменений не обнаружено. За 3 недели прибавила в весе 900 г.

В домашних условиях беременная чувствовала себя удовлетворительно. Максимальное артериальное давление оставалось на уровне 125—135 мм, минимальное — 70—80 мм. На 39-й неделе беременности артериальное давление вновь повысилось до

165/110 мм, появились головные боли, небольшие отеки. Моча: удельный вес 1008, белка 0,33%, лейкоциты 3—5 в поле зрения, эритроциты 1—3 в поле зрения, частью измененные, гиалиновые цилиндры 1—2 в поле зрения. Кровь: Hb 11 г% (66 единиц), эр. 4 000 000, л. 7800; РОЭ 15 мм в час.

15/XII. Б-ая с диагнозом «беременность сроком 38 недель, гипертоническая болезнь, нефропатия» была госпитализирована в отделение патологии беременности.

15/XII. Общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление 165/110 мм. Незначительные отеки в области лодыжек. Со стороны сердца и органов дыхания патологических изменений не установлено. При исследовании глазного дна установлено, что соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены нормальны. Дно матки на 32 см над лоном. Плод во втором продольном положении, головном предлежании; головка ограниченно подвижна, над входом в таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту. Окружность живота 86 см, длина плода по Альфельду 44 см.

Какой диагноз? Какую следует проводить терапию?

Появление небольших отеков и патологических изменений в моче (альбуминурия, цилиндрурия) при беременности сроком 38 недель дает основание поставить диагноз нефропатии, осложнившей гипертоническую болезнь. Терапия должна быть направлена на уменьшение симптомов гипертонической болезни и борьбу с нефропатией.

Назначения:

- 1) папаверин по 0,03 г 2 раза в день;
- 2) 30% раствор сернокислого магния внутримышечно по 20 мл 4 раза в сутки;
- 3) 40% раствор глюкозы внутривенно — 40 мл;
- 4) постельный режим;
- 5) ограничение жидкости до 600 мл в сутки;
- 6) диета с уменьшением количества хлоридов до 0,5 г в сутки.

Завтрак: хлеб малосоленый, масло несоленое, яйца всмятку, кофе с молоком.

Обед: рыба без соли, зеленый салат, помидор, хлеб несоленый с маслом, компот.

Полдник: фрукты, чай, варенье, бисквит.

Ужин: вареное мясо, вареный картофель, вареные овощи без соли, печеное яблоко, чай, хлеб малосоленый.

Наряду с назначениями на ближайшие дни акушер должен сразу составить план ведения родов, так как наблюдения показывают, что при гипертонической болезни процент преждевременных родов весьма высок (свыше 30); повышен также (по сравнению с нормальными родами) и процент мертворождаемости. Из обстоятельств, отягощающих прогноз родов, необходимо учесть: 1) сочетание гипертонической болезни и нефропатии, 2) возраст беременной (37 лет), которая является старшей первородящей.

Наличие нефропатии может грозить развитием эклампсии, появлением симптомов нарушения мозгового кровообращения, вплоть до инсульта. Что касается возраста беременной, то, по наблюдениям многих авторов, у старых первородящих весьма часто возникает первичная слабость родовой деятельности и удлиняется родовой акт. Исходя из этих обстоятельств, мы можем следующим образом сформулировать план ведения родов: ввиду нормальных размеров таза и небольших размеров плода роды вести консервативно; при повышении артериального давления провести терапию сернокислым магнием (25% раствор по 20 мл через 6 часов); сделать кровопускание (300—400 мл); при наличии условий — извлечь плод с помощью акушерских щипцов. В целях профилактики внутриутробной асфиксии плода рекомендуется с началом родовой деятельности повторно давать роженице вдыхать кислород, вводить внутривенно по 50 мл 40% раствора глюкозы и по 1 мл 10% раствора коразола (1 раз).

Ведение подобных родов требует от акушера особой бдительности и применения в случае необходимости ряда акушерских вмешательств.

16/XII. Самочувствие беременной удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 165/110 мм. Головной боли нет. Отеки в области лодыжек держатся. Диурез положительный (+200 мл). Ночью спала 8 часов. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное.

Назначения те же.

17/XII. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 155/100 мм, головной боли нет. Отеки уменьшились. Диурез положительный (+300 мл). Ночью спала 7 часов. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, ясное.

Моча: цвет соломенно-желтый, удельный вес 1015, белка 0,33%, лейкоциты — 2—3 в поле зрения, эритроциты 1—3 в поле зрения, измененные, цилиндры гиалиновые 1—2 в поле зрения.

Назначения те же, но введение раствора сернокислого магния уменьшено до 2 раз в сутки.

С 18 до 30/XII самочувствие беременной удовлетворительное. Артериальное давление 150—155/100—110 мм, отеки почти исчезли. Головные боли прекратились. Моча с 24/XII улучшилась (24, 26, 28/XII обнаружены только следы белка, гиалиновых цилиндров нет). Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное.

Назначения:

- 1) папаверин по 0,03 г 2 раза в день;
- 2) 30% раствор сернокислого магния внутримышечно по 20 мл (до 24/XII) 2 раза в сутки;
- 3) 40% раствор глюкозы внутривенно — 40 мл;
- 4) диета малохлоридная (0,5 г хлоридов в сутки);
- 5) ограничение жидкости до 600 мл в сутки.

30/XII в 10 часов начались схватки через 15—20 минут, по 20—30 секунд. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 155/110 мм. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, головка фиксирована во входе в таз. Роженица переведена в родовую блок.

11 часов. Самочувствие удовлетворительное. Схватки через 10—12 минут, по 30—40 секунд. Артериальное давление 155/110 мм. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, головка малым сегментом во входе в таз.

Назначения:

- 1) вдыхание кислорода;
 - 2) 40% раствор глюкозы внутривенно — 50 мл;
 - 3) 10% раствор коразола — 1 мл.
- 13 часов. Жалуется на небольшую головную боль; зрение не нарушено. Артериальное давление 200/140 мм. Схватки через 7—8 минут, по 40—50 секунд. При наружном исследовании установлено, что над входом в таз пальпируется небольшая часть головки. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное.

Состояние роженицы, несомненно, ухудшилось — артериальное давление резко повысилось, появилась головная боль. Необходимы срочные мероприятия, так как может возникнуть нарушение мозгового кровообращения и припадок эклампсии.

Какова же должна быть терапия?

- 1) кровопускание — 400 мл (под контролем динамики артериального давления);
- 2) 30% раствор сернокислого магния внутримышечно — 20 мл;
- 3) влагалитное акушерское исследование с целью выявления степени раскрытия зева, уровня стояния головки в тазу.

13 часов 5 минут. Акушер готовится к влагалитному исследованию; одновременно второй дежурный врач произвел кровопускание (400 мл). Артериальное давление снизилось до 165/110 мм. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное.

Назначения:

- 1) вдыхание кислорода;
- 2) 40% раствор глюкозы внутривенно — 50 мл и 10% раствор коразола внутримышечно — 1 мл;
- 3) папаверин внутрь — 0,05 г.

13 часов 15 минут. Влагалитное исследование (под ингаляционным эфирным наркозом). Шейка сглажена, раскрытие маточного зева на три поперечных

пальца; края зева тонкие. Плодные оболочки целы. Пузырь при схватке резко напрягается. Сагиттальный шов в левом косом размере. Малый родничок справа, впереди, большой не достигается. Седалищные ости достигаются легко; определяются четвертое и пятое крестцовые отверстия и $\frac{2}{3}$ задней поверхности лонного сочленения.

Какой диагноз? Какова должна быть терапия?

1. Гипертоническая болезнь (I стадия), нефропатия.

2. Срочные роды (первый период).

Принимая во внимание значительное напряжение плодных оболочек во время схватки, мы произвели их вскрытие с целью уменьшения внутриматочного давления. отошло около 150 мл прозрачных вод.

14 часов. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Головной боли не ощущает. Артериальное давление 165/110 мм. Начались потуги через 7—6 минут, по 40—50 секунд. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное.

Осмотр окулиста: соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены нормальные.

Моча: белка 0,33%, лейкоциты 5—6 в поле зрения, эритроциты 1—2 в поле зрения, гиалиновые цилиндры один в поле зрения.

14 часов 45 минут. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 150/110 мм. Потуги через 5 минут, по 40—50 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту. Головка вся опустилась в полость малого таза.

Как вести роды дальше — выжидательно или извлечь плод?

Еще за 2 недели до родов, обсуждая способ их ведения, мы высказались за оперативное вмешательство, если состояние роженицы ухудшится. В 13 часов 15 минут мы уже вскрыли плодный пузырь, после чего головка быстро опустилась в полость малого таза, и в настоящее время, возможно, уже имеются условия для извлечения плода с помощью акушерских щипцов.

Для выяснения вопроса о возможности родоразрешения необходимо предварительно произвести повторное влагалищное исследование. Показания же к операции несомненны — значительное повышение артериального давления.

14 часов 55 минут. Влагалищное исследование. Раскрытие зева полное. Оболочки не определяются. Сагиттальный шов в левом косом размере таза. Малый родничок справа и впереди, большой не пальпируется. Седалищные ости достигаются с трудом; впереди пальпируется лишь нижний край лона, сзади — крестцово-копчиковое сочленение.

Акушерский диагноз: второй период родов, головка в узкой части полости малого таза.

Итак, в результате наружного, а затем и влагалищного исследования мы установили, что головка плода опустилась в узкую часть полости малого таза. Раскрытие зева полное, плодные оболочки вскрыты, плод жив. Следовательно, в данный момент есть все условия для наложения полостных щипцов; о наличии показаний к немедленному извлечению плода мы говорили выше.

15 часов. Под эфирным наркозом наложены акушерские щипцы Симпсона в правом косом размере узкой части полости малого таза. После пяти тракций извлечен плод мужского пола в состоянии асфиксии. Ребенок погружен в ванночку с водой температуры 40°, пуповина не рассечена (метод Соколова — Легенченко¹),

¹ Вопрос оживления детей, родившихся в асфиксии, изучался многими отечественными (Н. М. Амбодик, И. П. Лазаревич, Н. З. Иванов, А. Д. Аловский, В. Н. Соколов, А. М. Агаронов, И. С. Легенченко) и зарубежными (Альфельд, Сильвестр, Огата, Шультце, Проховник) акушерами. В последние годы в нашей стране широко применяется метод бережного, или так называемого физиологического, оживления новорожденных. Отдельные элементы этого метода (погружение младенца в теплую ванночку сразу же после рождения, отказ от пересечения пуповины до появления дыхательных движений у младенца) были уже давно предложены Альфельдом, Н. З. Ивановым, А. Д. Аловским. Однако важным этапом в развитии бережного ме-

слизь удалена изо рта при помощи катетера с баллоном. Через 5 минут ребенок начал регулярно дышать. Пуповина рассечена, произведен первый туалет. Вес ребенка 2750 г.

15 часов 30 минут. Самостоятельно выделился послед по Шульце. Послед без дефектов. Кровопотеря 75 мл. Самочувствие родильницы удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. Артериальное давление 120/100 мм. Матка плотная; дно ее на два поперечных пальца ниже пупка.

За родильницей установлено неотступное наблюдение акушерки.

Какие особенности течения данных родов, какой прогноз в отношении послеродового периода?

Во время родов болезненные симптомы гипертонической болезни и нефропатии резко усилились и потребовали оперативных вмешательств (вскрытие плодных оболочек, наложение полостных щипцов).

Согласно литературным данным, при родах у больных гипертонической болезнью нередко возникают осложнения и в связи с этим значительно возрастает процент оперативных вмешательств. Так, по данным Е. А. Азлецкой-Романовской (104 наблюдения), отмечались следующие осложнения: преждевременные роды — в 23% наблюдений, преждевременная отслойка плаценты — в 3%, асфиксия плода — в 8,3% наблюдений. Вместе с тем ни разу не было ни эклампсии, ни кровоизлияния в мозг. Оперативные вмешательства — вскрытие плодных оболочек, наложение акушерских щипцов, кесарево сечение — были применены у 23% женщин.

По данным О. Ф. Матвеевой, осложнения во время родов были крайне серьезными; так, у 17 (из 36) больных появились церебральные симптомы, у 2 была эклампсия во время родов и у 2 — кровоизлияние в мозг (одна больная умерла); асфиксия внутриутробного плода наблюдалась весьма часто (у 12 из 36 рожениц). Столь большое число серьезных осложнений, по О. Ф. Матвеевой, мы склонны объяснить особенностями гипертонической болезни у лиц, перенесших блокаду Ленинграда, тогда как Е. А. Азлецкая-Романовская наблюдала в основном жительниц Москвы и Московской области.

Что касается послеродового периода, то все авторы указывают на отсутствие серьезных осложнений и временное (2—3—5 дней) снижение артериального давления.

Вернемся к наблюдениям за родильницей Б-ой.

30/XII, 17 часов. Родильница переведена в послеродовое отделение; ребенок помещен в палату для травмированных детей. Самочувствие Б-ой удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/90 мм. Матка плотная; дно матки на два поперечных пальца ниже пупка; из влагалища кровянистые выделения в небольшом количестве.

Назначения:

- 1) постельный режим;
- 2) малохлоридная диета;
- 3) папаверин по 0,03 г 2 раза в сутки;
- 4) 30% раствор сернокислого магния внутримышечно по 20 мл 2 раза в день.

тогда оживления новорожденных были работы В. Н. Соколова и И. С. Легенченко. В. Н. Соколов (под руководством А. М. Агаронова) предложил (1941) бережный метод оживления, заключающийся в том, что младенца сразу же после рождения согревают, отсасывают у него слизь из воздухоносных путей и перевязывают пуповину «только после полного прекращения пульсации». В отличие от предшествующих авторов В. Н. Соколов отвергает способы оживления, предложенные Сильвестром, Прохоровником, Огата, Вертом, считая их опасными и травматичными. В дальнейшем (1947) И. С. Легенченко предложил «физиологический способ» оживления, заключающийся в том, что ребенка немедленно после рождения погружают в теплую ванночку, отсасывают слизь из воздухоносных путей и пуповину перевязывают «только после того, как ребенок издает крик». Этот метод успешно применялся при синей и белой асфиксии. Исходя из всего изложенного, мы называем бережное оживление новорожденного методом Соколова — Легенченко.

31/XII. Самочувствие родильницы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 130/90 мм. Дно матки на три поперечных пальца ниже пупка, консистенция матки плотная, пальпация ее не болезненна; кровянистые лохии в умеренном количестве.

Назначения те же.

В дальнейшем самочувствие родильницы удовлетворительное. Артериальное давление 130/90 мм.

Моча 2/I 1955 г.: удельный вес 1020, следы белка, патологических элементов в осадке не обнаружено.

В первые 4 суток ребенка не прикладывали к груди матери ввиду незначительных явлений раздражения центральной нервной системы. С 5-го дня приложен к груди, хорошо сосет. Развивается нормально.

12/I мать со здоровым ребенком выписана под наблюдение женской консультации и терапевта. Дана справка о дополнительном отпуске в 14 дней после патологических родов.

30/I Б-ая посетила женскую консультацию. Самочувствие удовлетворительное. Артериальное давление 140/90 мм. Кормит ребенка грудью. Развивается ребенок нормально. Со стороны половых органов у Б-ой патологических изменений не обнаружено.

30/VII 1956 г. опять посетила консультацию. В течение года после родов быстро уставала, были головные боли. Артериальное давление колебалось в пределах 150/90—160/90 мм; часто бывали головокружения. Ребенок до 10 месяцев находился на искусственном вскармливании ввиду резкой гипогалактии у матери.

При обследовании сердца и почек патологических изменений не обнаружено. Исследование глазного дна: соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены нормальные. Менструации через 3 недели, по 3—4 дня, безболезненные; последняя менструация была 20—23/VII. Со стороны половых органов патологических изменений не найдено.

Диагноз: гипертоническая болезнь I стадии.

Приведенное наблюдение показывает, что и при I стадии гипертонической болезни наблюдаются осложнения во время беременности и особенно в родах. Для своевременной диагностики и терапии при гипертонической болезни и токсикозах беременности решающее значение имеет тщательное соби́рание анамнеза, систематическое наблюдение за каждой женщиной с первых недель беременности и обязательное применение при каждом посещении ею консультации трех элементарных, но чрезвычайно ценных методов исследования: определение артериального давления, взвешивание и исследование мочи.

Эпикриз

Б-ая поступила в отделение патологии беременности 10/X 1954 г. по поводу повышения артериального давления до 150/90 мм и головных болей при беременности сроком 33 недели. Из анамнеза установлено наличие гипертонической болезни с весны 1952 г. Диагноз гипертонической болезни (I стадии) основывался на данных анамнеза и повышении артериального давления в первые же недели беременности. В течение 3 недель лечение в стационаре (папаверин, глюкоза, малохлоридная диета). Артериальное давление снизилось до 120/75 мм. 30/X 1954 г. Б-ая выписана под наблюдение женской консультации и терапевта. Повторная госпитализация при 38-недельной беременности по поводу повышения артериального давления до 165/110 мм, альбуминурии и цилиндрурии. Установлена гипертоническая болезнь и нефропатия беременных. Назначено лечение папаверином, сернокислым магнием, глюкозой, малохлоридная диета.

Во время срочных родов 30/XII 1954 г. артериальное давление повысилось до 200/140 мм. Произведено кровопускание (400 мл), искусственное вскрытие плодного пузыря, введен сернокислый магний. Путем наложения полостных акушерских щипцов извлечен плод в асфиксии, оживлен. Вес ребенка 2750 г. Благоприятное течение послеродового периода.

Через 1 год 7 месяцев после родов ухудшения в развитии гипертонической болезни у Б-ой не отмечено; временами головокружение, артериальное давление 150/90—160/90 мм, изменений со стороны сердца и почек не установлено.

Беременность. Гипертоническая болезнь II стадии. Нефропатия

П-ва, 37 лет, поступила в акушерскую клинику 12/XII 1954 г. в 19 часов. Родовая деятельность началась за три часа до поступления.

Анамнез. Перенесенных в детстве заболеваний не помнит, взрослой болела несколько раз гриппом. Гипертония впервые была обнаружена в 1939 г. во время первой беременности; после родов к врачам не обращалась. Диагноз гипертонической болезни установлен в 1947 г. Систематически лечилась амбулаторно; артериальное давление 180—220/110—120 мм. Бытовые условия хорошие, живет в сельской местности.

Менструальная функция. Менструации с 11 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, безболезненные. Последняя менструация с 5 по 8/III 1954 г.

Половая функция. Замужем с 18 лет. Мужу 43 года. В течение 13 лет (с 1940 до 1953 г.) предохранялась от беременности (прерванное половое сношение). Последнее половое сношение было 3 месяца назад.

Генеративная функция. Первая беременность была в 1939 г., закончилась срочными родами; ребенок жив. Во время беременности отмечалось повышение артериального давления, наличие белка в моче.

Течение настоящей беременности. Во время первого посещения женской консультации при 14-недельной беременности артериальное давление 230/150 мм. От настойчивого предложения прервать беременность по поводу гипертонической болезни категорически отказалась. В дальнейшем посетила консультацию еще 8 раз. Беременность развивалась нормально. Артериальное давление колебалось в следующих пределах: в 18 недель беременности — 180/120 мм, в 22 недели — 160/110 мм, в 25 недель — 180/100 мм, с 30-й до 31-й недели — 190/110 мм, с 35-й до 36-й недели — 220/120 мм, с 38-й до 39-й недели — 180/110 мм.

Последнее посещение консультации 3/XII 1954 г.

Несмотря на повторные предложения, от госпитализации отказывалась. Прошла пять занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

В моче до 38 недель беременности патологических изменений не было. Отеков не отмечалось.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 158 см. Отеков нет.

Органы кровообращения. Артериальное давление 180/110 мм. Гипертрофия левого желудочка сердца, систолический шум на верхушке, акцент второго тона на аорте. Рентгеноскопия: поперечник сердца увеличен, тень сосудистого пучка нерезко расширена.

Исследование глазного дна. Сосочки зрительных нервов бледноваты, нерезкий перипапиллярный отек, артерии сужены, неравномерны. Артерио-венозный перекрест (симптом Салюса) II—III степени¹. Диагноз окулиста: гипертонический ангиосклероз сетчатки.

Органы пищеварения без патологических изменений.

Мочевые органы. Моча: белка 4,95%, клетки плоского эпителия в умеренном количестве, лейкоциты 2—3 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые единичные в препарате.

Акушерское обследование. Живот вытянуто-овальной формы; окружность на уровне пупка 100 см; дно матки на 34 см выше лона. Плод в первом продольном положении, головном предлежании. Головка плода подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту, ритмичное. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см. Схватки через 6—8 минут, по 30—40 секунд.

Влагалищное исследование (под эфирным наркозом): шейка сглажена, раскрытие зева на 2 поперечных пальца, плодные оболочки целы. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Мыс не достигается. Деформации таза нет.

Какой диагноз?

1. Срочные роды (первый период). Нефропатия.
2. Срочные роды (первый период). Хронический нефрит.

¹ Симптом Салюса состоит во вдавлении артерии сетчатки в просвет расширенной вены выше или ниже ее перекреста. Различают три степени симптома Салюса: I степень — расширение вены по обеим сторонам перекреста, II — образование дуги в области перекреста, III — исчезновение вены на месте перекреста (она уходит вглубь сетчатки, образуя дугообразный изгиб).

3. Срочные роды (первый период). Гипертоническая болезнь. Нефропатия.

Против диагноза одной нефропатии говорят следующие обстоятельства: отсутствие отеков, характер изменений глазного дна, раннее выявление высокого артериального давления во время беременности (с 14 недель), данные анамнеза о повышенном артериальном давлении уже в течение 7 лет.

Против диагноза хронического нефрита говорят отсутствие отеков, изменения глазного дна, отсутствие гематурии и указаний в анамнезе на заболевание почек в прошлом, высокое давление в течение 7 лет при отсутствии патологических изменений со стороны мочи в течение всей беременности (до 38 недель).

О диагнозе гипертонической болезни говорят данные анамнеза, указывающие на заболевание гипертонической болезнью с 1947 г., высокий уровень артериального давления с первых же недель беременности, изменения глазного дна. Значительные изменения со стороны мочи (альбуминурия и цилиндрурия) могут быть связаны с развитием во время родов (а возможно, и раньше, в последние 2 недели беременности) нефропатии.

Принимая во внимание наличие изменений со стороны сердца и глазного дна, следует считать, что у больной II стадия (переходная) гипертонической болезни.

Таким образом, наш диагноз при поступлении роженицы II-вой следующий: срочные роды (первый период), гипертоническая болезнь II стадии, нефропатия.

Как вести роды?

1. Ввиду комбинации ряда серьезных заболеваний произвести немедленно брюшностеночное кесарево сечение.

2. Роды вести выжидательно; произвести раннее вскрытие плодных оболочек; при наличии условий извлечь плод с помощью щипцов.

3. Роды вести так же, как указано в п. 2; кроме того, полностью оградить роженицу от внешних раздражений (затемненная палата, негромкий разговор, исследование только под наркозом).

Назначения:

а) кровопускание (350—450 мл);

б) 20% раствор сернокислого магния внутримышечно по 30 мл через 6 часов;

в) 1% раствор дибазола подкожно 2 мл 1 раз¹;

г) люминал по 0, 1 г 3 раза в день.

Разберем эти предложения. Мысль произвести кесарево сечение кажется обоснованной, так как положение роженицы весьма серьезное: она страдает и гипертонической болезнью II стадии, и нефропатией; существует опасность таких осложнений, как кровоизлияние в мозг, эклампсия. Вместе с тем надо учесть, что большая операция с вскрытием брюшной полости и быстрое опорожнение матки создают весьма неблагоприятные изменения условий для кровообращения. Поэтому при гипертонической болезни, как и при эклампсии, мы прибегаем к операции кесарева сечения лишь в исключительных случаях (отслойка сетчатки, амавроз, кровоизлияние в мозг). В связи со сказанным лучше отказаться от родоразрешения путем кесарева сечения и стремиться

¹ Дибазол (как и папаверин) является ценным средством при лечении больных гипертонической болезнью. По данным А. Л. Мясникова, он ведет к быстрому и значительному снижению артериального давления, улучшению зрения, прекращению головной боли.

создать все условия для благоприятного завершения родов через естественные родовые пути.

Второе и третье предложения по поводу ведения родов сходны между собой, однако во втором предложении не учтена необходимость таких важных мероприятий, как обеспечение лечебно-охранительного режима, кровопускание, магниезальная терапия. Следует отметить, что наиболее полно вопросы терапии большой П-вой отражены в третьем предложении. Приступим к его осуществлению.

13/XII, 10 часов. Схватки через 5—6 минут, по 30—40 секунд. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. Артериальное давление 210/135 мм. Головная боль. Кровопускание (400 мл). Внутримышечная инъекция сернокислого магния (30 мл 20% раствора).

10 часов 30 минут. Артериальное давление 190/120 мм. Головная боль. Головка прижата ко входу в малый таз. Схватки через 5 минут, по 40 секунд. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное. Сделана инъекция дибазола (2 мл 1% раствора), дан люминал (0,1 г).

11 часов. Головная боль усилилась. Артериальное давление 220/120 мм. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту.

Ввиду упряжающего состояния роженицы решено для уменьшения внутриматочного давления вскрыть (под эфирным наркозом) плодные оболочки.

Влагалищное исследование. Раскрытие зева на три поперечных пальца, Головка малым сегментом во входе в таз. Сагиттальный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди. Вскрыты (во время схватки) плодные оболочки, отошло около 150 мл прозрачных вод. Мыс не достигается.

Диагноз: срочные роды (первый период), гипертоническая болезнь II стадии. Нефропатия.

13 часов. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Схватки через 3—4 минуты, по 40—50 секунд, временами переходят в потуги. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное. Головка большим сегментом во входе малого таза.

13 часов 15 минут. Начались потуги через 5—7 минут, по 30—40 секунд. Артериальное давление 250/140 мм. Головная боль. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту.

Как следует вести дальше роды?

1. Консервативно, так как роды вторые, период изгнания плода может закончиться быстро.

2. Оперативно — путем наложения щипцов, так как существует большая опасность кровоизлияния в мозг или эклампсии.

Первое предложение чрезмерно консервативно и не учитывает возможных осложнений. Роженице 37 лет, первые роды были у нее 15 лет назад, артериальное давление очень высокое. Поэтому в настоящее время надо отказаться от консервативного ведения второго периода родов и произвести влагалищное исследование, чтобы установить, нет ли условий для извлечения плода с помощью акушерских щипцов.

13 часов 30 минут. Влагалищное исследование (под ингаляционным наркозом). Шейка сглажена, раскрытие зева полное. Сагиттальный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, большой не достигается. Седалищные ости легко пальпируются; спереди достигается нижняя треть задней поверхности лонного сочленения.

Акушерский диагноз: второй период родов, головка в широкой части полости малого таза.

Наложены в левом косом размере таза акушерские щипцы Симпсона; шестью трациями извлечен живой плод мужского пола, весом 3750 г, длиной 51 см, без признаков асфиксии. Разрыв промежности II степени.

14 часов. Вышел самостоятельно послед по Дункану; при осмотре последа дефектов не обнаружено. Кровопотеря 200 мл. Под наркозом наложены попружные кетгутовые швы на глубокие слои промежности, скобки Мишеля на кожу. Сделана вторая инъекция сернокислого магния (30 мл 20% раствора).

Через 3 часа родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение.

Назначения:

1) папаверин по 0,03 г 2 раза в день;

2) диуретин по 0,5 г 3 раза в день;

- 3) люминал по 0,1 г 3 раза в день;
4) сернокислый магний (в 20 часов).

Самочувствие в послеродовом периоде было удовлетворительным — головные боли прекратились. 17/XII сняты скобки с промежности; заживление первичным натяжением.

Моча 13/XII: удельный вес 1021, белка 0,33%, лейкоциты 3—5 в поле зрения, эритроциты 6—8 в поле зрения, частично выщелоченные, цилиндры гиалиновые — единичные в редких полях зрения.

24/XII патологических изменений в моче нет.

Артериальное давление колебалось в следующих пределах:

13/XII—230/130 мм,
14/XII—210/140 мм,
15/XII—220/150 мм,
16/XII—180/150 мм,
17/XII—220/150 мм,
21/XII—180/120 мм.

27/XII родильница выписана со здоровым ребенком. В клинике она находилась 15 дней. Рекомендовано дальнейшее наблюдение в женской консультации и у терапевта.

1/II 1955 г. П-ва чувствует себя удовлетворительно; головные боли незначительные. Артериальное давление 220/150 мм. Глазное дно: сосочки зрительных нервов нормальной окраски, границы четкие, артерии узкие, слева перипапиллярный отек, небольшие беловатые очаги.

1/VI. Самочувствие удовлетворительное, хотя нередко головные боли. Артериальное давление 215/120 мм. Ребенок вскармливается грудью матери, развивается удовлетворительно. Глазное дно: сосочки зрительных нервов нормальной окраски, артерии неравномерны. В области желтого пятна точечные кровоизлияния.

Сравнительно скоро после родов выявились симптомы (при обследовании глазного дна), свидетельствующие о дальнейшем прогрессировании болезни и переходе ее в III стадию.

Приведенное наблюдение показывает, что беременность для больных гипертонической болезнью II стадии представляет большую опасность и весьма нежелательна.

Эпикриз

П-ва страдает гипертонической болезнью в течение 7 лет. Резкое повышение артериального давления уже в 14 недель беременности и значительные изменения глазного дна побудили врача женской консультации настойчиво рекомендовать прерывание беременности. Больная категорически отказалась от аборта и госпитализации с целью терапии. Во время родов артериальное давление достигало 250/140 мм, возникли явления нефропатии. Энергичное комплексное лечение (лечебно-охранительный режим, кровопускание, дибазол, люминал, сернокислый магний, искусственное вскрытие плодных оболочек, извлечение плода с помощью щипцов) предотвратило развитие таких грозных осложнений, как кровоизлияние в мозг, эклампсия.

После родов гипертоническая болезнь прогрессировала и перешла в III стадию.

Беременность. Гипертоническая болезнь I стадии, впервые проявившаяся во время беременности. Нефропатия

А-ва, 27 лет, поступила в акушерскую клинику 13/I 1953 г. в 10 часов по поводу высокого артериального давления (190/130 мм). Беременность сроком 38 недель.

Анамнез. Наследственность не отягощена.

Перенесенных в детстве заболеваний не помнит, взрослой часто болела ангиной. Менструальная функция. Менструации с 13 лет через 3 недели по 4 дня. Последняя менструация с 22 по 25/IV 1952 г.

Половая функция. Половая жизнь с 24 лет; после начала половой жизни не болела. Мужу 30 лет, здоров.

Генеративная функция. Течение настоящей беременности. Настоящая беременность вторая. Первая беременность (в 1951 г.) закончилась искусственным внебольничным абортom. Во время настоящей беременности посетила женскую консультацию 10 раз; впервые — в 9 недель беременности, последний раз — 12/1 1953 г.

Прошла пять занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

Во время второй беременности впервые было отмечено повышение артериального давления; в 11 недель возникли головные боли, наблюдавшиеся с небольшими перерывами в течение всей беременности; до беременности артериальное давление было нормальным. Профессиональная работа беременной связана с постоянным нервным напряжением. Колебания артериального давления во время беременности были следующими:

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| в 9 недель беременности | — 130/90 мм, |
| в 11 недель | — 160/105 мм, |
| с 13-й до 32-й недели | — 130/100—150/110 мм, |
| в 33 недели | — 160/120 мм, |
| в 34 недели | — 150/110 мм, |
| в 35 недель | — 140/90 мм, |
| в 38 недель | — 190/130 мм. |

При повторном исследовании мочи до 33 недель беременности патологических изменений не обнаружено; в 34 недели беременности удельный вес мочи 1015, белка 0,06%, лейкоцитов 12—14 в поле зрения; цилиндрурии нет.

Отеков не было.

Глазное дно при 22 и 24 неделях беременности без изменений.

Дважды была госпитализирована: при 13 неделях беременности с диагнозом токсикоза беременных и при 22 неделях с диагнозом гипертонии беременных. Каждый раз находилась в родильном доме по 2 недели. Назначалось лечение серноокислым магнием. Головные боли уменьшались, артериальное давление несколько снижалось (на 20 мм).

Общее и акушерское обследование. Самочувствие удовлетворительное, незначительная головная боль, зрение не нарушено. Больная весьма возбудима. Температура 36,6°. Пульс 78 ударов в минуту. Со стороны сердца (при физикальном и рентгенологическом исследовании) и легких патологических изменений не обнаружено. Артериальное давление 190/130 мм. Отеков нет. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка ограничено подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода слева от срединной линии, 130 ударов в минуту. Окружность живота 90 см. Размеры таза 26, 29, 31, 21 см. Глазное дно без изменений. Моча 14/1: удельный вес 1015, белка 0,19%, лейкоцитов 4—6 в поле зрения, цилиндры гиалиновые — один в препарате.

Какой диагноз?

1. Беременность 38 недель, хронический нефрит.
2. Беременность 38 недель, гипертония беременной (моносимптомный токсикоз).
3. Беременность 38 недель, гипертоническая болезнь, нефропатия.

При разборе предыдущих 2 больных мы довольно подробно рассмотрели симптомы хронического нефрита (стр. 60). Кратко укажем, что у больной А-вой в анамнезе нет указаний на перенесенное заболевание почек, не было обнаружено никаких изменений в моче до 34 недель беременности, не установлено патологических изменений глазного дна. Все это позволяет нам отвергнуть диагноз хронического нефрита. Дважды больная была госпитализирована с диагнозом токсикоза беременных и гипертонии. Сейчас вновь возникает мысль о подобном заболевании. Основания для этого диагноза следующие: 1) повышение артериального давления во время беременности; до беременности давление было нормальным; 2) изменения в моче, обнаруженные при 34 неделях беременности. Однако против диагноза моносимптомного токсикоза говорит ранее (с 11 недель) и значительное (160/105 мм) повышение артериального давления. Кроме того, некоторое диагностическое значение имеет и малая эффективность дважды проведенной магnezийной терапии. Мы считаем, что диагноз гипертонической болезни

I стадии, впервые проявившейся во время беременности, более обоснован. На правильность этого диагноза указывают два признака: раннее значительное повышение артериального давления и отсутствие изменений со стороны сердца и мочи (до 34 недель беременности); альбуминурию можно оценить как проявление нефропатии, осложнившейся гипертоническую болезнь. Подобный диагноз, конечно, нельзя считать окончательным, и дальнейшее наблюдение покажет, правилен ли он.

Какой должна быть терапия?

Терапию мы назначали, как при гипертонической болезни, осложненной нефропатией (подробнее стр. 68): 1) лечебно-охранительный режим; 2) малохлоридная диета; 3) 1% раствор дибазола подкожно ежедневно по 2 мл; 4) эуфиллин по 0,15 г 3 раза в день (в порошках); 5) 40% раствор глюкозы внутривенно 40 мл; 6) ограничение жидкости до 600 мл в сутки.

14/I самочувствие больной удовлетворительное, стала несколько спокойнее. Ночью спала 8 часов. Артериальное давление 190/130 мм. Назначения те же.

15/I самочувствие удовлетворительное. Головная боль меньше. Спала 8 часов. Артериальное давление 170/110 мм. Назначения те же.

Больная находилась в отделении патологии беременности до начала родов — 30/I. Самочувствие оставалось удовлетворительным. Головные боли незначительные. Артериальное давление находилось в пределах указанных цифр. Моча 17, 23 и 26/I 1953 г. такая же, как 14/I 1953 г.

30/I. Срочные самопроизвольные роды живым плодом; вес 3150 г, длина 51 см. Длительность родов 6 часов 5 минут (первый период — 5 часов 20 минут, второй период — 30 минут, третий период — 15 минут). В первом периоде родов артериальное давление 180/120 мм, сразу после родов — 160/110 мм. Кровопотеря во время родов 150 мл. Роженица вела себя во время родов очень спокойно. Терапия (кроме указанной выше): двукратное введение 30% раствора сернистого магния (по 20 мл), кровопускание (400 мл). Послеродовой период без осложнений. Артериальное давление:

| | |
|--------------|---------------|
| 31/I 1953 г. | — 150/110 мм, |
| 7/II | — 170/120 мм, |
| 8/II | — 180/120 мм, |
| 15/II | — 160/115 мм. |

Моча 31/I: удельный вес 1017, белка 0,23%, лейкоциты 1—3 в поле зрения, эритроциты 1—5 в поле зрения выщелоченные, цилиндры гиалиновые — один в препарате.

Моча 7/II и 13/II: удельный вес 1015, белка 0,16%, лейкоциты 25—30 в поле зрения, эритроциты 1—3 в поле зрения выщелоченные, цилиндры гиалиновые — один в препарате.

Выписана 16/II в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации и терапевта.

В дальнейшем иногда головные боли, чувство тяжести в голове. Артериальное давление: 2/III 1953 г. — 180/120 мм, 17/III 1954 г. — 140/100 мм, в марте 1955 г. — 180/120—165/105 мм, в декабре — 180/120 мм.

В январе 1955 г. был гипертонический криз с повышением артериального давления до 220/120 мм. При исследовании глазного дна соски зрительных нервов розовые, границы четкие, нерезкое сужение артерий сетчатки, симптом Салюса I степени (расширены вены по обеим сторонам перекреста). Диагноз окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки. Диагноз терапевта: гипертоническая болезнь II стадии.

Описанный случай говорит о том, что гипертоническая болезнь может впервые проявиться во время беременности (в ранние ее сроки); динамическое наблюдение и всестороннее обследование больной способствуют более ранней и правильной диагностике и терапии.

Эпикриз

У А-вой с 11 недель беременности впервые установлено повышение артериального давления до 160/105 мм и жалобы на головные боли. Изменений со стороны сердца, почек и глазного дна не обнаружено.

В течение беременности (в 13 и в 22 недели) была дважды госпитализирована; терапия магнием не дала выраженных положительных результатов. При 38 неделях беременности артериальное давление повысилось до 190/130 мм, появилась (с 34 недель) альбуминурия. Диагностирована гипертоническая болезнь, впервые проявившаяся во время беременности, и нефропатия. Терапия дибазолом, эуфиллином, глюкозой. Срочные самостоятельные роды. Кровопускание и магниезальная терапия во время родов.

В дальнейшем при наблюдении в течение 2 лет установлено прогрессирование гипертонической болезни. В январе 1955 г. был гипертонический криз; диагностирован переход болезни во II стадию.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РЕВМАТИЧЕСКИЙ ПОРОК СЕРДЦА

Недостаточность митрального клапана. Нарушение кровообращения I степени. Самопроизвольные роды живым доношенным плодом

И-ва, 27 лет, 10/VI 1955 г. направлена врачом консультации в родильный дом для стационарного лечения. Беременность сроком 39 недель.

Анамнез. При поступлении жалобы на небольшую одышку при ходьбе и отеки нижних конечностей, появляющиеся к вечеру.

Наследственность не отягощена.

Перенесенные заболевания. В детстве часто болела ангиной, в связи с чем были удалены миндалины.

Менструальная функция правильная, устойчивая. Последняя менструация в середине сентября 1954 г.

Половая жизнь с 21 года.

Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Первая беременность на 2-м году замужества, закончилась самопроизвольными срочными родами. Ребенок жив. Настоящая беременность вторая. О заболевании сердца больная узнала впервые от врача консультации во время первой беременности. Специальному лечению не подвергалась.

Течение настоящей беременности. Больная находилась под наблюдением женской консультации со II месяца беременности. Одышка, сердцебиение и небольшие отеки на ногах появились только на VIII месяце беременности. По совету врача избегала тяжелой физической работы, придерживалась диеты с ограничением соли и жидкости. В женской консультации были проведены внутривенные вливания глюкозы (в течение 7 дней). Прошла психопрофилактическую подготовку к родам.

Общее обследование. Рост 156 см, вес 59 кг. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски. Небольшой отек в области лодыжек и пастозность голеней. Температура 36,6°.

Органы кровообращения. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/80 мм. Сердечный толчок определяется в пятом межреберье, на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Левая граница сердца совпадает с толчком, правая — заходит за правый край грудины на 1 см; верхняя граница в третьем межреберье. При выслушивании у верхушки сердца дующий систолический шум. Акцент второго тона на легочной артерии.

Органы дыхания. При перкуссии — ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Стул самостоятельный. Язык влажный, чистый. Печень и селезенка не пальпируются.

Мочепускание безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении прозрачная.

Лабораторные данные. Моча: удельный вес 1020, цвет насыщенно желтый. Белка нет. Микроскопически без особенностей.

Кровь: Hb 12,5 г% (75 единиц), эр. 3 800 000, л. 7200; РОЭ 20 мм в час. Гемограмма в пределах нормы.

Акушерское обследование. Окружность живота 92 см. Высота стояния дна матки 36 см. Размеры таза 25, 28,5, 31, 19,5 см. Индекс Соловьева 14 см. Положение плода продольное, позиция первая. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Предлежит головка над входом в таз. Родовой деятельности нет.

Совместно с терапевтом был поставлен следующий диагноз: беременность 39 недель, ревматический порок сердца,

недостаточность митрального клапана, нарушение кровообращения I степени.

Женщина, страдающая сердечно-сосудистым заболеванием, желает быть матерью. Перед акушером стоит ответственная задача — обеспечить благополучное родоразрешение.

Какое влияние оказывает беременность на здоровое и больное сердце?

Прежде чем говорить о тактике ведения родов у нашей больной, разберем характер влияния беременности на здоровое и больное сердце. Влияние беременности на здоровое сердце многогранно. Прежде всего отметим высокое стояние диафрагмы в последние месяцы беременности. По образному выражению Н. Я. Чистовича, «...диафрагма как бы подпирает сердце».

Пульс у беременной лабильный, нередко аритмичный, тахикардия — явление частое, реже бывает брадикардия. При первом вставании родильницы с постели наблюдается заметное учащение пульса. Скорость тока крови несколько замедляется (В. Ф. Зеленин, С. А. Гиляревский). Минутный объем систолы повышается на протяжении всей беременности (от 3,8 до 4,3 и в ряде случаев до 7 л).

Артериальное давление находится на верхней границе нормы или даже несколько повышено (В. Ф. Зеленин, Е. М. Шварцман, Н. Ягич, Яшке). В течение беременности при здоровом сердце систолическое артериальное давление обычно не превышает 140 мм. Во время родов артериальное давление подвержено значительным колебаниям, что, естественно, отражается на работе сердца. Так, в первом периоде родов артериальное давление стойко повышено. Разрыв плодного пузыря, сопровождающийся отхождением околоплодных вод, влечет за собой снижение артериального давления. Во время потуг артериальное давление вновь повышается, что вызвано активностью мышц брюшного пресса, диафрагмы и всей скелетной мускулатуры.

После изгнания плода артериальное давление снижается в связи с значительным падением внутриматочного и внутрибрюшного давления и переполнением брюшных сосудов кровью. В первые дни послеродового периода артериальное давление еще слегка повышено и только к 8—10-му дню после родов приходит к норме.

В связи с повышением окислительных процессов в организме беременной повышается и потребление кислорода. Так, на III месяце беременности потребление кислорода достигает 302 мл в минуту, на V месяце оно равно 340 мл и на IX месяце — 383 мл. Если общее количество крови у небеременной женщины достигает примерно 4—7% по отношению к весу тела, то у беременной оно равно 8—10%.

Имеются указания на увеличение мышечной массы сердца при беременности. Ю. И. Аркусский полагает, что здоровое сердце у беременных заметно не увеличивается. Незначительная гипертрофия и расширение сердца примерно к 10-му дню после родов приходят к норме.

Итак, влияние беременности на здоровое сердце действительно многогранно. Важно отметить, что никаких нарушений со стороны сердца и кровообращения у женщин со здоровым сердцем во время беременности и родов обычно не наблюдается.

Вот почему приведенный выше симптомокомплекс следует рассматривать как сложную рефлекторную реакцию всего организма женщины и, в частности, здорового сердца на беременность, роды и послеродовой период.

Значительно сложнее вопрос о влиянии беременности на большое сердце.

Как же часто встречается сочетание беременности и органических заболеваний сердечно-сосудистой системы?

Данные по этому вопросу разноречивы. По И. И. Яковлеву, С. А. Гиляревскому, такое сочетание наблюдается в 0,2—0,3% случаев, по С. С. Инденбаум — в 0,6%. По данным Б. Я. Динец, К. М. Баженовой, этот процент во много раз выше и достигает 2,04, а по Фромме (Fromme) — 20.

Частота и соотношение отдельных форм сердечно-сосудистых заболеваний при беременности, по данным различных авторов, весьма вариабильны. Тем не менее акушеру следует помнить, что чаще всего приходится встречаться с ревматическими поражениями клапанов сердца (недостаточность митрального клапана, комбинированные митральные пороки сердца) и патологическими состояниями мышцы сердца, чаще всего с дистрофиями миокарда.

Расстройство гемодинамики наблюдается обычно у беременных в возрасте 30—40 лет (75—80%), причем у повторнородящих чаще (55—70%), чем у первородящих.

Что касается срока беременности, то расстройства кровообращения чаще проявляются во второй ее половине (в срок от 30 до 38 недель — 75—80% случаев). Нарушение кровообращения в ранние сроки беременности всегда рассматривается как неблагоприятный прогностический симптом. Считается также общепризнанным тот факт, что ревматическая природа заболевания сердечно-сосудистой системы встречается наиболее часто (по К. М. Баженовой, в 30,2%, по С. С. Инденбаум, в 43%, по Н. К. Годуновой, в 81%).

Практического врача, естественно, волнует вопрос, как часто бывает нарушение кровообращения у беременных при сердечно-сосудистых заболеваниях. В этом отношении большинство клиницистов склоняется к выводу, что состояние компенсации наблюдается в пределах 52—74,4% (Н. К. Годунова, С. С. Инденбаум). По данным Е. М. Баженовой, из 289 беременных с болезнями сердца компенсация обнаружена только у 38,4%, а состояние декомпенсации — у 61,6%. Этим же автором установлено, что тяжелые формы расстройства гемодинамики у беременных при недостаточности митрального клапана и миокардиодистрофии наблюдаются только в 8—26,6%, в то время как расстройства I—II степени — в 73,4—92% случаев.

Иными словами, говорить о прогнозе беременности и родов при органических заболеваниях сердца и сосудов, основываясь только на анатомическом диагнозе (состояние мышцы сердца или характер клапанного порока), не представляется возможным. Необходимо учитывать, кроме того, и функциональный диагноз, т. е. общее состояние организма, степень недостаточности кровообращения, адаптационные способности сердца, его резервные силы (В. Ф. Зеленин, Е. М. Тареев, Н. Д. Стражеско, Н. К. Годунова, К. М. Баженова).

Особенно неблагоприятен прогноз для беременных и рожениц при клапанных пороках, осложненных обострением ревматического процесса в сердце (Е. П. Федорова), а также при сочетании пороков сердца с такой легочной патологией, как пневмосклероз и эмфизема легких (Н. Ф. Рыбкина).

Из литературных источников последней четверти XIX века и первой четверти текущего столетия мы знаем о чрезвычайно высоком проценте (41—52) материнской смертности при болезнях сердца Люблински (Lublinski), 1875; Макдональд (Macdonald), 1878;

В. А. Мишин и Л. С. Сахаров, 1925]. Это и позволило Петеру (Peter, 1875), одному из крупнейших французских акушеров, заявить, что при болезнях сердца «... запрещается девушке брак, женщине — беременность, матери — кормление».

По сравнению с последней четвертью XIX века и началом XX века за последние 25 лет в этом вопросе многое изменилось. Материнская летальность при болезнях сердца в нашей стране снизилась во много раз.

Таблица 4

| Автор | Год | Процент материнской смертности |
|-----------------|------|--------------------------------|
| И. И. Яковлев | 1928 | 4,6 |
| Д. Я. Дарон | 1936 | 2,5 |
| С. С. Инденбаум | 1938 | 4,5 |
| Н. К. Годунова | 1950 | 0,6 |
| Н. К. Годунова | 1955 | 0,4 |
| Н. М. Краснова | 1952 | 0,9 |

Значительное снижение процента мертворождаемости, материнской и детской заболеваемости и смертности объясняется прежде всего широким проведением в нашей стране профилактических мероприятий в области охраны материнства и детства.

Лечение беременных женщин при заболевании сердечно-сосудистой системы является весьма ответственным. В этом нас убеждает многолетний личный опыт работы над проблемой беременности и болезней сердца. Акушер-гинеколог должен быть знаком с основными принципами этой терапии. Из сердечных средств наиболее эффективны при состоянии декомпенсации препараты наперстянки; порошок из листьев наперстянки (*Pulvis foliorum Digitalis*) — наилучший по своему действию. Дигиталис в порошках назначается в дозе от 0,03 до 0,1 г 3 раза в день. В тех случаях, когда имеет место резко выраженная декомпенсация, приводящая к нарушению всасывания в желудочно-кишечном тракте, дигиталис следует применять в клизмах или в свечах.

Заслуживает внимания также строфантин, который лучше всего действует при острой сердечной недостаточности. Препарат применяется в виде *T-rae strophanti* по 2—3 капли или в виде 0,1% раствора строфантина по 0,3—0,5 мл внутривенно в 10 мл 40% раствора глюкозы (вводить медленно!).

Следует помнить, что после длительного лечения наперстянкой внутримышечное или внутривенное введение строфанта (строфантина) противопоказано, так как это может вызвать ряд тяжелых осложнений и даже внезапную смерть (Л. И. Фогельсон).

Следует упомянуть также о горичеве (*Adonis vernalis*); действие его значительно слабее, чем наперстянки, но он дает хороший мочегонный эффект.

В зависимости от состояния больной (по показаниям) применяется камфара, кофеин, коразол (кардиазол), кордиамин.

В качестве мощного мочегонного средства назначается меркузал, который вводят внутримышечно или внутривенно, начиная с 0,5 до 2 мл один раз в день с интервалами в 3—5 дней. Меркузал лучше действует в сочетании с хлористым аммонием (*Ammonii chlorati ex 12,0—20,0 : 200,0*), применяемым *per os*. Хлористый аммоний назначают накануне и в день введения меркузала.

Для улучшения кровоснабжения сердца вводят внутривенно концентрированный раствор (40—50%) глюкозы по 20—50 мл 1—2 раза в день.

Применение кислорода (путем ли ингаляции из кислородной подушки, кислородной палатки или путем подкожного введения) является необходимым в комплексе мероприятий, направленных против нарушения функций сердечно-сосудистой системы.

При ревматических поражениях сердца всегда следует помнить о возможности обострения ревматического кардита во время беременности или после родов. Вот почему параллельно с сердечными средствами показано применение с профилактической или лечебной целью салицилатов (аспирин по 1 г 4 раза в день, салициловый натрий по 4—6—8 г в день, пирамидон по 0,5 г 3—4 раза в день).

Наконец, одним из решающих факторов, способствующих восстановлению нарушенного кровообращения, является общегигиенический режим, диета с ограничением соли и жидкости, по показаниям — специальная лечебная диета.

В чем же будет заключаться тактика ведения беременности и родов у нашей больной?

Ревматический процесс в сердце у нее характеризуется благоприятным течением. Об этом говорит наличие недостаточности только митрального клапана, отсутствие обострения ревматического процесса (нормальная температура, незначительное ускорение РОЭ) и осложнений во время первой беременности.

Как показывает опыт, подобные больные не нуждаются ни в специальной подготовке к родам, ни в применении особых лечебных и профилактических мероприятий во время родов (Н. К. Годунова). Беременные с недостаточностью двустворчатого клапана в состоянии стойкой компенсации нуждаются только в регулярном наблюдении акушера и терапевта, которые своевременно отметят возможные функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы или обострение ревматического процесса в сердце. Беременность, роды, послеродовой и лактационный периоды у этой категории сердечных больных протекают без каких-либо осложнений.

Наша больная, как известно, находилась под наблюдением женской консультации на протяжении всей беременности. Соблюдение режима в работе и питания способствовало сохранению работоспособности и общего удовлетворительного состояния, а проведенная психопрофилактическая подготовка к предстоящим родам повысила психосоматический тонус, в чем особенно нуждаются беременные с заболеваниями сердца. Врач консультации поступил разумно, направив И-ву заблаговременно в родильный дом. Психогигиенический режим и чуткое, бережное отношение персонала родильного дома еще больше укрепили уверенность в благоприятном исходе предстоящих родов. За время пребывания больной до родов в стационаре она в связи с наличием явлений декомпенсации I степени ежедневно получала глюкозу внутривенно по 40 мл 40% раствора и внутрь Jnf. herbae Adonidis vernalis ex 6,0—200,0 (по 1 столовой ложке 6 раз в день).

Что касается тактики акушера при ведении родов, то она должна быть строго выжидательной, консервативной.

19/VI, на 9-й день пребывания в родильном доме, в 8 часов появились первые схваткообразные боли внизу живота, которые с 11 часов перешли в регулярные родовые схватки.

19/VI, 12 часов. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/95 мм. Сердечные тоны плода ясные. Головка прижата ко входу в таз. Околоплод-

ные воды не отходили. Схватки редкие, но ритмичные, через 15—18 минут, по 20—25 секунд.

В течение дня характер родовой деятельности оставался без заметных изменений. Общее состояние роженицы и сердцебиение плода не вызывали тревоги со стороны врача-терапевта и акушера, ведущих роды.

19/VI, 21 час. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 98 ударов в минуту. Артериальное давление 115/90 мм. Беспокоит одышка. Схватки через 8—10 минут, средней силы, умеренно болезненные. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Воды не отошли. Головка во входе в таз большим сегментом (бипаритальный размер наружными приемами не определяется; сверху прощупывается только небольшой сегмент головки). Роженица мочилась самостоятельно.

19/VI, 23 часа 20 минут. Общее состояние удовлетворительное. Отошли воды в умеренном количестве, чистые. Пульс 94 удара в минуту. Артериальное давление 110/90 мм. Сердцебиение плода по-прежнему ясное, ритмичное, 142 удара в минуту (в интервалах между схватками). Создается впечатление, что головка продолжает оставаться во входе малого таза, как 2 часа 20 минут назад. В связи с отхождением околоплодных вод мы решили произвести влагалищное исследование, чтобы выяснить степень подготовленности родовых путей и характер вставления предлежащей части.

19/VI, 23 часа 30 минут. Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытие на четыре поперечных пальца; плодного пузыря нет. Предлежит головка сагиттальным швом в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди, большой не достигается. Спереди достигается нижняя треть задней поверхности лонного сочленения, кзади — внутренняя поверхность IV и V крестцовых позвонков. Воды подтекают в незначительном количестве.

Акушерский диагноз: срочные роды; конец первого периода родов; головка большим сегментом во входе малого таза.

Роженица, страдающая ревматическим пороком сердца, вступает во второй период родов, который предъявляет организму значительно большие требования, чем первый период. Однако удовлетворительное состояние роженицы позволяет нам и во втором периоде придерживаться выжидательной тактики; будем внимательно наблюдать за ее самочувствием и сердцебиением плода. Профилактически больной введено подкожно 2 мл 20% раствора камфары, внутривенно — 20 мл 40% раствора глюкозы; назначена кислородная ингаляция.

Как следует обезболить роды?

Несколько замечаний относительно обезболивания родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Н. Д. Стражеско еще в 1939 г. высказал мысль, что роженицы с болезнями сердца нуждаются в обезболивании родов больше, чем здоровые. В Украинском институте клинической медицины имени Н. Д. Стражеско для обезболивания родов у рожениц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы применяют все три основных метода — гипносуггестивный, психопрофилактический и медикаментозный. Преимущество имеет психопрофилактический метод. Однако О. И. Дикая-Костюченко (1955) на основании многолетних наблюдений (в Институте имени Н. Д. Стражеско) пришла к заключению, что глубокий вдох и длительный выдох как элементы «приемов обезболивания» не могут быть рекомендованы при следующих заболеваниях: 1) острый эндокардит, 2) острый миокардит, 3) острый перикардит, 4) инфаркт миокарда, 5) инфаркт легких, 6) стенокардия, 7) стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, 8) острые и нарастающие явления нарушения кровообращения при любых заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Из медикаментозных средств наиболее эффективна новокаиновая и дикаиновая пудендальная анестезия, применяемая во втором периоде родов.

При новокаиновой пудендальной анестезии вводят 0,5% раствор новокаина в чистом виде, без всяких примесей, при дикаиновой — дикаин в разведении 1:1000 в количестве от 40 до 80 мл одномоментно. Продолжительность обезболивающего эффекта 1—8 часов.

Хорошее успокаивающее действие оказывает микстура Бехтерева, которая к тому же является прекрасным профилактическим средством для нормализации нервной и сердечной деятельности (О. И. Дикая-Костюченко).

Rp. Inf. herbae Adonidis vernalis
ex 6,0 : 200,0
Natrii bromati 6,0
Codeini phosphorici 0,15
MDS. По 1 столовой ложке 3 раза в день

Наша больная прошла в женской консультации психопрофилактическую подготовку (пять занятий), которая и обеспечила спокойное поведение в родах.

20/VI, 1 час 05 минут. Пульс 106 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Дыхание несколько учащено (28 в минуту). Потуги через 3—5 минут, средней силы. Сердцебиение плода по-прежнему ритмичное, ясное. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

1 час 35 минут. Родился плод мужского пола, закричал сразу. Вес плода 3250 г, длина 51 см, окружность головки 35 см.

2 часа 20 минут. Родился послед — детское место и оболочки без дефектов. Общая кровопотеря около 200 мл. Общая продолжительность родов 15 часов 20 минут (первый период — 14 часов 05 минут, второй период — 30 минут, третий период — 45 минут). Послеродовой период протекал без осложнений. В течение первых 10 дней больная соблюдала постельный режим. Ежедневно вливалось по 20 мл 40% раствора глюкозы. Внутри больная получала Inf. herbae Adonidis vernalis ex 6,0 : 200,0 по 1 столовой ложке 6 раз в день. К концу 2-й недели после родов исчезли отеки, одышка; пульс замедлился до 80—90 ударов в минуту.

Выписана из родильного дома на 20-й день после родов. В дальнейшем в течение 8 месяцев находилась под наблюдением терапевта и акушера женской консультации, а затем выбыла в другой город.

Э п и к р и з

И-ва повторнородящая, страдающая ревматическим пороком сердца, поступила в родильный дом незадолго до родов. Диагностирована недостаточность митрального клапана и нарушение кровообращения I степени. На протяжении всей беременности больная находилась под наблюдением акушера и терапевта, придерживалась диеты с ограничением соли и жидкости. В консультации беременная прошла психопрофилактическую подготовку к предстоящим родам. В родильный дом поступила заблаговременно (за 9 дней до родов). Акушер совместно с терапевтом наметил выжидательную тактику ведения родов. Срочные самопроизвольные роды живым доношенным плодом; послеродовой период протекал без осложнений. В родах и послеродовом периоде больная с профилактической целью получала глюкозу, ингаляцию кислорода и сердечные средства. Выписалась на 20-й день после родов в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации. Стойкая компенсация сохранялась в течение 8 месяцев после родов. Затем больная выбыла из-под наблюдения консультации (выехала в другой город).

**Беременность и митральная болезнь
с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного
отверстия. Недостаточность кровообращения II степени.
Срочные оперативные роды. Наложение выходных щипцов**

У-ва, 25 лет, поступила в акушерскую клинику 9/1 1953 г. в 20 часов. Сердцебиение, одышка, отеки нижних конечностей, кровохарканье, плохой сон. Беременность сроком 38 недель.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Условия труда и быта удовлетворительные. В детстве болела малярией. В 15-летнем возрасте перенесла суставной ревматизм.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней по 3—4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация с 14 по 17/IV 1952 г.

Половая функция. Замужем с 23 лет, брак первый. Половая жизнь нерегулярная; от беременности не предохранялась. В течение последних 4 месяцев половой жизнью не живет.

Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Настоящая беременность первая.

Течение настоящей беременности. Находилась под наблюдением женской консультации, которую посетила 7 раз. Первое шевеление плода не помнит. Впервые посетила консультацию на VII месяце беременности (очень поздно!). Жаловалась на утомляемость, сердцебиение, одышку во время работы и отеки ног. Врач консультации, по словам больной, обнаружил у нее порок сердца, проконсультировал с терапевтом. Больную освободили от работы на 10 дней (предложено лежать в постели дома), назначили лечение (по словам больной, дигиталис в порошках). Больная почувствовала себя лучше и была выписана на работу.

При третьем посещении консультации (на VIII месяце беременности) больная пожаловалась на возобновление отеков нижних конечностей и одышку, которая появилась независимо от работы. Была направлена в родильный дом (в отделение патологии беременности), где подверглась лечению в течение 2 недель (покой, диета, внутривенное вливание глюкозы, сердечные средства). Из родильного дома выписалась в удовлетворительном состоянии с нормально развивающейся беременностью. В течение месяца находилась под наблюдением терапевта и акушера женской консультации. Состояние было удовлетворительным.

Через 3 недели после получения дородового отпуска состояние больной ухудшилось: увеличились отеки, усилилась одышка, появился кашель с примесью крови в мокроте. Температура ежедневно 37,3—37,5°. Врач консультации направил больную в родильный дом.

Общее обследование. Общее состояние при поступлении средней тяжести. Температура 37,3°. Рост 154 см, вес 62 кг. Кожные покровы бледные с цианотическим оттенком. Губы цианотичные. Подкожножировой слой развит недостаточно. Умеренная отечность голеней и поясницы.

Органы кровообращения. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 95/55 мм. Сердечный толчок разлитой. Границы сердца: правая — на 2 см за правым краем грудины, левая — на 2,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; верхняя граница — второе межреберье. На верхушке прослушиваются систолический, пресистолический шумы и хлопающий первый тон. Выраженный акцент второго тона на легочной артерии.

Органы дыхания. Дыхание 30 в минуту. При перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание жесткое. В нижних долях легких прослушивается умеренное количество влажных хрипов.

Органы пищеварения. Язык чистый. Печень выходит из подреберного края на 2 см. Селезенка не пальпируется.

Мочевые органы. Дизурических расстройств не отмечается. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Данные лабораторных исследований (доставленных больной). Моча: удельный вес 1028, цвет светло-желтый. Белка следы, лейкоциты 5—10 в поле зрения, эритроциты единичные вышелоченные, цилиндры гиалиновые единичные, эпителий плоский 3—5 в поле зрения, слизь в обильном количестве.

Кровь: Hb 10 г% (60 единиц), эр. 3 470 000, л. 6600, цветной показатель 0,81; э. 3%, п. 8%, с. 69%, лимф. 18%, мон. 2%; РОЭ 35 мм в час. Группа крови А (II).

Реакции Вассермана и Кана отрицательные.

Акушерское обследование. Размеры таза 25, 28, 31, 20 см. Диагональная конъюгата 13 см, истинная — 11 см. Индекс Соловьева 14,5 см. Окружность живота 88 см, высота стояния дна матки 36 см. Положение плода продольное, первая позиция. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 138 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Предлежащая часть — головка, прижатая ко входу в таз. Родовой деятельности нет. Воды не отошли.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки гладкая, наружный зев закрыт. Головка прижата ко входу в таз. Все опознавательные пункты таза доступны для исследования.

После консультации с терапевтом был поставлен диагноз: беременность 38—39 недель, митральная болезнь, с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность кровообращения II степени.

Какая сложная и ответственная задача возлагается на акушера каждый раз, когда ему предстоит вести роды при митральной болезни, сопровождающейся явлениями декомпенсации! Повседневный акушерский опыт показывает, однако, что эта задача в равной мере трудна и для терапевта, консультацией которого пользуется акушер.

Роль терапевта в этих случаях, по выражению Н. Д. Стражеско, «руководяща и доминирующая». Женщина с заболеванием сердца, как беременная, так и небеременная, ждет от терапевта четкого ответа на волнующие ее вопросы. Небеременная женщина хочет знать, может ли она быть матерью. Беременная добивается ответа на вопрос, можно ли сохранить беременность или, быть может, показано ее прерывание. И в том, и в другом случае у женщины возникает ряд новых недоуменных вопросов: как будут протекать беременность, роды, период кормления грудью, а в случае прерывания беременности — когда лучше всего прервать ее и каким методом. Чтобы дать исчерпывающие, правильные ответы, терапевт должен обладать большой эрудицией не только в области внутренних болезней, но и в области акушерства.

Чем вызвано тяжелое состояние нашей больной?

Не подлежит сомнению тот факт, что ухудшение общего состояния роженицы находится в прямой зависимости от развивающейся беременности. Беременность предъявила сердцу повышенные требования. Со стороны больного органа последовала ответная реакция в виде нарушения кровообращения.

Какова же будет тактика ведения беременности и предстоящих родов?

1. Подвергнуть больную соответствующему лечению, которое выведет ее из фазы декомпенсации. Роды вести выжидательно.

2. Выключить потуги путем наложения акушерских щипцов независимо от возможного восстановления компенсации.

3. Признать состояние больной тяжелым и произвести операцию кесарева сечения до наступления родовой деятельности.

Третий вариант акушерской тактики мы отвергаем, так как показаний к срочному оперативному родоразрешению нет. Состояние больной средней тяжести, поэтому правильно назначенное лечение может привести к улучшению. Между тем опасность кесарева сечения у больной с сердечным заболеванием весьма велика и сама по себе операция может быть причиной неблагоприятного исхода.

В настоящее время родовой деятельности нет. Поэтому необходимо немедленно приступить к лечению, которое может вывести больную из состояния декомпенсации кровообращения. Вот почему первые два варианта акушерской тактики надо признать более обоснованными. Что касается ведения второго периода родов, то в этом отношении существуют две тактики — активная и консервативная. Большинство современных акушеров является сторонниками выключения потуг в тех случаях, когда роженица страдает митральным пороком с преобладанием сужения левого венозного устья при недостаточности кровообращения. Выключение потуг и бережное родоразрешение рекомендуются и во всех тех случаях, когда в течение предшествовавших родов или в послеродовом периоде развились явления недостаточности кровообращения.

Строго консервативная тактика при ведении второго периода родов применяется в Украинском институте клинической медицины имени Н. Д. Стражеско. Н. К. Годунова, сотрудница этого института, опубликовала в 1950 г. данные, касающиеся клиники родов и послеродового периода у 1030 женщин с сердечными заболеваниями. 97% беременных

поступили в акушерскую клинику заблаговременно до родов и, таким образом, подверглись наблюдению и лечению не только в условиях консультации, но и в стационаре. Самопроизвольные роды произошли у 95,7% женщин, у которых не было противопоказаний к родоразрешению естественным путем; только у 30 из них наблюдались преждевременные роды. Непосредственно в родах умерла одна женщина (0,1%), в первые 4 месяца после родов — 5 женщин. Всего умерло 6 женщин (0,6%). Это самый низкий показатель материнской летальности, когда-либо опубликованный в отечественной и зарубежной литературе.

Чрезвычайно благоприятные показатели, полученные Украинским институтом клинической медицины имени Н. Д. Стражеско при ведении родов у женщин с сердечными заболеваниями, лишней раз подтверждают, какое большое значение имеет взятие на учет таких больных уже с первых месяцев беременности, своевременная профилактика и лечение, заблаговременная госпитализация. Вот почему, выбирая тактику ведения второго периода родов при сердечно-сосудистых заболеваниях, следует придерживаться строгой индивидуализации.

Тактика ведения второго периода родов у нашей роженицы не вызывает сомнений. Поздняя первичная явка больной в женскую консультацию (на VII месяце!) и запоздалое направление в родильный дом (перед родами) не позволили провести должную профилактику и лечение, обязательные для таких больных. Неустойчивая компенсация, значительное ускорение РОЭ и субфебрилитет дают основание говорить об обострении ревматического кардита у больной. Все вместе взятое, а также наличие кровохарканья обязывает нас исключить потуги во втором периоде родов.

В чем же будет заключаться терапия?

Прежде всего больной был назначен строгий постельный режим, бессолевая диета с ограничением жидкости. Установлен строгий контроль за диурезом. Для обеспечения полноценного ночного сна и дневного отдыха больная получала бромурал, адолин. В течение дня периодически вдыхала кислород (2—3 подушки). Сухие банки ставились через день. Из сердечных средств больная получала дигиталис в порошках по 0,1 г 3 раза в день (под контролем частоты пульса). Ежедневно вводилась внутривенно глюкоза (20 мл 40% раствора). Так как у больной обострился ревматический кардит, терапевтом был назначен аспирин по 1 г 4 раза в день. В качестве мочегонного средства применялся хлористый аммоний (Sol. Ammonii chlorati ex 12,0 : 200,0 по 2 столовые ложки 3 раза в день).

Большое значение следует придавать организации психогигиенического режима, который вселяет уверенность в благоприятный исход предстоящих родов.

Указанная терапия проводилась в течение 5 дней. Общее состояние больной несколько улучшилось: уменьшились застойные явления в легких, одышка и кровохарканье, улучшился сон, пульс стал несколько реже и полнее. Диурез все дни положительный (выпивает в сутки в среднем 500—600 мл жидкости, выводит 750—800 мл). Температура продолжала оставаться субфебрильной.

16/I, 11 часов 30 минут. Появились первые родовые схватки. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 138 ударов в минуту, ясное. Воды не отошли. В течение последующих 10 часов наблюдалась умеренная родовая деятельность.

22 часа 30 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Головка большим сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное. Воды не отошли. Схватки средней силы, через 8—10 минут, по 30—35 секунд. Мочеиспускание самостоятельное.

22 часа 40 минут. Отошли чистые околоплодные воды в обильном количестве. После этого состояние больной заметно ухудшилось. Усилилась одышка (дыхание 36 в минуту), появился цианоз лица и губ. Артериальное давление 80/60 мм. Пульс 110 ударов в минуту, мягкий, ритмичный. Жалобы на усталость, чувство давления в области сердца. Большой введена подкожно камфара (3 мл), 10% раствор кофеина (2 мл). Внутривенно введена глюкоза (20 мл 40% раствора). Ингаляция кислорода.

23 часа. Состояние больной улучшилось. Пульс стал полнее, 100 ударов в минуту. Артериальное давление 95/70 мм. Уменьшилась одышка (дыхание 28—30 в минуту).

В связи с отхождением вод произведено влагалищное исследование. Шейка сглажена, края тонкие, легко растяжимые, раскрытие в пределах трех поперечных пальцев. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева спереди, большой не достигается. Вставление синклитическое. Подтекают воды в умеренном количестве.

Ухудшение в состоянии больной следует рассматривать как ответную реакцию на отхождение околоплодных вод. Благодаря принятым мерам состояние роженицы улучшилось; это позволило вести роды выжидательно до момента полного раскрытия зева и вступления головки в полость таза.

За роженицей установлено строгое наблюдение. Назначено вдыхание кислорода, повторно подкожное введение 2 мл камфары.

17/1, 2 часа 50 минут. Начало потуг. Головка опустилась к выходу малого таза. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное. Воды подтекают в умеренном количестве. Состояние больной с появлением потуг вновь ухудшилось. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление снизилось до 85/60 мм. Резко усилилась одышка (дыхание 32 в минуту). Появился цианоз ногтевых фаланг. Больная приняла полусидячее положение.

Какое лабильное состояние у нашей больной! В данном случае последовала реакция на потужную деятельность, которая потребовала значительной затраты физических сил больного организма. Вспомним характерное поведение во время потуг здоровой роженицы. Она занимает обычно положение на спине, сгибает ноги в коленях и широко их разводит. Найдя достаточно хорошую опору для рук, роженица задерживает дыхание и напрягает все скелетные мышцы, мышцы брюшного пресса и диафрагмы. Подобное физическое напряжение еще больше повышает застойные явления в малом круге кровообращения, а также внутриматочное, внутрибрюшное и артериальное давление. Лицо женщины приобретает багрово-красный оттенок, сосуды на шее напрягаются, икроножные мышцы иногда реагируют судорожными подергиваниями, лицо и грудь покрываются потом. После окончания потуги роженица поворачивается на бок, стремится занять более удобное положение и отдохнуть с тем, чтобы через 3—5 минут снова повторить потугу.

Можем ли мы позволить подобное испытание больной с сердечным заболеванием, если у нее кровохарканье в связи с застойными явлениями в легких, учащенное дыхание (32 в минуту), цианоз лица, вынужденное полусидячее положение? Решение выключить потуги мы считаем правильным. Сейчас наступил момент для срочного родоразрешения. Но имеются ли необходимые условия для этого?

Влагалищное исследование показало, что раскрытие зева полное. Головка стоит на дне таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза. Плод живой. Решено наложить акушерские щипцы.

Роженица доставлена в операционную. После обработки наружных половых органов под эфирно-кислородным наркозом были наложены щипцы Симпсона в поперечном размере таза на головку, стоящую в прямом размере выхода таза. Наложение ложек и их замыкание было легким. Несколькими тракциями средней силы извлечена головка в щипцах. Плечевой пояс и туловище выведены ручными приемами. Извлечен живой плод мужского пола. Вес 3860 г, длина 50 см, окружность головки 37 см. Послед родился через 35 минут.

После рождения плода и последа состояние больной оставалось тяжелым. Пульс 130 ударов в минуту, малого наполнения. Артериальное давление 80/50 мм. Одышка, выраженный цианоз лица и конечностей. На живот положена тяжесть (мешочек с песком). Подкожно введена камфара, кофенин, внутривенно — глюкоза. Ингаляция кислорода.

Только к утру 18/I состояние роженицы улучшилось, уменьшился цианоз и одышка. Пульс продолжает быть частым (110—120 ударов в минуту), наполнение его улучшилось. Артериальное давление по-прежнему остается низким.

В послеродовом периоде состояние больной постепенно стало улучшаться, инволюция матки проходила удовлетворительно. К 10-му дню после родов пульс замедлился до 80 ударов в минуту. Артериальное давление 90/70 мм. Роженица соблюдала постельный режим в течение 15 дней, после чего ей было разрешено сидеть; ходить начала на 17-й день.

В послеродовом периоде продолжалось лечение дигиталисом, мочегонными средствами, салицилатами. Регулярно контролировалась РОЭ (кардит!). Субфебрилитет, наблюдавшийся в первые 7 дней после родов, сменился нормальной температурой. В легких единичные влажные хрипы в нижних отделах. Кровохарканье прекратилось к 5-му дню после родов. РОЭ на 5-й день 20 мм в час. Отеков нет. Диурез положительный.

После консультации с терапевтом роженица выписана на 25-й день после родов. РОЭ к моменту выписки 18 мм в час. Тонус матки хороший, верхняя граница не пальпируется над лоном. Выделения из влагалища слизистые, в умеренном количестве.

Больная выписана под наблюдение районного терапевта и акушера-гинеколога женской консультации. Обеспечен активный патронаж. Разрешено кормление грудью.

Э п и к р и з

У-ва, первобеременная, страдает митральной болезнью с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия и недостаточностью кровообращения II степени.

Первая половина беременности протекала без осложнений. Клинические симптомы нарушения кровообращения появились впервые на VII месяце беременности. В дальнейшем беременность протекала на фоне неустойчивой компенсации кровообращения, в связи с чем больная подвергалась поликлиническому и стационарному лечению с переменным успехом. За 5 дней до родов больная в состоянии недостаточности кровообращения II степени направлена в родильный дом, где была проведена соответствующая терапия и предусмотрена тактика ведения предстоящих родов. Потуги были выключены путем наложения выходных щипцов.

Послеродовой период протекал без осложнений. Проведением лечебных мероприятий удалось добиться компенсации кровообращения, и на 25-й день после родов больная была выписана под наблюдение районного терапевта и акушера-гинеколога женской консультации.

Беременность и митральная болезнь с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Недостаточность кровообращения II степени. Искусственное прерывание беременности

К-на, 22 лет, повторнобеременная, направлена 2/IX 1951 г. в родильный дом для искусственного прерывания беременности в связи с заболеванием сердца.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В раннем детстве перенесла корь, скарлатину. В 14 лет заболела ревматизмом суставов, долго и упорно лечилась. Суставная атака ревматизма повторилась в возрасте 15—16 лет. С 18 лет испытывает одышку при ходьбе, временами бывает сердцебиение. По поводу заболевания сердца освобождалась от занятий физической культурой. В возрасте 21 года (через полгода после аборта) состояние ухудшилось, появилась утомляемость во время работы, резко усилилась одышка и сердцебиение. Возникли отеки на ногах. Больная лечилась амбулаторно и один раз находилась в стационаре в течение 2 месяцев.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, через месяц по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 2½ месяца назад.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет, брак первый.

Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Первая беременность через год после замужества закончилась искусственным абортom на III месяце в связи с заболеванием сердца. Настоящая беременность вторая. На II месяце состояние больной снова ухудшилось, резко усилилась одышка, сердцебиение, появились кровохарканье и отеки на нижних конечностях. С этими жалобами больная и поступила в родильный дом.

Общее обследование. При поступлении состояние средней тяжести. Температура 36,8°. Вес 70 кг. Рост 172 см. Подкожножировой слой развит удовлетворительно. Кожа лица бледная, губы синюшные. На голенях и стопах выраженные отеки, умеренная отечность в области поясницы.

Органы кровообращения. Пульс 96 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 85/60 мм. Сердечный толчок разлитой, определяется пульсация в надчревной области. Сердечная тупость больших размеров. Левая граница доходит до передней подмышечной линии, правая — на 2 см от правого края грудины, верхняя — во втором межреберье. У верхушки сердца выслушивается короткий систолический и длинный дующий диастолический шум. Акцент второго тона на легочной артерии.

Органы дыхания. Дыхание 28 в минуту. В мокроте примесь крови. При перкуссии ясный легочный звук, при аускультации значительное количество влажных хрипов в нижних долях легких.

Органы пищеварения. Язык влажный, чистый. Брюшина стенка мягкая. Печень выходит из подреберья на 3 см, плотная. Селезенка не пальпируется.

Мочевые органы. Мочепускание свободное. Мочи выделяется мало. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Акушерское обследование. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, узкое. Своды выражены нормально. Шейка матки коническая, чистая. Наружный зев закрыт. Матка в антефлексии, увеличена соответственно 8 неделям беременности, несколько размягчена, подвижная, безболезненная при пальпации и смещении. Придатки матки не пальпируются.

Совместно с терапевтом поставлен диагноз: беременность 8 недель, митральная болезнь с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность кровообращения II—III степени.

Больная поставила вопрос о сохранении беременности.

Возможно ли продолжение беременности?

Желание молодой женщины быть матерью совершенно закономерно и заслуживает внимания, тем более что нередко при болезнях сердца мы действительно не прерываем беременность. Поэтому в каждом отдельном случае необходим глубокий анализ как анамнестических данных, так и состояния больной. Наша больная давно страдает болезнью сердца. Ревматические атаки в юношеском возрасте, нарушение кровообращения с 18 лет и выраженный симптомокомплекс сердечной патологии свидетельствуют о давно сформировавшемся пороке митрального клапана. Весьма отягощающим моментом является также неустойчивая компенсация в течение последнего года. Даже длительное лечение в стационаре дало весьма незначительный эффект.

Следует обратить внимание и на то обстоятельство, что декомпенсация наступила у больной очень рано, уже с первых месяцев беременности, а это, как показывает опыт, всегда является тяжелым прогностическим симптомом. Наконец, у больной наблюдается кровохарканье, что настойчиво обязывает врача принять срочные меры к прерыванию беременности, даже независимо от ее срока.

В связи с изложенным врач был вынужден разъяснить больной, что в ее интересах беременность следует прервать.

Искусственное прерывание беременности у больных с ревматическими пороками сердца в сроки до 12 недель менее опасно, чем в более поздние. Обычно наступает значительное улучшение общего состояния и уменьшение клинических явлений декомпенсации (Е. П. Федорова). Позднее же (после 12 недель) прерывание беременности обычно тяжело переносится такими больными, ибо современные методы искусственного прерывания беременности во второй ее половине (метрейриз, влагалищ-

ное кесарево сечение, малое кесарево сечение) сложны и небезопасны; заоболочечное введение антисептических растворов, в частности риванола, категорически противопоказано у подобных больных. Искусственное прерывание беременности в поздние сроки должно производиться только по жизненным показаниям.

В. А. Хатунцев и М. Д. Колосовцева считают малое кесарево сечение наиболее бережным методом родоразрешения у тяжелых сердечных больных. Со 2 января 1947 г. по 1 января 1953 г. в Институте клинической медицины имени Н. Д. Стражеско были произведены 103 операции малого кесарева сечения, из них в 74 случаях — корпоральное и в 29 — в нижнем сегменте. Материнская смертность в послеоперационном периоде составляла 6,8% (7 больных). Послеоперационный период протекал с лихорадкой у 70 из 103 оперированных. Со стороны сердца в 5,9% случаев наблюдалась неустойчивая компенсация и в 9,9% — рецидивирующий эндокардит.

Мы полагаем, что наиболее обоснованной операцией искусственно-го прерывания беременности в сроки до 28 недель у тяжелых сердечных больных является влагалитное кесарево сечение под местной инфильтрационной или проводниковой новокаиновой анестезией. Литературные данные (К. Н. Жмакин, А. М. Маликова, З. Я. Гендон) вполне подтверждают это положение. Малое кесарево сечение применимо при наличии показаний к одновременной стерилизации.

Искусственное прерывание беременности у нашей больной решено произвести путем выскабливания полости матки. Врачебная комиссия дала заключение о наличии показаний к искусственному прерыванию беременности.

Перед операцией больной введен внутривенно 40% раствор глюкозы — 40 мл, подкожно — камфара, кофеин.

6/IX, 10 часов. Операция искусственного аборта путем выскабливания матки. Наружные половые органы, влагалит и шейка обработаны спиртом и 5% настойкой йода. После обнажения шейки влагалитными зеркалами на нее накладывают пулевые щипцы. Шейку матки отводят вверх и вправо, после чего на границе левого бокового и заднего сводов (ближе к ребру матки) вводят иглу на глубину 0,5 см. Игла проникает в параметрий, куда и вводят 60—80 мл 0,25% (0,5%) раствора новокаина. То же делают и с другой стороны. Перед введением новокаина рекомендуется путем обратного движения поршня убедиться, что игла не находится в кровеносном сосуде. С целью выпрямления канала матки шейка подтянута кзади (матка в антефлексии). Шейка без труда расширена до № 12 расширителя Гегара. Острой кюреткой плодное яйцо разрушено и удалено. Стенки маточной полости ободены кюреткой со всех сторон.

Кровотечение небольшое. К концу операции матка хорошо сократилась. Стенки полости матки мы обычно ничем не смазываем. Пулевые щипцы сняты. Шейка смазана йодом. Туалет наружных половых органов.

Состояние больной после прерывания беременности постепенно улучшалось. Послеоперационный период протекал без осложнений. К 4-му дню после аборта матка хорошо сократилась; слизистые выделения с незначительной примесью крови.

Назначено внутривенное введение глюкозы; внутрь — дигиталис, мочегонные — хлористый аммоний; внутримышечно — меркузал; бессолевая диета.

Через неделю после прерывания беременности общее состояние улучшилось. Больная переведена в терапевтическую клинику для лечения основного заболевания.

Э п и к р и з

К-на страдает митральной болезнью с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Первая беременность была прервана в связи с болезнью сердца. В течение последнего года частые ревматические атаки, неустойчивая компенсация и незначительный эффект лечения, несмотря на пребывание в стационаре. Вторая беременность наступила на фоне неустойчивой компенсации и уже на 8-й неделе

осложнилась недостаточностью кровообращения II степени. После консультации с терапевтом и заключения медицинской комиссии беременность была искусственно прервана под местной новокаиновой анестезией.

Состояние больной несколько улучшилось, и она была переведена в терапевтическую клинику для дальнейшего лечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И БОЛЕЗНЬ БОТКИНА

Беременность и туберкулез легких

И-ва, 25 лет, поступила в родильный дом 11/V 1956 г. в 19 часов 15 минут с диагнозом: беременность сроком 16—17 недель, гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации.

Анамнез. Наследственность неотягощена. Болела малярией, ангиной, цингой (в 1942 г.), гриппом. В 1951 г. обнаружен очаговый туберкулез легких. В 1952 г. снята с учета туберкулезного диспансера. Лечилась стрептомицином и фтивазидом.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились сразу, через 25—26 дней, по 4—5 дней, умеренные, болезненные. Последняя менструация с 10 по 13/I 1956 г.

Половая функция. Половая жизнь с 24 лет.

Течение настоящей беременности. Беременность первая, под наблюдением консультации с 6 недель беременности. В первые месяцы отмечалась рвота, отсутствие аппетита. Со стороны легких проявлений активного туберкулезного процесса не установлено, фтизиатры дали разрешение на сохранение беременности. В марте 1956 г. после тяжелого гриппа жалобы на общую слабость, быструю утомляемость. Фтизиатром обнаружен диссеминированный туберкулез легких. Лечилась стрептомицином, фтивазидом. 11/V направлена в туберкулезное отделение родильного дома для обследования и лечения.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,7°. Рост 157 см, вес 46 кг. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/60 мм. Границы сердца в пределах нормы, тоны несколько приглушены.

Органы дыхания. Сухой кашель, мокроты не выделяет, при аускультации — жесткое дыхание. В первом и втором межреберьях с обеих сторон мелкопузырчатые влажные хрипы в паравerteбральных областях, появляющиеся после покашливания.

Органы пищеварения. Язык влажный, слегка обложен. Аппетит средний. Стул нормальный. Печень и селезенка не пальпируются, область их неболезненна.

Мочевые органы. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное.

Акушерское обследование. Дно матки на уровне пупка (17 см над лоном). Шевеление плода ощущает в течение последней недели. Размеры таза 23,5, 26, 30, 18 см. Индекс Соловьева — 14,5.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище узкое, нерожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, наружный зев закрыт. Матка увеличена соответственно 14—15 неделям беременности. Сердцебиение плода прослушивается глухо слева ниже пупка. Малый таз емкий. Экзостозов в тазу нет. Мыс достижим. Диагональная конъюгата 11,5 см, истинная конъюгата 9,5—10 см.

Какой диагноз?

Беременность около 16—17 недель. Общеравномерно-суженный таз (I степень сужения). Гематогенно-диссеминированный туберкулез легких.

Что следует предпринять?

1. Показано прерывание беременности.
2. Прерывание беременности во второй ее половине обычно вызывает обострение туберкулезного процесса. Беременность необходимо

сохранить, а больную подвергнуть комплексной терапии антибактериальными препаратами.

Несмотря на более чем вековую давность изучения проблемы беременности и туберкулеза, вопрос о характере и степени взаимовлияния этих двух процессов продолжает оставаться актуальным и в наши дни. В литературе можно найти самые разноречивые высказывания. Так, если в первой четверти текущего столетия достаточно прочно господствовало мнение, согласно которому беременность и туберкулез являются несовместимыми даже независимо от формы туберкулеза (Ф. А. Александров, М. М. Миронов и др.), то уже вторая четверть XX века знаменуется значительными сдвигами в этом вопросе. Стали раздаваться голоса как фтизиатров, так и акушеров о несовместимости беременности и туберкулеза только при активных его формах (Н. К. Беляева и Ф. М. Верховская, Н. А. Мельников, С. И. Благоволлин, В. Л. Эйнис, И. А. Рыбкин).

Ф. В. Шебанов, А. И. Лазаревич и другие современные фтизиатры считают, что особую опасность для жизни беременной женщины представляет наличие острого туберкулеза легких и туберкулеза гортани со стенозом.

А. И. Лазаревич на основании большого клинического опыта приходит к заключению, «...что обычно ухудшение во время беременности и в послеродовом периоде наступает у больных при активных и далеко зашедших формах туберкулеза легких, когда проведенное лечение не давало успеха или оно не было своевременно применено».

Обострение туберкулезного процесса, по мнению одних клиницистов, наступает обычно в поздние сроки беременности, во второй ее половине и в послеродовом периоде (Ф. А. Александров, М. М. Миронов, Р. Г. Лурье), в то время как другие считают, что процесс обостряется в первой половине беременности (А. И. Близнянская, И. А. Рыбкин).

Наконец, ряд отечественных и зарубежных клиницистов наблюдал больных, у которых во время беременности и после родов отмечалось даже улучшение туберкулезного процесса.

В связи с такой разноречивостью высказываний, естественно, не существует и единого мнения по вопросу сохранения или искусственного прерывания беременности при туберкулезе. В то время как одни настаивают на прерывании беременности при туберкулезе и в этом видят единственно правильное решение вопроса, другие возражают против такого вмешательства, так как вслед за ним нередко наступает обострение туберкулезного процесса.

Не подлежит сомнению, что правильное решение вопроса о сохранении и прерывании беременности надо искать в индивидуальном подходе к больной, в тщательном изучении анамнеза, формы и фазы туберкулезного процесса, а также социально-бытовых условий беременной женщины. Одного факта обнаружения у нее туберкулеза еще далеко не достаточно для решения волнующего нас вопроса. Необходимо использовать весь комплекс современных методов лечения туберкулеза легких (антибиотики, химиопрепараты, искусственный пневмоторакс, хирургическое вмешательство), который так успешно применяется при лечении небеременных женщин, больных туберкулезом.

Богатый опыт отечественных фтизиатров и акушеров (А. И. Лазаревич, Ф. В. Шебанов, В. Л. Эйнис, А. И. Близнянская, Л. В. Островитянова, Н. М. Краснова и др.) показал, что при своевременном полномочном лечении и применении оздоровительных профилактических мероприятий наблюдается более благоприятное течение туберкулеза у беременных. А. И. Лазаревич, в частности, установил, что при некото-

рых открытых формах туберкулеза (очаговый в фазе инфильтрации, инфильтративный) искусственный пневмоторакс и антибактериальная терапия быстро дают эффект, беременность сохраняется, роды и послеродовой период протекают без осложнений.

Мы предлагаем акушеру в своей практической деятельности пользоваться клинической классификацией туберкулеза легких, разработанной Г. Р. Рубинштейном.

Различают следующие клинические типы:

I. Первичный туберкулез:

а) первичный инфильтрат, б) первичный комплекс, в) бронхоаденит, г) синдром туберкулезной интоксикации.

II. Гематогенно-диссеминированный туберкулез: а) острый милиарный, б) подострый и хронический.

III. Очаговый туберкулез.

IV. Инфильтративный туберкулез: а) легочный инфильтрат, б) экссудативно-казеозная пневмония.

V. Хронический кавернозный туберкулез.

VI. Циррозы.

VII. Плевриты.

Существуют следующие элементы качественной характеристики: I. Фазы развития.

1. Вспышка: а) очаговое высыпание, б) образование инфильтрата, в) развитие распада.

2. Затихание: а) рассасывание, б) рубцевание, в) обызвествление.

II. Протяженность процесса по полям и ребрам; I, II, III.

III. Бациллярность: 1) открытая форма (БК+), 2) интермитирующая форма (БК±), 3) закрытая форма (БК—).

IV. Степень компенсации: компенсация (А), субкомпенсация (В) и декомпенсация (С).

В каких же случаях беременность может быть сохранена и в каких она должна быть прервана?

Показания к сохранению и прерыванию беременности при туберкулезе подробно и тщательно разработаны Московским научно-исследовательским туберкулезным институтом (А. И. Лазаревич, В. Ф. Шебанов). Мы считаем возможным привести эти показания в их редакции.

Беременность может быть сохранена: 1) при стойко затихшем, неактивном фиброзноочаговом туберкулезе легких; 2) при наличии эффективного искусственного пневмоторакса без проявления функциональных нарушений; 3) при всех сроках беременности во всех случаях, когда показан искусственный пневмоторакс или лечение антибиотиками и химиопрепаратами оказывается успешным.

Беременность следует прерывать в срок до 3 месяцев: 1) в тех случаях, когда предпринятое лечение туберкулеза оказалось безуспешным; 2) при тяжелом прогрессирующем и распространенном туберкулезе легких и гортани.

Прерывание беременности после 3 месяцев: 1) во всех случаях беременности, когда лечение туберкулеза, предпринятое до или во время беременности, оказалось неэффективным и беременность не достигла 7 месяцев; 2) при тяжелом распространенном туберкулезе легких, гортани и при туберкулезном менингите прерывать беременность в срок после 3 месяцев не следует, так как прерывание беременности, а также искусственные роды могут вызвать ухудшение в состоянии больных и ускорить летальный исход. Что касается методов прерывания беременности при туберкулезе, то при ранних сроках (до

12 недель) беременность прерывается одномоментным хирургическим способом (метод выскабливания острой кюреткой). После 12 недель беременность прерывают путем: 1) влагалищного кесарева сечения, 2) брюшностеночного малого кесарева сечения, 3) метрейриза, 4) заоболочечного введения антисептических растворов (чаще раствора риванола).

Мы не являемся сторонниками искусственного прерывания беременности (больших сроков) путем заоболочечного введения антисептических растворов. Между тем литературные данные говорят о некотором преимуществе этого метода прерывания беременности при туберкулезе.

В табл. 5 суммированы данные последних лет.

Таблица 5

| Автор | Год | Количество больных | Срок беременности | Методы искусственного прерывания беременности | Ухудшение туберкулезного процесса | Материнская летальность | |
|-----------------|------|--------------------|---|--|-----------------------------------|-------------------------|------------|
| | | | | | | непосредственная | отдаленная |
| В. Ф. Шебанов | 1950 | 22 | 3—5 месяцев (10 больных) 5—7 месяцев (11 больных) 7 месяцев (1 больная) | Выскабливание (5 больных) Малое кесарево сечение (17 больных) | 12 больных | 4 больных | — |
| А. И. Лазаревич | 1951 | 80 | 3—7 месяцев | Малое кесарево сечение | 13 больных | 18 больных | 2 больных |
| Н. М. Краснова | 1952 | 98 | 3—7 месяцев | Заоболочечное введение раствора риванола | 14 больных | 0 | 2 больных |

Ухудшение процесса после искусственного прерывания беременности наблюдается чаще при фиброзно-кавернозных и диссеминированных формах туберкулеза.

Как же поступить в свете приведенных литературных данных с нашей больной?

Из анамнеза известно, что больная подвергалась в прошлом лечению стрептомицином и фтивазидом с хорошим эффектом. Данная вспышка туберкулезного процесса наступила в связи с перенесенным вирусным гриппом. Срок беременности в настоящее время уже большой: конец первой половины. Как показывает опыт, искусственное прерывание беременности при тяжелых формах туберкулеза нередко приводит к обострению процесса. Интенсивное же лечение во время беременности позволяет довести ее до конца. Роды и послеродовой период переносятся больными легче, чем оперативное родоразрешение. Итак, решено сохранить беременность и провести лечение туберкулеза.

Лечение туберкулезного процесса во время беременности эффективно, если форма заболевания легкая или средней тяжести.

Тактику фтизиатра и акушера-гинеколога в отношении нашей больной следует признать правильной. Больная была помещена в туберкулезное отделение родильного дома, где она подверглась клиническому обследованию и лечению.

12/V 1956 г. Рентгенография грудной клетки показала, что в обоих легких (от верхушек до IV ребра) имеется мелкоочаговое высыпание в фазе перифо-

кального воспаления. В первом-втором межреберьях слева слияние очагов в виде конгломератов.

Заключение рентгенолога: гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации (миллиарная форма туберкулеза легких).

Больной назначен стрептомицин внутримышечно по 1 г 1 раз в день и фтивазид по 0,5 г 2 раза в день. За время пребывания в родильном доме (с 12/V по 19/VI) больная получила 37 г стрептомицина и 37 г фтивазида.

Температура за весь период лечения была нормальной, общее состояние больной — хорошим. Моча исследовалась 3 раза, отклонений от нормы не отмечалось.

При трехкратном исследовании крови гемоглобин колебался в пределах 11,5 г% (69 единиц) — 14 г% (84 единицы), количество эритроцитов около 3 750 000, лейкоцитов при первом исследовании — 10 000, при втором — 7900, при третьем — 10 700; РОЭ с 35 мм в час снизилась до 20 мм.

За время лечения больная прибавила в весе 4,5 кг (при поступлении вес 46 кг, при выписке 50,5 кг).

11/VI. Повторная рентгенография грудной клетки. По сравнению с рентгенограммами от 12/V отмечается полное рассасывание очагов справа. Слева выраженное рассасывание конгломерата очагов в первом межреберье и менее выраженное рассасывание во втором межреберье, где очаги еще проецируются в кортикальной зоне.

Заключение фтизиатра: антибактериальная терапия дала хороший эффект; дальнейшее лечение можно проводить в поликлинических условиях.

19/VI больная выписана из родильного дома. Дан совет продолжать лечение — фтивазид по 0,3 г 3 раза в день (или по 0,5 г 2 раза в день). Явиться на осмотр к фтизиатру через 1½ месяца.

Лечение больных туберкулезом во время беременности и после родов проводится обычно в поликлинических условиях (в женской консультации, туберкулезном диспансере). В тех случаях, когда бытовые условия неблагоприятные, лечение рекомендуется проводить в санаторных условиях, а при тяжелых процессах — в больницах или туберкулезном отделении специализированного родильного дома.

Из современных медикаментозных средств, применяемых для лечения беременных женщин, больных туберкулезом, следует указать на антибиотики (стрептомицин) и химиотерапевтические препараты (натриевая соль парааминосалициловой кислоты — ПАСК, фтивазид и салюзид). Стрептомицин применяется внутримышечно по 0,5—1 г в сутки в течение 2—3 месяцев (в зависимости от клинической формы туберкулеза), всего на курс от 30 до 90 г. Наибольший эффект наблюдается при подострых диссеминированных и острых милиарных формах туберкулеза, при инфильтративном туберкулезе, при туберкулезе мочеполовой системы и туберкулезном менингите.

М. С. Плавник и Л. В. Островитянова (1951) изучали действие стрептомицина при лечении беременных женщин, страдающих туберкулезом легких. Они пришли к следующему заключению: «при любой форме и фазе туберкулеза легких стрептомицин позволяет сохранить беременность поздних сроков до срочных родов с меньшим риском для здоровья беременной, чем прерывание беременности каким-либо из существующих методов».

ПАСК применяется для снижения интоксикации и катаральных явлений в легких. Дозировка: внутрь по 2 г на прием, в сутки от 8 г до 12 г, на курс лечения от 700 до 1200 г. Подкожный способ введения ПАСК не имеет преимуществ перед применением его внутрь. Комбинация со стрептомицином особенно показана при диссеминированных и инфильтративных формах туберкулеза.

Фтивазид назначается при очаговом туберкулезе в фазе вспышки, при диссеминированном туберкулезе (внутри по 0,5—1,5 г в сутки) как *per se*, так и в сочетании с ПАСК и стрептомицином.

Одним из самых эффективных способов лечения многих клинических форм туберкулеза является искусственный пневмоторакс, который

при наличии показаний может быть наложен в любые сроки беременности и в период лактации. Первичный пневмоторакс (односторонний, двусторонний) должен накладываться только в стационарных условиях.

В тех случаях, когда роды протекают при наличии искусственного пневмоторакса, фтизиатры рекомендуют выключить потужной период путем наложения акушерских щипцов. Однако многолетний опыт Московского специализированного родильного дома для туберкулезных больных (главный врач Л. В. Островитянова) показывает, что при искусственном пневмотораксе выключение второго периода родов не обязательно.

С 20/VI по 10/X наша больная находилась под наблюдением женской консультации и туберкулезного диспансера. Предполагаемый срок родов — вторая половина октября. Беременность протекала без осложнений. Общее состояние больной все время было удовлетворительным. В родильный дом больная направлена 11/X (заблаговременно).

11/X, 20 часов. Состояние больной при поступлении удовлетворительное. Жалоб нет. Температура 36,8°. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 110/60 мм. Вес 58,5 кг.

Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отошли. Родовой деятельности нет. Обхват живота 96 см. Высота стояния дна матки 32 см. Лобно-затылочный размер головки 11 см. Длина плода по Альфельду 49 см.

Влагалищное исследование. Узкое влагалище нерожавшей женщины. Шейка слегка укорочена. Наружный зев закрыт. Малый таз свободен. Мыс достигается. Диагональная конъюгата 11,5 см. Через передний свод пальпируется головка над входом в таз.

После консультации с фтизиатром поставлен окончательный диагноз: беременность около 40 недель, общеравномерно-суженный таз (сужение I степени), гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе рассасывания.

Акушерская тактика: роды вести консервативно. Плод средних размеров. Следует учесть наличие общеравномерно-суженного таза.

13/X. Рентгенография грудной клетки. Полученная рентгенограмма сопоставлена с рентгенограммой от 11/VI. Фтизиатр сделал заключение, что под влиянием антибактериальной терапии наступило полное рассасывание очагов слева. Лечение стрептомицином и фтивазидом возобновить после родов в период лактации.

С 14 по 23/X состояние беременной удовлетворительное. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, положение плода продольное. Головка над входом в малый таз. Воды не отошли. Родовой деятельности нет.

24/X, 4 часа. Появились схватки средней силы, через 8—12 минут. В остальном без перемен.

7 часов 30 минут. Схватки средней силы, регулярные, через 8—10 минут. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Воды не отошли.

11 часов. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 132 удара в минуту, ясное. Схватки через 5—6 минут, по 25 секунд, средней силы. Воды не отошли. Поведение роженицы спокойное.

14 часов. Состояние вполне удовлетворительное. Схватки через 4—5 минут, по 30 секунд, средней силы. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное. Роженица мочится самостоятельно. Воды не отошли.

17 часов 30 минут. Вскрылся плодный пузырь, отошли чистые околоплодные воды в умеренном количестве. Схватки через 3—4 минуты, сильные. Головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Вскоре за отхождением вод появились потуги. От влагалищного исследования решено воздержаться, так как состояние роженицы удовлетворительное и показаний к срочному родоразрешению нет.

17 часов 55 минут. Интенсивные потуги через 3—4 минуты. Головка на тазовом дне. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Подтекают воды.

18 часов 20 минут. Родился живой доношенный плод мужского пола. Вес 3600 г, длина 51 см, окружность головки 35 см. Послед родился через 10 минут. Детское место целое, оболочки — без дефектов. Общая продолжительность родов 14 часов 30 минут (первый период — 13 часов 30 минут, второй период — 50 минут, третий период — 10 минут). Общая кровопотеря 150 мл.

Произведен осмотр шейки в зеркалах — шейка целая. При осмотре родовых путей обнаружен разрыв слизистой левой большой половой губы и трещина слизистой в области задней спайки влагалища.

19 часов 10 минут. Кольпо-лабио-мукозоррафия (colpo-labio-mucosorrhaphia). После соответствующей обработки рук акушера и операционного поля под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией на слизистую задней стенки влагалища и левой большой половой губы наложены отдельные кетгутовые швы. Швы обработаны 5% раствором йода.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. Живот мягкий, матка плотная, на уровне пупка. Выделения кровянистые в умеренном количестве. Моча выгушена катетером.

С 25/X назначен стрептомицин по 1 г 1 раз в день и фтивазид по 0,5 г 2 раза в день. Разрешено кормление грудью. Послеродовой период протекал без осложнений при нормальной температуре. Роженица выписана 8/XI в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение женской консультации и туберкулезного диспансера.

В лактационном периоде больная провела курс лечения стрептомицином и фтивазидом.

Имеют ли место какие-либо особенности течения беременности, родов и послеродового периода при туберкулезе?

Недонашивание беременности отмечается только у больных с активным туберкулезом (Г. Н. Мацкевич).

Второй и третий периоды родов протекают обычно ускоренным темпом, в связи с чем общая продолжительность родов несколько ниже средних показателей (С. И. Трегуб).

Срочные самопроизвольные роды наблюдаются в 70—80% случаев, оперативное родоразрешение — в 20—30%.

Процент осложнений в родах примерно такой же или несколько выше, чем при физиологических родах у здоровых женщин.

Средняя кровопотеря в родах 200—300 мл. Послеродовой период обычно протекает без осложнений. Длительность пребывания в родильном доме после родов находится в прямой зависимости от формы, фазы и степени компенсации туберкулезного процесса.

Каково же влияние на плод антибиотиков и химиопрепаратов, применяемых при лечении туберкулеза у матери?

Этот вопрос возникает совершенно закономерно, и он в равной мере интересует и врача, и больную — будущую мать.

З. А. Ваксман (1946), Н. Т. Бусыгина (1953) и Т. Г. Моисеева (1954) в экспериментальных и клинических наблюдениях установили проницаемость плаценты для стрептомицина и проникновения его в организм плода.

О. П. Василькова (1954) показала, что концентрация стрептомицина в эмбриональных тканях плодов ранних сроков примерно такая же, как и в крови матери. Этот антибиотик обладает диффузными свойствами, проникая в отдельные органы плодов (легкие, печень, почки, сердечную мышцу и др.). Стрептомицин обнаружен в пупочной крови плода, в амниотической жидкости, в молоке матери.

М. И. Усанова (1953—1956) проследила распределение в организме животного некоторых меченых лекарственных соединений (кофеина, стрептоцида, пенициллина и витамина В₁), динамику их проникновения из организма матери в организм внутриутробного плода и выделение их с молоком. Было установлено, что меченые (радиоактивные) кофеин, тиамин, стрептоцид и пенициллин с разной скоростью и в разных количествах проникают из организма матери в организм плода.

М. И. Усанова обнаружила также, что эти же вещества, введенные кормящей самке подкожно, во время лактации выделяются с молоком.

Остается неизученным вопрос о проницаемости плаценты для химиопрепаратов. Надо полагать, что плацента проницаема в такой же мере для ПАСК и фтивазида, как и для упомянутых выше лекарственных веществ.

Не изучено также влияние лекарственных веществ на развитие плода. Клинические наблюдения не обнаружили каких-либо признаков отрицательного действия этих препаратов. Число случаев асфиксии не выше, чем при родах у здоровых женщин, а новорожденные так же нормально прибавляют в весе и развиваются.

Несколько замечаний относительно *кормления грудью*. В настоящее время считается установленным, что у матерей, больных туберкулезом, дети рождаются здоровыми и полноценными. А. А. Близнянская и А. И. Лазаревич (1937) находили туберкулезные бактерии в молоке у $1/3$ обследованных ими рожениц.

Поэтому вопрос о безопасности кормления грудью должен всегда решаться фтизиатром. При этом следует учитывать не только основную клиническую форму туберкулеза, но и фазу развития, бациллярность и степень компенсации.

По данным С. И. Трегуб, кормление детей разрешалось 83% больных с очаговыми и инфильтративными формами легочного туберкулеза и 32% больных с гематогенно-диссеминированными и фиброзно-кавернозными формами.

Вакцинация новорожденных БЦЖ проводится во всех случаях.

Э п и к р и з

И-ва первобеременная. Был диагностирован гематогенно-диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации при беременности сроком 16—17 недель. Из анамнеза установлено, что впервые очаговый туберкулез легких обнаружен в 1951 г. Лечение дало эффект, и больная была снята с учета в 1952 г. До 1956 г. чувствовала себя хорошо. В марте 1956 г. перенесла вирусный грипп, после чего возникла вспышка процесса. Была помещена в туберкулезное отделение родильного дома, где и находилась с 11/V по 19/VI. Лечилась стрептомицином и фтивазидом. Получила 37 г стрептомицина и 37 г фтивазида. Троекратный рентгенографический контроль показал значительный эффект проведенного комплексного лечения. С 20/VI по 10/X больная находилась под наблюдением туберкулезного диспансера и женской консультации; за этот период получила 64 г фтивазида, состояние здоровья было вполне удовлетворительным. Беременность развивалась без осложнений. 11/X больная вновь поступила в родильный дом (срок предполагаемых родов — вторая половина октября).

Клиническое обследование, проведенное перед родами, подтвердило, что гематогенно-диссеминированный туберкулез легких находится в фазе рассасывания (затихания); форма закрытая, в фазе компенсации. Беременность развивается нормально.

24/X срочные самопроизвольные роды. В послеродовом периоде, протекавшем нормально, начат повторный курс лечения стрептомицином (по 1 г 1 раз в день) и фтивазидом (по 0,5 г 2 раза в день). Через 2 недели после родов выписалась в удовлетворительном состоянии с ребенком. Предложено продолжать лечение под наблюдением женской консультации и туберкулезного диспансера.

Беременность и острый аппендицит

И-ко, 23 лет, первородящая, поступила в акушерскую клинику 25/V 1954 г. в 14 часов на роды.

Анамнез. Жалобы на боли внизу живота, больше в правой подвздошной области, и в области поясницы. Температура при поступлении $37,8^{\circ}$, пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения.

Наследственность не отягощена.

Перенесенных заболеваний не помнит.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 12 по 15/VIII 1953 г.

Половая функция. Половой жизнью живет около 2 лет. Брак первый. Последнее половое сношение месяц назад.

Гинекологических заболеваний не было.

Течение настоящей беременности. Беременность первая, протекала без осложнений. Женскую консультацию впервые посетила на IV месяце беременности; было произведено влагалищное исследование. Прошла пять занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

Дату первого шевеления плода не помнит.

25/V с утра (еще до поступления в клинику) появились боли в правой подвздошной области, а вскоре за этим слабые схватки.

Общее обследование. Температура при поступлении $37,8^{\circ}$. Состояние удовлетворительное. Роженица среднего роста (162 см), правильного телосложения, умеренного питания. Со стороны органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы, дыхания и мочеполовых органов никаких особенностей не отмечено. Артериальное давление 115/85 мм. Симптом Пастернацкого отрицательный. При перемещении больной на левый бок боли в правой подвздошной области усилились (симптом Ситковского).

Резкая болезненность при пальпации внизу живота справа. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Язык обложен, сухой.

Кровь: Hb 12 г^д/о (72 единицы), эр. 3 860 000, л. 10 600; цветной показатель 0,78; э. 0%, п. 6%, с. 72%, лимф. 12%, мон. 10%; РОЭ 21 мм в час.

Моча: цвет соломенно-желтый, прозрачная, небольшой осадок. Белка следы, лейкоцитов 2—3 в поле зрения, эритроцитов нет, цилиндров, почечного эпителия и бактерий не обнаружено.

Акушерское обследование. Положение плода продольное, первая позиция, сердцебиение слева ниже пупка, 138 ударов в минуту. Головка плотно прижата ко входу в малый таз. Воды не отошли. Размеры таза 25, 29, 31, 20 см. Окружность живота 91 см, высота стояния дна матки 34 см. Лобно-затылочный размер головки 11,5 см. Длина овоида плода по Альфельду 24 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Головка прижата ко входу в малый таз. Диагональная конъюгата 13 см. Выделения из влагалища умеренные, слизистые.

Какой диагноз?

1. Срочные роды. Начало первого периода родов.
2. Срочные роды. Первый период родов. Острое воспаление правых придатков или перекрут ножки кисты правого яичника.
3. Срочные роды. Угрожающий разрыв матки.
4. Срочные роды. Острый аппендицит.

Четыре диагноза! Как тяжело в подобных случаях акушеру, ведущему роды! Какие же моменты послужили основанием для постановки четырех различных диагнозов?

Прежде всего о сроке беременности. Вопрос о доношенной беременности не вызывает сомнений, об этом говорят данные анамнеза и акушерского обследования. Это и отражено во всех четырех вариантах диагноза. Общим для них является указание о срочных родах.

Какие клинические симптомы послужили основанием к тому, чтобы говорить о наступлении родовой деятельности? Первородящая женщина расценила боли, появившиеся внизу живота и в области поясницы, а также небольшие редкие схватки как симптомы начинающейся родовой деятельности, что и привело ее в родильный дом. Что касается акушера, то последний также был вправе принять жалобы беременной женщины за ранние симптомы наступающей родовой деятельности.

Подвергнем критическому разбору каждый из вариантов акушерского диагноза.

Первый вариант отмечает наступление первого периода срочных родов у первородящей. Ни о какой патологии в данном случае речи нет. В этом диагнозе не нашли отображения ни жалобы больной на резкие боли внизу живота (в правой подвздошной области), ни высокая температура при поступлении на роды. Как объясняет акушер лихорадку в родах? Почему жалобы на резкие боли, имеющие более или менее строгую локализацию и появившиеся остро, не привлекли внимания акушера и не получили должной интерпретации?

Первый вариант акушерского диагноза не отображает фактической патологии, нестораживает акушера.

Второй вариант диагноза является уже более целенаправленным. Острое воспаление придатков матки в родах или перекрут ножки кисты яичника действительно может сопровождаться острыми болями и высокой температурой. Однако достоверность этого диагноза надлежит доказать. Острое воспаление правых придатков в родах — маловероятный диагноз, так как у молодой первородящей нет отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. На IV месяце беременности женщина подвергалась влагалищному обследованию, и тогда со стороны придатков матки не было морфологических отклонений от нормы. При дальнейшем наблюдении за беременной никаких осложнений и жалоб не отмечалось. Таким образом, вопрос о хроническом воспалении придатка матки у роженицы отпадает. Нет оснований говорить и о кисте правого яичника, острый перекрут ножки которой мог бы дать острые боли. Диагноз этот мало обоснован, а тем самым он отпадает.

Третий вариант сигнализирует о возможной катастрофе, а именно об угрожающем разрыве матки в первом периоде родов. Как показывает опыт, разрывы матки во время беременности и в родах могут иметь место. Этиологическим фактором в таких случаях является обычно отягощенный акушерский анамнез (криминальные септические аборт, операции на матке, несоответствие между размерами головки плода и таза и др.). У нашей молодой первородящей роженицы отягощенный анамнез исключается. Боли в правой подвздошной области начались за несколько часов до появления первых схваток при целом пузыре и головке, стоящей над входом в таз. Диагноз маловероятный, необоснованный. Строгая локализация острых болей в правой подвздошной области обязывает врача скорее заподозрить острое воспаление червеобразного отростка и тем самым согласиться с четвертым вариантом диагноза.

Осложнение беременности острым воспалительным процессом аппендикулярного отростка, по литературным данным, чрезвычайно опасно. По данным руководимой нами клиники, за последние 5 лет на 18 000 родов подобного осложнения встретилось только 3 раза. По Г. Г. Гентеру, аппендицитом заболевает одна на 500—1500 беременных, по Л. Л. Окинчицу — одна на 1000, по В. Штекелю — одна на 1500 беременных. Частота аппендицита у небеременных и беременных женщин примерно одинакова. Принято считать, что беременность не вызывает аппендицита, однако развивающаяся беременность может повести к развитию острых явлений, если до этого существовал хронический аппендицит. Подобного рода обострение объясняют перемещением воспаленного и фиксированного аппендикса прогрессивно увеличивающейся беременной маткой, по мере развития беременности матка поднимается все выше, что влечет за собой смещение, растяжение и перегибы

червеобразного отростка. При доношенной беременности слепая кишка, если она обладает большой подвижностью, вместе с аппендикулярным отростком перемещается настолько высоко, что достигает дна матки и уровня придатков. Обострение хронического аппендицита, по данным К. К. Введенского (1953), наблюдается чаще в срок от 2 до 5 месяцев беременности (у 34 из 50 больных). По А. А. Лебедеву, в 50% случаев обострение возникает во второй трети беременности, по Н. А. Виноградову (1941), — в 50% случаев в период от 3 до 6 месяцев беременности.

Прогноз при аппендиците у беременной тем хуже, чем больше срок беременности. В ранние сроки прогноз более благоприятный, так как воспалительный процесс в малом тазу сравнительно легко ограничивается. Аппендэктомия, произведенная в первой трети беременности, обычно легко переносится, и беременность, как правило, донашивается до конца. Та же операция, произведенная во второй и особенно в последней трети беременности, чаще влечет за собой прерывание беременности (от 30 до 50% случаев). Особенно опасен аппендицит, возникший накануне и во время родов. Надрывы спаек, а тем более самого воспаленного отростка, расположенного высоко в брюшной полости, приводят к перитониту, который в силу понятных причин в этих условиях трудно ограничивается, и в результате легко развивается диффузный перитонит. Чем ближе абсцесс к придаткам матки и к ее стенке, тем хуже прогноз; материнская смертность достигает в таких случаях 25,3% (Г. Г. Гентер).

Каково анатомическое взаимоотношение между аппендиксом и правыми придатками матки?

Работами морфологов и клиницистов этот вопрос освещен в значительной мере [Бир (Bier), Браун (Braun), Кюммель (Kümmel), И. И. Греков, Б. В. Огнев, Н. А. Виноградов, И. П. Жендринский, В. Р. Брайцев, А. А. Лебедев и др.]. Так, И. П. Жендринский (ассистент руководимой нами клиники) на 245 трупах женщин детально изучил топографическое взаимоотношение червеобразного отростка, правой трубы и яичника. Длина отростка, по его данным, колеблется от 1 до 17 см, равняясь наиболее часто 6—9,5 см (в 69% случаев); диаметр отростка составляет от 0,4 до 0,7 см (в 66% случаев).

Положение отростка применительно к полости малого таза, естественно, зависит в значительной мере от длины отростка, его брыжейки и подвижности слепой кишки. Положение слепой кишки в полости таза таково, что в 12,5% случаев она находится выше *liniae innominata*, в 34,4% — на безымянной линии, в 38,6% — ниже, а в 14,5% — низко в полости малого таза. Что касается червеобразного отростка, то он располагался в полости малого таза в 67,5% случаев.

Важно отметить существование в ряде случаев связок между кишечником и яичниками, что установлено Б. В. Огневым и подтверждено И. П. Жендринским. Б. В. Огнев доказал существование контакта через лимфатические сети связочного аппарата, между правым и левым яичником и червеобразным отростком, сигмовидной кишкой и ее брыжейкой.

Указанные особенности анатомических взаимоотношений, таким образом, не исключают возможности перехода инфекции с аппендикулярного отростка на трубу и яичник правой стороны и обратно — с правых придатков матки на червеобразный отросток (А. Бир, Г. Браун, Р. Кюммель).

Таковы анатомо-топографические взаимоотношения аппендикса и правых придатков матки у небеременной женщины. У беременных в

связи с прогрессирующим ростом беременной матки и ее выходом из малого таза в брюшную полость анатомические взаимоотношения между аппендиксом и правыми придатками изменяются в сторону еще большего своеобразия топографических соотношений.

Анатомические особенности положения червеобразного отростка и правых придатков матки нередко создают чрезвычайно большие трудности при дифференциальной диагностике, особенно у беременных.

Какова клиника и распознавание острого аппендицита?

Клиника острого аппендицита сводится к острому приступу болей, который начинается внезапно. Причинами могут быть различные факторы, трудно уловимые для больной; иногда это погрешности в еде, подъем тяжестей, неосторожные движения и др.

Симптоматология. Приступ характеризуется острыми болями в правой подвздошной области, реактивностью брюшины и нарушением общего состояния, как при острых воспалительных процессах органов брюшной полости. В ряде случаев приступ начинается разлитыми болями по всему животу, иногда в эпигастральной области, но всегда боли отчетливо выражены в правой подвздошной области. При наличии беременности больших сроков наибольшая болезненность локализуется несколько выше, чем обычно. Характерна гиперестезия кожи. Заслуживает внимания симптом Щеткина-Блюмберга и симптом Ситковского. Перитонеальный симптом — защитное напряжение мышц брюшной стенки (*défense musculaire*) — ранний, характерный и достоверный признак острого и хронического аппендицита.

Далее идут такие симптомы, как частая рвота в начале заболевания, вздутие живота, задержка газов и испражнений.

Характерен гиперлейкоцитоз (в большей части случаев) при перфоративных разлитых процессах — лейкопения.

Изменения РОЭ нехарактерны (иногда она несколько ускорена).

Распознавание острого аппендицита при беременности трудно, особенно по мере увеличения ее сроков. При клинической картине острого живота, когда болезненный процесс локализуется в правой подвздошной области, возникает необходимость отдифференцировать аппендицит от таких заболеваний, как острый сальпинго-оофорит, разрыв пиосальпинкса, перекручивание ножки кисты яичника, нарушенная правосторонняя трубная беременность, пиелит, непроходимость кишечника и др.

Поскольку мы остановились на более вероятном диагнозе «Срочные роды, острый аппендицит», нам надо отдифференцировать аппендицит от заболеваний, также характеризующихся острыми болями в правой подвздошной области. Мы уже отклонили заболевания придатков матки (острый сальпинго-оофорит, перекрут ножки опухоли яичников, пиосальпинкс). Вопрос о внематочной беременности у нашей больной ввиду доношенной маточной беременности также отпадает. Однако наличие внематочной беременности при ранних сроках маточной возможно и многократно описано. Приводимая ниже схема может быть в таких случаях использована практическим врачом для дифференциальной диагностики.

Не имеет ли место у нашей роженицы пиелит, который достаточно часто осложняет беременность, обычно во второй ее половине? Пиелит наблюдается чаще справа, что объясняется, по-видимому, сдавлением правого мочеточника ротированной маткой. Заболевание начинается так же, как и аппендицит, внезапно, сопровождается ознобом, повышением температуры и значительными болями внизу живота справа и в области поясницы. Характерные признаки пиелита: а) жало-

бы на боли в области той или иной почки; б) положительный симптом Пастернацкого; в) в моче, взятой катетером, большое количество лейкоцитов и хвостатых клеток (лоханочного эпителия).

Вопрос о пиелите у нашей роженицы отпадает, поскольку ни одного из указанных признаков, характерных для пиелита, при обследовании не выявлено.

Симптоматология при нарушенной внематочной беременности и остром аппендиците

| Трубная беременность | Аппендицит |
|---|---|
| 1. Резкие боли, иногда схваткообразные, часто сопровождаются обмороком, головокружением | 1. Боли менее выражены |
| 2. Частый, малый пульс. Бледность покровов | 2. Пульс соответствует температуре. Бледности кожных и слизистых покровов нет |
| 3. Температура нормальная или субфебрильная | 3. Температура высокая |
| 4. Тошнота и рвота иногда | 4. Тошнота и рвота часто |
| 5. Défense musculaire обычно отсутствует | 5. Défense musculaire обычно выражена |
| 6. Лейкоцитоза обычно нет | 6. Обычно гиперлейкоцитоз |
| 7. При пункции заднего свода часто кровь из брюшной полости | 7. При пункции заднего свода крови нет |

Наконец, надлежит подумать и о возможном завороте кишок. Следует помнить, что кишечная непроходимость обычно наблюдается: 1) во время беременности (на IV—V акушерском месяце, когда матка перемещается из малого в большой таз); 2) в начале родов, когда предлежащая часть плода (головка, ягодицы) вступает в малый таз; 3) после рождения плода, когда размеры матки значительно уменьшаются. Во всех перечисленных случаях создаются предпосылки к изменению топографических взаимоотношений органов брюшной полости. Перемещение кишечника ведет в ряде случаев к перегибам, сдавлениям, перекручиванию. Кишечная непроходимость при беременности может быть связана также с наличием в брюшной полости спаек, воспалительного процесса, опухоли придатков матки и т. д.

Различают динамическую (функциональную) и механическую (анатомическую) непроходимость. Динамическая форма непроходимости может быть в одних случаях паралитической, в других — спастической. Механическая непроходимость в свою очередь подразделяется на обтурационную, когда имеется сужение или закупорка просвета кишки без нарушения кровообращения, и странгуляционную, когда закупорка сопровождается резким нарушением кровообращения в брыжейке и кишке.

Клиническую картину кишечной непроходимости характеризуют следующие симптомы: 1) локализованные боли; 2) появление тошноты, рвоты (вначале пищевой, затем калом); 3) задержка газов и кала, что приводит к асимметричному вздутию живота; 4) видимая на глаз перистальтика, при аускультации — отчетливые звуки перистальтики (при обтурационной непроходимости странгуляционные петли

не перистальтируют); 5) в приводящем отрезке кишки легко вызываемый плеск, «шум плеска» (при obturационном, странгуляционном, паретическом илеусе); 6) на рентгенограмме видны округлые множественные полости, резко подразделенные горизонтальными уровнями на верхнюю светлую и нижнюю темную половины (при странгуляционной непроходимости). Симптом Щеткина-Блюмберга неясен, крайне слабо выражен. Défense musculaire отсутствует.

Диагноз кишечной непроходимости при беременности труден. Только хорошо собранный анамнез и клиническое обследование позволяют поставить диагноз.

Лечение при динамической непроходимости консервативное. При беременности чаще наблюдается паралитический илеус, который надлежит лечить консервативно: новокаиновый блок по Вишневскому; атропин подкожно по 0,01 г 2 раза в день; гипертонический (10%) раствор хлористого натрия внутривенно в дозе 50—100 мл; воздержание от приема пищи, газоотводная трубка, гипертоническая клизма, сифонная клизма; слабительные противопоказаны.

При механической непроходимости применяется хирургическое лечение.

Сопоставив описанную выше симптоматику и клинику при кишечной непроходимости с таковыми у нашей больной, мы обоснованно отклонили диагноз кишечной непроходимости.

Таким образом, мы остановились на четвертом варианте диагноза, поставленного в первый день пребывания роженицы в акушерской клинике, а именно на остром аппендиците.

25/V в 14 часов 45 минут больная пожаловалась на усиление болей в правой половине живота; дважды была рвота. Пульс 102 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Температура 37,9°. Язык обложен белым налетом, сухой. Больная мочилась самостоятельно. При пальпации брюшной стенки боли по всему животу, больше справа в илеоцекальной области, где выражены симптом défense musculaire и резко положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Ситковского. Общее состояние больной средней тяжести.

Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение слева ниже пупка, 134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Родовой деятельности нет.

Наш окончательный диагноз: беременность доношенная, острый аппендицит, начинающийся перитонит.

Показана срочная операция.

25/V в 15 часов 30 минут аппендэктомия. Операция произведена под местной инфльтрационной новокаиновой анестезией (200 мл 0,25% раствора Sol. Novocaini). Кожа и подкожная клетчатка рассечены косым разрезом, затем разрезан апоневроз наружной косой мышцы живота и апоневроз внутренней косой мышцы живота тотчас у места отхождения мышечных волокон. Вскрыта брюшная полость, где обнаружено умеренное количество мутной жидкости. Слепая кишка выведена в рану; червеобразный отросток резко утолщен, покрыт налетом фибрина и припаян к стенке слепой кишки. Отросток выделен из спаек, брыжейка его перевязана, рассечена. На отросток у его основания наложен зажим. После удаления зажима отросток перевязан, затем отсечен, культя его погружена при помощи кисетного шва. Слепая кишка погружена в брюшную полость, куда введено 2 г стрептомицина. Разрез брюшной стенки зашит послойно. Коллоидная повязка. Продолжительность операции 40 минут.

Такое оперативное вмешательство, как аппендэктомия, производимая в последние дни беременности, вызывает большую тревогу как у хирурга, так и у больной. В нашем случае прогноз для беременной и плода был особенно серьезен, так как имели место перитонеальные явления.

Больную изолировали в отдельную палату, назначили пенициллин по 100 000 единиц на экмолине каждые 4 часа и стрептомицин по 250 000 2 раза в день в течение 6 дней. Подкожно — 1000 мл 5% раствора глюкозы, 20% раствор камфары — по 3 мл 2 раза в день. Прогестерон был назначен профилактически по 10 мг в течение 4 дней

в надежде предупредить возбудимость матки и тем самым хотя бы на несколько дней отдалить наступление родов.

На 6-й день после операции появились родовые схватки; к вечеру того же дня родился живой доношенный плод мужского пола. Вес 3050 г, длина 50 см, окружность головки 36 см. Послед родился самостоятельно через 40 минут.

В послеродовом периоде в первые 8 дней субфебрильная температура. В это же время отмечалась субинволюция матки.

Родильница выписалась на 15-й день в удовлетворительном состоянии с новорожденным.

Эпикриз

Н-ко, первородящая, поступила в родильный дом с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области и пояснице при наличии доношенной беременности. Клиническое обследование позволило своевременно диагностировать острый аппендицит, и через 1 час 30 минут больная была оперирована. Удален флегмонозный аппендикулярный отросток. Послеоперационный период протекал без осложнений. Кроме пенициллина, стрептомицина и ряда других лекарственных препаратов, больная получала на протяжении 4 дней после операции прогестерон, что, по-видимому, способствовало снижению возбудимости матки. На 6-й день после операции наступила родовая деятельность и больная разрешилась живым доношенным плодом. В послеродовом периоде субфебрилитет и субинволюция матки. Родильница выписалась на 15-й день в удовлетворительном состоянии с новорожденным.

Беременность и острый инфекционный гепатит (болезнь Боткина)

Л-ва, 21 года, 27/II 1956 г. переведена из 2-й инфекционной больницы в инфекционное отделение больницы имени С. П. Боткина с диагнозом: острый инфекционный гепатит (болезнь Боткина), беременность 36—37 недель¹.

Анамнез. Жалобы на боли в пояснице и подложечной области, зуд кожи, понижение аппетита. В детстве перенесла корь и коклюш, с 1950 г. страдает бронхиальной астмой. Условия труда и быта удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, установились сразу, через месяц, по 3—4 дня, накануне появления сопровождаются болями в поясничной области. Последняя менструация в июне 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет. Гинекологических заболеваний не было.

Течение настоящей беременности. Настоящая беременность первая, консультацию посещала регулярно. Беременность протекала без осложнений до заболевания желтухой. В течение последних 3 дней ноющие боли в области поясницы и внизу живота.

История настоящего заболевания. Считает себя больной с 10/II, когда впервые почувствовала общее недомогание, боли в подложечной области; аппетит снизился. С 12 по 16/II жидкий стул, 3—4 раза в день. Моча стала темной. Первые дни болезни находилась под наблюдением врача в домашних условиях; отмечалось повышение температуры в пределах 37,5°. С появлением желтухи (21/II) была направлена во 2-ю инфекционную больницу, где и диагностировали болезнь Боткина. Появившиеся 26/II ноющие боли внизу живота были приняты за предвестники родовой деятельности, в связи с чем больную направили в больницу имени С. П. Боткина на роды.

Общее обследование. Состояние больной при поступлении удовлетворительное, температура 36,8°. Телосложение правильное, подкожножировой слой развит умеренно. Костно-мышечная система без отклонений от нормы. Лимфатические узлы не увеличены. Выраженная желтуха кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Высыпаний на коже нет. На голенях и стопах пастозность. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки.

Сердечно-сосудистая система. Артериальное давление 130/90 мм. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Границы сердца в норме, тоны несколько приглушены.

¹ При инфекционном отделении больницы имени С. П. Боткина (Москва) по 1956 г. включительно функционировал специальный родовой блок, куда направлялись на роды и искусственное прерывание беременности из лечебных и родовспомогательных учреждений Москвы беременные, страдающие болезнью Боткина.

Органы дыхания. Насморка и кашля нет. При перкуссии — ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Аппетит понижен, стул ежедневно, кал светло-желтого цвета. Язык влажный, обложен сероватым налетом; желтушное окрашивание твердого неба. Селезенку пальпировать не удается. Область печени болезненна при пальпации.

Мочевые органы. Мочепускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча темного цвета, при взбалтывании образуется желтая пена.

Нервная система. Сознание ясное, головных болей нет, сон хороший, сухожильные рефлексы живые.

Акушерское обследование. Окружность живота 97 см. Высота стояния дна матки 30 см. Положение плода продольное, спинка справа, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Сердцебиение глухое, справа ниже пупка, 124 удара в минуту. Размеры таза 25, 29, 31, 21 см. Родовой деятельности нет.

Влагалищное исследование. Узкое влагалище нерожавшей женщины. Шейка при осмотре в зеркалах чистая, наружный зев закрыт. Малый таз емкий. Все опознавательные точки таза доступны для исследования. Мыс достижим — 12,5 см. Выделения из влагалища в умеренном количестве, слизистые, ярко-желтой окраски.

Данные лабораторных исследований. Кровь 28/II: Hb 16 г% (96 единиц), эр. 4 420 000, л. 10 000; РОЭ 8 мм в час. Реакция на билирубин положительная, на уробилин отрицательная. Количество билирубина в сыворотке крови (по ван-ден Бергу) 28/II—14 мг%, 29/II—18 мг%; качественная реакция прямая, двухфазная.

Моча 28/II: насыщенно желтого цвета (цвет темного пива), реакция кислая, удельный вес 1020; белка 0,3%, лейкоцитов 5—6 в поле зрения, зернистые и гиалиновые цилиндры не обнаружены.

Итак, у молодой первобеременной женщины во второй половине беременности (около 37 недель) диагностирован острый инфекционный гепатит (болезнь Боткина).

Какие же клинические данные послужили основанием для диагностики болезни Боткина?

Указание в анамнезе на продромальные явления энтеритического характера, ахоличный стул, моча темного цвета, билирубин в моче, прямая двухфазная реакция на билирубин в сыворотке крови, субфебрильная температура, болезненность области печени при пальпации, желтушное окрашивание кожи и склер — все это дает нам право диагностировать острый инфекционный гепатит средней тяжести в желтушной стадии.

Акушера-гинеколога интересуют вопросы дифференциальной диагностики болезни Боткина с другими формами инфекционных гепатитов, механической и гемолитической желтухой, особенности течения острого инфекционного гепатита у беременных, возможность осложнений и их профилактика, лечебные мероприятия, наконец тактика ведения родов и послеродового периода.

Прежде чем ответить на поставленные вопросы, мы вкратце осветим современные представления о болезни Боткина. Положение Боткина об инфекционной природе этого заболевания полностью подтверждено путем эпидемиологических и клинических наблюдений. В настоящее время доказана вирусная этиология болезни Боткина. Продолжительность инкубационного периода в среднем колеблется от 2 до 8 недель.

В течении болезни Боткина следует различать: 1) продромальный (преджелтушный) период, 2) желтушный период, 3) период выздоровления (реконвалесценции).

Продромальный период большей частью характеризуется выраженным симптомокомплексом. Больные жалуются на недомогание, боли в суставах и мышцах, зуд кожи, небольшое повышение температуры к вечеру, утомляемость, раздражительность, головокружение. У некоторых больных жалобы принимают «гриппозный» характер: кратковременный подъем температуры до 38° и выше, катаральные яв-

ления со стороны верхних дыхательных путей. Затем температура снижается, длительное время оставаясь субфебрильной, но самочувствие по-прежнему плохое (адинамия, вялость, снижение аппетита, очень часто присоединяются тупые боли в правом подреберье). Наконец, у некоторых больных могут быть в той или иной степени выраженные гастроэнтеритические явления: тошнота, рвота, понос, боли в подложечной области. Иногда уже с первых дней преджелтушного периода моча становится более темной. При исследовании крови обращает на себя внимание замедление РОЭ.

Часто, несмотря даже на отчетливую клиническую картину в продромальном периоде, акушер и терапевт не останавливаются на диагнозе болезни Боткина, а пытаются объяснить описанные симптомы токсикозом беременности. Характерно, что в преджелтушном периоде не наблюдается самопроизвольного прерывания беременности.

Длительность преджелтушного периода колеблется от 3 до 15 дней (Г. И. Довженко, М. А. Даниахий, И. П. Жендринский). В отдельных случаях продромальный период затягивается до 30—45 дней (О. Г. Невраева). Вместе с тем у некоторых больных преджелтушный период протекает бессимптомно и заболевание начинается внезапно с появлением желтухи (в 4—10% случаев по Л. С. Шварцу).

Желтушный период характеризуется постепенным нарастанием желтухи. Все клинические симптомы, имевшие место в продромальном периоде, наблюдаются по-прежнему и нередко нарастают в своей интенсивности. В это время кал обычно становится ахоличным. Как показывают клинические наблюдения, желтуха выражена особенно резко в тех случаях, когда инфекционный гепатит возникает в последней трети беременности. Продолжительность желтушного периода также удлиняется, если заболевание возникает в поздние сроки беременности.

Изменение цвета мочи (ее потемнение) появляется в начальном периоде окрашивания кожи и склер и нередко за 2—3 дня до появления такового. По мере нарастания билирубинурии моча может быть насыщенно желтого цвета, затем она становится кирпично-красной. В случаях резко выраженной желтухи моча приобретает цвет черного пива. При взбалтывании мочи образуется желтая пена; это самый простой способ определения билирубина в моче. В разгар болезни в моче определяется только билирубин (пробы Розина и Гмелина), в то время как уробилин обычно отсутствует.

Заболевания почек при инфекционном (неосложненном) гепатите не наблюдается, тем не менее в моче у ряда больных обнаруживают небольшие количества белка и микрогематурию. В сыворотке крови содержание билирубина повышено до 8—14 мг% (норма 0,5—1 мг%). У некоторых больных могут быть очень высокие цифровые показатели билирубина— до 34—45 мг% и выше. Качественная реакция на билирубин в сыворотке крови прямая двухфазная.

Изменения крови при болезни Боткина сводятся к следующему. Показатели гемоглобина и эритроцитов большей частью нормальные: 14 г% (84 единицы) и 4 200 000—4 500 000, хотя могут быть и более высокими: 18 г% (108 единиц) и 5 600 000. Количество лейкоцитов нормальное, либо наблюдается незначительная лейкопения. В начале болезни иногда отмечается лейкоцитоз (до 10 000). Тяжелое течение болезни характеризуется выраженной лейкопенией. Число моноцитов очень часто повышено. РОЭ в начале заболевания обычно замедлена, затем несколько ускоряется, а с выздоровлением приходит к норме.

Важным фактором, подтверждающим инфекционную природу острого гепатита, является температурная реакция. Обычно значительное повышение температуры ($38-38,5^{\circ}$) наблюдается кратковременно (2—3 дня) в преджелтушном периоде. Большой частью преджелтушный период характеризуется субфебрилитетом и даже апирексией. В период выраженной желтухи большей частью сохраняется субфебрилитет, с небольшими подъемами на несколько дней. Вместе с тем температурная реакция может и отсутствовать. Следует отметить, что температурная реакция отнюдь не указывает на тяжесть процесса. Известно, что в случаях тяжело протекающего гепатита с резко выраженной печеночной недостаточностью температура может быть нормальной или субфебрильной. Уже в продромальном периоде у большинства больных отмечается тупая боль в правом подреберье. В желтушном периоде, как правило, пальпируется увеличенная печень, большей частью средней плотности; край ее острый и всегда чувствительный при прощупывании. К периоду выздоровления печень обычно уменьшается и доходит до подреберья. Селезенку у большинства больных удается пальпировать вследствие ее увеличения.

Со стороны сердечно-сосудистой системы большей частью имеет место тенденция пульса к замедлению (50—60 ударов в минуту). Брадикардия объясняется накоплением в крови желчных кислот. Артериальное давление часто снижается (максимальное до 100 мм, минимальное до 60 мм). Пульс и артериальное давление выравниваются по мере исчезновения желтухи. Границы сердца обычно не изменяются; у больных с тяжелым течением болезни тоны становятся приглушенными (интоксикация). В легких изменениях не находят.

Продолжительность желтушного периода колеблется от 2 до 4—5 недель, но он может быть и очень кратковременным (4—5 дней). У некоторых больных инфекционный гепатит принимает затяжной характер (3—4 и даже 8 месяцев); при этом сохраняется желтушное окрашивание склер и кожных покровов (И. А. Кассирский).

В третьей фазе заболевания, т. е. в период реконвалесценции, состояние больных заметно улучшается, исчезает вялость и адинамия, настроение становится хорошим, восстанавливается аппетит, стул принимает нормальную окраску, моча светлеет, печень сокращается.

Течение болезни Боткина большей частью благоприятное. Различают легкую, среднюю и тяжелую формы. Продолжительность болезни в среднем 20 дней. Прогноз обычно хороший, заболевание заканчивается в большинстве случаев полным выздоровлением. Летальность невысока — 0,2—0,3%. Однако всегда следует помнить об очень тяжелом осложнении — острой и подострой дистрофии печени. Это осложнение может возникнуть даже при очень легких формах инфекционного гепатита. Вот почему больных с острым инфекционным гепатитом госпитализируют в обязательном порядке независимо от тяжести заболевания.

Клиническая картина острой и подострой дистрофии печени характеризуется нарастающими явлениями печеночной недостаточности: вялость, сонливость, иногда, напротив, возбуждение, тахикардия, «шумное дыхание», переходящее в дальнейшем в типичное куссмаулевское, полное отвращение к еде, тошнота, рвота, в дальнейшем сопорозное состояние. Важным диагностическим признаком является прогрессирующее уменьшение печени, она как бы уходит в подреберье. Подострая дистрофия отличается более мягким и медленным течением.

С какими же формами желтухи следует дифференцировать заболевание у нашей больной?

Прежде всего необходимо остановиться на так называемой гепатопатии беременных (желтухе беременных). Акушер в редких случаях при тяжелых формах токсикоза беременности наблюдает клинические симптомы недостаточности печени, которые обычно характеризуются желтушной окраской кожи и склер, увеличением и болезненностью печени, зудом кожи и др. Тяжесть и продолжительность заболевания различны: нередко оно начинается во время беременности, продолжается много недель и заканчивается в послеродовом периоде.

В свете современного учения о болезни Боткина большую часть случаев «желтухи беременных» следует рассматривать не как самостоятельную нозологическую единицу, а как проявление инфекционного гепатита (Е. М. Тареев, М. А. Даниахий, И. А. Кассирский, Л. С. Шварц). То же относится к острой и подострой дистрофии печени. Старое представление, что это тяжелое заболевание может возникнуть при беременности как самостоятельное заболевание, подвергнуто критике. Острая и подострая дистрофия печени у беременных рассматривается как осложнение болезни Боткина, своевременно, возможно, и нераспознанной.

К инфекционным гепатитам относится также желтушный лептоспироз (болезнь Васильева-Вейля). Заболевание протекает на фоне высокой волнообразной лихорадки (39—40°); характерна гиперемия лица с герпетическими высыпаниями на губах, явления геморрагического диатеза (кровоточивость десен, иногда носовые и кишечные кровотечения). Очень часто заболевание сопровождается явлениями острого нефрита (в моче белок, эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры). Со стороны крови отмечаются явления гипохромной анемии, лейкоцитоз, ускорение РОЭ. Как мы видели, все эти симптомы совершенно не свойственны клиническому течению болезни у нашей больной, поэтому болезнь Васильева-Вейля в данном случае исключается.

Желтуха может быть вызвана механическим препятствием (камень желчного протока, рак головки поджелудочной железы). Злокачественное новообразование как причину желтухи у нашей больной легко отвергнуть. Самочувствие больной хорошее. Желтуха не нарастает, печень небольших размеров, отсутствует симптом Курвуазье. Механическая желтуха вследствие образования камня в желчном протоке также исключается: в анамнезе отсутствуют указания на приступ печеночной колики и фебрильной температуры, печень не плотна, отсутствует ригидность мышц брюшной стенки, нет лейкоцитоза и ускорения РОЭ; реакция на билирубин в сыворотке крови при механической желтухе прямая, быстрая, у нашей больной — прямая, двухфазная.

Желтуха может быть вызвана повышенным распадом эритроцитов — гемолитическая желтуха. В анамнезе у таких больных обычно имеются указания на циклическое течение болезни с повышением температуры во время кризов. Как мы знаем, наша больная заболела впервые. У больных гемолитической желтухой больше выражена бледность кожных покровов, чем желтушность (вследствие гипохромной анемии), у нашей же больной нормальные показатели гемоглобина и эритроцитов. При гемолитической желтухе не наблюдается ахоличного кала, напротив, характерна плейохромия вследствие избыточного накопления билирубина (стеркобилина); в моче большое количество уробилина, билирубин отсутствует. Реакция на билирубин в сыворотке крови непрямая, а в нашем случае — прямая, двухфазная. Таким образом, диагноз гемолитической желтухи также не имеет основания.

Итак, приведенные дифференциально-диагностические соображения окончательно подтверждают правильность нашего диагноза: болезнь Боткина.

Каковы же основные принципы лечения при болезни Боткина?

Первым условием лечения при остром инфекционном гепатите является госпитализация и постельный режим. Амбулаторное лечение полностью исключается, прежде всего в целях профилактики острой и подострой дистрофии печени. При изучении летальных исходов этого грозного осложнения установлено, что именно у больных, которые не были своевременно госпитализированы, развивалась острая гепатодистрофия (А. Л. Мясников). Кроме того, госпитализация диктуется эпидемиологическими соображениями, так как в раннем периоде болезни Боткина достаточно контагиозна и может привести к заражению членов семьи. Наша больная, как мы знаем, была своевременно направлена в инфекционное отделение.

Огромное значение при инфекционном гепатите имеет своевременно назначенный правильный диетический режим. Старое представление о недопустимости белка при этом заболевании и необходимости назначения односторонней углеводистой диеты подвергнуто критике. В настоящее время является общепризнанным, что белковая пища при болезни Боткина необходима, так как она способствует восстановительным процессам в печеночных клетках (А. Л. Мясников, М. А. Ясиновский, Е. М. Тареев). Особое значение придается введению в диетический рацион творога (до 400 г в сутки); казеин содержит много аминокислоты — метионина, который является липотропным фактором и вместе с холином способствует удалению жира из печени (С. М. Лейтес). Одновременно с этим показано назначение больших количеств панкреатина (до 10 г в сутки), так как последний активизирует действие метионина и холина.

Помимо творога, назначают отварное мясо и отварную рыбу — нежирные сорта (судак). Очень важно включение в диетический режим большого количества витаминов в виде отвара шиповника, морковного сока, фруктов, лимонов, дрожжей. Жир назначается в виде сметаны и сливочного масла, не более 40—50 г в день. Все это не исключает введения достаточного количества сахара (50—100 г в день), который способствует насыщению печени гликогеном.

В целях борьбы с интоксикацией показано введение жидкости в виде сладкого чая, сока от компота, боржома, 1—2% раствора сернокислого магния (1 л в течение дня). В связи с этим повышается диурез, что несомненно способствует уменьшению желтухи.

Диетический режим у нашей больной сводился к следующему: овощные супы, молочные каши, картофельное и морковное пюре, творог (200 г), кисели, хлеб белый (черствый), отварное мясо в виде кнелей и фрикаделек, фрукты, настой шиповника, глюкоза в виде питья. Одновременно назначался панкреатин (3 г в день). Кулинарная обработка пищи у подобных больных, как видно из указанной диеты, должна быть щадящей из-за сопутствующих гастритических явлений.

При лечении болезни Боткина большинство клиницистов и до настоящего времени придает исключительно важное значение глюкозоинсулиновой терапии. Несмотря на то что данный вид терапии и не оказывает явного влияния на продолжительность болезни, тем не менее нельзя отрицать его роль в восстановлении гликогенообразовательной функции печени и в борьбе с печеночной недостаточностью. Одновременно с глюкозой рекомендуется вводить аскорбиновую кислоту и тиамин, так как последние способствуют процессам гликогенизации

(А. Л. Мясников); доказано также, что у больных острым инфекционным гепатитом имеет место дефицит витаминов С и В.

Инсулин вводится под кожу по 5—10 единиц после введения глюкозы внутривенно. В противном случае возможна гипогликемия, так как количество сахара в организме больных может быть снижено. Обычно в раствор глюкозы добавляется 5 мл 5—7% раствора аскорбиновой кислоты и 1 мл 2% раствора тиамин. К вводимым витаминам многие авторы считают нужным присоединять никотиновую кислоту (по 0,1 г 3 раза в день per os или 1 мл 1% раствора подкожно).

Нашей больной проводилась глюкозо-инсулиновая терапия: 40% раствор глюкозы (50 мл) с 5% аскорбиновой кислотой (5 мл) внутривенно с последующим введением инсулина под кожу (10 единиц). Никотиновая кислота вводилась подкожно. Ряд авторов (А. А. Гольдштейн, В. М. Шаверин, В. М. Соловьева и др.) рекомендуют при остром инфекционном гепатите вводить парентерально препараты печени, в частности камполон. Однако общего признания этот вид терапии не получил.

При болезни Боткина обычно широко пользуются как в лечебных, так и в диагностических целях дуоденальным зондированием с последующим введением сернокислого магния. У беременных женщин этот способ применять не следует ввиду возможных осложнений (рефлекторная рвота).

В ряду общих мероприятий обязательным является строгий контроль за опорожнением кишечника; при недостаточном его действии назначают послабляющие средства, лучше всего искусственная карлсбадская соль (1 чайная ложка на полстакана теплой воды утром натощак).

В качестве гигиенических мероприятий и для облегчения зуда кожи рекомендуются теплые ванны, бромиды и обтирания 1—2% раствором ментолового спирта.

Антибиотики, в частности пенициллин, нашли свое место в терапии при болезни Боткина. Однако применение антибиотиков нельзя рассматривать как патогенетическую терапию, ибо пенициллин неэффективен против вирусных заболеваний. Тем не менее назначение его в целях профилактики возможных осложнений (пневмония, гнойные холангиты, гепатаргия) весьма рекомендуется.

Таким образом, в настоящее время при болезни Боткина лечение должно быть комплексным, с учетом тяжести болезни и индивидуальных особенностей больного.

Вернемся к нашей больной.

1/III. Самочувствие удовлетворительное. Температура утром 36,7°, вечером 36,9°. Пульс ритмичный, 70 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 135/85 мм. Суточный диурез положительный. Аппетит плохой. Стул самостоятельный, кал светло-желтого цвета, моча темная. Язык слегка обложен, живот безболезнен. Желтуха держится, зуда кожи почти нет. Сердцебиение плода справа ниже пупка, приглушенное. Головка подвижная над входом в таз. Из влагалища в умеренном количестве слизистые выделения, окрашенные в желтый цвет. Воды не отошли.

2—4/III. Состояние без перемен. 5/III пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Температура нормальная утром и вечером. Желтуха не уменьшилась. Стул самостоятельный. Появились боли в пояснично-крестцовой области. Сердцебиение плода справа ниже пупка, глухое, ритмичное. Головка подвижная над входом в таз. Воды не отошли. Схваток нет.

5/III, 21 час. Начались боли внизу живота. В 24 часа появились схватки, которые к утру стали регулярными, умеренно болезненными и достаточно эффективными.

6/III, 10 часов 30 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны. Пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения. Схватки через 4—5 минут, по 40 секунд. Головка плода большим сегментом в полости таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 120 ударов в минуту, глухое. После схваток сердцебиение плода долго не восстанавливается. Профилактически введена глюкоза, кордиамин, дан кислород.

Как объяснить угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода?

Согласно литературным данным (Г. И. Довженко, 1950; Н. Г. Груздева, 1956), беременность при инфекционном гепатите прерывается преимущественно на VII, VIII и IX акушерском месяце (61—65%). М. С. Малиновский (1950) также считает, что при болезни Боткина беременность заканчивается обычно преждевременным прерыванием. М. А. Даниахий (1945) наблюдала преждевременное прерывание беременности у 31 из 37 больных болезнью Боткина. По данным И. П. Жендринского (1956), преждевременное прерывание беременности также наблюдается больше во второй половине. Так, из 225 больных беременность прервалась у 64, из них во второй половине у 45 больных. Срочные роды наступили у 25 женщин. Остальные выписались из больницы с сохранившейся беременностью.

В настоящее время достаточно хорошо изучен и вопрос о зависимости преждевременного прерывания беременности от стадии болезни Боткина. Как правило, беременность прерывается на 3—21-й день появления желтухи (сборная статистика Н. Г. Груздевой). Смерть плода, по мнению одних авторов, наступает в результате проникновения через плаценту вируса, что влечет за собой поражение и плаценты, и плода; по мнению других, недонашиваемость плода объясняется значительным поражением печени, а это, как показывает эксперимент, приводит к прерыванию беременности. М. А. Даниахий отрицает возможность плацентарного заражения плода. Она наблюдала внутриутробную смерть плода у 3 из 31 женщины, что, по ее мнению, обуславливалось действием не вируса, а токсинов.

В родовом блоке при инфекционной клинике мы наблюдали 25 срочных родов; из них только в одном случае родился плод в асфиксии II степени и не был оживлен.

Что касается материнской смертности от болезни Боткина, то, по старым литературным данным, она чрезвычайно велика. Так, М. М. Миронова и Д. Е. Шмундак (1922) сообщают о смерти 8 из 11 больных. В. Г. Перетц (1922) исчисляет смертность от этой болезни в 43%. М. А. Даниахий (1945) наблюдала летальный исход у 11 из 37 женщин.

По новейшим данным, материнская смертность от болезни Боткина значительно снизилась. Мартини, Гарнак и Напп (Martini, Harnack, Napp, 1953) сообщают о единичных летальных исходах. Так, из 57 беременных женщин умерла от болезни Боткина только одна. По данным руководимой нами клиники (И. П. Жендринский, 1956), из 225 беременных, страдающих болезнью Боткина, умерли три (от острой дистрофии печени).

6/III, 11 часов. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения. Появились потуги через 3—4 минуты, по 40 секунд. Головка большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода 90—80 ударов в минуту, глухое. Подтекают грязные воды в умеренном количестве.

11 часов 15 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие полное, края шейки не определяются. Головка в широкой части полости малого таза. Сагиттальный шов в левом косом размере. Малый родничок справа, кпереди, большой с трудом достигается. Небольшая родовая опухоль в области малого родничка.

Диагноз: начало второго периода родов, угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода, болезнь Боткина.

6/III, 11 часов 30 минут. Родился плод мужского пола (вес 2950 г, длина 49 см). Асфиксия II степени, не оживлен. Послед родился через 15 минут. Детское место целое, оболочки без дефектов. Общая кровопотеря 150 мл.

Общая продолжительность родов 11 часов 45 минут. Первый период — 11 часов, второй период 30 минут, третий период 15 минут. Послеродовой период протекал без осложнений. В течение первых 5 дней применялась пенициллинотерапия.

В послеродовом периоде желтуха стала быстро уменьшаться. Билирубин снизился к моменту выписки до 0,9 мг%. Самочувствие больной стало хорошим. Область печени при пальпации безболезненна.

В течение 4 дней перед выпиской состояние больной хорошее, желтухи нет, печень у реберного края. Матка хорошо сократилась. Больная выписана 31/III под наблюдение врача женской консультации. Дан совет в отношении режима и диеты.

Общая продолжительность родов при болезни Боткина такая же, как и у здоровых рожениц. Общая кровопотеря в пределах 200—300 мл. Есть указания (А. Л. Мясников) на опасность кровотечений как во время беременности, так и в родах в результате уменьшения содержания протромбина, фибриногена и дефицита витамина К.

Современные методы лечения болезни Боткина способствуют в большинстве случаев сохранению беременности. Последнее обстоятельство позволило инфекционистам и акушерам-гинекологам по-новому пересмотреть показания к искусственному прерыванию беременности при инфекционном гепатите.

Беременных, заболевших болезнью Боткина, необходимо госпитализировать в преджелтушном или в крайнем случае в первые дни желтушного периода. При выписке следует руководствоваться функциональным состоянием печени. После выписки из стационара беременных желательно переводить на легкую работу и назначать им диету, богатую витаминами, белками, углеводами. После родов больные должны находиться под наблюдением врача в течение 6—12 месяцев.

Роды при болезни Боткина должны проводиться в изоляторе. Новорожденные также подлежат изоляции (Н. Г. Груздева).

Эпикриз

Л-ва, первобеременная, поступила в инфекционную клинику больницы имени С. П. Боткина с диагнозом: острый инфекционный гепатит (болезнь Боткина), беременность сроком 37 недель. При поступлении выраженная желтуха, повышение билирубина сыворотки крови (14—18 мг%), болезненность области печени при пальпации, ахоличный кал, темная моча.

6/III наступили самопроизвольные роды доношенным плодом. Ребенок родился в состоянии асфиксии II степени, не был оживлен. Общая продолжительность родов 11 часов 45 минут.

Роды и послеродовой период протекали без осложнений.

За время пребывания больной в клинике проведено лечение глюкозой, инсулином, аскорбиновой и никотиновой кислотами и соответствующей диетой. В послеродовом периоде применялась пенициллино-терапия в целях профилактики осложнений. Наступило выздоровление.

Больная выписалась 31/III под наблюдение врача районной женской консультации.

ГЛАВА III

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Беременность и опухоль яичника

Н-ва, 31 года, поступила в гинекологическую клинику 27/VIII 1950 г. в 8 часов. Боли внизу живота слева и в пояснице. Считает себя беременной 2 месяца.

Анамнез. В раннем детском возрасте перенесла коклюш, в 15 лет — крупозное воспаление легких.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через месяц, по 3—4 дня, обильные, болезненные в первый день. Последняя менструация с 12 по 15/VI.

Половая функция. Начало половой жизни с 22 лет. Брак первый, от беременности не предохранялась. Муж здоров.

Генеративная функция. Первая беременность на 2-м году замужества закончилась срочными родами живым плодом. Роды и послеродовой период без осложнений. Последующие две беременности были прерваны искусственно; после абортов не болела. Год назад во время профилактического осмотра обнаружена небольшая подвижная киста левого яичника. Настоящая беременность четвертая по счету. Нагрубание молочных желез. Периодически бывает тошнота и плохой аппетит, что больная связывает со своим состоянием. Желает сохранить беременность.

История настоящего заболевания. Больная обратилась в женскую консультацию 25/VIII (2 дня тому назад) по поводу болей внизу живота (больше слева). Врач заподозрил внематочную беременность и направил больную в гинекологическое отделение больницы. Однако больная продолжала оставаться в домашних условиях 25—26/VIII. Только после возобновления острых болей она явилась в клинику.

Общее и гинекологическое обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела 37,1°. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/70 мм. Из сосков выдавливается молоко. Язык чистый, влажный. Брюшная стенка мягкая, умеренно болезненная при пальпации в левой подвздошной области. Со стороны органов кровообращения, дыхания и мочевых — без особенностей.

Больная представила анализы мочи и крови (от 20/VIII), которые были произведены в консультации в связи с диспепсическими явлениями. Моча прозрачная, кислой реакции, удельный вес 1015, белка нет, эритроциты единичные в поле зрения. Кровь: Нб 13 г% (78 единиц), эр. 3 900 000, л. 7200; РОЭ 18 мм в час.

В связи с предстоящим влагалищным исследованием мочевой пузырь опорожнен путем катетеризации. Стул был самостоятельный перед транспортировкой в больницу.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты нормально. Слизистая оболочка входа во влагалище несколько синюшной окраски. Выделения слизистые, светлые, в умеренном количестве. Влагалище рожавшей женщины, широкое. Шейка матки цилиндрической формы. Смещение шейки матки несколько болезненно. Матка равномерно увеличена до размеров 8 недель беременности, несколько размягчена, подвижна, отклонена вправо. Правые придатки не пальпируются. Слева и несколько кзади от матки определяется опухоль туго-эластической консистенции. Определить величину опухоли не представляется возможным вследствие болезненности при двуручном исследовании; однако создается впечатление, что размер опухоли соответствует примерно величине женского кулака (8 × 6 см). Верхний уровень опухоли несколько выше уровня дна матки. При осмотре в зеркалах шейка матки и стенки влагалища без отклонений от нормы.

Какой диагноз? Подтвердим ли мы диагноз врача женской консультации или, быть может, поставим другой диагноз?

Дежурный акушер-гинеколог осмотрел больную в условиях приемного отделения и подтвердил диагноз женской консультации. Через час после поступления в стационар больная была осмотрена совместно с ординатором отделения, в результате чего были высказаны следующие предположения:

1. Левосторонняя трубная беременность.
2. Нормальная маточная 2-месячная беременность. Острое воспаление левых придатков.
3. Нормальная 2-месячная беременность. Перекручивание ножки кисты левого яичника.

Каждое из трех высказанных предположений имеет свои обоснования. Врач женской консультации и гинеколог приемного отделения больницы склонны рассматривать данное патологическое состояние как нарушенную левостороннюю трубную беременность.

У нашей больной менструальная функция была всегда устойчивой, задержка менструаций была связана или с беременностью, или с лактационным периодом. Поэтому отсутствие менструации в течение 2 месяцев и такие признаки, как нагрубание молочных желез, наличие в них молозива, синюшная окраска слизистой оболочки вульвы, нарушение аппетита, — все это вместе взятое являлось достаточным основанием для диагноза беременности.

Что же касается вопроса о том, имеет ли место у нашей больной нормальная (маточная) или эктопическая (внематочная) беременность, то влагалищное исследование позволяет уточнить диагноз.

Как мы уже знаем, при двуручном исследовании обнаружена увеличенная матка, а слева от нее — опухоль, болезненная при пальпации. Если к этому добавить, что заболевание началось сравнительно остро (среди полного здоровья), то этого, казалось бы, достаточно, чтобы заподозрить нарушенную левостороннюю трубную беременность.

Но так ли это? Правильно ли были истолкованы анамнестические данные, а также данные, полученные во время общего обследования больной и особенно при двуручном влагалищном исследовании?

С жалобами на боли, как мы уже знаем, Н-ва обратилась в женскую консультацию 25/VIII. Поставив вопрос о возможности эктопической беременности, врач дал больной направление в гинекологическое отделение больницы. Однако затем выяснилось, что больная осталась дома 25—26/VIII. Кстати, мы вправе указать врачу женской консультации на его ошибку, так как он обязан был не только дать направление в больницу, но и обеспечить транспортировку больной, поскольку речь шла о внематочной беременности. Этого, однако, сделано не было. Только 27/VIII, после повторного приступа болей, Н-ва была доставлена в больницу.

Если допустить, что у больной приступ острых болей объяснялся нарушением трубной беременности и тем самым неизбежным кровоизлиянием, то в подобных случаях часто наблюдаются следующие симптомы: 1) частый (свыше 100), легко сжимаемый пульс; 2) заметная бледность кожных и слизистых покровов (явления малокровия и слабости); 3) головокружение, шум в ушах, иногда обмороки; 4) раздражение брюшины (ясный симптом Щеткина-Блюмберга); 5) сглаженность сводов; 6) незначительные темные кровянистые выделения из влагалища.

У больных с нарушенной внематочной беременностью обычно отмечается выраженный метеоризм, который при наличии болевого синд-

рома со стороны брюшины значительно затрудняет влагалищное исследование и не дает возможности точно определить состояние внутренних половых органов. В тех же случаях, когда удается пальпировать трубу, она имеет продолговатую форму, мягкую, тестоватую консистенцию.

Наконец, при внематочной беременности матка всегда несколько увеличена, но, как правило, не соответствует сроку предполагаемой беременности. Утолщенная труба отходит от угла матки и интимно к ней прилежит (подробнее о внематочной беременности см. главу VI).

В какой же мере описанные выше симптомы и клиническая картина, свойственные прервавшейся внематочной беременности, соответствуют состоянию Н-вой?

Общее состояние больной удовлетворительное, симптомы внутрибрюшинного кровоизлияния отсутствуют, в малом тазу определяется туго-эластическая опухоль (о существовании подвижной кисты левого яичника больная знает давно!), наконец размеры матки соответствуют сроку предполагаемой беременности. Все это дает основание полагать, что у больной нормально развивающаяся маточная беременность в сочетании с перекручиванием ножки кисты левого яичника.

Частота сочетания беременности с кистозными образованиями яичников, по литературным данным, колеблется от 0,02 до 0,46% (Г. Г. Гентер, В. С. Мансветова). Наличие кисты одного яичника (а в ряде случаев и обоих яичников) не служит препятствием к беременности. Ф. Е. Петербургский подверг операции 110 женщин, страдавших кистами яичника при наличии беременности, причем из них у 16 были двусторонние кистозные опухоли яичников и паровариальные кисты. В. С. Мансветова на 90 овариотомий, произведенных по поводу кистом яичников при беременности, в 4 случаях обнаружила кисты обоих яичников.

Необходимо отметить, что женщины с кистозными образованиями яичников страдают бесплодием примерно в 2 раза чаще, чем женщины, у которых такие опухоли отсутствуют.

Сочетание беременности и доброкачественных опухолей яичников наблюдается обычно в возрасте 25—35 лет. Г. Г. Гентер, основываясь на статистике Майера (Maueг), охватывающей 49 случаев, сообщает, что по гистологическому строению опухоли яичников, удаленные при беременности, оказались преимущественно дермоидными кистами, реже — псевдомуцинозными и простыми серозными кистами. Согласно данным В. С. Мансветовой (Московский областной институт акушерства и гинекологии, 1949), гистологический анализ 90 кистозных образований, удаленных при беременности, показал, что чаще всего встречаются простые серозные кисты (33), а на втором месте стоят дермоидные (24).

Следует отметить, что в 13 случаях были обнаружены фолликулярные и лютеиновые кисты. Псевдомуцинозные кисты были выявлены только у 4 из 90 больных. По М. Ф. Глазунову, среди доброкачественных опухолей яичников псевдомуцинозные кисты составляют 14,6%, по данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР (Москва) — 36%.

Локализация кистом яичников у беременных находится в прямой зависимости от срока беременности, той или иной длины ножки и величины опухоли. Удаляемые при беременности опухоли редко достигают больших размеров (преобладают малые и средние размеры). При ранних сроках беременности опухоли находят в малом тазу сбоку, за-

ди и реже впереди матки. Нередко опухоли яичников занимают прямокишечно-маточное углубление (рис. 8).

По мере развития беременности матка перемещается в большой таз, что влечет за собой перемещение и опухоли. Если последняя имеет достаточной длины ножку, то перемещение кисты в ряде случаев осложняется перекручиванием ее ножки. Перекручивание ножки кисты при беременности наблюдается примерно в 10—12% случаев. К факторам, способствующим перекручиванию ножки, относят резкие вращательные движения тела, подъем тяжестей, перемещение матки из малого в большой таз (4—5 месяцев беременности), перемещение органов брюшной полости непосредственно после опорожнения матки в родах и многие другие моменты.

Ножка опухоли яичника состоит из собственной связки яичника (*lig. ovarii proprium*), воронко-тазовой (подвешивающей) связки (*lig. infundibulo-pelvicum*) и части листков широкой связки (*lig. mesovarium*). В ряде случаев на опухоли яичника находят растянутую трубу.

Связочный аппарат, входящий в состав ножки, включает яичниковые артерию и вену (*a. ovarica et v. ovarica*), анастомозы яичниковой артерии с маточной артерией и лимфатические сосуды.

Если перекручивание ножки опухоли происходит медленно и ограничивается пределами 90, 120 и даже 180°, то болевой симптом обычно отсутствует, ибо питание ножки и функция соседних органов не нарушаются. Такой хронический перекрут ножки протекает как бы бессимптомно и обнаруживается случайно во время операции, предпринятой по какому-либо другому поводу. В тех же случаях, когда происходит перекручивание ножки на 360° и более питание ножки нарушается и в связи с расстройством оттока венозной крови опухоль значительно увеличивается. Реакция тканей проявляется болями и высокой температурой. В дальнейшем нередко развивается слипчивый перитонит.

Симптоматология и клиника при остром перекручивании ножки опухоли яичника характеризуются клинической картиной острого живота. После первого приступа болей острые явления могут стихнуть (через несколько часов, через сутки), а в дальнейшем через какой-то интервал времени они могут повториться вновь.

Из осложнений перекручивания ножки следует указать на часто наблюдаемые кровоизлияния в опухоль. Значительно реже встречается разрыв инфицированной и нагноившейся кисты или прорыв ее содержимого в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку, влагалище). Описаны случаи кишечной непроходимости.

Вернемся к нашей больной.

В результате клинического обследования мы остановились на диагнозе «острое перекручивание ножки опухоли яичника при нормально развивающейся беременности».



Рис. 8. Опухоль яичника как препятствие для родов.

В чем будет заключаться лечение?

1. Показана срочная лапаротомия, так как острое перекручивание ножки опухоли яичника чревато различного рода тяжелыми осложнениями. Беременность надо сохранить.

2. Лапаротомию необходимо отложить на 3—5 дней, в течение которых, надо полагать, тяжелых осложнений не возникнет, но острые явления со стороны брюшины стихнут. При таких условиях операция легче переносится больными, а беременность реже прерывается.

3. От лапаротомии следует воздержаться, так как жизненных показаний к операции нет. Опухоль яичника небольшого размера; по мере развития беременности матка выйдет из малого таза, а вместе с ней переместится и опухоль. В дальнейшем киста яичника не будет препятствовать развитию беременности. Если возникнет вопрос об удалении опухоли, то желательно подвергнуть больную операции во второй половине беременности, когда прерывание ее наблюдается реже.

Три разноречивых, но достаточно обоснованных мнения в отношении возможного образа действий при беременности, осложненной опухолью яичника!

Мы остановимся вкратце на рассмотрении ряда моментов, которые в значительной степени определяют тактику врача в вопросах лечения.

Считается установленным, что при наличии опухоли яичника беременность прерывается примерно в 17% случаев, даже если перекручивания ножки и не последовало. Опасность для плода и особенно для беременной во много раз повышается, если наблюдается перекручивание ножки с последующими осложнениями (кровоизлияние в ткани кисты, разрыв инфицированной и нагноившейся кисты или прорыв ее в соседние органы). При некоторых локализациях опухоли яичника в брюшной полости, в большом и особенно в малом тазу нередко затрудняется вставление подлежащей части плода и тем самым нарушается естественное родоразрешение.

Своевременно произведенная овариотомия является целесообразным хирургическим пособием, при котором смертность не превышает 1% (Г. Г. Гентер, В. С. Мансветова, Ф. Е. Петербургский).

Как же понимать своевременность хирургического вмешательства при беременности в сочетании с опухолевым образованием яичника?

Большинство современных гинекологов и хирургов (отечественных и зарубежных) при остром перекручивании ножки опухоли яичника, сопровождающемся бурной клинической картиной, производит операцию в порядке неотложной помощи. Беременность при этом стремятся сохранить.

Если острое перекручивание ножки не сопровождается тяжелым состоянием больной, вопрос об операции может быть отложен, если в этом есть необходимость, до следующего дня.

При наличии у беременной женщины опухоли яичника, не дающей никаких симптомов, вопрос о времени операции теряет свою остроту. В этих случаях хирург имеет возможность повременить с операцией в надежде подвергнуть больную овариотомии в такой период развития беременности, когда не грозит опасность ее прерывания или когда она прерывается в значительно меньшем проценте случаев. Особенно это относится к беременным, у которых имеется киста яичника (ретенционное образование), и в меньшей степени к беременным женщинам с кистой (опухолью) яичника.

Многие гинекологи не рекомендуют оперировать в первые 12 недель беременности, особенно если с удалением кисты удаляется и жел-

тое тело. Протективная роль желтого тела в ранние сроки беременности особенно велика, и с его удалением беременность нередко прерывается.

Г. Г. Гентер предпочитал оперировать в первой половине беременности (по техническим соображениям). Он ссылается на статистику Вэмера (Wähler), согласно которой процент прерывания беременности увеличивается по мере ее развития (при овариотомии на II месяце аборт наступил в 14% случаев, а при операции на VI—VII месяце — в 44%).

В руководимой нами клинике овариотомии подверглось 12 женщин при беременности сроком 14—25 недель. В одном случае опухоль яичника удалили на 34-й неделе беременности. Беременность была сохранена во всех случаях.

Мы считаем, что наиболее бережным методом лечения беременных женщин, у которых обнаружена опухоль яичника, независимо от перекручивания ножки, является радикальный хирургический метод. Консервативный метод ведения больных чреват неожиданностями, тяжелыми осложнениями, и потому мы его отклоняем.

В отношении нашей больной мы будем руководствоваться этими же установками. Мы не сочли возможным откладывать операцию, так как на протяжении 3 дней больная перенесла двукратно приступ острых болей. Даже если бы приступ острых болей не повторился, дальнейшее длительное выжидание привело бы только к образованию более плотных спаек, разделение которых во время операции встретило бы значительные технические трудности.

Методом выбора является брюшностеночное чревосечение, при котором по сравнению с влагалитной операцией создаются более бережные условия для овариотомии. При больших кистах предпочтение отдается продольному разрезу брюшной стенки, при маленьких кистах (кистах) — поперечному надлобковому разрезу.

Из обезболивающих средств мы предпочитаем местную инфильтрационную новокаиновую анестезию, а в ряде случаев применяем кислородно-эфирный наркоз.

27/VIII в 10 часов больная доставлена в операционную. Брюшная стенка обработана спиртом и дважды 10% раствором йода.

Новокаиновый раствор (0,25%) приготовлен по следующей прописи: NaCl—5,0, KCl—0,075, CaCl₂—0,125, Novocaini hydrochlorici—2,5; Sol. Adrenalini hydrochlorici (1:1000) gtt. XX, Aq. destill.—1000,0. Температура раствора в пределах 37°.

По линии предполагаемого разреза (от лобка до пупка) толща кожи инфильтрирована раствором новокаина при помощи тонкой иглы (создана лимонная корка). Анестезия подкожножировой клетчатки произведена более толстой иглой через участки уже анестезированной кожи. После разреза кожи и подкожной клетчатки обнаружен апоневроз, под который введен анестезирующий раствор. Футляры прямых мышц живота туго заполнены раствором. Апоневроз рассечен. Мышцы разъединены частично тупым, частично острым путем. В предбрюшинную клетчатку введено небольшое количество раствора новокаина. После вскрытия брюшины произведена инфильтрация париетальной брюшины вокруг брюшной раны (первый слой вблизи раны, второй — на расстоянии 4—5 см от ее краев). Инфильтрирована также париетальная брюшина в области пупка со стороны брюшной полости.

Больная переведена в положение Тренделенбурга. Кишечник переместился к диафрагме. Введены брюшное зеркало и салфетки. Тонкой длинной иглой анестезирующий раствор введен в ножку кисты. Потягиванием за ножку извлечена киста величиной 5×6 см. В ножку ниже перекручивания введен добавочно раствор новокаина, после чего наложены зажимы Кохера; ножка отсечена между ними.

Во время операции установлено, что перекручивание ножки достигало 360°. Культи ножки перевязана и перитонизирована. Во втором яичнике обнаружено желтое тело. Киста вскрыта, стенка ее тонкая, гладкая; содержимое — прозрачная жидкость. Брюшная рана зашита послойно наглухо. Всего израсходовано 650 мл 0,25% раствора новокаина.

Послеоперационный период без осложнений. В течение 10 дней профилактическое введение 0,5% раствора прогестерона по 1 мл. Больная выписана на 12-й день с сохранившейся беременностью под наблюдение женской консультации.

На X месяце беременности (39 недель) наступили преждевременные роды живым плодом женского пола. Послеродовой период без осложнений.

Э п и к р и з

Н-ва обратилась в женскую консультацию с жалобами на внезапно появившиеся боли внизу живота и в пояснице при беременности около 2 месяцев. Врач консультации заподозрил нарушенную левостороннюю трубную беременность и дал направление в стационар. В связи с тем что боли начали несколько стихать, больная в последующие 2 дня оставалась дома. На 3-й день после первого приступа болей появился второй приступ, в связи с чем больная и поступила в клинику. В гинекологической клинике диагноз внематочной беременности был отвергнут; установлена нормальная 2-месячная беременность в сочетании с перекручиванием ножки кисты левого яичника. Больная подверглась овариоэктомии под местной инфльтрационной новокаиновой анестезией; беременность сохранена. Послеоперационный период протекал без осложнений. На X акушерском месяце произошли роды живым плодом. Послеродовой период без осложнений.

Беременность и миома матки

С-на, 28 лет, поступила в акушерскую клинику 2/III 1950 г. в 19 часов. Умеренные боли внизу живота и в области поясницы, наличие опухоли в животе, которую определил врач консультации, в сочетании с беременностью.

Анамнез. Наследственность неотягощенная. Условия труда и быта вполне удовлетворительные. В детстве перенесла корь, коклюш, в 14-летнем возрасте — малярию, 5 лет назад — брюшной тиф. Рахит, туберкулез отрицает.

Менструальная функция. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4—5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 8 по 12/X 1949 г.

Половая функция. Половая жизнь с 18 лет. В течение последнего полугодия половая жизнь нерегулярная. Последнее половое сношение 2 месяца назад. Первичное бесплодие.

Гинекологических заболеваний не было.

Течение настоящей беременности. Беременность первая. В женскую консультацию впервые обратилась через 2½ месяца после задержки менструаций. Врач обнаружил беременность и опухоль правого яичника, в связи с чем больной была предложена операция; от операции она отказалась, заявив, что желает сохранить и доносить беременность. Вторично посетила консультацию за 2 дня до поступления в клинику (через 5 месяцев после прекращения менструаций) в связи с появлением ноющих болей внизу живота. Врач предложил стационарное лечение, особенно учитывая настойчивое желание больной сохранить беременность.

Общее и акушерское обследование. Температура при поступлении 36,6°. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Вес 61 кг, рост 158 см. Телосложение правильное, подкожножировая клетчатка развита умеренно. Оволосение по женскому типу. Белая линия живота несколько пигментирована. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Соски и околососковые кружки слегка пигментированы, из сосков при надавливании выделяется молозиво. Со стороны органов кровообращения, дыхания, нервной системы, органов пищеварения и мочевых органов отклонений от нормы не обнаружено.

При пальпации брюшной стенки определяется образование, верхняя граница которого на один поперечный палец ниже пупка. Консистенция пальпируемого образования различная; справа сверху — плотная, в остальных отделах — мягкая, характерная для беременной матки. Подвижность образования умеренная, болезненность при пальпации и смещении не отмечается. Шевеление плода не ощущается, сердцебиение не определяется. Размеры таза 25, 28, 31, 21 см. Индекс Соловьева 14 см. Слизистая оболочка наружных половых органов несколько отечна, цианотичной окраски.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, узкое, своды не сглажены, параметрии свободны. Шейка матки при осмотре в зеркалах чистая, несколько разрыхленная, отечная, обращена кзади. Матка мягковатой консистенции, неравномерно увеличена до размеров, соответствующих 20 неделям беремен-

ности. У дна матки и на передней стенке пальпируются небольшие плотные узелки. У правого ребра матки определяется плотной консистенции опухоль величиной с женский кулак, как бы непосредственно переходящая на матку. В связи с наличием опухоли справа создается впечатление, что поперечник матки почти равен ее длиннику.

Моча без особых изменений.

Кровь: Нб 12,5 г% (75 единиц), эр. 4 700 000, л. 6900; РОЭ 22 мм в час.

Какой диагноз? В чем будет заключаться лечение?

1. Беременность 20 недель развивается при наличии миоматозных узлов. Ввиду желания женщины сохранить беременность показана выжидательная тактика.

2. Беременность 20 недель и миома матки. Показана консервативная миомэктомия.

3. Беременность 20 недель и киста (кистаденома) правого яичника. Показано чревосечение, удаление кисты.

4. Беременность 20 недель и правосторонний параметрит. Показано консервативное лечение.

Высказано четыре диагностических предположения.

Вопрос о беременности не вызывает сомнения. Длительность задержки менструации соответствует размеру увеличенной матки. Динамические наблюдения в консультации подтверждают развитие беременности, протекающей при общем хорошем состоянии больной, нормальной температуре, отсутствии лейкоцитоза. Наконец, ускоренная реакция оседания эритроцитов, нагрубание молочных желез и наличие в них молозива, характерная пигментация сосков и средней линии живота находят свое объяснение, если допустить беременность.

Правда, указанные признаки все же недостоверны. Биологическая реакция Ашгейм-Цондека (или Фридмана) окончательно разрешит поставленный вопрос. Ценным диагностическим приемом является и рентгенография, которую можно использовать со второй половины беременности.

Как уже отмечалось, опухоль пальпируемая по правому ребру матки, может представлять собой: 1) миому матки, 2) кистаденому правого яичника, 3) правосторонний параметрит. Последний вариант маловероятен, так как в анамнезе больной нет указаний на воспалительные процессы в малом тазу, а в настоящее время у нее нет ни повышения температуры, ни учащения пульса, ни лейкоцитоза, ни значительного ускорения РОЭ, обычно характеризующих клиническое течение воспаления клетчатки малого таза.

Конечно, можно предположить, что у больной имеет место та стадия развития параметрита, когда экссудат уже приобрел плотную консистенцию, влагалищное и ректальное исследование малоболезненно или совершенно безболезненно. Температура в подобных случаях нормальная или субфебрильная, а общее состояние больной вполне удовлетворительное, т. е. имеется картина заболевания, которая соответствует состоянию нашей больной. Тем не менее мы отклоняем этот диагноз. При параметрите соответствующий свод (в данном случае правый) обычно сглажен, параметрий заполнен затвердевшим инфильтратом, подвижность инфильтрата и матки исключается. У С-ной своды влагалища без изменений, в параметриях нет экссудативного выпота, пальпируемая справа от матки опухоль имеет отчетливые границы, к костям таза не доходит, легко смещается вместе с маткой.

Не имеет ли место у больной сочетание беременности и кистомы правого яичника?

Как известно, большинство кистом, в зависимости от наличия ножки и возможных воспалительных наслоений, обладает той или иной

степенью подвижности, что и предопределяет в известной мере их локализацию. Консистенция кистом обычно эластическая или туго-эластическая: консистенция фибром, теком плотная. Из наблюдения «Беременность и опухоли яичников» (стр. 110) мы уже знаем, что опухоли яичников при беременности, как правило, доброкачественные (в 75% — псевдомуцинозные кистомы) и сравнительно легко отграничиваются от матки. Поскольку у нашей больной опухоль прилежит интимно к ребру матки, мы вправе допустить наличие, быть может, интралигаментарно расположенной кистомы. В этом последнем случае при влагалищном и ректальном исследованиях действительно создается впечатление, что киста на широком основании прилежит к ребру матки и как бы непосредственно сливается с ней. Параметрий выполнен кистой и подвижность ее значительно ограничена.

Проанализировав внимательно данные акушерского обследования нашей больной, можно с известной долей вероятности отклонить и этот диагноз. Дело в том, что пальпируемая опухоль у нашей больной не туго-эластической, а плотной консистенции. Правый свод влагалища не сглажен, в правой параметрии нет опухолей и экссудата. Опухоль располагается не в малом, а в большом тазу.

Остается наиболее правдоподобным диагноз «беременность и миома матки». Пальпируемая справа плотная опухоль является подсерозным миоматозным узлом, который на широком основании примыкает к матке и как бы сливается с ней. Мы вправе говорить о более или менее точной локализации узла: это правая сторона матки, ближе к правому углу. Диагноз подкрепляется наличием мелких подсерозных узелков, пальпируемых у дна и на передней стенке матки. Наличие большого миоматозного подсерозного узла, естественно, нарушило форму беременной матки, что отмечено при акушерском исследовании.

Итак, мы останавливаемся на наиболее вероятном диагнозе: «беременность и миома матки».

По данным Н. П. Романовской, чаще всего встречаются множественные миомы, по форме — чаще субсерозные узлы (70,4%), реже интерстициальные (10%), субмукозные (5,8%), по локализации — интралигаментарные (4,1%), отшнуровавшиеся (0,8%) и смешанные (9%). Частота подобного сочетания беременности с миомой, по литературным данным, колеблется от 0,19% (Институт акушерства и гинекологии АМН СССР, Л. Н. Гранат) до 1,6% (Н. М. Какушкин). Такие же данные мы находим у Шаута (Schauta), Пирсона (Pierson), Пинара (Pinard) и других зарубежных авторов.

Характерно, что среди рожениц, у которых беременность осложнилась миомой матки, первородящие составляют 41,6% [Винкель (Winckel)], 50% (Е. И. Поволоцкая-Введенская) и даже 58% (Л. Н. Гранат), в то время как обычно первородящие составляют только 20—25% общего числа рожениц.

Сочетание беременности и миомы матки встречается чаще в возрасте после 30 лет (во второй половине детородного периода).

По вопросам детородной функции (первичное бесплодие, вынашиваемость, соотношение числа первородящих и повторнородящих, плодовитость повторнородящих) у женщин с миомой матки имеется большая литература.

Так, по данным Уотсона (Watson), Е. И. Поволоцкой-Введенской, при миомах матки прерывание беременности наблюдается чаще, чем при обычной беременности. Однако Л. И. Бубличенко и Л. Н. Гранат не согласны с этим. По данным Московского областного института акушерства и гинекологии (Н. П. Романовская), детородная

Функция у женщин, страдающих миомой, несколько повышена и объясняется «высокой потенциальной энергией яичников».

По другим литературным источникам детородная функция у этой категории женщин понижена, так как наблюдается большой процент бесплодных браков [по В. Ф. Вамбергскому, 28%, по В. С. Груздеву, 43,7%, по В. Н. Орлову, 63,9%; по Штеккелю (Stoeckel), 25%, по Винкелю, 32%, по Шредеру, 33%].

Диагностика беременности при миоме матки в значительной мере затруднена в связи с разнообразной локализацией узлов, их величиной, консистенцией, наличием различных симптомов или бессимптомным клиническим течением болезни. Особенно труден диагноз начальной беременности при множественной миоме (рис. 9). Биологическая реакция Ашгейм-Цондека и периодические повторные исследования помогают поставить правильный диагноз.

По мере развития беременности диагностические трудности значительно уменьшаются. Во второй ее половине, особенно в последние месяцы беременности, легко определяются сердцебиение и шевеление плода. Рентгенография уточняет диагноз.

Обратимся к нашей больной. Из анамнеза мы знаем, что она страдает первичным бесплодием и что бесплодный брак ее крайне угнетает. Вот почему наступление первой беременности на 10-м году замужества чрезвычайно обрадовало больную. Перед акушером поставлена, таким образом, задача не только диагностировать беременность, но и принять профилактические меры к ее сохранению, донашиванию и благополучному родоразрешению.

Как часто и какого характера осложнения наблюдаются у беременных при миоме?

Беременность при миоме чаще протекает без осложнений, женщина нуждается только в периодическом наблюдении. В ряде случаев беременные отмечают боли, кровотечение или нарушение функции органов малого таза (прямой кишки, мочевого пузыря). Еще реже наблюдаются: а) ущемление беременной миоматозной матки (или отдельных узлов), б) разрывы матки, в) заворот кишок, г) поворот по оси беременной матки (или ее перекручивание).

Боли носят обычно разнообразный характер (ноющие, тянущие, схваткообразные). В ряде случаев бывают острые боли, что всегда служит основанием для стационарного лечения. Описаны случаи острых болей, послуживших показанием к чревосечению. Характерно, что при чревосечении в подобных случаях были найдены различной величины подсерозные или интерстициальные узлы. Наиболее вероятной причиной возникновения болей, по-видимому, является нарушение кровообращения (ишемия, некроз узла опухоли), быстрый рост и ущемление миоматозных узлов, особенно при локализации их в малом тазу.



Рис. 9. Множественная миома матки и беременность.

Нередко при беременности, осложненной миомой матки, наблюдается кровотечение, которое и приводит к выкидышу. Частота выкидыша при миомах, по мнению большинства клиницистов, в 2 раза выше, чем при неосложненной беременности. Правда, с этим положением не согласны Л. И. Бубличенко, С. Д. Михнов, Л. Н. Гранат. Послеабортный период при миомах матки сопровождается большей частью лихорадкой (эндометрит, субинволюция матки).

Как ни велик процент донашиваемости при миомах матки (около 80%), все же надо помнить, что беременность может закончиться выкидышем или преждевременными родами. Трудно поэтому гарантировать рождение доношенного, жизнеспособного плода!

Какой тактики мы будем придерживаться в отношении С-ной?

1. Произвести консервативную миомэктомию. Энуклеация скорее всего не повлияет на дальнейшее развитие беременности, а вместе с тем предотвратит осложнения во время предстоящих родов.

2. Локализация миоматозного узла в теле матки не нарушит беременности, а в родах не явится осложняющим фактором. От чревосечения следует отказаться. Консервативно-выжидательная тактика будет более щадящей.

Подвергнем анализу предложенные варианты акушерской тактики.

Что касается консервативной миомэктомии при беременности, то эта операция является достаточно признанной и нашла сторонников в лице таких маститых акушеров, как Н. Н. Феноменов, Л. Л. Окинчич, Г. Ф. Писемский, М. С. Александров, А. Э. Мандельштам, Ашнер (Aschner), Шредер, Ольсгаузен (Olshausen) и др. Институт акушерства и гинекологии АМН СССР (Ленинград) и акушерско-гинекологическая клиника II Московского медицинского института (А. А. Лебедев, К. Н. Удалова) из всех видов оперативного лечения при миомах матки во время беременности считают консервативную миомэктомию методом выбора.

Не подлежит сомнению, что консервативная миомэктомия при беременности может иметь место, но показания к ней должны быть всегда строго индивидуализированы в зависимости от локализации миоматозных узлов, срока беременности и общего состояния беременной (роженицы).

У С-ной миоматозный узел располагается в верхнем отделе матки, достаточно отчетливо выпячивается подсерозно и вместе с тем широким основанием соединен со стенкой матки. Последнее обстоятельство позволяет предположить, что узел большим сегментом погружен в толщу стенки матки. При энуклеации такого узла не исключена возможность вскрытия полости матки. Даже если энуклеация технически будет выполнена удачно, ушивание ложа опухоли может вызвать некоторую деформацию матки и повлечь за собой прерывание беременности.

Приведенные доводы достаточно убедительны, чтобы от миомэктомии отказаться.

Второй вариант, предусматривающий консервативно-выжидательную тактику, является более обоснованным. Как показывает опыт, беременность донашивается и роды обычно протекают без осложнений, если единичные миоматозные узлы (подсерозные, интерстициальные) располагаются в верхних отделах матки. Хорошо известны случаи самопроизвольных родов и при миоматозных узлах, расположенных в нижнем сегменте матки. Уже в первом периоде родов, по мере сглаживания и раскрытия шейки, миоматозные узлы вместе с нижним сегментом перемещаются кверху и тем самым открывают доступ во вход малого таза для опускающейся головки.

Только низко расположенные (глубоко в малом тазу, интралигаментарно или в прямокишечно-маточном углублении) миоматозные узлы, исходящие из надвлагалищной, а тем более из влагалищной части шейки, дают плохой прогноз. Подобная локализация узлов не позволяет им перемещаться во время родов. Родовой канал как бы забит миоматозным узлом (узлами) и самопроизвольные роды исключаются. В этих случаях показана операция в конце беременности или в родах (кесарево сечение с последующей экстирпацией матки). Низкое расположение миоматозных узлов является наиболее серьезным осложнением во время родов и встречается в 2,4% случаев (Л. Н. Гранат).

Локализацию миоматозных узлов (одного большого и нескольких мелких) у нашей больной следует признать благоприятной. Поэтому мы решили сохранить беременность и применить следующую тактику:

1) поскольку беременность при миоме матки в значительном большинстве случаев донашивается до срока и заканчивается самопроизвольным рождением жизнеспособного плода, мы будем придерживаться консервативно-выжидательной тактики;

2) необходимо обеспечить тщательное наблюдение женской консультации, включая в случае необходимости активный патронаж;

3) при появлении симптомов, указывающих на то или иное осложнение, незамедлительно поместить беременную в стационар.

«Лечение при комбинации беременности и фибромиомы должно идти против миомы, но не против беременности» [Винтер (Winter)].

Врач консультации, куда обратилась беременная с жалобами на боли, поступил правильно, поместив ее в стационар.

Такое сочетание, как беременность и миома, необходимо рассматривать как серьезную акушерскую патологию. Ведь известно, что наиболее частым осложнением во время беременности является преждевременное ее прерывание. У беременных, страдающих фибромиомой, действительно имеются предпосылки, которые в значительной мере predisponируют к преждевременному прерыванию беременности (гиперфолликулинемия, дефицит гормона желтого тела). Опыт показывает также, что лучшая профилактика самопроизвольного прерывания беременности, а также возможных осложнений со стороны миомы матки — это своевременная госпитализация больных. Рационально помещать больных в стационар в период формирования плаценты (т. е. между III и IV месяцами беременности).

С-на была помещена в палату патологии беременности, где находилась в течение 8 дней. Уже через 2 дня боли внизу живота и в пояснице прекратились. Больная профилактически получала ежедневно витамин Е в виде синтетического препарата — токоферола внутрь по 3 мг на прием 1—2 раза в день, внутримышечно вводился прогестерон в виде 0,5% масляного раствора по 1 мл.

10/III С-на выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение консультации. На 35-й неделе беременности вновь поступила в акушерскую клинику в связи с ноющими болями внизу живота. Повторно подверглась тому же лечению, что и раньше, в течение 12 дней. После 2-недельного пребывания в домашних условиях больная 12/VII в 15 часов в третий раз поступает в клинику, но уже с начавшейся родовой деятельностью. Схватки появились 4 часа назад.

Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения. Температура 36,5°. Артериальное давление 120/90 мм. Вес 66 кг. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено.

Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки 36 см.

Положение плода продольное, вторая позиция. Предлежащая часть — головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 ударов в минуту, ясное. Лобнозатылочный размер предлежащей головки (при наружном измерении тазомером) равен 11,5 см.

Схватки через 10—12 минут, слабые. Плодный пузырь цел. При пальпации матки справа определяется на широком основании миоматозный узел величиной примерно

8 × 10 см, плотной консистенции. У дна матки и на передней стенке пальпируются небольшие плотные миоматозные узелки.

12/VII в 16 часов влагалищное исследование. Слизистая оболочка влагалища цианотичная. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка укорочена, наружный зев пропускает фалангу указательного пальца. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Все опознавательные пункты костей малого таза доступны для исследования. Экзостозов в тазу нет. Мыс не достигается.

Диагноз в данном случае не вызывает затруднений. Мы вправе сформулировать его следующим образом: беременность сроком около 40 недель, срочные роды, миома матки, начало первого периода родов.

Какие же осложнения во время родов и в послеродовом периоде можно ожидать у роженицы?

Наиболее частыми осложнениями в родах являются преждевременное и раннее отхождение околоплодных вод, а также слабость родовой деятельности, требующая стимуляции. По данным Л. Н. Граната (Институт акушерства и гинекологии АМН СССР), продолжительность родов при миомах матки у перво- и повторнородящих примерно в 1½ раза больше обычной. Частота самопроизвольных родов при миоме составляет от 61,8% (Н. П. Романовская) до 78% (Л. Н. Гранат).

Чрезвычайно велик процент оперативных родов, который достигает, по Л. Н. Гранату, 21,6, по М. Д. Ганелиной, — 25, по Л. И. Бубличенко, — 37,8. В частности, процент операций кесарева сечения колеблется от 5,4 (Л. И. Бубличенко) до 22 [О. Кюстнер (O. Küstner), Ватсон (Watson)]. Широко применяются акушерские щипцы (по Л. Н. Гранату, в 11% случаев).

Из оперативных пособий в последовом периоде чаще всего (в 9—27% случаев) прибегают к ручному отделению и удалению последа в связи с его приращением, а также в связи с кровотечением на почве предлежания плаценты. В послеродовом периоде нередко наблюдается некроз и нагноение миоматозных узлов.

Какой же прогноз у нашей роженицы?

Данные наружного и внутреннего измерения таза не вызывают опасений. Таз достаточно емкий. Размеры головки плода, его длина и предполагаемый вес характерны для плода средних размеров.

Будем следить за развивающейся родовой деятельностью, состоянием плодного пузыря, за сердцебиением плода и общим состоянием роженицы.

12/VII, 19 часов. Схватки средней силы, через 8—10 минут, по 30—35 секунд. По данным наружного исследования, головка вставилась малым сегментом во вход таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 136 ударов в минуту. Воды не отошли.

12/VII, 22 часа 30 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. Схватки средней силы, регулярные, через 6—8 минут. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное. Воды не отошли. Головка, по данным наружного исследования (третий и четвертый приемы Леопальда), находится большим сегментом во входе в таз.

Конечно, более отчетливое представление об уровне стояния головки по отношению ко входу в таз, а равно и в полости малого таза достигается только путем влагалищного исследования. Но в данный момент родов к влагалищному исследованию нет показаний. Сглаживание и раскрытие шейки матки протекают при неразорвавшемся плодном пузыре и хорошо выраженной, эффективной родовой деятельности. Состояние плода и роженицы удовлетворительное.

12/VII, 24 часа. Отошли чистые околоплодные воды в небольшом количестве. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ясное, ритмичное. По данным наружного исследования, головка опустилась в полость малого таза. Потуги через 4—5 минут, по 35—40 секунд, средней силы. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

После отхождения вод решено произвести влагалищное исследование, чтобы выяснить состояние родовых путей и характер вставления предлежащей части.

13/VII, 0 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытие полное. Плодный пузырь отсутствует. Стреловидный шов в левом косом размере. Малый родничок справа и спереди, глубоко опустился в малый газ. Седалищные ости, крестцово-копчиковое сочленение и нижний край лонного сочленения трудно доступны для исследования.

Диагноз: срочные роды, период изгнания (головка в узкой части полости таза).

13/VII, 0 часов 45 минут. Наблюдения показали, что на протяжении последних 5—10 минут сердцебиение плода вне лотуг доходит до 160 ударов в минуту, а затем замедляется до 100—120 ударов в минуту. Назначен кислород, введен 1 мл 10% раствора кардиазола и 50 мл 40% раствора глюкозы внутривенно. Подготовлено все для операции наложения акушерских щипцов.

13/VII, 0 часов 55 минут. В связи с неэффективностью лечебных мероприятий по борьбе с внутриутробной асфиксией плода решено закончить роды операцией наложения акушерских щипцов. Роженица переведена в операционную, где произведено влагалищное исследование. Установлено, что шейка сглажена, раскрытие полное. Плодного пузыря нет. Головка в выходе таза. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок спереди.

Мочевой пузырь опорожнен с помощью катетера. Роженице придано на гинекологическом кресле положение, обычное для влагалищных операций. Под кислородно-эфирным наркозом после соответствующей обработки рук хирурга и операционного поля на головку, стоящую в выходе таза стреловидным швом в прямом размере, наложены щипцы Симпсона в поперечном размере. После пробных тракций, подтвердивших правильность наложения ложек щипцов, было приступлено к собственно тракциям.

Головка выведена в щипцах до прорезывания теменных бугров, после чего ложки щипцов сняты и плод извлечен ручными приемами. Плод женского пола, живой, крик громкий. Вес 3750 г, длина 50 см, окружность головки 35 см.

Послед самостоятельно родился через 40 минут. Общая кровопотеря в родах около 300 мл. Шейка осмотрена в зеркалах, разрывов не обнаружено. Промежность цела. Послеродовая инволюция матки, несмотря на наличие миоматозных узлов, протекала без осложнений. Родильница с ребенком выписалась домой в удовлетворительном состоянии на 12-й день.

Э п и к р и з

С-на страдает миомой матки и первичным бесплодием. Беременность наступила на 10-м году замужества. Локализация одного большого и ряда маленьких миоматозных узлов в верхнем отделе матки позволила акушеру отказаться от консервативной миомэктомии во время беременности и остановиться на консервативно-выжидательной тактике ведения родов и послеродового периода. Во время беременности С-на дважды поступала в родильный дом, где подверглась лечению витамином Е и гормоном желтого тела — прогестероном. Беременность была, таким образом, сохранена и доношена.

Роды, наступившие в срок, вначале протекали без осложнений. В периоде изгнания были установлены угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода. Лечебные мероприятия по борьбе с внутриутробной асфиксией (кислородная ингаляция, внутривенно кардиазол и глюкоза) эффекта не дали. Роды были закончены наложением выходных акушерских щипцов. Последовый и послеродовый периоды протекали без осложнений. Родильница с новорожденной выписана домой на 12-й день.

Беременность и рак шейки матки

Т-ва, 32 лет, поступила в гинекологическую клинику 20/VIII 1952 г. с направлением из женской консультации. Незаживающая язва шейки матки. Беременность сроком 2 месяца.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу; в зрелом возрасте холецистит (в 1947 г.) и частые ангины. Наследственность не отягощена.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились спустя год через 28 дней, по 3—4 дня, довольно обильные, болезненные. Последняя менструация 2 месяца назад. Большая считает себя беременной.

Половая функция. Половая жизнь с 21 года, нерегулярная, libido и оргазм отсутствуют.

Генеративная функция. Первая беременность на 2-м году замужества закончилась срочными родами, вторая и третья беременности — искусственным абортom (в 1950 и 1951 гг.). По данным женской консультации, в настоящее время беременность сроком около 2 месяцев.

История настоящего заболевания. Гинекологическими заболеваниями раньше не болела. Пять месяцев назад обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные выделения из влагалища, иногда с примесью крови. Врач обнаружил эрозию шейки матки. Лечение в поликлинике в течение 5 месяцев эффекта не дало. В связи с этим, а также ввиду наличия 8-недельной беременности больная была направлена в клинику для биопсии и лечения. Реакции Вассермана и Кана отрицательные.

Общее обследование. Состояние больной при поступлении удовлетворительное. Температура 36,8°. Рост 162 см, вес 71 кг. Подкожножировой слой развит хорошо, кожа и видимые слизистые оболочки нормально окрашены. Со стороны внутренних органов отклонений не обнаружено. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/80 мм.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы развиты нормально. Слизистая оболочка вульвы несколько синюшна. При осмотре с помощью влагалищных зеркал на передней губе шейки матки обнаружена неровная, бугристая эрозия величиной с 15-копеечную монету, с резко очерченными краями, кровоточащая при дотрагивании. Выделения слизисто-гнойные, в умеренном количестве.

Двуручное влагалищное исследование. Шейка плотная, особенно передняя губа, своды выражены нормально. Тело матки несколько размягчено, отклонено назад, легко выводится. Матка увеличена соответственно 8 неделям беременности. Придатки не пальпируются. Параметрии свободны. На исследуемом пальце незначительные кровянистые выделения.

Какой диагноз?

1. Беременность 8 недель. Истинная эрозия шейки матки.
2. Беременность 8 недель. Язва на шейке, по-видимому, ракового происхождения. Необходимо уточнить диагноз.

Наличие беременности не вызывает сомнения. Значительно сложнее дифференциальная диагностика характера язвенного процесса на шейке матки. В порядке онкологической настороженности врач обязан подумать о возможности карциноматозной язвы. Как известно, симптоматология рака влагалищной части шейки матки (как и шеечного канала) в ранних стадиях развития не является специфической, патогномоничной. Бели и кровянистые выделения наблюдаются и при целом ряде других заболеваний шейки матки (туберкулезная язва, первичная сифилитическая язва, изъязвившийся эктропион, эрозия).

При туберкулезном поражении шейки матки нередко наблюдается язва, которая во многом напоминает карциноматозную как консистенцией и бугристостью (вследствие наличия просовидных милиарных бугорков), так и распадом ткани. Правда, туберкулез шейки матки, как правило, явление вторичное и к тому же крайне редкое. Первичный очаг в этих случаях надо искать в легких, костном скелете, почках или брюшине.

У нашей больной указаний на туберкулез не имеется, поэтому с известной долей вероятности можно отклонить этот диагноз.

Диагностировать микроскопически первичную сифилитическую язву крайне трудно. Большей частью она локализуется на передней губе, имеет округлую форму, края ее не подрыты, но достаточно отчетливо очерченны как бы демаркационной чинией. Сифилитическая язва характеризуется выраженным склерозом, который придает ей плотную, а иногда хрящевую консистенцию. Дно язвы гладкое и имеет коричнево-красный оттенок.

Следует, однако, помнить, что все перечисленные признаки первичной сифилитической язвы, подобно карциноматозной, не являются патогномоничными. Макроскопическая картина сифилитической язвы мо-

жет варьировать в больших пределах и затруднять дифференциальную диагностику.

Если первичная сифилитическая язва на шейке матки явление редкое, то еще реже встречается распадающаяся гумма. Гумма — язва обычно покрыта налетом, глубока, края ее острые, подрытые. Серологическая реакция Вассермана в этих случаях будет ценным диагностическим методом. У нашей больной реакции Вассермана и Кана, проведенные в консультации, отрицательные. Макроскопически картина язвы шейки не похожа на описанные два варианта сифилитической язвы.

Вопрос об изъязвившемся эктропионе отпадает, поскольку шейка матки не имеет боковых разрывов, которые обычно и влекут за собой выворот слизистой оболочки шеечного канала.

Чаще всего врачу в практической работе приходилось иметь дело с эрозией шейки матки, которая в ряде случаев длительно существует, трудно поддается лечению и часто рецидивирует. Остановимся на отличительных особенностях эрозии и рака шейки матки, которые следует всегда помнить.

Эрозия шейки матки

1. Поражается только слизистая оболочка
2. Поверхность гладкая, бархатистая
3. Переход здоровой ткани в эрозированную постепенный
4. Консистенция эрозии мягковатая, склероза ткани нет
5. Проба Хробака отрицательная
6. Проба Шиллера отрицательная
7. Консервативному лечению общепринятыми методами поддается сравнительно легко
8. Кровянистые выделения наблюдаются редко

Рак шейки матки

1. Кроме слизистой оболочки, в процесс вовлекается мышечный слой
2. Поверхность опухоли неровная, бугристая
3. Края резко отграничены
4. Консистенция плотная, ткани склерозированы
5. Проба Хробака положительная
6. Проба Шиллера положительная
7. Консервативному лечению, показанному при эрозиях, не поддается.
8. Характерные контактные кровянистые выделения

Визуальный и пальпаторный методы обследования язвы шейки у нашей больной дают достаточно оснований заподозрить ее карциноматозный характер (плотная, бугристая язва с резко очерченными краями, легко кровоточащая при влажалищном исследовании). Однако на основании только осмотра и пальпации остановиться с полной уверенностью на таком диагнозе, как рак шейки матки, нельзя. В этих случаях речь может идти только о вероятном диагнозе.

Какими же диагностическими методами следует дополнительно воспользоваться, чтобы вероятный диагноз стал достоверным?

Наиболее испытанным и ценным диагностическим методом следует признать биопсию (клиновидное иссечение ткани) с гистологическим исследованием. Ценным является также метод поверхностного соскоба язвенных участков шейки матки (В. А. Мандельштам). Добытый материал подвергается окраске одним гематоксилином Карацци. Методика проста по технике, затрата времени минимальная, микроскопическая картина четкая. При этом надо учитывать, что нет ни одного признака, патогномичного для одиночной раковой клетки; диагноз

рака может быть поставлен лишь при сочетании ряда атипических признаков в комплексе клеток.

Что касается цитологического исследования влагалишных мазков, то из многочисленных методов заслуживает внимания метод микроскопического исследования специально окрашенных препаратов — мазков, полученных из язвенной поверхности и шейечного канала (лучше путем аспирации). Однако достоверность диагноза все же необходимо проверять методом биопсии.

Биопсию желателно проводить в стационарных условиях во всех случаях, когда имеется хотя бы небольшое подозрение на злокачественное образование. Наиболее рационально производить биопсию непосредственно перед операцией, пользуясь для этой цели экспресс-диагностикой.

Для уточнения диагноза у нашей больной было произведено клиновидное иссечение наиболее подозрительного на рак язвенного участка с частью здоровой ткани. Через час после биопсии мы получили патологоанатомическое заключение: ороговевающий плоскоклеточный рак шейки матки. Таким образом, у больной была установлена беременность сроком 8 недель и плоскоклеточный рак шейки матки I стадии.

Случай сочетания беременности и рака матки наблюдаются и изучаются давно, однако до настоящего времени не существует единства мнений по вопросу о взаимном влиянии этих двух процессов. Большинство авторов как русских (В. С. Груздев, В. С. Глузман, К. Н. Жмакин, Ф. А. Сыроватко, Л. А. Шуссер, С. Д. Бененсон и др.), так и иностранных [Ольсгаузен, Бумм (Bumm), Кюстнер и др.] полагают, что беременность способствует быстрому развитию ракового процесса. Это мнение подтверждается и экспериментальными работами (Н. А. Кроткина, Я. М. Аскинази), доказывающими, что рост злокачественных опухолей у мышей под влиянием беременности ускоряется.

В противоположность этому ряд авторов [Вертгейм (Wertheim), А. Мейер (A. Majer) и др.] отрицают неблагоприятное влияние беременности на развитие ракового процесса. Согласно экспериментальным исследованиям К. П. Улезко-Строгановой, Н. Френкеля, рост опухоли под влиянием беременности задерживается.

Не существует единого мнения и по вопросу о влиянии лактации на развитие рака. Большинство авторов, в том числе и мы, все же склонны полагать, что в результате лактации наблюдается более ускоренное развитие карциномы [В. С. Груздев, В. С. Глузман, Н. П. Лебедев, Е. Опитц (E. Opitz) и др.]. К. П. Улезко-Строганова, в частности, установила, что с прекращением беременности рост карциномы ускоряется.

Частота беременности среди больных раком шейки матки, по данным различных авторов (Н. П. Лебедев, Ф. А. Сыроватко), колеблется в пределах от 1,3 до 4,2%. Характерно, что прогрессирование злокачественного процесса в шейке матки в большей части случаев не нарушает развития беременности. Мы наблюдали 19 больных, у которых был выявлен рак шейки матки при беременности (10 женщин) и в период лактации (9 женщин). Срок беременности у этих больных колебался от 2 до 9 акушерских месяцев. К. М. Петров (Сталинградский областной онкологический диспансер) сообщил о 49 больных, у которых рак шейки матки был диагностирован при беременности (22 больные) и в лактационном периоде (27 больных). Только 4 из 22 больных поступили в клинику с симптомами неполного выкидыша. По данным Г. Г. Гентера, «в 30—40% случаев наступает выкидыш вследствие

распространения инфекции из распадающегося новообразования на плодное яйцо и эндометрий».

Клиническая симптоматология развития рака шейки матки при беременности не отличается от таковой у небеременных женщин. Поэтому следует быть особенно настороженным в тех случаях, когда во время беременности наблюдаются кровянистые выделения (хотя бы в виде капель крови). Появление этих симптомов не всегда следует относить за счет беременности.

Есть основания думать, что беременность может наступить при раке шейки матки. Убедительным примером этого служат случаи выявления рака шейки матки (в I и II стадиях) в первые месяцы беременности. Так, мы лично выявили у 3 женщин в сроки от 6 до 11 недель беременности рак шейки матки I стадии (у одной женщины) и II стадии — влагалищный вариант (у 2 женщин). Особого внимания заслуживают наблюдения К. М. Петрова. Из 22 больных, у которых рак шейки матки был обнаружен в различные сроки беременности, у 12 рак шейки матки I и II стадии был установлен в первые 6—8 недель беременности. Мы также вправе допустить мысль, что роды доношенным плодом возможны при ранних фазах ракового процесса в шейке матки. Так, К. М. Петров наблюдал у 27 кормящих матерей на протяжении лактационного периода различные стадии рака шейки матки. Особого внимания заслуживают пять наблюдений, краткие данные о которых мы приводим.

1. Т-ко, 33 лет. Срочные роды 29/III 1951 г. Через месяц в онкологическом диспансере установлен рак шейки матки, экзофитная форма, параметральный вариант с поражением прямой кишки, IV стадия.

2. П-ая, 43 лет. Срочные роды 20/XII 1954 г. Через 2 месяца (24/II 1955 г.) в онкологическом диспансере диагностирован рак шейки матки, экзофитная форма, маточно-влагалищно-параметральный вариант, III стадия.

3. К-на, 39 лет. Срочные роды 23/II 1953 г. Через 2 месяца (27/IV) установлен рак шейки матки, экзофитная форма параметральный вариант, II стадия.

4. Д-ва, 26 лет. Срочные роды 30/III 1955 г. Через 2½ месяца (11/VI) онкологическим диспансером подтвержден рак шейки матки, экзофитная форма, параметральный вариант, II стадия.

5. А-ва, 40 лет. Срочные роды в мае 1955 г. В августе диспансером установлен рак шейки матки, влагалищно-параметральный вариант, III стадия.

Материнская смертность от рака шейки матки, выявленного во время беременности и лактационного периода, продолжает оставаться высокой. Из 68 больных, которых наблюдали мы и К. М. Петров, умерло в разные сроки (от 2 месяцев до 6 лет) после лечения (операция, лучевая терапия) 42. Особенно велика смертность в группе кормящих матерей: из 36 умерло 28 женщин.

Что следует предпринять, если обнаружен рак шейки матки в сочетании с беременностью?

Внимание практического врача в подобных случаях привлекают вопросы тактики. Не подлежит сомнению, что интересы матери должны стоять на первом плане. В операбельных случаях независимо от срока беременности необходимо срочно произвести расширенную экстирпацию матки с последующей рентгенотерапией. В запущенных случаях показано прерывание беременности, а в дальнейшем лучевое лечение.

После всего изложенного не представляет трудности выбор тактики и в нашем случае.

Поскольку рак шейки матки у больной не выходит за пределы I стадии, т. е. является операбельным, решено подвергнуть больную расширенной экстирпации матки с придатками и последующей рентгенотерапии. Согласие на операцию получено.

Из существующих двух методов оперативного пособия при раке шейки матки — влагалищного и брюшностеночного предпочтение следует отдать брюшностеночному методу расширенной экстирпации. Этот метод дает больший доступ к операционному полю и облегчает удаление не только матки с придатками, но и параметральной клетчатки и лимфатических узлов. Современные методы предоперационной подготовки (тонизация сердца, профилактическое переливание крови), комплекс противошоковых мероприятий во время операции (переливание крови, противошоковых растворов), щадящие методы обезболивания (кислородно-эфирное, местная инфильтрационная и проводниковая новокаиновая анестезия), а также применение во время и после операции сульфаниламидных препаратов и особенно антибиотиков (пенициллин, стрептомицин) способствовали значительному снижению процента летальности. Если еще совсем недавно (25—30 лет назад) первичная смертность после расширенной экстирпации матки колебалась нередко в пределах 2—15%, а иногда и выше, то в наши дни смертность от этой операции рассматривается как чрезвычайное событие. По данным гинекологической клиники ЦИУ, на 795 операций по поводу рака шейки матки (I и II стадии) процент смертности равняется около 0,4 (2 больные погибли от операционного шока и одна — от перитонита).

Предоперационная подготовка нашей больной состояла в переливании 250 мл консервированной одногруппной крови (поскольку гемоглобин был в пределах 11,5 г%, или 69 единиц) и обработке в течение 4 дней язвы шейки матки (апликация тампонов, пропитанных раствором пенициллина).

25/VIII в 10 часов влагалище обработано спиртом и йодом, к шейке подведен марлевый тампон, пропитанный пенициллином. Чревосечение под кислородно-эфирным обезболиванием (эфира израсходовано 80 мл). После соответствующей обработки кожи живота произведен продольный срединный разрез от лона до пупка на протяжении 12 см. При ревизии органов малого таза обнаружено, что матка увеличена соответственно 8 неделям беременности, подвижна. Придатки без изменений. В правом яичнике желтое тело. Произведена расширенная экстирпация матки с придатками и параметральной клетчаткой, лимфатическими узлами и верхней третью влагалища. Зияющее влагалище зашито наглухо узловыми кетгутowymi швами. Произведена перитонизация.

В брюшную полость введено 400 000 единиц пенициллина. Брюшная стенка восстановлена послойно наглухо.

Назначения: 1) тяжесть на живот (мешочек с песком); 2) 2 мл 2% раствора камфары подкожно; 3) следить за мочеиспусканием; 4) на ночь профилактически сухие банки на грудь и 1 мл 2% раствора пантопона подкожно; 5) на следующее утро круговые банки (на грудь и спину).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Разрешено сидеть в постели на 6-й день, ходить по палате на 7-й день. Скобки сняты на 9-й день. Сращение первичным натяжением. Выписана домой на 16-й день в удовлетворительном состоянии для проведения курса рентгенотерапии в поликлинических условиях.

На 20-й день после операции начата рентгенотерапия. Облучение с двух полей, по 250 г на поле, всего 12 000 г.

После операции прошло 4 года. Здоровье Т-вой удовлетворительное; она трудоспособна, работает на прежнем месте.

Э п и к р и з

Т-ва страдает раком шейки матки I стадии в сочетании с беременностью сроком 8 недель. Произведена расширенная экстирпация матки с придатками, параметральной клетчаткой и лимфатическими узлами. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Через 3 недели после операции был проведен полный курс рентгенотерапии (12 000 г).

При обследовании через 4 года рецидива не выявлено.

ГЛАВА IV

МНИМАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Мнимая беременность, возникшая после расширения канала шейки матки

Б-ва, 28 лет, направлена в акушерско-гинекологическую клинику 20/X 1928 г. для госпитализации с целью уточнения диагноза.

Анамнез. Перенесенные заболевания не помнит. Жила в крайне неблагоприятных материально-бытовых условиях.

Менструальная функция. Менструации с 17 лет, через 4—6 недель, по 2—3 дня, болезненные, в умеренном количестве. Последняя менструация с 27 по 28/II 1928 г.

Половая функция. Замужем 8 лет. Беременностей не было. Мужу 30 лет, женат впервые. При обследовании мужа изменений спермы не установлено. Супруги очень хотят иметь ребенка.

История настоящего заболевания. В начале января 1928 г. Б-ва была осмотрена опытным врачом; он произвел (в стационаре) расширение канала шейки матки и сказал, что после этой операции, возможно, скоро наступит беременность. Б-ва очень обрадовалась. Ближайшая менструация не наступила; появилась тошнота по утрам, хотелось острого и соленого. В дальнейшем Б-ва отметила увеличение живота, а после 5 месяцев почувствовала движения плода. В женской консультации был поставлен диагноз маточной прогрессирующей беременности. Отмечалось нагрубание молочных желез, незначительная пигментация околососковых кружков; объем живота увеличивался; появилась наклонность к запорам. На 9-м месяце аменореи врач консультации усомнился в правильности своего диагноза и направил Б-ву в акушерско-гинекологическую клинику.

Общее и акушерское обследование. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура 36,6°. Обращает на себя внимание фигура и осанка женщины: плечевой пояс несколько откинут назад, живот резко выпячен, как при доношенной беременности. Кожа лица незначительно пигментирована в форме бабочки (*chloasma uterina*); околососковые кружки также слегка пигментированы; из молочных желез выделяется в небольшом количестве густой секрет желтоватого цвета. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Артериальное давление 120/70 мм. Передняя брюшная стенка равномерно выпячена, резко напряжена; срединная линия живота слегка пигментирована; окружность живота 105 см. При пальпации тело матки, мелкие части, головка плода, его сердцебиение, движения не определяются. Во время перкуссии передней брюшной стенки во всех отделах высокий тимпанический звук.

Наружные половые органы несколько гипопластичны, незначительный цианоз слизистой оболочки вульвы и влагалища. Влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал. Шейка матки конической формы, слегка размягчена и цианотична, наружный маточный зев имеет округлые очертания. Ввиду значительного напряжения передней брюшной стенки тело матки плохо контурируется; оно как будто не увеличено; через своды предлежащая часть не определяется.

При исследовании мочи патологических изменений не обнаружено.

Какой диагноз?

1. Беременность 9 месяцев. Многоводие.
2. Беременность 9 месяцев. Мертвый плод.

3. Асцит.
4. Опухоль (кистаденома) яичника.
5. Мнимая беременность.

Данные анамнеза и особенно обследования Б-вой действительно необычны. Они заставляют серьезно обдумать, каковы же причины обнаруженных изменений. При этом необходимо учитывать, что могут серьезно ошибаться те врачи, которые упускают из виду возможность поступления в родильный дом женщин с так называемой мнимой беременностью, опухолью или асцитом.

Предположение о беременности правильно поставлено на первое место, так как у Б-вой имеется ряд объективных признаков, характерных для беременности: задержка менструаций, увеличение живота, пигментация лица, околососковых кружков и срединной линии живота; из субъективных признаков укажем на ощущение движений плода, которое испытывает женщина. Однако при объективном обследовании мы не обнаружили ни одного из достоверных признаков беременности, т. е. ни сердцебиения, ни крупных или мелких частей плода, ни движений его. Может быть, имеется беременность и многоводие или беременность мертвым плодом? При многоводии пальпация живота крайне затрудняется; трудна также аускультация сердцебиения и движений плода. Но против диагноза беременности говорит отсутствие сочности стенки влагалища, резкого цианоза и плотная консистенция шейки матки. Диагностические затруднения можно разрешить с помощью рентгенографии, но испробуем сначала клинические приемы, а если они не дадут эффекта, произведем рентгенографию.

Диагностика беременности мертвым (мацерированным) плодом также может представлять большие трудности. Характерное наблюдение приводит А. П. Губарев в своей книге «Наружное и внутреннее акушерское исследование» (Москва, 1910).

В родильное отделение к проф. Тарнье (Tarnier) (Париж) поступила роженица; последняя менструация была у нее 9 месяцев тому назад. Тарнье дважды исследовал больную, но не мог контурировать матку, прощупать мелкие части плода и прослушать его сердцебиение. Диагноз беременности был отвергнут, и больную перевели в гинекологическое отделение к Шампетье де Риб (Schampetier de Ribes). Ее осмотрели Будэн (Budin), Пинар и Шампетье де Риб, которые установили беременность мертвым плодом. Больная вновь была направлена к проф. Тарнье и через 2 суток родила мертвый мацерированный плод весом 640 г, длиной 33 см. Диагностические трудности связаны с большой дряблостью стенок матки и мацерацией недоношенного плода.

Что касается предположения об увеличении объема живота вследствие асцита, то против этого говорит форма живота (при асците живот растянут в стороны, как у лягушки) и отсутствие притупления перкуторного тона; последний признак говорит также и против диагноза опухоли (например, кистаденомы яичника).

Таким образом, диагностика представляется нелегкой и весьма ответственной. Принимая во внимание столь сложную ситуацию, мы с согласия больной решили осмотреть ее под ингаляционным наркозом.

22/X произведен осмотр под эфирным наркозом. Установлено, что матка маленькая, подвижная, в антефлексии; какой-либо опухоли, исходящей из матки, придатков матки или других органов брюшной полости, не обнаружено.

Когда Б-ва узнала, что у нее нет беременности, она была очень опечалена. В течение ближайшей недели объем живота уменьшился до нормальных размеров, ощущения движений плода исчезли. 29/X Б-ва была выписана из клиники.

Какой же окончательный диагноз?

Мнимая беременность.

Состояние мнимой беременности встречается как у вполне здоровых женщин, так и у некоторых психически больных. О возможности воз-

никновения мнимой беременности под воздействием импульсов, идущих из высших отделов центральной нервной системы, писал И. П. Павлов (1935): «известен такой случай самовнушения, как симптом мнимой беременности. При нем происходит вступление в деятельное состояние молочных желез и отложение жира в брюшных стенках, что симулирует беременность. И это исходит из головы, из ваших мыслей, из ваших слов, из больших полушарий для того, чтобы влиять на такой тихий, истинно вегетативный процесс, как увеличение жировой ткани»¹.

Приведенное наблюдение является ярким примером влияния центральной нервной системы на физиологические процессы, характерные для организма женщины. Б-ва, будучи в течение 8 лет бесплодной в браке, страстно хотела стать матерью. Заключение опытного высококвалифицированного специалиста о возможности наступления беременности создало у нее твердую уверенность в этом и повлекло за собой аменорею и возникновение ряда субъективных признаков беременности (тошнота, изменение вкуса).

Подтверждение врачом женской консультации диагноза беременности еще больше убедило Б-ву в справедливости прогноза опытного клинициста и обусловило в дальнейшем появление таких признаков, как пигментация лица, околососковых кружков, увеличение живота, ощущение движений плода. После того как диагноз беременности был окончательно отвергнут, все субъективные и объективные признаки, свойственные беременности, весьма быстро исчезли.

Х. С. Умарова и Т. И. Шамшина (1952) наблюдали 12 женщин с мнимой беременностью; семь из них страстно мечтали о материнстве, пять боялись наступления беременности. У этих женщин возникли следующие симптомы беременности: аменорея, тошнота, рвота, увеличение живота, нагрубание молочных желез, пигментация сосков, ощущение шевеления плода, отложение жира в подкожной клетчатке живота.

Если беременность развивается до намеченного срока родов, то возможно наступление схваток.

Классическое описание течения и завершения подобной беременности у сербской королевы Драги дано В. Ф. Снегиревым в его книге «Маточные кровотечения» (1907). Королевская чета очень хотела иметь ребенка — будущего наследника престола. И вот у Драги прекратились менструации, появилась тошнота, изредка бывала рвота, изменился вкус, возникли частые позывы на мочеиспускание. После двухмесячной аменореи врач подтвердил диагноз беременности; было предписано усиленное питание, ограничение движений. Вслед за прекращением менструаций Драга отметила нагрубание молочных желез; из них отделялась желтоватая жидкость. После 5 месяцев аменореи «беременная» почувствовала движения плода, которые были весьма болезненными. К концу «беременности» окружность живота достигла 120 см; за 2 недели до срока предполагаемых родов живот «опустился». На 9 месяце аменореи начались «родовые схватки». Врачи приготовили все для ведения родов, но прошло 24—28 часов, а «роды» не наступали. Приглашенный на консультацию В. Ф. Снегирев установил мнимую беременность. Таким образом, в конце мнимой беременности закономерно развиваются «родовые схватки».

Нам известен случай повторного возникновения мнимой беременности и родов. У женщины 27 лет, страдавшей в течение 7 лет бесплодием и страстно желавшей стать матерью, наступила аменорея, появи-

¹ И. П. Павлов, Полное собрание сочинений. Т. 3, кн. 2. М., 1951, стр. 410.

лась рвота. После 5-месячной аменореи увеличился объем живота, женщина стала ощущать движения плода. Исследование было крайне затруднено ввиду значительного отложения подкожножировой клетчатки и напряжения брюшных стенок. Врач-акушер произвел исследование под наркозом и поставил диагноз беременности 5 месяцев. На 10-м месяце «беременности» начались «родовые схватки». Был вызван врач, который приготовил все для ведения родов; однако через 2 дня схватки прекратились, «родоразрешения не произошло». Спустя 2 года повторились совершенно аналогичные явления; вновь был поставлен ошибочный диагноз беременности и вновь на 10-м месяце начались «родовые схватки», но ожидаемого «родоразрешения» не наступило. Подобный случай повторного наступления «родов» при мнимой беременности описан также П. В. Днепровым (1936).

К другой группе случаев мнимой беременности относится следующее наблюдение.

Д-ва, 39 лет, поступила в городской родильный дом из районной больницы 4/VII 1942 г. с диагнозом: подозрение на предлежание плаценты. Беременность, по ее словам, четвертая; первые три беременности закончились нормальными срочными родами; третьи роды были в 1936 г. С 34 лет менструации нерегулярные, с задержкой на 3—4 месяца; последняя менструация была в октябре 1941 г., числа не помнит. При аменорее в течение 3 месяцев обратилась к врачу, который диагностировал беременность. Еще через 2 месяца ощутила движения плода; однако они были менее отчетливыми, чем во время предыдущих беременностей. Объем живота постепенно увеличивался. В марте 1942 г. повторно обратилась к врачу, который вновь подтвердил диагноз прогрессирующей беременности. При осмотре в конце мая врач в третий раз поставил тот же диагноз и сказал, что наступления родов следует ожидать в начале июля. 2/VII у Д-вой внезапно появились кровянистые выделения из влагалища. 4/VII она была осмотрена врачом и направлена в городской родильный дом с подозрением на предлежание плаценты.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура 36,4°, пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 125/80 мм. Из влагалища темные кровянистые выделения в небольшом количестве. Молочные железы дряблые, секрет из сосков не выделяется, околососковые кружки не пигментированы. Живот резко выпячен; окружность его 106 см. Части плода не определяются; сердцебиение и толчки плода не выслушиваются. При перкуссии по срединной линии тупой звук. Во время пальпации определяется опухоль туго-эластической консистенции, по величине соответствующая матке при 10-месячной беременности. Слева, на 5 см выше лона, определяется тело продолговато-овальной формы, плотной консистенции, ограниченно подвижное, по форме напоминающее матку.

Наружные половые органы без особых изменений; слизистая оболочка влагалища слегка цианотична. Произведено влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал. Шейка матки цилиндрической формы, несколько цианотична, оттянута влево и впереди; консистенция ее плотная; зев имеет вид поперечной щели; пройти через внутренний зев пальцем не удается; из канала шейки кровянистые выделения темного цвета в небольшом количестве. Шейка переходит в тело, вытянуто-овальной формы; верхний полюс его находится на 5 см выше лона. Кзади и справа определяется нижний полюс опухоли туго-эластической консистенции, верхняя граница которой на 34 см выше лона; опухоль мало подвижна. Никаких сокращений опухоли и матки не определяется.

Какой диагноз?

1. Беременность мертвым плодом.
2. Беременность мнимая, кистаденома яичника.

В пользу первого диагноза говорит аменорея в течение 10 месяцев, ощущение движений плода в течение второй половины беременности, отсутствие сердцебиения плода в настоящее время. Что же представляет собой тело вытянуто-овальной формы, верхний полюс которого пальпируется на 5 см выше лона? Это тело матки, так как при пальпации определяется переход его в шейку; кроме того, шейка плотной консистенции и совершенно не похожа на шейку матки при доношенной беременности. Опухоль, расположенная кзади и справа от матки, по ве-

личине соответствует матке при доношенной беременности, однако она пальпируется отдельно от матки и, вероятнее всего, исходит из придатков матки (яичника); туго-эластическая консистенция опухоли также характерна для кистаденомы яичника, а не для беременной матки. Как же объяснить то, что Д-ва с 5-го месяца аменореи ощущала движения плода, а также появление у нее кровянистых выделений?

Для объяснения указанных симптомов надо учесть следующее: 1) задержка менструаций по 3—4 месяца наблюдалась у Д-вой уже с 34 лет; в настоящее время аменорея длится уже 10-й месяц; это могло расцениваться и больной, и врачом как симптом наступившей беременности; 2) при повторных осмотрах врач поставил диагноз прогрессирующей беременности и в справедливости этого диагноза убедил и больную; 3) увеличение живота способствовало закреплению у больной уверенности в том, что она беременна. Сочетание всех указанных обстоятельств и прежде всего авторитетное слово врача обусловили возникновение и таких признаков беременности, как ощущение (правда, менее ясное, чем обычно) движений плода. Что касается кровянистых выделений из матки, то это может быть возобновившаяся менструация.

Итак, наш окончательный диагноз: кистаденома яичника, мнимая беременность.

Больная не сразу поверила в правильность этого диагноза и выпилась из родильного дома. Она поступила вновь для операции лишь к концу месяца, когда убедилась, что родовые схватки не наступили и «движения плода» прекратились. На операции диагноз кистаденомы правого яичника подтвердился. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Возникновение симптомокомплекса мнимой беременности у психически больных хорошо известно психиатрам и встречается нередко. О возможности такого симптомокомплекса необходимо помнить акушеру-гинекологу.

Эпикриз

Б-ва поступила в клинику для уточнения диагноза. При разборе анамнеза и исследовании установлено, что у больной первичное бесплодие в течение 8 лет. Врач 8 месяцев назад расширил больной канал шейки матки и сказал, что в скором времени может возникнуть беременность. Ближайшая менструация не наступила. В дальнейшем врач подтвердил диагноз прогрессирующей беременности. Появились такие признаки, как увеличение живота, ощущение движений плода, пигментация лица, околососковых кружков, срединной линии живота. При осмотре на 9-м месяце аменореи никаких достоверных признаков беременности не оказалось; матка плотная, не увеличена; опухоли в брюшной полости, которая могла бы обусловить увеличение живота, также не было обнаружено. Поставлен диагноз мнимой беременности.

После того как больная узнала, что диагноз беременности был ошибочным, живот весьма быстро уменьшился до нормальных размеров.

Г Л А В А V

АБОРТ. ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность 7 недель. Самопроизвольный начинающийся аборт

А-ва, 23 лет, обратилась в женскую консультацию 14/VIII 1955 г. по поводу тупых болей в пояснице и незначительных кровянистых выделений из влагалища. Заболела 2 дня тому назад; причины заболевания не знает.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину, дифтерию. Взрослой болела малярией (в 16 лет), брюшным тифом (в 18 лет), пневмонией (в 20 лет). Материально-бытовые условия в семье родителей были неблагоприятными.

Менструальная функция. Менструации с 17 лет, первый год были нерегулярными, скудными, болезненными, наступали через 1½—3 месяца, продолжались по 2—3 дня. С 18 лет менструации через 4 недели, по 3 дня, необильные, болезненные; боли появляются за 1—2 дня до менструации и продолжаются в первый день ее. После замужества менструальный цикл не изменился, но болезненность при менструациях значительно уменьшилась. Последняя менструация с 24 по 26/VI 1955 г., т. е. 7 недель назад.

Половая функция. Половая жизнь с 21 года. Мужу 24 года, здоров.

История настоящего заболевания. Последние 2 недели повышенная раздражительность, тошнота, иногда рвота по утрам, нагрубание молочных желез; появилось стремление к острому, соленому.

Общее и акушерское обследование. Состояние удовлетворительное. Конституция астеническая. Температура 36,6°. Пульс 74 удара в минуту. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Волосистость в подмышечных впадинах выражена недостаточно, на лобке по мужскому типу, умеренная. Язык влажный, не обложен. Подкожножировая клетчатка выражена умеренно. Подчелюстные, шейные и паховые лимфатические узлы не увеличены. Нагрубание молочных желез, форма их конусовидная; околососковые кружки темно-бурой окраски; хорошо выражены тельца Монтоммери. При давлении на молочную железу выделяется в небольшом количестве желтый густой секрет.

Патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не установлено. Артериальное давление 125/80 мм.

Малые половые губы не прикрыты большими, задняя спайка образована малыми губами. Со стороны уретры и бартолиновых желез патологических изменений не обнаружено. Девственная плева в виде hymen defloratus. Промежность высокая. В окружности заднепроходного отверстия патологических изменений нет.

Осмотр с помощью зеркала. Стенки влагалища и влагалищная часть шейки матки сочные, цианотичные; наружный маточный зев округлой формы, из канала шейки матки кровянистые выделения в незначительном количестве.

Двуручное исследование. Слизистая оболочка влагалища рыхлая; влагалищная часть шейки матки конической формы, размягчена, наружный зев матки пропускает кончик пальца. Матка в антефлексии, шарообразной формы, мягкой консистенции увеличена соответственно 7 неделям беременности. Признак Горвица-Гегара положительный. Пальпация матки не болезненна, придатки не пальпируются.

При клиническом исследовании крови и мочи патологических изменений не обнаружено.

Какой диагноз?

1. Воспаление матки и ее придатков.
2. Миома матки.
3. Маточная беременность. Аборт.
4. Внематочная беременность.

Воспаление внутренних половых органов (эндометрит, сальпингооофорит) нередко осложняется метроррагией. Однако при исследовании А-вой мы не обнаружили никаких признаков воспаления внутренних половых органов. Таким образом, диагноз воспалительного процесса половых органов нельзя считать обоснованным.

При развитии миомы матка плотной консистенции, нередко с бугристой поверхностью. Исследование больной показало, что матка у нее не плотной, а мягкой консистенции, с ровной поверхностью, симптом Горвица-Гегара положительный. Таким образом, нет основания и для диагноза миомы матки.

Данные анамнеза (задержка менструации на 7 недель, нагрубание молочных желез, повышенная раздражимость, появление прихотей в еде) и объективного обследования (увеличение матки соответственно сроку задержки менструации, мягкая консистенция матки, положительный симптом Горвица-Гегара, цианоз и разрыхленность влагалищной части шейки матки и стенок влагалища, нагрубание молочных желез, четко выраженные железки Монтгомери, выделение секрета из молочных желез) говорят в пользу диагноза беременности. Отсутствие признака Пискачека, т. е. неравномерного увеличения правого и левого угла матки, не говорит против беременности. Итак, первоначальный диагноз: беременность сроком 7 недель. Но где же развивается эта беременность: в матке или вне ее (в трубе)?

По сводным данным А. Д. Аловского, внематочная беременность чаще всего (в 60—80%) возникает у женщин, перенесших воспаление половых органов. При наиболее частой форме — трубной беременности — фаллопиева труба утолщена, а матка немного увеличена, признак Горвица-Гегара, как правило, отрицательный. Однако отсутствие указаний на перенесенный воспалительный процесс половых органов, болевые ощущения или инсульт, безболезненность и отсутствие увеличения придатков — все это не дает оснований для диагноза внематочной беременности.

Исключив мысль о внематочной беременности, мы останавливаемся на диагнозе маточной беременности. Однако эта беременность протекает патологически: канал шейки матки раскрыт, из него выделяется кровь, что говорит о возможности маточного аборта.

Итак, наш диагноз: маточная беременность сроком 7 недель, аборт.

Раньше чем решать вопрос о методах терапии, надо уточнить, в какой стадии аборт у больной, и в зависимости от этого определить, где же ее лечить, в домашних условиях или в стационаре, и как.

Различают следующие стадии аборта: угрожающий (*abortus imminens*), начинающийся (*abortus incipiens*), аборт в ходу (*abortus progrediens*, неправильное название — *abortus protrahens*), его разновидность — шеечный аборт (*abortus cervicalis*), неполный аборт (*abortus incompletus*) и полный аборт (*abortus completus*).

Установление стадии аборта имеет большое практическое значение, так как от этого зависит терапия и предсказание. При угрожающем и начинающемся аборте нередко (по Е. Ф. Поповой, в 65%) удается сохранить беременность; при других стадиях аборта продолжение беременности невозможно.

Остановимся на важнейших признаках отдельных стадий аборта.

Угрожающий аборт характеризуется появлением тупых болей в пояснице; если срок беременности больше 16—18 недель, боли приобретают схваткообразный характер.

При начинающемся аборте, кроме болей, наблюдаются кровянистые выделения из матки (отслойка ворсистой оболочки, плаценты) и канал шейки матки начинает слегка раскрываться.

При аборте в ходу отслойка плодного яйца от матки увеличивается, канал шейки матки раскрывается еще больше, удаётся прощупать нижний полюс плодного яйца (ткань мягкой консистенции). При шеечном аборте шейка увеличена и имеет форму бочки, а тело матки меньше предполагаемого срока беременности.

При неполном аборте в полости матки задерживаются частицы плодного яйца, канал шейки матки приоткрыт, тело ее мягкой консистенции, иногда бывают обильные кровянистые выделения.

При полном аборте в матке нет уже элементов плодного яйца. Если аборт произошёл 1—2 дня тому назад, то консистенция матки мягкая, канал шейки приоткрыт. В дальнейшем матка сокращается до нормальных размеров, кровянистые выделения прекращаются, канал шейки матки закрывается.

У А-вой мы установили жалобы на тупые боли в пояснице, незначительные кровянистые выделения из матки, увеличение ее соответственно сроку предполагаемой беременности. Все это позволяет поставить окончательный диагноз: беременность сроком 7 недель, начинающийся аборт. Как указано было выше, в этой стадии аборта возможно сохранение и продолжение беременности.

Каковы причины аборта?

Аборт может быть самопроизвольным и искусственным. При выяснении этого вопроса у больной надо проявить большой такт и осторожность, так как неловко или слишком резко поставленный вопрос и необоснованно высказанное подозрение об искусственном вмешательстве может нанести тяжелую психическую травму женщине. При анализе данных анамнеза следует учесть, что беременность у А-вой наступила лишь через 2 года после начала половой жизни; больная сразу же обратилась за врачебной помощью и сообщила о своем желании сохранить беременность. Во время объективного обследования мы не обнаружили каких-либо признаков криминального вмешательства (травма шейки матки, влагалища). Таким образом, следует считать, что аборт возник, очевидно, без всякого искусственного вмешательства и является самопроизвольным. Причины самопроизвольного аборта весьма разнообразны. Их можно условно разделить на две группы: заболевания, не связанные с половыми органами, и гинекологические заболевания.

Из общих заболеваний, которые могут обусловить возникновение самопроизвольного аборта, наибольшее значение имеют: острые инфекционные заболевания (тифы, дизентерия, малярия, вирусный грипп, корь, скарлатина), некоторые хронические инфекции (бруцеллез), заболевания крови (пернициозная анемия), эндокринные заболевания (гипертиреоз), гиповитаминоз (А, В, С, D, Е), психическая, физическая (редко) травма, интоксикации (алиментарная, химическими продуктами, например, свинцом, ртутью).

Среди заболеваний половых органов, способствующих возникновению аборта, наиболее часто наблюдаются пороки развития (однорогая, двуорогая матка), инфантилизм, гипоплазия, воспалительные заболевания, деформации шейки матки, некоторые опухоли (например, подслизистая миома матки).

При обследовании А-вой мы не обнаружили ни острых, ни хронических инфекционных заболеваний, а также заболеваний половых органов.

Вместе с тем данные анамнеза говорят о неблагоприятных материально-бытовых условиях в детстве, позднем начале менструаций, нерегулярности и болезненности их и бесплодии в течение 2 лет. При объективном обследовании обнаружен ряд признаков инфантилизма половых органов: высокая промежность, узкое влагалище, коническая шейка матки. Наличие подобного нарушения развития у больной и является, по-видимому, причиной самопроизвольного аборта.

Где следует проводить лечение — в домашней обстановке, под наблюдением женской консультации или в стационаре (родильном доме)?

Конечно, лучше проводить лечение в условиях стационара, так как оно состоит из нескольких элементов: а) психического и физического покоя; б) постельного режима; в) регуляции функции кишечника; г) медикаментозного и гормонального лечения.

14/IX 1955 г. больная госпитализирована в родильный дом. При поступлении установлены те же данные, что и при осмотре в женской консультации. Назначен строгий постельный режим, а также лечение папаверином (по 0,02 г 3 раза в день) и прогестероном (по 10 мг в день подкожно).

Применение гормона желтого тела основывается на его физиологическом действии на половой аппарат, в частности на мускулатуру матки (повышение порога возбудимости маточной мускулатуры). Назначение прогестерона целесообразно и потому, что причиной аборта у А-вой является инфантилизм, при котором гормональная функция желтого тела может быть недостаточной.

Необходимо учитывать и потребность организма в витаминах. Так как больная госпитализирована в сентябре, когда в пищевом рационе достаточно овощей, то мы не видим оснований для назначения витамина С. В зимние и весенние месяцы целесообразно введение до 500 мг витамина С (в сутки).

Витамины А, В, D применяются при наличии соответствующих признаков гипо- и авитаминоза. К признакам авитаминоза А относится гемералопия, авитаминоза В₁ — чувство онемения в пальцах, парестезии, судорожные сокращения икроножных мышц, сухость кожи на голенях, стопах, гиперкератоз на коленях, локтях (С. Н. Астахов). У нашей больной не отмечалось указанных симптомов и, следовательно, не было показаний к витаминотерапии. Что касается витамина Е, то мы не имеем личного опыта его применения, литературные же данные противоречивы.

По наблюдениям Р. С. Мирсагатовой (свыше 500 больных), лечение витамином Е при невынашивании беременности дает очень благоприятные результаты: беременность сохраняется в 87,7% случаев.

В течение первых 7 дней (14—21 /IX 1955 г.) лечения (постельный режим, папаверин, прогестерон) у А-вой продолжались тупые боли в пояснице; кровавистые выделения из влагалища прекратились с 16/IX. Температура оставалась нормальной (36,5—36,7°). Самочувствие удовлетворительное. С 25/IX больной разрешено вставать.

При исследовании 26/IX была установлена беременность сроком 9 недель; канал шейки закрыт, из наружного зева слизистые выделения в небольшом количестве. Ввиду исчезновения симптомов аборта и диагноза прогрессирующей беременности А-ва 27/IX выписана из родильного дома под наблюдение женской консультации. Рекомендовано избегать чрезмерного физического и психического напряжения, не жить половой жизнью до конца беременности, продолжать до 16 недель беременности инъекции прогестерона (по 10 мг ежедневно), быть под регулярным наблюдением женской консультации; при появлении каких-либо угрожающих симптомов немедленно обратиться к врачу.

До 32 недель беременность протекала нормально. 30/I 1956 г. вновь появились тянущие боли в пояснице. А-ва была немедленно госпитализирована в родильный дом; назначен строгий постельный режим и то же лечение, что и при первой госпитализации. Через 6 дней боли прекратились. Больная выписана 10/II с прогрессирующей беременностью.

30/III А-ва родила доношенную живую девочку; вес 3000 г, рост 50 см. Во время родов отмечалась первичная слабость родовой деятельности, проводилась стимуляция. Длительность родов 26 часов. Послеродовой период протекал без осложнений. Менструации возобновились на 10-м месяце после родов. Наступают регулярно, через 4 недели, длятся по 3—4 дня, безболезненные, умеренные.

Приведенное наблюдение показывает, что своевременная госпитализация и лечение позволяет сохранить беременность, несмотря на симптомы начинающегося аборта.

Повторное возникновение симптомов угрожающего прерывания беременности, как у А-вой, весьма характерно.

Чаще всего самопроизвольный аборт происходит в первые 4 месяца беременности, когда формируется плацента и происходит обратное развитие желтого тела. Так, по данным З. Я. Аничковой, из 100 женщин, у которых наблюдается привычное недонашивание, у 71 аборт наступил в срок до 4 месяцев. Продолжительность второго, более позднего критического периода беременности весьма вариабильна; однако часто преждевременные роды возникают на 31—33-й неделе беременности.

Важное значение в лечении невынашивания имеет воздействие словом. Так, К. И. Платонов установил, что с помощью словесного воздействия можно влиять на такие вегетативно-соматические процессы, как диурез, углеводный обмен, деятельность желудочно-кишечного тракта. Весьма интересные наблюдения о лечении словом больных, у которых отмечается невынашивание, опубликованы М. Я. Милославским (1951—1952). Лечение состояло в разъяснении больной (находящейся в состоянии бодрствования), возможности сохранения беременности, безопасности лечения словом и погружения в гипнотический (неглубокий) сон; спящей больной внушается мысль об улучшении ее состояния. Сеанс гипноза длится 15—20 минут, число сеансов 6—10. Положительный эффект (донашивание беременности) был установлен в 87,8% наблюдений (на 179).

Ряд авторов с успехом применял при лечении невынашивания электротерапию.

Так, Л. А. Решетова на основании 105 наблюдений рекомендует для подобных больных рефлекторную терапию путем диатермии области солнечного сплетения и околопочечной области¹. При диатермии солнечного сплетения накладываются два электрода площадью по 200 см²: один — на подложечную область, второй — на спину на таком же уровне. Electroды фиксируют мешочками с песком. Сила тока 0,3—0,5 А; продолжительность сеанса 20—30 минут. Для диатермии околопочечной области (при беременности свыше 16 недель) электроды накладывают на область обеих почек. Сила тока 0,5—1 А, длительность сеанса 20—30 минут. Число сеансов 10—20. Автор сообщает о весьма положительных результатах — беременность сохранилась в 90,3%.

М. А. Гребенюк предложила (цит. по В. И. Константинову) рефлекторную терапию путем ионофореза новокаина: активный электрод с 1% раствором новокаина накладывают над лобком, индифферент-

¹ Л. А. Решетова считает, что этот способ диатермии устраняет функциональные нарушения нервной системы. В эксперименте на кроликах автором установлено ослабление сокращений матки, у женщин с угрожающим прерыванием беременности — нормализация глазо-сердечного рефлекса и сенсорной хронаксии.

ный — в области правого подреберья. Сила тока 0,5 мА; длительность сеанса 20 минут. Число сеансов 2—5—10.

В заключение необходимо остановиться еще на двух вопросах: применении при угрожающем и начинающемся аборте термических раздражителей — тепла, холода и атропина. Тепло и холод (грелка, пузырь со льдом) следует считать противопоказанными, так как термические раздражения вызывают игру вазомоторов (возбуждение и угнетение) и сокращения маточной мускулатуры. По этой же причине противопоказаны средства, вызывающие сокращения матки (препараты маточных рожков, хинин). Применение атропина или свечей с белладонной также нецелесообразно, ибо они вызывают паралич парасимпатических нервов и способствуют раскрытию шейки матки.

Так как беременность и роды являются могучим стимулом для развития организма женщины, мы не видим показаний к дальнейшему лечению А-вой. При возникновении повторной беременности следует все же профилактически рекомендовать раннее обращение в женскую консультацию, профилактическое применение прогестерона, воздержание от половой жизни.

Эпикриз

У А-вой при беременности сроком 7 недель развились симптомы начинающегося аборта. Причина его — инфантилизм. Благодаря госпитализации и лечению (папаверин, прогестерон) беременность удалось сохранить. Через 25 недель повторная госпитализация по поводу угрожающих преждевременных родов. Назначено то же лечение. Схватки прекратились, беременность не нарушилась. Своевременные роды 30/III 1956 г. Во время родов отмечена первичная слабость родовой деятельности, потребовавшая стимуляции. Родился живой ребенок.

Беременность 12 недель. Неполный аборт.

А-нц, 33 лет, доставлена в больницу скорой помощью 28/IX 1955 г. в 15 часов по поводу значительного маточного кровотечения. Кровотечение возникло 6 часов тому назад.

Анамнез. В детстве болела корью, взрослой — воспалением легких (однократно), малярией. Материально-бытовые условия в детстве и в настоящее время удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 3 недели, по 4 дня, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя менструация 3 месяца тому назад.

Половая функция. Половой жизнью живет с 22 лет. Муж, по словам больной, здоров; ему 36 лет.

Генеративная функция. Было три беременности. Первая и вторая беременности закончились нормальными родами без осложнений. При третьей беременности сроком 2 месяца — криминальный аборт (2 года назад) с последующим выскабливанием. После аборта лежала в больнице 3 недели, лихорадила, был поставлен диагноз воспаления тазовой брюшины и труб. В дальнейшем дважды подвергалась физиотерапевтическому лечению (диатермия, парафин) по поводу фиксированной ретрофлексии матки и хронического воспаления ее придатков. Врачи находили, что лечение дало положительные результаты — воспалительные изменения в трубах и яичниках не определялись, матка стала более подвижной. От беременности большая предохранялась до последних 5 месяцев.

История настоящего заболевания. После 6-недельной задержки менструаций появилась рвота натощак, изменился вкус, отметила нагрубание молочных желез. Половую жизнь после задержки менструаций не прекращала. Утром 28/IX после полового сношения появились тупые боли внизу живота и в пояснице, затем кровянистые выделения из влагалища. Час тому назад кровотечение резко усилилось и родился плод.

Общее и акушерское обследование. При поступлении больная резко бледна, температура 37,6°, пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 90/50 мм. Язык влажный, слегка обложен. Дыхание несколько учащено (25 в ми-

нуту). Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не обнаружено.

Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации неболезненна.

Наружные половые органы, бедренные складки и бедра смочены кровью. Наружные половые органы развиты нормально, со стороны уретры и бартолиновых желез патологических изменений не определяется. Из анального отверстия выпячиваются небольшие геморроидальные шишки.

Осмотр с помощью зеркал. Влагалище заполнено жидкой кровью и сгустками крови. После удаления крови видна шейка матки цилиндрической формы, синюшной окраски, из наружного зева выпячивается кусочек ткани красного цвета, зев раскрыт на ширину до одного поперечного пальца.

Двуручное исследование. Канал шейки матки свободно пропускает указательный палец. Из канала свисает ткань мягкой консистенции; верхний полюс этой ткани уходит в полость матки. Матка в ретроверзии, ограниченно подвижна, неболезненна; консистенция тела матки мягкая, форма округлая. Размеры матки соответствуют 9-недельной беременности. Каких-либо изменений в придатках матки не определяется; сзади от матки спайки, препятствующие (вследствие болезненности и плотности) переводу тела матки из ретроверзии в положение антефлексии.

Какой диагноз?

1. Субмукозная родившаяся миома.
2. Беременность маточная, неполный аборт.
3. Беременность внематочная.

Определение через раскрытый маточный зев какой-то ткани в шейке матки и увеличение последней может навести врача на мысль о рождении подслизистой миомы. Однако отсутствие указаний на обильные менструации, мягкая консистенция матки, гладкая ее поверхность, определение мягкой (а не плотной) ткани в шейке в виде обрывков — все это дает достаточные основания для отказа от диагноза родившейся подслизистой миомы и, наоборот, говорит о наличии аборта. Обнаружение вероятных (субъективных и объективных) признаков беременности, а именно, задержки менструаций, тошноты, синюшной окраски влагалищной части шейки матки также говорит в пользу диагноза беременности.

Однако недостаточно поставить диагноз беременности. Необходимо всегда помнить о возможности как маточной, так и внематочной беременности. Шаровидная форма матки, увеличенной соответственно 9-недельной беременности, указывает на маточную беременность. Против диагноза внематочной беременности говорят данные объективного обследования, при котором не обнаружено изменений со стороны придатков матки.

Итак, наш диагноз: маточная беременность 12 недель, аборт.

При разборе предыдущего наблюдения мы упоминали о различных стадиях аборта (стр. 136) и подчеркивали большое практическое значение правильного распознавания их. Наличие у А-нц обильных кровянистых выделений, раскрытие канала шейки матки, определение какой-то мягкой ткани в канале — все эти признаки говорят о том, что у больной аборт в ходу или неполный аборт. Если принять во внимание данные анамнеза о рождении плода и размеры матки (она увеличена соответственно 9-недельной беременности, а менструация задержалась на 12 недель), симптомы резкой анемии, то следует считать более обоснованным диагноз неполного аборта 12 недель (в полости матки задержалась лишь часть плодного яйца) и постгеморрагической анемии.

Причины аборта, как указывалось при разборе предыдущей больной (стр. 136), крайне разнообразны. Что касается А-нц, то, во-первых, следует указать на отсутствие каких-либо данных, говорящих о крими-

нальном вмешательстве. Известное этиологическое значение может иметь хронический воспалительный процесс тазовой брюшины и субфиксированная ретроверзия матки. Эти заболевания следует рассматривать как предрасполагающие к самопроизвольному аборту. Половая жизнь при беременности и воспалительных изменениях половых органов могла быть добавочным фактором, обусловившим аборт.

Какое лечение следует проводить при неполном аборте?

Установление диагноза неполного аборта является решающим для прогноза беременности и выбора метода терапии. Продолжение беременности невозможно, а задержка частей плодного яйца в матке грозит дальнейшим кровотечением и инфекцией.

Так как вопрос о возможности продолжения беременности несомненно решается отрицательно, возникает необходимость искусственного освобождения матки от остатков плодного яйца. Это может быть достигнуто и консервативным способом (назначение средств, вызывающих сокращение матки), и оперативным путем. Какой же способ лучше избрать у больной А-нц?

Консервативная терапия безусловно показана при инфицированном аборте, когда есть указания на распространение инфекции за пределы матки (т. е. на придатки матки, брюшину или клетчатку). Подобная тактика при инфицированном аборте не вызывает дискуссии среди акушеров. Мы считаем, что консервативной тактики следует придерживаться и при отсутствии указаний на переход инфекции за пределы матки, но при наличии признаков распространения инфекции на мышечный слой матки, сосуды ее стенки (метрофлебит). Подобный диагноз основывается на наличии озноба и болезненности матки. Единственное и весьма редкое исключение из правила о консервативном лечении инфицированного аборта имеет место у больных с кровотечением, угрожающим их жизни. При подобных обстоятельствах необходимо активное вмешательство (выскабливание матки) даже при симптомах распространения инфекции за пределы матки.

Консервативное лечение при инфицированном аборте не может заключаться лишь в отказе от операции. Для борьбы с инфекцией назначаются антибиотики, строгий постельный режим. Изгнанию остатков плодного яйца способствует применение хинина (по 0,15 г 6 раз с промежутком в 30 минут), пузыря со льдом на живот (повторно, держать по 1—1½ часа).

По вопросу о принципах ведения больных с инфицированным абортом без симптомов распространения инфекции за пределы матки существует обширная и очень противоречивая литература. Одни авторы рекомендуют выжидательную тактику, т. е. строго консервативное лечение и принятие мер борьбы с инфекцией, повторные бактериологические исследования и выжидание самопроизвольного изгнания частей плодного яйца. Другие советуют активную терапию — немедленное опорожнение (инструментальное или пальцевое) матки. Наконец, третьи придерживаются средней линии — выжидательно-активной, т. е. консервативное лечение, пока температура не упадет до нормальных цифр (в течение 3—4 дней), и последующее активное вмешательство (выскабливание матки). На основании своего многолетнего опыта мы являемся сторонниками выжидательно-активной тактики.

Возвращаясь к вопросу о лечении больной А-нц, следует учесть, что у нее нет данных (кроме температуры 37,6°) для диагноза инфицированного аборта, и поэтому следует считать показанным активное вмешательство, так как больная вследствие кровотечения находится в состоянии резкой анемии.

Опорожнение матки может быть осуществлено как путем выскабливания, так и с помощью пальцев. Мы считаем, что пальцевое удаление плодного яйца в случае неполного аборта следует применять лишь при больших (свыше 14 недель беременности) размерах матки и задержке всей плаценты или плода. В этих условиях выскабливание сопровождается большой опасностью прободения матки. При задержке небольших остатков плодного яйца в матке, соответствующей 3-месячной беременности или меньше, обследование матки с помощью пальцев весьма затруднительно. В связи с этим у больной А-нц следует предпочесть удаление остатков последа путем выскабливания.

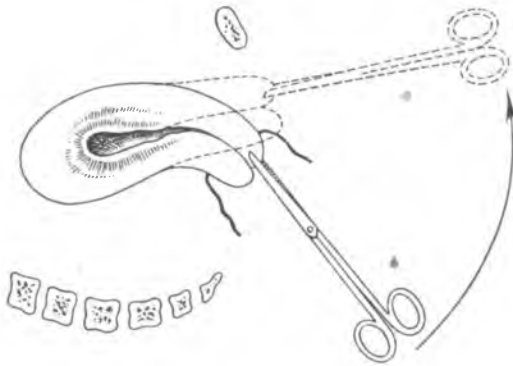


Рис. 10. Выпрямление матки при ее ретрофлексии.

Операция выскабливания матки при беременности состоит из трех моментов: выпрямления канала матки, расширения канала шейки матки, разрушения и удаления плодного яйца путем выскабливания. Строгое соблюдение правил асептики и антисептики (стерильные инструменты и материал, тщательная подготовка рук), обязательная анестезия при операции (местная, ингаляционный кратковременный наркоз) являются важнейшими моментами, которые предотвращают опасность осложнений при выскабливании.

Первый момент операции выскабливания — выпрямление канала матки. Необходимость его диктуется тем, что обычно между продольной осью тела и шейки матки есть тупой угол, а инструменты, применяемые при выскабливании (расширители, кюретки), прямые или слегка изогнутые.

Для выпрямления матки при ее ретрофлексии подтягивают влагалищную часть шейки вперед, т. е. к лону (рис. 10), а при антефлексии, наоборот, кзади, т. е. к крестцу (рис. 11).

После выпрямления канала матки производят зондирование ее. Некоторые авторы (Г. Г. Гентер, И. Ф. Жордания) являются противниками зондирования, полагая, что при этом возможно прободение матки. Однако на основании многолетнего опыта мы утверждаем, что при соблюдении осторожности зондирование никогда не создает такой опасности. С помощью зондирования можно получить ценные данные о направлении канала матки и форме ее полости. Кроме того, благодаря зондированию иногда удается своевременно распознать скрытое прободение матки при внебольничном аборте (стр. 145).

Второй момент операции — расширение канала шейки матки при помощи металлических расширителей (с разницей в 0,5 мм между номерами). Если канал шейки раскрыт, то, естественно, отпадает необ-

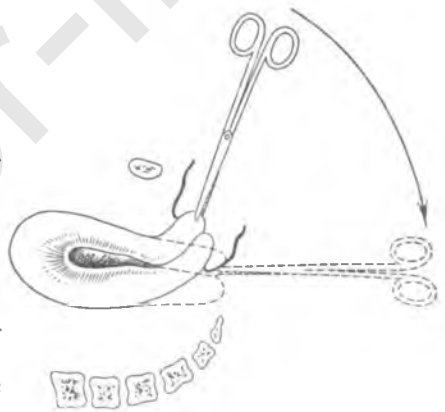


Рис. 11. Выпрямление матки при ее антефлексии.

ходимость в механическом расширении. При ригидности тканей расширение шейки очень затруднительно и опасно (разрыв шейки, перфорация матки). В подобных случаях необходимо ввести подкожно 1 мл 0,1% раствора атропина или же 1 мл раствора по следующей прописи.

Rp. Atropini sulfurici 0,1
Papaverini 0,2
Aq. destill. 10,0
Sterilis!
MDS. Для инъекций по 1 мл

У больной А-нц канал шейки матки раскрыт, поэтому отпадает необходимость расширения его.

Третий момент операции состоит в разрушении и удалении плодного яйца. Так как у А-нц неполный аборт (плод уже родился), выскабливание имеет целью удаление лишь остатков плодного яйца. Для этого применяют сначала тупые, более крупные (№ 5—6), а затем меньших размеров (№ 1—2) острые кюретки. Части плаценты, сместившиеся в канал шейки матки, можно захватить и удалить так называемыми геморроидальными щипцами. При этом надо строго придерживаться правила — захватывать только части плодного яйца, отделившиеся от стенки матки. Если щипцы, захватившие ткань, пружинят и не подтягиваются, надо раскрыть замок и кюреткой отделить часть плодного яйца от стенки матки. После большой кюретки применяют малую. Это позволяет удалить мелкие остатки плодного яйца, особенно расположенные в трубных углах матки.

При выскабливании у А-нц удалены частицы плодного яйца. Для ускорения сокращения матки введен (подкожно) 1 мл эрготина, положен (на 1½ часа) пузырь со льдом на живот. Ввиду явлений постгеморрагической анемии сделано переливание крови (500 мл).

Совет некоторых авторов промывать полость матки после выскабливания и смазывать стенки матки марлевым тампоном с йодом мы считаем нерациональным. Во время промывания полости матки жидкость может проникнуть через трубы в брюшную полость, что крайне нежелательно и приводит иногда к шоку и инфекции. Смазывание раневой поверхности матки раствором йода (т. е. прижигание ее) несомненно нарушает процесс регенерации слизистой оболочки. Мы отвергаем также предложение ввести тампон в матку после выскабливания, поскольку это создает опасность инфекции.

В послеоперационном периоде у А-нц была констатирована анемия: гемоглобина 7,5 г% (45 единиц), эритроцитов 2 800 000. Ввиду этого на 6-й день после выскабливания сделано повторное переливание крови (250 мл). Кроме того, в дальнейшем назначено железо, усиленное разнообразное питание, длительное пребывание на свежем воздухе. Больная выписана на 14-й день после операции.

Ввиду того что причиной самопроизвольного аборта у А-нц могли быть остаточные явления воспаления половых органов, больной рекомендовано физиотерапевтическое лечение (после ближайших менструаций). В частности, может быть применен один из следующих способов: ионофорез с йодистым калием, диатермия, прызлечение (грязевые трусы и грязевые тампоны).

Э п и к р и з

У А-нц при беременности сроком 3 месяца наступил самопроизвольный аборт, сопровождавшийся большой кровопотерей. Причиной аборта могла быть субфиксированная ретрофлексия матки. При осмотре диагностирован неполный аборт и постгеморрагическая анемия. Ввиду значительного кровотечения и отсутствия указаний на инфекцию сроч-

но произведено инструментальное удаление остатков плодного яйца; сделано переливание крови. В послеоперационном периоде повторно перелита кровь, назначено железо. При выписке рекомендовано подвергнуться дальнейшему физиотерапевтическому лечению по поводу остаточных явлений воспаления внутренних половых органов.

Аборт искусственный. Прободение матки

3-ва, 35 лет, доставлена 7/III 1956 г. в 15 часов 45 минут в районную больницу. В препроводительном документе врач участковой больницы сообщил, что во время выскабливания по поводу искусственного аборта при беременности сроком 14 недель произошло 3 часа назад прободение матки (кюреткой или абортцангом).

Анамнез. Беременность третья; первые две беременности закончились нормальными родами (в 1948 и 1952 гг.); дети живы. Во время последней беременности чувствовала себя удовлетворительно. Гинекологическими заболеваниями не болела.

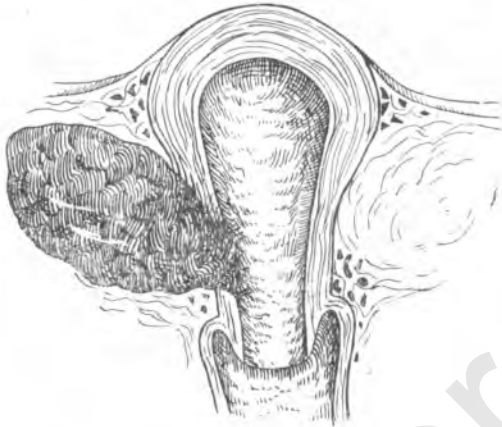


Рис. 12. Гематома правой широкой связки при прободении матки.

Общее обследование. При поступлении состояние больной удовлетворительное. Температура $36,7^{\circ}$, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кожные покровы нормальной окраски. Язык влажный, не обложен. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания отклонений от нормы нет. Артериальное давление 110/70 мм. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях. При пальпации в правой паховой области небольшая болезненность, при перкуссии—притупление перкуторного тона; с переменной положением больной границы притупления не изменяются. Небольшое количество кровянистых выделений из влагалища.

Гинекологическое обследование (предварительно катетером выпущено 150 мл прозрачной мочи желтого цвета). Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище рожавшей женщины. Осмотр с помощью зеркал. Шейка матки цилиндрической формы; наружный маточный зев слегка открыт в виде поперечной щели; из канала шейки кровянистые выделения в небольшом количестве. На передней губе шейки матки следы (две ссадины) от наложения щипцов. Двуручное исследование. Матка в антефлексии, увеличена соответственно 3-месячной беременности, шаровидной формы, слегка отклонена влево. Слева придатки не пальпируются. Задний свод не выпячен. Через правый свод влагалища, который несколько опущен, определяется «инфильтрат» тестоватой консистенции; наружная его граница сливается со стенкой таза, а верхняя на один поперечный палец выше паховой складки (рис. 12).

Какой диагноз?

1. Воспаление тазовой клетчатки.
2. Прободение матки. Гематома широкой маточной связки?

Отсутствие указаний на перенесенные гинекологические заболевания, нормальная температура, история развития настоящего заболевания позволяют исключить диагноз параметрита (острого или хронического).

Сообщение врача о перфорации матки при операции выскабливания и наличие «инфильтрата» тестоватой консистенции, расположенного справа от матки, приводит нас к выводу, что это гематома широкой связки матки, обусловленная прободением матки.

Каковы основные причины прободения матки?

1. Незнание положения матки до выскабливания.
2. Введение расширителей без выпрямления канала матки (при

антефлексии путем подтягивания влагалищной части шейки матки кзади и при ретрофлексии — кпереди).

3. Форсированное введение инструментов (зонда, расширителей, кюретки) в матку.

4. Захватывание геморроидальными щипцами (или абортцангом) ткани, которая еще не отделена от стенки матки.

5. Применение корнцанга для удаления плодного яйца.

В возникновении прободения играет также большую роль несовершенная анестезия и недооценка значения атропина в случае ригидности шейки матки (стр. 143). Основной причиной прободения матки у 3-вой следует считать нарушение правил о недопустимости выскабливания матки при беременности свыше 12 недель, так как в этот срок матка очень велика, стенки ее разрыхлены, а плод также достигает значительных размеров; все это создает большую опасность перфорации матки при выскабливании. Если при беременности свыше 3 месяцев возникают срочные показания к аборту, то лучшим способом является влагалищное кесарево сечение. При необходимости одновременной стерилизации следует произвести малое кесарево сечение, а затем резекцию труб. В случае отсутствия срочных показаний к аборту при беременности свыше 14 недель может быть применена операция метрейриза в сочетании со стимулирующей родовой деятельностью.

Можно ли диагностировать прободение матки, если оно произошло при выскабливании, но гематома в широкой связке не образовалась?

В подобных случаях прободение можно распознать на основании более глубокого проникновения инструмента (зонд, кюретка), чем это следовало ожидать по размерам матки. По мнению некоторых авторов, глубокое проникновение зонда в матку может быть обусловлено атонией матки или вхождением инструмента в истмическую часть трубы. Подобные предположения следует считать не только необоснованными, но и весьма опасными для больной. За многие годы врачебной деятельности мы всегда убеждались, что чрезмерно глубокие проникновения инструмента (расширителя, кюретки, зонда) в матку является несомненным доказательством ее прободения.

Осторожное зондирование, в особенности у больных с внебольничным абортом, помогает нам иногда выявить бессимптомное прободение матки. Мы наблюдали двух почти аналогичных по анамнезу и данным объективного исследования больных с неполным абортом, у которых ни анамнестически, ни объективно не было указаний на внебольничное вмешательство. Между тем при осторожном зондировании матки перед выскабливанием было обнаружено очень глубокое погружение зонда и диагностировано прободение матки.

Возвращаясь к разбору больной 3-вой, у которой нами диагностировано образование околоматочной гематомы после прободения матки, мы должны обсудить вопрос о лечении.

Какой же должна быть терапия?

1. Показано строго консервативное ведение больной.

2. Показано наблюдение; при появлении признаков инфекции необходимо чревосечение.

3. Показана немедленная операция чревосечения с целью выявить характер повреждений и устранить их. Первое предложение основано на том, что состояние больной удовлетворительное и отсутствуют признаки инфекции; кроме того, брюшина и полые органы (кишечник, мочевого пузыря), очевидно, не повреждены, так как нет ни резкой болезненности при пальпации, ни нарушения мочеиспускания (больная самостоятельно помочилась, моча прозрачная, желтого цвета).

Предложение о консервативном ведении больной как будто имеет серьезные основания. Однако сторонники подобной терапии не учитывают следующих очень важных обстоятельств: в препроводительном документе указано, что перфорация произведена кюреткой или аборт-цангом (а не зондом или расширителем), при обследовании же обнаружена значительная гематома. Можно ли при таких условиях достоверно исключить повреждение брюшины или кишечника? Нет, это невозможно. Отсутствие явлений прогрессирующей инфекции зависит от того, что операция выскабливания производилась в лечебном учреждении при соблюдении требований асептики. Кроме того, прошло еще мало времени (3 часа) после прободения, чтобы выявились симптомы инфекции.

Может показаться заманчивым второе предложение — выждать и приступить к оперативному вмешательству лишь при развитии явлений инфекции. Однако и это предложение нельзя принять, ибо мы не знаем, какие органы повреждены и не излилось ли содержимое кишечника в брюшную полость. Каждая минута промедления с оперативным вмешательством резко увеличивает опасность развития септического прободного перитонита. Таким образом, единственно правильным является третье предложение — немедленно произвести чревосечение, точно установить характер повреждений и устранить их. Трудно определить заранее характер оперативного вмешательства; он будет зависеть от размеров обнаруженных повреждений.

Больной разъяснили необходимость срочной операции, и она дала свое согласие.

В 16 часов 20 минут операция под местной анестезией по А. В. Вишневскому. Вскрыта брюшная полость по срединной линии ниже пупка; обнаружено небольшое количество сгустков крови и отверстие с неровными краями в заднем листке правой широкой связки, гематома широкой связки. После осторожного (мочеточник!) рассечения заднего листка широкой связки и удаления сгустков крови обнаружено перфорационное отверстие в ребре матки диаметром до 4 см; из него выпячивается в широкую связку позвоночник плода; маточная артерия и мочеточник не повреждены. Рана в матке расширена путем иссечения краев; удалены остатки скелета плода, кюреткой произведено выскабливание полости матки. На рану матки и задний листок широкой связки наложены узловатые кетгутные швы. Осмотрен кишечник — поврежденный не обнаружено. В брюшную рану введено профилактически 300 000 ЕД пенициллина. Послойное зашивание брюшной стенки. Послеоперационное течение без осложнений. Больная выписана домой на 12-й день после операции. Через 6 месяцев вновь наступила беременность, которая закончилась самопроизвольными родами доношенным живым плодом.

Резюмируя наши суждения по поводу прободения матки, мы можем рекомендовать следующую тактику: если прободение произведено зондом или расширителем при искусственном аборте, то нужно немедленно прекратить операцию, перенести больную в постель, назначить лед на живот и тщательно следить за больной. Если при дальнейшем наблюдении общее состояние больной удовлетворительное и не обнаруживаются тревожных симптомов — болезненности при пальпации (симптома Щеткина-Блюмберга), учащения пульса, повышения температуры, то показано консервативное лечение.

Операция чревосечения показана в следующих случаях:

1) если прободение матки зондом или расширителем возникло при выскабливании по поводу неполного аборта, начавшегося вне лечебного учреждения;

2) если прободение матки произведено при вмешательстве вне больницы (клиники), независимо от того, каким инструментом и кем (врачом или не врачом) оно было произведено; вполне удовлетвори-

тельное состояние больной в момент поступления в больницу не должно быть противопоказанием к операции;

3) если прободение произведено кюреткой или абортцангом (корнцангом);

4) если установлено извлечение через шейку матки петли кишечника или сальника, нарушение целостности мочевого пузыря.

Случаи прободения матки, происшедшего вследствие предшествующих операций на матке, изменения плодного яйца или матки, являются исключительной редкостью. За много лет врачебной деятельности мы наблюдали лишь одну такую больную с деструктирующим пузырьным заносом и неукротимой рвотой беременных.

Часто ли происходит прободение матки при выскабливании ее в лечебном учреждении или вне его?

По литературным данным, прободение матки значительно чаще встречается при криминальном аборте, чем при искусственном аборте, произведенном в лечебном учреждении. По сводным данным А. С. Маджугинского, процент перфораций матки колебался в отдельные годы от 0,04 до 0,07, составляя в среднем 0,058 (1 случай на 1740 операций). По данным Ф. А. Сыроватко, этот процент равен 0,1.

В акушерско-гинекологической клинике (К. Н. Жмакин) Медицинского института г. Сталино процент перфораций матки при операции выскабливания ее (1933—1939) по поводу неполного аборта равнялся 0,02.

Таким образом, можно считать, что тщательное обследование больных до операции и вдумчивое, осторожное проведение операции почти всегда позволяют предупредить столь серьезное осложнение, как прободение матки.

Эпикриз

З-ва направлена в районную больницу с диагнозом прободения матки кюреткой или абортцангом при искусственном аборте путем выскабливания матки при беременности свыше 14 недель. Во время осмотра обнаружена гематома широкой маточной связки. Диагноз прободения матки подтвержден. Немедленно произведено чревосечение. Обнаружено проникающее повреждение по ребру матки. Удалены остатки плода, целостность матки восстановлена. Послеоперационный период без осложнений. Нормальные роды через 1½ года после операции.

Шеечная беременность (graviditas cervicalis)¹

С-ва, 30 лет, поступила в гинекологическое отделение 31/V 1947 г. по поводу кровянистых выделений из влагалища при беременности на V месяце.

Анамнез. Перенесенных заболеваний не помнит.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, через месяц, по 2—3 дня, неболезненные. Последняя менструация в конце января 1947 г.

Половая функция. Замужем 8-й год. Были одни срочные нормальные роды в ягодичном предлежании. Ребенку 5 лет. Заболеваний половых органов не отмечает. В течение 4 лет не беременела и от беременности не предохранялась.

Течение настоящей беременности. Во время этой беременности чувствовала себя удовлетворительно; женскую консультацию не посещала. 30/V после поездки за 15 км на грузовой машине появились незначительные выделения из влагалища, что и заставило больную обратиться на следующий день в клинику.

¹ Мы рассматриваем вопрос о шеечной беременности в разделе, где идет речь о кровотечениях в первой половине беременности, так как беременность при этой патологии, как правило, прерывается не позже 4—5 месяцев. Рассмотрение шеечной беременности после абортов целесообразно и потому, что наиболее часто ее принимают за маточный аборт.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,4°. Пульс 68 ударов в минуту. Кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Молочные железы несколько увеличены, околососковые кружки пигментированы; из молочных желез небольшое отделяемое молочного цвета. При аускультации сердца систолический шум у верхушки; тоны несколько приглушены. Со стороны легких патологических изменений не определяется.

Акушерское обследование. Дно матки на четыре поперечных пальца ниже пупка. Незначительные кровянистые выделения из влагалища.

Влагалищное исследование. Рыхлость и цианоз стенок влагалища и шейки матки; наружный маточный зев пропускает кончик пальца; шейка цилиндрической формы, размягчена. Матка в антефлексии, по величине соответствует 16-недельной беременности. Осмотр с помощью зеркала. Патологических изменений влагалища или шейки матки не обнаружено.

Диагноз: беременность сроком 17—18 недель, угрожающий аборт. Назначения: постельный режим, покой.

До 3/VI у больной были незначительные кровянистые выделения из влагалища и тупые боли внизу живота. Общее состояние удовлетворительное. Влагалищное исследование 3/VI: раскрытие канала шейки матки на полтора поперечных пальца; определяется плодное яйцо; незначительные кровянистые выделения. Ввиду удовлетворительного состояния беременной и незначительного кровотечения решено выжидать.

Следующие 2 суток состояние больной удовлетворительное. Температура нормальная. Пульс 68 ударов в минуту. Ночью спит спокойно. Незначительные кровянистые выделения из влагалища. Влагалищное исследование 5/VI: канал шейки матки раскрыт на два поперечных пальца; близко к наружному маточному зеву определяется плодное яйцо, шейка несколько увеличена в объеме.

Диагноз: шеечный аборт (?).

Решено ускорить изгнание плодного яйца путем применения способа Штейна. Эффекта не получено.

Влагалищное исследование 6/VI: незначительные кровянистые выделения, канал шейки матки раскрыт на три поперечных пальца; в зеве дряблый плодный пузырь, который слева как бы непосредственно переходит на шейку и не может быть от нее отделен; левая стенка шейки матки несколько выпячена наружу. Заподозрено шеечное прикрепление плаценты и решено (роковая ошибка!) произвести разрыв околоплодного пузыря, поворот плода на ножку, при значительном же кровотечении в последовом периоде — ручное отделение плаценты, а при невозможности его — немедленную экстирпацию матки. При разрыве пузыря, повороте плода на ножку и низведении ее возникло массивное кровотечение, вскоре прекратившееся (тампонада плодом). Переливание 250 мл крови. Спустя 3 часа родился мертвый плод мужского пола, длиной 20 см. Кровотечения не было. Через 3 часа плацента не отслоилась; кровотечение очень незначительное. Дежурный врач приступил к ручному отделению плаценты (под наркозом); плацента с большим трудом отделена частично. Однако возникло массивное кровотечение; произведена тугая тампонада шейки матки, переливание 700 мл крови. Во время приготовления к срочному чревосечению с целью экстирпации матки больная умерла.

На аутопсии констатирована резкая анемия. Плацентарная площадка округлой формы располагается в левой половине шейки матки и нижнего отдела тела матки кзади, спереди и слева. Размеры площадки: поперечный — 11 см, продольный — 8 см; глубина дефекта стенки шейки до 2 см. На дне плацентарной площадки сгустки крови, кусочки плацентарной ткани. Патологоанатомическое заключение: смерть наступила от острой кровопотери в результате отделения плаценты при шеечно-перешеечном прикреплении ее. Гистологическое исследование: шеечно-перешеечная плацента.

Какие ошибки были допущены нами при ведении больной?

Для того чтобы разобрать их, необходимо остановиться на вопросе о причинах, симптоматологии и клинике столь опасной акушерской патологии, как шеечная плацента.

Аномалия прикрепления плаценты в форме шеечной (или шеечно-истмической) плаценты встречается очень редко. Несомненно правы те авторы, которые указывают, что значительное большинство врачей незнакомо с этой патологией до того, пока им не придется впервые встретить и пережить подобный случай. За много лет врачебной деятельности мы встретились с этой патологией лишь один раз.

В монографии М. Н. Лехтмана¹ представлены сводные данные ми-

¹ М. Н. Лехтман. Шеечная беременность. Киргизгосиздат. Фрунзе, 1954.

ровой литературы о 85 случаях шеечной беременности, в том числе о 38 случаях, описанных отечественными авторами. М. Н. Лехтман отмечает, что первое указание на возможность развития оплодотворенного яйца в шейке матки принадлежит И. М. Львову (1881). Из 38 случаев отечественных авторов М. Н. Лехтман считает доказанными (гистологически подтвержденными) 22; в том числе лишь в 17 случаев была истинная шеечная беременность (два из них описаны автором).

По мнению М. Н. Лехтмана, шеечная беременность может развиваться двояко: 1) имплантация и развитие яйца происходят в самой шейке матки; 2) развитие яйца, первоначально прикрепленного в перешейке, продолжается в шейке.

В. М. Малявинский различает три вида прикрепления плаценты:

1) в теле матки (*placenta corporalis*); 2) полностью или частично на перешейке (*placenta isthmica*); 3) в канале шейки (*placenta cervicalis*). Каждый из перечисленных видов имеет свои вариации.

Причины шеечной беременности те же, что и предлежания плаценты: атрофические и дистрофические изменения слизистой оболочки матки; вторные выскабливания по поводу аборт; анатомические изменения в области внутреннего маточного зева. По данным М. Н. Лехтмана, у 26 женщин с шеечной плацентой было в прошлом 65 абортов, т. е. у каждой из них в среднем 2,5 аборта.

В ранних стадиях развития шеечная беременность не дает никаких симптомов. В дальнейшем основные изменения обнаруживаются со стороны шейки и объясняются быстрым прорастанием хориона в мышечный слой шейки матки, а иногда даже в参етрий. Изменения со стороны шейки матки выражаются в следующем: 1) она деформируется (рис. 13), так как одна ее стенка выпячивается больше, чем другие (при развитии плаценты с одной стороны шейки матки); 2) наружный маточный зев смещается в сторону и располагается эксцентрично; 3) шейка приобретает колбообразную форму, если плацента прорастает ее стенки на значительном участке (как в нашем случае — левую, заднюю и переднюю стенки); 4) края наружного зева тонкие, и плодное яйцо (плацента) пальпируется тотчас за наружным зевом, причем отделить его от стенки шейки матки не удается. При значительном увеличении шейки тело матки может прощупываться над шейкой как бы в виде узла.

Весьма часто при шеечной беременности появляются темные (с примесью крови) или кровянистые выделения. Появление этих выделений зависит от глубокого прорастания хориальных элементов в мускулатуру шейки; мышечные волокна частью раздвигаются, частью растворяются; в стенке шейки отмечается обильное развитие сосудов и варикозных узлов.

В процессе наблюдения за больной мы диагностировали вначале угрожающий, а затем шеечный аборт. По сводным данным М. Н. Лехтмана, среди 26 больных с шеечной беременностью только у двух пред-



Рис. 13. Шеечная плацента, деформация шейки матки.

а — шеечный аборт; б — шеечная плацента.

варительный диагноз был правильным; 8 раз был поставлен диагноз неполного аборта, 5 раз — шеечного аборта, 2 раза — placenta adhaerens, 6 раз — предлежания плаценты, по одному разу — диагноз начинающегося аборта, фибромиомы матки, нормальной беременности.

Дифференциальный диагноз между шеечным абортom и шеечной беременностью может представлять большие трудности; однако при шеечном aborte удается пройти пальцем между плодным яйцом и стенкой шейки, а при шеечной беременности это не удается; вторым дифференциальным признаком может быть эксцентрическое расположение наружного маточного зева.

При дифференциальном диагнозе между мнимою матки и шеечной беременностью надо учитывать данные анамнеза (задержка менструаций), синюшность и разрыхленность шейки матки, эксцентрическое расположение наружного маточного зева.

Появились ли при дальнейшем наблюдении С-вой симптомы, характерные для шеечной беременности? Да, при осмотре 6/VI было констатировано, что левая стенка шейки несколько выпячена кнаружи, а плодный пузырь с той же стороны как бы непосредственно переходит на шейку и не может быть от нее отделен.

На основании этих признаков мы правильно заподозрили наличие шеечной беременности. Однако при выборе метода терапии мы допустили роковую ошибку, надеясь на возможность пальцевого отслоения плаценты. Правда, ряд авторов высказывался за подобную более консервативную тактику. П. И. Руллэ и А. М. Михельсон рекомендовали удалять шеечную плаценту путем продольного разреза шейки (1932), Г. Г. Лурье предлагала призвать экстирпацию лишь при безуспешности энергичного выскабливания (1947). Б. А. Козинский рекомендовал метод выжидания. К. К. Скробанский считал, что не надо принимать поспешное решение об экстирпации матки (1934), М. С. Александров и Н. А. Мельников (1946) рекомендовали при шеечной беременности тампонаду. И. Л. Брауде (1947), признавая обоснованность экстирпации матки, вместе с тем при желании сохранить матку рекомендует кесарево сечение со вскрытием матки в области плодoвместилища и обкалывание кровоточащих мест.

Таким образом, в вопросе о лечении при шеечной плаценте взгляды авторов весьма противоречивы.

Литературные данные показывают, однако, что все влагалищные более консервативные операции (выскабливание, ручное отделение последа, обкалывание), а также тампонада не ведут к стойкому прекращению кровотечения; полное удаление глубоко вросшей в шейку ткани плаценты невозможно. По данным, собранным М. Н. Лехтманом, из 12 больных (6 — с шеечной и 6 — с перешеечно-шеечной беременностью), леченных консервативно (без чревосечения), выздоровело только 3, а умерло 9. Наряду с этим из 11 больных с шеечной плацентой (в том числе одна с шеечно-перешеечной), подвергшихся удалению матки, 7 выздоровели, 4 умерли. Смерть наступала, если к оперативному лечению прибегали слишком поздно.

Таким образом, следует прийти к выводу, что единственным способом лечения при шеечной плаценте является своевременное хирургическое вмешательство в виде экстирпации матки. Заподозрив у С-вой 6/VI шеечную плаценту, мы должны были произвести экстирпацию матки, отказавшись от предварительных попыток пальцем (или путем выскабливания) удалить плод и послед. Только при такой своевременной и радикальной терапии возможно спасение жизни больной с шеечной плацентой.

Эпикриз

С-ва поступила 31/V 1947 г. на V месяце беременности по поводу кровянистых выделений из влагалища. Диагностирован угрожающий аборт; назначен постельный режим. При повторных осмотрах (3 и 5/VI) констатирован шеечный аборт; безуспешно проведена стимуляция родовой деятельности. При осмотре 6/VI констатировано одностороннее выпячивание стенки шейки и невозможность пройти пальцем между стенкой шейки и плодным яйцом; плодный пузырь выпячивался в зев. Заподозрена шеечная беременность и решено удалить плодное яйцо путем поворота плода на ножку с последующим пальцевым отслоением плаценты. Во время попытки отделить плаценту возникло массивное кровотечение; ни тугая тампонада шейки, ни переливание крови не спасли больную; смерть от острого малокровия наступила так быстро, что операция экстирпации матки с целью остановки кровотечения не была произведена.

ГЛАВА VI

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Трубная прогрессирующая беременность

В-на, 25 лет, направлена врачом консультации в клинику 28/XI 1939 г. для уточнения диагноза по поводу подозрения на трубную беременность. Жалоб больная не предъявляет.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину. Росла в неблагоприятных материально-бытовых условиях.

Менструальная функция. Менструации начались с 18 лет, а затем прекратились на 10 месяцев. Наступают нерегулярно, через 4—6 недель, по 3 дня, в небольшом количестве, были болезненными (за день до начала и в первый день); после замужества (в 22 года) стали безболезненными. Последняя менструация 9—11/X 1939 г., т. е. 7 недель тому назад.

Половая и генеративная функции. Живет половой жизнью с 22 лет; от беременности не предохранялась, не беременеет. Каких-либо болезненных явлений (бели, боли, нарушения мочеиспускания) после начала половой жизни не отмечала.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,5°. Артериальное давление 120/80 мм. Язык влажный. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологических изменений не определяется. Молочные железы конической формы. Околососковые кружки слегка пигментированы; тельца Монтьери хорошо выражены. Из молочных желез при давлении выделяется в небольшом количестве секрет желтого цвета.

Гинекологическое обследование. Волосистость на лобке и передней брюшной стенке по мужскому типу. Наружные половые органы развиты правильно. Промежность высокая; ладьевидная ямка глубокая. При осмотре наружного отверстия уретры и бартолиновых желез каких-либо отклонений от нормы не отмечено. Осмотр с помощью зеркал. Влагалище узкое, стенки его несколько цианотичны. Шейка матки конической формы, наружный зев круглый; окраска шейки несколько цианотичная, консистенция плотная; выделения из канала шейки матки слизистые, в небольшом количестве. Влагалищное исследование. Матка в гиперантефлексии, увеличена соответственно 5—6-недельной беременности, плотна, подвижна, неболезненна. Симптом Горвица-Гегара отрицательный. Справа от матки пальпируется колбасовидной формы образование диаметром до 1,5—2 см, эластической консистенции, неболезненное. Слева придатки матки не пальпируются. Своды влагалища не выпячены.

Какой диагноз?

1. Воспаление правых придатков матки (сактосальпинкс).
2. Киста яичника.
3. Маточная беременность и правосторонний сальпингит (сактосальпинкс).
4. Трубная беременность.

Для уточнения вопроса о характере изменений половых органов у В-ной необходимо прежде всего сопоставить и проанализировать данные анамнеза и гинекологического обследования. Как указано выше, росла в тяжелых материально-бытовых условиях. Менструации начались с 18 лет, запаздывали и были болезненными до замужества. Эти

данные свидетельствуют о позднем половом созревании. Объективное обследование (узкое влагалище, коническая шейка матки, втянутая ладьевидная ямка, гиперантефлексия матки) подтверждает наличие у больной нарушения развития половых органов, которое можно назвать инфантилизмом. Рост волос на лобке и передней брюшной стенке по интерсексуальному типу. Однако установление инфантилизма половых органов не объясняет характера опухолевидного образования колбасовидной формы, которое пальпируется справа от матки.

Как указано выше, подобное образование может быть воспалительным процессом придатков, кистой яичника или же трубной беременностью. В пользу диагноза воспалительного процесса говорит наличие бесплодия в браке в течение 3 лет. Как известно, наиболее часто воспалительные процессы половых органов женщины бывают гонорейной, септической, колибациллярной или туберкулезной этиологии. Однако ни в анамнезе, ни при объективном обследовании больной не обнаружено убедительных данных в пользу воспалительного процесса. Так, больная не отмечала никаких патологических изменений (бели, нарушения со стороны мочевых органов, боли) после начала половой жизни. Со стороны уретры, бартолиновых желез, шейки матки (наиболее частые очаги гонореи нижнего отдела полового аппарата) не обнаружено никаких патологических изменений. При цитологическом и бактериоскопическом исследовании секрета уретры и шейки матки также не был установлен воспалительный процесс гонорейной или септической этиологии. Клиническое и рентгенологическое обследование легких не дало никаких указаний на заболевание туберкулезом. Реакции Манту и Пиркетта отрицательные.

Таким образом, анамнестически и объективно нет оснований для диагноза воспаления правых придатков матки септической, гонорейной или туберкулезной этиологии. Кроме того, важно учесть, что туберкулез придатков матки чаще бывает двусторонним.

Колибациллярные заболевания внутренних органов обычно возникают у женщин, не живших половой жизнью, вследствие распространения инфекции с червеобразного отростка (при аппендиците), сигмовидной или прямой кишки (сигмоидит, проктит, парапроктит). Между тем у В-ной нет никаких указаний на возможность заболевания такой этиологии.

Резюмируя, можно прийти к выводу, что предположение о наличии у больной воспаления правых придатков матки не имеет серьезных оснований.

Предположение о кисте правого яичника также мало обосновано, ибо киста, как правило, округлой формы и никогда не бывает колбасовидной; кроме того, киста яичника находится обычно ближе к стенке таза, а не начинается непосредственно возле угла матки, как у В-ной.

При задержке менструации на 7 недель у молодой женщины, живущей половой жизнью, необходимо установить, не беременна ли она. Как известно, в первые недели беременности могут быть так называемые сомнительные и вероятные признаки ее. Из вероятных признаков у больной, кроме задержки менструации на 7 недель, определяется пигментация околососковых кружков, наличие хорошо выраженных телец Монтомгери, выделение секрета из молочных желез, небольшой цианоз шейки матки и стенки влагалища. Наряду с этим матка не увеличена соответственно сроку задержки менструации и мало размягчена; признак Горвица-Гегара отрицательный. Все это не дает оснований для диагноза маточной беременности сроком 7 недель. Необходимо помнить, однако, как трудно диагностировать (пальпаторно) беременность более

ранных сроков. Обнаружение справа от матки опухолевидного образования колбасовидной формы ставит перед нами вопрос о наличии трубной прогрессирующей беременности.

Наличие инфантилизма половых органов у В-ной может быть причиной развития трубной беременности не только в связи с особым строением фаллопиевых труб (большая их извилистость), но и вследствие нарушения нервно-гуморальной регуляции половых органов (в частности, перистальтики труб).

Очень интересные данные в этом отношении имеются в работе А. И. Осякиной-Рождественской, которая тщательно изучила вопрос о влиянии половых гормонов на функциональные особенности труб. Как показала В. М. Лотис, интерорецепция половых органов (в частности, шейки матки) значительно нарушена при инфантилизме. В работе В. А. Кузнецова, детально изучившего гистологическое строение фаллопиевых труб в 100 случаях трубной беременности, убедительно доказано, что нередко трубная беременность возникает в недоразвитой трубе.

Резюмируя, мы имеем серьезные основания заподозрить у В-ной прогрессирующую правостороннюю трубную беременность. Прогрессирующая трубная беременность ранних сроков распознается крайне редко ввиду того, что симптомы ее незначительны или совсем отсутствуют.

По данным А. Д. Аловского, предположительный диагноз ненарушенной трубной беременности был поставлен у 3 из 1004 больных. При влагалищном исследовании определялось утолщение в истмической части трубы; после исследования больные отмечали некоторое время схваткообразные боли на соответствующей стороне. Однако необходимо отметить, что признак «трубных схваток» отмечается при этом далеко не часто. Л. Л. Окинчиц лишь один раз поставил до операции диагноз прогрессирующей трубной беременности. По материалам, акушерско-гинекологической клиники Сталинского медицинского института (В. А. Кузнецов) прогрессирующая трубная беременность была распознана до операции только один раз (на 325 случаев); у всех остальных больных она была уже нарушенной. Некоторые авторы (Д. Бобров) отрицают возможность распознавания (до операции) прогрессирующей (ранней) трубной беременности.

Таким образом, следует считать, что диагноз прогрессирующей трубной беременности представляет очень большие трудности. В связи с этим надо и по отношению к больной В-ной проявить максимум осторожности и стремиться использовать все способы для уточнения диагноза. При подтверждении трубной беременности безусловно показано оперативное лечение (чревосечение, удаление беременной трубы). Для уточнения диагноза мы считаем нужным:

- 1) проследить в течение нескольких дней за изменением объективных данных (размерами трубы и матки);
- 2) сделать биологическую реакцию Ашгейм-Цондека;
- 3) произвести клиническое исследование крови.

Ввиду опасности разрыва трубы и внутреннего кровотечения больной необходимо назначить постельный режим; запрещается применение слабительных, грелок, пузыря со льдом, так как эти мероприятия могут спровоцировать нарушение целостности трубы. Весь дежурный (врачебный, средний и младший) персонал должен быть инструктирован о необходимости неотступного круглосуточного наблюдения за больной и срочного вызова дежурного врача в случае появления болей, головокружения (тем более обморока, коллапса), кровянистых выделений из матки. Любые кусочки ткани (или сгустки крови), которые будут выделяться

у В-ной, должны быть сохранены до прихода врача (возможно выделение кусочков отпадающей оболочки, элементов плодного яйца).

Операционная всегда должна быть подготовлена для производства срочного чревосечения в случае возникновения симптомов нарушения трубной беременности.

Больная В-на чувствовала себя 29 и 30/XI, а также 1/XII удовлетворительно. Поставленная 28/XI реакция Фрийдмана оказалась (30/XI) положительной (R—III); таким образом был получен дополнительный важный признак в пользу диагноза беременности. Кровь: Hb 13 г% (78 единиц), эр. 4 200 000, л. 8500. Со стороны формулы белой крови отклонений от нормы нет. РОЭ 20 мм в час.

В ночь со 2 на 3/XII больная отмечала небольшие схваткообразные боли справа внизу живота. 3/XII общее состояние удовлетворительное. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/75 мм. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. При гинекологическом исследовании обнаружено, что размеры матки почти не изменились, а правая труба несколько увеличилась и стала чувствительной. Температура 36,6°.

Принимая во внимание: 1) задержку менструаций почти на 8 недель, 2) положительную (R—III) реакцию Фрийдмана, 3) несоответствие между сроком задержки менструаций и размерами матки, 4) увеличение правой трубы за время наблюдения в стационаре, 5) отсутствие в анамнезе, а также при гинекологическом исследовании и исследовании крови указаний на воспаление половых органов, мы поставили окончательный диагноз прогрессирующей трубной (правосторонней) беременности¹. Больной предложено оперативное лечение, на что она дала согласие.

В тот же день (3/XII) произведено (под местной анестезией по А. В. Вишневскому) чревосечение. При вскрытии брюшной полости обнаружено, что правая труба утолщена в истмической части в диаметре до 4 см; каких-либо воспалительных изменений не найдено. Произведено удаление правой трубы. Правый яичник и левые придатки без патологических изменений; правая труба очень резко извита.

При рассечении трубы установлена ненарушенная беременность, подтвержденная также гистологически. Послеоперационный период без осложнений; заживление операционной раны брюшной стенки первичным натяжением. В-на выписана домой на 14-й день после операции.

Эпикриз

В-на поступила в гинекологическое отделение для уточнения диагноза по поводу задержки менструаций на 7 недель и подозрения на трубную беременность.

На основании динамического наблюдения за больной в сопоставлении с данными гинекологического исследования, которое выявило увеличение трубы и отсутствие увеличения матки, положительной реакции Ашгейм-Цондека (в модификации Фрийдмана) поставлен диагноз ненарушенной трубной беременности. Произведена правосторонняя сальпингэктомия. Диагноз подтвержден при осмотре и рассечении удаленной трубы, а также гистологически. Особенности наблюдения: сложность подобной диагностики, возможность ее только при комплексном повторном обследовании больной.

Трубная беременность. Разрыв маточной (фаллопиевой) трубы

А-ва, 34 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи 30/XI 1955 г. в 16 часов. Диагноз врача скорой помощи: острое воспаление тазовой брюшины.

Анамнез. Перенесенных заболеваний не помнит.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, через 3 недели, по

¹ Применение пункции через задний свод у больной с ненарушенной трубной беременностью мы считали нецелесообразным.

3—4 дня, безболезненные. Замужем с 24 лет. Тип менструаций после замужества не изменился. Последняя менструация 5 недель тому назад; субъективных признаков беременности не отмечала.

Генеративная функция. Было три беременности: двое нормальных родов без осложнений (дети живы), третья беременность закончилась 3 года тому назад криминальным абортom; лежала в больнице 4 недели, отмечалось лихорадочное состояние. После аборта больше не беременела; менструации стали обильными и болезненными. Часто появлялись боли внизу живота и в поясничной области. Нерегулярно лечилась в женской консультации по поводу хронического воспаления придатков матки.

История настоящего заболевания. Заболевание началось внезапно в 2 часа ночи с острых болей внизу живота и головокружения. При этом у больной возникли позывы на дефекацию, но стула не было; появилась рвота и кратковременная потеря сознания. При помощи родных больная с трудом дошла до постели. Боли понемногу успокоились, а затем возобновились и повторялись еще 2 раза. В 15 часов приступ болей в животе сопровождался обморочным состоянием, которое, по словам родных, продолжалось около 5 минут. Был вызван врач скорой помощи, который и транспортировал больную в гинекологическое отделение.

Общее обследование. При первом осмотре больной обращает на себя внимание крайняя бледность кожных покровов, резкая слабость и апатичное состояние. Больная лежит на носилках с полузакрытыми глазами, с трудом приподнимает голову. Пульс 120 ударов в минуту, мягкий, ритмичный. Дыхание учащенное, 34 в минуту. Артериальное давление 80/50 мм. Температура 35,8°. Крайняя слабость больной, пониженная температура и резкая бледность кожных покровов настаивают.

При аускультации легких и сердца отклонений от нормы, кроме тахикардии, не отмечено. Секрет из молочных желез не выделяется. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях. При пальпации определяется напряжение и болезненность в гипогастриальной области, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота, Ровзинга и Пастернацкого — отрицательный. При перкуссии определяется притупление перкуторного тона в правой паховой области; верхняя граница притупления на 5 см выше паховой складки. При осторожном повороте больной на левый бок границы притупления смещаются влево.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы развиты нормально, покрыты темными кровянистыми выделениями. Осмотр на гинекологическом кресле с помощью зеркала. Слизистая влагалища бледно-розового цвета, шейка матки цилиндрической формы, слегка цианотична; наружный зев в виде поперечной щели; из канала шейки матки темные кровянистые, в виде крошковатой массы, выделения. Влагалищное исследование. Уретра не болезненна, не уплотнена, при давлении секрет из нее не выделяется; бартолиновы железы и их выводные протоки не пальпируются. Задний свод влагалища сглажен, резко болезнен. Шейка матки плотная, наружный маточный зев пропускает кончик пальца. Матка в антефлексии, плотная, несколько увеличенная, ограниченно подвижная, смещена влево от средней линии. Справа изади от матки определяется неправильно овоидной формы образование величиной 8 × 6 см, тестоватой консистенции; наружные границы его не доходят до стенок таза. Слева пальпируется образование колбасовидной формы, плотной консистенции, малоблезненное, до 1,5 см в диаметре.

Какой диагноз?

Больная доставлена с диагнозом острого воспаления тазовой брюшины. Однако наличие резкой анемии, пульса частого и слабого наполнения в сочетании с пониженной температурой требует срочного дифференциального распознавания. Нужно подумать о следующих заболеваниях:

1. Острое воспаление тазовой брюшины.
2. Острый аппендицит.
3. Трубная беременность, разрыв трубы.

Данные анамнеза указывают на хроническое воспаление придатков матки и острое начало заболевания, наличие болей внизу живота. Однако общая клиническая картина заболевания говорит против диагноза острого воспаления тазовой брюшины: температура не повышена, а, наоборот, субнормальная, передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях, больная очень бледна, у нее повторные обмороки. Все это говорит против диагноза острого пельвеоперитонита.

В характерных случаях аппендицита данные анамнеза могут указывать на предшествующие болевые приступы в правой подвздошной области, сопровождавшиеся рвотой и повышением температуры. При объективном исследовании определяют повышение температуры, рвоту, иногда сухой, обложенный язык, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга и Ровзинга. Конечно, сочетание всех этих признаков наблюдается не у каждой больной. В наиболее тяжелых случаях гангренозного аппендицита температура тела может быть нормальной. Исследование больной А-вой указывает на отсутствие характерных клинических признаков аппендицита.

Некоторое значение для дифференциальной диагностики острого аппендицита и других острых заболеваний (например, прервавшейся трубной беременности) имеет исследование крови. Однако нужно быть осторожным при оценке гематологических данных. Так, число эритроцитов и содержание гемоглобина мало изменяются в начале острого воспалительного процесса; при внутреннем кровотечении происходит равномерное снижение количества эритроцитов и гемоглобина; цветной показатель не изменяется, и анемия носит нормохромный характер. Однако истинная степень анемизации значительно больше и не совпадает с этими показателями, так как общее сосудистое русло уменьшается за счет исключения части капилляров из кровообращения и их рефлекторного сужения.

В дальнейшем нормохромная анемия сменяется гипохромной, так как формирование эритроцитов в костном мозгу происходит быстрее, чем восполнение потери гемоглобина.

Что касается белой крови, то при воспалительных процессах (в том числе и при аппендиците, кроме наиболее тяжелых, септических случаев) наблюдается повышенный лейкоцитоз; при кровопотере в первые часы наблюдается кратковременная лейкопения и тромбоцитопения. В дальнейшем вследствие повышенной раздражимости костного мозга в крови обнаруживаются молодые формы эритроцитов и лейкоцитов.

Наряду с этим клинический опыт учит, что повышенный лейкоцитоз наблюдается и при воспалительных процессах, и при постгеморрагической анемии. При остром воспалительном процессе ускоряется реакция оседания эритроцитов, однако и при кровопотере она также ускоряется, особенно если содержание гемоглобина падает до 10 г% (60 единиц) и ниже.

Срочное исследование крови у больной А-вой дало такие результаты: Нв 8,5 г% (51 единица), эр. 2 300 000, цветной показатель 0,93, л. 5000, э. 2,5%, б. 0,5%, п. 3%, с. 60%, лимф. 29%, мон. 5%, тромбоцитов 124 000; РОЭ 20 мм в час. Таким образом, данные клинического и лабораторного (гематологического) обследования А-вой позволяют отвергнуть диагноз воспалительного процесса тазовой брюшины, червеобразного отростка (отсутствие лейкоцитоза, сдвига белой крови влево). Эти данные убедительно говорят о наличии значительной постгеморрагической анемии.

Чем может быть обусловлена анемия?

Причиной острой анемии у женщин детородного возраста чаще всего бывает кровотечение, связанное с нарушением маточной или внематочной беременности. Значительно реже кровотечение возникает вследствие апоплексии яичника, хорионэпителиомы трубы, травмы печени, селезенки или перфорации язвы желудка.

Рассмотрим, есть ли у А-вой признаки нарушенной маточной беременности, т. е. аборта. О возможности беременности говорит задержка менструаций на 5 недель. Однако ни в данных анамнеза, ни в резуль-

татах объективного исследования не имеется указаний на значительное наружное кровотечение; шейка и тело матки представляются плотными, канал шейки (в области внутреннего зева) закрыт, обнаружены лишь незначительные кровянистые выделения из матки. Ввиду значительного напряжения брюшной стенки определение симптома Горвица-Гегара невозможно. Однако и перечисленных выше признаков достаточно для заключения, что незначительное кровотечение из матки не может быть причиной резкой анемии, которая обнаружена у больной. Таким образом, диагноз маточного аборта нельзя считать обоснованным. Острое начало болезни, повторные приступы болей в животе, сопровождавшиеся головокружением и обморочным состоянием, наличие резкой анемии, учащенного малого пульса и свободной жидкости в брюшной полости — все это приводит к выводу, что тяжелое состояние А-вой вызвано внутренним кровотечением.

Причиной внутреннего кровотечения у половозрелых женщин, живущих половой жизнью, наиболее часто, как это указывалось выше, является разрыв беременной трубы. Весьма редко подобное кровотечение обуславливается апоплексией яичника, хориеоэпителиомой трубы.

Необходимо помнить, что в отдельных случаях при наличии явных признаков внутреннего кровотечения больные категорически отрицают половую жизнь. Подобное утверждение при наличии объективных данных о кровоизлиянии в брюшную полость требует применения пункции через задний свод влагалища.

Возвращаясь к анализу данных анамнеза А-вой, напомним, что заболевание возникло после 3 лет вторичного бесплодия и 5-недельной задержки менструаций. При гинекологическом исследовании справа и слева от матки определялось образование размером 8×6 см, тестоватой консистенции, а слева от матки — тяж колбасовидной формы, плотной консистенции, диаметром 1,5 см.

Так как А-ва лечилась по поводу хронического воспаления придатков матки, то левосторонний тяж вполне обоснованно можно считать увеличенной, воспалительно измененной трубой. Образование, выпячивающее правый и задний своды, имеет тестоватую, а не плотную или эластическую консистенцию, контуры его нечеткие. Данные анамнеза и объективного обследования в сочетании с клиническим исследованием крови позволяют прийти к выводу, что это гематосальпинкс. Возникновение гематосальпинкса обусловлено скорее всего прервавшейся трубной беременностью.

Ввиду резкой анемизации больной следует считать, что прерывание беременности произошло по типу разрыва трубы с кровоизлиянием в брюшную полость. Признавая ценность метода пункции через задний свод (о нем подробнее будет сказано в следующей главе), мы считаем все же, что пункция не показана, так как имеется вполне достаточно данных для диагноза правосторонней трубной беременности, разрыва трубы и постгеморрагической анемии, левостороннего хронического сальпингита.

При наличии подобного диагноза показано срочное чревосечение с целью остановки кровотечения и удаления беременной трубы. Больная дала согласие на операцию.

30/XI в 16 часов 40 минут под эфирно-кислородным наркозом произведено чревосечение. В брюшной полости обнаружено около 1,5 л жидкой крови и сгустки ее. Правая труба утолщена в истмической части до 5 см в диаметре, имеется разрыв ее. Наложены зажимы на мезосальпинкс. Труба удалена с клиновидным иссечением интрамуральной ее части из рога матки. Наложены кетгутовые узловые швы на мезосальпинкс и рог матки. Перитонизация за счет круглой маточной связки. При осмотре левой трубы обнаружено, что она несколько утолщена, в спайках; ампуляр-

ный конец трубы не закрыт; труба оставлена. При разрезе удаленной трубы найдены эмбрион и ворсинки хориона. Из брюшной полости удалена жидкая кровь и сгустки; брюшная стенка послойно зашита. Во время операции перелито 800 мл одногруппной крови. Больная в удовлетворительном состоянии переведена в палату. Гладкое послеоперационное течение. А-ва выписана домой 12/ХІІ в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано курортное грязелечение.

Как указывалось выше, трубная беременность — не единственное заболевание внутренних половых органов, которое может быть причиной кровотечения. Такими заболеваниями являются также апоплексия яичника и хорионэпителиома трубы. Дифференциальный диагноз между апоплексией яичника и трубной беременностью крайне труден. Об апоплексии яичника говорят два обстоятельства: отсутствие задержки менструаций и половой жизни.

Однако надо принять во внимание, что, как по литературным, так и по нашим данным, в 15—20% случаев трубная беременность (и нарушение ее) наблюдается и без задержки менструаций. При обнаружении разрыва яичника во время операции нельзя считать диагноз апоплексии вполне достоверным: окончательный диагноз возможен лишь после гистологического исследования препарата.

Хорионэпителиома трубы встречается крайне редко. Она может возникать после трубной беременности, а иногда и через много лет после маточного аборта или родов. Клиническая картина подобного заболевания в случае разрыва трубы аналогична разрыву беременной трубы (подробнее см. стр. 190).

Симптомокомплекс внутреннего кровотечения может возникнуть также при разрыве печени, селезенки или разрыве опухоли яичника. Подобные разрывы обычно являются травматическими, и дифференциальное распознавание их от нарушенной трубной беременности основывается на данных анамнеза (травма).

Самопроизвольный разрыв селезенки возможен при малярии и возвратном тифе; распознавание основывается на анамнезе в сопоставлении с данными гинекологического обследования.

Что касается разрыва опухоли яичника при перекручивании ножки, то подобное осложнение встречается крайне редко. При объективном исследовании фиксируют внимание на явлениях шока; признаки анемизации наблюдаются не всегда. При гинекологическом исследовании не обнаруживают бывшей опухоли яичника или же определяют капсулу опухоли в виде дряблого мешка.

Острые явления внутреннего кровотечения в сочетании с шоком очень характерны для разрыва беременной трубы. При клинической картине острого заболевания брюшной полости иногда на первый план выступают явления шока; это бывает обычно при прободении язвы желудка. В связи с этим достаточно напомнить красочное описание Мондора: «внезапная жестокая боль в верхней части живота, ригидное сокращение всей брюшной стенки... точные анамнестические данные желудочного характера».

Из ошибочных диагнозов, с которыми поступают иногда больные с внематочной беременностью, необходимо остановиться еще на двух: непроходимость кишечника и острая пищевая интоксикация.

Диагноз непроходимости кишечника у больной с острым нарушением трубной беременности может быть поставлен на основании следующих общих симптомов: внезапное начало заболевания, острые боли, картина шока. Однако при дифференциальной диагностике необходимо учитывать такие признаки непроходимости (в начальной стадии заболевания), как симптом Валя (периодическое вздутие отрезка

кишечника выше места препятствия и урчание, плеск в кишечнике), частая рвота, отсутствие стула, позывы на дефекацию и отхождение газов.

При внематочной беременности метеоризм (особенно местный) не столь резко выражен, урчание в кишечнике (выше места препятствия) не отмечается; наряду с этим резко выражены явления анемизации, которые нарастают при повторных приступах болей.

Наконец, при наличии остро прервавшейся трубной беременности иногда ошибочно предполагают острую пищевую интоксикацию. Поводом для подобной ошибки может быть указание больной на начало заболевания со рвоты, иногда после приема пищи. Глубоко прав М. М. Виккер, который пишет: «Гастроэнтероколит или энтероколит — вот основа для распознавания пищевых отравлений, и поэтому понос является тем доминирующим симптомом, наличие которого дает право направить исследование по пути пищевой интоксикации и, наоборот, отсутствие кишечного послабления всегда должно вызвать чрезвычайную осторожность и привлечь максимальное внимание к всестороннему обследованию живота и самого больного по всем направлениям».

Разбор истории болезни с остро прервавшейся трубной беременностью ставит перед нами ряд принципиальных вопросов, относящихся к диагностике и врачебной тактике при острых заболеваниях органов брюшной полости.

Первое, что необходимо подчеркнуть, — важность тщательного собиранья анамнеза. Время, потраченное врачом при собираньи анамнеза, полностью окупается большим значением его для правильного распознавания заболевания.

История болезни А-вой ярко иллюстрирует правильность этого положения. Ошибочный диагноз острого воспаления брюшины вместо внематочной беременности был связан прежде всего с неполным анамнезом.

При собираньи анамнеза, однако, не следует переоценивать рассказ больной, подчас несвязный и затрудняющий диагностику. Необходимо учитывать данные общего и специального обследования, ставить перед больной дополнительные вопросы, помогающие уточнить диагностику. Эти вопросы надо формулировать осторожно, не придавая им наводящего характера. Правильно собранный анамнез имеет первостепенное значение для диагностики внематочной беременности.

Необходимо также напомнить, что клинические симптомы редко бывают столь полными, как это описывается в учебниках. Отсутствие какого-либо второстепенного признака при наличии ряда основных, характерных для данного заболевания, симптомов не должно смущать врача и не исключает возможности правильной диагностики.

Предварительный диагноз, с которым больная поступает в стационар, является лишь ориентировочным. Врач стационара, которому приходится ставить окончательный диагноз, не должен слепо доверять предварительному диагнозу; необходимо вновь тщательно собрать анамнез, детально обследовать больную и сделать собственное диагностическое заключение. Только при таком критическом анализе всех данных и сопоставлении анамнеза и объективного обследования можно избежать предвзятых заключений и ошибочного следования первому впечатлению.

Нельзя допускать такой ошибки, когда, став с самого начала на ложный путь, мы упорно придерживаемся его и стремимся подвести под ранее составленную концепцию разнообразные клинические симптомы данного заболевания. При распознавании острых заболеваний брюшной полости каждый врач независимо от его специальности (акушер-гинеко-

лог, хирург, терапевт) должен проявить широкий всесторонний подход к изучению больного.

Значение лабораторных и инструментальных исследований при диагностике такого заболевания, как остро прервавшаяся трубная беременность, невелико. Напомним о несоответствии (в первые часы заболевания) между степенью кровопотери и изменениями со стороны красной крови, неспецифичности РОЭ, о невозможности использовать биологические реакции на беременность ввиду их длительности (включая и реакцию на лягушках).

Здесь же необходимо подчеркнуть, что при гинекологическом исследовании больной с остро прервавшейся трубной беременностью не всегда удается определить увеличенную, разорванную трубу. В то же время нельзя рекомендовать (не считаясь с напряжением брюшной стенки) глубокую пальпацию через своды, так как это грозит новым повреждением беременной трубы и усилением кровотечения.

При сомнении в диагностике пункция через задний свод влагалища является весьма ценным вспомогательным методом.

Тактика врача при остро прервавшейся трубной беременности состоит из следующих элементов:

1. Отказ от введения наркотиков, так как они могут затемнить клиническую картину заболевания.

2. Отказ от применения холода или тепла на живот, слабительных, клизм, так как они могут вызвать усиление кровотечения (сокращение трубы).

3. Немедленная госпитализация больной.

4. Срочное чревосечение, сразу же после установления диагноза внутреннего кровотечения. Врач не должен задерживать операцию, если источник внутреннего кровотечения (труба, яичник) для него не вполне ясен.

5. При значительной кровопотере, явлениях шока целесообразно перелить 500—600 мл крови струйным способом и затем капельным, а также применить противошоковые средства.

В случае недавнего (до 12 часов) инсульта и безлихорадочного течения заболевания целесообразна реинфузия крови, собранной из брюшной полости.

При реинфузии (обратном переливании крови) необходимо помнить об опасности осложнений, обусловленных токсичностью крови и ее инфицированием. Токсичность крови, излившаяся в брюшную полость, может быть обусловлена денатурацией белков и образованием ядовитых продуктов. Накопление токсических продуктов в крови происходит в известном параллелизме с гемолизом ее. Поэтому целесообразно производить (до переливания) пробу крови на гемолиз. Для этого наливают в центрифужную пробирку 5—8 мл крови и центрифугируют до полного осаждения эритроцитов. При отсутствии гемолиза плазма крови бывает желтого цвета; если отстой крови розовый или красный, то это говорит о гемолизе. Такую кровь переливать нельзя. Во избежание осложнений вследствие инфицирования крови нужно отказаться от переливания крови у лихорадящих больных, при остром или подостром воспалении придатков матки, при давности инсульта свыше 12 часов.

Техника переливания. Кровь собирают в стандартную банку большой ложкой, процеживают через 8 слоев стерильной марли, смоченной 4% раствором лимоннокислого натрия. В банку наливают 4% раствор цитрата из расчета 10 мл на 100 мл крови. Профильтрованную стабилизированную кровь переливают по общепринятой методике. Может быть перелито 1 л крови и больше.

6. Во время операции всегда должна быть осмотрена и вторая труба. Это необходимо для исключения двусторонней трубной беременности и для решения вопроса о возможности сохранить вторую трубу. У молодых женщин вторая труба удаляется лишь при наличии необратимых изменений, например пиосальпинкса.

Эпикриз

А-ва доставлена машиной скорой помощи по поводу острых болей в животе, головокружения и обмороков; была однократно рвота. Диагноз врача скорой помощи: острый пельвеоперитонит. Из анамнеза установлено вторичное бесплодие после криминального аборта, задержка менструаций на 5 недель. При объективном обследовании обращает на себя внимание состояние острой анемии и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Справа от матки обнаружено опухолевидное образование, тестоватой консистенции, несколько сглаживающее задний свод. Диагностирована остро прервавшаяся трубная беременность со значительным кровоизлиянием в брюшную полость. Срочно произведено чревосечение. Удалена разорванная правая труба. Ввиду молодого возраста большой вторая труба оставлена; в ней обнаружены незначительные изменения воспалительного характера. Во время операции сделано переливание крови. Выздоровление. Рекомендовано физиотерапевтическое лечение.

Трубная беременность. Трубный аборт.

И-ва, 29 лет, поступила в гинекологическую клинику 10/XII 1955 г. с жалобами на небольшие повторно возникающие боли слева внизу живота и чувство легкого головокружения. Диагноз врача женской консультации: аборт. Общее состояние удовлетворительное.

Анамнез. В детстве не болела. В период полового созревания перенесла пневмонию, брюшной тиф.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились сразу, через 4 недели, по 3 дня, безболезненные, небогатые. С 1952 г. (после аборта) наступают через 3 недели, по 5—6 дней, обильные, болезненные. Последняя нормальная менструация с 22 по 27/X 1955 г.

Половая функция. Замужем с 22 лет. Мужу 32 года, здоров.

Генеративная функция. Было три беременности. Первая беременность, через 3 месяца после замужества, протекала без осложнений и закончилась нормальными срочными родами. Ребенок жив. Вторые роды, также нормальные, произошли на третьем году замужества; ребенок жив. Третья беременность закончилась криминальным абортom на III месяце; в течение 3 недель лежала в больнице с повышенной температурой. С тех пор вторичное бесплодие в течение 3 лет. По временам стала отмечать боли внизу живота при половом сношении. Обращалась в женскую консультацию; диагностировано двустороннее воспаление труб и яичников и рекомендовано физиотерапевтическое лечение. Больная систематически не лечилась.

История настоящего заболевания. Кровянистые выделения появились 20/XI с запозданием на 7 дней, были менее обильными и более темными по сравнению с обычной менструацией и затянулись до 29/XI. Пять дней назад (5/XII) возникли незначительные боли внизу живота, больше слева, и легкое головокружение; в тот же день появились кровянистые выделения из влагалища (выходили небольшие сгустки крови и какая-то небольшая пленка беловатого цвета). Температура 36,8—37,2°. 10/XII утром вновь появились боли внизу живота и головокружение. Вызванный на дом врач женской консультации направил больную в стационар с диагнозом аборта.

Общее обследование. Состояние больной удовлетворительное. Температура 37,3°. Пульс 76 ударов в минуту. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Молочные железы без отклонений от нормы. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологических изменений не найдено. Отмечается склонность к запорам, иногда стул с кровью. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях. Определяется некоторая чувствительность при пальпации в левой паховой области. При перкуссии изменений перкуторного звука не обнаруживается.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы развиты нормально. Со стороны уретры и бартолиновых желез патологических изменений нет. В окружности заднепроходного отверстия небольшие геморроидальные шишки. Осмотр с помощью зеркал. Стенка влагалища розового цвета; шейка матки цилиндриче-

ской формы, несколько цианотична; наружный зев в виде поперечной щели. Из канала шейки матки темно-красные выделения в виде крошковатой массы.

Влагалищное исследование. Шейка не размягчена; наружный зев пропускает кончик пальца; матка в антефлексии, плотная, слегка увеличенная, грушевидной формы; симптом Горвица-Гегара отрицательный. Через правый свод определяется тяж, идущий от угла матки к стенке таза, диаметром 0,5 см, ближе к стенке таза этот тяж переходит в овоидное тело, слегка чувствительное, размером $2 \times 2 \times 3$ см, туго-эластической консистенции. Слева и кзади от матки также определяется болезненный тяж, который у наружного его конца принимает неправильно овоидную форму; размер наружного отрезка тяжа $4 \times 4 \times 5$ см, консистенция тестоватая. Задний свод влагалища не выпячен и не сглажен. Через передний свод никаких патологических изменений не определяется.

Какой диагноз?

1. Маточный аборт.
2. Трубный аборт.
3. Хроническое воспаление придатков матки, стадия обострения.

Разберем по порядку эти диагнозы.

Какие данные анамнеза говорят в пользу диагноза маточного аборта? Задержка менструаций на 7 дней, кровянистые выделения из влагалища, указание больной на отхождение вместе со сгустками крови небольших кусочков белой ткани (элементы плодного яйца?).

При более тщательном изучении данных анамнеза, объективного исследования и клинической картины болезни возникает сомнение в правильности этого диагноза. Задержка менструаций у молодой женщины, живущей половой жизнью, действительно наблюдается чаще всего при беременности; однако эта задержка может быть при любой форме беременности, т. е. и при маточной, и при внематочной.

Появление кровянистых выделений из матки является одним из признаков маточного аборта. Однако при дифференциальной диагностике между маточным и трубным абортом необходимо учитывать характер выделений: при маточном аборте выделяется большей частью кровь алого цвета; количество ее может быть весьма значительным; при трубном аборте маточное кровотечение незначительно. Вместе с кровью выделяются и кусочки отпадающей оболочки; вследствие этого выделения нередко представляются в виде крошковатой массы. При трубном аборте окраска крови темно-бурая, шоколадного цвета. И-ва указывает, что при последних кровянистых выделениях (с 20 до 29/XI) кровопотеря была меньше, чем обычно, а окраска крови не алая, а темно-бурая. В дальнейшем такие же кровянистые выделения повторялись. Необходимо учитывать, что и этот дифференциальный признак не является абсолютным. При трубном аборте, как и при маточном, может возникнуть маточное кровотечение со сгустками; при этом кровь бывает алого цвета.

Другой важный признак, который отметила больная, — выхождение из матки не только сгустков крови, но и кусочков белой ткани. Для недостаточно опытного врача наличие этого признака может быть серьезным основанием в пользу распознавания маточного аборта (с таким диагнозом и была направлена в клинику больная). Однако правильная диагностика не может полностью базироваться лишь на указанных выше трех признаках (задержка менструаций, кровянистые выделения из матки, отхождение кусочков какой-то ткани). Необходимо сопоставить с этими признаками и другие особенности анамнеза и данные объективного исследования.

Прежде всего надо ответить на вопрос, действительно ли отхождение кусочков ткани из матки является несомненным признаком маточного аборта? На этот вопрос мы можем ответить отрицательно, так как и при внематочной беременности иногда наблюдается отхождение из

матки больших или меньших кусочков ткани. Ткань эта представляет собой отпадающую оболочку матки и может выходить из полости матки в виде объемистого, плотной консистенции слепка треугольной формы или же в виде небольших обрывков. Таким образом, указание большой или отхождение из матки кусочков ткани нельзя считать достоверным признаком маточного аборта. Вместе с тем осмотр и исследование этих кусочков представляют известную диагностическую ценность. Как больная, так и сестры и санитарки стационара должны быть инструктированы о необходимости сохранения кусочков ткани или сгустков, которые могут выделяться из матки у подобных больных. При макроскопическом осмотре ткани, отошедшей из матки, целесообразно (для распознавания отпадающей или ворсистой оболочки) осмотреть ее в стакане (или рюмке) с водой. В этих условиях на ворсистой оболочке хорошо видны отдельные ворсинки (эту оболочку И. П. Лазаревич красочно называл «мохнаткой»), а отпадающая оболочка представляется в виде ткани с гладкой поверхностью, без ворсин. Конечно, более достоверно характер выделившейся ткани может быть определен лишь при микроскопическом ее исследовании.

Гистологическое исследование ткани, удаленной из матки, имеет также большое значение, если при выскабливании матки по поводу маточного аборта получено очень мало ткани, макроскопически не похожей на элементы плодного яйца. Удаленная ткань может быть отпадающей оболочкой, а беременность — не маточной, а внематочной. Подобный больной следует назначить строгий постельный режим и обеспечить тщательное круглосуточное наблюдение. Вопрос о дальнейшей терапии зависит от общей клинической картины болезни и окончательного диагноза маточной или внематочной беременности.

Однако здесь попутно возникает вопрос, является ли гистологическое исследование ткани, родившейся или удаленной при выскабливании матки, вполне достоверным при дифференциальной диагностике между маточным и трубным абортom? Казалось бы, ответ должен быть положительным: отсутствие ворсин в удаленной ткани при наличии децидуальной реакции слизистой матки говорит о внематочной (трубной) беременности, наличие ворсин — о маточной беременности. К сожалению, диагностика в отдельных случаях не является вполне достоверной. Так, децидуальный метаморфоз слизистой оболочки матки наблюдается не только при беременности, но и при персистирующем желтом теле и образовании лютеиновых кист яичника. Наличие же ворсин в исследуемой ткани не исключает, хотя и редкого, сочетания маточной и внематочной беременности. Исходя из этого, а также из опасности выскабливания матки при трубной беременности (инсульт, инфицирование кровоизлияния, см. дальше), мы категорически отвергаем предложение некоторых авторов (Д. О. Отт, А. А. Муратов) применять это вмешательство с целью дифференциальной диагностики между маточной и внематочной беременностью.

Таким образом, ни один из указанных выше признаков, взятый изолированно от клинической картины заболевания и объективных данных, не может считаться достоверным.

Из других жалоб, которые предъявляет И-ва, большое значение имеет характер болей: они не постоянны, а возникают как бы приступами, локализуются внизу живота, больше слева, и сопровождаются головокружением. Подобный характер болей обычно наблюдается при внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта. Боли при маточном аборте в первые месяцы беременности имеют характер тянущих, тупых болей в пояснице и внизу живота.

Важное значение имеет также указание больной на чувство головокружения, которое возникает при каждом приступе болей. Если сопоставить этот симптом с данными анамнеза (и объективного исследования) о небольшом количестве кровянистых выделений из матки, то возникает недоуменный вопрос, почему же у больной каждый раз одновременно с приступом болей в животе отмечается и головокружение. Удовлетворительный ответ на этот вопрос мы получим, если примем во внимание возможность сочетания наружной кровопотери (из матки) и внутренней кровопотери (при трубном аборте или разрыве трубы)¹.

Данные общего обследования И-вой (удовлетворительное самочувствие, нормальная окраска кожных покровов, хорошее наполнение пульса, отсутствие тахикардии) не дают оснований заподозрить большое внутреннее кровотечение, однако они не исключают возможности небольшой, но повторной кровопотери при возникновении трубного аборта.

Для уточнения нашей диагностики вспомним данные анамнеза о предшествующих заболеваниях. И-ва указывает, что после третьей беременности, закончившейся внебольничным абортом, она стала отмечать боли внизу живота, болезненность и обильную кровопотерю при менструациях, а также вторичное бесплодие. Врач женской консультации диагностировал двустороннее воспаление труб и яичников; было рекомендовано физиотерапевтическое лечение. Однако больная не выполнила рекомендации врача и систематически не лечилась. Эти данные анамнеза весьма важны, так как известно, что у большинства больных внематочная беременность возникает после перенесенного воспалительного процесса и вторичного бесплодия. При гинекологическом исследовании и осмотре с помощью зеркал установлено, что слизистая оболочка влагалища и влагалищная часть шейки матки обычно розовой, а не цианотичной окраски; матка плотная, слегка увеличенная; симптом Горвица-Гегара отрицательный. Выделения из матки в виде беловатой пленки и крошковатой массы бурого цвета также не характерны для маточного аборта. Таким образом, у нас нет достаточных оснований, чтобы остановиться на диагнозе маточного аборта (табл. 6, 7). Кусок ткани, выделившийся из матки еще до поступления больной в клинику, к сожалению, не был исследован.

При обследовании больной мы обнаружили изменения в области придатков матки: справа определяется овоидное тело туго-эластической консистенции, слева и сзади — опухолевидное образование неправильно овоидной формы тестоватой консистенции. Принимая во внимание наибольшую задержку менструаций, жалобы на кровянистые выделения из матки и боли внизу живота, а также увеличение придатков матки, необходимо провести дифференциацию между диагнозом трубного аборта и воспалением придатков матки (в стадии обострения); нельзя также отказаться от мысли о возможности сочетания этих двух заболеваний.

В пользу диагноза воспалительного процесса придатков матки поворят данные анамнеза о предшествующем воспалительном процессе и вторичном бесплодии, наличие двусторонних изменений в придатках, субфебрильная температура. В пользу диагноза внематочной беременности поворят задержка менструаций, повторные болевые приступы с головокружением, характер кровянистых выделений (темный цвет, белесоватая пленка), обнаружение слева от матки овоидной формы образования размером 4×4×5 см, тестоватой консистенции.

¹ Головокружение и обморочное состояние объясняются также резкими болями ощущениями и состоянием шока.

Сравнительная характеристика признаков маточного и трубного аборта приведена в табл. 6, а внематочной беременности и воспалении придатков матки в табл. 7.

Таблица 6

| Маточный аборт | Трубный аборт |
|---|---|
| <p style="text-align: center;">Анамнез</p> <p>а) Задержка менструаций, наличие ощущений, свойственных беременности</p> <p>б) Часто отсутствие указаний на воспалительное заболевание половых органов</p> <p>в) Тупые боли внизу живота или в пояснице, головокружение при значительной кровопотере</p> <p style="text-align: center;">Объективные данные</p> <p>а) Кровянистые выделения из матки алого цвета, довольно обильные</p> <p>б) Придатки матки, как правило, не увеличены</p> <p>в) При задержке менструаций на 7—8 недель положительный признак Горвица-Гегара, шаровидная форма матки</p> <p>г) Цианоз и размягчение шейки матки</p> | <p style="text-align: center;">Анамнез</p> <p>а) Задержка менструаций в 80—85% случаев; наличие ощущений, свойственных беременности</p> <p>б) Часто предшествующий воспалительный процесс, вторичное бесплодие</p> <p>в) Боли приступообразного характера, нередко односторонние; часто головокружение, несмотря на незначительное внешнее кровотечение</p> <p style="text-align: center;">Объективные данные</p> <p>а) Кровянистые выделения бурого цвета, в виде крошковатой массы, не обильные</p> <p>б) Придатки матки с одной или обеих сторон увеличены, тестоватой консистенции</p> <p>в) Матка несколько увеличена, грушевидной формы; признак Горвица-Гегара обычно отрицательный</p> <p>г) Цианоз и размягчение шейки не всегда</p> |

Таблица 7

| Внематочная беременность | Воспаление придатков матки |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Анамнез</p> <p>а) Вторичное или первичное бесплодие</p> <p>б) Менструальная функция в прошлом может быть нормальной; в 85% случаев кровянистые выделения появляются после задержки менструаций</p> <p>в) Боли приступообразные, односторонние, часто очень сильные</p> <p>г) Головокружение, обмороки, чувство напирания на задний проход</p> <p style="text-align: center;">Объективные данные</p> <p>а) Увеличение придатков матки, часто одностороннее</p> <p>б) Консистенция «опухлевидного» образования тестоватая</p> <p>в) «Опухлевидное» образование нередко без четких контуров</p> <p>г) При повторном осмотре после приступа болей отмечается увеличение размеров опухлевидного образования</p> | <p style="text-align: center;">Анамнез</p> <p>а) Заболевание возникло после начала половой жизни, аборта, реже — после родов</p> <p>б) Менструальная функция часто нарушена — метроррагия, альгодисменорея, реже гиперменорея</p> <p>в) Боли диффузные, тупые; сильные в процессе обострения воспалительного процесса</p> <p>г) Нет ни головокружений, ни обмороков, ни чувства напирания на задний проход</p> <p style="text-align: center;">Объективные данные</p> <p>а) Придатки матки чаще увеличены с двух сторон</p> <p>б) Консистенция увеличенных придатков плотная или туго-эластическая</p> <p>в) Контурные увеличенных придатков могут быть четкими</p> <p>г) При повторном осмотре отмечается уменьшение размеров придатков матки, если воспалительный процесс переходит в подострую или хроническую стадию и проводится лечение большой</p> |

Приведенные выше сравнительные данные позволяют нам у значительного числа больных поставить определенный диагноз на основании тщательного анализа и синтеза субъективных и объективных клинических данных.

Возвращаясь к разбору диагноза у И-вой, мы вынуждены констатировать, что в настоящий момент у нас нет еще достаточных данных для окончательного диагноза. Удовлетворительное состояние больной и отсутствие явлений анемизации позволяют нам (в условиях стационара) произвести ряд лабораторных и клинических исследований: анализ крови, пункцию заднего свода влагалища, биологическую реакцию Ашгейм-Цондека или ее модификации, реакцию Майнини (на лягушках). Сочетание всех этих данных с клинической картиной заболевания значительно облегчит нам окончательную диагностику.

Если врач будет вызван к подобной больной на дом, то, подумав о возможности внематочной беременности, он должен немедленно госпитализировать больную. Наблюдение на дому было бы серьезной ошибкой, так как трудно предвидеть особенности течения болезни и размеры возможной кровопотери.

11/XII была поставлена реакция Фридмана. В тот же день при клиническом исследовании крови получены следующие данные: Hb 12 г% (72 единицы), эр. 4 200 000, л. 7200, н. 65%, э. 3,5%, б. 0,5%, лимф. 25%, мон. 240 000; РОЭ 20 мм в час.

При оценке данных исследования крови мы не находим никаких патологических изменений. Важно напомнить, что определенные изменения крови типа гипохромной анемии появляются лишь при значительной кровопотере. У И-вой нет никаких указаний на обильную (наружную или внутреннюю) кровопотерю.

Пункция заднего свода имеет немалое значение в диагностике прервавшейся трубной беременности. Однако мы применяем пункцию не у всех больных с подозрением на внематочную беременность, а лишь в тех случаях, когда клинические (и лабораторные) данные недостаточны для окончательной диагностики.

Однако взгляды авторов по этому вопросу противоречивы. Одни являются сторонниками применения диагностической пункции, другие — противниками. К сторонникам применения диагностической пункции относятся Г. Ф. Писемский, К. К. Скробанский, Е. М. Шварцман, И. И. Фейгель. Мы также считаем этот способ весьма ценным.

Противники применения этого метода (А. П. Губарев, Л. А. Кривский, Л. Я. Цейтлин) приводят следующие возражения: 1) опасность инфицирования и ранения кишки (прямой), мочеоточника, маточной артерии, 2) недостоверность метода.

Опасность инфицирования является преувеличенной, если условия асептики тщательно соблюдены. Так, по В. А. Кузнецову, процент лихорадочного течения послеоперационного периода почти одинаков как после применения пункции заднего свода (9,4), так и без нее (10,4).

Второе осложнение — попадание иглы в прямую кишку — встречается очень редко. Для предупреждения подобного осложнения необходимо соблюдение следующих условий:

а) предварительное очищение прямой кишки при помощи клизмы (если позволяет состояние больной);

б) тщательное влагалищное исследование до операции с целью определить положение и границы матки и кровоизлияния;

в) проведение пункции только под контролем зрения.

Раскрыв влагалище зеркалами, надо захватить заднюю губу влагалищной части шейки матки и оттянуть ее кпереди, хорошо открыв

таким образом стенку заднего свода влагалища. Пункцируя задний свод, надо вводить иглу параллельно задней стенке матки (при антефлексии матки) или передней поверхности крестцовой кости, но ни в коем случае не перпендикулярно к крестцу. Категорически запрещается пункция переднего и боковых сводов. Соблюдение этого условия полностью предохраняет от возможности повреждения маточной артерии, мочеточника или мочевого пузыря.

Следующее возражение противников применения пункции заднего свода — недостоверность метода. Конечно, ни один метод не является универсальным и полностью пригодным для всех больных.

При оценке результатов пункции необходимо критическое сопоставление их с данными анамнеза, динамикой заболевания и объективными данными. Необходимо учитывать следующее:

1) отрицательные результаты пункции не всегда говорят против внематочной беременности. При наличии несвежего кровоизлияния сгустки могут легко забить иглу шприца; с другой стороны, при высоком расположении гематосальпинкса или околотрубного кровоизлияния результаты пункции по техническим причинам будут отрицательными. У подобных больных применение пункции заднего свода нецелесообразно;

2) получение свежей крови в остро протекающих случаях подтверждает диагноз;

3) получение свежей крови у больных, не перенесших недавно острого инсульта, не является доказательным, так как кровь могла быть получена из сосудов стенки влагалища;

4) кровь (или жидкость), полученная при пункции, сделанной при нарушенной трубной беременности, в сосуде с физиологическим раствором поваренной соли частично опускается на дно в виде мелких свертков; ее следует подвергнуть также микроскопическому, а в сомнительных случаях (подозрение на инфицирование) и бактериологическому исследованию. Это подозрение при получении крови возникает, если при исследовании пунктата под микроскопом обнаруживают, кроме эритроцитов, и группы лейкоцитов;

5) в 97—98% случаев (Л. Л. Окинчиц) внутрибрюшинное кровотечение возникает вследствие прерывания трубной беременности. Однако оно может быть и при других заболеваниях, как-то: апоплексия яичника, перекручивание трубы, перфорация язвы желудка, разрыв печени, селезенки и, наконец, при перфорации матки или трубы хорион-эпителиомой (стр. 190).

При вдумчивой и критической оценке всех данных анамнеза, клинического и лабораторного обследования диагностическая пункция заднего влагалищного свода является очень ценным вспомогательным методом.

Применение пункции через переднюю брюшную стенку (при прервавшейся внематочной беременности) мы считаем нецелесообразным и значительно более опасным, чем пункция через задний свод влагалища.

Целесообразно ли применение пункции у И-вой? Нет, нецелесообразно, так как задний свод влагалища не сглажен. При пункции через боковой свод возможно ранение крупных сосудов (a. et v. uterina) или мочеточника. Таким образом, в настоящее время мы вынуждены отказаться от применения диагностической пункции.

Единые авторы (М. Гирш) рекомендуют как вспомогательный метод назначение наркотических средств и льда на живот. По мнению М. Гирша, в случае воспаления придатков отмечается уменьшение их;

применение льда при внематочной беременности ведет к появлению болей и увеличению «опухоли». Мы категорически отвергаем подобное предложение, так как нельзя предвидеть размеры кровопотери и влияние ее на ослабленный (предшествовавшей кровопотерей) организм больной.

Итак, оставим И-ву под наблюдением, назначим ей строгий постельный режим и подождем результатов реакции Фридмана.

11 и 12/XII самочувствие больной было удовлетворительным; кровянистые выделения из влагалища прекратились. Температура 36—37,2°. 13/XII вновь появились боли внизу живота, головокружение и чувство напирания на задний проход. При осмотре больной было обнаружено некоторое побледнение кожных покровов. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Передняя брюшная стенка несколько напряжена, больше слева от средней линии живота. Из влагалища вновь начались кровянистые выделения.

Влагалищное исследование. Тело матки слегка смещено вправо; задний свод сглажен опухолевидным образованием, которое располагается кзади и слева от матки. Размеры его увеличились с $4 \times 4 \times 5$ см (осмотр 10/XII 1955 г.) до $8 \times 8 \times 10$ см, консистенция тестоватая.

Сочетание приступа болей в животе, чувства напирания на прямую кишку и головокружения с довольно значительным увеличением левостороннего опухолевидного образования укрепило наше подозрение на наличие левосторонней трубной беременности, протекающей по типу трубного аборта с образованием позадиматочного кровоизлияния. Для уточнения диагноза произведена пункция через задний свод.

При пункции получено 5 мл темной несвертывающейся крови. При микроскопическом исследовании обнаружены свежие эритроциты, образующие монетные столбики, а также эритроциты в виде туювых ягод. В то же время получены результаты биологической реакции по Фридману; она резко положительна (кровоизлияние в яичнике).

На основании сопоставления данных анамнеза и динамики заболевания (повторные приступы болей, головокружение, увеличение левостороннего опухолевидного образования) поставлен диагноз: левосторонняя трубная беременность (трубный аборт); позадиматочное кровоизлияние. Правосторонний сальпингооофорит.

Больной предложено оперативное лечение, на что она дала согласие.

Немедленно произведено чревосечение под местной анестезией. В брюшной полости позади и слева от матки обнаружено около 200 мл крови, жидкой и в виде сгустков. Левая труба в ампулярной части утолщена в диаметре до 4 см, заполнена сгустками крови. Наложены зажимы на мезосальпникс. Левая труба удалена вместе с интерстициальной ее частью. На культю широкой связки наложены узловатые кетгутовые швы. Перитонизация левой круглой маточной связки. Осмотрена правая труба — она утолщена, плотна; ампулярный конец ее открыт. Брюшная полость осушена. Труба оставлена. Брюшная стенка послойно зашита. После окончания операции больная в удовлетворительном состоянии переведена в палату.

Послеоперационный период без осложнений; заживление раны брюшной стенки первичным натяжением. Больная выписана на 12-й день после операции. Рекомендовано физиотерапевтическое лечение.

Необходимо еще раз подчеркнуть важность сохранения (по возможности) второй трубы. Опасность возникновения повторной внематочной беременности невелика. По данным В. А. Кузнецова, на 325 больных повторная внематочная беременность наблюдалась в 5,8% случаев. С другой стороны, неоднократно наблюдалось возникновение нормальной беременности и родов после операции по поводу внематочной беременности.

Мы указывали выше на большое диагностическое значение биологической реакции Ашгейм-Цондека (и ее модификаций) в распознава-

нии некоторых случаев внематочной беременности. Однако необходимо подчеркнуть, что правильная оценка этих реакций может быть обеспечена лишь при комплексном рассмотрении данных анамнеза, клинической картины заболевания и лабораторных исследований. Надо помнить, что при отмирании хориальных элементов реакция становится отрицательной. Следовательно, в хронически протекающих случаях прервавшейся внематочной беременности отрицательный результат реакции не исключает диагноза внематочной беременности. При положительной же реакции Ашгейм-Цондека только тщательная оценка клинической картины заболевания и объективных данных позволяет провести дифференциальную диагностику между внематочной и маточной беременностью. Необходимо, конечно, помнить, что реакция Ашгейм-Цондека (как и Фридмана) дает, хотя и небольшой, процент ошибок. Точность ее достигает, по литературным данным, 98%. По сборной статистике Ашгейма (1358 случаев), неправильный ответ получен в 24 случаях, т. е. в 1,7%.

По данным нашей клиники, реакция Фридмана при внематочной беременности дала 1,52% неправильных ответов (на 395 случаев, Я. М. Ландау).

Ввиду значительных трудностей диагностики у больных со скрытым, вялым течением трубной беременности разными авторами был описан ряд вспомогательных признаков, которые, по их мнению, могут облегчить диагностику. Так, Н. И. Кушталов описал шафрановое окрашивание ладоней рук и подошв. Шотмюллер (Schotmüller) обратил внимание на желтушную окраску склер у больных с внутренними кровоизлияниями. Мы обнаружили эти признаки лишь у больных с большим кровоизлиянием довольно значительной давности. По данным руководимой нами клиники (В. А. Кузнецов), из 325 больных этот признак был отмечен только в 4,3% случаев. Я. М. Ландау указывает, что при прервавшейся внематочной беременности с наличием свободной жидкости в брюшной полости в первые часы после инсульта можно отметить резкую боль при введении пальцев во влагалище (когда пальцы находятся только на середине влагалища и не достигли шейки). Однако этот признак наблюдается редко.

Признак Каллена и Гелендаля (Th. Cullen, H. Hellendal) состоит в сине-зеленом окрашивании пупка и обуславливается просвечиванием крови, излившейся в брюшную полость. Наблюдая большое число больных с нарушенной внематочной беременностью, мы ни разу не отметили этого признака. По данным А. Д. Аловского, он был отмечен только у 3 многорожавших женщин (из 1104). В табл. 8 приведены данные (по А. Д. Аловскому) о сравнительной частоте отдельных симптомов при нарушенной внематочной беременности.

Таблица 8

| Симптомы | % наблюдений |
|---|--------------|
| Боли (в животе, заднем проходе, мочевом пузыре) | 95,6 |
| Кровянистые выделения из влагалища | 80,8 |
| Задержка менструаций | 76,6 |
| Явления малокровия (обморок, головокружение) | 62,0 |
| Нагрубание молочных желез | 48,0 |
| Нарушение дефекации | 42,2 |
| Нарушение мочеиспускания | 38,6 |
| Френикус-симптом | 27,0 |
| Чувство полноты в животе | 19,0 |

И-ва направлена в гинекологическую клинику с диагнозом аборта. При поступлении установлено, что состояние больной удовлетворительное; последние 3 года страдает вторичным бесплодием после аборта; нерегулярно лечилась по поводу сальпинго-оофорита.

После задержки менструации на 7 дней появились кровянистые незначительные темные выделения. В последние дни несколько раз были приступы болей внизу живота, сопровождавшиеся головокружением. При гинекологическом исследовании обнаружено, что матка почти не увеличена, плотна, придатки с двух сторон увеличены.

Ввиду подозрения на трубную беременность, неясности диагностики и удовлетворительного состояния больной поставлена реакция Фридмана. Через 2 дня после поступления — повторный приступ болей в животе, головокружение. Отмечено резкое увеличение опухолевидного образования слева и кзади от матки. Произведена пункция через задний свод; получена кровь. Диагноз нарушенной левосторонней трубной беременности подтвержден. Реакция Фридмана положительная. Произведено чревосечение. Удалена левая беременная труба. Послеоперационное течение без осложнений.

Прервавшаяся трубная беременность. Нагноение позадииматочного кровоизлияния

И-ко, 30 лет, поступила в клинику 15/V 1934 г. по поводу болей внизу живота, отдающих в ногу и задний проход.

Анамнез. Перенесенных заболеваний не помнит.

Менструальная функция. Менструации с 17 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, безболезненные. Последняя менструация 10—15/II.

Половая и генеративная функции. Половой жизнью живет с 20 лет; было двое родов, три искусственных аборта. По словам больной, не болела ни после родов, ни после абортов.

История развития заболевания. Через 5 недель после последней менструации (т. е. 18/III) появились незначительные кровянистые выделения из влагалища, продолжавшиеся 7 дней; с 28/III — вновь кровянистые выделения в течение нескольких дней. 5/V ввиду обострения болей внизу живота обратилась в больницу, где был поставлен диагноз неполного аборта и произведено выскабливание матки; через 3 дня больная выписана домой. Однако боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища продолжались, и 15/V больная поступила в клинику.

Общее и гинекологическое обследование. При поступлении констатирована бледность кожи и видимых слизистых. Температура 37,9°. Пульс 96 ударов в минуту; язык влажный. Со стороны сердца и легких патологических отклонений не отмечено. При пальпации живота в гипогастральной области слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Наружные половые органы развиты нормально; из половой щели кровянистые выделения в умеренном количестве. Матка в антефлексии, немного увеличена; канал шейки матки приоткрыт. Слева от матки, тесно прилегая к ней, определяются придатки, несколько увеличенные, сливающиеся с «опухолью», мягкой консистенции, болезненной, находящейся в заднем своде.

Правые придатки не контурируются. Лейкоцитов 12 000; РОЭ 45 мм в час.

Какой диагноз?

1. Прервавшаяся трубная беременность.
2. Прервавшаяся трубная беременность. Нагноение излившейся крови.

Как анамнез, так и объективные данные приводят к мысли о вяло протекающей, прервавшейся левосторонней трубной беременности с образованием заматочной кровяной опухоли. Учащение пульса и повышенный лейкоцитоз свидетельствуют о возможности вторичных осложнений (инфекции) как результате весьма длительного течения заболевания.

Для уточнения диагноза произведена пункция заднего влагалищного свода. Получена темная, несвертывающаяся кровь. При микроскопическом исследовании ее установлено, что эритроциты не склеиваются в монетные столбики, отдельные эритроциты имеют форму тутовых ягод; 40—50 лейкоцитов в каждом поле зрения. При бактериологическом исследовании пунктата получен стрептококк.

Таким образом, мысль об инфицированности кровоизлияния, возникшего в результате нарушенной внематочной беременности, была подтверждена.

Мы вынуждены были отказаться от операции чревосечения и сделали только кольпотомию. Наступило выздоровление. И-ко выписана на 20-й день после поступления. Рекомендовано физиотерапевтическое лечение.

В отдельных случаях беременность прогрессирует, несмотря на нагноение кровоизлияния. Ведение таких больных представляет большие трудности и чревато серьезными опасностями.

При положительной реакции Ашгейм-Цондека необходимо помнить о возможности повторных инсультов. У двух подобных больных мы отказались от паллиативной операции кольпотомии и произвели радикальную операцию: удалили нарушенную трубу и инфицированное кровоизлияние путем чревосечения.

Такие наблюдения представляют очень большую редкость. В доступной нам литературе мы нашли лишь 2 подобных случая, описанных Н. Н. Сергеевым и Т. Андрейчуком (клиника М. В. Елкина).

Широкая доступность медицинской помощи, своевременное направление больных в стационар, использование наряду с клиническим обследованием и биологических реакций на беременность позволяют своевременно распознавать нарушенную внематочную беременность. Это создает возможность своевременного оперативного лечения и резко уменьшает опасность инфицирования кровоизлияния. Однако своеобразное течение заболевания и важность всесторонней оценки особенностей каждого случая побудили нас остановиться на разборе этой патологии.

Критически оценивая приведенные наблюдения и трудности операции при нагноившейся трубной беременности, мы считаем обоснованными следующие положения:

1. Каждая больная с подозрением на внематочную беременность должна быть срочно госпитализирована.

2. Диагноз инфицированности или нагноения позадиматочного кровоизлияния вследствие нарушенной внематочной беременности основывается на наличии лихорадочного течения заболевания, ознобов, повышенного лейкоцитоза, резко ускоренной РОЭ и исследования (макро- и микроскопического, а также бактериологического) пунктата.

3. Нагноение позадиматочного кровоизлияния не исключает опасности инсультов вследствие наличия неотмершего трофобласта. Постановка реакции Ашгейм-Цондека позволяет решить этот вопрос.

4. При нагноившемся (или инфицированном) кровоизлиянии и положительной реакции Ашгейм-Цондека лечение должно быть радикальным — удаление нарушенной трубы и излившейся крови путем чревосечения. При нагноении кровоизлияния и отрицательной реакции Ашгейм-Цондека опасность инсультов минимальна. Лечение состоит в производстве нерадикальной операции — кольпотомии и введении дренажа.

Э п и к р и з

И-ко поступила в клинику по поводу болей внизу живота, отдающих в задний проход. Через 5 недель после последней менструации появи-

лись кровянистые выделения, которые периодически повторялись. По поводу предполагавшегося аборта произведено выскабливание матки.

При поступлении в клинику отмечена бледность кожи и слизистых, опухолевидное образование, выпячивающее задний свод влагалища. Температура $37,9^{\circ}$, лейкоцитов 12 000. Ввиду подозрения на нарушенную внематочную беременность с нагноением кровоизлияния произведена пункция заднего свода; получена темная несвертывающаяся кровь. При бактериологическом исследовании пунктата обнаружен стрептококк. В связи с подтверждением диагноза инфицированного кровоизлияния произведена лишь задняя кольпотомия. Наступило выздоровление.

Прогрессирующая брюшная беременность сроком 8 месяцев. Чревосечение. Извлечение нежизнеспособного плода

И-ва, 32 лет, поступила в акушерско-гинекологическую клинику 1/III 1954 г. с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность сроком 8 месяцев.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве болела скарлатиной, взрослой перенесла пневмонию. Год тому назад в течение 3 недель лечилась амбулаторно по поводу воспаления придатков матки.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, через 4 недели, по 4 дня, необильные. После аборта менструации наступают через 4 недели, по 5—6 дней, обильные и болезненные. Последняя менструация 8 месяцев тому назад.

Половая функция. Половая жизнь с 26 лет. Мужу 35 лет, здоров.

Генеративная функция. Была одна беременность 5 лет тому назад, закончившаяся криминальным абортom. С тех пор вторичное бесплодие.

История развития заболевания. Впервые обратилась к врачу через 7 недель после задержки менструаций; было диагностировано воспаление придатков матки. На 9-й неделе после последней менструации был приступ сильных болей внизу живота, сопровождавшийся головокружением, тошнотой и слабостью; из влагалища появились незначительные кровянистые выделения. Врач диагностировал угрожающий аборт и назначил постельный режим. Через неделю боли прекратились, но кровянистые выделения из влагалища продолжались еще 7 дней. В дальнейшем больная дважды обращалась к врачу, который диагностировал прогрессирующую маточную беременность. После пятимесячной аменореи И-ва ощутила движения плода, которые были очень болезненными; отмечено увеличение объема живота. При беременности сроком 8 месяцев больная была осмотрена в консультации более опытным врачом, который заподозрил прогрессирующую внематочную беременность и срочно направил больную в клинику.

Общее и акушерское обследование. При поступлении состояние больной удовлетворительное. Температура $36,7^{\circ}$. Артериальное давление 120/75 мм. Нагрубание молочных желез; околососковые кружки резко пигментированы. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не отмечено. Живот выпячен «опухолью», по форме и величине соответствующей беременности сроком 8 месяцев. Окружность живота 80 см. Пальпация живота болезненна; слева от средней линии живота свободно определяются мелкие части плода; по средней линии, на уровне пупка, прослушивается сердцебиение плода (122 удара в минуту).

Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище обычной глубины, стенки его рыхлые, слегка цианотичные. Влагалищное исследование. Шейка матки плотная, цилиндрической формы; матка резко отклонена вправо, не увеличена; слева от матки пальпируется нижний полюс «опухольи», верхняя граница которой на 30 см выше лона (измерение сантиметровой лентой). Осмотр с помощью зеркала. Незначительный цианоз стенок влагалища и шейки матки.

Какой диагноз?

Проанализируем данные обследования И-вой. Из анамнеза установлено, что после внебольшничного аборта у нее наступило вторичное бесплодие в течение 5 лет. Настоящая беременность протекала необычно: на 9-й неделе был приступ болей в животе, кровянистые выделения из влагалища, головокружение. Если бы врач, к которому больная обратилась впервые, сопоставил эти данные обследования с указанием в анамнезе на вторичное бесплодие и предшествующее лечение по пово-

ду воспаления придатков матки, то клиническая картина заболевания, может быть, привела бы его к мысли о возможности трубной беременности в стадии трубного аборта. Однако был поставлен ошибочный диагноз маточного аборта, в связи с чем рекомендован строгий постельный режим в домашней обстановке. Так за ошибочным диагнозом последовало и неправильное назначение, так как больная нуждалась в срочной госпитализации ввиду возможности инсульта и значительного внутреннего кровотечения.

Поставив первоначально ошибочный диагноз, врач консультации и дальше не обратил внимания на то, что больная испытывала резкие боли при движениях плода. Между тем этот симптом в сочетании с данными о течении первых месяцев беременности мог бы вернуть врача на правильный путь. Отсутствие распознавания грозило больной разрывом плодовместилища и опасным кровотечением. Лишь на VIII месяце беременности больная была осмотрена более опытным врачом, который поставил правильный диагноз: прогрессирующая брюшная беременность сроком 8 месяцев.

Распознавание прогрессирующей брюшной беременности во второй ее половине основывается, по Л. Л. Окинчицу, на следующих признаках:

1. Небеременная матка контурируется отдельно от плодовместилища.
2. Части плода очень ясно определяются непосредственно под брюшной стенкой.
3. Беременная жалуется на резкие боли в животе, особенно при движениях плода.
4. Стенки плодовместилища не сокращаются при механическом их раздражении.

Особые диагностические трудности возникают при гибели внутрибрюшинно развившегося плода. В подобных случаях отсутствуют достоверные признаки беременности: сердцебиение плода и его движения, не удается контурировать мелкие части плода. Погибший плод, как указано выше, мацерируется, мумифицируется или окаменеет, резко изменяется его членорасположение.

Плодовместилище при брюшной беременности образуется водной оболочкой, к которой прирастает кишечник, сальник, брюшина. Плацента обычно прикрепляется к заднему листку широкой маточной связки или к брюшине маточно-прямокишечного углубления. Изредка она прикрепляется к брыжейке кишечника и даже к краю печени.

Исход брюшной беременности крайне неблагоприятный: в любой момент может наступить разрыв плодовместилища и кровотечение, опасное для жизни, а также гибель плода. Если беременность развивается до конца, то исход ее также неблагоприятен, так как плодовместилище обычно разрывается, и плод погибает. При значительном внутреннем кровотечении может наступить смерть больной от анемии. Если же кровотечение незначительное, то после острого инсульта и более или менее длительной болезни наступает медленное выздоровление. Плод при брюшной беременности часто имеет уродства развития (по М. С. Малиновскому, уродства наблюдаются в 10%, по Винкелю, — в 50% случаев).

Погибший плод может инфицироваться. В дальнейшем возможен прорыв гнойника (с выходом костей плода) через переднюю брюшную стенку, в прямую кишку или другие отделы кишечника, в мочевого пузыря. При прорыве гнойника в брюшную полость возникает перитонит.

Какова терапия при прогрессирующей брюшной беременности во второй ее половине?

1. Наблюдение. Извлечение доношенного плода в конце беременности путем чревосечения.

2. Срочное чревосечение. Извлечение плода. Марсупиализация плаценты.

3. Срочное чревосечение. Извлечение плода и плодовместилища. Сторонниками наблюдения (в условиях стационара) являются ряд отечественных (Д. О. Отт, В. С. Груздев, А. А. Муратов, В. В. Строганов) и иностранных [Френкель (Fränkel), Фритш (Fritsch)] авторов.

Однако большинство современных акушеров (и мы также) высказывается за срочное чревосечение и удаление плода и плодовместилища после установления диагноза (независимо от срока беременности и жизнеспособности плода). Подобный взгляд основывается на большой опасности разрыва плодовместилища и внутрибрюшного кровотечения; к тому же в большом проценте случаев плод при брюшной беременности является нежизнеспособным и страдает уродством развития.

Удаление плаценты, имплантированной в брыжейке кишечника или печени, может представлять серьезные трудности и обусловить сильное кровотечение. Исходя из этого некоторые авторы предлагали ограничиваться паллиативной операцией: удалять плод, а края плодного мешка подшивать к брюшным покровам (марсупиализация) и полость плодовместилища выполнить тампоном Микулича. В дальнейшем возникает нагноение, некротизация и длительное выделение частей плаценты. Подобное вмешательство является весьма опасным и может обусловить смерть больной от длительного нагноительного процесса.

А. И. Губарев еще в 1913 г. писал, что единственным рациональным вмешательством при брюшной беременности любого срока должно быть чревосечение и удаление не только плода, но и всего последа. Это мнение разделяется огромным большинством современных авторов, а также нами.

3/III в 9 часов произведено чревосечение. Плодовместилище располагалось среди петель кишечника. Вскрыты оболочки и извлечен плод женского пола с волчьей пастью и мозговой грыжей. Длина плода 40 см. Плацента прикреплялась к заднему листку левой широкой связки. Левая труба разорвана. Плодный мешок и плацента удалены целиком, без особого труда; удалена и левая труба. Правые придатки без особых изменений. Брюшная рана зашита наглухо. Послеоперационный период без осложнений. Ребенок умер через 12 часов после извлечения. Больная выписалась домой 14/III 1954 г.

Эпикриз

У И-вой после нарушения левосторонней трубной беременности возникла вторичная брюшная беременность. Врач консультации ошибочно диагностировал маточную беременность. Беременная отмечала резкие боли при движениях плода. При исследовании более опытным врачом обнаружены достоверные признаки беременности, однако матка не была увеличенной и пальпировалась отдельно от «опухоли». Поставлен правильный диагноз: прогрессирующая брюшная беременность сроком 8 месяцев. В клинике диагноз подтвержден. Несмотря на наличие недоношенного плода, произведено срочное чревосечение; извлечен живой плод с уродством развития. Смерть ребенка в день операции. Полностью удалена плацента, плодовместилище и разорванная труба.

Вторичная брюшная беременность. Литопедион

А-ва, 38 лет, обратилась 5/II 1928 г. в акушерско-гинекологическую клинику по поводу какой-то «опухоли» в животе, которая мешает ей работать.

Анамнез. Половая жизнь с 18 лет; было трое нормальных родов, два самопроизвольных аборта. Последняя беременность, которую больная считает закончившейся

«неудачными родами», была 5 лет тому назад. До этой беременности в течение 6 лет было бесплодие. На II месяце последней беременности появились боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища, продолжавшиеся весьма длительное время. Больная обратилась к врачу, который посоветовал ей полежать несколько дней и принимать капли. Выйдя после осмотра из кабинета врача, больная почувствовала резкие боли внизу живота и потеряла сознание. Пролежав несколько часов в амбулатории, она почувствовала себя лучше и уехала домой. Дома вынуждена была лежать еще 10 дней, так как ощущала резкую слабость; кровянистые выделения из влагалища не прекращались. Через 10 дней больная начала вставать и вернулась к домашней работе. На V месяце беременности А-ва ощутила движения плода, а затем отметила увеличение живота, нагрубание молочных желез; околососковые кружки потемнели. Движения плода были весьма болезненными, но к врачам А-ва не обращалась.

На X лунном месяце начались схватки; во время одной из схваток больная почувствовала резкую боль в животе и потеряла сознание. Придя в себя, она отметила прекращение схваток и движений плода, ощущала резкую слабость. В таком состоянии она пролежала дома около 15 дней; объем живота несколько уменьшился, через 3 месяца после этого возобновились регулярные менструации, наступавшие через 4 недели, по 3—4 дня. Последняя менструация 3 недели тому назад. В последние 5 лет бесплодие. Повторно обращалась к врачам по поводу болей в животе, однако диагноз заболевания установлен не был.

Общее и гинекологическое обследование. При поступлении в клинику состояние больной удовлетворительное; со стороны сердца и легких отклонений от нормы не обнаружено. Молочные железы дряблы, секрет из них не выделяется. Живот выпячен вследствие наличия «опухоли», располагающейся слева и по срединной линии живота. «Опухоль» плотной консистенции, местами неровная, слегка болезненная при пальпации. Верхняя граница «опухоли» на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. «Опухоль» овальной формы, при перкуссии над ней тупой тон; сердцевидные и движения плода не определяются.

Влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал. Незначительный цианоз стенок влагалища и шейки матки; задний влагалищный свод резко выпячен округлым, костной консистенции телом. На нижнем полюсе этого тела ясно определяется как бы шов, расположенный в поперечном размере таза. Шов разделяет округлое тело на две части, расположенные одна выше, другая ниже. Шейка матки смещена резко кпереди и вправо; матка маленькая, плотная, в элевации и смещена кпереди (anteversio). Тело, выпячивающее задний свод, представляет собой нижний полюс овоидной «опухоли», прощупываемой отдельно от матки; верхняя граница «опухоли» доходит до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком.

Какой диагноз?

1. Субсерозная миома матки.
2. Фиброма яичника.
3. Вторичная брюшная беременность. Литопедион.

Данные анамнеза и объективного исследования полностью раскрывают динамику заболевания и его диагностику. Последняя беременность имела ряд особенностей: 1) она возникла после 6 лет бесплодия; 2) на II месяце беременности были боли в животе и очень длительные кровянистые выделения из влагалища; 3) после осмотра врача был приступ острых болей в животе и обморок; в дальнейшем резкая слабость в течение 2 недель; 4) движения плода были очень болезненными; 5) «родовые схватки» начались в конце беременности; во время «родов» возникли острые боли в животе, обморок, и после этого схватки и движения плода (неродившегося!) прекратились; 6) после «неудачных родов» объем живота уменьшился лишь незначительно; менструации возобновились.

Вдумываясь в последовательность этих фактов, можно понять истинные причины происходившего: 5 лет тому назад была внематочная (очевидно, трубная) беременность; нарушение этой беременности произошло на II месяце; внутреннее кровотечение вначале не было обильным, и больная могла работать. Во время осмотра врача произошел разрыв плодовместилища, что обусловило резкие боли в животе и обморок. Однако плод не потерял связи с материнским организмом и беременность (вторичная, брюшная) прогрессировала. Так как плод



Рис 14. Брюшная беременность, матка отклонена вправо (метрография).

развивался вне матки, то движения его были очень болезненными для матери.

В конце беременности начались схватки; плодвместилище разорвалось; возникло довольно сильное внутреннее кровотечение, которое, к счастью, остановилось самопроизвольно; плод погиб. Околоплодные воды, излившиеся в брюшную полость, всосались; плод окаменел вследствие отложения солей и всасывания жидкости. Головка плода с ее сальнитальным швом, конфигурацией костей черепа пальпируется через задний свод влагалища.

Таким образом, восстанавливается подробная картина этого чрезвычайно поучительного, можно сказать, классического случая вторичной брюшной беременности с образованием окаменелого плода. Для окончательного подтверждения диагноза произведена метрография, при которой получена яркая картина отдельно расположенной небеременной матки и скелет плода вне ее (рис. 14 и 15).

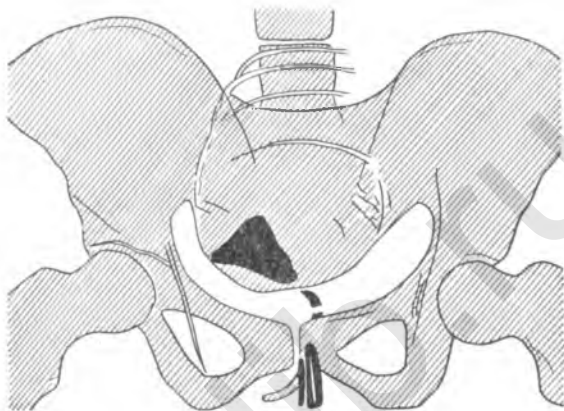


Рис. 15. То же (схема).

9/II 1928 г. операция чревосечения. Плодвместилище рыхло спаяно с сальником и кишечником. Плацента прикреплена к заднему листку левой широкой маточной связки; левая труба разорвана. Правые придатки матки без изменений. Удален плод, послед, левая труба. Операция не представляла особых трудностей. Послеоперационный период без осложнений. 25/II 1928 г. больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Мертвый плод, погибший вследствие разрыва плодвместилища, может в течение многих лет (если не поставлен правильный диагноз) находиться в брюшной полости. Видер (Wyder) описал случай литопедиона 56-летней давности, В. В. Рождественский — 28-летней давности. У подобных больных возобновляются нормальные менструации и может возникнуть не только беременность, но и нормальные роды.

Эпикриз

И-ва поступила с жалобами на боли в животе. Последняя беременность была 5 лет тому назад. На II месяце этой беременности после осмотра врачом был обморок, затем в течение 10 дней — резкая слабость. С 20 недель беременности движения плода были очень болезненные. На X месяце начались схватки, был приступ острых болей в животе; движения плода (неродившегося) прекратились. Объем живота несколько уменьшился. Через 3 месяца возобновились регулярные менструации. Лишь через 5 лет после этих «неудачных родов» больная обратилась в клинику с жалобами на боли и увеличение живота. При осмотре рядом с неувеличенной маткой определена «опухоль», нижний полюс которой представлял собой деформированную головку плода. Предварительный диагноз брюшной беременности подтвержден путем метрографии. При чревосечении удален окаменелый плод и послед. Выздоровление без осложнений.

ГЛАВА VII

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Пузырный занос

П-ва, 23 лет, поступила 15/XII 1955 г. в гинекологическую клинику по поводу кровянистых выделений из влагалища. Считает себя беременной в течение 3 месяцев; волнуется по поводу неправильного ее течения. Очень хочет сохранить беременность.

Анамнез. В детстве болела корью. Взрослой не болела.

Условия жизни удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, безболезненные, необильные. После замужества (8 месяцев тому назад) менструальный цикл не изменился. Последняя менструация с 20 по 24/IX 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 22 лет. Мужу 25 лет, здоров.

История настоящего заболевания. Считает себя беременной в течение 3 месяцев. Беременность первая. С конца октября появились тошнота, иногда рвота по утрам, прихоти в еде (хотелось соленого, острого). В женскую консультацию впервые обратилась 2/XI 1955 г. Установлена нормальная беременность сроком 7 недель. В дальнейшем почти ежедневно была рвота утром, аппетит резко снизился, появились чувство слабости, отеки на ногах, головокружение.

25/XI показались кровянистые выделения из влагалища. Больная обратилась в женскую консультацию и с диагнозом «угрожающий аборт» в тот же день была направлена в родильный дом, где диагноз был подтвержден. Назначен строгий постельный режим; инъекции прогестерона (по 10 мг в сутки). Самочувствие в последние дни несколько улучшилось, количество кровянистых выделений из влагалища было незначительным. С 3/XII кровянистые выделения из влагалища прекратились, и больная выписалась 7/XII из родильного дома с диагнозом прогрессирующей беременности.

Однако через неделю, т. е. 14/XII, кровянистые выделения возобновились, и на следующий день больная поступила в гинекологическую клинику с диагнозом «начинающийся аборт».

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное; кожные покровы и слизистые оболочки бледны. Отеки голеней. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Температура 37,2°. Артериальное давление 135/90 мм.

Молочные железы при пальпации чувствительны, несколько уплотнены; околососковые кружки слегка пигментированы; секрет из молочных желез не выделяется. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Передняя брюшная стенка упруга. Печень и селезенка не пальпируются. Средняя линия живота не пигментирована. В тип- и мезогастральной области определяется «опухоль» овальной формы, напоминающая беременную матку. Верхний полюс «опухоли» на 1 см ниже пупочного кольца; консистенция ее туго-эластическая. Сердцебиение и мелкие части плода не определяются. Паховые лимфатические узлы не увеличены.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы развиты нормально, покрыты кровью алого цвета. Со стороны уретры, бартолиновых желез и вокруг заднепроходного отверстия патологических изменений не отмечено. После туалета наружных половых органов произведен осмотр с помощью зеркал. Влагалище обычной глубины; стенки его несколько цианотичной окраски. Шейка матки цилиндрической формы, наружный маточный зев округлой формы, слегка зияет; из канала шейки матки кровянистые выделения в небольшом количестве, алого цвета, с небольшими сгустками, без запаха.

Двуручное (влагалищно-брюшностеночное) исследование. Шейка матки слегка размягчена; наружный зев пропускает кончик пальца. Матка в антефлексии, туго-эластической консистенции, по величине соответствует 20—21-недельной беременности. Плод в полости матки не определяется. Левосторонние придатки матки не пальпируются. Справа и сзади от матки прощупывается опухолевидное образование размером $6 \times 4 \times 4$ см, с гладкой поверхностью, эластической консистенции, ограниченно подвижное. Пальпация «опухоли» болезненна. При ректальном исследовании получены те же данные.

Кровь 16/XII: Hb 10 г% (60 единиц), эр. 3 600 000, л. 10 000; РОЭ 25 мм в час. Моча: белка 2,6%, гиалиновых цилиндров 3—4 в поле зрения, лейкоцитов 5—6 в поле зрения.

Какой диагноз?

1. Беременность сроком 20—21 неделя, начинающийся аборт.
2. Беременность сроком 12—13 недель, многоплодие.
3. Беременность сроком 12—13 недель, многоводие.
4. Беременность сроком 12—13 недель, миома матки.
5. Пузырный занос.

При первом же осмотре П-вой возникла мысль о патологической беременности.

Рассмотрим последовательно все указанные выше диагнозы и постараемся провести дифференциальную диагностику.

Указание больной на задержку менструаций и другие признаки беременности (изменение вкуса, тошнота, рвота) в сочетании с объективно определяемым увеличением матки как будто не оставляет сомнений в обоснованности диагноза маточной беременности. Однако мы сразу же говорим о патологической беременности, так как уже в течение ряда дней у П-вой наблюдаются кровянистые выделения из влагалища.

Необходимо также обратить внимание на значительное расхождение между сроком предполагаемой беременности (12 недель) и размерами матки, которые соответствуют беременности сроком 20—21 неделя. Между тем врач женской консультации лишь 6 недель тому назад (2/XI 1955 г.) поставил диагноз 7-недельной беременности. Таким образом можно было предполагать, что у П-вой беременность сроком 12—13, а не 20—21 неделя.

На повторный вопрос о сроке последней менструации П-ва ответила, что она была с 20 по 24/IX 1955 г. и не отличалась от обычных ни по продолжительности, ни по количеству теряемой крови. Важно также указание больной на отсутствие движений плода. Несмотря на увеличение матки, как при беременности сроком 20—21 неделя, мы также не обнаружили достоверных признаков беременности, т. е. движений и сердцебиения плода, и не могли определить наличие плода в матке.

Итак, следует считать установленным, что размеры матки значительно больше предполагаемого срока беременности; вместе с тем в матке не определяется плод. Отчего же зависит столь быстрый рост матки? Подобное несоответствие может зависеть от развития многоплодной беременности или многоводия. Однако клинический опыт учит, что в первые месяцы беременности темпы роста матки при многоплодии почти такие же, как при беременности одним плодом; больший объем матки отмечается лишь во второй половине беременности.

Многоводие также проявляется в быстром увеличении объема матки. Однако подобная патология чаще наблюдается во второй половине беременности и нередко развивается в течение нескольких дней. Вместе с тем при многоводии все же удается прощупать части плода и прослушать его сердцебиение. Эти признаки беременности у П-вой отсутствуют.

Следующей причиной несоответствия между размерами матки и предполагаемым сроком беременности может быть сочетание беремен-

ности и миомы матки. Однако необходимо учесть, что наиболее часто миомы матки возникают не у молодых женщин, а в возрасте старше 30 лет; они нередко множественны и сопровождаются обильными и длительными менструальными кровотечениями. Молодой возраст П-вой, нормальный менструальный цикл, совершенно гладкая, без субсерозных узлов, поверхность матки, ее туго-эластическая консистенция — все это позволяет отвергнуть диагноз миомы матки.

Таким образом, разобрав все указанные выше диагнозы, мы должны признать их необоснованными.

Имеются ли признаки, которые позволяют нам высказать подозрение на пузырьный занос? Для того чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим, что из себя представляет эта патология плодного яйца.

Сущность пузырьного заноса заключается в резком отеке и слизеподобном превращении ворсин; при этом лангансовы клетки и синцитий размножаются и вакуолизируются. В результате подобного патологического процесса в ворсинах плод (или эмбрион) погибает и затем рассасывается. В редких случаях плод продолжает развиваться и рождается живым. Это возможно, если слизеподобное превращение происходит лишь в части ворсины и сохраняются благоприятные условия для обеспечения обмена веществ и развития плода.

Вследствие отека стромы ворсины резко увеличиваются и имеют вид прозрачных ягод. Таким образом, пузырьный занос напоминает как бы грозди винограда, иногда очень больших размеров.

Величина матки при пузырьном заносе больше срока беременности, предполагаемого по задержке менструаций, и может соответствовать величине матки при доношенной беременности. Наряду с этим достоверные признаки беременности не определяются, так как плод гибнет и рассасывается. Консистенция матки представляется очень мягкой, а иногда (при быстром росте пузырьного заноса) туго-эластической. Развитие пузырьного заноса нередко осложняется токсикозом беременности, неукротимой рвотой, нефропатией. Характерной чертой пузырьного заноса являются также длительно продолжающиеся кровянистые выделения.

Иногда элементы пузырьного заноса, особенно синцитиальные гигантские клетки, глубоко проникают в стенку матки и разрушают ее; при этом возникает тяжелая клиническая картина самопроизвольного прерывания матки с внутренним кровотечением. Подобные случаи называют деструктирующим пузырьным заносом (*mola hydatidosa destruens*)¹.

Обнаружение отхождения пузырьков из матки может окончательно подтвердить диагноз пузырьного заноса. Таковы основные особенности пузырьного заноса.

Анализируя данные, полученные при обследовании П-вой, мы находим ряд признаков, весьма характерных для пузырьного заноса: несоответствие между размерами матки и предполагаемым сроком беременности, отсутствие достоверных признаков беременности, кровянистые выделения из матки в течение длительного времени.

Исходя из совокупности этих признаков мы имеем основания поставить предварительный диагноз: пузырьный занос. Кроме того, ввиду наличия отеков и патологических изменений со стороны мочи есть основание диагностировать нефропатию беременных. Выше мы отметили, что токсикозы весьма часто развиваются при пузырьном заносе. Диагноз

¹ Ряд авторов [Правирогордио (S. Prawirohordjo), Мартионо (S. Martiono), Тьокронегоро (S. Tjokronegoro, 1957)] приравнивает деструктирующий пузырьный занос к злокачественным опухолям, так как при нем наблюдаются метастазы (как и при хорioniэпителиоме).

пузырного заноса можно было бы считать окончательным, если бы мы обнаружили отхождение пузырьков из матки или произвели реакцию Ашгейм-Цондека. Так как первый из этих достоверных признаков отсутствует, то необходимо поставить реакцию Ашгейм-Цондека.

При нормальной беременности эта реакция (или ее модификация на кроликах — реакция Фридмана, на самцах-лягушках — так называемая реакция Галли Майнини) оказывается положительной лишь с цельной мочой. При пузырном заносе (и при хорионэпителиоме, стр. 187) эти реакции оказываются положительными как с цельной мочой, так и с разведенной в 10—15—25 раз, так как количество гонадотропинов в моче резко возрастает.

Для окончательного подтверждения диагноза «пузырный занос» мы поставили 16/XII 1955 г. реакцию Ашгейм-Цондека не только с цельной мочой, но и с разведенной 1:10, 1:25 и 1:50. Больной назначен строгий постельный режим, углеводно-растительная диета, ограничение введения жидкости до 500—600 мл в сутки; назначен контроль за уровнем диуреза. Дежурным сестрам дано указание сохранять все кусочки ткани, сгустки крови, выделяющиеся у больной.

С 16 до 20/XII у больной продолжались кровянистые выделения в умеренном количестве. Температура 37—37,4°. Реакция Ашгейм-Цондека положительна (обнаружены кровоизлияния в яичниках инфантильной мыши) не только с цельной мочой, но и при разведении ее в 50 раз.

Диагноз пузырного заноса был окончательно подтвержден. Что касается «опухолевидного» образования позади матки, то мы считаем его лютеиновой кистой яичника (см. дальше).

Какое следует проводить лечение?

После установления окончательного диагноза необходимо определить способы лечения.

1. Выждать самопроизвольного изгнания пузырного заноса.
2. Оперативным путем удалить пузырный занос.

Как видим, предложены различные способы лечения. Одни авторы рекомендуют консервативную тактику, т. е. выжидание самопроизвольного рождения пузырного заноса, другие являются сторонниками активного вмешательства с целью скорейшего изгнания перерожденной плаценты.

Для того чтобы определить нашу тактику, необходимо учесть следующие особенности клинического течения пузырного заноса: возможность очень обильного кровотечения, развития деструктирующего пузырного заноса, тяжелой формы токсикоза беременности и, наконец, злокачественной опухоли — хорионэпителиомы. Учитывая опасность указанных выше осложнений, мы присоединяемся ко взгляду авторов, которые рекомендуют активную тактику¹.

В литературе описаны (М. Гершун, В. Штеренберг) единичные случаи, когда при быстром росте матки вследствие пузырного заноса и кровотечений из влагалища был поставлен ошибочный диагноз предлежания плаценты и произведено (М. Гершун) абдоминальное кесарево сечение. В этих случаях были допущены весьма серьезные ошибки: некритическое, упорное следование первому предположительному диагнозу предлежания плаценты, недооценка резкого несоответствия между ранним (2—3 месяца) сроком предполагаемой беременности и размерами матки (соответственно беременности 7—8 месяцев).

Ошибочный диагноз был поставлен также ввиду недооценки данных объективного исследования, при котором наличие плода в матке

¹ Хазегава (Chasegawa, 1957), основываясь на материалах 128 лечебных учреждений Японии, считает, что с точки зрения профилактики хорионэпителиомы лучшим методом лечения пузырного заноса является пангистерэктомия. С подобным ультра-радикализмом мы не можем согласиться.

не было установлено (не прощупывали мелких частей плода, не выслушивали ни сердцебиения, ни движений его).

Удаление пузырного заноса путем влагалищного кесарева сечения мы считаем также необоснованным, ибо необходимо учесть молодой возраст П-вой и возможность последующих родов; наличие же рубца на матке может быть иногда причиной осложнений во время родов вплоть до разрыва матки.

Наиболее бережным способом следует признать метрейризм.

21/XII в 10 часов утра произведена операция метрейриза. После соответствующей подготовки на гинекологическом кресле во влагалище были введены зеркала, спиртом и йодом продезинфицирована влагалищная часть шейки матки; передняя губа шейки матки захвачена двузубцами, и канал шейки матки без затруднения расширен металлическими расширителями до № 22. В полость матки выше внутреннего зева введен метрейринтер и наполнен 300 мл стерильного физиологического раствора хлористого натрия. Наложена зажим на трубку баллона. Больная на каталке перевезена в палату. К трубке метрейринтера подвешен груз 300 г (на блоке через край кровати).

В 13 часов, т. е. через 3 часа после введения метрейринтера, у больной начались схватки; в 16 часов родился метрейринтер, а за ним пузырный занос.

Больная переведена в операционную. Общее состояние удовлетворительное; из влагалища довольно обильные кровянистые выделения; дно матки на 3 поперечных пальца над лоном; консистенция матки мягкая.

Ввиду возможности неполного изгнания заноса, а также довольно обильного кровотечения решено произвести ручное обследование полости матки.

Как мы уже указывали выше, инструментальное обследование матки представляет при пузырном заносе серьезную опасность перфорации; более бережной является операция ручного обследования матки.

Больная перенесена на гинекологическое кресло и после соответствующей подготовки произведено влагалищное исследование. Из влагалища довольно обильные кровянистые выделения. Канал шейки матки свободно пропускает 2½ пальца; матка в антефлексии, увеличена соответственно 13—14-недельной беременности, мягкой консистенции, подвижна, безболезненна. Справа и сзади от матки пальпируются опухолевидные образования овальной формы размерами 8 × 6 × 6 см, эластической консистенции, слегка болезненные; слева от матки пальпируется опухолевидное образование овоидной формы размером 4 × 5 × 5 см, эластической консистенции.

В полость матки введено два пальца и произведено ее обследование; удалено небольшое количество прозрачных пузырьков; матка хорошо сократилась; кровотечения значительно уменьшилось. Больной введен 1 мл эрготина, после чего она перевезена на каталке в палату; на живот положен пузырь со льдом.

В последующие дни общее самочувствие больной постепенно улучшалось. Температура 36,5—37°. Артериальное давление снизилось до 120/70 мм. Отеки на лице и ногах исчезли. На 5-й день после операции слева от средней линии живота обнаружено опухолевидное образование, верхний полюс которого на 4 см выше лона; пальпация его не болезненна; из влагалища незначительные серозно-кровянистые выделения без запаха.

При осмотре 29/XII, т. е. на 8-й день после изгнания пузырного заноса, общее состояние удовлетворительное, больная жалоб не предъявляет. Диурез положительный. В моче следы белка; других патологических элементов не обнаружено.

Слева от средней линии живота определяется овоидной формы опухолевидное образование, верхний полюс которого на 8 см выше лона. Влагалищное исследование. Матка в антефлексии, увеличена, как при 8-недельной беременности, мягкой консистенции; канал шейки пропускает кончик пальца, выделения слизистые, в небольшом количестве. Справа и сзади от матки определяется опухолевидное образование эластической консистенции размером 8 × 6 × 6 см; слева от матки пальпируется опухолевидное образование размером 15 × 10 × 10 см, эластической консистенции, с неровной поверхностью.

Таким образом, несмотря на удовлетворительное состояние больной, хорошую инволюцию матки и почти полное исчезновение явлений нефропатии, мы обнаружили опухолевидные образования слева и справа от матки; при этом левосторонняя «опухоль» выросла очень быстро, так как 15/XII, т. е. 2 недели тому назад, мы ее не обнаруживали.

Что же представляют собой эти опухолевидные образования?

При пузырьном заносе (в 30—40% случаев и при хорионэпителиоме) наблюдается весьма быстрое развитие так называемых лютеиновых кист яичников.

Размеры лютеиновых кист колеблются от 6—8 до 20 см в диаметре. Кисты эти обычно многокамерны. Содержимое их представляется прозрачным. Тонкие стенки кист состоят из желтоватых лютеиновых клеток. По С. П. Виноградовой и К. П. Улезко-Строгановой, это кисты атретических фолликулов, а лютеиновые клетки в них происходят из theca interna folliculi; рост лютеиновых клеток происходит центробежно, как и при развитии атретического фолликула.

Клинический опыт учит, что после удаления заноса лютеиновые кисты обычно подвергаются полному обратному развитию.

Исходя из всего изложенного, мы решили продолжать наблюдение за П-вой в условиях стационара.

Самочувствие ее продолжало оставаться удовлетворительным. Через 2 недели, т. е. 13/1, была повторно поставлена реакция Ашгейм-Цондека. Она оказалась положительной с цельной мочой, сомнительной при разведении мочи 1:10 и отрицательной при разведении мочи 1:25.

Гинекологическое исследование. Матка нормальной величины, плотная; выделений нет. Размеры левосторонней опухоли за истекшее время не изменились. Правосторонняя киста уменьшилась до размеров $4 \times 3 \times 3$ см.

Учитывая падение титра гонадотропинов, хорошее сокращение матки, отсутствие кровотечения и уменьшение правосторонней кисты, а также длительность обратного развития подобных кист, решено выписать больную для последующего поликлинического наблюдения, 16/1 1956 г. больная была выписана домой.

При осмотре П-вой 15/II 1956 г. установлено, что самочувствие ее удовлетворительное. Выделений из влагалища нет. Правый яичник не увеличен. Левосторонняя киста яичника размером $8 \times 5 \times 5$ см. Реакция Ашгейм-Цондека с цельной мочой сомнительная, с разведенной 1:10 — отрицательная. Рекомендовано дальнейшее наблюдение. При осмотре 16/III 1956 г. общее состояние больной удовлетворительное. Матка плотная, не увеличена; выделений из матки нет. Правый и левый яичники нормальной величины. Реакция Ашгейм-Цондека отрицательная.

Таким образом установлено обратное развитие лютеиновых кист обоих яичников. Больной рекомендовано систематически (не реже одного раза в 2—3 месяца) являться для осмотра в женскую консультацию ввиду опасности развития хорионэпителиомы; повторная (не реже одного раза в 2—3 месяца) постановка реакции Ашгейм-Цондека; в случае возникновения ациклических кровотечений указано обратиться немедленно к врачу с целью диагностического выскабливания с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Эпикриз

П-ва направлена в клинику с диагнозом самопроизвольного аборта. Наличие резкого несоответствия между размерами матки (как при 20—21-недельной беременности) и предполагаемым сроком беременности (12 недель), отсутствие достоверных признаков беременности, маточное кровотечение привели к подозрению на пузырьный занос. Положительная реакция Ашгейм-Цондека не только с цельной, но и с разведенной мочой указала на повышенное выделение гонадотропинов мочой. Установлен окончательный диагноз — пузырьный занос. Произведено опорожнение матки путем метрейриза и последующего пальцевого ее обследования. Развитие двусторонних лютеиновых кист яичников. Наблюдение за больной, тщательное общее обследование, гинекологическое исследование и повторная постановка реакции Ашгейм-Цондека. Медленное обратное развитие кист, переход резко положительной реакции Ашгейм-Цондека в отрицательную. Рекомендовано систематическое наблюдение за больной, не меньше двух лет.

Хорионэпителиома матки

Г-ва, 25 лет, доставлена в клинику 20/XII 1949 г. по поводу маточного кровотечения с диагнозом неполного аборта.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину, коклюш; в возрасте 18 лет болела брюшным тифом. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации начались с 17 лет, в первые 6 месяцев наступали нерегулярно, через 2—3 месяца, затем стали регулярными, через 3 недели по 3—4 дня, безболезненными.

Половая и генеративная функция. Замужем с 24 лет, была одна беременность. Мужу 26 лет, здоров.

История развития заболевания. 30/VII 1949 г. обратилась в женскую консультацию, где была установлена маточная беременность сроком 7 недель. Беременность первая. Последняя менструация с 10 по 13/VI 1949 г. С конца июля началась тошнота, иногда рвота по утрам. Самочувствие было удовлетворительным.

С 10/IX появились кровянистые выделения из влагалища. Обратилась в женскую консультацию, и с диагнозом беременности 17—18 недель и начинающегося аборта была направлена в больницу. При обследовании было обнаружено, что размеры матки соответствуют 17-недельной беременности, наружный зев пропускает кончик пальца; довольно обильные кровянистые выделения. Матка мягкой консистенции, части плода не определяются. Придатки матки без патологических изменений. Предположительный диагноз — пузырный занос. Поставлена реакция Ашгейм-Цондека с цельной и разведенной (1:10 и 1:20) мочой.

В тот же день (10/IX) появились схватки, кровотечение усилилось и родился пузырный занос. Произведено пальцевое обследование матки. Общее самочувствие больной оставалось удовлетворительным. Температура 36—37,1°. Двуручное исследование 17/IX. Матка хорошо сократилась, кровянистых выделений нет. Больная выписана под наблюдение женской консультации.

С 25 до 28/X и с 20 до 23/XI менструации в несколько большем количестве, чем обычно. При осмотре врачом женской консультации патологических изменений обнаружено не было. 30/X реакция Ашгейм-Цондека отрицательная. 8/XII появились кровянистые выделения из влагалища, которые и больная и врач вначале считали очередной менструацией. Однако количество теряемой крови было значительным, и 20/XII с диагнозом неполного аборта больная была направлена в клинику.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное; бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Температура 37,2°. Артериальное давление 115/70 мм. Молочные железы не напряжены, околососковые кружки не пигментированы. Секрет из молочных желез не выделяется. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Передняя брюшная стенка упруга; пальпация ее неболезненна. Печень и селезенка не пальпируются.

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы несколько гипопластичны; половая щель узкая. Со стороны уретры и бартолиновых желез патологических изменений нет. Кожные покровы покрыты кровью; в окружности заднепроходного отверстия патологических изменений нет. После туалета наружных половых органов произведен осмотр с помощью зеркал. Стенки влагалища и шейка матки слегка цианотичной окраски; влагалищная часть шейки конической формы; из канала шейки матки выделяется алая кровь с небольшими сгустками.

Влагалищное исследование. Канал шейки матки пропускает ногтевую фалангу пальца; матка в антефлексии, увеличена до 6—7 недель беременности, мягкой консистенции, подвижна; пальпация ее неболезненна; патологических изменений в придатках матки не определяется.

Какой диагноз?

1. Маточная беременность 6—7 недель; аборт в ходу.
2. Остатки пузырного заноса.
3. Хорионэпителиома матки.

В пользу диагноза нарушенной беременности говорит увеличение матки, ее мягкая консистенция, наличие весьма обильных кровянистых выделений и раскрытие канала шейки матки. Однако против подобного диагноза свидетельствует прежде всего отсутствие задержки менструаций; кровотечение началось через 18 дней после предшествовавшей менструации. Больная также не отмечала никаких субъективных признаков беременности. Таким образом, диагноз маточного аборта является необоснованным.

Очень важно учесть, что кровотечение и увеличение матки установлены у больной, у которой 3 месяца назад был пузырный занос. Эти

данные анамнеза требуют очень тщательного обследования больной, так как кровотечение и увеличение матки могут зависеть от наличия в матке остатков пузырного заноса или развития злокачественной опухоли — хорионэпителиомы.

Первому предположению несколько противоречит указание больной на двукратные нормальные менструации и отсутствие кровотечения в межменструальные периоды. Для уточнения дифференциальной диагностики необходимо применить два метода: 1) произвести диагностическое выскабливание полости матки; 2) поставить реакцию Ашгейм-Цондека с цельной и разведенной мочой.

21/XII 1949 г. поставлена реакция Ашгейм-Цондека с цельной и разведенной (1:10, 1:20 и 1:100) мочой. В тот же день произведено диагностическое выскабливание. Длина полости матки 10 см. При соскобе получена обильная крошковатая масса и много сгустков крови. После операции кровянистые выделения в небольшом количестве продолжались. 25/XII получены результаты реакции Ашгейм-Цондека; она оказалась положительной как с цельной, так и с разведенной (до 1:100) мочой. Данные гистологического исследования — хорионэпителиома.

Итак, диагноз хорионэпителиомы матки у молодой женщины 25 лет был окончательно подтвержден.

Что представляет собой хорионэпителиома?

Это злокачественная опухоль, образующаяся вследствие разрастания элементов хориального эпителия (М. Н. Никифоров): кубических однородных ланггансовых клеток и крупных синцитиальных образований неправильной формы с сильно окрашивающимися группами ядер (рис. 16). Соотношение этих элементов варьирует: в одних случаях преобладают ланггансовы клетки, в других — синцитиальные элементы; обе эти формы клеток часто перемешаны между собой.

Опухоль не имеет стромы; в ней иногда определяются остатки соединительной ткани органа, в котором она возникла. Характерной особенностью хорионэпителиомы является также отсутствие сосудов; элементы опухоли находятся среди крови, так как они обладают резко выраженной способностью разрушать стенки сосудов и вращать в них.

Этим же объясняется способность опухоли очень рано давать кровотечения и метастазы, чаще всего в легкие, стенки влагалища; встречаются также метастазы в головном мозгу, печени, органах брюшной полости.

По данным Т. Бурдзинского, распределение метастазов (у 107 больных) было следующим: в легких — у 88 больных, во влагалище — у 49, в печени — у 26, в почках — у 25, в мозгу — у 23 больных. Хичман (Hitschman) обнаружил метастазы в легких у 42 из 46 больных хорион-



Рис. 16. Хорионэпителиома. Кубические ланггансовы клетки и тяжи из синцитиальных элементов (по М. Н. Никифорову).

эпителиомой. И. Н. Никольский наблюдал метастазы во влагалище у 40 из 64 больных.

Макроскопически опухоль представляет собой мягкую губчатую ткань, пропитанную кровью, имеет вид изолированного узла или диффузно врастает в толщу органа (чаще всего матки). По окраске опухоль бывает темно-красной, напоминающей плаценту, или багровой; в стенке влагалища она часто имеет синюшный оттенок. Размеры опухоли от нескольких миллиметров до 20—30 см в диаметре.

Микроскопическая диагностика хорионэпителиомы может представлять большие трудности ввиду склонности опухоли к некрозу, когда видны лишь массы крови и фибрина без эпителиальных элементов, а также при дифференциальной диагностике с пузырным заносом и доброкачественной пролиферацией эпителия ворсин.

Эта злокачественная опухоль чаще всего возникает после пузырного заноса, реже после аборта или родов. Так, по сборной статистике Т. Бурдзинского (1904), охватывающей 273 случая хорионэпителиомы, у 42% больных опухоль возникла после предшествовавшего пузырного заноса, у 25% — после срочных или преждевременных родов. По данным А. Э. Мандельштама, хорионэпителиома наиболее часто возникает после пузырного заноса, реже — после родов, аборта. Аналогичные данные получил И. Н. Никольский (1934).

Хорионэпителиома, как правило, наблюдается в детородном возрасте. Время возникновения опухоли после предшествовавшей беременности резко варьирует. Наиболее часто (в 85—90% случаев) опухоль развивается в течение первых месяцев после предшествовавшей беременности, в 75% — в течение первых 3 месяцев. Наряду с этим описаны случаи развития хорионэпителиомы уже во время беременности. Опухоль иногда развивается через 3 года и больше после беременности. Мы наблюдали одну больную 46 лет, у которой хорионэпителиома возникла через 23 года после искусственного аборта.

Наиболее часто опухоль первично возникает в матке, на месте бывшей имплантации плодного яйца, однако возможно и изолированное интрамуральное развитие узла, без связи со слизистой матки. Значительно реже опухоль возникает в фаллопиевой трубе (после трубной беременности) и крайне редко в яичнике.

Описаны случаи обнаружения узла опухоли в стенке желудка, в печени, в легких (так называемая эктопическая хорионэпителиома). Развитие подобной опухоли объясняют заносом во время родов или аборта элементов ворсин.

В яичниках при хорионэпителиоме, как и при пузырном заносе, в 30—40% случаев образуются лютеиновые кисты.

Симптоматология и клиническое течение хорионэпителиомы матки в большинстве случаев очень характерны. Первым наиболее важным симптомом является ациклическое кровотечение из матки, которое обусловлено разрушением сосудов опухолью; при распаде и инфицировании опухоли выделения становятся буро-красными, иногда с ихорозным запахом. У больной наблюдается лихорадочное состояние. Характерно, что кровотечение не прекращается или возобновляется, несмотря на повторное выскабливание. При распаде метастатического узла влагалищной стенки кровотечения очень обильны и даже могут быть смертельными. Второй подозрительный на хорионэпителиому симптом — получение при соскобе большого количества губчатой ткани, несмотря на отсутствие признаков беременности.

Третий важный симптом хорионэпителиомы матки — неравномерное ее увеличение вследствие развития узлов в стенке матки; однако

при интерстициальном расположении узла в стенке матки и росте опухоли по направлению к полости матки сохраняет свою нормальную форму и представляется диффузно увеличенной.

Очень большое значение имеет обнаружение высокого титра гонадотропинов в моче; реакция Ашгейм-Цондека оказывается положительной не только с цельной мочой, но и при разведении ее 1 : 10 и 1 : 50.

Лечение при хорионэпителиоме матки заключается в экстирпации ее с придатками и последующей рентгено- и андрогенотерапии.

Возвращаясь к разбору больной Г-вой, мы должны учитывать ту опростую опасность, которая угрожает здоровью и даже жизни больной хорионэпителиомой. В связи с этим, как только диагноз хорионэпителиомы матки был окончательно подтвержден, было решено произвести экстирпацию матки с придатками. Предварительно произведено рентгенологическое обследование легких с целью исключения метастазов; они не были обнаружены. Больная дала согласие на операцию.

27/II 1949 г. произведено брюшностеночным путем удаление матки с придатками. При осмотре препарата обнаружен узел опухоли размером $3 \times 4 \times 4$ см, расположенный в передней стенке матки; придатки без изменений. Послеоперационный период без осложнений; заживление брюшной раны первичным натяжением. На 15-й день после операции самочувствие больной удовлетворительное; поставлена реакция Ашгейм-Цондека; она оказалась (15/I 1950 г.) отрицательной. Больная выписана под наблюдение женской консультации.

При повторном осмотре 15/II 1950 г. самочувствие удовлетворительное; жалоб не предъявляет. Реакция Ашгейм-Цондека отрицательная. Вновь больная пришла на осмотр лишь через 1½ месяца, 30/III, так как по семейным делам вынуждена была выехать. Она жаловалась на появление в течение последних 2 недель одышки, кашля без мокроты.

Общее состояние несколько ухудшилось по сравнению с предыдущими осмотрами — появилась бледность кожных покровов, слабость, ухудшился аппетит. Ввиду указанных выше симптомов было заподозрено возникновение метастазов хорионэпителиомы в легких. При рентгенографии легких диагноз метастазов опухоли в легкие был подтвержден.

При обследовании органов брюшной полости и гинекологическом исследовании каких-либо изменений, подозрительных на метастазирование опухоли, не обнаружено. Реакция Ашгейм-Цондека положительная с цельной мочой и при разведении ее 1 : 10; при разведении 1 : 20 — отрицательная.

Итак, уже через 2½ месяца после операции были обнаружены метастазы хорионэпителиомы в легкие. Заболевание дало тяжелейшее осложнение. Прогноз для жизни больной сомнительный. Однако достижения современной медицины открывают перед нами возможности борьбы и с далеко зашедшими формами хорионэпителиомы.

Г-ва немедленно госпитализирована. Назначено облучение рентгеновыми лучами, андрогены, повторные переливания эритроцитарной массы. Ежедневно больная облучалась с двух перекрестных полей; общая доза на поле от 800 до 1400 г. На грудную клетку дано 8000 г, на область малого таза — 5000 г. Назначен тестостерон-пропионат по 50 мг в сутки. Производилось переливание эритроцитарной массы (по 100 мл) через каждые 10 дней.

Больная удовлетворительно перенесла лечение, и постепенно метастазы в легких исчезли, а реакция Ашгейм-Цондека стала отрицательной. 15/V 1950 г. больная выписана для амбулаторного лечения. Лечение тестостерон-пропионатом продолжалось еще в течение 2 месяцев; реакция Ашгейм-Цондека оставалась отрицательной. Через 8 лет (в 1958 г.) метастазов нет, больная работоспособна.

Таким образом, можно говорить о стойком излечении, несмотря на возникновение метастазов в легкие. При метастатических узлах хорионэпителиомы во влагалище в настоящее время успешно применяют радиотерапию.

Выше мы указали важнейшие симптомы хорионэпителиомы матки: метроррагия, увеличение матки, получение большого количества губчатой

ткани при выскабливании матки. Изредка вследствие прорастания узла опухоли через все слои матки возникает внутреннее кровотечение и появляется симптомокомплекс, характерный для остро прервавшейся трубной беременности.

Приведем для примера следующее наблюдение.

И-ва, 43 лет, поступила в акушерскую клинику 12/VIII 1947 г. по поводу обильного маточного кровотечения, возникшего после задержки менструаций на 6 недель. Было четыре беременности: одни нормальные роды и три искусственных аборта; последняя беременность, закончившаяся абортom, была в 1924 г., с тех пор предохранялась от беременности. Дежурный врач диагностировал неполный аборт и произвел выскабливание матки; гистологическое исследование удаленной ткани не производилось. Больная выписана 19/VIII, на 7-й день после операции; матка хорошо сократилась, кровянистые выделения почти прекратились.

24/VIII кровотечение возобновилось; 26/VIII больная повторно направлена в клинику.

При поступлении общее состояние удовлетворительное; кровянистые выделения из влагалища в небольшом количестве. Матка увеличена соответственно 7-недельной беременности; наружный зев пропускает кончик пальца. Придатки матки не определяются. Температура 37,5°. Пульс 78 ударов в минуту. Ввиду незначительных кровянистых выделений больная оставлена под наблюдением; назначен холод на низ живота.

Утром 27/VIII внезапно начались острые боли в животе; больная резко побледнела, пульс участился до 110 ударов в минуту. При перкуссии в брюшной полости определяется свободная жидкость. Влагалищное исследование. Выпячивание заднего свода и напряжение в области правых придатков. Заподозрена правосторонняя прервавшаяся трубная беременность. При пункции через задний свод влагалища получено 10 мл свежей крови. Диагностирована прервавшаяся трубная беременность.

Срочное чревосечение. В брюшной полости обнаружено около 700 мл жидкой крови и сгустки ее. На задней поверхности матки, увеличенной соответственно 7-недельной беременности, обнаружен дефект ткани до 0,5 см в диаметре, напоминающий прободение матки. Обращало на себя внимание, что ткань матки в этом месте очень хрупкая, с множественными кровоизлияниями. Трубы и яичники с обеих сторон не изменены.

Ввиду отсутствия каких-либо указаний на вмешательство вне клиники и наличие распадающейся ткани (опухоли) в стенке матки поставлен диагноз хорионэпителиомы матки. Произведена экстирпация матки с придатками. На 12-й день после операции — массивное кровотечение из влагалища; при осмотре с помощью зеркал на передней стенке влагалища обнаружены два сине-багровых распадающихся узла диаметром 1 и 2 см — метастаз хорионэпителиомы. Произведена тампонация влагалища, переливание крови (500 мл). На 15-й день после операции у больной появился кашель и мокрота с кровью. Рентгенологически установлены метастазы опухоли в легких. Через месяц после операции наступила смерть от кахексии и множественных метастазов.

При интерстициальном развитии хорионэпителиомы может не быть метроррагии. В подобных случаях основное значение имеют данные анамнеза (например, указание на пузырьный занос) и биологические реакции для определения гонадотропинов в моче. Значение реакции Ашгейм-Цондека в диагностике хорионэпителиомы подтверждается следующим нашим наблюдением.

А-ва, 37 лет, повторнородящая, обратилась в клинику 20/XII 1940 г. для контрольного осмотра через 3 месяца после пузырьного заноса. Общее самочувствие удовлетворительное; менструации наступают регулярно, через 3 недели, по 4 дня, небольшие. Последняя менструация 2 недели тому назад. Реакция Ашгейм-Цондека 2 месяца тому назад была отрицательной.

Гинекологическое исследование. Увеличение матки соответственно 7-недельной беременности, правый угол матки несколько выше левого. При исследовании соскоба слизистой матки установлена фаза пролиферации. Реакция Ашгейм-Цондека положительная не только с цельной мочой, но и при разведении ее 1:50. Ввиду увеличения матки и асимметрии ее, наличия положительной реакции Ашгейм-Цондека не только с цельной, но и с разведенной мочой, указаний на бывший пузырьный занос поставлен диагноз хорионэпителиомы матки; метастазов в других органах ни клинически, ни рентгенологически не обнаружено. Произведена экстирпация матки с придатками. Обнаружен интрамуральный узел опухоли, не сообщающейся с

полостью матки; этим и объясняется, что у больной не было ациклических кровотечений и при гистологическом исследовании соскоба слизистой хорионэпителиома не была обнаружена. Выздоровление.

При оценке данных реакции Ашгейм-Цондека следует учитывать, что встречаются случаи хорионэпителиомы с малым титром гонадотропинов в моче и даже отсутствием их (по реакции Ашгейм-Цондека).

При систематическом наблюдении за больной большое диагностическое и прогностическое значение имеет динамическое определение реакции Ашгейм-Цондека. Для развития хорионэпителиомы характерно нарастание титра гонадотропинов после того, как при предшествовавших исследованиях реакция Ашгейм-Цондека была слабо положительной или отрицательной. С другой стороны, последовательное падение титра гонадотропинов после пузырного заноса или операции по поводу хорионэпителиомы является прогностически благоприятным.

Общие изменения (похудание, анемия, повышение температуры) появляются в случае повторных профузных кровотечениях и метастазов опухоли в отдаленные органы. При возникновении метастазов в легкие появляется одышка, кашель, иногда мокрота с кровью, при метастазах в мозг — сильные головные боли, рвота. Таким образом, симптомы хорионэпителиомы матки у ряда больных представляются очень характерными. Реже заболевание протекает (например, при интрамуральном росте опухоли) без указанных выше очень характерных симптомов.

Клиническое течение хорионэпителиомы может быть очень бурным и характеризуется в подобных случаях ранним появлением метастазов. Длительность жизни больных (нелеченных) исчисляется несколькими месяцами, редко они живут 1—2 года. Смерть наступает от кровотечения, поражения жизненно важных органов (например, метастаза в мозг), кахексии.

Печальный исход болезни зависит и от поздней диагностики, и от злокачественности опухоли. Так, по материалам Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР за 10 лет (1947—1956) из 31 больной хорионэпителиомой, которые находились в стационаре института, лишь у 10 не было клинических признаков распространенности процесса, а у 21 — были метастазы в отдаленные органы (цит. по А. К. Первой). По данным Правирогордио, Мартионо и Тьокронегоро (1957), смертность при хорионэпителиоме достигает 42,3%.

Выше мы описали ряд симптомов, наличие которых позволяет заподозрить и принять своевременные меры (выскабливание и гистологическое исследование, реакция Ашгейм-Цондека) для распознавания хорионэпителиомы. К сожалению, нередко выявляется недостаточное знакомство врачей с клиническими симптомами и методами распознавания хорионэпителиомы. Приведем одно наблюдение, являющееся ярким примером недооценки симптомов болезни и поздней диагностики.

Б-на, 27 лет, переведена из клиники нервных болезней 14/XII 1937 г. в акушерско-гинекологическую клинику с диагнозом «опухоль мозга». Состояние больной очень тяжелое; анамнез собран у родственников. Больная замужем с 19 лет; было трое родов, четыре искусственных аборта. Последние роды были 20/VIII 1937 г.; выписана из районной больницы на 7-й день после родов, после этого в течение 25 дней были незначительные кровянистые выделения из влагалища. В начале октября 1937 г. поступила в ту же больницу по поводу обильного «маточного кровотечения». Ввиду подозрения на неполный аборт произведено выскабливание матки; гистологическое исследование удаленной ткани не производилось. Через 2 недели кровотечение возобновилось; больная вновь поступила в больницу и пробыла в ней с 17/XI по 10/XII. При объективном исследовании врачи обнаружили в заднебоковом своде какую-то опухоль и заподозрили прервавшуюся внематочную беременность; при пункции заднего свода было получено немного серозно-кровянистой жидкости. Диагноз колебался между воспалением тазовых органов и прервавшейся внематочной беременностью. Состояние больной продолжало ухудшаться: повысилась температура, появились мозго-

вые симптомы. 9/XII при консультации с невропатологом был поставлен диагноз опухоли мозга; с этим диагнозом больная была направлена в клинику нервных болезней, а оттуда после консультации с гинекологом переведена в акушерско-гинекологическую клинику.

Состояние больной при поступлении очень тяжелое; сознание помрачено. Кожные покровы резко бледны, с желтушным оттенком. Нос заострен, глазные яблоки ввали; температура 37,8°. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Язык обложен; дыхание поверхностное. Границы сердца расширены влево и вправо; систолический шум у верхушки сердца.

Живот вздут, болезнен; край печени выступает на 3 поперечных пальца из-под реберной дуги, неровный. В гипо- и мезогастральной области определяются две опухоли туго-эластической консистенции, округлой формы, до 15—20 см в диаметре.

Стенки влагалища без изменений. Матка в антефлексии, мягкой консистенции, увеличена, как при беременности 8—9 недель. В правом и левом сводах определяются бугристые, малоподвижные, неправильно округлой формы опухоли до 15—20 см в диаметре. Клинический диагноз: хорионэпителиома матки, лютеиновые кисты яичников, метастаз хорионэпителиомы в мозг.

В тот же день, 14/XII поставлена реакция Фридмана, которая оказалась резко положительной как с цельной мочой, так и при разведении ее 1:100. 15/XII наступила смерть. На аутопсии (с последующим патогистологическим исследованием препаратов) обнаружен узел хорионэпителиомы в матке, лютеиновые кисты яичников, множественные метастазы опухоли во внутренних органах и в мозгу.

Анализируя этот случай, надо отметить ряд основных, нередко наблюдающихся ошибок врачей: упорное следование диагнозу «плацентарный полип, неполный аборт», несмотря на отсутствие симптомов беременности; недооценка данных осмотра ткани, удаленной при соскобе, когда может быть обнаружено большое количество крошковатых масс; пренебрежение гистологической диагностикой и реакцией Ашгейм-Цондека. Вместе с тем врачи часто забывают, что хорионэпителиома может возникнуть не только после пузырного заноса, но и после аборта и родов, иногда спустя много лет (свыше 20).

Анализ историй болезни 4 больных хорионэпителиомой матки показывает, что наиболее характерными симптомами этой опухоли являются: 1) ациклические кровотечения; 2) получение при выскабливании матки большого количества губчатой ткани, несмотря на отсутствие признаков беременности; 3) увеличение матки; 4) высокий титр гонадотропинов в моче. Хорионэпителиома чаще всего развивается после пузырного заноса (49% случаев), реже после родов (25%) или аборта (26%).

Эпикриз

У Г-вой при первой беременности возник пузырный занос. Самопроизвольное рождение заноса, пальцевое обследование полости матки. Через 3 месяца больная поступила в стационар со значительным маточным кровотечением. Диагноз врача женской консультации: аборт. Ввиду данных анамнеза о бывшем пузырном заносе и увеличения матки заподозрена хорионэпителиома матки. Диагноз подтвержден гистологически и с помощью реакции Ашгейм-Цондека (1:100). Произведена экстирпация матки с придатками. Через 3 месяца обнаружены метастазы опухоли в легких. Глубокая рентгенотерапия, андрогенотерапия. Выздоровление (срок наблюдения 9 лет).

Прогноз хорионэпителиомы большей частью сомнительный. Однако приведенное наблюдение, хотя и редкое, показывает, что современная терапия может дать положительные результаты даже при наличии метастазов в отдаленные органы.

Хорионэпителиома маточной (фаллопиевой) трубы

Г-ва, 40 лет, поступила в клинику 27/IX 1949 г. с жалобами на боли внизу живота и субфебрильную температуру.

Анамнез. В детстве перенесла скарлатину, взрослой не болела.

Менструальная функция. Менструации начались с 15 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, неболезненные, необильные.

Половая и генеративная функции. Замужем с 30 лет. Было три беременности: одни срочные роды, два искусственных аборта, второй криминальный; после него болела в течение 2 недель. Последняя беременность была 3 года тому назад.

История настоящего заболевания. Считает себя больной с февраля 1949 г., когда менструации задержались на 5 дней, а затем появились кровянистые выделения из влагалища, временами очень обильные, и боли в животе. Температура не поднималась выше 37,4°.

Лечилась в клинике с 27/VII по 1/VIII 1949 г.; было обнаружено увеличение левых придатков до 5×8×7 см и небольшое увеличение правых придатков матки. Диагностирован воспалительный процесс придатков. Больная лечилась пенициллином, но без заметного успеха. 1/VIII выписана ввиду закрытия клиники на ремонт.

В начале сентября в течение 15 дней находилась в инфекционной больнице, так как были жалобы на частые позывы на дефекацию, тенезмы и выделение крови из прямой кишки. При обследовании (в том числе и ректоскопии) диагноз дизентерии не был подтвержден; большую лечили сульфаниламидами и пенициллином. Однако и после выписки из инфекционного отделения состояние больной не улучшилось. Температура повышалась по вечерам до 38°, из влагалища продолжались кровянистые выделения.

Общее и гинекологическое обследование. При вторичном поступлении в гинекологическую клинику 27/IX 1949 г. больная резко бледна. Температура 37,9°. Пульс 90 ударов в минуту. Со стороны сердца и легких патологических изменений не найдено. Передняя брюшная стенка упруга; в гипогастриальной области слева от средней линии болезненность. Слева над лоном пальпируется опухолевидное образование неправильно овоидной формы, туго-эластической консистенции, верхняя граница которого на 10 см выше лона. При перкуссии над опухолью притупление перкуторного тона. Наружные половые органы без особенностей.

Влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал. Стенки влагалища сочные, слегка синюшной окраски; из канала шейки матки в небольшом количестве темно-бурые кровянистые выделения. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца; шейка слегка размягчена. Через левопередний свод определяется ограниченно подвижная опухоль размером 16×18×18 см, доходящая почти до стенок таза; консистенция ее туго-эластическая. Тело матки не контурируется.

Кровь: Hb 8,5 г% (51 единица), эр. 2 900 000, л. 14 000; РОЭ 40 мм в час. Моча: удельный вес 101, следы белка, патологических элементов в осадке не обнаружено.

Из приведенных данных видно, что картина заболевания очень сложна и характеризуется, во-первых, большой длительностью, а во-вторых, отсутствием эффекта, несмотря на настойчивое лечение антибиотиками и сульфаниламидами в условиях стационара.

Какой диагноз?

Разберем последовательно возможные заболевания:

1. Воспаление придатков матки (септической этиологии).
2. Внематочная (трубная) беременность.
3. Хорионэпителиома трубы.

В пользу первого предположения говорят следующие обстоятельства: а) длительность заболевания (7 месяцев); б) повышенная температура тела; в) объективные данные — наличие слева от матки опухолевидного образования овоидной формы размером 16×18×18 см.

Однако многое в анамнезе больной и в течении болезни говорит против подобного диагноза. Прежде всего важно учесть, что заболевание началось еще в феврале, после задержки менструаций на 5 дней, с болей в животе и кровотечения из влагалища; это кровотечение не прекращалось в течение ряда месяцев; температура в течение всего времени заболевания была лишь субфебрильной.

Если учесть к тому же, что третья беременность закончилась криминальным абортом, то можно с большой вероятностью заподозрить прервавшуюся трубную беременность на почве предшествовавшего воспаления придатков матки. В пользу этого диагноза говорит также

дальнейшее течение болезни. Отсутствие указаний на острое начало болезни типа инсульта (резкие боли в животе, потеря сознания) обычно характерно для прерывания беременности по типу трубного аборта, а не разрыва трубы. Внутреннее кровотечение при этом незначительно и изливающаяся из трубы кровь образует так называемое haematocoele peritubaria. Подобное течение трубной беременности подчас резко затрудняет диагностику.

Начало заболевания у Г-вой и дальнейшее его течение весьма похожи на трубный аборт. Однако при дальнейшем развитии болезни возник ряд симптомов, которые требуют тщательного всестороннего обследования больной для окончательной постановки диагноза. Подозрительными симптомами являются отсутствие эффекта от противовоспалительного лечения и значительное увеличение (с $5 \times 8 \times 8$ до $16 \times 18 \times 18$ см по сравнению с июлем) опухолевидного образования в области левых придатков матки. Исследование крови и температурная кривая говорят о наличии подострого или обострившегося хронического воспалительного процесса. Однако подобные изменения в крови и температурной кривой наблюдаются и при инфицировании кровоизлияния, и при распаде опухоли, в частности хорионэпителиомы. В пользу первого предположения (т. е. инфицирования кровоизлияния) говорит повышение температуры и значительное увеличение опухолевидного образования.

Как же исключить возможность весьма редкого заболевания — хорионэпителиомы? Дифференциальная диагностика между нарушенной внематочной беременностью и хорионэпителиомой может быть облегчена путем постановки реакции Ашгейм-Цондека. Необходимо учитывать, что при давно (7 месяцев тому назад) прервавшейся беременности хориальные клетки уже, конечно, погибли, гонадотропины ими не продуцируются и реакция Ашгейм-Цондека становится отрицательной. При возникновении хорионэпителиомы продукция гонадотропинов, наоборот, резко повышается, и реакция Ашгейм-Цондека становится положительной не только с цельной мочой, но и при разведении ее 1 : 10, 1 : 50 и даже 1 : 100.

Производство пункции у Г-вой противопоказано, так как опухоль выпячивает не задний, а передний и боковой своды. К тому же необходимо учесть, что положительные данные пункции (получение кровянистой жидкости) не могут помочь нам в дифференциации трубной беременности с кровоизлиянием и хорионэпителиомы. Цитологическая диагностика в подобном случае также крайне ненадежна.

Итак, для дифференциальной диагностики необходимо поставить реакцию Ашгейм-Цондека не только с цельной мочой, но и при разведении ее 1 : 10, 1 : 20 и 1 : 50.

30/IX получен ответ: реакция Ашгейм-Цондека положительна не только с цельной мочой, но и во всех трех разведениях.

Таким образом, было установлено наличие значительного количества гонадотропинов в моче, что является весьма характерным для хорионэпителиомы. Ввиду того что при объективном исследовании установлено увеличение левых придатков матки, поставлен диагноз: хорионэпителиома левой трубы. При клиническом и рентгенологическом исследовании легких метастазов опухоли не обнаружено.

Развитие хорионэпителиомы в трубе можно представить себе следующим образом. В феврале 1949 г. у больной была нераспознанная левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта (задержка менструаций на 5 дней, незначительные боли внизу живота, длительные кровянистые выделения из влагалища). В после-

дующие месяцы из оставшихся эпителиальных элементов ворсин возникла хорионэпителиома.

Какова терапия?

Так как хорионэпителиома является злокачественной опухолью, то показана, конечно, экстирпация матки с придатками. Больная дала согласие на операцию.

2/X 1949 г. произведена операция (К. Н. Жмакин). После вскрытия брюшной полости установлено, что матка отклонена несколько вправо; правая труба и яичник без видимых изменений. Слева от матки расположена опухоль неправильно овоидной формы размером $20 \times 18 \times 18$ см; опухоль темно-красного цвета с синюшным оттенком, спаяна с салынником и кишечником.

При выделении опухоли тупым путем оказалось, что она исходит из левой фаллопиевой трубы; опухоль легко распадается в виде крошковатой, темно-красного цвета массы; у наружного края опухоль интимно врастает в стенку сигмовидной кишки; левый яичник не изменен. Метастазов на салыннике и кишечнике (кроме прорастания в сигмовидную кишку) не обнаружено. Произведена экстирпация матки с придатками, резекция сигмовидной кишки и сшивание кишки конец в конец. Во время операции перелито 400 мл консервированной крови. В брюшную полость профилактически введено 400 000 ЕД пенициллина. В послеоперационном периоде субфебрильная температура; заживление раны брюшной стенки первичным натяжением.

При гистологическом исследовании препарата диагноз хорионэпителиомы трубы и сигмовидной кишки был подтвержден; в матке опухоль не обнаружена. Лишь после операции и исследования препарата нам стали понятны причина кровотечения из прямой кишки и тенезмы, на которые больная жаловалась, начиная с сентября 1949 г.

С 30/X 1949 г. до 15/I 1950 г. проведено профилактическое рентгеновское облучение брюшной полости (15 000 г). С 20-го дня после операции реакция Ашгейм-Цондека стала отрицательной. Больная выписана из клиники после рентгенотерапии 20/I. В дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно; никаких патологических изменений обнаружено не было; проводилось лечение 5% тестостерон-пропионатом (по 50 мг в сутки); всего введено 4 г.

В течение 2 лет производилась повторно (через 1½—2 месяца в первый год, через 3 месяца во второй год после операции) реакции Ашгейм-Цондека, которая была отрицательной. В июне 1958 г. (т. е. через 9 лет после операции) состояние Г-вой вполне удовлетворительное. Реакция Ашгейм-Цондека отрицательная.

Таким образом, можно говорить о стойком выздоровлении. Анализ приведенного наблюдения свидетельствует о трудностях диагностики хорионэпителиомы трубы. Так, Г-ва длительно лечилась по поводу воспалительного процесса и даже госпитализировалась с подозрением на дизентерию.

Обычно хорионэпителиома трубы протекает или по типу остро прервавшейся трубной беременности, или, реже, по типу трубного аборта и не всегда распознается не только до операции, но даже во время нее. Последствия подобной ошибки бывают для больных неблагоприятными.

Опишем три подобных наблюдения.

5/IX 1955 г. в терапевтическую клинику была доставлена больная С-ва, 29 лет, с диагнозом болезни Боткина. Состояние при поступлении тяжелое: температура $38,8^\circ$, желтушная окраска склер и кожных покровов, значительное исхудание. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот напряжен, край печени плотный, неровный, выступает на 4 см из-под реберной дуги. В мае и в июне 1955 г. больная дважды госпитализировалась по месту жительства по поводу подозрения на левостороннюю трубную беременность. 30/VI произведена операция, при которой, со слов больной, была установлена левосторонняя трубная беременность. Выписана на 15-й день после операции.

25/VII появилась желтуха, субфебрильная температура. Госпитализирована в местный госпиталь, а затем ввиду прогрессирующего ухудшения состояния переведена в Москву в терапевтическую клинику. 10/IX при консультации хирурга была обнаружена в малом тазу «опухоль», выпячивающая задний свод влагалища. Ввиду подозрения на абсцесс дугласова пространства произведена пункция через задний свод; получено 5 мл темной кровянистой жидкости.

12/IX консультация с гинекологом. Из анамнеза дополнительно установлено, что больная замужем 2 года. Было две беременности: одна закончилась самопроизволь-

ным абортom без осложнений, вторая — внематочная. Общее состояние больной тяжелое. Пульс 120 ударов в минуту, резкая желтуха, истощение. Край печени выступает из-под реберной дуги, опускаясь почти до уровня пупка. Гинекологическое исследование. Влагалище перожавшей женщины; шейка матки коническая; матка в антефлексии, антепозиции, маленькая, малоподвижная, несколько смещена вправо от средней линии. Позади и влево от матки определяется опухоль неправильно овоидной формы размером $20 \times 15 \times 15$ см, неподвижная, сливающаяся со стенками таза: правые придатки матки не пальпируются. Диагноз: хорионэпителиома (после трубной беременности). Метастазы опухоли в печень.

Поставлена реакция Ашгейм-Цондека; она оказалась положительной как с цельной мочой, так и при разведении ее 1:50.

13/IX больная переведена в гинекологическую клинику; на следующий день у нее появились боли в боку и кашель со ржавой мокротой. Рентгенологически установлены метастазы опухоли в легких. Через 5 дней (18/IX 1955 г.) больная умерла. На вскрытии обнаружены узлы хорионэпителиомы в малом тазу и множественные метастазы опухоли в печени, легких, в мозгу.

История следующей больной с хорионэпителиомой фаллопиевой трубы стала известна нам в порядке судебно-медицинской экспертизы.

В июне 1950 г. в гинекологическое отделение была доставлена больная Л-нц, 28 лет, повторнобеременная, с типичной клинической картиной остро прервавшейся внематочной беременности. При пункции через задний свод получена свежая кровь. Во время операции обнаружено утолщение правой трубы в истмической ее части до 6 см, разрыв трубы и значительное кровоизлияние в брюшную полость. В протоколе операции записано, что труба легко крошилась, и элементы плодного яйца, «тесно спаялись со стенкой матки, так что их удаляли острым путем». Хирургический диагноз: правосторонняя трубная беременность, разрыв трубы. Гистологическое исследование препарата не производилось. Лихорадочное течение послеоперационного периода. Через 3 недели обнаружен обширный, двусторонний «инфильтрат» в малом тазу, который считали параметритом. Безуспешное лечение сульфаниламидами, пункциями.

Через 1½ месяца ввиду прогрессирующего ухудшения состояния больной и увеличения инфильтрата решено вскрыть его путем внебрюшинного разреза (paratomiа externa) параллельно правой паховой складке. При разрезе получена крошащаяся, красного цвета масса. Гистологически установлена хорионэпителиома. Смерть от множественных метастазов опухоли. Таким образом, у больной была нераспознанная во время операции хорионэпителиома трубы, протекавшая с клинической картиной трубной беременности.

Аналогичный случай мы наблюдали 10/X 1947 г. Больная С-ва, 38 лет, была доставлена в крайне тяжелом состоянии в клинику из районной больницы с диагнозом «спухоль малого таза».

20/IX 1947 г. больная подверглась операции по поводу прервавшейся трубной беременности с большим осумкованным кровоизлиянием. На операции была обнаружена опухоль придатков, замурованная в малом тазу. Удалить опухоль было невозможно, так как она легко крошилась и сильно кровоточила. Лихорадочное течение послеоперационного периода.

9/X внезапно возникло массивное кровотечение из влагалища. При осмотре на передней стенке влагалища обнаружен некротизирующий узел размером $2 \times 3 \times 3$ см. Кровотечение с трудом остановлено при помощи тугой тампонады влагалища. 10/X больная переведена в клинику.

Осмотр с помощью зеркал. На передней и боковой стенках влагалища обнаружено два больших узла распадающейся опухоли синевато-багрового цвета. Влагалищное исследование. Пальпируется большая ($20 \times 18 \times 18$ см) бугристая опухоль, выполняющая малый таз; верхний полюс опухоли справа и слева от средней линии на 10 см выше лона. При обследовании легких в них обнаружены метастазы. Диагноз: хорионэпителиома придатков матки, метастазы во влагалище и легкие. Смерть от кахексии на 8-й день после поступления в клинику. На вскрытии диагноз хорионэпителиомы подтвержден.

Анализ 4 историй болезни, когда наблюдалась хорионэпителиома трубы показывает, что распознавание ее представляет большие трудности. Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что хорионэпителиома трубы обычно развивается после трубной беременности. Клиническая картина болезни аналогична трубной беременности с симптомом комплексом трубного аборта или разрыва трубы. Диагноз может быть подтвержден до операции путем постановки реакции Ашгейм-Цондека не только с цельной, но и с разведенной мочой.

Подозрение на хорионэпителиому трубы возникает, если опухоль очень хрупкая, представляет собой крошковатую массу темно-бурого цвета; иногда опухоль интимно срастается или проникает в соседние органы. В подобных случаях имеет огромное значение срочное гистологическое исследование препарата, так как оно позволяет окончательно установить диагноз. Терапия: экстирпация матки с придатками; последующее рентгеновское облучение, применение андрогенов.

Э п и к р и з

Г-ва в течение длительного времени находилась под наблюдением и подверглась консервативному лечению по поводу воспаления левых придатков матки. Отсутствие эффекта от терапии и прогрессирующее увеличение левых придатков в сочетании с данными анамнеза, подозрительными на внематочную беременность (задержка менструаций, небольшие боли в животе, длительное кровотечение), привели к мысли о возможности развития хорионэпителиомы после трубной беременности. Резко положительная реакция Ашгейм-Цондека в сочетании с наличием опухоли левых придатков матки подтвердили диагноз хорионэпителиомы трубы.

Экстирпация матки с придатками, резекция пораженной сигмовидной кишки. Стойкое (при наблюдении в течение 9 лет) выздоровление.

ГЛАВА VIII

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Срочные роды. Частичное предлежание плаценты. Разрыв плодных оболочек

В-ва, 30 лет, поступила в родильный дом 20/VI 1956 г. в 12 часов по поводу родовой деятельности, начавшейся 1½ часа назад; воды не отходили.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью, скарлатиной. Взрослой не болела.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, неболезненные. Последняя менструация с 15 по 18/IX 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 21 года. Мужу 24 года, здоров. Последнее половое сношение было 4 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность четвертая; первая беременность закончилась срочными нормальными родами в 1948 г.; послеродовой период без осложнений; ребенок жив. Вторая (в 1949 г.) и третья (в 1952 г.) беременности закончились искусственным криминальным абортom при сроке 8 недель. После второго аборта в течение 12 дней было лихорадочное состояние, лежала в больнице. Во время настоящей беременности чувствовала себя удовлетворительно.

Общее и акушерское обследование. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Температура 36,6°. Пульс 72 удара в минуту. Рост 157 см. Вес 72 кг. Артериальное давление 125/75 мм. Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не отмечено.

Схватки через 5—7 минут, по 30—40 секунд, средней силы. Положение плода — первое продольное; предлежит головка, подвижная, над входом в таз. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Окружность живота 100 см. Длина плода (по Альфельду) 50 см. Размеры таза 25, 28, 30, 21 см.

Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена; раскрытие зева на один поперечный палец; плодные оболочки целы; высоко пальпируется предлежащая головка; швы и роднички не определяются; мыс не достигается. Деформаций таза нет.

Диагноз: вторые срочные роды; первый период родов; головное предлежание.

Принимая во внимание нормальные размеры таза, средние размеры плода и отсутствие указаний на отклонения в течении родов, решено вести их консервативно.

14 часов. Общее самочувствие роженицы удовлетворительное. Схватки через 3—4 минуты, по 40—45 секунд; головка прижата ко входу в таз; внезапно из влагалища показались кровянистые выделения в количестве около 75 мл. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Что же произошло? Почему появились кровянистые выделения из влагалища?

Причины кровотечения могут быть разнообразными.

1. Разрыв шейки матки.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Предлежание или низкое прикрепление плаценты.
4. Разрыв варикозного узла во влагалище.
5. Рак шейки матки.

Для уточнения диагноза необходимо немедленно произвести влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал. Срочно переводим роженицу в родовую комнату. Во время подготовки рук к влагалищному исследованию подумаем, какое же из осложнений родов может быть более вероятным.

Разрыв шейки матки обычно происходит при трудном извлечении последующей головки, при извлечении плода с помощью щипцов, если зев не был раскрыт полностью, при стремительных родах. В течении родов у В-вой не было до 14 часов никаких отклонений от нормы, и у нас нет оснований предполагать, что кровотечение обусловлено разрывом шейки матки.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты обычно наблюдается не при нормальной беременности, как у В-вой, а при токсокозе или нефрите; кроме того, при отслойке плаценты нередко наблюдаются боли в животе и изменение сердцебиения плода: резкое учащение (до 160—180 ударов в минуту) или, наоборот, замедление (до 90—80 ударов в минуту). Ни одного из этих признаков у В-вой не установлено, и, следовательно, у нас нет данных для диагноза преждевременной отслойки плаценты.

Что касается предположения о возможности кровотечения вследствие поражения шейки матки раком или разрыва варикозно расширенной вены влагалища, то для подобного диагноза необходимо исследование с помощью зеркал. Сочетание беременности и рака шейки матки встречается нечасто, однако большая опасность подобного заболевания настойчиво требует тщательного (в том числе и с помощью зеркал) обследования каждой беременной (независимо от срока беременности или периода родов), у которой возникает кровотечение (контактное или без всякого внешнего повода).

Осмотр с помощью плоских зеркал Дуайена. Со стороны влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено.

Влагалищное исследование в 14 часов 15 минут. Шейка сглажена, раскрытие зева на три поперечных пальца; спереди в области внутреннего зева, определяется узкая полоска мягкой ткани с неровной поверхностью; плодные оболочки целы, предлежит головка, прижатая ко входу в таз, сагиттальный шов в правом косом размере. Малый родничок слева впереди; большой — не достигается.

Какой диагноз?

Срочные роды, первый период, затылочное предлежание, частичное предлежание плаценты.

По вопросу о причинах развития предлежания плаценты существуют различные взгляды. Одни авторы (их большинство) считают, что предлежание плаценты возникает в результате изменений в матке у лиц, перенесших воспалительные заболевания различной этиологии (чаще всего септической, после криминальных аборт), повторные выскабливания матки при абортах, при гипоплазии матки. В результате этих заболеваний наблюдаются атрофические и дистрофические процессы в слизистой матки. Подтверждением подобного взгляда на этиологию предлежания плаценты являются следующие моменты: 1) данные анамнеза, которые весьма часто говорят о бывших абортах, воспалительных заболеваниях половых органов; 2) изменения в плацен-

те, которая обычно бывает очень большой по плоскости, нередко имеет добавочные дольки.

Другие авторы считают, что предлежание плаценты может иметь место у лиц с заболеванием почек, сердца, печени; при нарушении деятельности этих органов возникают застойные явления в органах брюшной полости, в половой системе и нарушаются условия для нормального развития яйца.

Согласно третьей, наименее обоснованной, теории, возникновение предлежания плаценты связано с поздним проявлением ферментативных свойств трофобласта оплодотворенного яйца. Однако в настоящее время в пользу этой теории нет еще никаких фактических данных, и она является лишь гипотетической.

Что касается определения формы предлежания плаценты, то здесь нет единой, общепризнанной терминологии. Многие авторы различают три формы: 1) центральное предлежание плаценты (*placenta praevia centralis*), при котором плацента занимает всю область внутреннего зева и оболочки при исследовании не достигаются (при раскрытии зева на 2—2½—3 пальца); 2) боковое предлежание плаценты (*placenta praevia lateralis*), при котором плацента занимает часть внутреннего зева и определяется не только плацента, но и оболочки; 3) краевое предлежание плаценты (*placenta praevia marginalis*), при котором в области внутреннего зева определяется лишь край плаценты и оболочки.

Мы, как и Г. Г. Гентер и другие авторы, считаем, что подобное деление весьма условно, так как прощупывание над внутренним зевом только губчатой ткани плаценты не говорит о том, что этот участок является центром плаценты. Кроме того, форма предлежания плаценты (краевая или боковая) может изменяться в зависимости от меньшего или большего раскрытия зева. Поэтому лучше различать (при открытии зева на 2½—3 пальца) лишь две формы предлежания плаценты: 1) полное предлежание плаценты (*placenta praevia totalis*), когда над зевом прощупывается лишь ткань плаценты; 2) частичное предлежание плаценты (*placenta praevia partialis*), когда над зевом прощупываются и ткань плаценты, и оболочки. Конечно, в ряде случаев мы вынуждены решать вопросы диагноза и терапии до раскрытия зева на 2½—3 поперечных пальца, так как массивное кровотечение часто появляется уже во время беременности или в начале периода раскрытия. Так, по данным Ф. П. Патушинской (1956), только у 8 (из 214) беременных с предлежанием плаценты кровотечение впервые появилось во время родов; у остальных оно возникло во время беременности, в большинстве случаев (90,1%) на VIII—X месяце. По данным В. М. Малявинского, кровотечение во время беременности возникает в 34,3%, в процессе родов — в 65,7% случаев. По данным того же автора, срочные роды при предлежании плаценты бывают только в 40,7% случаев.

Что касается частоты предлежания плаценты, то, по сводным данным родильных домов Москвы за 1948—1952 гг., эта патология встречается в 0,29%, а полное предлежание плаценты составляет 20—25% всех случаев *placentae praeviae*. По Н. Н. Чукалову, полное предлежание плаценты наблюдается в 15,6% случаев этой патологии.

Для выбора метода терапии надо остановиться на вопросе о механизме кровотечения при *placenta praevia*.

Механизм кровотечения во время родов при частичном предлежании плаценты можно объяснить следующим образом: во время схваток плодный пузырь вклинивается в зев и выпячивается вниз, а стенки нижнего сегмента матки, растягиваясь, наоборот, смещаются вверх.

В результате этого происходит отслойка части плаценты (рис. 17) и возникает кровотечение из маточно-плацентарных сосудов. Кровотечение можно приостановить с помощью разрыва плодных оболочек, так как после этого стенки матки во время схваток будут смещаться вместе с плацентой (рис. 18), и прекратится преждевременная отслойка детского места от стенки матки. Вместе с тем при наличии правильных взаимоотношений между плодом и тазом и регулярной родовой деятель-



Рис. 17. Предлежание плаценты. При раскрытии зева и целых оболочках плацента отслаивается.



Рис. 18. Предлежание плаценты. Оболочки вскрыты, во время схваток плацента не отслаивается от матки.

ности вскрытие плодных оболочек может ускорить продвижение предлежащей части в полость таза и прижатие ею плаценты к стенке матки и тазового кольца. При полном предлежании плаценты кровотечение также зависит от преждевременной отслойки плаценты в области внутреннего зева шейки матки; однако оболочки при этом не определяются, и для прекращения кровотечения необходимы другие, более серьезные мероприятия (стр. 212).

В 14 часов 15 минут мы произвели (во время схватки, когда плодные оболочки выпячиваются в нижнем полюсе) искусственное вскрытие оболочек с помощью пальца; при плотных оболочках следует вскрыть их (под контролем исследующей руки) с помощью пулевых щипцов. Не следует извлекать руку из влагалища сразу же после вскрытия оболочек, с тем чтобы предотвратить быстрое излитие вод и опасность выпадения пупочного канатика.

После вскрытия оболочек схватки усилились, головка быстро опустилась большим сегментом во вход малого таза, и кровотечение прекратилось.

В 15 часов начались потуги; в 16 часов родился живой мальчик, весом 3100 г, без асфиксии.

Роды при предлежании плаценты могут сопровождаться кровотечением не только в первом, но и в третьем периоде родов (атония матки, нарушение процесса отделения плаценты). Ввиду этого врач должен неотступно наблюдать за состоянием роженицы и вовремя принять меры для борьбы с кровотечением, если оно появится.

В 16 часов 20 минут самостоятельно выделился послед. Кровотечения ни в третьем, ни в раннем послеродовом периоде не было. Послеродовой период проходил без осложнений. Родильница 28/VI 1956 г. выписана с ребенком из родильного дома.

Эпикриз

В-ва поступила по поводу нормальных, срочных родов. Через 2 часа после поступления внезапно, при регулярных энергичных схватках, возникло маточное кровотечение. При влагалищном исследовании диагностировано частичное предлежание плаценты. Ввиду наличия регулярной родовой деятельности решено произвести искусственное вскрытие плодных оболочек; после этого головка быстро опустилась в полость таза, и кровотечение прекратилось. Рождение живого доношенного плода. Нормальное течение послеродового периода.

Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Частичное предлежание плаценты. Метррейриз

К-ва, 36 лет, многорожавшая, поступила в родильный дом 10/III 1955 г. в 16 часов с явлениями анемии при беременности сроком 35 недель.

Анамнез. Перенесенных заболеваний не помнит.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 3 недели, по 3 дня, последняя менструация с 1 по 4/VII 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 18 лет. Мужу 40 лет, здоров.

Генеративная функция. Было трое срочных родов, без осложнений; последние роды в 1950 г.; дети живы. Четвертая беременность закончилась самопроизвольным абортom в 1953 г.; после аборта было лихорадочное состояние в течение 3 недель, лежала в больнице.

Течение настоящей беременности. Явления угрожающего аборта на 9-й неделе беременности, по поводу чего находилась в течение 12 дней в родильном доме. В дальнейшем первая половина беременности протекала без осложнений. Движения плода почувствовала 10/XI 1954 г.

20/II 1955 г. внезапно появились в незначительном количестве кровянистые выделения из влагалища. Беременная обратилась в женскую консультацию; врач после наружного осмотра высказал подозрение на неправильное прикрепление плаценты, рекомендовал пребывание в постели в течение 5—7 дней (выдан больничный лист) и назначил хлористый кальций (по 1 столовой ложке 10% раствора 4 раза в день) и витамин К (в форме викасола). Кровянистые выделения через 2 суток прекратились, но затем через 10 дней возобновились; беременная вновь обратилась в женскую консультацию. После наружного осмотра ей был дан совет лечь в постель и продолжать лечение указанными выше средствами. После этого кровянистые выделения не прекратились, а 10/III кровотечение резко усилилось, появились сгустки крови. Доставлена в родильный дом.

Общее и акушерское обследование. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Пульс 90 ударов в минуту, среднего наполнения. Артериальное давление 110/70 мм. Плод в первом продольном положении, головное предлежание; головка над входом в таз, подвижна. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ритмичное, слева ниже пупка. Из влагалища обильные кровянистые выделения. Схватки через 10—15 минут по 20—30 секунд, слабые. Окружность живота 80 см. Размеры таза 26, 29, 31, 20 см.

Какой предварительный диагноз?

1. Беременность сроком 35 недель. Предлежание плаценты.
2. Беременность сроком 35 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Беременность сроком 35 недель. Рак шейки матки.
4. Беременность сроком 35 недель. Разрыв варикозно расширенной вены.

Для уточнения диагноза необходимо срочно произвести осмотр с помощью влагалищных зеркал, а также влагалищное исследование.

Во время подготовки роженицы к исследованию и мытья рук подумаем, какой диагноз является наиболее обоснованным. При раке

шейки матки, весьма редком осложнении беременности, могли быть жалобы на бели (водянистые, беловатые), «контактные» кровотечения. Обильное кровотечение возникает редко, при далеко зашедшей форме рака шейки матки (стр. 123).

При разрыве варикозно-расширенных вен влагалища также могло появиться кровотечение; однако повторное кровотечение, причем вначале оно незначительное, не наблюдается при этой патологии.

Кроме того, важно учесть, что при осмотре К-вой не обнаружено расширения вен ни на нижних конечностях, ни на наружных половых органах, ни в области прямой кишки.

Отсутствие указаний на токсикоз беременности, травму, боли в животе, безболезненность пальпации матки, хорошее сердцебиение плода — все это говорит против диагноза преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

В 16 часов 20 минут при осмотре с помощью зеркал не было обнаружено никаких патологических изменений со стороны шейки матки или стенок влагалища; таким образом были исключены рак шейки или кровотечение из варикозно-расширенной вены. При влагалишном исследовании дежурный врач установил, что шейка матки сглажена; наружный зев пропускает два поперечных пальца; определяется плодный пузырь и слева над областью внутреннего зева небольшой участок губчатой ткани; через пузырь высоко определяется подвижная головка.

Какой диагноз?

Преждевременные роды на IX месяце. Частичное предлежание плаценты. Постгеморрагическая анемия.

Мысль о возможности неправильного прикрепления плаценты была высказана врачом консультации совершенно обоснованно, однако дальнейшие назначения (постельный режим в домашних условиях) были не только ошибочными, но и представляли серьезную опасность для беременной. Опыт учит, что никогда нельзя исключить возможность внезапного массивного кровотечения не только в первом периоде родов, но и в последние месяцы беременности; ни в домашних условиях, ни в условиях женской консультации эффективная помощь не может быть оказана.

Что касается кальция, то он является обязательным элементом в процессе свертывания крови, так как процесс превращения протромбина в тромбин катализируется тромбозином лишь в присутствии ионов кальция. Однако нет оснований для утверждения, что при повышении концентрации кальция в крови процесс ее свертывания ускоряется. Витамин К также является компонентом для построения протромбина, который необходим для осуществления свертывания крови. Однако кровотечение при предлежании плаценты зависит не от нарушения процесса свертывания крови, а от преждевременной отслойки плаценты и разрыва маточно-плацентарных сосудов. Следовательно, применение указанных выше средств не может быть эффективным.

Единственный вывод, который должен сделать каждый врач, узнав о появлении хотя бы незначительных кровянистых выделений во второй половине беременности, — срочная госпитализация в родильный дом. Производить влагалищное исследование в женской консультации при подобных обстоятельствах нецелесообразно, так как во время исследования кровотечение может резко усилиться, а эффективная борьба с ним в женской консультации невозможна; кроме того, в условиях женской консультации трудно обеспечить требования асептики, как в операционной. Тампонада влагалища с целью остановки кровотечения также не может быть рекомендована, так как введение тампона может лишь уси-

лить схватки, отслойку плаценты и кровотечение; кроме того, тампонада влагалища весьма опасна в смысле инфекции.

Итак, необходимо было госпитализировать больную не 10/III, а 20/II 1955 г., т. е. при первом же появлении кровянистых выделений. В родильном доме каждая такая беременная должна быть немедленно тщательно обследована (в том числе осмотр с помощью зеркал и влагалищное исследование).

Какова должна быть терапия?

1. Разрыв плодных оболочек.
2. Метрейриз.
3. Кожно-головные щипцы по Уилту-Иванову.
4. Поворот по Брекстон-Гиксу.
5. Кесарево сечение.

Состояние анемизации и продолжающееся кровотечение требуют применения срочных мер для прекращения дальнейшей кровопотери. Что касается выбора вмешательства, то, принимая во внимание нормальные размеры таза и недоношенную беременность, врач решил произвести вскрытие плодных оболочек и отказаться от всех других перечисленных выше вмешательств. По его словам, он был убежден, что небольшая головка недоношенного плода после вскрытия оболочек быстро опустится в полость малого таза, что и приведет к остановке кровотечения.

Исходя из этого, дежурный врач во время влагалищного исследования вскрыл плодные оболочки. Схватки после отхождения вод не усилились, и кровотечение продолжалось. Через час состояние роженицы ухудшилось; пульс 100 ударов в минуту, значительная бледность кожных покровов. Артериальное давление 100/60 мм. Срочно вызван заведующий отделением. При консультативном осмотре в 18 часов роженица бледна; пульс 100 ударов в минуту, среднего наполнения. Из влагалища кровянистые выделения. Схватки через 12—15 минут, по 20—30 секунд, слабые. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту, ритмичное. Кровопотеря около 600 мл. Влагалищное исследование. Во влагалище сгустки крови; шейка сглажена; раскрытие зева на три пальца; над областью внутреннего зева определяется небольшой участок губчатой ткани; головка небольшая, над входом в таз.

Диагноз. Преждевременные роды на IX месяце. Частичное предлежание плаценты. Прогрессирующая постгеморрагическая анемия.

Почему кровотечение не прекратилось после вскрытия плодных оболочек и допустил ли дежурный врач ошибку при выборе метода терапии?

Да, несомненно была допущена серьезная ошибка, так как врач не учел, что родовая деятельность была выражена слабо — схватки редкие и короткие. Недоучет этого обстоятельства повел к неправильному выбору вмешательства, так как можно ожидать остановки кровотечения после вскрытия оболочек лишь при наличии сильных, регулярных схваток. Вторая ошибка, которую допустил дежурный врач, — не были приняты меры борьбы с анемией (переливание крови).

Итак, в результате допущенных ошибок состояние анемизации у роженицы прогрессировало.

Какие могут быть приняты срочные меры для остановки кровотечения и борьбы с анемией?

Для остановки кровотечения могут быть применены: переливание крови и одна из следующих операций.

1. Наложение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову.
2. Поворот по Брекстон-Гиксу.
3. Метрейриз.
4. Кесарево сечение.

Ввиду значительной анемии переливание крови (не менее 500—600 мл) необходимо произвести немедленно. Что касается указанных выше операций, то при операции метрейриза (внутриамниально) кровотечение, как правило, останавливается; эта операция весьма проста по технике выполнения; мертворождаемость при ней меньше, чем после поворота по Брекстон-Гиксу.

Применение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову оправдало себя во многих случаях частичного предлежания плаценты. Однако применение этого метода у К-вой нельзя признать целесообразным, так как у нее резкая анемия, родовая деятельность слабая и головка плода небольшая; все это не создает уверенности в быстрой остановке кровотечения.

Поворот по Брекстон-Гиксу применяется в настоящее время крайне редко — при глубокой недоношенности, маложизнеспособном или мертвом плоде и невозможности произвести более простую операцию, например, метрейриз. Кроме того, операция эта весьма сложна и сопряжена

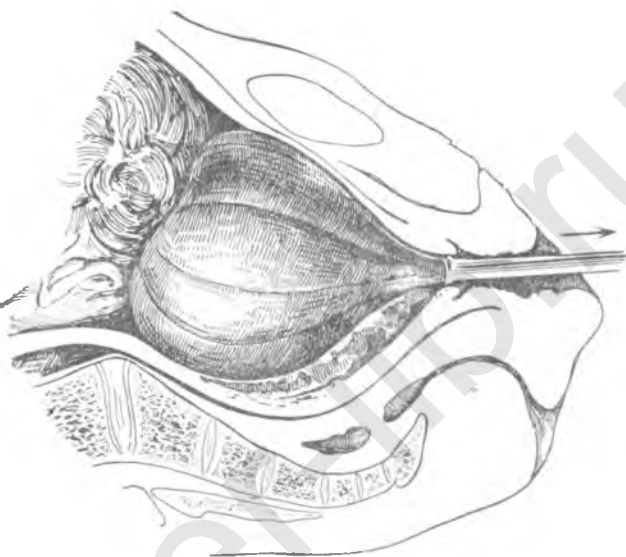


Рис. 19. Метрейриз при предлежании плаценты.

с опасностью разрыва матки; прогноз для плода крайне неблагоприятен: мертворождаемость превышает 90%. Исходя из этих соображений, операция поворота была также отвергнута.

Операция влагалищного кесарева сечения по поводу предлежания плаценты имела раньше сторонников, главным образом среди немецких авторов [Дэдерлейн (Döderlein), Байш (Baisch)]. Однако в последние годы подобное вмешательство отвергается огромным большинством акушеров, так как оно сопряжено с опасностью больших повреждений и имеет неблагоприятный исход для плода.

Абдоминальное кесарево сечение нередко применяется при предлежании плаценты, так как позволяет извлечь большей частью живой плод и ведет к прекращению маточного кровотечения. Однако серьезным возражением против применения кесарева сечения у К-вой являются следующие обстоятельства: 1) наличие ускорения сердцебиения плода до 150 ударов в минуту, что можно оценивать как признак начинающейся асфиксии; 2) недоношенность.

Итак, было решено произвести переливание крови и наиболее простую и вместе с тем эффективную операцию метрейриза. При предлежании плаценты и целых плодных оболочках необходимо до введения метрейринтера разорвать их; экстраамниальное введение баллона может лишь усилить кровотечение (отслойка, а не прижатие плаценты).

В 18 часов 15 минут перелито 500 мл одногруппной крови. Одновременно широкими плоскими зеркалами раскрыто влагалище и настойкой йода продезинфицированы

края зева. Передняя губа захвачена щипцами Мюзо, подъемник удален и изогнутым корнцангом введен в матку сигарообразно сложенный метрейринтер. С помощью шприца Жанне баллон наполнен 400 мл стерильного физиологического раствора (емкость и целостность метрейринтера заранее проверены); на трубку метрейринтера наложен зажим; зеркало удалено. К трубке подвешен (через блок) груз 400 г (рис. 19).

Схватки через несколько минут усилились; кровотечение прекратилось. Артериальное давление повысилось до 120/70 мм.

20 часов 20 минут. Начались потуги, родился метрейринтер.

20 часов 30 минут. Родился плод весом 2500 г, в синей асфиксии. Оживлен по Соколову — Легенченко через 3 минуты. В третьем периоде родов, через 10 минут после рождения плода, началось кровотечение. Признаков отделения последа не было. Ввиду опасности дальнейшей кровопотери срочно произведено ручное отделение последа. Послед размером $20 \times 15 \times 3$ см с добавочными дольками. Кровопотеря 250 мл. Внутримышечно вприснут 1 мл эрготина и подкожно 1 мл питуитрина. Пузырь со льдом на низ живота. Ввиду бледности роженицы, учащения пульса до 110 ударов в минуту и снижения артериального давления до 90/60 мм произведено повторное переливание 400 мл однокрупной крови. Родильница находилась под наблюдением в родовом блоке в течение 3 часов; матка хорошо сократилась.

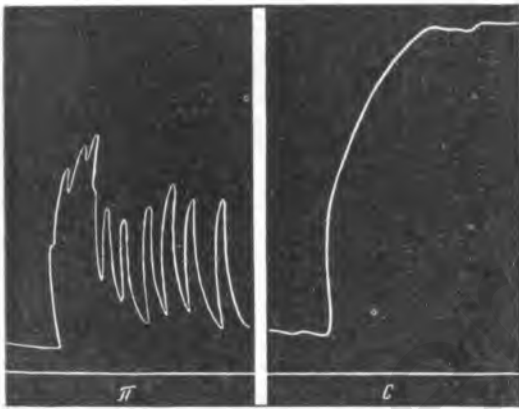


Рис. 20. Действие питуитрина (П) и препарата из спорыньи (С) на сократительную деятельность изолированной матки.

Одновременное введение питуитрина и эрготина целесообразно по следующим причинам: введение питуитрина быстро вызывает сильные ритмичные сокращения матки, однако эффект питуитрина кратковременный. Введение эрготина ведет к стойкому спастическому сокращению матки, хотя этот эффект проявляется не столь быстро, как после введения питуитрина (рис. 20).

Необходимость повторных оперативных вмешательств у анемизированной вследствие предлежания плаценты роженицы создает большую угрозу послеродовых инфекционных осложнений.

В послеродовом периоде в первые 3 суток профилактически был назначен сульфодимезин (по 3 г в сутки).

Кровь 12/III: Нб 8 г% (48 единиц), эр. 2 800 000, пойкило- и анизоцитоз. Произведено третье переливание 250 мл однокрупной крови. Ввиду слабости матери и недоношенности ребенка родильница выписана с ребенком только на 14-й день (24/III). Выдана справка в женскую консультацию, что К-ва ввиду патологических родов (и недоношенности ребенка) нуждается в дополнительном отпуске после родов.

Эпикриз

К-ва. Преждевременные роды на IX месяце. Частичное предлежание плаценты. Ошибочное ведение беременной врачом женской консультации — назначение постельного режима в домашних условиях, средств, повышающих свертываемость крови. Повторное кровотечение, анемизация. Госпитализация в родильный дом. Выбор неэффективного при слабых схватках вмешательства — вскрытия плодного пузыря. Ввиду продолжающегося кровотечения и слабости родовой деятельности — метрейризм. Переливание крови. Рождение плода в асфиксии, оживление. Кровотечение в третьем периоде родов. Ручное отделение последа. По-

вторное переливание крови. Профилактическое применение сульфаниламидов в послеродовом периоде. Родильница с ребенком выписана на 14-й день. Дополнительный отпуск по поводу патологических родов.

Преждевременные роды на IX акушерском месяце.

Частичное предлежание плаценты.

Кожно-головные щипцы по Уилту-Иванову

Я-ва, 34 лет, поступила в отделение патологии беременности 20/II 1956 г. в 13 часов по поводу незначительных кровянистых выделений из влагалища, которые возникли 3 часа назад на 38-й неделе беременности (подозрение на предлежание плаценты).

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью, взрослой — повторно ангиной, гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 3 недели, по 4 дня, неболезненные. После замужества характер их не изменился. Последняя менструация с 1 по 4/VII 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 24 лет. Мужу 34 года, здоров. Последнее половое сношение было 3 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность шестая. Первая, вторая и третья беременности закончились срочными нормальными родами; дети живы; последние роды были в 1950 г. Четвертая и пятая беременности закончились искусственным криминальным абортom; после второго аборта (в 1954 г.) находилась в больнице 20 дней, было лихорадочное состояние.

Течение настоящей беременности. Чувствовала себя удовлетворительно. 20/II утром внезапно появились незначительные кровянистые выделения из влагалища. Беременная обратилась в женскую консультацию, откуда немедленно была направлена в родильный дом с диагнозом «подозрение на предлежание плаценты».

Общее и акушерское обследование. При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 125/80 мм. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не обнаружено.

Живот выпукло-овальной формы; окружность 95 см. Дно матки на 30 см выше лона; схваток не отмечается. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка подвижна над входом в таз. Обращает на себя внимание, что при пальпации головки справа между ней и исследующей рукой неясно определяется какая-то пастозность. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Кровянистые выделения из влагалища в очень незначительном количестве. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см.

Какой диагноз?

1. Беременность сроком 38 недель. Предлежание плаценты.
2. Беременность сроком 38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Беременность сроком 38 недель. Рак шейки матки.
4. Беременность сроком 38 недель. Разрыв варикозно расширенной вены влагалища.

Беременная была срочно направлена из женской консультации с подозрением на предлежание плаценты. Однако кровянистые выделения весьма незначительны, общее самочувствие вполне удовлетворительное и схваток не отмечается.

Принимая во внимание все эти обстоятельства, надо ли произвести немедленно более детальное обследование беременной, т. е. осмотр с помощью зеркал и влагалищное исследование, или же отказаться от них ввиду опасности усиления кровотечения и невозможности окончательно установить предлежание плаценты при закрытом зеве и оставить беременную под тщательным наблюдением?

Тактика отказа от немедленного тщательного обследования не может быть оправдана, так как никогда нельзя предвидеть, когда возникнет массивное кровотечение; известно также, что родовая деятельность при предлежании плаценты может развиваться незаметно, и возможно, что и в данный момент имеется сглаживание шейки матки и раскрытие

зев, позволяющие диагностировать предлежание плаценты и форму его. Кроме того, осмотр с помощью зеркал помогает исключить (или, наоборот, подтвердить) такие заболевания, как рак шейки матки, полип шейки, разрыв варикозно расширенной вены.

В каждом подобном случае необходимо в условиях стационара немедленное тщательное обследование.

13 часов 30 минут. Беременная взята в операционную. Осмотр с помощью зеркал. Никаких патологических изменений со стороны шейки матки и влагалища не обнаружено. Из наружного зева в очень незначительном количестве кровянистые выделения. Влагалищное исследование. Во влагалище рожавшей женщины: шейка матки не укорочена; наружный зев в виде поперечной щели, пропускает ногтевую фалангу пальца. Высоко через свод определяется подвижная головка. Мыс не достигается.

Кровь: Нб 10 г% (60 единиц), эр. 4 000 000, л. 7800.

Какой диагноз?

1. Беременность сроком 38 недель. Предлежание плаценты.
2. Беременность сроком 38 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

При исследовании мы исключили подозрение на рак шейки матки и разрыв варикозно расширенной вены. Диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты также может быть отвергнут, так как нет важных характерных признаков: боли в животе, нарушения сердцебиения плода и, наконец, осложнения беременности токсикозом. В то же время данные анамнеза, указывающие на перенесенное септическое заболевание (в 1954 г.), внезапное появление кровянистых выделений и наличие пастозности при пальпации головки с большой долей вероятности указывают на предлежание плаценты. Форма предлежания не может быть еще определена, так как зев закрыт. Итак, сейчас мы ставим лишь предварительный диагноз: предлежание плаценты.

С целью диагностики предлежания плаценты предложен [Юде (Ude), Уэтум (Uetum) и Урнер (J. A. Urner, 1934), М. А. Телал] метод рентгеновезикографии. Метод состоит в наполнении мочевого пузыря 40—100 мл контрастной жидкости (12,5% раствор йодистого натрия) и последующей рентгенографии. При наличии предлежания плаценты пространство между предлежащей частью и вогнутостью мочевого пузыря шире (больше 2 см), чем при нормальном расположении плаценты (0,6—1 см). Метод не нашел широкого применения, так как данные исследования не всегда убедительны, особенно при тазовом предлежании плода; метод неприменим также при подвижной головке или поперечном положении плода.

Как вести беременную?

1. Показано кесарево сечение, так как в каждом случае предлежания плаценты может внезапно возникнуть массивное кровотечение.
2. Показан метрейриз после предварительного расширения шейки с помощью металлических расширителей Гегара.
3. Показано выжидание, тщательное наблюдение. Выбор вмешательства произвести в дальнейшем в зависимости от течения беременности (родов) и состояния больной.

Рассмотрим эти предложения.

Кесарево сечение действительно является весьма эффективным вмешательством при предлежании плаценты. Однако необходимо учитывать, что это крупная операция, представляющая и в современных условиях известную опасность для матери. Поэтому показания к кесареву сечению возникают: а) при полном предлежании плаценты; б) при частичном предлежании и наличии выраженной реакции со стороны

роженницы (изменение общего состояния, артериального давления), а также невозможности срочной остановки кровотечения путем применения влагалищного вмешательства. В данный момент состояние беременной удовлетворительное, кровянистые выделения незначительны и, следовательно, нет показаний ни к срочному вмешательству, ни тем более к выбору такого сложного оперативного вмешательства, как кесарево сечение. Нет оснований и для применения метрейриза, так как мертворождаемость при этой операции очень высока (свыше 50%).

Наиболее обоснованным следует считать третье предложение — оставить беременную под тщательным наблюдением и решить вопрос о вмешательстве в зависимости от дальнейшего течения беременности.

В течение 3 последующих суток (21, 22, 23/II) состояние Я-вой оставалось удовлетворительным; кровянистые выделения из влагалища с 21/II прекратились. В ночь с 23 на 24/II начались редкие, слабые схватки (через 20 минут, по 15—20 секунд) и вновь появились кровянистые выделения. В 1 час ночи 24/II кровотечение усилилось, из влагалища выделилось около 100 мл крови. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/75 мм. Головка плода ограниченно подвижна над входом в таз.

Ввиду возобновления кровотечения мысль о предлежании плаценты находит подтверждение; безусловно показано немедленное влагалищное исследование и принятие мер для остановки кровотечения, так как с усилением родовой деятельности кровотечение может увеличиться.

Здесь уместно напомнить, что если кровотечение из влагалища возникает сразу же после отхождения вод, то причиной его может быть так называемое *insertio funiculi umbilicalis velamentosa*. При этой патологии сосуды пупочного канатика частично проходят по оболочкам и один из них разрывается во время отхождения вод и вскрытия оболочек. В подобных случаях плод теряет кровь, его сердцебиение резко изменяется, и он обычно погибает. При осмотре оболочек родившегося последа находят разорванный сосуд, а мертвый плод чрезвычайно бледен (обескровлен). Так как у Я-вой воды не отходили, то у нас нет оснований подозревать эту редкую причину кровотечения.

24/II, 1 час 20 минут. Роженица взята в операционную. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие зева на два поперечных пальца, плодные оболочки целы; во входе в таз прижата головка; сагиттальный шов в поперечном разрезе входа в малый таз. Малый родничок слева; справа над зевом определяется участок губчатой ткани.

Диагноз: первый период родов. Затылочное предлежание. Частичное предлежание плаценты.

Кровь: Hb 9 г% (54 единицы), эр. 2 900 000, незначительный анизо- и пойкилоцитоз.

Таким образом, у больной установлены явления анемизации.

Какая терапия?

1. Вскрытие плодных оболочек.
2. Вскрытие плодных оболочек. Метрейриз.
3. Вскрытие плодных оболочек. Наложение кожно-головных щипцов.
4. Вскрытие плодных оболочек, поворот по Брекстон-Гиксу.
5. Кесарево сечение.

Разберем эти предложения. Вскрытие плодных оболочек может быть весьма эффективным вмешательством при частичном предлежании плаценты и наличии регулярных, энергичных схваток. У Я-вой схватки редкие, слабые; следовательно, нельзя рассчитывать на поло-

жительный эффект разрыва оболочек. Введение метрейринтера — также весьма эффективная операция, однако результаты ее весьма неблагоприятны для плода — мертворождаемость превышает 50%. Исходя из этого, мы стремимся выбрать другую операцию, менее опасную для плода. Предложение сделать поворот по Брекстон-Гиксу мы отвергаем, так как эта операция грозит опасностью травмы (разрыв матки) и влечет за собой свыше 90% мертворождаемости. Кесарево сечение дает весьма хорошие результаты для плода, однако это серьезная и небезопасная для матери операция.

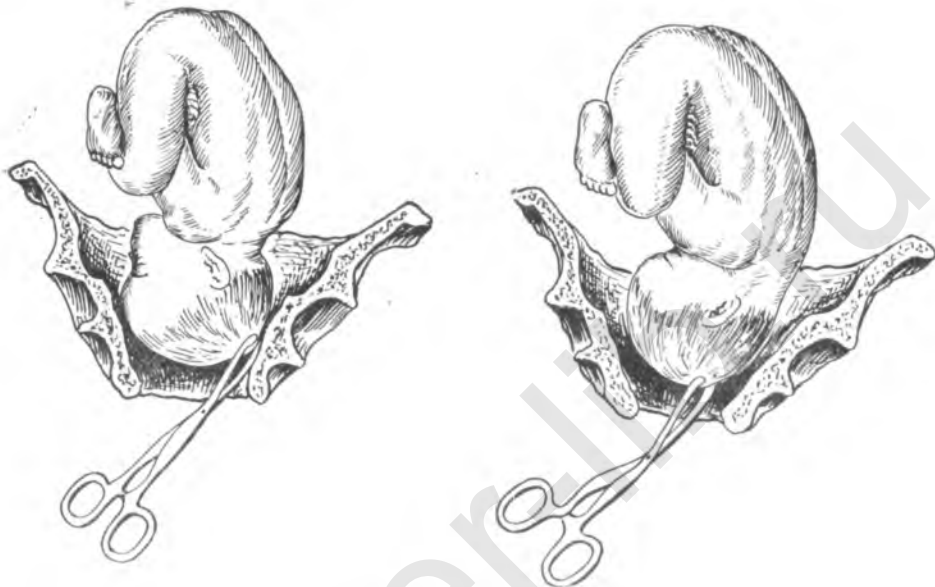


Рис. 21. Кожно-головные щипцы наложены на область малого родничка (слева), головка согнулась (справа).

Отвергнув все перечисленные выше операции, мы решили применить кожно-головные щипцы по Уилту-Иванову. По сборной статистике Я. И. Русина (1944), среди 365 случаев применения кожно-головных щипцов в 270 они были использованы при предлежании плаценты. По данным того же автора, среди больных с частичным предлежанием плаценты, у которых были применены кожно-головные щипцы, материнской смертности не наблюдалось, а мертворождаемость была 7,4%.

У Я-вой вскрыты плодные оболочки и введены зеркала; под контролем зрения на складку кожного покрова головки (ближе к малому родничку) двузубцы Дуайена; зеркала удалены (рис. 21). Желательно, чтобы захватывание головки проводилось с учетом механизма родов и проводной точки. Роженица перенесена на кровать, и к рукоятке щипцов подвешен (через блок у ножного конца кровати) груз 400 г. Вскоре схватки усилились, кровотечение прекратилось. Сердцебиение плода ясное, 128 ударов в минуту.

Для захватывания кожного покрова головки были предложены различные инструменты. Так, Уилт (Willet, 1925) предложил щипцы, концы которых представляют собой небольшие площадки; на одной из них — зубчики, а на второй — соответствующие отверстия. Гаусс (Gauss, 1931) предложил щипцы, концы которых представляют собой квадратные площадки с двумя острыми шипами; щипцы имеют тазовую кривизну и металлическую петлю у замка, к которой прикрепляется шнур. Этот шнур перекидывается через блок у ножного конца кровати и к нему

подвешивается груз 500 г. Щипцы с площадками (Гаусса) сильно сдавливают кожную складку головки и могут привести к некротизации. А. А. Иванов (1932) применил щипцы Мюзо (при мертвом плоде и первичной слабости родовой деятельности). Другие авторы (С. Н. Привезенцева, 1954) предлагали применять тупоконечные двузубы.

Пулевые щипцы легко прорывают кожу головки, соскакивают и оставляют рваную рану; применение их нецелесообразно. Лучше применять щипцы Дуайена или тупоконечные щипцы Мюзо. Направление тракций через блок должно соответствовать высоте стояния головки по отношению к классическим плоскостям таза. Если головка во входе в таз, то влечение следует производить книзу и резко кзади, если в полости малого таза, — то книзу и кзади, и если на тазовом дне, — то книзу.

24/II, 2 часа 30 минут. Схватки через 5—6 минут, по 30—40 секунд; головка малым сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, кровотечения нет.

24/II, 4 часа. Начались потуги, через 6—7 минут, по 40—50 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, кровотечения нет. Щипцы с головки сняты.

24/II, 4 часа 45 минут. Родился плод женского пола, весом 2700 г, без асфиксии, в переднем виде затылочного предлежания. На головке два небольших точечных отверстия после наложения щипцов; эти места смазаны йодной настойкой, наложена асептическая повязка.

24/II, 5 часов 15 минут. Самостоятельно выделился послед по Шульце, без дефектов. Кровотечения в третьем периоде родов не было. Профилактически введен 1 мл эрготина; пузырь со льдом на живот. Самочувствие хорошее. Артериальное давление 120/80 мм. Родильница оставлена под наблюдением в родовом блоке.

В 9 часов родильница переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период без осложнений. Я-ва выписана с ребенком на 12-й день после родов.

Эпикриз

У Я-вой на 38-й неделе беременности внезапно появились кровянистые выделения из влагалища. Врач женской консультации правильно заподозрил предлежание плаценты и, учтя опасность этой патологии, немедленно госпитализировал беременную. В стационаре диагноз подтвержден путем осмотра с помощью зеркал, влагалищного исследования, а также наружной пальпации. Ввиду незначительных кровянистых выделений решено выжидать. Через 3 суток начались роды и вновь появилось кровотечение. Влагалищное исследование. Раскрытие зева на два поперечных пальца и частичное предлежание плаценты. Ввиду слабости родовой деятельности произведено вскрытие плодных оболочек и наложены кожно-головные щипцы по Уилту-Иванову. Схватки усилились. Головка плода опустилась в малый таз. Кровотечение остановилось. Через 3 часа 25 минут родился живой плод. Послед отошел самостоятельно. Послеродовой период без осложнений. Я-ва выписана на 12-й день после родов со здоровым ребенком.

Преждевременные роды на IX акушерском месяце.

Частичное предлежание плаценты. Поворот по Брекстон-Гиксу.

Извлечение плода. Разрыв матки. Смерть от кровотечения

В комиссию родовспоможения при облздравотделе поступила копия истории родов И-вой, 38 лет, умершей во время родов 20/VI 1939 г. в участковой больнице. Вызванный на заседание врач этой больницы сообщил следующие подробности.

Анамнез. В детстве болела скарлатиной, корью, коклюшем, взрослой — сыпным тифом, пневмонией.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 3 недели, по 4 дня, неболезненные, необильные. Последняя менструация с 27 по 30/IX 1938 г.

Половая функция. Половая жизнь с 28 лет. Мужу 39 лет, здоров. Последнее половое сношение было месяц тому назад.

Генеративная функция. Беременностей было восемь: 5 родов, 3 аборта. Четверо родов прошли без осложнений; из детей жив один; остальные умерли в возрасте 10 месяцев, 2 и 4 лет от детских инфекционных заболеваний. Пятая, шестая и седьмая беременности закончились абортами; пятая и шестая — самопроизвольными, седьмая — криминальным; после этого аборта 2 недели лежала в больнице, было лихорадочное состояние.

Течение настоящей беременности. Во время беременности чувствовала себя удовлетворительно. Под наблюдением акушерки колхозного родильного дома не находилась. 15/VI, на 37-й неделе беременности, внезапно появились в значительном количестве кровянистые выделения из влагалища; через день они возобновились и понемногу продолжались до 20/VI. В этот день начались схватки, кровотечение усилилось. Роженица в 14 часов была доставлена в участковую больницу.

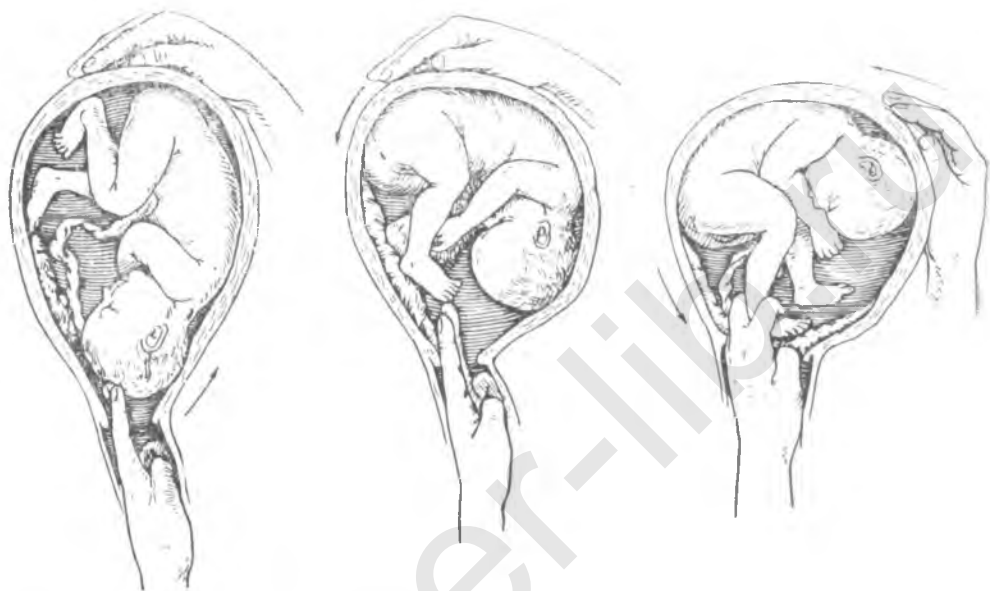


Рис. 22. Поворот по Брекстон-Гиксу (3 момента операции: отодвигание головки, захватывание ножки, собственно поворот).

Общее и акушерское обследование. При осмотре отмечена бледность кожных покровов. Пульс 90 ударов в минуту. Температура 36,4°. Рост 158 см, вес 74 кг. Артериальное давление не было измерено. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное. Схватки через 12—15 минут, по 20—30 секунд. Из влагалища обильное кровотечение. Влагалищное исследование в 14 часов 15 минут. Во влагалище сгустки крови; шейка матки сглажена, раскрытие зева на три поперечных пальца, плодные оболочки целы; слева и впереди определяется небольшой участок губчатой ткани (плацента); головка высоко над входом в таз.

Диагноз: преждевременные роды на 38-й неделе. Частичное предлежание плаценты. Головное предлежание плода.

Принимая во внимание обильное кровотечение при частичном предлежании плаценты и недоношенную беременность, врач решил остановить кровотечение путем поворота по Брекстон-Гиксу.

В 14 часов 30 минут под эфирным наркозом врач произвел разрыв плодных оболочек, левой рукой отодвинув влево головку, и затем с помощью наружной руки захватил ножку плода; после этого произведен собственно поворот (рис. 22): правой (наружной) рукой головка плода отодвинута ко дну матки, а левой (внутренней) рукой ножка низведена во влагалище и, наконец, выведена из половой щели до уровня подколенной ямки. Операция, по словам врача, была технически трудной. Кровотечение немедленно остановилось, так как тазовый конец плода прижал плаценту.

В 15 часов врач установил, что сердцебиение плода замедлилось до 90 ударов в минуту, что указывало на асфиксию. С целью спасения жизни плода врач произвел форсированное извлечение за ножку; последующая головка ущемилась и плод извлечен мертвым. Сразу же после извлечения возникло массивное кровотечение, и через 15 минут наступила смерть.

Аутопсия. Разрыв шейки и тела матки. Забрюшинная гематома. Смерть от анемии.

Были ли допущены ошибки в ведении беременности и родов?

При обсуждении неблагоприятно закончившихся родов был выявлен ряд серьезных упущений и ошибок.

Первое упущение заключается в том, что И-ва не была под наблюдением акушерки колхозного родильного дома; в результате этого она не знала об опасности кровотечения (хотя бы и незначительного) во время беременности и не обращалась за медицинской помощью в течение 5 дней после начала кровотечения. При своевременном (сразу же после возникновения кровотечения) выявлении такого осложнения показана была срочная госпитализация беременной в районную больницу, где есть условия для производства не только влагалищных акушерских операций, но и чревосечения.

При осмотре после поступления роженицы в больницу участковый врач правильно диагностировал частичное предлежание плаценты и счел показанным принятие срочных мер для остановки кровотечения. Правильно ли был сделан выбор операции поворота по Брекстон-Гиксу? Эта операция действительно ведет к безусловной остановке кровотечения, так как плод «садится верхом» на собственную плаценту. Однако результаты поворота для плода крайне неблагоприятны. Кроме того, эта операция весьма сложна и сопряжена с опасностью разрыва матки. Проще сделать операцию метрейриза или наложить кожно-головные шипцы; обе операции весьма эффективны. В настоящее время операцию поворота по Брекстон-Гиксу применяют весьма редко: при мертвом или глубоко недоношенном плоде.

Итак, врач произвел операцию поворота при неполном раскрытии зева и остановил кровотечение. Если бы он воздержался от дальнейших вмешательств и помнил правило, сформулированное еще Н. Н. Феноменовым¹: «разрывайте пузырь, низводите ножку и не торопитесь извлекать», то роды закончились бы самостоятельно, без травмы матери. Кроме того, необходимо было произвести переливание крови или крове-замещающих средств. Попытка же спасти плод путем извлечения его за ножку при неполном раскрытии зева является большой ошибкой и влечет за собой смертельную опасность для матери; плод также, как правило, гибнет, так как последующая головка ущемляется.

Эпикриз

У И-вой, повторнобеременной, на IX месяце беременности возникло кровотечение. Отсутствие медицинского наблюдения привело к тому, что больная госпитализирована лишь через 5 дней после начала кровотечения. Диагностировано частичное предлежание плаценты. Комбинированный поворот при неполном раскрытии зева. Кровотечение остановилось. При симптомах внутриутробной асфиксии плода врач допускает опасную ошибку — производит форсированное извлечение плода за ножку. Ввиду неподготовленности родовых путей происходит разрыв матки, извлекается мертвый плод. Смерть роженицы от кровотечения.

¹ Н. Н. Феноменов. Оперативное акушерство. СПб, 1910, стр. 155.

Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Полное предлежание плаценты. Кесарево сечение

А-ян, 30 лет, обратилась в женскую консультацию 20/V 1955 г. по поводу значительных кровянистых выделений, появившихся у нее на 32-й неделе беременности.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве болела скарлатиной, инфекционным паротитом; взрослой не болела.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 3 недели, по 4—5 дней, неболезненные, обильные. Последняя менструация с 17 по 21/X 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 22 лет. Мужу 30 лет, здоров. Последнее половое сношение было 7 дней тому назад.

Генеративная функция. Беременность шестая. Первые четыре беременности закончились нормальными родами; последние роды были в 1952 г. Трое детей живы; один ребенок умер в возрасте 10 месяцев. Пятая беременность закончилась самопроизвольным абортom на 10-й неделе беременности; после аборта лежала в больнице 2 недели; была субфебрильная температура.

Течение настоящей беременности. Беременность проходила без осложнений. 20/V внезапно появились незначительные кровянистые выделения. Врач женской консультации, к которому обратилась беременная, заподозрил предлежание плаценты и немедленно госпитализировал беременную в отделение патологии беременности родильного дома.

Общее и акушерское обследование. При поступлении состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 120/80 мм. Кожные покровы и слизистые оболочки нормальной окраски. Матка овоидной формы; дно ее на 28 см выше лона. Окружность живота 80 см. Плод во втором продольном положении; головка подвижна над входом в таз; слева она пальпируется хуже, между головкой и исследующей рукой акушера находится как бы мягкая прокладка. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, справа ниже пупка. Из влагалища незначительные кровянистые выделения.

Ввиду подозрения на предлежание плаценты произведено влагалищное исследование (в операционной)¹ и осмотр с помощью зеркал. Со стороны влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено; наружный маточный зев пропускает кончик пальца; высоко над входом в таз неясно пальпируется головка.

Диагноз: беременность сроком 32 недели, головное предлежание, предлежание плаценты (?).

Беременной назначен строгий постельный режим, наблюдение. С 21 до 25/V кровянистых выделений не было, 26—27/V вновь были незначительные кровянистые выделения, затем они прекратились до 10/VI. При повторном исследовании крови явлений анемизации не установлено. 8 и 9/VI А-ян очень настойчиво требовала выписать ее, так как чувствовала себя удовлетворительно, кровянистых выделений не было. После повторной беседы с палатным врачом А-ян согласилась остаться в родильном доме.

10/VI в 20 часов внезапно возникло очень обильное кровотечение. Дежурный врач установил, что беременная резко побледнела. Пульс участился до 120 ударов в минуту. Артериальное давление 80/55 мм, головокружение, резкая слабость. Сердцебиение плода не прослушивается. Больная срочно переведена в операционную. Влагалищное исследование. Влагалище выполнено сгустками крови; шейка матки слегка сглажена; канал шейки пропускает полтора поперечных пальца, выше внутреннего зева пальпируется губчатая ткань; оболочки не определяются.

Диагноз: беременность сроком 34 недели. Предлежание плаценты (полное), анемия.

Какова терапия?

1. Ввиду смерти плода надо произвести влагалищную операцию — «пройти» пальцем через плаценту и сделать поворот плода на ножку по Брекстон-Гиксу. Срочно произвести переливание крови.

2. Отслоить плаценту, с одной стороны дойти до оболочек, разорвать их и сделать поворот по Брекстон-Гиксу. Срочно произвести переливание крови.

¹ Исследование подобных больных следует производить в операционной (а не в смотровой) ввиду возможности массивного кровотечения и необходимости срочного оперативного вмешательства.

3. Произвести абдоминальное кесарево сечение. Срочное переливание крови.

Все три предложения имеют одну общую черту — они исходят из того, что внезапно возникшее обильное кровотечение и явления резкой анемизации больной требуют принятия срочных мер для остановки кровотечения и борьбы с анемией. Как глубоко был прав палатный врач, убедив женщину в необходимости остаться под наблюдением в родильном доме! В домашних условиях при внезапном, очень обильном кровотечении больная могла погибнуть раньше, чем ее доставили бы в родильный дом и успели произвести операцию.

Что касается выбора операции, то мы сразу же отвергаем предложение о повороте по Брекстон-Гиксу, так как он сопряжен с большой опасностью новой кровопотери; особенно опасна была бы попытка отслоить плаценту и найти оболочки, а затем, вскрыв их, сделать поворот. Единственный способ спасти больную (не считаясь с тем, что плод погиб) при столь массивном кровотечении и неподготовленных родовых путях — абдоминальное кесарево сечение. Ведь при предлежании плаценты создается порочный круг: с одной стороны, роды невозможны без раскрытия родового канала, с другой — сглаживание шейки матки и раскрытие зева ведет к отслойке плаценты, прогрессирующей кровопотере и опасной для жизни анемизации. Производство кесарева сечения разрывает этот порочный круг: плод и послед удаляются через операционный разрез, дальнейшая родовая деятельность и сглаживание шейки матки прекращаются. Большое преимущество кесарева сечения заключается также в возможности производства операции независимо от степени подготовленности родовых путей.

Итак, больную срочно готовят к кесареву сечению; одновременно производится переливание 600 мл крови.

По какому способу целесообразнее сделать кесарево сечение?

В настоящее время выбор может быть сделан между следующими способами операции: корпоральное или классическое кесарево сечение, ретровезикальное кесарево сечение (в нижнем маточном сегменте), кесарево сечение с поперечным вскрытием матки и, наконец, так называемое низкое кесарево сечение (*section caésarienne basse*) французских авторов [Брендо (Brindeau)]. Наиболее часто при предлежании плаценты производится корпоральное кесарево сечение. Так, по данным К. Н. Жмакина, Я. Н. Волкова, М. М. Репиной (1947—1951), Т. М. Гуровской (1943—1958), при предлежании плаценты этот способ операции наиболее часто применяется в родильных домах Москвы. Преимущество корпорального кесарева сечения: простота, свободный доступ к матке, хороший обзор операционного поля. Недостатки операции: весьма высокий процент осложнений непосредственно после операции (излитие вод в брюшную полость, спайки в брюшной полости, несовершенное заживление раны), в дальнейшем — болевые ощущения, разрыв матки по рубцу. Мы считаем, что ввиду простоты и доступности выполнения (для начинающего хирурга) применение корпорального кесарева сечения при предлежании плаценты следует считать возможным.

Ретровезикальное кесарево сечение по Дэдерлейн-Кренигу представляется весьма сложным вмешательством, особенно при несглаженной шейке матки. Исходя из этого, производство подобной операции при предлежании плаценты нельзя признать целесообразным.

Операция кесарева сечения с поперечным вскрытием матки [по Дэрфлеру (Dörfler)] в модификации Занченко-Гусакова также не может быть рекомендована при предлежании плаценты. Отрицательные стороны подобного метода (особенно при не сглаженной еще шейке матки):

возможность разрыва краев раны при растяжении ее пальцами, недостаточные размеры операционного отверстия, что создает затруднения при извлечении плода и вынуждает иногда к производству дополнительного разреза стенки матки кверху.

Низкое кесарево сечение французских авторов представляется весьма удобной и технической не сложной операцией. Операция состоит из четырех моментов: 1) рассечение передней брюшной стенки; 2) рассечение висцеральной брюшины и матки; 3) извлечение плода и последа; 4) зашивание матки и передней брюшной стенки.

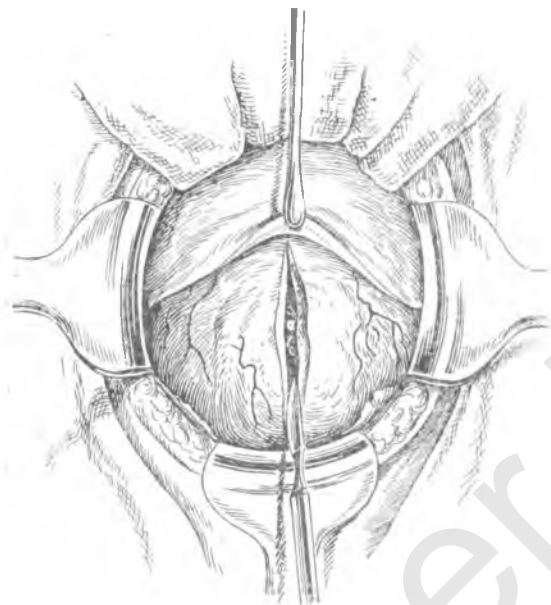


Рис. 23. Матка вскрыта в нижнем сегменте.

предлежит плацента (*placenta praevia caesarea*), то ее надо быстро отслоить рукой и извлечь плод. Послед удаляют потягиванием за пупочный канатик, а при затруднении — отслаивают его рукой. Большой кюреткой выскабливают стенки матки. В матку впрыскивают 1 мл питуитрина. Нижний и верхний углы раны матки захватывают пулевыми щипцами и, потягивая за ручки щипцов, сближают края разреза матки; накладывают в два этажа узловатые швы за края разреза (мышечно-мышечные); слизистая оболочка не прокалывается. Способ перитонизации раны (в два слоя) показан на рис. 24 и 25.

Итак, мы решили произвести низкое кесарево сечение. В результате переливания крови артериальное давление к началу операции поднялось до 100/70 мм.

10/VI 20 часов 30 минут. После вскрытия брюшной полости и матки извлечен мертвый плод мужского пола весом 2200 г. Рукой отслоен послед; в стенку матки введен 1 мл питуитрина; внутримышечно (в бедро) введен 1 мл эрготина. Послойное зашивание матки и брюшной стенки. К концу операции перелито еще 250 мл одногруппной крови. Артериальное давление 110/75 мм. Пульс 110 ударов в минуту, среднего наполнения.

Родильница оставлена в течение 3 часов под наблюдением в родовом блоке с целью контроля за общим состоянием и сокращением матки. Назначен (в течение первых 3 суток) сульфодимезин по 4 г в сутки (профилактически).

¹ Подобная операция может быть названа *Sectio caesarea abdominalis isthmico-corporalis*.

Послеродовой период без осложнений. Кровь 14/VI: Hb 8 г⁰/₁₀₀ (48 единиц), эр. 4 000 000, анизо- и пойкилоцитоз; цветной показатель 0,5. Со стороны белой крови особых отклонений не установлено. Ввиду анемии произведено переливание 250 мл одногруппной крови.

Родильница выписана 24/VI 1955 г. Выдана справка о необходимости дополнительного отпуска (на 14 дней) после родов. Назначен прием железа с соляной кислотой и витамином С (Acidi ascorbinici 0,05, Sacchari 0,3. По 1 порошку 3 раза в день).



Рис. 24. Перитонизация места разреза матки (первый слой).

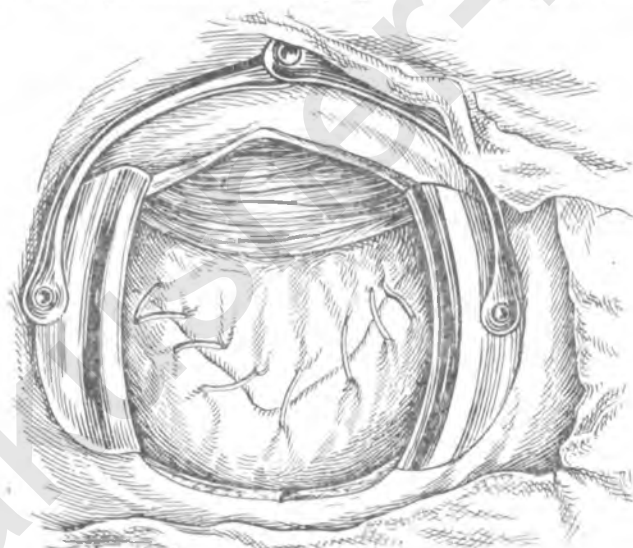


Рис. 25. Перитонизация места разреза матки (второй слой).

При вскрытии умершего во время родов ребенка установлена недоношенность, асфиксия.

Каковы литературные данные о результатах терапии при предлежании плаценты и, в частности, при кесаревом сечении?

Опубликованы многочисленные статистики по этим вопросам, однако сравнение их представляет серьезные трудности, так как, во-первых, они относятся к различным периодам времени, во-вторых, нет согласованности во взглядах на определение формы предлежания плаценты

и, наконец, во многих случаях авторы не приводят более детальных показаний к производству кесарева сечения или одной из влагалищных операций.

В табл. 9 представлены некоторые данные о терапии при предлежании плаценты с указанием основных методов и периода времени, в который были собраны наблюдения.

Таблица 9

Материнская смертность и мертворождаемость при предлежании плаценты

| Автор | Годы | Число наблюдений | Родоразрешение | | | Материнская смертность | Мертворождаемость |
|---|-----------|------------------|------------------------------|----------------------|------------------|------------------------|-------------------|
| | | | влагалищное самопроизвольное | влагалищные операции | кесарево сечение | | |
| | | | | | | | в % |
| Е. И. Поволоцкая, | 1908—1923 | 107 | 11 | 96 | — | 2,85 | 57,7 |
| В. В. Строганов (ЦНАГИ) | | | | | | | |
| А. Д. Аловский (родильный дом имени Снегирева) | 1936—1945 | 506 | 15 | 410 | 81 | 3,56 | 56,7 |
| Р. М. Осповат (Хабаровск, акушерско-гинекологическая клиника) | 1936—1940 | 220 | 38 | 121 | 53 | 2,72 | — |
| Ф. П. Патушинская (Воронеж, акушерско-гинекологическая клиника) | 1933—1938 | 107 | ? | ? | ? | 13 | — |
| Ф. П. Патушинская (там же) | 1945—1955 | 214 | ? | ? | 142 | 1,4 | — |

Можно ли, анализируя данные табл. 9, сделать заключение об обоснованности значительного расширения показаний к кесареву сечению при предлежании плаценты? Нет, подобный вывод является необоснованным. Материалы, опубликованные Е. И. Поволоцкой и В. В. Строгановым, а в дальнейшем Р. М. Осповат и А. Д. Аловским, свидетельствуют, что некоторое расширение показаний к кесареву сечению не повлекло за собой резкого улучшения результатов лечения предлежания плаценты. Так, по данным Е. И. Поволоцкой и В. В. Строганова, материнская смертность при применении лишь влагалищных операций составляла 2,85%. При расширении показаний к кесареву сечению (по А. Д. Аловскому — до 16%, по Р. М. Осповат — до 25%) процент материнской смертности равнялся соответственно 3,56 и 2,72. По данным Ф. П. Патушинской за 1933—1938 гг., материнская смертность была весьма высокой (13%). Конечно, исход для плода значительно лучше при кесаревом сечении, чем при влагалищных операциях.

Вместе с тем надо учесть, что в значительном проценте случаев (до 60) роды при предлежании плаценты наступают преждевременно; часть плодов погибает от внутриутробной асфиксии до того, как удастся произвести родоразрешение. Обращает на себя внимание низкий (по сравнению с данными других авторов) процент материнской смертности (1,4) от предлежания плаценты в Воронежской акушерско-гинекологической клинике за последние 10 лет (1945—1955). Анализируя результаты той же клиники за 1933—1938 гг., Ф. П. Патушинская пишет, что «клиника прибегала к трансфузии крови только в исключительных случаях, обычно после родоразрешения»; между тем в 1946—1955 гг. гемотрансфузия применялась весьма широко — из 214 больных с предлежанием плаценты переливание крови было произведено 144 (185 переливаний). Ф. П. Патушинская приходит к выводу, что «своевременная гемотрансфузия и кесарево сечение под местной инфильтрационной

анестезией безусловно снижают летальность при предлежании детского места».

Резюмируя литературные данные и наш личный опыт, мы считаем, что снижение числа предлежаний плаценты, а также дальнейшее улучшение результатов терапии может быть достигнуто:

- 1) путем усиления борьбы с абортами;
- 2) своевременным и настойчивым лечением гинекологических больных с воспалительными заболеваниями и инфантилизмом;
- 3) систематическим наблюдением каждой беременной;
- 4) систематической санитарно-просветительной работой среди женщин;
- 5) патронажем всех беременных, получивших отпуск по беременности;
- 6) немедленной госпитализацией каждой беременной, у которой появились кровянистые выделения из влагалища;
- 7) тщательным обследованием (при поступлении), включая определение артериального давления, исследование крови, осмотр с помощью зеркал, влагалищное исследование каждой беременной, поступающей с жалобой на кровянистые выделения;
- 8) повторным переливанием крови при предлежании плаценты как во время беременности, так и во время родов и в послеродовом периоде;
- 9) срочным вмешательством при повторной кровопотере и нарастающей анемизации.

Абдоминальное кесарево сечение безусловно показано при предлежании плаценты в случае: а) полного предлежания плаценты; б) при любой форме предлежания плаценты (как полной, так и частичной), наличии выраженной реакции со стороны роженицы (изменение общего состояния, артериального давления) и невозможности срочной остановки кровотечения путем применения влагалищного вмешательства. Ввиду опасности кровотечения для жизни матери операция кесарева сечения может быть у подобных больных произведена не только при живом доношенном, но и при мертвом недоношенном плоде.

Эпикриз

А-ян, повторнородящая, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на кровянистые выделения из влагалища при беременности сроком 32 недели. При обследовании заподозрено предлежание плаценты. Во время пребывания в родильном доме — повторное появление кровянистых выделений. Через 3 недели, 10/VI 1955 г., сильное кровотечение. Диагностировано полное предлежание плаценты. Внутриутробная смерть (от асфиксии) плода. Низкое абдоминальное кесарево сечение. Повторное переливание крови до, во время и после операции. Нормальное течение послеродового периода.

Срочные роды. Нефропатия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутриутробная асфиксия плода.

Акушерские щипцы

А-ва, 32 лет, поступила в акушерско-гинекологическую клинику 20/XII 1955 г. в 10 часов по поводу родовых схваток.

Анамнез. В детстве не болела, взрослой болела малярией, пневмонией.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 3 недели, по 3—4 дня, необильные, безболезненные. Последняя менструация с 13 по 16/III 1955 г. Половая функция. Половая жизнь с 22 лет. Мужу 32 года, здоров.

Генеративная функция. Было две беременности: первая закончилась срочными родами в 1948 г., вторая — в 1952 г.; роды без осложнений; дети живы.

Течение настоящей беременности. Беременность первые месяцы протекала без осложнений, в последние 2 недели появились отеки на ногах и лице. В женской консультации последний раз была 7 недель тому назад, когда получила отпуск по беременности. Схватки начались 20/XII в 8 часов; воды не отходили.

Общее и акушерское обследование. Самочувствие роженицы при поступлении удовлетворительное. Отеки на лице и ногах. Температура 36,6°. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 140/90 мм. Рост 155 см. Вес 76 кг. Моча: удельный вес 1025, белка 1‰; в осадке единичные гиалиновые цилиндры.

Плод в первом продольном положении, головном предлежании, головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 8—10 минут, по 30—40 секунд, средней силы. Окружность живота 105 см. Высота дна матки над лоном 34 см. Длина плода (по Альфельду) 50 см. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см. Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена, раскрытие зева на полтора поперечных пальца, плодный пузырь цел, высоко предлежит головка над входом в таз. Мыс не достигается; деформаций таза нет.

Диагноз: срочные роды; первый период родов. Головное предлежание плода. Нефропатия.

Ввиду наличия нефропатии назначена бессолевая диета; тщательное наблюдение за роженицей; повторное (через 3—4 часа) определение артериального давления.

Как недостаток работы женской консультации следует отметить, что А-ва не была под наблюдением врача со времени получения отпуска по беременности, не посещала женскую консультацию и не была патронирована.

20/XII, 12 часов. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 140/95 мм. Схватки через 5—7 минут, по 40—50 секунд. Головка малым сегментом во входе в таз, воды не отходили. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное.

13 часов. Начались потуги через 5—6 минут, по 50—60 секунд. Головка большим сегментом во входе в малый таз; в небольшом количестве отошли воды, окрашенные кровью. Сердцебиение плода 160 ударов в минуту, аритмичное. Роженица жалуется на боли внизу живота, больше слева. Пальпация матки в этом месте болезненна.

Что произошло?

Учащение сердцебиения плода (в промежутке между потугами) является признаком внутриутробной асфиксии плода. Причины асфиксии весьма многообразны. Наиболее часто она возникает вследствие:

- 1) выпадения пупочного канатика;
- 2) преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты;
- 3) обвития пуповины вокруг шеи или туловища плода;
- 4) предлежания плаценты.

Какое же из этих осложнений у А-вой?

Для того чтобы уточнить диагноз и решить вопрос о терапии, необходимо срочно произвести влагалищное исследование и повторно проверить сердцебиение плода.

Роженице назначено вдыхание кислорода, введено внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы и внутримышечно 1 мл 10% раствора кардиазола (по А. П. Николаеву).

Влагалищное исследование. Шейка сглажена; полное раскрытие маточного зева; плацентарная ткань или пупочный канатик не определяется. Сакральный шов в правом косом размере; малый родничок слева и спереди, большой — не достигается. Спинальные ости легко достигаются; спереди пальпируется лишь нижняя треть задней поверхности лонного сочленения.

Во время влагалищного исследования акушерка сообщила, что сердцебиение плода замедлилось до 90 ударов в минуту. Пульс у роженицы участился до 100 ударов в минуту. Артериальное давление снизилось до 110/70 мм. Появилась бледность кожных покровов, легкое головокружение.

Диагноз: второй период родов. Головка в широкой части полости малого таза. Нефропатия. Внутриутробная асфиксия плода. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Постгеморрагическая анемия.

Что касается причины асфиксии, то при влагалищном исследовании мы исключили такие осложнения, как предлежание плаценты (против этого говорит и отсутствие кровотечения в первом периоде родов) и выпадение пупочного канатика. Возникновение кровотечения в момент отхождения вод может быть и при так называемом оболочечном прикреплении пуповины, когда сосуды пупочного канатика разрываются во время вскрытия оболочек. Однако при этом у роженицы не бывает болей внизу живота, болезненности матки при пальпации ее, головокружения. Принимая во внимание наличие у роженицы нефропатии, возникновение болей в животе и явления анемизации, следует прийти к выводу, что наиболее вероятной причиной внутриутробной асфиксии плода является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Так как асфиксия плода прогрессирует (сердцебиение замедлилось до 90 ударов в минуту), то с целью спасения его жизни и борьбы с дальнейшей анемизацией матери показано срочное родоразрешение.

13 часов 10 минут. Ввиду наличия соответствующих условий решено произвести операцию маложения полостных щипцов. Щипцы Симпсон-Брауна наложены в левом косом размере таза. Левая ложка введена в левую половину таза, ближе к крестцу, правая — после введения перемещена кпереди, ближе к лону. Щипцы замкнуты. После пробной тракции приступлено к собственно тракциям. Вначале тракция производилась книзу и кзади; при опускании на тазовое дно толвка повернулась в щипцах сагиттальным швом в прямой размер выхода из малого таза; малый родничок под лоном. Затем сделана тракция щипцов прямо книзу (на лицо акушера, сидящего перед роженицей) до выведения затылочного бугра из-под лонного сочленения. После этого акушер встал справа от роженицы и, левой рукой приподнимая рукоятки щипцов кпереди и защищая промежность правой рукой, совершил разгибание головки и вывел над промежностью лобные бугры и личико; щипцы сняты. После внутреннего поворота плечиков осторожно извлечен плод мужского пола в состоянии белой асфиксии. Погружен в ванночку с водой температурой 40°. Слизь из трахеи и верхних отделов бронхов отсосана с помощью трахеального катетера (нелатоновский катетер № 11). Через 7 минут ребенок начал дышать.

Послед вышел через 3 минуты после рождения плода и вместе с ним отошло много сгустков крови; при осмотре материнской поверхности плаценты в ряде участков обнаружены сгустки крови и белые инфаркты. Таким образом, диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты был подтвержден. Матка мягкая; из влагалища умеренное кровотечение. Роженица потеряла (с учетом сгустков крови, вышедших с последом) около 500 мл крови. Артериальное давление 100/65 мм. Пульс 90 ударов в минуту. Осмотрена шейка матки (с помощью зеркал), влагалище, промежность. Нарушений их целостности не обнаружено.

Диагноз: гипотоническое кровотечение.

Произведен массаж матки; на живот положен пузырь со льдом; дана 1 таблетка (0,02 г) прегаптола, врыснуто в вену 50 мл 40% глюкозы, введено подкожно 300 мл 50% глюкозы. Введение питуитрина противопоказано ввиду наличия нефропатии и повышенного артериального давления. Самочувствие роженицы улучшилось: пульс ритмичный, 90 ударов в минуту, артериальное давление 110/70 мм. Матка хорошо сократилась, кровотечение из влагалища прекратилось. Роженица в течение 3 часов находилась в родовом блоке под наблюдением.

Как часто встречается, каковы причины и симптоматология преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты?

Статистические данные различных авторов о частоте преждевременной отслойки плаценты весьма противоречивы. Так, по данным Р. В. Кипарского, эта патология возникла в 0,26% родов, по Е. И. Поволоцкой, — в 0,18%. По сборной статистике (на 568736 родов)

Г. Г. Гентера, преждевременная отслойка плаценты была установлена в 0,12% родов. В действительности эта патология встречается, вероятно, значительно чаще, так как учитываются лишь те случаи, которые дают ярко выраженные симптомы.

В нормальных условиях плацента прикрепляется в теле матки, на передней или задней ее стенке. Растяжение нижнего сегмента в процессе беременности и формирования плодместилища не нарушает прикрепления плаценты. С началом родовых схваток плацента подвергается давлению со стороны как стенок матки, так и околоплодных вод и плода, однако ввиду губчатого строения она не отслаивается, а лишь сдавливается. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может возникнуть лишь при патологических условиях. К таким условиям относятся изменения в матке воспалительного и дистрофического характера, наиболее ярко выраженные в *decidua serotina*, появление хрупкости сосудов и тромбоза их, афибриногенемия, кровоизлияния в межворсинчатые пространства и перераспределение массы крови у беременной, физическая травма, нервные потрясения. И. И. Яковлев, например, так объясняет механизм возникновения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. При нервном потрясении, испуге происходит резкое симпатикотоническое сужение сосудов и одновременно парасимпатикотоническое расширение их в области, иннервируемой *splanchnicus*; кровь перемещается от кожных покровов и мускулатуры к органам брюшной полости, в том числе и к матке. Повышение нагрузки измененных сосудов ведет к их надрывам, кровоизлияниям в отпадающей оболочке и отслойке плаценты.

Важно отметить, что в тяжелых случаях кровоизлияния возникают не только в отпадающей оболочке, но и в мышечном и субсерозном слое, с перерастяжением и разрывом брюшинного покрова и кровоизлиянием в свободную брюшную полость, в клетчатку широкой маточной связки, стенку трубы, строму яичника. Подобные изменения дали основание называть это заболевание маточно-плацентарной апоплексией. Изменения стенок сосудов наиболее часто возникают при нефрите и токсикозах беременности. Механические причины преждевременной отслойки плаценты — травма, короткая пуповина, запоздалое вскрытие плодного пузыря, быстрое опорожнение матки при изгнании первого плода из двойни, судорожные сокращения матки при узком тазе, запущенном поперечном положении плода — встречаются значительно реже. Г. Г. Гентеру (1913) удалось установить причину преждевременной отслойки плаценты лишь в 32 из 87 случаев: заболевание почек было обнаружено 16 раз, короткость пуповины — 3 раза, многоводие — 3 раза, поперечное положение плода — 3 раза, травма — 2 раза, геморрагический диатез — 2 раза, двурогая матка — 1 раз, двойня — 2 раза. В большинстве случаев этиология заболевания не была установлена.

Преждевременная отслойка плаценты может произойти во время беременности или родов (как в первом, так и во втором периоде).

Симптоматология заболевания весьма разнообразна и зависит от того, на каком протяжении произошла отслойка. Если отслоился лишь небольшой участок плаценты, то не возникает никаких нарушений ни со стороны матери, ни со стороны плода; диагноз устанавливается ретроспективно, при осмотре плаценты; на материнской поверхности ее находят вдавление, заполненное сгустком крови. При отслойке плаценты на большом протяжении образуется ретроплацентарная гематома. Если кровь отслаивает периферические участки плаценты и оболочки, то она дальше проходит через шейку матки во влагалище, и

возникает наружное кровотечение. В других случаях, несмотря на большие размеры ретроплацентарной гематомы, наружного кровотечения не возникает. В тяжелых случаях можно констатировать весьма характерные симптомы: 1) острое возникновение резких болей в животе, чувство «распирания живота» при отсутствии регулярных схваток; 2) резкое напряжение матки, иногда асимметричное выпячивание отдельных ее участков; 3) быструю гибель плода; 4) резко прогрессирующую анемизацию беременной при отсутствии значительного наружного кровотечения.

В характерных случаях диагноз не представляет больших затруднений.

Терапия зависит от особенностей течения заболевания. Прогноз в тяжелых случаях крайне неблагоприятен для плода и очень серьезен для матери.

В 16 часов родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период без осложнений. Диурез резко положительный. Лохии в первые 3 дня кровянистые, в умеренном количестве. У ребенка приступы асфиксии не повторялись; приложен к груди матери с третьих суток после рождения.

При исследовании мочи на 5-й день после родов обнаружены лишь следы белка. Отеки прошли. Артериальное давление 120/80 мм.

На 10-й день после родов самочувствие родильницы удовлетворительное, матка хорошо сократилась; лохии серозные; патологических изменений со стороны мочи не обнаружено. Артериальное давление 120/80 мм. Ребенок хорошо берет грудь.

На 12-й день после родов родильница выписана со здоровым ребенком.

Эпикриз

А-ва, повторнородящая, поступила по поводу схваток; явления нефропатии в течение последних 2 недель (отеки, небольшое повышение артериального давления, патологические изменения в моче). Роды решено вести консервативно, под тщательным наблюдением. Во втором периоде родов быстро развились явления внутриутробной асфиксии плода; у роженицы появились боли в животе и явления анемизации. Сочетание этих симптомов, данных влагалищного исследования (исключено предлежание плаценты и выпадение пупочного канатика) и наличие нефропатии привели к диагнозу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Для спасения жизни плода и прекращения кровотечения срочно произведена операция наложения полостных акушерских щипцов; извлечен плод в белой асфиксии; оживлен через 7 минут. Незначительное гипотоническое кровотечение в третьем периоде родов. Массаж матки, пузырь со льдом на живот, прегнантол, введение глюкозы. Нормальное течение послеродового периода; удовлетворительное развитие новорожденного.

Срочные роды. Чрезмерно короткая пуповина. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутриутробная смерть плода. Краниотомия

Б-ва, 30 лет, доставлена в родильный дом 20/IX 1953 г. в 9 часов по поводу родов.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину, взрослой болела ангиной, гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 18 лет, через 4 недели, по 3 дня, необильные, болезненные. После замужества стали более обильными и безболезненными. Последняя менструация с 13 по 15/XII 1952 г.

Половая функция. Половая жизнь с 27 лет. Мужу 32 года, здоров. Последнее половое сношение было 2 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность вторая. Первая беременность

была на втором году замужества (в 1951 г.), закончилась самопроизвольным абортom на 9-й неделе беременности, без осложнений.

Течение настоящей беременности. Во время беременности чувствовала себя удовлетворительно. Женскую консультацию посетила 10 раз. Последний раз была на приеме у врача неделю тому назад.

Общее и акушерское обследование. Общее состояние при поступлении в родильный дом удовлетворительное. Температура 36,5°. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 120/70 мм. Рост 155 см. Вес 76 кг. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Схватки начались 3 часа тому назад, возникают через 6—8 минут, по 30—40 секунд.

Плод во втором продольном положении, головном предлежании, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту, ясное, ритмичное, справа ниже пупка. Окружность живота 98 см. Длина плода (по Альфельду) 50 см. Высота дна матки над лоном 32 см. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см.

Влагалищное исследование. Шейка начинает сглаживаться, наружный маточный зев пропускает полтора поперечных пальца. Плодные оболочки целы, предлежит головка высоко над входом в таз. Мыс не достигается.

Диагноз: срочные роды. Пожилая первородящая. Первый период родов. Головное предлежание плода.

Принимая во внимание данные обследования, решено вести роды выжидательно. Необходимо следить за характером родовой деятельности (возможность первичной слабости), так как половое созревание наступило поздно (в 18 лет), первая беременность закончилась самопроизвольным абортom.

До 15 часов родовая деятельность развивалась удовлетворительно; схватки участились и возникли через 3—4 минуты, по 40—50 секунд. В 15 часов головка большим сегментом во входе в малый таз. Воды не отходили. При аускультации установлено, что сердцебиение плода участилось до 160 ударов в минуту, ритмичное.

Начинается асфиксия плода.

Какие причины могли вызвать асфиксию плода?

Причины внутриутробной асфиксии плода крайне разнообразны.

1. Предлежание плаценты.
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
3. Обвитие пуповины вокруг шеи плода.

Какая же из этих трех основных причин имеет место у Б-вой? Для того чтобы выяснить это, необходимо срочно произвести влагалищное исследование; в то же время нужно сразу же повести борьбу с наступающей асфиксией плода (вдыхание матерью кислорода, инъекция в вену 50 мл 40% раствора глюкозы и 1 мл 10% коразола).

15 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена. Раскрытие зева полное; предлежит головка; плодный пузырь резко наполняется во время схватки. Сагиттальный шов в левом косом размере; малый родничок справа и слегка впереди, большой — не достигается; плацента и пупочный канатик не определяются. Спереди определяется нижняя и средняя треть задней поверхности лона, к мысу подойти не удается. Легко прощупываются обе седалищные ости и две нижние трети крестцовой впадины. Дежурный акушер, закончив влагалищное исследование, установил, что сердцебиение плода исчезло.

Какой диагноз?

1. Конец первого периода родов, внутриутробная смерть плода. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
2. Конец первого периода родов. Тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Внутриутробная смерть плода.
3. Предлежание плаценты. Внутриутробная смерть плода.

Выше мы указывали три наиболее частые причины асфиксии. Какая же из них имеет место в данном случае? Предлежание плаценты мы отвергли, так как нет и не было с начала родовой деятельности кровотечения из влагалища; ткань плаценты не определяется. Исключить

две другие причины асфиксии плода (отслойку плаценты, обвитие пуповины) в настоящее время не представляется возможным. Надо, однако, отметить, что при обвитии пуповины явления асфиксии могут нарастать постепенно и выражаться также в появлении глухих тонов, аритмии. Несчастье произошло — плод погиб.

Как вести роды дальше?

1. Выжидательно; плод родится самопроизвольно.
2. Сделать перфорацию головки; не извлекать плод краниокластом.
3. Сделать краниотомию (т. е. перфорировать головку плода, разрушить и удалить мозг и извлечь плод с помощью краниокласта).

Как видите, нормальные роды весьма быстро перешли в патологические, и сделано три различных предложения о методе окончания этих родов. Какой же метод мы выберем? Рассмотрим каждое из предложений. Первое предложение — вести роды консервативно — как будто является наиболее обоснованным; ведь мы сразу же после поступления Б-вой решили вести роды выжидательно; к тому же родовая деятельность развивается удовлетворительно.

Однако против подобного предложения есть известные возражения:

а) Б-ва — старая первородящая; во время изгнания плода может произойти травма влагалища и промежности;

б) мы не знаем точно причины гибели плода и не исключили диагноз преждевременной отслойки плаценты; при консервативной тактике размеры ретроплацентарной гематомы могут увеличиваться.

Итак, выбор консервативного метода ведения родов нельзя признать ни достаточно бережным, ни отвечающим требованиям гуманности. Мы считаем, что лучше прибегнуть к оперативному родоразрешению и сократить таким образом длительность периода изгнания, а также уменьшить опасность травмы родовых путей матери. Единственной операцией, которая может быть предложена при смерти плода в головном предлежании, является краниотомия.

Произвести типичную операцию краниотомии и извлечь плод после перфорации головки с помощью краниокласта или же допустить самопроизвольное родоразрешение? Предложение сделать типичную краниотомию является более обоснованным, так как в процессе родов возможно прогрессирование внутриматочного кровотечения. Перфорация головки плода без последующего извлечения плода краниокластом кажется нам менее обоснованной. При уменьшении головки плода опасность травмы родовых путей матери при извлечении плода краниокластом невелика.

15 часов 30 минут. Под эфирным наркозом (для уменьшения психической травмы роженицы, а также с целью обезболивания такой манипуляции, как введение широких плоских зеркал Дуайена) перфоратором Феноменова произведена перфорация головки плода и ложкой Феноменова разрушен и удален мозг. При этом мы выполнили два основных правила Н. Н. Феноменова: 1) произвели операцию под контролем зрения, т. е. после введения широких плоских зеркал, 2) фиксировали головку через влагалище, захватив кожу волосистого покрова головы 2 двузубцами. Прободение головки сделано после того, как кожа ее, захваченная двумя щипцами, была рассечена ножницами. Извлечен с помощью краниокласта мертвый плод женского пола весом (без мозга) 3000 г. Травмы родовых путей не произошло.

15 часов 50 минут. Вышел послед, вместе с ним выделилось много сгустков крови, частично фиксированных к материнской поверхности плаценты. Кровопотеря 600 мл. Длина пуповины 25 см. Матка хорошо сократилась. Кровянистые выделения в незначительном количестве. На живот положен пузырь со льдом.

Быстрое отделение и выделение последа с большим количеством сгустков крови (до 600 мл) позволяет нам говорить о преждевременной отслойке плаценты: причиной этой отслойки и, следовательно, гибели плода является необычно короткая пуповина (25 см). Продви-

жение плода в полость таза при очень короткой пуповине и повело (к концу первого периода родов) к отслойке плаценты.

19 часов. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период без осложнений, 29/IX Б-ва выписана из родильного дома.

Приведенное наблюдение показывает, что даже при значительной отслойке плаценты могут иногда отсутствовать какие-либо жалобы со стороны роженицы.

Эпикриз

Б-ва, пожилая первородящая, поступила в родильный дом по поводу срочных родов. Родовая деятельность развивалась удовлетворительно. В конце первого периода родов внезапно наступила внутриутробная смерть плода. С целью предотвращения травмы родовых путей у пожилой первородящей при родах мертвым плодом сделана операция краниотомии. Извлечен мертвый плод. Быстрое рождение последа с большим количеством сгустков крови; чрезмерно короткая пуповина как причина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кесарево сечение. Надвлагалищная ампутация матки

А-ва, 38 лет, беременная, доставлена в акушерскую клинику 19/XII 1949 г. в 12 часов в крайне тяжелом состоянии.

Анамнез. Замужем 18 лет. Было трое родов, срочных, без осложнений; четвертая беременность (в 1946 г.) закончилась искусственным криминальным абортom; после аборта лежала в больнице 4 недели, было лихорадочное состояние.

Течение настоящей беременности. Последняя менструация с 28 по 30/IV 1949 г. Чувствовала себя удовлетворительно до начала декабря, когда заметила нарастающие отеки. В женской консультации была 2 месяца тому назад, не патронировалась. 19/XII в 10 часов почувствовала боли в животе; постепенно эти боли нарастали, а затем появилось небольшое кровотечение из влагалища. Машинной скорой помощи доставлена в клинику.

Общее и акушерское обследование. При осмотре обращает на себя внимание резкая бледность кожных покровов и слизистых оболочек; лицо отечно, покрыто потом, губы бледные, с синюшным оттенком, одышка, пульс 110 ударов в минуту, нитевидный. Артериальное давление 90/40 мм. Температура 35,6°. Беременная громко стонет, жалуется на резкие, нестерпимые боли в животе, как будто «что-то распирает живот». При осмотре живота обнаружено, что он вздут; матка резко напряжена, плотной консистенции; дно ее почти под мечевидным отростком; определить наличие плода в матке или вне ее не удается ввиду резкого напряжения матки и болезненности palpации; сокращение матки не определяется, левое ребро матки несколько больше выпячено, чем правое. Из влагалища в незначительном количестве кровянистые выделения. Значительные отеки на ногах.

Срочное исследование мочи: удельный вес 1020, белка 2%; в осадке гиалиновые цилиндры, 1—2 в поле зрения.

Влагалищное исследование. Шейка не сглажена, наружный зев пропускает один палец; плодный пузырь с трудом достигается, резко напряжен; высоко над входом в таз неясно определяется головка.

Какая патология?

1. Самопроизвольный разрыв матки во время беременности.
2. Предлежание плаценты.
3. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Нефропатия.

Крайне тяжелое состояние больной, наличие явлений резкой анемии, нестерпимые, распирающие боли в животе действительно говорят

об остром заболевании, носящем характер катастрофы. Однако похожи ли отмеченные симптомы на разрыв матки? Нет, не похожи. Против диагноза «разрыв матки» говорит следующее. Боли в животе не утихают, а, наоборот, нарастают и вот уже 2 часа имеют нестерпимый характер. При разрыве же матки боли могут быть очень острыми, но непродолжительными и сменяются состоянием шока и резкой анемии. Против диагноза разрыва матки говорят также данные пальпации живота — стенки его резко напряжены, но все же удается контурировать матку продольно-овальной формы; левое ребро ее несколько выпячено по сравнению с правым. При полном разрыве матки и выхождении плода в брюшную полость обычно обращают на себя внимание следующие данные пальпации: по срединной линии живота или в сторону от нее определяется плотное, овоидной формы тело, верхний полюс которого находится приблизительно на уровне пупка или немного ниже его; рядом с ним очень ясно определяются мелкие части плода. Таким образом, данные анамнеза (упорные, нарастающие боли в животе) и пальпации живота говорят против диагноза разрыва матки.

Предлежание плаценты может обусловить очень тяжелое состояние больной, вплоть до смертельного исхода. Однако обращают на себя внимание два обстоятельства, которые противоречат мысли о предлежании плаценты: 1) резкое несоответствие между крайне тяжелым состоянием больной и незначительным наружным кровотечением; 2) наличие острых болей в животе, которые не утихают, а, наоборот, значительно нарастают после начала заболевания.

Таким образом, мы имеем достаточные основания отвергнуть и диагноз предлежания плаценты.

Основываясь на наличии явлений нефропатии, внезапности заболевания, появлении острых болей в животе, которые больная характеризует как «распирающие», на резком напряжении и асимметричной форме матки (левое ребро матки выпячивается) и отсутствии сердцебиения плода, мы можем поставить диагноз: беременность сроком 36 недель, нефропатия, преждевременное отделение нормально расположенной плаценты. Так как состояние больной весьма тяжелое, а боли носят нестерпимый характер, то нам кажется уместным назвать заболевание термином, имеющим более широкое значение: маточно-плацентарная апоплексия. Под термином «aroplexies utéro-placentaires» Кувелер (Couvellaire) понимает такое заболевание, при котором возникает не только ретроплацентарная гематома, но и кровоизлияния в стенку матки и под брюшину с возможным нарушением ее целостности, кровоизлияния в свободную брюшную полость и клетчатку широких маточных связок.

Какой должна быть терапия?

1. Разрыв плодных оболочек.
2. Пальцевое или инструментальное расширение шейки матки, введение метрейринтера.
3. Расширение шейки матки, поворот плода по Брекстон-Гиксу.
4. Влагалищное кесарево сечение.
5. Абдоминальное кесарево сечение.
6. Абдоминальное кесарево сечение и ампутация матки (операция Порро).

Все эти предложения основаны на правильной мысли, что крайне тяжелое состояние больной ставит перед врачом вопрос о необходимости неотложной, срочной помощи. Какое же из этих предложений является наиболее обоснованным? Разрыв плодных оболочек технически может быть осуществлен, так как у многорожавшей женщины легко

пройти одним пальцем в канал шейки матки. Однако может ли подобное вмешательство помочь больной — приостановить дальнейшую кровопотерю? Конечно, нет, и поэтому мы отвергнем это предложение.

Второе предложение — расширить шейку пальцем (а затем двумя) или металлическими расширителями до № 20—21 и затем ввести (разорвав плодные оболочки) в полость матки метрейринтер — преследует цель вызвать с помощью баллона родовые схватки и подготовить родовые пути для последующего поворота на ножку, а может быть, и извлечения плода. Однако известно, что операция метрейриза, произведенная с целью вызывания родовой деятельности, далеко не всегда является эффективной. Кроме того, клинический опыт учит, что расширение шейки матки с помощью метрейринтера достигается не за 1—2 часа, а за много часов (12 и больше). Состояние же больной настолько грозно, что она нуждается в операции, которая в наиболее короткий срок позволила бы опорожнить матку и остановить кровотечение. Итак, операцию метрейриза необходимо отвергнуть. Все сказанное относится и к предложению произвести расширение шейки матки и поворот по Брекстон-Гиксу.

Предложение произвести операцию влагалищного кесарева сечения на первый взгляд кажется весьма целесообразным: матка будет быстро опорожнена и можно будет приступить к энергичной борьбе с атонией ее и с постгеморрагической анемией. Однако против выбора операции влагалищного кесарева сечения говорит следующее: с помощью подобной операции действительно можно извлечь из матки плод, послед, удалить сгустки крови, но какая гарантия, что удастся справиться с атоническим кровотечением из резко измененной матки? Кроме того, необходимо учесть, что выше мы считали обоснованным характеризовать заболевание как маточно-плацентарную апоплексию по Кувелеру, т. е. множественные кровоизлияния во все слои стенки матки, а возможно, и в свободную брюшную полость и широкую маточную связку.

Если так оценивать заболевание и помнить о смертельно опасной атонии матки, то следует отказаться от мысли о влагалищном кесаревом сечении и срочно приступить к абдоминальному кесареву сечению. Учитывая возможность обширных кровоизлияний во все слои матки, вплоть до нарушения целостности стенок ее, следует быть готовым к тому, чтобы сразу же после опорожнения матки приступить к ампутации ее. Ампутация неопорожненной матки сложнее; экстирпацию матки у резко обескровленной, находящейся в состоянии шока больной также следует считать малообоснованной. К тому же мы не нашли никаких изменений в шейке матки, которые требовали бы ее удаления.

19/XII, 12 часов 40 минут. Под эфирным наркозом начата операция абдоминального кесарева сечения. При вскрытии брюшной полости в ней обнаружено около 150 мл жидкой крови со сгустками. На серозном покрове матки и в стенке ее во многих местах кровоизлияния, под брюшиной — довольно большие сгустки крови. При корпоральном разрезе матки обнаружено, что плацента полностью отделилась от стенки матки; удален мертвый плод (вес 1900 г) с последом и большое (около 1 кг) количество сгустков крови. На материнской поверхности плаценты много сгустков, инфаркты. На разрезе стенки матки видны кровоизлияния, расслаивающие мышечные пучки; такие же кровоизлияния имеются между листками широкой маточной связки. Ввиду резких изменений в стенке матки решено с целью предотвращения опасного атонического кровотечения из матки произвести ее ампутацию (без придатков). Матка выведена в брюшную рану; между зажимами пересечены круглые связки, трубы и собственные связки яичников справа и слева; наложены лигатуры на пересеченные связки и культю труб. Вскрыт передний листок широкой связки и рассечена пузырно-маточная складка брюшины; мочевой пузырь отделен книзу и защищен зеркалом Фритша. Рассечен задний листок широкой маточной связки; наложены зажимы, пересечены и лигированы восходящие ветви маточной артерии и маточные вены. Матка отсечена на уровне внутреннего маточного зева, на культю шейки матки наложены узловые

швы. Непрерывным кетгутовым швом рана перитонизирована путем сшивания листков висцеральной брюшины. Послойное зашивание раны брюшной стенки; асептическая повязка.

Во время операции перелито 250 мл одногруппной крови и 200 мл плазмы; 50 мл 40% раствора глюкозы введено в вену, 400 мл 5% глюкозы — под кожу; впрыснуто 3 мл 20% камфарного масла. Состояние после операции средней тяжести. Пульс 100 ударов в минуту. Артериальное давление 100/50 мм. Больная уложена в постель с приподнятыми ногами, грелки к голове и ногам; ноги забинтованы.

15 часов. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 110/60 мм. Больная самостоятельно помочилась (150 мл). Переведена в послеоперационную палату. Послеродовой период без осложнений. На 7-й день после операции сняты швы с брюшной стенки; заживление первичным натяжением. Кровь: Hb 8 г% (48 единиц), эр. 4 000 000, цветной показатель 0,5, л. 10 000; РОЭ 35 мм в час. Назначено железо с соляной кислотой и кальцием¹ и витамин С (по 300 мг в день).

5/1 1950 г. А-ва выписана домой под наблюдение женской консультации; рекомендовано продолжить прием железа, повторно исследовать кровь. Выдана справка о патологических родах с целью получения дополнительного отпуска.

В районную женскую консультацию направлена выписка из истории родов с рекомендацией разобрать на конференции врачей течение болезни и дефекты наблюдения А-вой.

При анализе истории родов А-вой возникает очень важный вопрос о способах борьбы с постгеморрагической анемией при токсикозе беременности и заболеваниях печени. Отказ от переливания крови подобным больным следует считать необоснованным. Однако его следует сочетать с введением (внутривенно, капельным способом) плазмы или сыворотки. При введении плазмы и сыворотки можно не считаться с групповой принадлежностью крови больной.

Эпикриз

А-ва, повторнобеременная, не находилась под наблюдением женской консультации в течение последних 2 месяцев и не патронировалась. Развилась нефропатия. На 36-й неделе беременности внезапно появились тяжелые клинические симптомы внутреннего кровотечения. Ввиду крайне тяжелого состояния больной и незначительного наружного кровотечения, резкой болезненности матки и асимметричной формы ее, смерти плода, а также симптомов токсикоза поставлен диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Родовой деятельности нет. Произведено абдоминальное кесарево сечение. Удалены мертвый плод, отслоившийся полностью послед и много сгустков крови. Так как в стенке матки, брюшине и широкой связке обнаружены множественные кровоизлияния, то решено произвести ампутацию матки (без придатков); оставление матки грозило смертельным атоническим кровотечением. Медленное выздоровление. Назначено противоанемическое лечение. Выдана справка о дополнительном отпуске.

¹ Пропись см. стр. 240.

ГЛАВА IX

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Срочные самопроизвольные роды. Разрыв шейки матки

Ю-ая, 25 лет, поступила в акушерскую клинику 24/VIII 1956 г., в 3 часа 25 минут по поводу преждевременного отхождения вод при беременности сроком 40 недель (воды отошли за 30 минут до поступления).

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной, гриппом, ангиной, в 22 года — гепатитом (каким, не знает). Условия быта и труда удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации начались с 15 лет, наступали через 4 недели, по 3 дня, безболезненные, необильные. После замужества тип менструаций не изменился. Последняя менструация с 15 по 17/XI 1955 г.

Половая функция. Замужем с 23 лет; гинекологических заболеваний не было. Мужу 28 лет, здоров.

Генеративная функция. Беременность первая; в первой ее половине неоднократно была рвота, вторая половина протекала без осложнений. Во время беременности дважды посетила акушерско-гинекологический кабинет медико-санитарной части; первый раз — при беременности сроком 6 недель, второй раз — 20/VI этого года. Психопрофилактическую подготовку к родам не проходила.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,4°. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски, отеков нет.

Органы кровообращения. Артериальное давление 110/70 мм. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный. Со стороны сердца патологических изменений не отмечено.

Органы дыхания. В легких везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Язык влажный; край печени не пальпируется. Стул регулярный.

Мочевые органы. Мочепускание несколько учащено, неболезненно.

Моча: удельный вес 1005, цвет соломенно-желтый; реакция кислая; белка незначительные следы, лейкоцитов 0—3 в поле зрения, цилиндров нет; соли — оксалаты.

Акушерское обследование. Живот выпукло-овальной формы. Окружность живота 103 см, высота дна матки над лоном 34 см. Плод в продольном положении, первой позиции, головном предлежании. Сердцебиение ясное, ритмичное, 120 ударов в минуту, слева ниже пупка; головка прижата ко входу в таз. Схваток при поступлении нет. Наружные половые органы развиты нормально. Из влагалища незначительные прозрачные выделения. Размеры таза 26, 30, 32, 21 см.

Диагноз: беременность сроком 40 недель. Первое продольное положение, головное предлежание.

Можем ли мы считать диагноз исчерпывающим и удовлетвориться данными анамнеза и наружного исследования? Нет, этого недостаточно, так как беременная указала, что 30 минут тому назад у нее начали отходить воды. Преждевременное отхождение вод (до начала родовой деятельности) является ненормальным и может повлечь за собой удлинение родового акта вследствие замедленного сглаживания шейки матки. Учитывая это, нам необходимо при помощи влагалищ-

ного исследования уточнить, действительно ли нарушена целость плодного пузыря.

24/VIII, 4 часа. Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки несколько сглажена; края зева толстые, раскрытие на один поперечный палец, плодные оболочки не определяются; предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Мыс не достигается; деформаций таза не определяется.

Диагноз: беременность сроком 40 недель. Первое продольное положение. Преждевременное отхождение вод. Первый период родов.

4 часа 15 минут. Появились схватки по 20—30 секунд, слабые. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное.

Принимая во внимание нормальные размеры таза и наличие родовой деятельности, решено вести роды выжидательно и не применять пока никаких средств для стимуляции родовой деятельности.

10 часов 30 минут. Родовая деятельность регулярная; схватки через 3—4 минуты, по 50—60 секунд, болезненные. Ввиду болезненности схваток введен 1 мл 2% раствора промедола. Болезненность схваток несколько уменьшилась.

12 часов. Начались потуги, через 7—8 минут, по 20—30 секунд.

15 часов 50 минут. Родился мальчик весом 3900 г, рост 54 см, окружность головки 37 см. Состояние ребенка удовлетворительное.

16 часов. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 110/70 мм. Признаков отделения последа нет, матка плотная; дно ее на уровне пупка, несколько отклонено вправо. Кровопотеря 250 мл.

Какой диагноз? Какова терапия?

1. Третий период родов. Отклонений от нормы нет. Показано наблюдение.

2. Третий период родов. Кровопотеря на грани патологической. Показано выжимание последа по Креде, при неуспехе — ручное отделение последа.

3. Третий период родов. Кровопотеря на грани патологической. Показано применение питуитрина с целью ускорения отделения последа. После выделения последа необходим контроль целости шейки матки и влагалища.

Разберем три указанных предложения. Состояние роженицы остается удовлетворительным — ни общий ее вид, ни пульс, ни уровень артериального давления не изменились; матка при пальпации плотная. Таким образом, быть может, правильно предложение не вмешиваться в течение третьего периода родов и выжидать самопроизвольного отделения последа? Нет, подобное предложение слишком консервативно, так как нельзя признать, что третий период родов протекает без осложнений: ведь роженица потеряла уже 250 мл крови. Перед нами встал вопрос о понятии и границах «физиологической кровопотери». Прежнее представление о «физиологической кровопотере» в третьем периоде родов, равнявшейся 500—600 мл (Э. Бумм, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский), в настоящее время отвергается большинством акушеров. Эти цифры являются чрезмерно высокими.

С другой стороны, мы не разделяем взгляда тех авторов, которые отвергают понятие «физиологической кровопотери» и считают, что кровопотеря в 100 мл является уже угрожающей. Мы полностью разделяем решение V Пленума Совета родовспоможения (1954), что кровопотеря в 250—300 мл является высшей границей, так называемой физиологической кровопотери.

Так как роженица потеряла уже 250 мл крови, то нельзя быть лишь наблюдателем, надо перейти к более активной тактике с целью предотвращения дальнейшей кровопотери. Раньше чем решить вопрос

о способе вмешательства, подумаем о причине кровотечения. Кровотечение в третьем периоде родов может возникнуть при отслоении плаценты с края, т. е. по Дункану, при гипотонии матки и при травме мягких родовых путей (шейки матки, влагалища, промежности, клитора). В последнем случае матка представляется плотной, признаков отделения последа нет. Так как при исследовании Ю-ой было установлено, что матка плотна, то мы с известной долей вероятности можем исключить кровотечение вследствие атонии матки. При осмотре промежности и области клитора мы не обнаружили повреждений; к тому же повреждения промежности лишь в редких случаях обуславливают значительную кровопотерю.

Третья причина кровотечения в указанном периоде родов — разрыв шейки матки. В некоторых руководствах по акушерству (Г. Г. Генгер, К. К. Скробанский) говорится, что при разрыве шейки матки, как правило, возникает кровотечение сразу же после рождения ребенка. Однако в ряде случаев кровотечение начинается позже или совсем не наблюдается. Так, по данным Е. П. Бондаревской (1952), кровотечение при разрыве шейки часто отсутствует. Диагноз разрыва шейки матки был поставлен по этому признаку лишь в 8,2% родов, у остальных родильниц не было отмечено кровотечения сразу же после рождения плода. В 38,6% родов кровопотеря превышала 300 мл, а в 60,1% — не превышала этой цифры.

Некоторое значение для диагноза кровотечения вследствие разрыва шейки имеет массаж матки и инъекция питуитрина; после этого тело матки сокращается, а кровотечение не уменьшается.

Для того чтобы подтвердить обоснованность предположительного диагноза повреждения шейки матки, целесообразно выделить сначала послед, вызвать сокращение матки, а затем осмотреть шейку и влагалище с помощью зеркал. Какой же способ ускорения процессов отделения и выделения последа нам избрать? Можно ли применить способ выжимания последа по Креде, а при безуспешности — ручное отделение последа? Нет, подобное предложение нам представляется чрезмерно активным. При выборе вмешательства необходимо учитывать, что в данный момент нет никаких указаний на ухудшение состояния роженицы при кровопотере 250 мл. При пальпации матки обнаружено, что она плотна. Таким образом, у нас нет оснований для срочного применения способа Креде, а тем более ручного отделения последа. Это было бы нарушением основных принципов ведения третьего периода родов — выжидание, неотступное наблюдение за процессом отслоения и выделения последа, общим состоянием роженицы, активное вмешательство по показаниям. Учитывая удовлетворительное состояние роженицы и отсутствие признаков отслоения последа, можно ограничиться введением питуитрина.

16 часов 10 минут. Инъекция 1 мл питуитрина.

16 часов 15 минут. Самостоятельно выделился по Дункану послед. При осмотре дефектов плаценты и оболочек не обнаружено. Общая кровопотеря в третьем периоде родов 350 мл. Состояние родильницы удовлетворительное. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 110/70 мм. Матка хорошо сократилась, дно ее на два поперечных пальца ниже пупка; кровоотделение прекратилось.

Можем ли мы теперь окончательно установить причину кровотечения во время родов? Показаны ли какие-нибудь дополнительные мероприятия? Да, необходимо проверить наш предварительный диагноз разрыва шейки матки и осмотреть шейку с помощью зеркал.

16 часов 25 минут. Осмотр шейки матки с помощью широких плоских зеркал Дуайена. Обнаружен разрыв шейки слева примерно на 2 см; на задней стенке влагалища разрыв до 1,5 см длиной. Края разорванной шейки матки захвачены

полипными окончатými щипцами и подтянуты ко входу во влагалище; наложено два кетгутовых узловатых шва, начиная от верхнего края разрыва и дальше книзу; на разрыв задней стенки влагалища наложен один кетгутовый шов.

Родильница в течение 2 часов оставалась под наблюдением в родовом блоке, а затем переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период без осложнений.

3/IX 1956 г. Ю-ая выписана из клиники со здоровым ребенком. Перед выпиской при осторожном осмотре с помощью зеркал установлено, что разрывы шейки матки и стенки влагалища зажили первичным натяжением. Мать и ребенок переданы под наблюдение женской и детской консультаций.

Приведенное наблюдение подтверждает важность осмотра шейки после родов у каждой первородящей; он необходим и у повторнородящих после оперативных вмешательств. Большое значение осмотра шейки матки с помощью зеркал и своевременного восстановления шейки подтверждается также благоприятными данными отдаленных наблюдений. Так, Л. И. Кротова, среди 300 первородящих женщин, подвергавшихся после родов осмотру с помощью зеркал и операции восстановления шейки, установила полное восстановление шейки у 255 женщин (т. е. у 85%); среди 298 первородящих, не подвергавшихся осмотру и зашиванию разрыва шейки сразу после родов, у 141 (47%) были обнаружены на шейке рубцы, эрозии, эктропион.

Е. П. Бондаревская обнаружила вывороты, эктропион шейки матки, эрозии у 47 из 150 осмотренных ею женщин (31,3%). У этих женщин шейка матки не была осмотрена (и не восстановлена) сразу же после родов. Своевременная диагностика и восстановление разрыва шейки имеют большое значение для профилактики гинекологических воспалительных заболеваний.

Эпикриз

Ю-ая, первородящая. Самопроизвольные срочные роды. В третьем периоде родов кровопотеря 350 мл. Рождение последа после инъекции литуитрина. При осмотре шейки матки с помощью зеркал обнаружен разрыв шейки и задней стенки влагалища. Наложены швы. Источник кровотечения — разрыв шейки матки.

Срочные роды. Кровотечение в третьем периоде родов.

Выжимание последа по Креде

К-ва, 20 лет, поступила в акушерскую клинику 4/IX 1956 г. в 21 час по поводу срочных родов. Родовые схватки начались 4/IX в 4 часа; воды по словам роженицы, отошли в 18 часов.

Анамнез. В детстве болела корью, в 1954 г. — гриппом, нефритом.

Менструальная функция. Менструации начались с 14 лет, установились сразу, через 4 недели, по 4—5 дней, болезненные, с умеренной кровопотерей. После замужества характер менструаций не изменился. Последняя менструация с 28 по 30/XI 1955 г.

Половая функция. Замужем 1½ года. Мужу 26 лет, здоров.

Генеративная функция. Беременность вторая. Первая беременность (в 1955 г.) закончилась самопроизвольным абортom при сроке 10 недель; было произведено выскабливание матки; послеабортный период без осложнений. Вторая беременность также в первой половине протекала с осложнениями: были боли в животе, кровянистые выделения. По этому поводу была дважды госпитализирована: с 26/II по 6/III и с 12 по 23/III 1956 г. Во время второй половины беременности чувствовала себя удовлетворительно.

Женскую консультацию посетила 10 раз; первое посещение было при 6-недельной беременности, последнее — 3/IX. Психопрофилактическую подготовку к родам прошла на 5 занятиях.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,8°. Пульс 74 удара в минуту. Телосложение правильное; питание удовлетворительное. Вес 59 кг. Рост 154 см. Отеков нет. Поведение роженицы спокойное, на схватки болезненной реакции нет.

Органы кровообращения. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологических изменений не установлено. Артериальное давление 120/80 мм.

Органы дыхания. Патологических изменений не установлено.

Органы пищеварения. Язык влажный. Печень не пальпируется.

Мочевые органы. Моченеспускание несколько учащено. Моча: слегка мутная, удельный вес 1025; белок, сахар отсутствуют, лейкоцитов 3—5 в поле зрения, значительное количество оксалатов.

Акушерское обследование. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, слева от средней линии, ниже пупка. Схватки через 4—5 минут, по 40—50 секунд. Окружность живота 98 см. Размеры таза 25, 28, 31, 19,5 см.

21 час 20 минут. Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины: шейка сглажена, раскрытие зева на четыре поперечных пальца; края зева тонкие. Плодные оболочки не пальпируются. Предлежит головка; сагиттальный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева, впереди. Спереди прощупывается $\frac{2}{3}$ задней поверхности лонного сочленения, с боков легко определяются седлашные ости, сзади — IV и V крестцовые позвонки.

Диагноз: срочные роды. Затылочное предлежание, первая позиция, передний вид, конец первого периода родов. Головка большим сегментом во входе в малый таз.

21 час 30 минут. Начались потуги, через 5—7 минут, по 30—40 секунд.

22 часа 30 минут. Родился живой ребенок мужского пола. Вес 3320 г, рост 50 см, окружность головки 34 см.

23 часа. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Из влагалища кровянистые выделения в умеренном количестве; признаков отделения последа нет.

23 часа 50 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. Артериальное давление 110/50 мм. Матка на один палец выше пупка, мягкая, отклонена вправо от средней линии тела. Кровопотеря достигла 350 мл. Признаков отделения последа (по Альфельду, Шредеру, Кюстнеру) нет.

Какой диагноз? Какова терапия?

1. Третий период родов, послед не отделился, кровопотеря незначительная. Роды вести выжидательно.

2. Третий период родов осложнился кровотечением; необходимо ускорить отделение и выделение последа; после выделения последа надо осмотреть шейку матки с помощью зеркал.

Итак, имеется два совершенно противоположных предложения: консервативное и активное ведение родов.

Какая же тактика является более обоснованной?

В основу первого предложения положено неправильное суждение о нормальном течении последового периода, несмотря на кровопотерю 350 мл, некоторое ускорение пульса (до 80 ударов в минуту) и снижение артериального давления со 120/80 до 110/50 мм. Указанные симптомы являются безусловно показателями патологического течения третьего периода родов и требуют особого внимания.

Представление о «физиологической кровопотере» в 500—600 мл является глубоко ошибочным. Так, V Пленум Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР вновь подтвердил (1954), что кровопотеря при нормальных родах не должна превышать 250—300 мл. Следовательно, при кровопотере 350 мл и появлении такого симптома, как снижение артериального давления, мы не можем быть наблюдателями; надо ускорить отделение и выделение последа и осмотреть шейку матки с тем, чтобы уточнить источник кровотечения и устранить его.

Какие же могут быть источники и причины кровотечения у К-вой?

Кровотечение в третьем периоде родов может быть обусловлено гипотонией матки или травмой мягких родовых путей (разрыв шейки матки, влагалища, слизистой в области клитора, промежности). Мягкая консистенция матки, а также появление кровотечения не сразу же после рождения плода, а лишь через 80 минут после изгнания плода с известной вероятностью говорят в пользу гипотонического состояния

матки. Данные анамнеза о течении менструаций (болезненность), патологическое течение первой беременности (самопроизвольный аборт), а также первой половины второй беременности (угрожающий аборт) подтверждают предположение, что причиной кровотечения является типотония и нарушение процесса отделения последа.

Исходя из этого вполне обоснованного предположения, надо немедленно принять меры для ускорения отслоения и выделения последа.

Каким же способом ускорить отслоение и выделение последа?

1. По способу Д. А. Абуладзе.
2. По способу А. А. Эпштейна.
3. По способу Габасту или Будимлича.
4. По способу В. Е. Роговина.
5. По способу К. Е. Ефимова.
6. По способу Креде в сочетании с влечением за пуповину.
7. Путем ручного отделения последа.

8. По способу Креде.

Разберем по порядку все эти предложения.

Д. А. Абуладзе предложил (1907) следующий прием: захватить переднюю брюшную стенку обеими руками по средней линии в складку (рис. 26) и создать таким образом опору для матки; затем роженице предлагают потужиться, и послед выделяется. Однако этот способ может быть применен лишь при наличии признаков отслоения последа от стенки матки. Так как у К-вой нет признаков, описанных Альфельдом, Кюстнером и Шредером, то, следовательно, и нет условий для применения способа Абуладзе.

Мы в течение многих лет с успехом применяем при задержке в матке отделившегося последа следующий прием, описанный А. А. Эпштейном (рис. 27): локтевым краем кисти надавливаем на переднюю брюшную стенку перпендикулярно к позвоночнику сразу же над дном матки и предлагаем роженице потужиться. Однако и этот простой прием не может быть применен у К-вой, так как послед еще не отслоился.



Рис. 26. Способ Абуладзе.

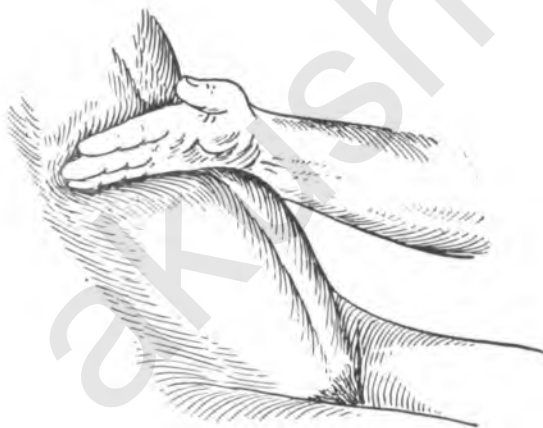


Рис. 27. Способ Эпштейна.

Мажон (Majon, 1826) и Габасту (Gabastou, 1914) предложили для ускорения отслоения последа введение через пупочную вену в плаценту подогретого раствора уксуса (Мажон) или физиологического раствора хлористого натрия (Габасту) в количестве 300 мл и больше. Будимлич (Budimilic, 1935) предложил в случае задержки выделения последа в течение 45 минут после рождения плода инъецировать в пупочную вену 300 мл 0,45% раствора калийных квасцов температуры 39° и затем зажать пуповину.

П. В. Маненков сообщил (1948) о весьма благоприятных результатах применения этого способа: в 135 из 193 случаев послед отслоился и выделился самостоятельно; только у 58 рожениц пришлось произвести ручное отделение последа. Однако этот метод и до настоящего времени не нашел широкого распространения.

Г. Г. Гентер указывает, что неоднократно, несмотря на применение способа Габасту, кровотечение не прекращалось, и приходилось все же применять выжимание последа по Креде или ручное его удаление. Наш личный опыт также не дает оснований для широкой рекомендации способа Габасту.

В. Е. Роговин предложил следующий комбинированный способ удаления неотделившегося последа: сразу же после родов акушер встает справа от роженицы и захватывает зажимом Кохера пуповину приблизительно на 10 см от половой щели, а левой рукой, обращенной ладонной поверхностью к лицу роженицы, захватывает в нижнем отделе тело матки и несколько смещает его кверху. После этого натягивают пуповину; левой же рукой «резкими, короткими и быстрыми толчками смещают матку вверх». Автор пишет, что обычно приходится проделать 5—10 отталкиваний матки вверх. К. Е. Ефимов предложил близкий к этому способ наружного выделения последа: акушер левой рукой удерживает пуповину, а правой «нежными движениями пальцев» поднимает матку кверху. Способы В. Е. Роговина и К. Е. Ефимова крайне травматичны, опасны и должны быть категорически отвергнуты.

Сочетание способа Креде с влечением за пуповину (Н. Н. Феноменов, В. В. Строганов) также является очень опасным, так как возможен выворот матки.

Таким образом, из всех предложенных способов выделения последа нам остается разобрать ручное отделение последа и выжимание его по Креде. Ряд авторов (А. Ю. Лурье, И. И. Яковлев) отрицает целесообразность применения способа Креде при неотделившемся последе. Однако Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, К. К. Скробанский считают, что способ Креде может быть применен и при неотделившемся последе, если возникает кровотечение. К тому же диагностические признаки отслоения плаценты являются не вполне достоверными. Так, наружный отрезок пуповины может не удлиняться, несмотря на отслоение плаценты, если пупочный канатик ложится петлями во влагалище. Признак Кюстнера также может быть отрицательным, если плацента отслоилась, а оболочки еще прикреплены к стенкам матки.

Мы считаем, что вопрос о выборе между методом Креде и операцией ручного отделения последа следует решать индивидуально. Если кровотечение весьма обильно и возникало неоднократно (например, при предлежании плаценты), роженица страдала гипотонией или малокровием и до родов, то методом выбора при кровотечении и неотделившемся последе является ручное отделение последа. Если же кровотечение умеренное и общее состояние роженицы удовлетворительное (нет учащения пульса, побледнения, падения артериального давления

на 20 мм и больше), то можно вначале прибегнуть к попытке выжать послед по Креде (без наркоза и под наркозом), а при неуспехе — произвести ручное отделение последа. К. К. Скробанский считал ручное отделение последа «опаснейшей акушерской операцией», Г. Г. Гентер — «одной из серьезнейших акушерских операций». В настоящее время благодаря успехам в борьбе с постгеморрагической анемией и применению антибиотиков исход операции ручного отделения последа вполне благоприятен; ее следует применять без всякого промедления, как только к этому возникают показания.

Принимая во внимание, что при кровопотере 350 мл состояние роженицы удовлетворительное, решено вначале сделать попытку выжать послед под наркозом, а при неуспехе — немедленно произвести ручное отделение последа. До применения выжимания последа по Креде необходимо выполнение следующих условий: 1) опорожнение мочевого пузыря, 2) выведение матки на срединную линию тела, 3) хорошее сокращение матки.

22 часа 55 минут. Дан эфирный наркоз. Мочевой пузырь опорожнен с помощью катетера; матка, отклоненная вправо, перемещена к средней линии тела; сделан массаж ее.

23 часа 05 минут. Применен способ Креде; выделился послед весом 500 г, без дефектов. Общая кровопотеря достигла 450 мл.

Состояние родильницы удовлетворительное. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/50 мм. Для предотвращения дальнейшей кровопотери введен (внутримышечно) 1 мл эрготина и на низ живота положен пузырь со льдом. При осмотре наружных половых органов и промежности повреждений не обнаружено. Так как нередко у первородящих (до 15%) наблюдаются разрывы шейки матки, которые могут не сопровождаться кровотечением, то необходимо, как правило, осморгать шейку.

23 часа 10 минут. Осмотр шейки матки и влагалища с помощью широких пластинчатых зеркал Дуайена. Повреждений не обнаружено. Ввиду значительной кровопотери во время родов родильнице перелито 225 мл одногруппной крови. После переливания крови самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. Матка плотная; кровянистые выделения из влагалища в очень незначительном количестве.

В течение 2 часов родильница была под наблюдением в родовом блоке, затем переведена в послеродовое отделение. Состояние ее удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 100/60 мм. Матка хорошо сократилась, кровянистые выделения из влагалища в умеренном количестве.

Послеродовой период без осложнений. 13/IX К-ва выписана из клиники со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение показывает, что нарушение процессов развития организма (проявившееся в болезненных менструациях) может обусловить патологическое течение беременности (самопроизвольный аборт) и родов (нарушение процесса отслоения последа, атоническое кровотечение). Анализ истории родов К-вой показывает также, что выжимание последа по Креде может быть применено в случае кровотечения и при неотделившейся плаценте. Однако надо помнить об опасности травмирования и выворота матки при чрезмерном давлении на нее.

Эпикриз

У К-вой, первородящей, в третьем периоде родов возникло кровотечение (350 мл). Наличие кровотечения и небольшого снижения артериального давления потребовало ускорения выделения последа. Применен способ Креде под наркозом. Выжат послед без дефектов. Общая кровопотеря достигла 450 мл, произведено переливание крови, введен эрготин, положен на живот пузырь со льдом. Послеродовой период без осложнений.

Срочные роды. Нефропатия. Необоснованное выжимание последа по Креде. Спастическое сокращение матки. Ручное отделение последа

С-ва, 26 лет, поступила 12/VIII 1942 г. в 12 часов в областной родильный дом из участковой больницы по поводу задержки последа. Роды (первые) живым доношенным мальчиком произошли 4 часа тому назад. Во время родов жаловалась на упорную головную боль. Через час после родов фельдшер, желая ускорить отделение последа, дважды безуспешно применял (без наркоза) способ Креде. Показанием к применению способа Креде была, по мнению фельдшера, задержка последа, однако наружного кровотечения не было, матка хорошо сократилась, явлений анемии не отмечалось.

Общее и акушерское обследование. При осмотре роженицы во время поступления обращает на себя внимание одутловатость лица, отеки на ногах и туловище; жалобы на головную боль. Температура 36,8°. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 150/90 мм. Матка плотная, несколько болезненная; дно ее на уровне пупка; признаков отслоения последа (Альфельда, Кюстнера, Шредера) нет. Из влагалища свисает пуловина, кровянистых выделений нет.

Моча: удельный вес 1025, белка 1,6%, лейкоцитов 3—5 в поле зрения, гиалиновых цилиндров 1—2 в поле зрения.

Какой диагноз? Какова терапия?

1. Поздний токсикоз — нефропатия. Задержка последа. Показано выжимание последа по Креде.

2. Поздний токсикоз — нефропатия. Спастическое сокращение матки. Показано ручное отделение последа под глубоким наркозом.

Течение родов С-вой со всей остротой ставит перед врачом вопрос о принципах ведения третьего периода родов. Как известно, еще во времена Альфельда и Креде в акушерстве разгорелся спор между сторонниками активного и строго выжидательного ведения третьего периода родов. В то время как Креде предлагал (1853—1861) применять выжимание последа в каждом случае родов, Альфельд придерживался противоположной точки зрения и бросил лозунг «руки прочь от матки»; он возражал против применения приема Креде даже через 24 часа после рождения плода. Отечественные акушеры (Д. Левитский, 1821; Г. Кораблев, 1841) в своих трудах еще задолго до Креде и Альфельда возражали против как чрезмерного активизма, так и крайнего консерватизма при ведении третьего периода родов. В настоящее время, особенно после V Пленума Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР (1954), отечественные акушеры твердо стоят на позициях разумного консерватизма; они придерживаются принципов тщательного наблюдения за общим состоянием роженицы и отслоением последа, активно вмешиваясь в течение третьего периода родов лишь при строгих показаниях (кровотечение свыше 250—300 мл, нарушение общего состояния роженицы, задержка выделения последа свыше 2 часов).

Исходя из этих принципов, следует считать, что при ведении третьего периода у С-вой был допущен совершенно необоснованный, опасный активизм, так как не было никаких показаний к срочному удалению последа. При отсутствии каких-либо осложнений следует выждать самостоятельного отделения последа до 2 часов. Чрезмерный активизм и применение способа Креде без наркоза особенно опасны у С-вой, так как у нее ясно выражены классические симптомы позднего токсикоза: отеки, гипертония, альбуминурия. Форсированное вмешательство у подобной больной могло обусловить возникновение припадка эклампсии.

Будем ли мы и теперь, когда прошло уже 4 часа после рождения плода, придерживаться выжидательной тактики? Нет, надо активно вмешаться и ускорить выделение последа, так как столь длительная

задержка его грозит развитием восходящей инфекции. До активного вмешательства надо проверить наполнение мочевого пузыря и в случае необходимости опорожнить его катетером. Врач, который забывает об этом, совершает серьезную ошибку. Выделение последа может быть достигнуто путем выжимания его по Креде (под наркозом) или ручного отделения.

Какое из этих вмешательств более бережно для данной роженицы?

Наличие нефропатии, безуспешность повторных попыток выжать послед по Креде, отсутствие признаков отслоения плаценты и наличие плотной, хорошо сокращенной матки — все это приводит к выводу об опасности и нецелесообразности новой попытки применения способа Креде; предшествующее необоснованное вмешательство обусловило, очевидно, стойкое спастическое сокращение матки. Попутно укажем, что спастическое сокращение матки в третьем периоде родов может возникнуть также и при неправильном назначении спорыньи и ее препаратов; спорынью нельзя назначать, пока из матки не вышел послед или его части¹. Причиной безуспешности способа Креде может быть также прикрепление плаценты в трубном углу; при этом один из углов матки выдается в виде полусферовидного выпячивания. Однако С-ва не получала спорыньи, а форма матки вытянуто-овальная, без деформации. Задержка последа вследствие приращения его может быть установлена лишь после попытки ручного его отслоения.

Решено произвести ручное отделение последа (под наркозом).

Предварительно выпущено катетером 150 мл мочи.

12 часов 30 минут. Под эфирным наркозом рукой отделен из матки послед, который был рыхло прикреплен к левому ребру матки. Кровопотеря 150 мл. Послеродовой период без осложнений. С-ва выписана из родильного дома со здоровым ребенком 21/VIII 1942 г.

При ведении третьего периода родов изредка встречаются ошибки и противоположного характера — не чрезмерный и необоснованный активизм, а, наоборот, ультраконсерватизм и транспортировка рожениц с неотделившимся последом. В качестве примера опишем следующий случай.

А-ва, 27 лет, переведена в родильный дом 14/IV 1942 г. с фельдшерско-акушерского пункта. Роды произошли 8 часов тому назад. Ребенок (девочка) родился без признаков асфиксии. Роды четвертые; первые трое родов проходили без осложнений. Акушерка в течение 6 часов выжидала рождения последа, не вмешивалась и, наконец, перевела роженицу в родильный дом.

При поступлении в родильный дом общее состояние роженицы удовлетворительное. Температура 37,5°. Пульс 84 удара в минуту. Матка плотная, дно ее на уровне пупка; из влагалища свисает луповина; кровотечения нет; признаков отслоения последа нет.

При ведении этих родов были допущены две очень серьезные ошибки: транспортировка роженицы с неотделившимся последом и чрезмерный консерватизм — длительное (свыше 6 часов) выжидание в третьем периоде, что грозит развитием инфекции. Акушерка обязана была произвести операцию ручного отделения и выделения последа на фельдшерско-акушерском пункте, а не подвергать роженицу опасности кровотечения при транспортировке ее.

Мы попытались вначале отделить послед с помощью приема Креде (под наркозом); после неудачи этой попытки было произведено ручное отделение последа. Лихорадочное течение послеродового периода вследствие метроэндометрита. А-ва выписана из родильного дома 5 мая 1942 г. (на 22-й день после родов) со здоровым ребенком.

¹ В настоящее время (1959) выпуск спорыньи прекращен.

С-ва. Срочные (первые) роды живым плодом. Поздний токсикоз беременности — нефропатия. Необоснованное чрезмерно активное ведение третьего периода родов — повторное применение способа Креде (без наркоза!), несмотря на нефропатию и отсутствие кровотечения или других осложнений, требующих срочного вмешательства. Спазм маточной мускулатуры, задержка последа. Ручное отделение и удаление последа под наркозом. Послеродовой период без осложнений.

Второе наблюдение является подтверждением положения об опасности противоположной ошибки — чрезмерного, необоснованного консерватизма: задержки с отделением последа в течение свыше 6 часов и недопустимой транспортировки роженицы с неотделившимся последом.

Срочные роды. Кровотечение в третьем периоде родов. Ручное отделение последа

Б-ва, 23 лет, поступила в акушерскую клинику 7/VI 1956 г. в 7 часов по поводу срочных родов.

Анамнез. В детстве не болела, взрослой болела ангиной и гриппом; гинекологические заболевания отрицает.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 4 недели, по 3 дня, безболезненные, с умеренной кровопотерей. Последняя менструация с 25 по 27/VIII 1955 г.

Половая функция. Замужем с 21 года. Мужу 28 лет.

Генеративная функция. Беременность вторая. Первая беременность (в 1954 г.) при сроке 5 месяцев закончилась самопроизвольным абортom; после аборта в течение 2 недель лихорадочное состояние (температура до 39°); диагностировано воспаление придатков матки.

Течение настоящей беременности без осложнений. Женскую консультацию посетила 9 раз; первое посещение — при беременности сроком 2 месяца; последнее — 20/V 1946 г. Беременная прошла 4 занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Схватки начались 7/VI в 3 часа 30 минут.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Телосложение правильное, питание хорошее. Температура 36,4°. Пульс 74 удара в минуту. Вес 51,5 кг. Рост 155 см. Отеков нет.

Органы кровообращения без отклонений от нормы. Артериальное давление 120/80 мм.

Со стороны органов дыхания и пищеварения патологических изменений не отмечено.

Мочевые органы. Мочевыпускание несколько учащено, безболезненное. Моча: удельный вес 1016, реакция кислая, цвет соломенно-желтый; белка следы, лейкоцитов 2—5 в поле зрения, эритроциты единичные в препарате, много кристаллов оксалатов.

Акушерское обследование. Живот продольно-овальной формы. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ритмичное. Длина плода (по Альфельду) 50 см, лобно-затылочный размер головки 11 см. Высота дна матки над лоном 36 см, окружность живота 94 см. Размеры таза 24, 27, 31, 19 см. Схватки через 5—6 минут, по 30—40 секунд. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сглажена, раскрытие зева на два поперечных пальца, плодные оболочки целы. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в таз, малый родничок слева, большой родничок и мыс не достигаются.

Диагноз: первый период родов. Затылочное предлежание.

Принимая во внимание правильные соотношения между размерами плода и таза и наличие регулярной родовой деятельности, решено вести роды выжидательно.

Роженица ведет себя спокойно, болевой реакции на родовую деятельность не проявляет.

12 часов. Отошли прозрачные воды.

13 часов 30 минут. Начались потуги.

14 часов 45 минут. Родилась живая девочка, без асфиксии. Вес 3760 г, рост 50 см.

15 часов 15 минут. Появились кровянистые выделения (150 мл). Признаков отделения последа нет. Общее самочувствие роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту. Артериальное давление 110/70 мм.

15 часов 30 минут. Кровотечение продолжается; общая кровопотеря 300 мл. Дно матки на уровне пупка; консистенция матки мягкая. Признаков отслоения последа нет. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 105/70 мм.

Какой диагноз? Какова терапия?

1. Разрыв шейки матки. Необходим осмотр с помощью зеркал, наложение швов.

2. Гипотония матки. Показано применение питуитрина.

3. Гипотония матки. Показано применение способа Креде, при неудаче — ручное отделение последа.

4. Гипотония матки. Показано ручное отделение последа.

Кровотечение у Б-вой возникло не сразу же после рождения плода, а лишь через 30 минут. Дно матки высоко (на уровне пупка), консистенция матки мягкая. Все это с известной вероятностью говорит против предположения о кровотечении вследствие разрыва шейки матки или влагалища; более обоснована мысль о гипотоническом характере кровотечения. Причиной гипотонии у роженицы могут быть те дистрофические изменения, которые произошли в матке после самопроизвольного аборта, осложнившегося воспалением придатков матки.

По поводу характера вмешательства сделано три предложения: от более консервативного — ввести питуитрин, до радикального — немедленно произвести ручное отделение последа.

Предложение ввести питуитрин рассчитано на сокращение матки и ускорение отделения и выделения последа. Однако против этого предложения можно сделать следующее возражение: несмотря на небольшую кровопотерю (300 мл), у роженицы появились признаки анемизации: учащение пульса до 90 ударов в минуту, снижение артериального давления до 105/70 мм. Исходя из этого, следовало бы избрать более активную тактику — выжать послед по Креде (под наркозом) и при неуспехе произвести ручное отделение последа. Дежурный врач решил придерживаться пока более консервативной тактики, т. е. ввести питуитрин¹.

15 часов 30 минут. Выпущено катетером 150 мл мочи. Инъекция 1 мл питуитрина.

15 часов 45 минут. Кровотечение продолжается; общая кровопотеря 450 мл. Роженица бледнеет. Пульс 96 ударов в минуту. Артериальное давление 105/60 мм. Признаков отделения последа нет. Применен прием Креде — без успеха. Ввиду продолжающегося кровотечения решено приступить к ручному отделению последа, предварительно сделав попытку выжать послед под наркозом.

15 часов 55 минут. Под эфирным наркозом применен способ Креде — без успеха. Произведено ручное отделение последа; он был довольно плотно прикреплен в левом углу матки; роженица потеряла при этом еще 150 мл крови. Общая кровопотеря 600 мл.

Осмотр шейки и влагалища с помощью зеркал. Повреждений не обнаружено.

Родильница бледна, пульс 100 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм; матка хорошо сократилась.

Кровотечение остановилось, но симптомы анемизации выражены достаточно ясно.

¹ Применение питуитрина противопоказано при позднем токсикозе, сопровождающемся повышением артериального давления, и при гипертонической болезни. У подобных больных в случае необходимости может быть применен питуитрин М, так как он содержит значительно меньше (10%) вазопрессина, чем питуитрин.

Не было ли допущено ошибок при ведении этих родов? Какие же меры принять теперь для борьбы с анемией и для предупреждения дальнейшей кровопотери?

Дежурный врач совершил ошибку, когда в 15 часов 30 минут при кровотечении, учащении пульса до 90 ударов в минуту и снижении артериального давления до 105/70 мм отказался от немедленного применения способа Креде и лишь впрыснул питуитрин. Когда общая кровопотеря достигла 450 мл, была допущена вторая ошибка — применение способа Креде без наркоза, хотя признаков отделения последа не было. Следовало сразу же приступить к наркозу с целью производства операции ручного отделения последа. Когда врач подготовил руки для вмешательства и роженица была под наркозом, можно было поручить акушерке применить способ Креде, а при неуспехе его — немедленно приступить к ручному отделению последа.

Наличие значительного кровотечения в третьем периоде родов и явлений анемизации требует принятия энергичных мер для предотвращения дальнейшей потери крови и борьбы с анемией. С этой целью родильнице введен 1 мл эрготина¹, на низ живота положен пузырь со льдом; она оставлена под неотступным наблюдением в родовом блоке. Для борьбы с анемией проведены следующие мероприятия.

1. Положение с резко приподнятым ножным концом кровати.
2. Грелки на голову.
3. Переливание крови.
4. Горячий сладкий чай с вином.

16 часов 45 минут. Перелито 225 мл одноклассной крови. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту. Артериальное давление 110/75 мм. Матка плотная, дно ее на два поперечных пальца ниже пупка; выделений из влагалища нет.

Родильница в течение 3 часов оставалась под наблюдением в родовом блоке. Общее состояние ее постепенно улучшалось, кровотечение не возобновилось.

19 часов. Родильница переведена в послеродовое отделение. Общее самочувствие удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. Артериальное давление 115/60 мм. Матка хорошо сократилась.

Кровь 9/VI 1956 г.: Нб 9,5 г⁰/о (57 единиц), эр. 3 100 000, цветной показатель 0,8, л. 10 500, э. 1%, п. 2%, с. 80%, лимф. 14⁰/о, мон. 3⁰/о; РОЭ 36 мм в час. Ввиду некоторой слабости и явлений постгеморрагической анемии назначено железо.

Rp. Ferri hydrogenio reducti 1,0

D. t. d. N. 30 in obl.

S. Принимать перед едой вместе с соляной кислотой в возрастающих дозах (от 3 до 6 г в сутки).

Rp. Acidi hydrochlorici diluti 30,0

DS. По 20 капель на прием в 1/4 стакана теплой воды.

Rp. Calcii carbonici praecipitati 1,0

D. t. d. N. 6

S. По 1 порошок вместе с соляной кислотой.

На 12-й день после родов Б-ва выписана из клиники в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком. Рекомендовано дальнейшее наблюдение консультации, повторное исследование крови (анемия).

Приведенное наблюдение показывает, как важно своевременно учесть общее состояние роженицы и принять необходимые меры борьбы с кровотечением. При явлениях постгеморрагической анемии необходимы повторные переливания крови и соответствующее лечение.

¹ В настоящее время (1959) выпуск эрготина прекращен. Вместо него предложены другие весьма эффективные препараты: эрготал — 0,05% раствор по 0,5—1 мл подкожно; гинофорт и неогинофорт (Венгрия) — внутримышечно по 0,5—1 мл; окситоцин синтетический (Венгрия) — по 1 мл внутримышечно.

Эпикриз

Б-ва, повторнорбеременная. В третьем периоде родов возникло гипотоническое кровотечение. Недооценка общего состояния (учащение пульса, снижение артериального давления) повлекла за собой промедление с ручным отделением последа (был введен питуитрин, а затем применен метод Креде). Наличие анемии потребовало переливания крови и принятия мер по предотвращению дальнейшей кровопотери (эрготин, холод на живот).

**Срочные роды. Кровотечение в третьем периоде родов.
Выжимание последа по Креде. Задержка дольки плаценты.
Ручное обследование полости матки.
Кровотечение в раннем послеродовом периоде.
Внутриартериальное нагнетание крови**

Д-на, 33 лет, поступила в родильный дом 23/VI 1954 г. в 6 часов 40 минут по поводу родовых схваток.

Анамнез. В детстве болела скарлатиной, корью, коклюшем, взрослой — ангиной и гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 28 дней, по 3 дня, кровопотеря умеренная. Последняя менструация с 18 по 20/IX 1953 г.

Половая функция. Замужем с 26 лет. Мужу 36 лет, здоров.

Генеративная функция. Беременность третья. Первая беременность закончилась срочными родами живым плодом, в ножном предлежании (вес 3400 г). Вторая беременность при сроке 6 недель окончилась искусственным абортom; после этого было кровотечение; производилось вторичное выскабливание; лихорадочное состояние в течение 3 недель.

Течение настоящей беременности. В первой половине тошнота, рвота, во второй половине отеки ног. Женскую консультацию посетила во время беременности 7 раз: первое посещение при сроке 16 недель, последнее — 22/IV 1954 г. Психопрофилактическую подготовку к родам не проводила. Схватки начались 3/VI в 6 часов.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное; жалуется на одышку, отеков нет, пульс 78 ударов в минуту. Вес 79 кг. Рост 159 см. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Артериальное давление 120/70 мм.

Мочеспускание несколько учащено. При анализе мочи патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Живот резко выпячен. Окружность его 112 см, форма бочкообразная; высота дна матки над лоном 38 см. Плод в продольном положении, первой позиции, черепном предлежании, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, прослушивается в одном месте, слева ниже пупка. Схватки через 6—8 минут, по 30 секунд. Воды не отходили. Длина плода (по Альфельду) 50 см. Размеры таза 27, 30, 33, 22 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины; шейка сглажена, раскрытие зева на полтора поперечных пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз; швы и роднички не определяются; мыс не достигается.

Диагноз: срочные роды. Первый период родов, головное предлежание. Многоводие (?).

Роды решено вести выжидательно.

11 часов 45 минут. Головка большим сегментом во входе в малый таз; воды не отходили. Для того чтобы установить степень раскрытия зева, повторно произведено влагалищное исследование. Раскрытие зева полное, плодный пузырь во время схватки резко выпячивается; оболочки вскрыты пальцем, излилось около 1,5 л прозрачных вод. Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева и спереди. Спереди пальпируется средняя и нижняя треть задней поверхности лонного сочленения, с боков легко достигаются седалищные ости, сзади — IV и V крестцовые позвонки.

Во время исследования начались потуги.

Диагноз: срочные роды. Затылочное предлежание, передний вид. Второй период родов (головка большим сегментом во входе в малый таз).

12 часов 15 минут. Родилась живая девочка весом 3200 г, рост 49 см, окружность головки 34 см. Отошло около 1 л задних вод.

Таким образом, наше подозрение на многоводие подтвердилось (вод свыше 2,5 л).

12 часов 30 минут. Началось кровотечение (300 мл). Признаков отслоения последа нет. Общее самочувствие роженицы удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/70 мм. Матка на 1 см выше пупка, отклонена вправо, мягкая.

Какой диагноз? Какова терапия?

Появление кровотечения через 15 минут после рождения плода и мягкая консистенция матки говорят с известной вероятностью в пользу гипотонического состояния матки. Причиной его может быть нарушение процесса отслоения плаценты. Дежурный врач ввиду удовлетворительного общего состояния роженицы ограничился опорожнением мочевого пузыря, массажем матки, инъекцией 1 мл питуитрина. Матка хорошо сократилась.

12 часов 45 минут. Кровотечение усилилось; кровопотеря достигла 550 мл. Признаков отслоения плаценты нет. Роженица побледнела. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/60 мм. Кровотечение нарастает, возникли явления анемии.

Какова терапия?

1. Выжать послед по способу Креде.
2. Произвести ручное отделение последа.

Наличие значительной кровопотери требует, безусловно, срочных мероприятий для удаления последа и борьбы с дальнейшим кровотечением. Необходимо обратить особое внимание на явления общей анемизации: бледность роженицы, учащение пульса и снижение артериального давления. Все эти признаки говорят о необходимости срочного вмешательства, т. е. немедленного ручного отделения последа (под наркозом). Применение способа Креде без наркоза, несмотря на отсутствие признаков отделения последа и значительное кровотечение, может повлечь за собой лишь увеличение кровопотери и промедление в борьбе с кровотечением.

Дежурный врач, недооценив состояние больной и совершив ошибку, решил применить способ Креде без наркоза.

12 часов 45 минут. С трудом выжат послед по Креде. При тщательном осмотре плаценты обнаружен дефект дольки: оболочки рваные. Матка расслабляется; кровянистые выделения не прекращаются.

Какова терапия?

1. Необходимо произвести дополнительные пробы (воздушную, с молоком, с ошпариванием плаценты кипятком), чтобы убедиться в дефекте плаценты. При обнаружении дефекта плаценты — немедленно обследовать полость матки.

2. Необходимо немедленно обследовать полость матки рукой, осмотреть также шейку и влагалище с помощью зеркал; принять меры для прекращения кровотечения и борьбы с анемией.

3. Необходимо произвести выскабливание полости матки, осмотр шейки матки и влагалища с помощью зеркал и принять меры для прекращения кровотечения и борьбы с анемией.

Первое предложение — применить дополнительные методы обследования целостности плаценты — нельзя считать обоснованным. Все мето-

ды контроля целостности плаценты (в том числе и осмотр) не являются вполне достоверными, особенно при разможенной плаценте.

Однако метод осмотра материнской поверхности плаценты и оболочек (с целью обнаружения сосудов, идущих к добавочным долькам) является наиболее достоверным.

Что касается вопроса о необходимости немедленного обследования полости матки при обнаружении дефекта плаценты или сомнения в целостности плаценты, то здесь нет разногласий. Задержка дольки плаценты грозит женщине кровотечением и развитием инфекции. При задержке только оболочек, как правило, не наблюдается серьезных осложнений и поэтому оперативное их удаление нецелесообразно; они обычно выделяются самостоятельно.

Как же обследовать полость матки — рукой или инструментально? Какой из этих двух способов является лучшим?

Некоторые акушеры (М. Л. Выдрин, Н. В. Марков, Л. И. Рахманчик, М. Ш. Раппопорт), основываясь на своих наблюдениях предпочитают инструментальное обследование матки. Мы же, как и большинство акушеров, отдаем безусловное предпочтение операции ручного обследования матки. Материалы, подтверждающие наше отрицательное отношение к операции выскабливания матки после родов, приведены в следующем наблюдении (стр. 248).

12 часов 50 минут. Дан эфирный наркоз. Произведено ручное обследование полости матки; удалены сгустки крови и обрывки плацентарной ткани. Осмотрены с помощью широких пластинчатых зеркал Дуайена шейка матки и стенки влагалища; повреждений не обнаружено. Произведен наружный массаж матки, введен 1 мл эрготина, положен пузырь со льдом на низ живота. Общая кровопотеря 700 мл. После инъекции эрготина матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось.

Родильница бледна, жалуется на головокружение. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90/50 мм.

13 часов. Произведено переливание 500 мл крови. Состояние родильницы улучшилось. Пульс 100 ударов в минуту, среднего наполнения. Артериальное давление 100/60 мм. Матка хорошо сократилась. Кровотечения нет.

13 часов 15 минут. Из влагалища вновь появилось кровотечение (250 мл); матка мягкая, дно ее на уровне пупка. Родильница жалуется на головокружение. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения; резкая бледность кожных покровов. Артериальное давление 70/40 мм.

Диагноз атонического кровотечения не вызывает сомнений. Общее состояние родильницы значительно ухудшилось и требует принятия срочных мер борьбы с кровотечением и анемией. При этом борьбу с анемией нельзя откладывать ни на минуту; надо проводить ее одновременно с мерами остановки кровотечения.

Каковы меры борьбы с кровотечением?

Их можно разделить на фармакологические, механические, термические и хирургические.

1. Инъекция эрготина, питуитрина, наружный массаж матки.
2. Прижатие матки к лону [Фритш (Fritsch)].
3. Комбинированное, наружно-внутреннее прижатие матки [Гамильтон (Hamilton), Цвейфель (Zweifel)].
4. Массаж матки на кулаке по Хробаку (Chrobak).
5. Способ Пискачека (Piscaček).
6. Способ Гентера.
7. Способ Арендта.
8. Прижатие аорты.
9. Промывание матки горячей жидкостью, введение в матку тампона с эфиром.
10. Тампонада матки.

11. Наложение лигатур на заднюю губу шейки (по В. А. Ло-
сицкой).

12. Прижатие клеммами маточных артерий через своды влагалища
по Генкелю-Тиканадзе.

13. Ампутация матки.

Как видите, предложено много способов для остановки атони-
ческого кровотечения, вплоть до ампутации матки. Акушер дол-



Рис. 28. Способ Фритша. Матка прижата к
лону рукой и фиксирована полотенцем.

Инъекций эрготина, питуитрина и повторного массажа матки со-
вершенно недостаточно, так как 15 минут тому назад это уже было
сделано и не дало стойкого эффекта. Прижатие матки через переднюю
брюшную стенку к лону (рис. 28) представляет трудности, так как, во-
первых, оно болезненно, во-вторых, не всегда
удаётся из-за неподатливости и большой толщины
брюшной стенки. Способ Гамильтона-Цвейфеля:
прижатие матки с помощью двух рук — внут-
ренней (во влагалище) и наружной (рис. 29) —
также не всегда эффективен. Способ Пискачека —
прижатие одной рукой ребер матки, а вто-
рой — массаж матки (рис. 30), видоизмененный способ Гентера с приподнятием матки
кверху при положении больной вниз головой по Тренделенбургу
(рис. 31), способ Арендта — захватывание шейки матки пулевými щип-
цами и повторное низведение шейки матки ко входу во влагалище —
все эти способы могут быть использованы и иногда дают успех. При-
жатие аорты (с помощью кулака) не дает надежной остановки крово-



Рис. 29. Способ Гамильтона-Цвейфеля. Двуручное
прижатие матки.

крово-

течения и не приводит к сокращению матки — оно может быть рекомендовано как временное мероприятие, до подготовки обстановки для более эффективных мероприятий (массаж матки на кулаке, ампутация матки). Наш опыт позволяет нам рекомендовать применение массажа матки на кулаке (по Хробаку). Промывание матки горячим стерильным физиологическим раствором мы считаем опасным (попадание жидкости через трубы в брюшную полость), так же как введение тампона с эфиром (опасность эмболии). Мы также отвергаем тампонаду матки ввиду малой эффективности этого метода, трудности выполнения (необходимо хорошо выполнить матку тампоном) и большой опасности инфекции. Не имея личного опыта, мы не можем высказаться о целесообразности наложения лигатуры на заднюю губу шейки матки (по В. А. Лосицкой). Литературные данные по этому вопросу еще очень ограничены. Наложение клемм на маточные артерии, а тем более ампутация матки могут быть применены лишь при безуспешности одного из перечисленных выше способов.



Рис. 30. Способ Пискачака.

Резюмируя, следует сказать, что на основании собственного опыта, мы можем рекомендовать следующие вмешательства при атоническом (гипотоническом) кровотечении в раннем послеродовом периоде

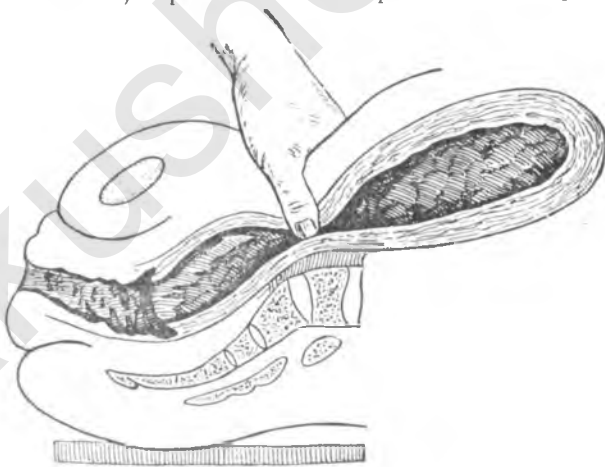


Рис. 31. Способ Гентера.

(после предварительной катетеризации!): 1) массаж матки; 2) инъекция питуитрина и эрготина (внутримышечно); 3) массаж матки на кулаке по Хробаку; 4) наложение клемм на маточные артерии по Генкелю-Тиканадзе; 5) ампутация матки. Выбор вмешательства зависит от состояния больной.

Мы не можем рекомендовать внутривенное введение питуитрина из опасения еще больше усилить анемический шок¹.

Дежурный врач произвел массаж матки на кулаке, одновременно с этим вновь сделано переливание крови (500 мл).

13 часов 25 минут. Состояние родильницы тяжелое, она беспокоится, резко бледна. Пульс 130 ударов в минуту, нитевидный, пот на лице, зрачки широкие. Матка сократилась, выделений из влагалища нет.

Итак, нам удалось справиться с кровотечением, но у больной развиваются тяжелые клинические явления анемии. Повторное внутривенное переливание крови не дало эффекта.

Какие следует провести мероприятия?

1. Продолжить переливание крови капельным способом.

2. Произвести внутриартериальное нагнетание крови.

Капельное переливание крови (и вливание кровезаменяющих растворов) является, действительно, прекрасным способом борьбы с анемией и шоком. Однако необходимо учесть крайне тяжелое состояние больной и отсутствие эффекта от внутривенного переливания крови. Дальнейшее внутривенное переливание крови при прогрессирующем падении артериального давления может еще больше ухудшить состояние больной. В этой связи необходимо напомнить, что И. Р. Петров различает две фазы при кровопотере. В первой фазе компенсированной кровопотери больная бледна, у нее тахикардия и одышка, однако артериальное давление не снижается; во второй фазе декомпенсированной кровопотери наступает прогрессирующее снижение кровяного (артериального и венозного) давления. В. А. Неговский, Л. С. Персианинов и другие авторы указывают, что при прогрессирующем снижении артериального давления, несмотря на внутривенное переливание крови, возникают витальные показания к срочному внутриартериальному нагнетанию крови. Необходимо учесть также данные новейшей литературы [Фирт, Хейхал (Firt, Hejhal, 1954)] о том, что массивное внутривенное струйное переливание крови может оказать отрицательное влияние. Это может быть обусловлено токсическим воздействием цитрата на мышцу сердца и спазмом легочных сосудов, а не перегрузкой сердца, как это принято думать. Указанные авторы рекомендуют (с целью предотвращения интоксикации) при быстром переливании больших доз крови введение внутривенно хлористого кальция в следующем количестве: 20 мл 10% раствора после введения первых 500 мл цитратной крови и по 10 мл этого раствора на каждые последующие 500 мл крови. Хейхал и Фирт объясняют лучший эффект внутриартериального переливания по сравнению с внутривенным фильтрацией значительного количества цитрата в капиллярной сети и меньшей в связи с этим концентрацией цитрата в венозном русле².

Принимая во внимание данные клинического опыта и литературы, решено было произвести Д-ной внутриартериальное нагнетание крови (рис. 32).

¹ По данным А. Ю. Лурье (1955), в ряде родильных учреждений УССР с успехом было проведено 289 переливаний крови с питуитрином (не больше 1 мл). Кровь при атоническом кровотечении, по мнению этого автора, надо переливать медленно, а после остановки кровотечения — капельным способом. В настоящее время (1959) следует отдать предпочтение внутривенному переливанию окситоцина синтетического (медленно, 0,5—1 мл внутривенно) вместе с 40 мл 40% раствора глюкозы.

² Если после внутривенного введения 800—1000 мл крови состояние анемизированной больной не улучшается, следует приступить к внутриартериальному нагнетанию крови.

13 часов 35 минут. Произведено внутриартериальное нагнетание крови (300 мл под давлением 180 мм ртутного столба) в отсепарованную левую локтевую артерию. Больная почувствовала себя лучше. Пульс 120 ударов в минуту. Артериальное давление 90/60 мм. В вену с целью гемостаза введено капельным способом 100 мл плазмы с 4,5% раствором глюкозы и 150 мл эритроцитарной массы.

14 часов. Больная спокойна. Кожные покровы бледны. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения. Артериальное давление 110/70 мм. Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Больная выпила стакан горячего сладкого чая.

16 часов. Состояние улучшается. Больная порозовела. Пульс 110 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Больная переведена в первое акушерское отделение; обеспечено тщательное наблюдение дежурной акушерки.

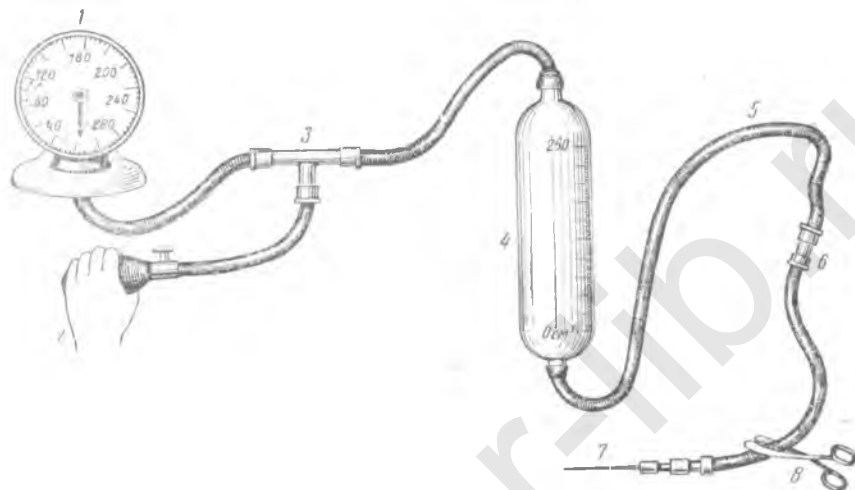


Рис. 32. Ампула, готовая к нагнетанию крови (по В. А. Неговскому).
1 — манометр; 2 — резиновая груша; 3 — тройник; 4 — ампула с кровью; 5 — резиновая трубка; 6 — стеклянная соединительная трубка; 7 — игла; 8 — зажим.

24/VI, 9 часов. Ночью спала. Самочувствие удовлетворительное. Температура 36,5° Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/70 мм. Матка плотная, неболезненная, дно ее на два поперечных пальца ниже пупка; лохии кровянистые, в небольшом количестве.

В дальнейшем (на 4-й и 8-й день) ввиду анемии было дважды произведено переливание (по 200 мл) эритроцитарной массы. Послеродовой период без осложнений. При исследовании крови 5/VII обнаружена гипохромная анемия. Д-на выписана домой 6/VII 1954 г. в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком. Выдана справка в женскую консультацию о необходимости дополнительного отпуска после родов и лечения анемии.

Приведенное наблюдение показывает, как опасна недооценка общего состояния больной при кровопотере (ошибочное применение способа Креде вместо ручного отделения последа). История родов Д-ной является также примером огромного значения для акушерской практики внутриартериального нагнетания крови. Опыт хирургов и ряда акушеров (Д. М. Волоха, И. Т. Мильченко, Н. П. Калашниковой, Л. С. Персианинова и др.) блестяще подтверждает высокую эффективность внутриартериального нагнетания крови при тяжелой кровопотере и шоке, с которыми приходится встречаться в акушерско-гинекологической практике.

В акушерской практике случаи острой кровопотери нередки: они требуют срочных мероприятий для борьбы с анемией при продолжающемся еще кровотечении (предлежание плаценты, разрыв матки, атоническое кровотечение). В этих случаях надо одновременно осуше-

ствлять меры для остановки кровотечения и борьбы с анемией. Если кровотечение продолжается, то показано струйное (до 500 мл), а затем капельное (до 1—2 л) переливание крови и плазмы.

Эпикриз

У Д-ной, повторнородящей, в третьем периоде родов возникло кровотечение. Введение питуитрина не дало эффекта. При кровопотере 550 мл, учащении пульса и снижении артериального давления дежурный врач вместо ручного отделения последа произвел (при отсутствии признаков отслоения) выжимание его по Креде. Задержка дольки плаценты. Ручное отделение остатков плаценты. Атоническое послеродовое кровотечение. Массаж матки на кулаке. Общая кровопотеря 950 мл. Постгеморрагическая анемия и шок. Внутривенное и внутриартериальное переливание крови, переливание плазмы и эритроцитарной массы. Повторное переливание эритроцитарной массы в послеродовом периоде. Выздоровление.

Срочные роды. Задержка дольки плаценты. Инструментальное обследование полости матки

И-ва, 35 лет, повторнородящая, поступила в акушерскую клинику 9/IX 1950 г. в 7 часов по поводу срочных родов. Схватки начались в 5 часов; воды не отходили.

Анамнез. В детстве болела корью и коклюшем, взрослой не болела. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, кровопотеря умеренная. Последняя менструация с 4 по 7/XII 1949 г.

Половая функция. Замужем с 23 лет. Мужу 40 лет, здоров. Последнее половое сношение было 3 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность четвертая. Первая и вторая беременности закончились (в 1940 и 1946 гг.) нормальными срочными родами; после родов не болела. Третья беременность закончилась криминальным абортom (в 1950 г.); после аборта болела в течение 4 недель.

Течение настоящей беременности. Во время беременности чувствовала себя хорошо. Женскую консультацию посетила 6 раз: впервые—при беременности сроком 8 недель, последний раз — 15/VIII 1950 г.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,5°, пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/70 мм. Вес 69 кг. Рост 158 см. Питание удовлетворительное.

Со стороны сердечно-сосудистого аппарата, органов дыхания, пищеварения и мочевой системы патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Живот вытянуто-овальной формы. Плод во втором продольном положении, головном предлежании; головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение 136 ударов в минуту, ясное. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см. Схватки через 5—6 минут, по 30—40 секунд.

Диагноз: срочные роды, первый период родов. Головное предлежание, вторая позиция.

10 часов. Начались потуги, через 5—6 минут, по 40—50 секунд. отошли прозрачные воды.

10 часов 40 минут. Родилась живая девочка, вес 3950 г, рост 52 см, окружность головки 35 см.

11 часов. Выделился самостоятельно послед; при осмотре его возникло сомнение в целостности плаценты; оболочки без дефектов. Самочувствие роженицы удовлетворительное; матка хорошо сократилась, дно ее на два поперечных пальца ниже пупка.

Осмотр плаценты не дал определенных результатов — она дряблая, разможена и, естественно, возникло сомнение в целостности плаценты. Однако кровотечения нет, матка хорошо сократилась, самочувствие роженицы вполне удовлетворительное.

Как поступить?

1. Оставить роженицу под наблюдением.

2. Произвести обследование полости матки.

С первым предложением нельзя согласиться, так как отсутствие кровотечения и хорошее сокращение матки при задержке дольки плаценты не исключают последующих осложнений — инфекции и кровотечения. Единственное решение, которое может предотвратить эти осложнения, — немедленно обследовать полость матки.

11 часов 30 минут. Инструментальное обследование полости матки большой кюреткой. Удалены сгустки крови и обрывки ткани (плаценты?).

14 часов. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение.

Послеродовой период протекал с субфебрильной температурой (37,4—37,8°); отмечена субинволюция матки, обильные кровянистые выделения.

18/IX. Кровотечение из влагалища усилилось. Выделились сгустки крови и кусок плацентарной ткани (2×3 см).

Влагалищное исследование. Из влагалища гнойно-кровянистые выделения с запахом, канал шейки матки пропускает полтора пальца; матка мягкая, болезненная при пальпации, увеличена до 16 недель беременности; придатки не пальпируются.

Диагноз: метроэндометрит вследствие задержки дольки плаценты.

Какова же причина этих осложнений? Какова терапия?

Можно предполагать, что развитие метроэндометрита обусловлено задержкой дольки плаценты в матке. В настоящее время ввиду наличия метроэндометрита терапия должна быть строго консервативной.

Больной назначен постельный режим, холод на низ живота, сульфодимезин по 1 г 3 раза в день. В течение последующих 10 дней явления метроэндометрита постепенно исчезали; температура снизилась до нормы; 28/IX родильница выписана в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

В. И. Тайгро, разобрав 317 случаев инструментального и 205 случаев ручного обследования полости матки, произведенного в Институте акушерства и гинекологии (Москва) за период с 1940 по 1951 г., детально изучила вопрос о результатах каждой из этих операций в третьем периоде родов. В. И. Тайгро установила, что при гистологическом исследовании ткани, удаленной из матки при выскабливании ее, плацентарная ткань была обнаружена лишь в 23,5% случаев, а мышечная ткань с элементами децидуальной ткани — в 10,4% случаев. После ручного обследования матки плацентарная ткань была обнаружена в 30%, мышечная и децидуальная ткань — в 3,5% случаев. Ряд авторов (А. Я. Ленинград, Б. И. Рессин, В. С. Соловьева, А. Е. Гитович, Н. А. Степанова, С. Ф. Мартемианов) также нередко обнаруживали при гистологическом исследовании соскоба из послеродовой матки мышечную ткань (в 14,7—23 и даже в 50% случаев).

По данным А. И. Слесаревой, Н. В. Маркова, Э. Д. Родиной и И. А. Панченко, И. Ф. Панцевича и С. Д. Амстиславского, имеется большая угроза перфорации при выскабливании матки после родов.

По данным В. И. Тайгро, течение послеродового периода после операции выскабливания сопровождалось субфебрильной и фебрильной температурой в 43,8%, после ручного обследования — в 37,6% случаев. Автор исключила при этом те роды, при которых были произведены другие акушерские операции.

Отдаленные последствия операции выскабливания матки после родов также менее благоприятны, чем операции ручного обследования матки: у ряда женщин возникают нарушения менструального цикла и вторичное бесплодие. И. Ф. Панцевич и С. Д. Амстиславский (1956) проанализировали материалы 537 операций выскабливания матки после родов, в том числе 384 — в раннем послеродовом периоде

и 153 — в последующие дни. Эти авторы установили, что результаты операции весьма неблагоприятны: 4 раза произошла перфорация матки (у одной больной была сделана ампутация матки), у 347 больных были осложнения в послеродовом периоде. Стойкие осложнения выявлены у 29 (из 43, у которых были изучены отдаленные последствия операции): вторичная аменорея — у 6, нарушения менструальной функции — у 4, вторичное бесплодие — у 9, боли в пояснице — у 10. И. Ф. Панцевич и С. Д. Амстиславский пришли к выводу, что операция выскабливания матки весьма травматична и ведет к тяжелым осложнениям; применение этой операции в раннем послеродовом периоде совершенно не оправдано¹. Мы наблюдали 2 больных с крайне тяжелыми осложнениями в результате операции выскабливания матки после родов. Приведем эти наблюдения.

1. **К-ва**, 27 лет, поступила в районную больницу 20/VI 1929 г. по поводу вторых срочных родов. Родила живую доношенную девочку. В третьем периоде родов кровотечение, выжимание последа по Креде, дефект дольки плаценты. Инструментальное обследование матки. На 10-й день после родов обильное кровотечение при явлениях метроэндометрита. Ручное обследование матки, удаление дольки плаценты. Септикопиемия. Смерть на 30-й день после родов.

2. **З-ва**, 35 лет, поступила в акушерскую клинику 20/IX 1931 г. по поводу третьих срочных родов. Беременность без осложнений. Роды живым доношенным мальчиком. В третьем периоде родов кровотечение, выжимание последа по Креде, дефект дольки плаценты. Дежурный врач сделал выскабливание матки, удалил сгустки крови и плацентарную ткань. Кровотечение продолжалось, нарастала анемия. Введение питунтрина, эрготина, массаж матки — без эффекта. Произведено ручное обследование матки и обнаружена субмукозная миома на ножке. Удаление миомы путем откручивания ее ножки, введение эрготина, переливание крови. Послеродовой эндометрит. Выздоровление.

Приведенные наблюдения говорят о том, что операция инструментального обследования матки после родов является травматичной и опасной. При необходимости обследования полости матки после родов следует отдать предпочтение операции ручного обследования.

Эпикриз

И-ва, 35 лет, срочные роды. Сомнение в целостности плаценты. Инструментальное обследование полости матки. Послеродовой метроэндометрит; самопроизвольное выделение задержавшейся в матке дольки плаценты на 9-й день после родов. Выздоровление. Применение более бережной и надежной операции ручного, а не инструментального обследования матки могло бы предотвратить серьезные осложнения: оставление дольки плаценты в матке и послеродовой метроэндометрит.

Частичное предлежание плаценты. Метрейриз.

Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Наложение клемм на маточные артерии по Генкелю-Тиканадзе.

Прижатие брюшной аорты

Ч-ва, 37 лет, поступила в акушерскую клинику 10/IX 1939 г. в 10 часов по поводу кровотечения при преждевременных родах на 38-й неделе беременности. Кровотечение началось 2 часа тому назад.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, дифтерию, взрослой болела сыпным и возвратным тифом.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 3 недели, по 4—5 дней, неболезненные, необильные. Последняя менструация с 18 по 23/XII 1938 г.

¹ К сожалению, указанные авторы не разделили четко случаи операции в раннем и более позднем послеродовом периоде, что, конечно, нельзя признать обоснованным.

Половая функция. Половая жизнь с 28 лет. Мужу 39 лет, здоров. Последнее половое сношение было месяц тому назад.

Генеративная функция. Беременность шестая, роды четвертые. Две беременности (четвертая и пятая) закончились самопроизвольными абортами при сроке 8—10 недель; после абортa болела, лежала в постели около 3 недель.

Общее и акушерское обследование. Состояние роженицы средней тяжести, бледна, жалуется на головокружение. Температура 36,3°. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 90/60 мм. Из влагалища довольно обильные кровянистые выделения.

Плод в первом продольном положении, головном предлежании, сердцебиение плода ясное, 126 ударов в минуту, ритмичное. Головка подвижна над входом в таз. Воды не отходили. Схватки начались в 8 часов 10/IX через 5—6 минут, по 30—40 секунд.

При влагалищном исследовании установлено раскрытие зева на три поперечных пальца; слева и впереди прощупывается ткань плаценты, оболочки целы; высоко над входом в малый таз предлежит головка.

Диагноз: преждевременные роды при беременности сроком 38 недель. Первый период родов. Частичное предлежание плаценты.

Вскрыты плодные оболочки. Введен метрейринтер. Кровотечение прекратилось, схватки усилились. Сделано переливание 400 мл крови. Артериальное давление 110/70 мм. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

11 часов 30 минут. Родился метрейринтер.

12 часов. Родился живой плод женского пола весом 2500 г.

12 часов 25 минут. Началось обильное кровотечение (500 мл). Роженица побледнела. Пульс 110 ударов в минуту. Артериальное давление 90/60 мм. Признаков отслоения плаценты нет; матка мягкая, дно ее на палец выше пупка.

Каков диагноз?

1. Разрыв шейки или влагалища.

2. Атония матки.

В пользу диагноза атонии говорят следующие обстоятельства: роды четвертые, матка мягкая, плод небольших размеров, кровотечения возникло не сразу, а через 25 минут после рождения плода.

Какова терапия?

1. Инъекция питуитрина.

2. Выжимание последа по Креде.

3. Ручное отделение последа.

Выбирая метод вмешательства при кровотечении всегда необходимо учитывать основную причину его, массивность и быстроту кровотечения и реакцию женщины на кровопотерю, а также исходное состояние, в котором поступила больная. Сопоставляя все эти моменты, мы должны учесть, что у роженицы Ч-вой уже при поступлении в клинику отмечались явления некомпенсированной кровопотери (снижение артериального давления); операция метрейриза обусловила прекращение дальнейшей кровопотери, а переливание крови улучшило состояние роженицы. Однако сейчас, при возобновлении кровотечения, существует большая опасность быстрого обескровливания больной. Все это побудило дежурного врача приступить к операции ручного отделения последа, так как она создавала наилучшие условия для эффективной борьбы с кровотечением и анемией.

12 часов 35 минут. Ручное отделение последа (под наркозом). Осмотр шейки и влагалища с помощью зеркал. Повреждений нет. Введен 1 мл эрготина, на живот положен пузырь со льдом. Матка сократилась. Произведено переливание 225 мл крови.

12 часов 45 минут. Матка вновь расслабилась, и началось кровотечение. Пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения; бледность кожных покровов. Артериальное давление 75/40 мм.

Состояние роженицы весьма тяжелое, кровотечение возобновилось; в связи с этим прогрессируют явления анемии. Надо срочно при-

нять радикальные меры для остановки кровотечения и в то же время бороться с анемией.

Как бороться с атонией матки? (стр. 243).

Необходимо принять меры, которые могли бы немедленно остановить кровотечение.

1. Массаж матки на кулаке (по Хробаку).
2. Прижатие маточных артерий по Генкелю-Тиканадзе и одновременное прижатие аорты.
3. Ампутация матки.

12 часов 45 минут. Ввиду тяжелого состояния больной врач распорядился приготовить операционную для ампутации матки. Одновременно с этим он, смазав руки

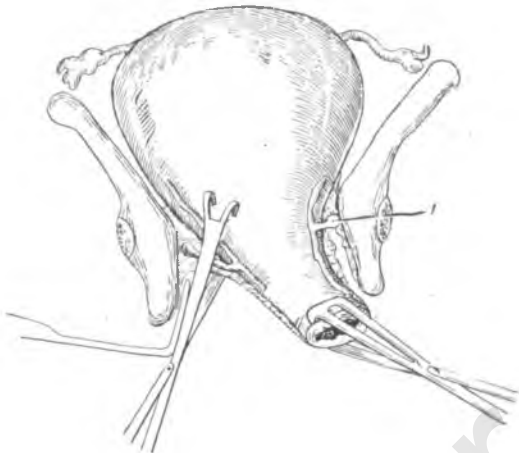


Рис. 33. Наложение клемм на маточные артерии (по Генкелю).
1 — a. uterina.

подъемник. На правое ребро матки (через свод), перпендикулярно к нему, наложен кишечный зажим, на бранши которого надеты резиновые трубки. Затем шейка оттянута вправо, и второй зажим наложен на левое ребро матки. Сняты пулевые щипцы с шейки матки. Кровотечение прекратилось. Через 10 минут прекращено давление на аорту. Кровотечение не возобновилось. Вновь перелито 500 мл крови. Состояние родильницы начало улучшаться. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения. Ввиду прекращения кровотечения и улучшения состояния больной операция ампутации матки отложена. Роженица оставлена под неотступным наблюдением в операционной.

22 часа. Самочувствие родильницы удовлетворительное. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/70 мм. Матка плотная, на уровне пупка; незначительные кровянистые выделения из влагалища.

Осторожно открыт замок одного, а затем второго кишечного зажима. Кровотечения нет. Через 10 минут зажимы сняты. Катетером выпущено 250 мл прозрачной мочи. При микроскопическом исследовании 11/IX никаких патологических элементов в осадке мочи не обнаружено.

Послеродовой период осложнился метроэндометритом. Мочеиспускание без осложнений. При повторных исследованиях мочи патологических изменений (гематурии) не обнаружено. Ввиду постгеморрагической анемии дважды (на 5-й и 15-й день после родов) перелита эритроцитарная масса (по 200 мл).

27/IX 1939 г. родильница со здоровым ребенком была выписана в удовлетворительном состоянии. Дана справка о необходимости дополнительного отпуска на 14 дней и терапии анемии.

У второй находившейся под нашим наблюдением роженицы способ Генкеля-Тиканадзе был успешно применен при атоническом кровотечении после родов двойней.

Метод накладывания клемм на маточную артерию был предложен Генкелем (1902, 1925) как крайняя мера при атоническом после-

родовом кровотечении, прежде чем решиться на ампутацию матки. Противники этого способа указывают на опасность ранения мочеочника или мочевого пузыря, образования мочевых затеков. Для предотвращения этих осложнений необходимо строгое выполнение следующих предварительных условий: опорожнение катетером мочевого пузыря и сильное подтягивание шейки матки книзу и в сторону; наложение зажимов (кишечных, по Тиканадзе) строго перпендикулярно к ребру матки.

Указывая на важность выполнения этих условий, мы вполне согласны со Шмидтом (Schmidt), который пишет, что опасения ранений мочевых путей имеют теоретический характер. Авторы, многократно применявшие способ Генкеля [Циммерман (Zimmermann), Бургкардт (Burgkhardt), Баумм (Baum), Лоренцен (Lorenzen) и Генкель (Henkel)], почти никогда их не наблюдали. В 1952 г. Д. А. Новицкий опубликовал 29 собственных успешных наблюдений применения клемм на маточные артерии. Автор собрал из литературы еще 75 случаев. Кроме того, за последние годы был опубликован ряд наблюдений об успешном применении способа Генкеля-Тиканадзе: Д. Н. Ворожцовой (6 случаев, из них 5 с успешным результатом), Козловской (успешный результат в 1 случае), И. И. Яковлева. Однако И. И. Яковлев не рекомендует широкое применение этого способа. О возможности применения способа Генкеля пишут Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский и К. К. Скробанский. Мы также считаем, что этот способ может быть применен лишь как крайняя мера, перед тем как решиться на ампутацию матки.

Акушерское учреждение всегда должно быть готово к борьбе с атоническим кровотечением. Поэтому в родовом блоке всегда должны быть следующие стерильные инструменты: зеркала влагалищные пластинчатые широкие Дуайена, акушерские щипцы, пулевые щипцы, иглодержатели, хирургические иглы, два кишечных зажима с резиновыми трубками на браншах, а также ампулы с кровью и аппарат для внутриартериального нагнетания крови.

Эпикриз

Ч-ва, повторнородящая, поступила в клинику по поводу преждевременных родов, осложненных частичным предлежанием плаценты и значительным кровотечением.

Вскрытие плодного пузыря. Метрейриз. Ручное отделение последа. Атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде. Массаж матки на кулаке (по Хробаку). Упорное атоническое кровотечение. Учитывая крайне тяжелое состояние больной, врач отдал распоряжение приготовить операционную для ампутации матки; предварительно он наложил кишечные клеммы на маточные артерии по Генкелю-Тиканадзе и кулаком прижал аорту. Кровотечение прекратилось. Операция ампутации матки была отменена. Переливание крови. Клеммы с маточных артерий сняты через 9 часов. Никаких осложнений со стороны мочевых путей. Выздоровление.

Многплодие. Поперечное положение второго плода.

Приращение плаценты (placenta accreta). Ампутация матки¹

Ш-ая, 29 лет, поступила в родильный дом 2/1 1953 г. в 15 часов 10 минут по поводу срочных родов.

Анамнез. В детстве болела корью, в 1944 г. — малярией, в 1949 г. — тромбфлебитом глубоких вен левого бедра с последующими повторными обострениями.

¹ Приведенное наблюдение любезно предоставлено нам А. И. Дмитриевой.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 4 недели, по 3 дня, безболезненные, необильные. Последняя менструация с 25 по 27/III 1952 г.

Половая функция. Замужем с 20 лет. Мужу 30 лет, венерическими заболеваниями не болен.

Генеративная функция. Беременность пятая. Первая беременность (в 1946 г.) закончилась криминальным абортom; после аборта наблюдалась аменорея в течение 5 месяцев. Вторая беременность (в 1948 г.) — поперечное положение крупного плода, операция поворота плода на ножку, перфорация последующей головки и ручное отделение последа. Третья беременность (в 1949 г.) — преждевременные роды, двойня, предлежание плаценты, поворот по Брекстон-Гиксу, извлечение мертвых плодов; ручное отделение плаценты. При четвертой беременности сроком 6 месяцев (в 1951 г.) — самопроизвольный аборт; лихорадочное состояние в течение 6 недель.

Течение настоящей беременности. В первые месяцы беременности была тошнота и рвота, во второй половине — отеки. За 10 дней до поступления заболела гриппом.

Общее обследование. Состояние при поступлении средней тяжести. Температура 38°. Пульс 90 ударов в минуту. Насморк, кашель. Отеки ног и живота. Артериальное давление 130/80 мм. Значительное ожирение. Вес 115 кг. Рост 160 см. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологических изменений не обнаружено. В легких немного сухих хрипов. В моче следы белка.

Акушерское обследование. Резко выпяченный, бочкообразной формы живот; большая пупочная грыжа. Окружность живота 125 см. Высота стояния дна матки над лоном 44 см. Брюшные стенки резко напряжены; при пальпации неясно определяются мелкие части слева от срединной линии тела. Слева от срединной линии на уровне пупка пальпируется округлая плотная часть (головка?). Над входом в таз пальпируются ягодицы, легко смещаемые. Сердцебиение плода на уровне пупка, слева от срединной линии тела, 150 ударов в минуту, ритмичное. Воды, по словам роженицы, отошли 6 часов тому назад; схватки начались 2/1 в 6 часов. Размеры таза 26, 29, 30, 21 см.

Роженица положена во второе акушерское отделение; назначен сульфодимезин по 0,5 г 6 раз в день.

15 часов 30 минут. Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие зева на 2½ поперечных пальца, края зева тонкие, плодного пузыря нет; предлежат ягодицы во входе в таз; межвертельная линия в правом косом размере таза; крестец справа, спереди; выделяется меконий.

Диагноз: срочные роды. Первый период родов. Двойня. Поперечное положение второго плода. Раннее отхождение вод. Грипп.

Как вести роды? Какой их прогноз?

1. Роды вести выжидательно. После рождения первого плода точно установить положение второго плода; при поперечном положении — поворот и извлечение. В третьем периоде родов быть готовым к борьбе с кровотечением и к ручному отделению последа.

Прогноз весьма серьезен ввиду осложнения гриппом, поперечного положения второго плода, данных анамнеза о патологическом течении всех предшествовавших беременностей.

2. Применить медикаментозную стимуляцию, так как можно ожидать слабости родовой деятельности. В дальнейшем вести роды так, как указано в п. 1.

При многоплодии и многоводии слабость родовой деятельности наблюдается весьма часто (в 17,3%, по В. И. Бодяжиной, Е. М. Вихляевой и Ю. Ф. Ефимовой). Однако у Ш-ой трети роды, она только поступила в родильный дом, и потому мы не имеем еще оснований ни для диагноза первичной слабости родовой деятельности, ни для стимуляции.

17 часов. Начались потуги. Ягодицы опустились в полость малого таза. Сердцебиение плода ясное, 150 ударов в минуту.

17 часов 10 минут. Началось врезывание ягодиц; смешанное ягодичное предлежание.

17 часов 20 минут. Оказано классическое ручное пособие — освобождены ручки; головка выведена по способу Морисо-Левре-Ляшпель. Ребенок (мальчик, вес 3000 г, рост 49 см) извлечен в состоянии синей асфиксии. Сделано отсасывание слизи.

погружен в ванночку с теплой водой; начал дышать через 2 минуты. Пуловина пересечена; ребенок отделен от матери. На плацентарный остаток пуловины наложен зажим.

Как дальше вести роды?

1. Проверить наличие второго плода, его положение. При обнаружении продольного положения вести роды выжидательно.

2. При обнаружении поперечного положения плода сделать не медленно классический поворот и извлечение.

3. При обнаружении поперечного положения плода сделать наружный поворот и вскрыть плодный пузырь, затем вести роды выжидательно.

При наружном исследовании подтвержден первоначальный диагноз поперечного положения второго плода. Сердцебиение его 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Самостоятельные роды при поперечном положении плода, как правило, невозможны. В подобных случаях безусловно показан поворот плода. Какой способ поворота предпочесть: наружный или классический (наружно-внутренний)? При выборе метода операции необходимо учесть, что поворот второго плода — весьма простая операция как наружными, так и наружно-внутренними приемами. Однако против наружного поворота говорят следующие обстоятельства: опасность отслойки плаценты после рождения первого плода, неуверенность в быстром рождении второго плода, так как матка очень перерастянута.

Итак, следует предпочесть операцию классического поворота с последующим извлечением плода. К этой операции мы рекомендуем приступить немедленно, так как после отхождения вод может весьма быстро возникнуть запущенное поперечное положение плода.

17 часов 30 минут. Влагалищное исследование. Полное раскрытие зева, плодный пузырь цел; предлежащая часть не определяется. Плодные оболочки разорваны, излилось около 1,5 л прозрачных вод. Сделана операция классического поворота на ножку и извлечение второго плода. Ребенок мужского пола, закричал сразу. Вес 3270 г, рост 50 см.

Начался третий период родов, наиболее ответственный. Анамнез Ш-ой крайне неблагоприятен — при каждой беременности были серьезные осложнения; при обоих предшествовавших родах производилось ручное отделение плаценты, после аборта при четвертой беременности развилось септическое заболевание. Необходимо проверить все ли готово для остановки кровотечения и переливания крови.

18 часов. Началось кровотечение (300 мл), признаков отделения плаценты нет. Дно матки выше пупка, консистенция матки мягкая.

Какова причина кровотечения? Как поступить?

Ввиду многоплодия, многоводия и появления кровотечения лишь через 30 минут после извлечения плода, а также размягчения матки следует думать не о травме, а об атонии матки. Учитывая крайне неблагоприятные данные анамнеза, не следует терять время и надеяться на успех таких вмешательств, как массаж матки, питуитрин, выжимание последа по Креде; необходимо произвести ручное отделение последа.

18 часов 10 минут. Операция ручного отделения последа. При введении руки в полость матки обнаружено, что она седловидная. На левой и задней стенках матки обнаружена одна плацента, а в куполообразном выступе правого угла — вторая. Нижерасположенная плацента пилящими движениями руки отделена от стенки матки и удалена потягиванием за пуловину. При попытке отделить вторую плаценту возникли очень большие трудности; не удавалось отделить ее от стенки матки, она как бы

вросла в нее и рвалась; извлечены лишь куски плаценты. После этого врач вторично вошел рукой в матку и пытался отделить плаценту, однако эта попытка не удалась; вместе с тем было обнаружено резкое истончение стенки матки; поверхность ее в месте расположения плаценты была неровной, торчали обрывки ткани. Опасаясь перфорировать матку, врач прекратил операцию.

Во время операции возникло массивное кровотечение (около 1700 мл). Состояние роженицы ухудшилось, она резко побледнела. Пульс 130 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление упало до 70/30 мм.

Какой диагноз? Какова терапия?

Диагноз истинного приращения плаценты не вызывает сомнений. Опытный врач-акушер не мог отделить плаценту, оставил большие куски ее в полости матки, обнаружил резкое истончение стенки матки. Все это говорит в пользу диагноза приращения плаценты. При подобных обстоятельствах и массивном кровотечении единственная надежда спасти больную заключается в срочной ампутации матки. Для того чтобы предотвратить смерть от кровотечения до производства операции, кулаком прижата аорта, впрыснут 1 мл эрготина, матка прижата двуручным приемом по Пискачеву (см. рис. 30; стр. 245).

Показания к операции ампутации матки: приращение плаценты, атоническое кровотечение.

18 часов 30 минут. Операция ампутации матки. Стенки матки очень дряблые, правый рог матки куполообразно выпячен, стенки его тонкие; на поверхности матки выделяется сеть расширенных сосудов. Наложены зажимы, перерезаны и лигированы круглые связки матки, собственные связки яичника, трубы слева и справа; листки широких связок и маточно-пузырная складка брюшины рассечены, мочевого пузыря отделен книзу. Наложены зажимы на восходящие ветви маточных артерий и вены справа и слева. Сосудистые пучки рассечены и перевязаны. Начато переливание крови. Матка ампутирована на уровне внутреннего зева. Узловые кетгуттовые швы на культю шейки матки. Перитонизация раны.

В брюшную полость введено 400 000 ЕД пенициллина. Послойное зашивание брюшной стенки, ушивание пупочной грыжи. Асептическая повязка. Во время операции перелито струйным способом 750 мл крови, а затем начато капельное переливание крови (всего перелито 1700 мл).

Состояние больной несколько улучшилось. Пульс 110 ударов в минуту. Артериальное давление 100/50 мм.

При осмотре удаленной матки после рассечения ее правого угла обнаружено: стенка матки резко истончена, обрывки плацентарной ткани выпячиваются в полость матки; отделить плаценту от матки не удастся. При гистологическом исследовании препарата обнаружено глубокое прорастание ворсин в мышечный слой матки; мышцы матки местами некротизированы, атрофированы, вакуолизированы.

Таким образом, клинический диагноз приращения плаценты был подтвержден и на операции, и при гистологическом исследовании.

Термином «приращение плаценты» определяют такую патологию, при которой вследствие отсутствия или недостаточного развития *decidua basalis* ворсинки хориона прорастают в мышечный слой матки; в результате этого не может произойти отслоение плаценты от стенки матки, а попытка ручного отделения плаценты оказывается безуспешной.

Весьма трудно привести достоверные данные о частоте этой патологии. Если учитывать все опубликованные случаи, то, по данным Штеккеля, истинное приращение плаценты встречается один раз на 4166 родов. Однако значительное большинство опубликованных случаев нельзя считать убедительными, так как отсутствует гистологическое исследование стенки матки. Дитрих (Dietrich, 1922), тщательно изучив литературу по этому вопросу, считает, что, кроме его наблюдения, достоверны лишь 19 случаев из многих описанных. В отечественной литературе наиболее полное описание истинного приращения пла-

центы дано в диссертации М. А. Колосова (1909). В анамнезе женщин с приращенной плацентой наиболее часто встречаются: 1) повторное отделение плаценты при предшествовавших родах, 2) септические заболевания после родов, аборт, 3) выскабливание матки после родов, 4) нарушения менструаций, особенно аменорея.

Клинические симптомы приращения плаценты до конца родов, как правило, отсутствуют. Крайне редко в конце беременности или в начале родов происходит самопроизвольный разрыв матки вследствие прорастания ворсинок хориона до серозного покрова матки [Ф. А. Александров, 1900; Кратохвиль (Kratochwil, 1921); Дитрих, 1922]. Подобное осложнение чаще наблюдается, если плацента прикрепляется в месте рубца на матке после кесарева сечения (Кувелер). В первом и во втором периодах родов иногда может отмечаться [Мартин (Martin)] слабость родовой деятельности, однако это осложнение отнюдь не является патогномичным для приращения плаценты.

Если вся плацента по ее поверхности приросла к матке, то отделения плаценты не происходит, кровотечения не возникает, способ Креде безуспешен. При попытке отделить послед врач обнаруживает глубокое врастание ворсин в стенку матки и (при достаточном опыте и осторожности!) приходит к выводу о невозможности отделить послед. При чрезмерной настойчивости, неопытности врача может произойти катастрофа — разрыв стенки матки и прохождение рукой в брюшную полость. Попытки отделить послед влекут за собой массивное кровотечение. Прогноз очень серьезен, так как больная может погибнуть от кровотечения до того, как успеют сделать ампутацию матки.

Вернемся теперь к Ш-ой. Благодаря опыту, выдержке врача, правильной диагностике и срочному производству операции жизнь ее спасена!

В послеоперационном периоде трижды было произведено переливание эритроцитарной массы. Выздоровление шло медленно ввиду резкого обескровливания большой и обострения тромбофлебита бедренных вен.

Ш-ая выписана из родильного дома 13/II 1953 г. в удовлетворительном состоянии, с двумя детьми.

Приведенное редкое наблюдение является ярким примером того, какое огромное значение имеет своевременное распознавание приращения плаценты и быстрая организация ампутации матки и борьбы с кровопотерей.

Эпикриз

Ш-ая, повторнородящая, доставлена в родильный дом по поводу третьих срочных родов. Акушерский анамнез крайне неблагоприятный: септическое заболевание после аборта, повторное ручное отделение последа при родах. В настоящее время грипп, температура 38°. Диагностирована двойня, причем первый плод в тазовом предлежании, второй — в поперечном положении. Самопроизвольное рождение первого плода, поворот и извлечение второго плода. Дети доношенные, живые. Атоническое кровотечение в третьем периоде родов. Безуспешные попытки ручного отделения плаценты. Массивное кровотечение (1700 мл). Диагноз приращения плаценты. Срочная ампутация матки. Переливание 1700 мл крови. Выздоровление.

ГЛАВА X

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

Беременность сроком 38 недель. Чистое ягодичное предлежание. Акушерское пособие по Цовьянову

П-ко, 29 лет, поступила в акушерскую клинику 2/1 1956 г. в 10 часов по поводу родовых схваток при беременности сроком 38 недель.

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной, ветряной оспой, взрослой — гриппом. В 1952 г. болела воспалением придатков матки (после аборта), лечилась амбулаторно. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 30 дней, по 3 дня, кровопотеря умеренная. С 1952 по 1955 г. — гипоменорея. Последняя менструация с 10 по 12/IV 1955 г.

Половая функция. Замужем второй раз. Впервые вышла замуж в 20 лет, с мужем прожила один год. Второй раз замужем 7 лет. Мужу 33 года, здоров. Последнее половое сношение 5 месяцев тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность (в 1952 г.) закончилась самопроизвольным абортом. После аборта было лихорадочное состояние в течение 2 недель, воспаление придатков матки. Настоящая беременность вторая.

Течение настоящей беременности. В первой половине беременности (на 9-й неделе) были явления угрожающего аборта; в течение 2 недель лежала в родильном доме. Во второй половине беременности чувствовала себя удовлетворительно. Женскую консультацию посетила 8 раз: впервые — при сроке беременности 7 недель, последний раз — 10/IV 1956 г. Посетила 3 занятия по психопрофилактической подготовке к родам. Схватки начались 2/IV в 6 часов.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,8°. Пульс 74 удара в минуту, небольшая пастозность голеней и стоп. Артериальное давление 120/70 мм.

При обследовании сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения мочевой системы патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Живот выпукло-овальной формы, окружность его 90 см. Дно матки на 30 см над лонем. Плод во втором продольном положении; над входом в таз пальпируется крупная часть, мягкой консистенции, легко смещаемая. У дна матки, несколько слева от срединной линии, определяется округлая, плотной консистенции, крупная часть плода; признак баллотирования положительный. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, справа от срединной линии тела, на уровне лупка. Схватки через 9—10 минут, по 30—35 секунд, слабые; воды не отходили. Размеры таза 25, 28, 30, 20 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, узкое. Шейка матки сглажена; открытие зева на полтора поперечных пальца, плодный пузырь цел, во время схватки наливается; высоко пальпируются ягодицы. Мыс не достигается.

Какой диагноз? Какова терапия?

Данные анамнеза о сроке последней менструации, первой явке в женскую консультацию, срок предоставления отпуска по беременности, а также объективное исследование говорят о недоношенной беременности 38 недель. Обнаружение плотной, баллотирующей крупной части плода у дна матки и мягкой крупной части плода над вхо-

дом в таз позволяет поставить диагноз тазового предлежания; уточнить форму предлежания трудно из-за малого раскрытия зева и опасности вскрыть плодные оболочки. Наличие схваток и сглаживания шейки с раскрытием зева на полтора поперечных пальца говорит о начале родового акта — первом периоде родов. Итак, мы можем поставить следующий диагноз: беременность сроком 38 недель, преждевременные роды. Первый период родов, тазовое предлежание плода.

Раньше чем решать вопрос о дальнейшем ведении этих родов, необходимо, кроме приведенного выше диагноза, учесть данные общего и акушерского анамнеза. Согласно анамнестическим данным, первая беременность закончилась самопроизвольным абортом, осложнившимся воспалением придатков матки; при настоящей беременности также были симптомы угрожающего аборта, а роды начались на 2 недели раньше срока; кроме того, после аборта была гипоменорея. Все это заставляет нас сделать вывод о наличии у П-ко нарушений развития полового аппарата типа инфантилизма. Роды у подобных женщин нередко бывают преждевременными и характеризуются первичной слабостью родовой деятельности, тем более что плод находится в тазовом предлежании.

По данным А. К. Антонович (1940), процент преждевременных родов при тазовом предлежании на 382 родов равен 22,6, по Л. М. Белецкой (1952), на 1022 родов — 31,6, по Л. Ф. Шинкаревой (1952), на 446 родов — 37,4. Слабость родовой деятельности, по данным Л. М. Белецкой, отмечалась в 14,8%, по Л. Ф. Шинкаревой, — в 16,9% родов.

Однако есть ли у нас основания сейчас, в первый же час после поступления роженицы, поставить диагноз слабости родовой деятельности и немедленно приступить к стимуляции ее? Такой вывод был бы поспешным и необоснованным. В то же время надо подумать о возможности раннего отхождения вод (пузырь хорошо наливается при схватках, а газовый конец плода еще не опустился во вход в таз) и по возможности предотвратить это. П. А. Белошапко и И. Ф. Жордания рекомендуют с этой целью операцию кольпеприза. Мы, как и многие акушеры, не являемся сторонниками кольпеприза. До настоящего времени не опубликовано клинических материалов, подтверждающих его эффективность; кроме того, нахождение кольпепринтера во влагалище может затруднить своевременную диагностику отхождения вод.

Итак, будем придерживаться следующей тактики при ведении родов у П-ко: строгое наблюдение, постельный режим, при отхождении вод — немедленное влагалищное исследование, при слабости родовой деятельности — стимуляция ее.

12 часов. Схватки через 6—8 минут, по 30—40 секунд. Роженица ведет себя спокойно; тазовый конец плода прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное.

13 часов. Схватки через 6—8 минут, по 30 секунд. Поведение роженицы спокойное. Сердцебиение плода 132 удара в минуту. отошли воды с меконием.

Как протекают роды? Как вести их дальше?

В процессе наблюдения за развитием родового акта в течение 3 часов можно констатировать, что родовая деятельность регулярна, хотя сила схваток не нарастает; тазовый конец плода начал опускаться в полость малого таза. Однако насколько эффективна родовая деятельность, происходит ли дальнейшее раскрытие маточного зева, не выпала ли пуповина при отхождении вод — все эти вопросы можно уточнить лишь путем влагалищного исследования. К этому мы и прибегнем.

13 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Раскрытие зева на 2¹/₂ поперечных пальца; плодного пузыря нет. Предлежащая часть ягодички; крестец плода обращен вправо и впереди, межвертельная линия в правом косом размере таза; спереди определяются нижняя и средняя трети задней поверхности лонного сочленения, сзади с трудом согнутым пальцем можно достичь мыса.

Диагноз: чистое ягодичное предлежание. Первый период родов. Раннее отхождение вод. Первичная слабость родовой деятельности.

Мы говорим о первичной слабости родовой деятельности на основании как наблюдения за роженицей в течение 3 часов, так и медленного раскрытия зева (на 2¹/₂ поперечных пальца) за 7 часов после начала схваток. При наличии указанного диагноза назначена стимуляция родовой деятельности по следующей прописи:

| | |
|-------------------|---------------------------|
| 13 часов 30 минут | Касторовое масло 60 мл |
| 14 часов 30 минут | Хинин серноокислый 0,15 г |
| 14 часов 45 минут | Карбохолин 0,001 г |
| | Сахар 0,25 г |
| 15 часов | Хинин серноокислый 0,15 г |
| 15 часов 15 минут | Карбохолин 0,001 г. |
| | Сахар 0,25 г |
| 15 часов 30 минут | Хинин серноокислый 0,15 г |
| 15 часов 45 минут | Карбохолин 0,001 г |
| | Сахар 0,25 г |

и внутривенно: 30 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

15 часов 30 минут. Роженица ведет себя спокойно. Схватки через 5 минут, сильные, по 40—50 секунд; ягодички опустились в полость малого таза. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Из влагалища выделяется меконий.

В течение 3 часов после отхождения вод и назначения стимуляции родовая деятельность усилилась, ягодички опустились в полость малого таза. Следовательно, мы можем констатировать положительный эффект стимуляции. Надо внимательно следить за состоянием плода и после начала потуг, когда будет отмечено врезывание ягодички, перевести роженицу в родовую комнату и положить на поперечную кровать Рахманова, а затем применить акушерское пособие, предложенное Н. А. Цовьяновым.

16 часов. Начались потуги, через 7—8 минут, по 20—30 секунд.

17 часов. Началось врезывание ягодички. Роженица переведена в родовую блок, положена на кровать Рахманова.

Роды в тазовом предлежании требуют от врача не только вдумчивого наблюдения, но и готовности к акушерским вмешательствам в случае возникновения асфиксии плода или других осложнений (запрокидывания ручек, разгибания головки). Однако основной принцип, которого всегда надо придерживаться, — не вмешиваться без показаний, особенно не прибегать к необоснованной экстракции плода, так как эта операция очень сложна и нередко влечет за собой гибель плода.

Необходимо: 1) приготовить ванночку и теплую воду; 2) катетер для отсасывания слизи при асфиксии плода; 3) иглодержатели, иглы хирургические, шовный материал; 4) зеркала для осмотра шейки матки; 5) эрготин, питуитрин; 6) инъецировать роженице с целью предотвращения спазма шейки 1 мл следующего раствора:

Rp. Atropini sulfuri 0,01
Papaverini 0,2
Aq. destill. 10,0
Sterilisetur pro injectione
MDS. По 1 мл для подкожной инъекции

Акушер должен вымыть руки до локтя и быть готовым к приему плода.

17 часов 30 минут. Началось прорезывание ягодиц плода. Врач приступил к акушерскому пособию по Цовьянову.

Основная цель этого пособия — сохранить естественное направление движения ягодиц вперед и членорасположение плода, при кото-

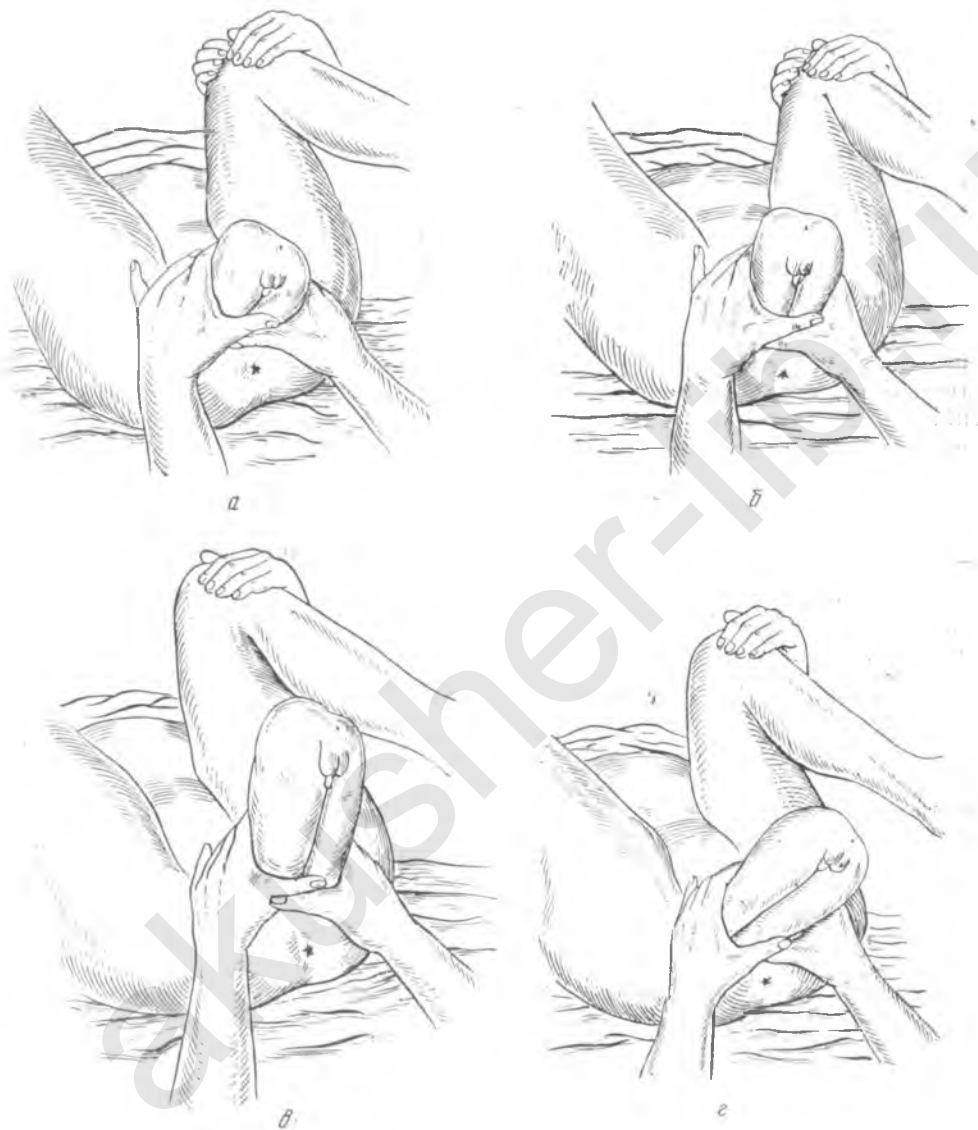


Рис. 34. Пособие при чистом ягодичном предлежании (по Цовьянову). По мере рождения туловища плода акушер передвигает руки к половой щели (а, б, в, г).

ром ножки вытянуты вдоль туловища и ручки прижаты к грудной клетке. В этих условиях тело плода представляет собой конус, расширяющийся кверху, что создает очень благоприятные условия для прорезывания последующей головки. Ягодицы захватываются так, чтобы большие пальцы акушера располагались на прижатых к животу бедрах плода (рис. 34), остальные четыре пальца каждой руки должны

лежать на крестцовой поверхности плода. В дальнейшем акушер, по мере рождения туловища, перемещает руки к вульварному кольцу.

Первой была освобождена (при олускании туловища книзу и кзади) передняя ручка, а затем задняя. Задняя ручка освобождена путем поднятия туловища вверх и вперед. Выведение последующей головки не вызвало затруднений.

Ребенок женского пола, закричал сразу. Вес 2800 г, окружность головки 34 см. На разрыв промежности I степени наложено (после анестезии новокаином) два кетгутовых шва.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписана домой 11/4 со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение показывает эффективность своевременной стимуляции родовой деятельности и применения акушерского пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании, не осложненном запрокидыванием ручек или разгибанием головки.

Эпикриз

П-ко, первородящая, роды при тазовом предлежании плода осложнились ранним отхождением вод и первичной слабостью родовой деятельности. Фармакологическая стимуляция родовой деятельности (хинин, карбохолин, глюкоза, хлористый кальций). Акушерское пособие по Цовьянову. Родилась живая девочка.

Беременность сроком 40 недель. Ножное предлежание плода. Акушерское пособие по Цовьянову. Классическое ручное пособие

Б-ва, 24 лет, поступила в акушерскую клинику 7/IV 1956 г. в 12 часов 55 минут по поводу родовых схваток; схватки начались 7/IV в 6 часов 30 минут; воды не отошли.

Анамнез. В детстве и взрослой не болела. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 30 дней, по 3—4 дня, кровопотеря умеренная. Последняя менструация 27/VI 1955 г.

Половая функция. Замужем с 23 лет. Мужу 26 лет, здоров.

Течение настоящей беременности. Беременность первая, проходила без осложнений. Женскую консультацию посетила 10 раз; впервые при сроке беременности 7 недель, последний раз — 4/IV. Посетила 5 занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/75 мм. Рост 161 см, вес 68 кг. Отеков нет.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Живот вытянуто-овальной формы, окружность его 98 см; дно матки на 34 см выше лона. Плод в косом положении; слева от входа в таз определяется округлая крупная часть плода мягкой консистенции; справа у дна матки прощупывается плотная, округлой формы крупная часть; признак баллотирования положительный. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, ясное, слева от срединной линии тела на уровне лупка.

Схватки через 5—7 минут, по 30—35 секунд. Длина плода (по Альфельду) 50 см. Размеры таза 25, 28, 30, 19 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки соглажена; раскрытие зева на 2½ поперечных пальца. Плодные оболочки целы; предлежащая часть не определяется. Мыс не достигается.

Каков диагноз? Какова терапия и прогноз родов?

Срочные роды. Косое положение плода.

1. Надо сделать наружный поворот плода.

2. Надо выждать отхождения вод и произвести наружно-внутренний поворот плода.

3. Надо положить роженицу на левый бок, после чего плод может перейти в продольное положение.

При переходе плода в продольное положение прогноз родов благоприятен, однако необходимо учитывать, что тазовый конец плода ближе ко входу в таз.

Что касается способа перевода плода в продольное положение, то имеются три совершенно различных предложения: сделать наружный поворот или комбинированный наружно-внутренний поворот или же ограничиться тем, что положить женщину на левый бок. Первые два предложения являются весьма радикальными, но они не всегда дают хороший результат. Так, после наружного поворота при целых водах и подвижности тазового конца над входом в таз плод вновь может перейти в косое положение. Вскрытие же пузыря при раскрытии зева на 2½ поперечных пальца необосновано — вместе с водами может выпасть пуповина, а роды будут развиваться по типу «сухих». Поворот при неполном раскрытии зева, так называемый поворот по Брекстон-Гиксу, весьма труден и к тому же в большом проценте случаев влечет за собой асфиксию и гибель плода; быстрое извлечение плода невозможно, так как родовые пути не подготовлены. Принимая во внимание опасность операции поворота, с одной стороны, и упругость брюшных стенок у первородящей — с другой, мы решили положить ее на левый бок; при этом плод может самостоятельно перейти в продольное положение.

15 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 4—5 минут, по 40 секунд, несколько болезненные. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Плод в продольном положении, тазовом предлежании. Сделана инъекция 1 мл 2% раствора промедола.

17 часов. Схватки через 2—3 минуты, сильные, по 45—50 секунд, умеренно болезненные. Поведение роженицы спокойное. отошли околоплодные воды в количестве около 500 мл, прозрачные. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное.

Как дальше вести роды? Не произошло ли выпадения мелких частей (например, пуповины) при отхождении вод?

Поставленные вопросы являются очень важными и для ответа на них необходимо немедленно произвести влагалищное исследование.

17 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Раскрытие зева на 4½ поперечных пальца, плодный пузырь отсутствует; прощупывается ножка плода (правая), опускающаяся во влагалище; ягодицы над входом в таз.

Диагноз: конец первого периода родов. Неполное ножное предлежание.

Как вести роды дальше?

Все авторы единодушно отмечают, что прогноз для плода при родах в ножном предлежании часто неблагоприятен. Так, по данным Л. М. Белецкой (1952), мертворождаемость при ножном предлежании на 193 родов была 11,4%. Число оперативных вмешательств во втором периоде родов очень велико. Производились следующие операции и акушерские пособия: экстракция плода — 30 раз (мертворожденных 5), классическое ручное пособие — 68 раз (мертворожденных 9), акушерское пособие по Цовьянову — 81 раз (мертворожденных 3). Только 14 из 193 родов в ножном предлежании закончились самопроизвольно; при этом мертворожденных было 6 (при редукции плодов, погибших до начала родов, — 4), один ребенок умер в период новорожденности.

По данным других авторов, мертворождаемость при ножном предлежании колеблется от 15 до 35% (Н. А. Цовьянов). Основным осложнением родов при ножном предлежании является запрокидывание

лежать на крестцовой поверхности плода. В дальнейшем акушер, по мере рождения туловища, перемещает руки к вульварному кольцу.

Первой была освобождена (при олускании туловища книзу и кзади) передняя ручка, а затем задняя. Задняя ручка освобождена путем поднятия туловища кверху и кпереди. Выведение последующей головки не вызвало затруднений

Ребенок женского пола, закричал сразу. Вес 2800 г, окружность головки 34 см. На разрыв промежности I степени наложено (после анестезии новокаином) два кетгутовых шва.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписана домой 11/4 со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение показывает эффективность своевременной стимуляции родовой деятельности и применения акушерского пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании, не осложненном запрокидыванием ручек или разгибанием головки.

Эпикриз

П-ко, первородящая, роды при тазовом предлежании плода осложнились ранним отхождением вод и первичной слабостью родовой деятельности. Фармакологическая стимуляция родовой деятельности (хинин, карбохалин, глюкоза, хлористый кальций). Акушерское пособие по Цовьянову. Родилась живая девочка.

Беременность сроком 40 недель. Ножное предлежание плода. Акушерское пособие по Цовьянову. Классическое ручное пособие

Б-ва, 24 лет, поступила в акушерскую клинику 7/IV 1956 г. в 12 часов 55 минут по поводу родовых схваток; схватки начались 7/IV в 6 часов 30 минут; воды не отходили.

Анамнез. В детстве и взрослой не болела. Бытовые условия удовлетворительные. Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через 30 дней, по 3—4 дня, кровопотеря умеренная. Последняя менструация 27/VI 1955 г.

Половая функция. Замужем с 23 лет. Мужу 26 лет, здоров.

Течение настоящей беременности. Беременность первая, проходила без осложнений. Женскую консультацию посетила 10 раз; впервые при сроке беременности 7 недель, последний раз — 4/IV. Посетила 5 занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/75 мм. Рост 161 см, вес 68 кг. Отеков нет.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Живот вытянуто-овальной формы, окружность его 98 см; дно матки на 34 см выше лона. Плод в косом положении; слева от входа в таз определяется округлая крупная часть плода мягкой консистенции; справа у дна матки прощупывается плотная, округлой формы крупная часть; признак баллотирования положительный. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, ясное, слева от срединной линии тела на уровне пупка.

Схватки через 5—7 минут, по 30—35 секунд. Длина плода (по Альфельду) 50 см. Размеры таза 25, 28, 30, 19 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена; раскрытие зева на 2½ поперечных пальца. Плодные оболочки целы; предлежащая часть не определяется. Мыс не достигается.

Каков диагноз? Какова терапия и прогноз родов?

Срочные роды. Косое положение плода.

1. Надо сделать наружный поворот плода.

2. Надо выждать отхождения вод и произвести наружно-внутренний поворот плода.

3. Надо положить роженицу на левый бок, после чего плод может перейти в продольное положение.

При переходе плода в продольное положение прогноз родов благоприятен, однако необходимо учитывать, что тазовый конец плода ближе ко входу в таз.

Что касается способа перевода плода в продольное положение, то имеются три совершенно различных предложения: сделать наружный поворот или комбинированный наружно-внутренний поворот или же ограничиться тем, что положить женщину на левый бок. Первые два предложения являются весьма радикальными, но они не всегда дают хороший результат. Так, после наружного поворота при целых водах и подвижности тазового конца над входом в таз плод вновь может перейти в косое положение. Вскрытие же пузыря при раскрытии зева на 2¹/₂ поперечных пальца необосновано — вместе с водами может выпасть пуповина, а роды будут развиваться по типу «сухих». Поворот при неполном раскрытии зева, так называемый поворот по Брекстон-Гиксу, весьма труден и к тому же в большом проценте случаев влечет за собой асфиксию и гибель плода; быстрое извлечение плода невозможно, так как родовые пути не подготовлены. Принимая во внимание опасность операции поворота, с одной стороны, и упругость брюшных стенок у первородящей — с другой, мы решили положить ее на левый бок; при этом плод может самостоятельно перейти в продольное положение.

15 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 4—5 минут, по 40 секунд, несколько болезненные. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Плод в продольном положении, тазовом предлежании. Сделана инъекция 1 мл 2% раствора промедола.

17 часов. Схватки через 2—3 минуты, сильные, по 45—50 секунд, умеренно болезненные. Поведение роженицы спокойное. Отшли околоплодные воды в количестве около 500 мл, прозрачные. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное.

Как дальше вести роды? Не произошло ли выпадения мелких частей (например, пуповины) при отхождении вод?

Поставленные вопросы являются очень важными и для ответа на них необходимо немедленно произвести влагалищное исследование.

17 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Раскрытие зева на 4¹/₂ поперечных пальца, плодный пузырь отсутствует; прощупывается ножка плода (правая), опускающаяся во влагалище; ягодицы над входом в таз.

Диагноз: конец первого периода родов. Неполное ножное предлежание.

Как вести роды дальше?

Все авторы единодушно отмечают, что прогноз для плода при родах в ножном предлежании часто неблагоприятен. Так, по данным Л. М. Белецкой (1952), мертворождаемость при ножном предлежании на 193 родов была 11,4%. Число оперативных вмешательств во втором периоде родов очень велико. Производились следующие операции и акушерские пособия: экстракция плода — 30 раз (мертворожденных 5), классическое ручное пособие — 68 раз (мертворожденных 9), акушерское пособие по Цовьянову — 81 раз (мертворожденных 3). Только 14 из 193 родов в ножном предлежании закончились самопроизвольно; при этом мертворожденных было 6 (при редукции плодов, погибших до начала родов, — 4), один ребенок умер в период новорожденности.

По данным других авторов, мертворождаемость при ножном предлежании колеблется от 15 до 35% (Н. А. Цовьянов). Основным осложнением родов при ножном предлежании является запрокидывание

ручек и ущемление последующей головки, что требует сложных операций. Крайне важно для благоприятного исхода родов, чтобы рождение плода наступило после полного раскрытия маточного зева и при сильных родовых схватках. В 1949 г. Н. А. Цовьянов предложил очень простое и эффективное акушерское пособие при ножном предлежании. Его основная идея состоит в недопущении рождения ножек плода до полного раскрытия маточного зева. Результаты применения этого пособия, как видно из работы Л. М. Белецкой, весьма благоприятны (по сравнению с данными других авторов, не применявших еще этот способ): 3 мертворожденных на 81 случай родов с пособием по Цовьянову.

Итак, дежурный врач решил вести роды у Б-вой по способу Цовьянова.

17 часов 15 минут. Роженица переведена в родовую комнату и положена на продольную кровать Рахманова. Акушер сел на стул лицом к роженице, справа от нее, положил локоть правой руки на кровать между раздвинутыми бедрами роженицы и ладонной поверхностью правой руки, приложенной к вульве, оказывал противодействие рождению ножек во время потуги.

Как долго задерживать рождение ножек?

По Цовьянову, это может продолжаться от 30 минут до 3—4 часов. Длительность подобного вмешательства зависит от следующих моментов: данных предшествовавшего влагалищного исследования, характера потуг, раскрытия половой щели; удержание ножек надо прекратить, если, несмотря на оказываемое сопротивление, они начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера (Н. А. Цовьянов).

Применение этого метода требует от акушера большого опыта и тщательного наблюдения за роженицей. Необходимо после каждой потуги контролировать сердцебиение плода, а также тщательно следить за сокращением матки, ее чувствительностью, растяжением. Не следует применять этот способ у повторнородящих, имеющих неблагоприятный анамнез: септические заболевания половых органов, операции на матке, прободение матки (опасность разрыва матки).

18 часов. Потуги сильные, через 3—4 минуты, по 45—50 секунд; половая щель во время потуги широко раскрывается и рядом с рукой акушера выпячивается ступня плода. Создана поперечная кровать, удерживание ножек прекращено. Из влагалища сразу же выпали ножки и началось прорезывание туловища. В три потуги туловище родилось до нижнего угла лопаток. В этот момент потуги ослабли, дальнейшее рождение плода остановилось.

Когда плод родится до нижнего угла лопаток, то головка начинает опускаться в полость малого таза и может прижать пуповину; так возникает асфиксия плода. Если в ближайшие 3—4 минуты плод не будет извлечен, наступит смерть от асфиксии.

Что делать?

1. Надо немедленно произвести классическое ручное пособие.

2. Надо впрыснуть питуитрин, чтобы ускорить рождение плода.

Предложение впрыснуть питуитрин нельзя считать рациональным, так как эффект его не всегда положительный. Кроме того, инъекция питуитрина иногда обуславливает спазматические схватки и крайне затрудняет быстрое освобождение ручек и последующей головки.

Единственный способ, который показан в подобных обстоятельствах, — немедленное применение ручного пособия. Вместе с тем мы считаем необходимым обратить внимание на ошибочность положения о необходимости применения ручного пособия во всех случаях родов с тазовым предлежанием плода.

Для производства этого пособия необходимы и показания, и соответствующие условия. Классическое ручное пособие показано, если плод не рождается через 3—4 минуты после того, как он вышел из половой щели до нижнего угла лопаток. Условия для применения этого пособия: полное раскрытие маточного зева (оно налицо, так как плод родился до нижнего угла лопаток) и соответствие между размерами плода и таза роженицы; вопрос о наличии второго условия следует уточнить до того, как принять решение о выжидательном ведении родов.



Рис. 35. Освобождение задней ручки (по Н. Н. Феноменову).



Рис. 36. Освобождение передней ручки из-под лона (по Мюллеру).

18 часов 12 минут. Оказано классическое ручное пособие. Ножки плода захвачены левой рукой у голеностопного сустава и подняты резко кпереди и влево. Во влагалище (по спинке плода, ближе к крестцовой впадине) введен указательный и средний пальцы левой руки; идя по спинке, а затем по плечу плода, врач доходит до локтевого сгиба (рис. 35). Врач надавливает на локоть (не на плечевую кость, так как возможен перелом) и опускает ручку кзади так, чтобы она совершила «умывательное» движение. Из влагалища показались вначале локоть, а затем предплечье и кисть.

После выведения задней ручки ножки плода были опущены книзу и кзади (рис. 36), двумя пальцами была освобождена из-под лона передняя ручка [по Мюллеру (Müller)]¹. Головка освобождена по способу Морисо-Левре-Ляшпель: туловище плода акушер «положил верхом» на предплечье левой руки и ввел указательный палец во влагалище по задней его стенке, а затем в ротик плода; второй рукой врач охватил плод в надключичных областях (рис. 37). Так как головка в это время опустилась в полость малого таза, была сделана тракция кзади и вниз; когда головка опустилась настолько, что область большого затылочного отверстия опустилась до нижнего края лонной дуги, акушер встал и резко приподнял туловище кпереди; из половой щели показались подбородок, личико, лобик, а затем затылок.

Плод (девочка) извлечен в состоянии синей асфиксии; оживлен через 2 минуты по Соколову — Легенченко. Вес плода 2900 г, рост 51 см. Осмотр с помощью

¹ Мюллер предлагал оттягивать туловище плода вниз до тех пор, пока из-под лонной дуги не покажется переднее плечико и ручка сама не выйдет наружу. Если ручка не выходит, то ее освобождают с помощью двух пальцев.

зеркал. Разрыв шейки не обнаружен. На разрыв промежности II степени наложены (после местной новокаиновой анестезии) узловатые кетгуттовые швы, на кожу промежности — 4 скобки Мишеля.

18 часов 45 минут. Вышел послед по Шульце. Общая кровопотеря во время родов 150 мл. При осмотре последа дефектов не обнаружено.

21 час 30 минут. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение.

Послеродовой период без осложнений. На 4-е сутки сняты скобки с промежности — заживление первичным натяжением.

Родильница в удовлетворительном состоянии выписана со здоровым ребенком 21/IV 1956 г.



Рис. 37. Освобождение головки по способу Морисо-Левре-Ляшапель.

Приведенное наблюдение показывает большое значение применения способа Цовьянова при ножном предлежании. Вместе с тем всегда необходимо помнить, что этот способ требует опыта и большой бдительности от акушера (опасность асфиксии плода, перерастяжения матки и разрыва ее!).

При классическом ручном пособии переднюю ручку лучше освобождать из-под лона. Менее выгодно поворачивать туловище плода на 180° с тем, чтобы передняя ручка оказалась задней и затем освободить ее; мы вынуждены это делать лишь в случае невозможности вывести переднюю ручку из-под лона.

При ведении родов в тазовом предлежании акушеру никогда не надо торопиться; он должен обладать способностью не только вовремя оперировать, но и вдумчиво наблюдать.

Каждому акушеру необходимо хорошо освоить технику классического ручного пособия, извлечения последующей головки и одной из наиболее сложных акушерских операций — экстракции плода за тазовый конец. Надо помнить, что акушерское пособие по Цовьянову может быть оказано лишь в неосложненных случаях.

Эпикриз

Б-ва поступила в акушерскую клинику по поводу срочных первых родов. Ввиду обнаружения косого положения плода уложена на бок. Плод перешел в продольное положение, тазовое предлежание. После отхождения вод диагностировано (при влагалищном исследовании) неполное ножное предлежание. Применено акушерское пособие по Цовьянову. При задержке плечевого пояса и головки оказано классическое ручное пособие. Извлечена живая доношенная девочка.

Беременность сроком 40 недель. Ножное предлежание плода. Общесуженный плоский таз. Асфиксия плода. Экстракция плода

С-ва, 35 лет, поступила в акушерскую клинику 5/1 1956 г. в 12 часов 10 минут по поводу родовых схваток.

Анамнез. В детстве болела scarlatinой, корью, взрослой — воспалением легких, гриппом, ангиной. В детстве росла в тяжелых материальных условиях. В настоящее время бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 19 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, в скудном количестве, безболезненные. Последняя менструация с 20 по 24/III 1955 г.

Половая функция. Замужем с 25 лет. Мужу 33 года, здоров.

Генеративная функция. Было три беременности: двое родов; первые (в 1952 г.) — срочные без осложнений; ребенок жив (при рождении вес 2660 г); вторые роды (в 1954 г.) — также срочные, плод родился в тазовом предлежании (вес 2700 г), мертвым; производилось ручное отделение последа. Одна беременность (в 1953 г.) закончилась криминальным абортom с последующим выскабливанием матки (в больнице) без осложнений.

Течение настоящей беременности. Во время беременности (четвертой) чувствовала себя удовлетворительно. Женскую консультацию посетила один раз. Схватки начались 5/1 в 8 часов.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,8°. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/80 мм. Рост 148 см, вес 51,9 кг. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения патологических изменений не обнаружено. Отеков нет.

Акушерское обследование. Живот овальной формы, окружность его 95 см; высота дна матки над лоном 32 см. Плод в продольном положении, первой позиции, тазовом предлежании. Сердцебиение плода на уровне пупка, 130 ударов в минуту, слева от срединной линии тела. Длина плода (по Альфельду) 48 см. Схватки через 15—17 минут, по 25 секунд, слабые. Воды не отходили. Размеры таза 23,5; 26; 29; 17,5 см.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка немного укорочена; наружный зев пропускает полтора поперечных пальца. Плодный пузырь цел; высоко над входом в таз определяются ножки. Диагональная конъюгата 10,5 см.

14 часов. Ввиду сужения таза решено произвести рентгенопельвиметрию. Размеры таза: поперечный — 13,2 см, прямой — 9 см. Место соединения I и II крестцовых позвонков выступает в полость малого таза (второй мыс); расстояние от лона до места соединения этих позвонков — 9 см.

Какой диагноз? Какова терапия и прогноз родов?

Измерение таза показало, что все его размеры уменьшены, но прямой размер несколько больше других; кроме того, при рентгенографии обнаружен так называемый второй мыс. Следовательно, можно охарактеризовать этот таз как плоский.

Диагноз: беременность сроком 40 недель, срочные роды. Ножное предлежание плода. Общесуженный плоский таз (сужение II степени).

Для решения вопроса о прогнозе родов необходимо учесть акушерский анамнез, а также размеры таза и плода.

Длина плода (по Альфельду) 48 см, а наибольшая окружность живота беременной — 98 см. Это позволяет считать, что плод средних размеров. Что касается данных анамнеза о рождении в 1954 г. мертвого плода (весом 2700 г) в ножном предлежании, то мы не имели копии истории родов и не могли уточнить, в силу каких причин погиб плод; нам удалось лишь узнать, что роды принимала акушерка в участковой больнице.

Итак, учитывая средние размеры плода и сравнительно незначительное сужение таза, прогноз родов можно (с большой осторожностью) считать благоприятным; роды возможны через естественные родовые пути. Однако ведение подобных родов требует от врача большого опыта, выдержки и умения вовремя применить необходимую операцию и придать роженице выгодное положение. Если понадобится

извлечение последующей головки, то при прохождении ее через плоскость входа в малый таз целесообразно придать роженице положение на краю стола с опущенными ногами (положение Вальхера); при таком положении роженицы увеличивается прямой размер входа в малый таз. На основании клинических наблюдений С. Д. Астринский (1939) высказал взгляд, что положение Вальхера нерационально, так как при нем увеличивается (на $10-12^\circ$) угол наклонения таза и затрудняется вставление предлежащей части. Автор считает более рациональным положение с приподнятым тазом (валик под ягодицы) и резко притянутыми к животу бедрами. При этом положении угол наклонения таза уменьшается на $10-15^\circ$ и облегчается вставление головки. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы проверить обоснованность положений С. Д. Астринского. В настоящее время надо уложить роженицу в постель, с тем чтобы по возможности предотвратить раннее отхождение вод.

5/1, 14 часов 45 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки средней силы, через 6—7 минут, по 35—40 секунд. Тазовый конец плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное, на уровне пупка. Отошли в небольшом количестве прозрачные воды.

Произошло серьезное осложнение — раннее отхождение вод. Необходимо немедленно произвести влагалищное исследование с целью проверить, не выпала ли пуповина, и уточнить форму предлежания.

14 часов 55 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие зева на $2\frac{1}{2}$ поперечных пальца. В небольшом количестве выделяются прозрачные воды. Плодный пузырь цел, при схватках наливается; через оболочки прощупываются ступни плода.

Диагноз: срочные роды (второй период). Высокий разрыв плодных оболочек, ножное предлежание плода. Общесуженный плоский таз (сужение II степени).

К счастью, произошел, вероятно, лишь высокий разрыв пузыря, и передние воды не все излились.

Как же вести роды дальше?

1. Роды вести выжидательно. Ввиду первичной слабости родовой деятельности надо начать стимуляцию ее.

2. Роды вести выжидательно.

Имеем ли мы основание сейчас поставить диагноз первичной слабости родовой деятельности и в соответствии с этим начать стимуляцию? За $2\frac{1}{2}$ часа наблюдения отмечено учащение и усиление схваток, наружный зев раскрылся еще на один поперечный палец. Следовательно, родовой процесс развивается нормально, у нас нет в данный момент оснований говорить о слабости родовой деятельности и нет необходимости стимуляции ее. Благоприятным фактором является также сохранение целостности пузыря и лишь частичное истечение вод. Итак, продолжим наблюдение за роженицей.

16 часов. Состояние удовлетворительное. Схватки средней силы, болезненные, через 4—5 минут, по 45—50 секунд. Тазовый конец плода над входом в таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Подтекают в небольшом количестве чистые воды.

Инъекция 1 мл 2% раствора промедола. После инъекции болезненность схваток несколько уменьшилась.

18 часов. Схватки через 3—4 минуты, по 50 секунд, снова болезненные. Тазовый конец плода над входом в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Подтекают воды в небольшом количестве, прозрачные.

18 часов 10 минут. Инъекции 1 мл 2% раствора промедола; эффект положитель-

ный. Прошли воды прозрачные, в умеренном количестве. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Начались потуги.

С целью проверить, где и как расположены ножки, не выпала ли пуловина, в 18 часов 20 минут произведено влагалищное исследование. Открытие зева на 4 поперечных пальца, со всех сторон пальпируется край зева. Высоко во входе в таз определяются стопы плода с обращенными кзади пятками.

На основании произведенного обследования можно считать, что имеет место конец первого периода родов.

Какова терапия?

1. Период раскрытия не закончился. Необходимо назначить профилактику асфиксии плода по Хмелевскому-Николаеву, контролировать каждые 5 минут сердцебиение плода, ввести атропин. Способ Цовьянова не применять.

2. То же. Применить способ Цовьянова.

Для того чтобы решить вопрос, применять или не применять способ Цовьянова, необходимо учесть, что у роженицы общесуженный плоский таз, а родовые пути еще не вполне подготовлены — края зева определяются со всех сторон.



Рис. 38. Извлечение плода за ножки.

Таким образом, если мы допустим сейчас рождение ножек, то при прорезывании последующей головки может возникнуть затруднение в результате не только узкого таза, но и от ущемления головки в шейке матки. Более обоснованно применить способ Цовьянова, т. е. удерживать ножки во влагалище и способствовать таким образом окончательному раскрытию шейки; в то же время надо тщательно следить за состоянием роженицы, сокращениями матки, ее растяжением и состоянием плода. Внутривенные инъекции глюкозы (40 мл 40% раствора) и кордиамина (1 мл), ингаляции кислорода, подкожное введение 1 мл атропина — бесспорно целесообразные мероприятия.

18 часов 30 минут. Потуги через 4—5 минут, по 35—45 секунд. Акушер удерживает ножки плода рукой при помощи стерильной пеленки, приложенной к вульве. Сердцебиение плода 112 ударов в минуту, ритмичное, затем стало приглушенное. Ингаляция кислорода.

18 часов 40 минут. Потуги через 3—4 минуты, по 35 секунд, слабые; сердцебиение плода 98 ударов в минуту, ритмичное, глухое. Несмотря на проведение профилактики асфиксии, она прогрессирует. Дальнейшее выжидание невозможно — надо произвести влагалищное исследование и приступить к экстракции плода.

18 часов 45 минут. Ингаляционный эфирный наркоз. Влагалищное исследование. Полное ножное предлежание; ножки в полости малого таза, согнуты в коленных суставах. Пуловина не определяется.

Ассистент осторожно надавливает сверху на дно матки, чтобы предупредить разгибание головки. Ножки захвачены за стопы и выведены из влагалища. Затем они захвачены так, что большие пальцы лежат вдоль икроножных мышц, а остальные обхватывают голень спереди (рис. 38); по мере извлечения плода пальцы акушера перемещаются все выше, ближе к половой щели роженицы. После рождения ножек плод захвачен за тазовое кольцо (рис. 39), большие пальцы положены на ягодицы сзади, указательные — в паховый сгиб, а три пальца — на бедра (не на животик!). Плод из-



Рис. 39. Расположение рук акушера при извлечении плода за тазовый конец.

влечен до нижнего угла лопаток. Обе ручки выпали сами. Обе ноги роженицы опущены вниз (по Вальхеру) (рис. 40). Так как плечики после выпадения ручек были в

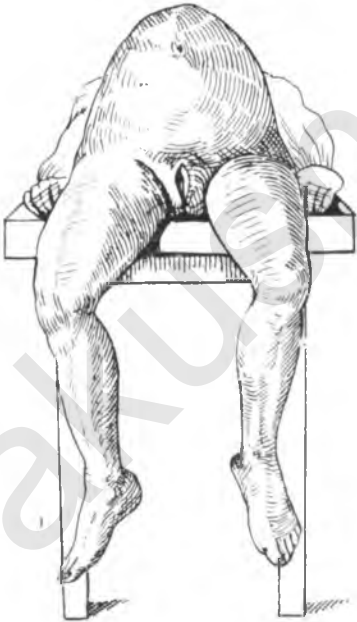


Рис. 40. Вальхеровское положение.

прямом размере выхода из таза, то головка, надо полагать, находилась в поперечном размере входа в таз. Применение в этих условиях классического приема Морисо-Левре-Ляшпель является ошибочным, так как головка повернется в прямой размер входа в таз. Дежурный акушер применил другой прием: он вошел левой рукой во влагалище, вдоль правой его стенки, достиг ротика плода и произвел легкое сгибание головки. Помощник в это время произвел сверху над лобком легкое давление на головку, она опустилась в полость малого таза. Акушер, не вынимая руки из влагалища, произвел давление на подбородок сбоку, повернув его кзади (рис. 41); после этого, положив туловище плода на левое предплечье, ввел указательный палец в ротик плода, а двумя пальцами второй руки схватил шею плода и приступил к тракциям кзади и книзу. Во время тракции головка перешла в прямой размер выхода из малого таза. Под лонную фугу фиксировалась подзатылочная область; ножки плода резко подняты кверху, над промежностью показались подбородок, личико, лобик и родилась вся головка. Плод (девочка весом 2900 г) извлечен в синей асфиксии с обвитой вокруг шеи пуповиной; оживлен по Соколову-Легенченко через 3 минуты.

19 часов 20 минут. Выделился послед — без дефектов. Кровопотеря 150 мл. Осмотр с помощью зеркала. Повреждений шейки матки не обнаружено; промежность цела.

22 часа. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение.

Послеродовой период без осложнений. У ребенка в течение первых 2 суток были

незначительные явления раздражения центральной нервной системы; в течение 3 суток его не прикладывали к груди матери.

16/1 родильница в удовлетворительном состоянии выписана домой со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение показывает, как важно критически оценивать данные анамнеза и заранее сопоставить размеры плода и таза. Недооценка этих данных могла бы повести к необоснованно неблагоприятному прогнозу для плода и решению произвести абдоминальное кесарево сечение.



Рис. 41. Извлечение последующей головки, находящейся во входе в таз.

Эпикриз

С-ва, повторнородящая, диагностировано тазовое предлежание плода, общесуженный плоский таз II степени. На основании небольших размеров плода и сравнительно небольшого сужения таза сделано заключение о возможности естественного родоразрешения. Ввиду полного ножного предлежания применено акушерское пособие по Цовьянову. Асфиксия плода. Извлечение плода за ножку. Освобождение последующей головки. Извлечен в синей асфиксии плод женского пола весом 2900 г, оживлен по Соколову-Легенченко.

Беременность сроком 35 недель. Тазовое предлежание плода. Наружный акушерский поворот

И-ва, 29 лет, повторно обратилась в женскую консультацию 10/IX 1953 г.; беременность сроком 35 недель.

Анамнез. В детстве болела скарлатиной, корью, взрослой не болела. Бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, через 3 недели, по 3—4 дня, безболезненные, с умеренной кровопотерей. Последняя менструация с 8 по 10/1 1953 г.

Половая функция. Замужем с 26 лет. Мужу 32 года, здоров. Гинекологические заболевания отрицает. Последнее половое сношение было месяц тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность в 1951 г. закончилась срочными родами; плод был в тазовом предлежании. Во время родов произошло раннее отхождение вод, выпадение пуповины; плод родился мертвым (вес 3250 г). После-родовой период без осложнений.

Течение настоящей беременности. И-ва чувствует себя удовлетворительно, мечтает стать матерью. Впервые женскую консультацию посетила при беременности сроком 7 недель, в дальнейшем ежемесячно бывала на приеме у врача.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/70 мм. Отеков нет. Вес 72 кг, рост 156 см.

При обследовании сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и мочевой системы патологических изменений не обнаружено. Стул регулярный; последний раз дефекация была утром 10/IX.

Акушерское обследование. Живот вытянуто-овальной формы. Плод в продольном положении, первой позиции. Над входом в таз определяется крупная часть мягкой консистенции; признак баллотирования отрицательный. В дне матки, несколько вправо от срединной линии тела, определяется плотная, баллотирующая, округлой формы, крупная часть плода (головка). Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное, слева от срединной линии тела, на уровне пупка. Брюшная стенка упруга, пальпация ее не болезненна; плод подвижен. Размеры таза 26, 29, 31, 21 см. Окружность запястья (по Соловьеву) — 15 см.

Какой диагноз? Какой прогноз?

Прощупывание над входом в таз подлежащей части мягкой консистенции и обнаружение плотной округлой части, дающей признак баллотирования, у дна матки, приводит нас к выводу о наличии тазового предлежания плода. Конечно, поскольку положение плода является продольным, оно должно быть отнесено к группе правильных. Однако вопрос о прогнозе родов при тазовом предлежании решить нелегко, так как огромный коллективный опыт акушеров учит, что прогноз для ребенка не всегда благоприятен: процент преждевременных родов, мертворождаемости и травмы детей при родах в тазовом предлежании в несколько раз больше, чем при головном предлежании. Так, по данным акушерско-гинекологической клиники Медицинского института г. Сталино за 1933—1939 гг. (А. К. Антонович), среди 382 родов в тазовом предлежании было 22,6% преждевременных, тогда как средний процент преждевременных родов за эти же годы в группе родов с головным предлежанием плода в 3 раза меньше — 7,5%. Преждевременное и раннее отхождение вод при тазовом предлежании наблюдалось в 11,4% родов, тогда как при головном предлежании — в 5,2%. Травма костного скелета и нервов отмечена в 4%, выпадение пуповины — в 2,6%, мертворождаемость — в 12,53% родов (за исключением случаев смерти плодов до поступления в клинику — 6,4%). По данным М. С. Малиновского, мертворождаемость при тазовом предлежании достигает 15%, по данным И. Ф. Жордана, — 11,1% у молодых первородящих и 32% у старых первородящих. Введение в широкую практику пособия по Цовьянову при чистом ягодичном, а в особенности при ножном предлежании плода снизило мертворождаемость при неосложненных родах в этих группах. Однако и по новейшим данным, мертворождаемость детей при родах в тазовом предлежании значительно выше, чем при родах в головном предлежании. Так, по данным Л. Ф. Шинкаревой за 1940—1950 гг., проанализировавшей 446 случаев родов в тазовом предлежании, мертворождаемость равна 4,1%. В этой же клинике в 1933—1936 гг. (Д. Я. Дарон) мертворождаемость достигала 12%. Л. Ф. Шинкарева объясняет это снижение применением способов стимуляции родовой деятельности и профилактикой асфиксии плода по Хмелевскому-Николаеву. При родах, проведенных с применением ручного пособия по Цовьянову, мертворождаемость снизилась до 2,6%.

Л. М. Белецкая проанализировала материалы 3 родильных домов Москвы, в которых за 1948—1951 гг. произошло 1022 родов в тазовом предлежании, что составило 3,4% к общему числу родов (29 721). За эти годы в 15 случаях роды закончились кесаревым сечением, в 1007 — произошли через естественные пути. Анализ столь большого числа родов показывает, что процент различных акушерских осложнений и мертворождаемости при тазовом предлежании и в настоящее время еще весьма высок. Так, процент преждевременных родов по-

прежнему составляет 31,6, несвоевременного отхождения вод — 23,9 (в том числе преждевременного — 13,3, раннего — 10,6), выпадения пуповины — 1,49, слабости родовой деятельности — 14,8. Внутриутробная асфиксия плода была установлена в 24%, мертворождаемость — в 8,6% родов, за исключением случаев смерти плода до поступления в родильный дом (6,4%). Мертворождаемость и смертность детей значительно колебались в отдельных группах в зависимости от формы предлежания и сопутствующих осложнений. Так, при 395 родах с чистым ягодичным предлежанием и применением способа Цовьянова мертворождаемость составила 2,9% (редуцированная — 1,7%), смертность детей — 5%. При сочетании способа Цовьянова с классическим ручным пособием (176 родов) мертворождаемость повысилась до 3,9% (редуцированная — до 3,4%), смертность — до 5%. При смешанном ягодичном предлежании (120 родов) акушерские операции (классическое ручное пособие, извлечение плода, низведение ножки) были применены 108 раз. Мертворождаемость составила 10,8%, смертность детей — 20%. При ножном предлежании (193 родов) мертворождаемость была 11,4%, смертность детей — 20,7%. По способу Цовьянова проведены 81 роды с ножным предлежанием: мертворожденных было трое; один ребенок умер в периоде новорожденности.

Приведенные материалы с исчерпывающей полнотой показывают, что прогноз родов, в особенности для плода при тазовом предлежании, значительно хуже, чем при головном предлежании. В отдельных группах родов с тазовым предлежанием мертворождаемость колеблется от 3,4% (при чистом ягодичном предлежании) до 11,4% (при ножном предлежании). Общая же мертворождаемость на 1007 родов в тазовом предлежании составила 8,6% (в 6,4% — редуцированная), т. е. в 4 раза больше, чем при головном предлежании (2% на 29 721 роды).

Таким образом, применение акушерских пособий по Цовьянову обусловило снижение мертворождаемости при ножном предлежании плода и неосложненных родах при чистом ягодичном предлежании. Мертворождаемость при всех родах в тазовом предлежании, среди которых много осложненных, и в настоящее время остается еще высокой. Вопрос о способах дальнейшего снижения мертворождаемости при тазовом предлежании плода остается актуальной проблемой акушерства. Что касается повреждений промежности у матери, то и в настоящее время они весьма часты и составляют 21—22%.

Все эти обстоятельства обусловили поиски новых путей для дальнейшего снижения мертворождаемости. Одним из таких способов является наружный (профилактический) поворот плода на головку во время беременности. Вопрос о целесообразности применения этой операции подвергался серьезной дискуссии. Одни авторы (М. С. Малиновский, К. К. Скробанский) являются принципиальными противниками наружного поворота при тазовом предлежании плода, другие (Б. А. Архангельский, А. Г. Бутылин, П. Я. Лельчук, Р. Г. Лурье, И. Т. Мильченко, И. И. Яковлев), наоборот, — сторонники этой операции. Первые указывают на единичные случаи тяжелых повреждений, вплоть до разрыва матки, гибели плода; другие приводят большое число наблюдений, доказывающих безопасность операции наружного поворота.

IV пленум Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министрств здравоохранения СССР и РСФСР (1952) всесторонне обсудил (по докладу К. Н. Жмакина) этот вопрос и принял решение о возможности и обоснованности применения наружного (профилактического) поворота у беременных с тазовым предлежанием. Эта опера-

ция, как и все другие акушерские операции, имеет свои показания и противопоказания и требует наличия определенных условий. Показанием к операции является наличие беременности и тазового предлежания плода при нормальных размерах таза или сужении таза с истинной конъюгатой не ниже 9 см. Основные условия, допускающие производство операции: беременность сроком 34—36 недель, живой плод, податливость брюшной стенки, подвижность плода. Противопоказания к операции: а) осложнение беременности кровотечением, хотя бы незначительным (данные анамнеза, осмотра); б) указание на самопроизвольный аборт или преждевременные роды при предшествующих беременностях; в) многоводие и маловодие; г) многоплодие; д) значительное сужение таза или наличие рубцов во влагалище, когда возможность родоразрешения живым плодом сомнительна; е) токсикозы беременности, декомпенсация сердечно-сосудистой деятельности, ж) подозрение на гидроцефалию; з) наличие в анамнезе абдоминального кесарева сечения или операции вылушивания узлов миомы из матки, внутрибрюшинных спаек; и) аномалии развития матки, опухоли придатков.

Каковы же результаты поворота, по литературным данным?

В табл. 10 приведены соответствующие данные о 1609 операциях наружного акушерского поворота.

Таблица 10

Наружный (профилактический) поворот при тазовом предлежании плода

| Автор | Количество поворотов | Преждевременные роды | Мертворождаемость | Поворот не удался |
|---------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | |
| Б. А. Архангельский, | | | | |
| М. Б. Трубкович | 741 | 1,5 | 1,3 | 12,2 |
| А. А. Ашман | 103 | — | 0,97 | — |
| А. Г. Бугылин | 100 | — | 1,0 | — |
| М. Н. Дьякова | 200 | 1,33 | 2,0 | 14,1 |
| А. А. Канер | 139 | 0,7 | 0,7 | — |
| Г. К. Черепашин | 200 | — | 1,2 | — |
| М. Ю. Чуловский | 126 | — | — | 6,3 |

При весьма осторожном подходе к операции поворота и строгой оценке противопоказаний М. Н. Дьякова установила, что среди 305 беременных с тазовым предлежанием плода у 72 были противопоказания к повороту. В ряде случаев попытка поворота была неудачной. Процент таких неудач колеблется от 6,3 (М. Ю. Чуловский) до 12,2—14,1 (Б. А. Архангельский и М. Б. Трубкович, М. Н. Дьякова). Однако в случае удавшегося поворота и родов в головном предлежании процент мертворождаемости в 5—10 раз меньше, чем при тазовых предлежаниях.

Операцию наружного поворота необходимо делать осторожно, не форсируя; применение наркоза противопоказано. Эту операцию может производить опытный врач в стационаре или в женской консультации, объединенной с родильным домом; перед операцией беременной опорожняют мочевой пузырь и кишечник.

Итак, учитывая приведенные выше материалы, мы решили предложить И-вой произвести наружный поворот плода на головку. Беременной была разъяснена возможность производства поворота плода

на головку и цель этого вмешательства; она дала согласие на производство операции.

Операция. После опорожнения мочевого пузыря беременную уложили на твердую кушетку. Акушер сел на стул, справа от беременной, лицом к ней, левой рукой охватил головку плода, а правой — тазовый конец. Комбинированным надавливанием одной рукой на головку, а второй — на тазовый конец плод переведен (против движения часовой стрелки) последовательно в косое, поперечное, а затем снова в продольное, но головное предлежание. Таким образом плод повернут на 180°. После поворота беременная лежала на кушетке в консультации 2 часа.

При возникновении каких-либо жалоб (например, при схваткообразных болях, подозрении на отхождение вод) рекомендуется немедленно госпитализировать беременную в родильный дом.

В некоторых случаях плод после поворота на головку вновь переходит в прежнее положение. Повторный поворот следует производить лишь в условиях стационара, закрепляя положение плода с помощью специальных валиков (С. Д. Астринский).

Поворот у И-вой прошел без осложнений.

15/X 1953 г. произошли нормальные срочные роды в головном предлежании. Плод 3200 г, живой, доношенный. Послеродовой период без осложнений. 24/X мать выписана домой со здоровым ребенком.

Данные современной литературы и приведенное наблюдение свидетельствуют о том, что наружный профилактический поворот плода при тазовом предлежании, строго учитывая и противопоказания к операции, является одним из эффективных способов снижения мертворождаемости.

Эпикриз

У И-вой при повторном осмотре в женской консультации на 35-й неделе беременности диагностировано тазовое предлежание плода. Таз нормальный. Первые роды, также в тазовом предлежании, закончились неблагоприятно: раннее отхождение вод, выпадение пуповины, интранатальная смерть плода. Принимая во внимание настойчивое желание беременной стать матерью и наличие соответствующих условий (подвижность плода, податливость брюшных стенок), произведен наружный (профилактический) поворот плода на головку. Операция прошла без осложнений. Срочные роды живым плодом в головном предлежании.

ГЛАВА XI

МНОГОПЛОДИЕ. МНОГОВОДИЕ

Многоплодие. Многоводие. Кровотечение в третьем периоде родов¹

М-ва, 26 лет, обратилась в женскую консультацию 20/II 1956 г., на 35-й неделе беременности, по поводу одышки и небольших отеков на лодыжках.

Анамнез. В детстве болела корью, коклюшем и скарлатиной, взрослой — гриппом, ангиной. Бытовые условия хорошие.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 3 недели, по 3—4 дня, с умеренной кровопотерей. Последняя менструация с 24 по 27/VI 1955 г.

Половая функция. Замужем 1½ года. Мужу 29 лет, здоров. Последний месяц М-ва половой жизнью не живет.

Генеративная функция. Беременность первая. В первые недели беременности была тошнота, рвота 2—3 раза в день, слюнотечение. Общее самочувствие оставалось удовлетворительным. Консультацию впервые посетила на 7-й неделе беременности, затем посещала врача ежемесячно. С 14 недель беременности рвота прекратилась, чувствовала себя удовлетворительно. С 19 недель почувствовала движение плода. Врач, наблюдавший беременную, отметил с 24 недель беременности быстрый рост матки и несоответствие ее размеров (превышение) предполагаемому сроку беременности. Отпуск по беременности был выдан с 1/II 1956 г.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Температура 36,5°. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 120/70 мм. Рост 159 см, вес 60 кг. На лодыжках небольшие отеки. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и мочевых органов патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Обращает на себя внимание резко выпяченный живот; окружность его 115 см. Передняя брюшная стенка напряжена, пупок выпячен; дно матки на 40 см выше лона. Прощупывается много мелких частей как справа, так и слева от срединной линии тела. Плод в первом продольном положении, головном предлежании; головка (небольшая) высоко над входом в таз, легко смещается. У дна матки пальпируется округлой формы плотная крупная часть плода (головка?). Сердцебиение плода слева от срединной линии тела на уровне пупка, 132 удара в минуту. Справа от срединной линии, тоже на уровне пупка, по передней аксиллярной линии также прослушивается (неясно) сердцебиение плода, 120 ударов в минуту (проверено при одновременном выслушивании врачом и акушеркой). Размеры таза 26, 29, 30, 21 см.

Какой диагноз и прогноз? Какова тактика врача?

1. Беременность сроком 35 недель. Многоводие. Показана госпитализация.

2. Беременность сроком 35 недель. Многоводие и многоплодие. Показано наблюдение.

Диагноз многоводия является достаточно обоснованным: быстрый рост матки, большая подвижность плода, несоответствие между боль-

¹ Разбор родов при многоплодии и поперечном положении плода см. стр. 253.

шим (для беременности сроком 35 недель) объемом живота и небольшими размерами плода.

Имеем ли мы основание диагностировать беременность двойней? Да, имеем. В пользу этого говорит наличие большого числа мелких частей, пальпация двух крупных плотных частей плода — головок: одной над входом в таз, второй (?) у дна матки и, наконец, прослушивание двух сердцебиений — слева и справа от срединной линии тела, причем между ними имеется зона затухания звуков. В пользу многоплодия могут говорить и данные анамнеза — многодетность в семье, многоплодие; однако оно встречается не так часто — лишь в 10% родов (В. И. Бодяжина, Е. М. Вихляева, Ю. Ф. Ефимова). У М-вой соответствующих данных анамнеза нет, что, конечно, не исключает возможности многоплодия.

Как же поступить с беременной? Направить ее в отделение беременных или оставить под наблюдением консультации? Ввиду того что мы не обнаружили значительных осложнений, кроме умеренного многоводия и небольших отеков, а также учитывая хорошие бытовые условия беременной, у нас нет оснований для ее госпитализации. Однако М-вой следует сообщить диагноз; ей надо указать на необходимость соблюдения режима (исключение из пищи соленых продуктов, ограничение жидкости до 600—500 мл в сутки, регуляция дефекации) и регулярного (не реже одного раза в декаду) посещения врача женской консультации, а также систематического исследования мочи. За 7—10 дней до родов беременную необходимо направить в отделение патологии беременных (возможность преждевременных родов, неправильного положения плодов).

Если бы мы не были уверены в правильности диагностики многоплодия, то следовало бы сейчас воздержаться от сообщения беременной этого диагноза.

Прогноз беременности и родов, как правило, благоприятен при условии систематического наблюдения врача и выполнения беременной всех его рекомендаций.

Моча 21/II: патологических изменений не обнаружено. Беременной рекомендовано явиться на повторный осмотр 3/III.

Часто ли удается поставить во время беременности диагноз многоплодия? Было время, когда считали справедливым следующий парадоксальный афоризм одного акушера: «Беременность двойней точно распознается только тогда, когда один плод родился, а второй рождается». Однако в настоящее время следует признать это изречение не только ошибочным, но и вредным, оно неправильно ориентирует врача. В. И. Бодяжина, Е. М. Вихляева и Ю. Ф. Ефимова детально изучили течение беременности, родов и послеродового периода, а также развитие детей у 300 женщин с многоплодной беременностью, бывших под наблюдением в 1948—1953 гг.

Авторы установили, что благодаря систематическому наблюдению и лечению улучшились (по сравнению с 20—30-ми годами) и диагностика, и течение беременности, и исход родов при многоплодной беременности. Так, С. П. Виноградова (1927), В. С. Груздев (1939) писали о 65—75% ошибок при диагностике многоплодной беременности. В. И. Бодяжина и соавторы установили, что ошибки диагностики многоплодия были допущены в 21,1% родов, т. е. в 3—3½ раза реже, чем в 30-х годах. Наиболее тяжелая стадия позднего токсикоза — эклампсия, по данным Г. Г. Гентера, наблюдалась в 14%, тогда как

по данным В. И. Бодяжиной, — лишь в 1% родов, а материнская смертность от эклампсии составила 0%.

Основываясь на этих современных данных, мы поставили благоприятный прогноз в отношении исхода беременности и родов у М-вой. Конечно, необходимо помнить, что в процессе беременности и родов может возникнуть ряд осложнений (преждевременные роды, слабость родовой деятельности, атоническое кровотечение), поэтому надо быть готовым к борьбе с ними.

В дальнейшем беременная через каждые 10 дней являлась на прием к врачу. Каких-либо осложнений, кроме чрезмерного увеличения живота, не отмечено.

20/III 1956 г. М-ва была госпитализирована в отделение патологии беременных. При осмотре диагноз двойни подтвержден: один плод в головном, второй — в тазовом предлежании. Окружность живота 115 см. Артериальное давление 120/70 мм; отеков нет.

Беременная оставалась под наблюдением до 31/III, когда в 6 часов начались схватки, слабые, через 15—20 минут, по 20—30 секунд. Роженица переведена в родовую комнату.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины; шейка матки слегка сглажена, раскрытие зева на один поперечный палец, плодный пузырь цел. Высоко пальпируется головка. Мыс не достигается.

Диагноз: многоплодие. Плоды в продольном положении: первый — в головном, второй — в тазовом предлежании. Многоводие. Начало первого периода срочных родов.

10 часов. Схватки очень слабые, непродолжительные (по 20—25 секунд), через 15—20 минут. Сердцебиение плодов 120—132 удара в минуту, ясное, ритмичное; головка первого плода подвижна над входом в малый таз.

12 часов. Схватки через 15 минут, по 20—30 секунд; головка плода прижата ко входу в таз. Воды не отходили.

Прошло 6 часов от начала родовой деятельности, а схватки остаются слабыми и головка плода не опустилась в полость малого таза. Сердцебиение плодов 120—132 удара в минуту, ясное, ритмичное.

Какой диагноз? Какова терапия?

Первичная слабость родовой деятельности.

1. Показано дальнейшее наблюдение, так как состояние роженицы удовлетворительно, и воды не отходили.

2. Показана стимуляция родовой деятельности с помощью фармакологических средств.

3. Необходимо повторное исследование; при открытии зева на 2½—3 пальца показано вскрытие плодных оболочек.

Что касается характеристики родовой деятельности, то правильно указано на наличие первичной ее слабости; это осложнение наблюдается очень часто при многоплодной беременности, а тем более при сочетании многоплодия и многоводия, как у М-вой. По данным В. И. Бодяжиной, Е. М. Вихляевой и Ю. Ф. Ефимовой, первичная слабость родовой деятельности при многоплодии была отмечена в 17,3% родов. Однако предложение провести медикаментозную стимуляцию у М-вой нельзя признать обоснованным. Данные анамнеза (начало менструаций с 13 лет, их безболезненность и регулярность, наступление беременности в первый же год замужества) не позволяют оценивать слабость родовой деятельности как проявления инфантилизма. Первичная слабость схваток у М-вой обусловлена в основном наличием многоводия. Поэтому надо считать целесообразным (если плод в продольном положении и нет предлежания пуповины) раннее вскрытие оболочек. Для того чтобы выяснить, насколько раскрылся зев, сделаем влагалищное исследование.

12 часов 15 минут. Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена; раскрытие зева на 1½ поперечных пальца; плодный пузырь цел; предлежит головка высоко над входом в таз.

Дежурный врач, приняв во внимание малое раскрытие зева, отложил вскрытие плодных оболочек. Он поступил правильно. Очень раннее отхождение вод, так же как и многоводие, может затянуть роды.

15 часов. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Схватки через 12—15 минут, по 20—30 секунд. Сердцебиение плодов ясное, 120—132 удара в минуту. Головка первого плода прижата ко входу в малый таз.

Слабость родовой деятельности остается. Хотя прошло уже 9 часов от начала родов. Будем ли мы еще выжидать усиления родовой деятельности или же перейдем к стимуляции ее? Дальнейшее выжидание нецелесообразно, так как при наличии многоводия и многоплодия трудно надеяться на усиление родовой деятельности.

Какова терапия?

1. Вскрытие плодных оболочек.
2. Вскрытие плодных оболочек и стимуляция с помощью фармакологических средств.

Для того чтобы ответить на поставленные вопросы, надо принять во внимание основную причину слабости родовой деятельности — многоводие. Следовательно, вскрытие плодных оболочек может быть вполне достаточным для усиления родовой деятельности. Кроме того, необходимо учесть, что у роженицы первый период родов и в дальнейшем еще могут возникнуть показания к медикаментозной стимуляции. Повторная же стимуляция часто бывает менее эффективной, чем однократная. Вскрывая плодные оболочки, необходимо учитывать опасность быстрого отхождения большого количества вод — возможность выпадения пуповины и преждевременной отслойки плаценты. В связи с этим надо произвести по возможности высокое вскрытие оболочек (не в нижнем их полюсе) и, не извлекая руки из влагалища, медленно выпустить воды.

15 часов 15 минут. Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена, раскрытие зева на 2½ поперечных пальца, плодный пузырь цел; предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Осторожно сбоку вскрыты плодные оболочки и медленно, не извлекая руки, спущены воды. Отшло около 2 л прозрачных вод: головка опустилась малым сегментом во вход в таз. Сагиттальный шов в правом косом раз- мере таза, малый родничок слева впереди.

Сердцебиение плодов ясное, слева — 132, справа от срединной линии тела — 120 ударов в минуту. Объем матки значительно уменьшился после отхождения вод; это безусловно может способствовать усилению схваток.

16 часов. Схватки через 3—10 минут, по 30—40 секунд; головка первого плода малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное.

18 часов. Схватки через 6—8 минут, по 30—40 секунд. Головка первого плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плодов ясное, ритмичное.

19 часов 30 минут. Начались потуги, через 7—8 минут, по 20 секунд.

21 час. Родился плод мужского пола, вес 2700 г, длина 49 см, без асфиксии.

Необходимо перед рассечением пуповины наложить зажим на отрезок пуповины, уходящий к плаценте; при наличии так называемого третьего круга кровообращения внутриутробный плод может истечь кровью через сосуды пуповины первого плода.

Какова же дальнейшая тактика врача?

1. Выжидание. Второй плод родится самостоятельно.
2. Вскрытие плодного пузыря для ускорения рождения второго плода.

Нельзя забывать, что правильный ответ на поставленные вопросы может быть дан лишь после тщательного обследования роженицы (наличие второго плода, его положение, позиция, сердцебиение).

При наличии многоплодия, а тем более многоводия положение плода (плодов) весьма часто бывает неправильным. Так, по данным В. И. Бодяжиной, Е. М. Вихляевой и Ю. Ф. Ефимовой, положение

одного из плодов было поперечным в 9,3% родов двойней, при беременности одним плодом поперечное положение наблюдается гораздо реже — в 0,5% родов.

При осмотре М-вой было вновь подтверждено наличие второго плода в тазовом предлежании. Сердцебиение его 124 удара в минуту, ясное, ритмичное.

Вскрыть плодный пузырь или ждать самопроизвольного рождения второго плода?

При выборе дальнейшей акушерской тактики надо учесть, что роды продолжаются уже 15 часов и сопровождались первичной слабостью родовой деятельности; в то же время в данный момент ни со стороны матери, ни со стороны плода нет никаких показаний к ускорению рождения второго плода. Наоборот, следует считать обоснованным выжидательное ведение родов с тем, чтобы дать роженице небольшой отдых после рождения первого плода.

Будет ли это пассивное выжидание и сколько оно продлится? Не грозят ли матери и второму плоду какие-либо опасности? Нет, конечно, акушеру нельзя быть пассивным наблюдателем; необходимо помнить о важности тщательного контроля (каждые 10 минут) за состоянием матери и второго плода. Значительное уменьшение объема матки после рождения первого плода и отхождения вод может обусловить преждевременную отслойку плаценты и внутриутробную асфиксию и даже смерть второго плода. Итак, будем бдительными и готовыми в случае необходимости к извлечению второго плода.

Что касается срока, в течение которого возможно выжидание самопроизвольного рождения второго плода, то мнения авторов расходятся. Г. Г. Генгер и К. К. Скробанский допускают выжидание от 2 до 4 часов. Другие авторы считают возможным выжидать в течение одного часа. Мы также считаем, что не следует выжидать рождения второго плода больше часа, так как опасность асфиксии очень велика. В случае отсутствия схваток целесообразно ускорить родоразрешение путем вскрытия плодного пузыря.

В течение ближайшего получаса сердцебиение плода оставалось ясным, 126 ударов в минуту. Схватки возобновились с 21 часа 15 минут, слабые, через 6—8 минут, по 20—30 секунд.

21 час 30 минут. отошли воды, начались потуги. Сердцебиение плода ясное, 124 удара в минуту; отходит меконий.

21 час 40 минут. Началось врезывание ягодич. При чистом ягодичном предлежании применено акушерское пособие по Цовьянову (стр. 261). 21 час 50 минут. Родилась девочка, без асфиксии, вес 3000 г.

Третий период родов при многоплодии и многоводии очень часто протекает патологически, поэтому акушер должен неотступно наблюдать за состоянием роженицы и процессом отделения плаценты и быть готовым к борьбе с кровотечением. Надо еще раз проверить наличие эрготина, пузыря со льдом, стерильных кишечных зажимов с резиновыми трубками на браншах, пулевых щипцов, консервированной крови для переливания, аппарата для внутриартериального нагнетания крови.

22 часа 10 минут. Началось кровотечение (350 мл); признаки отделения последа (Альфельда, Шредера, Кюстнера) положительные.

Каков источник кровотечения? Какова терапия?

Источником кровотечения, очевидно, является матка, сосуды плацентарной площадки. Кровотечение при травме родовых путей (шейки матки, влагалища) чаще возникает после оперативных или стремительных родов, рождения крупного плода и наблюдается обычно (но не всегда) в ближайшие же минуты после рождения плода.

Ввиду положительных признаков отслоения последа дежурный врач, помассировав матку, применил способ Эпштейна (стр. 233); предварительно с помощью катетера был опорожнен мочевой пузырь. Послед выделился без дефектов. Шейка матки и влагалище осмотрены с помощью зеркал, повреждений не обнаружено. Произведена инъекция 1 мл эрготина, массаж матки, на низ живота положен пузырь со льдом; матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось. Самочувствие родильницы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения; кожные покровы обычной окраски. Ввиду удовлетворительного состояния родильницы решено воздержаться от переливания крови. В течение 4 часов М-ва оставалась под наблюдением в родовой комнате. Кровотечение не возобновилось.

Через 4 часа после родов родильница переведена в послеродовое отделение. В послеродовом периоде отмечалась субинволюция матки, по поводу чего был применен стиптицин (0,05 г 3 раза в день), пузырь со льдом на низ живота.

На 12-й день после родов родильница с двумя здоровыми детьми выписана домой под наблюдение женской и детской консультации. В справке указано на необходимость дополнительного отпуска (14 дней) после родов.

Как видно из приведенного наблюдения, при многоплодии как во время беременности, так и во время родов возможно появление ряда осложнений. Для своевременного выявления и устранения их необходимо систематическое наблюдение женской консультации, госпитализация беременной за 10—12 дней до предполагаемого срока родов, регуляция родовой деятельности, раннее вскрытие плодного пузыря при многоводии, своевременное выявление и исправление неправильного положения плода (плодов), готовность к борьбе с кровотечением в третьем периоде родов.

Эпикриз

У М-вой, первобеременной, при беременности сроком 35 недель диагностирована двойня: один плод в головном, второй — в тазовом предлежании. Ввиду многоплодия и многоводия беременная была госпитализирована в отделение патологии беременных за 10 дней до предполагаемого срока родов. Срочные роды сопровождались первичной слабостью родовой деятельности. С целью усиления родовой деятельности произведено раннее вскрытие плодных оболочек и медленное выпускание вод. Самопроизвольное рождение двух живых детей. Кровотечение в третьем периоде родов. Послед вышел после применения способа Эпштейна. Кровотечение остановлено путем массажа матки, инъекции эрготина, применения пузыря со льдом.

В послеродовом периоде субинволюция матки. Мать со здоровыми детьми выписана на 12-й день после родов.

ГЛАВА XII

НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ДИСКООДИНИРОВАННАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ)

Беременность сроком 40 недель. Преждевременное отхождение вод. Искусственное возбуждение родовой деятельности. Слабость родовой деятельности. Стимуляция

П-ва, 26 лет, поступила в акушерскую клинику 1/III 1956 г. в 21 час 20 минут по поводу преждевременного отхождения вод.

Анамнез. В детстве болела корью, коклюшем, воспалением легких, воспалением среднего уха, взрослой — малярией и брюшным тифом, воспалением придатков матки. Материально-бытовые условия в детстве были неудовлетворительными.

Менструальная функция. Менструации с 12 лет, через 4 недели, по 3—4 дня, болезненные, с умеренной кровопотерей. Последняя менструация с 22 по 25/V 1955 г.

Половая функция. Первый раз вышла замуж в 19 лет. Во втором браке состоит один год. Мужу 31 год. Последнее половое сношение было 3 недели тому назад.

Генеративная функция. Беременность вторая. Первая беременность была в 1950 г., закончилась срочными родами. Роды осложнились преждевременным отхождением вод и слабостью родовой деятельности; применяли стимуляцию родовой деятельности. Вес ребенка 3000 г.

Течение настоящей беременности. Во время беременности посетила женскую консультацию 10 раз: впервые — при беременности сроком 6 недель, последний раз — 4 дня тому назад. Психопрофилактическую подготовку к родам не проходила. В первые недели настоящей беременности была тошнота и рвота. В декабре 1956 г. находилась в родильном доме по поводу угрожающих преждевременных родов.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Пульс 78 ударов в минуту. Вес 79,1 кг, рост 156 см. Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не определяется. Мочепускание без затруднений.

Акушерское обследование. Живот продолговато-овальной формы. Окружность его 100 см. Плод в продольном положении, второй позиции, черепном предлежании. Сердцебиение плода 146 ударов в минуту, ясное, справа ниже пупка. Длина плода (по Альфельду) 52 см; лобно-затылочный размер головки 12 см. Размеры таза 25; 27,5; 32; 20 см. Из влагалища прозрачные водянистые выделения в небольшом количестве. По словам беременной, воды начали отходить 5 часов тому назад.

Каков диагноз? Какова терапия и прогноз родов?

1. Беременность сроком 40 недель. Преждевременное отхождение вод. Необходимо наблюдение. Прогноз родов благоприятный.

2. Беременность сроком 40 недель. Преждевременное отхождение вод. Необходимо произвести влагалищное исследование и при подтверждении отхождения вод применить меры для возбуждения родо-

вой деятельности. Ввиду неблагоприятного акушерского анамнеза и преждевременного отхождения вод течение родов может быть патологическим (слабость родовой деятельности, атоническое кровотечение).

Немногие авторы [например, Хевен (Hoeven)] высказываются о раннем вскрытии оболочек и не придают особого значения плодному пузырю в развитии родового акта. Однако нельзя согласиться с таким взглядом; плодный пузырь не только способствует сглаживанию шейки матки и раскрытию зева, но, что еще важнее, препятствует развитию восходящей инфекции. Кроме того, он обеспечивает равномерное давление стенок матки на плод.

Исходя из этого, мы считаем, что преждевременное отхождение вод является серьезной акушерской патологией, а раннее вскрытие плодных оболочек может производиться лишь по строгим показаниям (многоводие, эклампсия). Поэтому первое предложение — наблюдать П-ву, и считать прогноз родов вполне благоприятным — нельзя признать достаточно обоснованным. Необходимо произвести влагалищное исследование с целью установить состояние родовых путей, а также проверить целостность плодных оболочек. В случае сомнения надо произвести осмотр с помощью зеркал, а также исследовать содержимое влагалища под микроскопом. При окраске эозином мазков, когда имеется отхождение вод, на розовом фоне видны скопления неокрасившихся «чешуек» кожи плода, что подтверждает отхождение вод (Л. С. Зейванг). Только после этих исследований можно решить вопрос о дальнейшей нашей акушерской тактике при ведении беременной П-вой.

21 час 50 минут. Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка не сглажена, канал шейки пропускает палец; плодные оболочки не определяются; подтекают прозрачные воды. Предлежит головка над входом в таз. Мыс не достигается. Деформации таза нет.

Диагноз: беременность сроком 40 недель. Преждевременное отхождение вод. Головное предлежание плода.

Итак, диагноз преждевременного отхождения вод подтвержден. Выше мы указывали, что это следует оценивать как серьезное осложнение беременности. Как же поступить — ожидать самопроизвольного развития родовой деятельности или же немедленно принять меры искусственного ее возбуждения?

Мы не согласны с теми авторами, которые предлагают сразу же после преждевременного отхождения вод приступать к искусственному возбуждению родовой деятельности. Необходимо тщательно обследовать женщину для того, чтобы проверить, действительно ли отошли воды. Если произошел высокий боковой разрыв оболочек, то нет показаний к вмешательству, так как беременность может прогрессировать до естественного начала родовой деятельности. Подобная беременная нуждается, однако, в тщательном стационарном наблюдении. При обнаружении разрыва плодных оболочек в нижнем их полюсе не следует торопиться с возбуждением родовой деятельности; лучше выждать от 4 до 6 часов, так как во многих случаях в эти сроки начинается родовая деятельность и отпадает необходимость какого-либо вмешательства.

Как же вести беременную, у которой воды отошли (по ее словам) 5½ часов назад?

Неблагоприятные данные анамнеза о течении первых родов (слабость родовой деятельности) и осложнениях во время настоящей беременности (госпитализация по поводу угрожающих преждевремен-

ных родов), преждевременное отхождение вод уже 5½ часов назад побуждают нас принять решение об искусственном возбуждении родовой деятельности¹.

Каким же способом вызвать родовую деятельность?

Методы возбуждения родовой деятельности, как и стимуляции ее, можно разделить на 4 группы: 1) механические; 2) физиотерапевтические; 3) гормональные; 4) медикаментозные.

К механическим способам относятся: метрейриз, наложение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову. Введение метрейринтера является довольно серьезным оперативным пособием, которое может сопровождаться рядом осложнений: отклонением подлежащей части от входа в таз, возникновением инфекции, травмой шейки; этот метод может быть применен лишь при отсутствии эффекта от других, более бережных способов. Наложение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову целесообразно лишь в немногих случаях упорной слабости родовой деятельности, после безуспешного повторного применения медикаментозной стимуляции родов. Применение кожно-головных щипцов с целью возбуждения родовой деятельности следует отвергнуть как метод, небезопасный для плода.

Физиотерапевтические способы возбуждения и усиления родовой деятельности (Е. М. Курдиновский, М. Д. Чернеховская, А. М. Фой, Г. А. Колегаев) в форме ионогальванизации молочных желез, абдоминально-сакральной фарадизации малоэффективны и не нашли широкого применения в практике.

Вопрос о применении гормонов (эстрогенов) для возбуждения родовой деятельности нельзя считать разрешенным. Многие авторы (А. И. Петченко, Е. И. Кватер, Е. Я. Ставская) рекомендуют введение фолликулина (эстрона) или синтетических заменителей для создания так называемого фолликулинового фона. Это предложение основывается на концепции, согласно которой родовая деятельность начинается и развивается нормально лишь при высоком титре эстрогенов. Задержка родовой деятельности и перенашивание беременности объясняются (согласно этой концепции) избыточной продукцией прегнандиола. Однако исследование ряда авторов (С. Х. Хакимова, Г. И. Степанковская, С. И. Пхакадзе, Б. Рамирец) показали, что при переносной беременности содержание прегнандиола резко колеблется (от высоких до крайне низких цифр), в то время как содержание эстрогенов нередко бывает высоким.

Таким образом, широкое применение «фолликулинового фона» при возбуждении родовой деятельности нельзя считать достаточно обоснованным. Что касается питуитрина (в сочетании с другими средствами), то в отдельных случаях его применение (в дозах 0,15—0,2 мл повторно) вполне оправдано. Однако необходимо учитывать, что питуитрин противопоказан при гипертонии, нефропатии, эклампсии.

Наиболее обоснованным и бережным способом возбуждения родовой деятельности является медикаментозный метод.

В настоящее время для этой цели предложено весьма много лекарственных средств (и схем). Это говорит, несомненно, о большой трудности искусственного возбуждения и регулирования сократительной деятельности матки женщины. Вместе с тем большое разнообра-

¹ В резолюции 1-й Всероссийской конференции акушеров и гинекологов (1957) указано, что к возбуждению родовой деятельности при преждевременном отхождении вод следует приступать лишь после предварительного наблюдения за беременной в течение 5—6 часов.

зие средств, несомненно, является свидетельством малой эффективности многих из них.

Раньше, чем решить вопрос, какой способ возбуждения родовой деятельности применить у II-вой, надо остановиться еще на одном вопросе — чувствительности организма к лекарствам в зависимости от состояния нервной деятельности роженицы. Известно, что доза лекарственных веществ для данного индивидуума не является чем-то постоянным; она меняется в зависимости от состояния нервной системы. Как показывают опыты И. П. Павлова, у собак, находящихся в гипнотическом состоянии, малые дозы хлоралгидрата рассеивают сонливость и повышают величину положительных условных рефлексов; у собак, находящихся в бодром состоянии, те же дозы хлоралгидрата вызывают сонливость и понижают величину условных рефлексов.

Эти данные экспериментальной фармакологии имеют большое значение для акушерской практики. Так, например, при утомлении роженицы и необходимости дачи снотворных, дозы болеутоляющих лекарственных веществ в ночное время могут быть уменьшены по сравнению с дневными.

Так как II-ва была исследована в 22 часа, т. е. в ночные часы, то возникает вопрос, не следует ли воздержаться до утра от дачи медикаментозных средств с целью возбуждения родовой деятельности?

Однако против подобного предложения говорят два обстоятельства: 1) почти в 50% случаев (по данным Л. Г. Вишневецкой, которая проанализировала свыше 15 000 родов) родовая деятельность начинается в ночное время — от 20 до 8 часов, 2) воды у II-вой отошли уже 5 часов тому назад, и дальнейшее выжидание может создать опасность восходящей инфекции.

Из многочисленных средств и схем возбуждения и стимуляции родовой деятельности мы с успехом пользуемся следующей:

| | | |
|------------------|--|---------|
| 22 часа 30 минут | Касторовое масло | 60,0 г |
| 23 часа 30 минут | Хинин сернокислый | 0,15 » |
| 23 часа 45 минут | Карбохолин | 0,001 » |
| | Сахар | 0,25 » |
| | Питуитрин (внутримышечно) | 0,15 мл |
| 24 часа | Хинин сернокислый | 0,15 г |
| 0 часов 15 минут | Карбохолин | 0,001 » |
| | Сахар | 0,25 » |
| | Питуитрин (внутримышечно) | 0,15 мл |
| 0 часов 30 минут | Хинин сернокислый | 0,15 г |
| | Карбохолин | 0,001 » |
| | Сахар | 0,25 » |
| 0 часов 45 минут | Питуитрин (внутримышечно) | 0,15 мл |
| 1 час 30 минут | Очистительная теплая клизма | |
| 2 часа | 40% раствор глюкозы (внутривенно) | 40 мл |
| | 10% раствор хлористого кальция (внутривенно) | 10 » |

2/III, 1 час. Начались слабые схватки, через 15—20 минут, по 20—30 секунд.

2 часа 30 минут. Схватки через 8—10 минут, по 30—40 секунд. Сердцебиение плода ясное, 140 ударов в минуту. Головка подвижна, над входом в таз.

В дальнейшем сила и частота схваток нарастали медленно. Схватки не были болезненными. Сердцебиение плода оставалось ясным, ритмичным, 140 ударов в минуту. Ночь II-ва спала с перерывами. Мочиспускание без затруднений; стул был за ночь дважды.

8 часов 30 минут. Общее состояние удовлетворительное. Схватки через 7 минут, по 35—40 секунд. Головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 135 ударов в минуту.

Ввиду того что родовая деятельность в течение 7 часов 30 минут (с часа ночи) лишь незначительно усилилась, а головка еще не опустилась в полость таза, решено произвести влагалищное исследование.

8 часов 45 минут. Влагалищное исследование. Шейка матки смягчена, раскрытие маточного зева на полтора поперечных пальца; плодные оболочки не определяются. Предлежит головка высоко над входом в таз.

Каков диагноз?

Беременность сроком 40 недель. Первый период родов. Слабость родовой деятельности. Преждевременное отхождение вод.

Какова терапия?

1. Показано дальнейшее наблюдение.
2. Ввиду того что роженица мало спала в эту ночь, необходимо дать ей отдохнуть (впрыснуть 0,02 г пантопона и 4 мл 20% раствора сернокислого магния) и в дальнейшем применить медикаментозную стимуляцию.
3. Показано с целью усиления родовой деятельности введение метрейнтера.
4. Показано применение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову.
5. Показана стимуляция родовой деятельности фармакологическими средствами; предварительное проведение беседы с роженицей с целью закрепления у нее уверенности в благополучном исходе родов и безопасности применяемых средств.

Как видите, при одном и том же акушерском диагнозе сделаны диаметрально противоположные предложения по поводу дальнейшего ведения родов: от выжидательной тактики до активного вмешательства в форме наложения кожно-головных щипцов или операции метрейриза.

Разберем более подробно сделанные предложения. Мысль о том, чтобы не вмешиваться и лишь вести наблюдение за развитием родового акта, нельзя признать обоснованной. Роды, несомненно, затягиваются и характеризуются первичной слабостью родовой деятельности; чрезмерная длительность родового акта опасна не только для матери, но и для плода (асфиксия). Так как состояние роженицы удовлетворительное и она не выглядит уставшей (в течение ночи спала, хотя и с перерывами), то нельзя признать рациональным и второе предложение — применить наркотики (или кратковременный ингаляционный наркоз), чтобы дать отдых роженице. К тому же для достижения сна в утренние (а не в ночные) часы у бодрой роженицы надо применить значительные дозы снотворных. Это, безусловно, может еще больше усугубить слабость родовой деятельности.

Предложение активно вмешаться и произвести операцию метрейриза или наложить кожно-головные щипцы также необосновано: состояние роженицы и плода удовлетворительное, нет признаков асфиксии внутриутробного плода. Операция метрейриза (как мы указывали выше) может обусловить отклонение предлежащей части, развитие инфекции, травму шейки матки. Применение кожно-головных щипцов является операцией, весьма травматичной для плода. Вместе с тем акушеру нельзя занимать чрезмерно консервативную позицию. Надо уже сейчас принять меры для усиления родовой деятельности. С этой целью осуществлены следующие мероприятия.

9 часов 15 минут. Роженице сделан тщательный общий туалет. Проведена беседа с целью закрепления уверенности в благоприятном исходе родов. Дан завтрак (стакан какао, булка с маслом, 200 г сметаны).

9 часов 45 минут. Введено внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция. Назначен сернокислый хинин по 0,15 г через 30 минут 4 раза.

13 часов 30 минут. Самочувствие удовлетворительное. Артериальное давление 120/80 мм. Схватки через 7 минут, по 30—40 секунд, средней силы. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Головка прижата ко входу в малый таз.

15 часов 30 минут. Схватки такой же интенсивности. Головка малым сегментом фиксирована во входе таза. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

18 часов. Схватки стали слабее, через 10—12 минут, по 20—25 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Головка большим сегментом во входе малого таза. Ввиду затянувшегося первого периода родов решено сделать повторное влагалищное исследование с целью определить, насколько продвинулась по родовому каналу головка и каково раскрытие зева.

18 часов 15 минут. Влагалищное исследование. Раскрытие зева около 4 поперечных пальцев; края зева податливые. Сагиттальный шов в левом косом размере таза, малый родничок справа спереди, большой — не достигается. Спереди определяется средняя и нижняя треть задней поверхности лонного сочленения, сзади — III, IV и V крестцовые позвонки, с боков свободно достигаются седалищные ости.

Из данных влагалищного исследования видно, что имеется конец первого периода родов; головка большим сегментом во входе малого таза.

18 часов 40 минут. Начались потуги через 7—8 минут, по 30—40 секунд, небольшой силы.

20 часов 30 минут. Родился живой, доношенный мальчик (вес 3650 г, рост 52 см).

21 час. Вышел послед без дефектов; кровопотеря 300 мл. С целью профилактики атонического кровотечения впрыснут 1 мл эрготина.

Длительность родов 20 часов, в том числе первого периода родов — 17 часов 40 минут, второго периода — 1 час 50 минут, третьего периода — 30 минут.

23 часа. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение. В послеродовом периоде отмечена субинволюция матки и субфебрилитет в течение 6 дней (37,1—37,4°) без клинических симптомов инфекции. С целью улучшения обратной инволюции применялся холод (пузырь со льдом на живот), стиптицин по 0,05 г 3 раза в день.

П-ва выписана из клиники 15/III 1956 г. в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение является иллюстрацией эффективности фармакологического способа возбуждения и стимуляции родовой деятельности, а также необходимости проведения разъяснительной работы с роженицами, тщательного ухода, регулярного полноценного питания и общегигиенических мероприятий. Причиной слабости родовой деятельности могли быть неблагоприятные условия развития в детстве, а также перенесенное воспаление внутренних половых органов.

Эпикриз

П-ва поступила в акушерскую клинику по поводу преждевременного отхождения вод при беременности сроком 40 недель. Ввиду того что прошло уже 5½ часов после отхождения вод, решено возбудить родовую деятельность фармакологическим способом (путем сочетания касторового масла, хинина, карбохолина, питуитрина, глюкозы и хлористого кальция). Через 2½ часа началась родовая деятельность; в последующие 7 часов 45 минут родовая деятельность оставалась слабой и зев раскрылся лишь на 1½ пальца. Поставлен диагноз первичной слабости родовой деятельности; проведена повторная фармакологическая (глюкоза, хлористый кальций, серноокислый хинин) стимуляция. Самопроизвольные роды живым плодом.

* *
*

Срочные роды. Раннее отхождение вод. Первичная слабость родовой деятельности. Стимуляция родовой деятельности. Медикаментозный сон. Повторная стимуляция.

Т-ва, 24 лет, поступила в акушерскую клинику 22/III 1956 г. в 10 часов по поводу схваток, которые начались в 5 часов.

Анамнез. В детстве болела корью, эпидемическим паротитом, гриппом, ангиной, в 1950 г. — аппендицитом (подверглась операции аппендэктомии); гинекологические заболевания отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 12 лет, установились сразу, через 4 недели, по 3—4 дня, кровопотеря умеренная. Последняя менструация с 10 по 13/VI 1955 г.

Половая функция. Замужем 3 года. Мужу 28 лет; по словам роженицы, он здоров. Мер предохранения от беременности супруги не применяли.

Течение настоящей беременности. Беременность первая; в первой половине ее неоднократно была рвота, во второй — отеки голеней. Женскую консультацию посетила 9 раз; впервые — при беременности сроком 8 недель, последний раз — 22/III. Психопрофилактическую подготовку к родам не закончила (посетила 2 занятия).

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Температура 36,5°. Пульс 72 удара в минуту. Артериальное давление 125/80 мм. Вес 80,8 кг, рост 156 см. Телосложение правильное; довольно значительное ожирение. Отеков нет. Со стороны органов кровообращения, дыхания и мочевой системы патологических изменений не установлено. Моча: удельный вес 1027, белка 0,099%, лейкоцитов 2—4 в поле зрения.

Акушерское обследование. Живот продолговато-овальной формы, окружность его 108 см; высота дна матки над лоном 32 см. Плод в продольном положении, первой позиции, черепном предлежании. Сердцебиение слева ниже пупка, 132 удара в минуту, ритмичное, ясное. Схватки через 10—12 минут, по 30—40 секунд. Размеры таза 26, 29, 34, 32 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование (с целью выявления состояния родовых путей). Влагалище нерожавшей женщины, стенки его хорошо растяжимы. Шейка сглажена; раскрытие зева на два поперечных пальца. Плодный пузырь цел, плоский, предлежание головное. Головка прижата ко входу в таз; стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева, кпереди. Мыс не достигается. Костных деформаций таза нет.

Какой диагноз? Какой прогноз родов?

Срочные роды. Головное предлежание. Первая позиция. Первый период родов. Прогноз родов благоприятный, так как роженица молодая, таз у нее нормальных размеров, плод в правильном положении.

Решено вести роды выжидательно.

13 часов. Самочувствие удовлетворительное. Схватки через 8—10 минут, по 25—30 секунд; головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 132 удара в минуту. Воды не подтекают.

16 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки не усиливаются, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное. отошли воды, в небольшом количестве, прозрачные.

Ввиду того что родовая деятельность не усиливается, хотя прошло уже 11 часов после начала родов, головка не продвинулась глубже в полость таза и отошли воды, решено сделать повторное влагалищное исследование.

16 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Шейка матки сглажена; раскрытие зева на три поперечных пальца, края зева податливые, плодного пузыря нет. Предлежит головка; стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева кпереди. Мыс не достигается; прощупывается вся передняя поверхность крестца, нижняя и средняя трети задней поверхности лонного сочленения.

Диагноз: беременность сроком 40 недель. Первый период родов. Затылочное предлежание. Головка малым сегментом во входе в таз. Первая позиция, передний вид.

Этот диагноз не дает полной оценки состояния роженицы. Прошло уже 11 часов после начала родовой деятельности, а интенсивность схваток не возросла, раскрытие зева происходит медленно, продвижение головки крайне незначительное. Так как нет никаких признаков несоответствия между головкой и тазом, то задержка продвижения головки зависит, несомненно, от малой эффективности схваток — первичной слабости родовой деятельности. Раннее отхождение вод является добавочным неблагоприятным фактором.

Исходя из всего изложенного, решено немедленно начать медикаментозную стимуляцию родовой деятельности.

16 часов 30 минут. Начата стимуляция родовой деятельности (касторка, хинин, питуитрин, глюкоза, хлористый кальций) (стр. 285).

20 часов. Стимуляция родовой деятельности закончена. Схватки несколько усилились, через 5—6 минут, по 30 секунд; головка малым сегментом фиксирована во входе в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

23 часа. Состояние то же.

23/III, 1 час. Схватки через 7—8 минут, по 20—30 секунд; головка малым сегментом фиксирована во входе в таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное.

3 часа. Роженица жалуется на усталость, резкую сонливость. Схватки через 12—15 минут, по 20 секунд, слабые. Головка на том же уровне.

Каково течение родов? Какова терапия?

1. Роды протекают нормально. Показано наблюдение.

2. Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности. Ввиду безуспешности фармакологической стимуляции показана операция метрейриза.

3. Роды осложнились упорной слабостью родовой деятельности. Показано применение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову.

4. Ввиду упорной слабости родовой деятельности и утомления роженицы необходимо дать ей отдых. Если после отдыха схватки не усилятся, следует провести повторную медикаментозную стимуляцию.

Разберем эти предложения. Первое нельзя признать правильным: родовая деятельность продолжается уже 22 часа, а схватки все еще слабые и неэффективные, так как головка не продвигается.

Предложение применить метрейриз кажется заманчивым, так как эта операция весьма эффективна. Однако надо напомнить, что подобное вмешательство сопряжено с известной опасностью инфекции и разрыва шейки матки. Наложение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову является обоснованным лишь в некоторых случаях частичного предлежания плаценты (стр. 208). Применение этого вмешательства по поводу слабости родовой деятельности может быть оправдано лишь в исключительных случаях, например при неуспехе повторной фармакологической стимуляции и невозможности оперативного родоразрешения. Эта операция является травматичной и нефизиологичной. Она будет применяться все реже и реже по мере углубления наших знаний о сократительной деятельности матки в норме и патологии.

Необходимо также учесть, что роженица устала и ее клонит ко сну. Схватки начались в 5 часов (22/III) и, следовательно, роженица недостаточно спала прошлую ночь и сейчас не спит уже вторую ночь. На фоне такой усталости и сонливости роженицы применение какой-либо повторной стимуляции следует считать ошибкой. Необходимо дать роженице отдых.

3 часа 10 минут. Введены 1 мл 2% раствора пантолона и 4 мл 20% раствора сернокислого магния (внутримышечно). Через 10 минут роженица заснула.

23/III, 5 часов 30 минут. Роженица проснулась, чувствует себя несколько бодрее. Схватки через 6—7 минут, по 40—50 секунд, довольно интенсивные, слегка болезненные. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ясное, ритмичное.

8 часов. Схватки через 5 минут, по 40 секунд, переходят в потуги; головка большим сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

10 часов. Потуги через 8—10 минут, по 30—40 секунд. Головка большим сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

11 часов. Потуги слабые, через 10—12 минут, по 30 секунд. Небольшой сегмент головки пальпируется над входом в таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное.

Какое течение родов? Какова терапия?

Родовая деятельность вновь ослабла.

1. Показано применение кожно-головных щипцов по Уилту-Иванову.

2. Показано влагалищное исследование и при наличии условий — наложение акушерских щипцов.

3. Показано влагалищное исследование, повторная стимуляция фармакологическими средствами.

Обсудим эти предложения. Наше отношение к применению кожно-головных щипцов для стимуляции родовой деятельности мы высказали выше. Однако несомненно, что роды весьма затянулись (30-й час) и может возникнуть опасность не только для матери (инфекция), но и для плода (травма, асфиксия). Для того чтобы выяснить, насколько продвинулась головка, произведем влагалищное исследование, а затем выберем наиболее рациональный способ ускорения родов.

11 часов 10 минут. Влагалищное исследование. Полное раскрытие маточного зева. Сагиттальный шов в правом косом размере таза; малый родничок слева кпереди. Спереди определяется нижняя часть задней поверхности лонного сочленения, сзади — IV и V крестцовые позвонки; обе седалищные ости легко достигаются.

Диагноз: срочные роды. Второй период родов. Затылочное предлежание (головка в широкой части полости малого таза). Первая позиция, передний вид. Слабость родовой деятельности.

Так как сердцебиение плода ясное, ритмичное, мочеиспускание у роженицы не затруднено, длительность второго периода 3 часа 10 минут, то у нас нет показаний к срочному родоразрешению, т. е. к наложению полостных акушерских щипцов.

Применим вновь медикаментозную стимуляцию. Для этого выберем предложенное М. Д. Мошковским средство — пахикарпин.

П. А. Белошапко, А. М. Фой, А. А. Георгиевский, Н. М. Киселева установили весьма высокую эффективность этого средства при слабости родовой деятельности, особенно в период изгнания плода; эффект наступает в ближайшие же минуты после инъекции пахикарпина.

11 часов 20 минут. Подкожная инъекция 5 мл 3% раствора пахикарпина.

11 часов 35 минут. Потуги усилились, через 6—7 минут, по 40—50 секунд. Во время потуги начинается выпячивание промежности. Сердцебиение плода 146 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

12 часов. Началось врезывание головки.

12 часов 20 минут. Родился плод женского пола в состоянии легкой асфиксии; оживлен через 3 минуты по способу Соколова-Легенченко. Вес плода 3500 г, рост 51 см.

13 часов. Выделился самостоятельно послед, без дефектов. Кровопотеря 350 мл. С профилактической целью введен 1 мл эрготина. Повреждений родовых путей (шейки, влагалища, промежности) не обнаружено. Длительность родов 32 часа, в том числе первого периода — 27 часов, второго периода — 4 часа 20 минут и третьего периода — 40 минут. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период проходил без осложнений, кроме субинволюции матки. Назначения: холод на низ живота (пузырь со льдом), стиптицин (по 0,05 г 3 раза в день). В удовлетворительном состоянии родильница выписана из клиники на 11-й день после родов со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение показывает, как трудно бывает предвидеть возникновение аномалий (слабость) родовой деятельности. Вместе с тем история родов Т-вой свидетельствует, что при лечении аномалий родовой деятельности нельзя недооценивать общее состояние роженицы (усталость, потребность сна), надо уделять внимание регулярному полноценному питанию, а также способствовать своевременному опорожнению мочевого пузыря и кишечника.

Недооценка всех этих моментов нередко влечет за собой чрезмерное удлинение родов, повышение процента оперативных вмешательств, асфиксии плода и мертворождаемости.

При необходимости повторной стимуляции следует отдавать предпочтение фармакологическим методам, резко ограничивая показания к оперативным вмешательствам.

Эпикриз

Т-ва, первородящая, поступила в акушерскую клинику со слабыми схватками. Ввиду молодого возраста роженицы, нормальных размеров таза и правильных взаимоотношений между размерами плода и таза решено вести роды выжидательно. В процессе родов возникло раннее отхождение вод, упорная первичная слабость родовой деятельности. Медикаментозная стимуляция особого эффекта не дала. Ввиду утомления роженицы и ночного времени решено дать ей отдых (инъекция пантопона и сернокислого магния). После отдыха родовая деятельность усилилась, головка опустилась в полость малого таза, затем наступило вторичное ослабление родовой деятельности. Повторное применение стимуляции с помощью пахикарпина, полный успех стимуляции. Рождение живого плода.

Срочные роды. Дискоординированная родовая деятельность. Эфирно-кислородный наркоз. Парацервикальная анестезия

Д-на, 26 лет, поступила в родильный дом 26/IX 1956 г. в 24 часа по поводу срочных родов.

Анамнез. В детстве болела корью и скарлатиной.

Менструальная функция. Менструации начались с 13 лет, установились сразу; наступают через 26 дней, по 3 дня, с умеренной кровопотерей, безболезненные. Последняя менструация с 18 по 20/XII 1955 г.

Половая функция. Замужем с 20 лет. После замужества не болела. Последнее половое сношение было 2 месяца тому назад.

Генеративная функция. Беременность третья. Первая беременность (в 1950 г.) закончилась самопроизвольным абортom без осложнений, вторая беременность (в 1952 г.) — преждевременными родами на IX месяце; ребенок жив.

Течение настоящей беременности. Во время беременности была тошнота и рвота, в последние недели — одышка. Женскую консультацию посетила 10 раз: впервые — при беременности сроком 6 недель, последний раз — 4 дня тому назад. Психопрофилактическую подготовку к родам не проходила. Первое движение плода почувствовала 4/V. Схватки начались 26/IX в 22 часа.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Температура 36,7°. Пульс 90 ударов в минуту. Телосложение правильное. Рост 155 см, вес 66,5 кг. Увеличение щитовидной железы. Тремор рук, стойкий красный дермографизм.

Органы кровообращения. Артериальное давление 100/60 мм. Пульс 90 ударов в минуту. Сердце умеренно расширено влево, тоны глухие. Систолический шум на верхушке и акцент второго тона на легочной артерии.

Со стороны органов дыхания и пищеварения патологических изменений не обнаружено. Печень и селезенка не пальпируются.

Мочевые органы без патологических изменений. Моча: белка 0,16%; реакция кислая; лейкоцитов 2—4 в поле зрения; цилиндров нет.

Акушерское обследование. Живот овоидной формы, округлость его 102 см. Высота дна матки над лоном 32 см. Плод в продольном положении, второй позиции, головном предлежании. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, справа ниже пупка. Схватки через 3—4 минуты, по 30—35 секунд. Воды не отходили. Размеры таза 25, 27, 32, 20,5 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка сглажена. Раскрытые зева на два поперечных пальца. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Сагиттальный шов в левом косом размере; малый родничок справа впереди. Диагональная конъюгата 12,5 см, деформаций таза не определяются.

Какой диагноз? Какой прогноз родов?

Срочные нормальные роды. Затылочное предлежание плода, вторая позиция. Передний вид. Тиреотоксикоз.

1. Прогноз благоприятный.

2. В настоящее время нет еще данных для постановки прогноза. Необходимо учесть данные анамнеза о патологическом течении первой и второй беременности.

Таким образом, с первых же минут после поступления роженицы возникли противоречивые суждения о прогнозе родов. Данные акушерского анамнеза, действительно, должны насторожить врача: первая беременность закончилась самопроизвольным абортom, вторая — преждевременными родами. Кроме того, при консультации с терапевтом был установлен тиреотоксикоз.

Итак, предварительная оценка состояния Д-ной требует от нас внимательного наблюдения за дальнейшим развитием родового акта.

27/IX, 4 часа. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 4 минуты, по 35 секунд, слегка болезненные. Головка прижата ко входу в малый таз. Симптом Вастена отрицательный. Сердцебиение плода 146 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

7 часов 30 минут. Схватки через 3—4 минуты, по 35—40 секунд, болезненные. Роженица отмечает боли в пояснице; не мочилась с 3 часов. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

С целью болеутоления произведена инъекция промедола (1,5 мл). Выпущено эластическим катетером 150 мл прозрачной мочи.

9 часов. Схватки по 30—40 секунд, боли при схватках уменьшились. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

11 часов. Схватки через 5 минут, по 40 секунд. Роженица вновь жалуется на их болезненность; беспокоят также боли в пояснице. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

С целью уточнения динамики родового акта в 11 часов 10 минут произведено влагалищное исследование. Раскрытие зева на 2½ поперечных пальца. Края зева толстые, трудно растягиваются. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз.

Какое течение родов? Какова терапия?

1. Нормальные роды. Показано дальнейшее консервативное ведение родов.

2. Роды патологические. Первичная слабость родовой деятельности, клинически узкий таз. Показана стимуляция родовой деятельности.

3. Роды патологические. Ригидность маточного зева. Показано рассечение краев зева.

4. Роды патологические. Дискоординированная родовая деятельность. Необходимо дать отдых роженице (акушерский наркоз), а затем произвести парацервикальную анестезию новокаином.

Как видите, высказано четыре противоположных суждения по поводу течения родов у Д-ной и способов дальнейшего их ведения.

На какой же из этих концепций нам остановиться?

Схватки начались с 22 часов 26/IX, возникают регулярно через 3—5 минут. Таким образом, первый период родов продолжается уже 13 часов. Наряду с этим при влагалищном исследовании установлено значительное замедление раскрытия зева, отсутствие продвижения головки по родовому каналу. Все это говорит против предположения о нормальном течении родов.

Наличие регулярных (через 3—4 минуты), довольно сильных схваток по 35—40 секунд опровергает мысль о слабости родовой деятельности. Нормальные размеры таза, правильный механизм родов и отсутствие сужения мягких родовых путей, а также отрицательный

признак Вастена говорят об отсутствии механических препятствий для продвижения плода.

Мысль о ригидности маточного зева является как будто обоснованной. Однако ригидность зева обычно наблюдается у женщин, перенесших осложненные аборт, эндоцервицит, при рубцовой деформированной шейке, у пожилых первородящих. Данные анамнеза и повторного исследования роженицы не позволяют поставить диагноз ригидности шейки.

Согласно четвертому предположению, патология родов Д-ной зависит от дискоординированной родовой деятельности.

Что представляет собой дискоординированная родовая деятельность?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, необходимо обратиться к некоторым экспериментальным и клиническим данным. В течение довольно длительного времени считали, что тело матки и шейка ее представляют единое целое в смысле тонуса и иннервации. Согласно этому взгляду [Мюллер (Müller)], симпатическая нервная система возбуждает моторную деятельность матки, а парасимпатическая — тормозит ее. Однако ряд последующих клинических и экспериментальных наблюдений противоречит подобному взгляду. Так, Шикеле (Schickele, 1928) описал своеобразный синдром, выражающийся в дискоординации сокращений тела и шейки матки. При этом отмечаются слабые сокращения тела матки и сильные спазматические сокращения шейки ее.

Г. М. Салганник (1936, 1940, 1948), основываясь на собственных клинических и экспериментальных наблюдениях, пришел к выводу, что матка состоит из двух до известной степени самостоятельно функционирующих отделов — тела и шейки. В основе различной функции этих отделов лежит разная иннервация: тело матки иннервируется по преимуществу симпатической, а шеечный отдел — парасимпатической нервной системой, функция матки в целом складывается из сочетанных функций этих отделов.

В дальнейшем вопросу нервной регуляции функций матки (и, в частности, моторики ее) был посвящен ряд очень ценных исследований отечественных авторов (И. И. Яковлев с сотрудниками, А. И. Петченко, В. М. Лотис, С. Х. Хакимова). Согласно данным указанных авторов, нормальное развитие родового акта возможно лишь при сочетанной деятельности тела и шейки матки.

Исследования сотрудника нашей кафедры С. Х. Хакимовой показали, что в последние дни беременности возникает прогрессирующее усиление рефлекторной деятельности тела матки и сопряженное торможение рефлекторных реакций с шейки матки. Невыработанность сопряженного торможения шейки матки, глубокое угнетение рефлекторных реакций с шейки и тела матки обуславливает патологическое течение беременности (например, перенашивание ее) и аномалии родовой деятельности (слабость родовой деятельности, дискоординированную родовую деятельность).

Таким образом, дискоординация родовой деятельности выражается в отсутствии (или резком замедлении) раскрытия спазмированного маточного зева (или нижнего сегмента), несмотря на регулярные сокращения тела матки.

Характерные клинические симптомы дискоординированной родовой деятельности: 1) болезненные, сильные, иногда слабые схватки; 2) задержка раскрытия зева; 3) постоянные боли в пояснице; 4) отсутствие продвижения плода при наличии нормальных соотношений

между размерами плода и таза. Однако дежурный врач недооценил всех этих симптомов, поставил ошибочный диагноз слабости родовой деятельности и назначил стимуляцию ее.

27/IX, 11 часов 30 минут. Назначено 60 г касторового масла, хинин по 0,2 г 6 раз через 30 минут, внутривенная инъекция 40% раствора глюкозы (в 13 часов 30 минут) и одновременно внутривенное введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

14 часов 30 минут. Схватки через 3 минуты, по 40 секунд, болезненные. Роженица устала. Головка плода не продвигается, симптом Вастена отрицательный. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту. Воды не отходили. Самостоятельно роженица мочиться не может. Катетером вылущено 200 мл прозрачной мочи.

17 часов. Роженица очень устала. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 4—5 минут, по 30—40 секунд. Головка малым сегментом фиксирована во входе в малый таз.

Так как роды затянулись, а стимуляция не дала эффекта, вопрос о дальнейшем ведении родов решен консультативно. На основании сочетания перечисленных выше симптомов поставлен диагноз дискоординированной родовой деятельности. Решено: а) дать отдых роженице (эфирно-кислородный наркоз), б) после пробуждения сделать инъекцию парацервикально 60 мл 0,5% раствора новокаина.

17 часов 30 минут. Начат эфирно-кислородный наркоз. Роженица быстро уснула и спала 1½ часа; израсходовано 20 г эфира.

19 часов. Роженица проснулась, чувствует себя бодрее. Схватки через 4 минуты, по 40 секунд, снова болезненные. Головка малым сегментом фиксирована во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Влагалищное исследование. Раскрытие зева на 2½ поперечных пальца; плодный пузырь цел. Сагиттальный шов в левом косом размере, малый родничок справа впереди. Мыс не достигается. Спереди прощупывается 2/3 задней поверхности лонного сочленения. Края зева толстые, малоподатливые.

Сделаны парацервикальные инъекции в 4 местах с боков и кзади от краев зева (отступя от него на 2—1,5 см) 60 мл 0,5% новокаина.

20 часов. Самочувствие удовлетворительное. Схватки через 3 минуты, по 40—50 секунд, малоболезненные. Боли в пояснице почти исчезли. Головка большим сегментом опустилась во вход малого таза. Отшли прозрачные воды.

20 часов 30 минут. Начались потуги, через 4—5 минут, по 50—60 секунд. Головка снаружи не пальпируется. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное.

21 час. Началось врезывание головки.

21 час 20 минут. Родился плод женского пола в синей асфиксии (вес 3560 г), оживлен через 2 минуты по способу Соколова-Легенченко.

22 часа. Отшел послед без дефектов. Кровопотеря 160 мл.

24 часа. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период без осложнений. 8/Х родильница выписана из родильного дома со здоровым ребенком.

Приведенное наблюдение показывает, насколько необходимо знание основных клинических симптомов дискоординированной родовой деятельности. Эти симптомы следующие: 1) регулярные схватки (болезненные) и, несмотря на это, резко замедленное раскрытие зева; 2) отсутствие продвижения плода по родовому каналу, несмотря на наличие правильных соотношений между размерами таза и плода; 3) отсутствие признаков сдавления уретры и мочевого пузыря и вместе с тем задержка мочеиспускания; 4) резкие боли в пояснице. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать такую патологию шейки, как ригидность ее (в анамнезе эндоцервицит, травма шейки, обнаружение деформации шейки).

Весьма эффективный способ борьбы с дискоординированной родовой деятельностью — парацервикальная новокаиновая анестезия. Целесообразно также применение пантопона и спазмолитических средств (атропина, белладонны, папаверина).

Эпикриз

У Д-ной, повторнородящей, во время срочных родов наблюдались болезненные схватки, резкие боли в пояснице, задержка мочеиспускания. Несмотря на многочасовую родовую деятельность, головка не продвигалась, зев не раскрывался.

Дежурный врач недооценил характерных симптомов дискоординированной родовой деятельности. Он ошибочно связал задержку в раскрытии зева и продвижении головки со слабостью родовой деятельности. Неправильный диагноз повлек за собой необоснованное лечение — применение стимуляции. Эта ошибочная диагностика и акушерская тактика были исправлены лишь после консультации более опытных врачей. Правильная диагностика и рациональное лечение (эфирно-кислородный наркоз, последующая парацервикальная анестезия) привели к быстрому раскрытию зева и рождению живого ребенка.

ГЛАВА XIII

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Поперечное положение плода. Беременность сроком 36 недель. Наружный профилактический поворот на головку. Донашивание беременности. Срочные самопроизвольные роды живым плодом.

И-ко, 27 лет, поступила в отделение патологии беременности 2/IX 1953 г. в 12 часов в связи с неправильным положением плода при беременности сроком 36 недель.

Анамнез. О детских заболеваниях ничего не знает. В 15-летнем возрасте перенесла аппендэктомию.

Менструальная и половая функции. Менструации с 14 лет, через 25—26 дней, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в конце декабря 1952 г. Половая жизнь с 25 лет. Гинекологических заболеваний не было.

Течение настоящей беременности. Беременность первая. Женскую консультацию начала посещать на IV месяце беременности. Неправильное положение плода (вначале косое, затем поперечное) было установлено впервые 3 недели тому назад. Первое шевеление плода ощутила в мае. В родильный дом направлена врачом женской консультации для производства в стационарных условиях профилактического поворота плода.

Общее обследование. Телосложение правильное. Рост 160 см, вес 67 кг. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Кожа живота дряблая, справа ниже пупка небольшой линейный рубец после аппендэктомии. Отеков нет.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. Артериальное давление 120/80 мм. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения.

Акушерское обследование. Окружность живота 79 см. Высота стояния дна матки над лоном 27 см. Предлежащая часть наружными приемами не определяется. Головка — слева, баллотируется; тазовый конец определяется справа. Мелкие части не пальпируются. Длинник плода пересекает длинник матки под прямым углом. Сердцебиение плода 124 удара в минуту, слева ниже пупка (ближе к средней линии), ясное, ритмичное. Родовой деятельности нет. Воды не отходили. Размеры таза 26, 28, 32, 21 см.

Влагалищное исследование. Малый таз емкий, экзостозов в тазу нет. Шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт. Предлежащая часть не определяется. Мыс не достигается.

Какой диагноз?

Беременность сроком 36 недель. Поперечное положение плода. Первая позиция. Передний вид.

Данные акушерского обследования едва ли вызывают сомнение в правильности диагноза. Общепринятыми приемами наружного исследования (четыре приема Леопольда) акушер сравнительно легко определил неправильное положение плода.

Если при продольном положении крупные части плода располагаются обычно в верхнем и нижнем полюсах матки, то при поперечных положениях крупные части находят в боковых отделах матки. Форма живота при поперечных положениях плода несколько необычна: матка

представляет собой овоид, как бы лежащий поперек. Если произвести измерение сантиметровой лентой, то размеры длинника плода обычно превышают размеры длинника матки.

При продольных положениях позиция определяется положением спинки, при поперечных и косых положениях — в зависимости от расположения головки. При головке, расположенной слева, говорят о первой позиции (или первом поперечном положении), при головке, расположенной справа, — о второй позиции (или втором поперечном положении). Различают также два вида при поперечном положении плода. При спинке, обращенной кпереди, имеется передний вид; в этих случаях мелкие части не определяются. Если же мелкие части легко определяются пальпаторно, то в этих случаях спинка обращена обычно кзади и тогда имеет место задний вид поперечного положения плода. Кроме указанных двух чаще всего встречающихся видов, различают расположение спинки плода, в одних случаях обращенной ко дну матки, в других — ко входу в малый таз.

Распознавание поперечного положения плода путем пальпации нередко бывает затруднено, например при резко выраженном многоводии, многоплодии, при значительном напряжении мышц брюшной стенки, при частых и болезненных схватках, при наличии опухолей (кистомы, миомы). В подобных случаях прибегают к рентгенографии.

Отчетливо выслушиваемое сердцебиение плода чаще говорит о том, что спинка его обращена кпереди, т. е. имеет место передний вид. При спинке, обращенной кзади, сердцебиение плода обычно прослушивается с трудом, а иногда совсем не улавливается. Не вызывает сомнения и позиция плода. Крупная часть плода, расположенная слева, баллотируется, что свойственно головке, а не ягодицам, слева же ниже пупка прослушивается и сердцебиение.

Остается неясной этиология поперечного положения плода у молодой первобеременной женщины. Об отягощенности акушерского анамнеза говорить не приходится, поскольку речь идет о первой беременности. Симптомов инфантилизма мы не отметили. Отпадает вопрос о несоответствии между размерами головки и тазом: таз анатомически полноценен, а размеры головки соответствуют 36-недельному (незрелому) плоду. Трудно объяснить неправильное положение и пространственным соотношением полости матки и плода, что наблюдается при многоводии или маловодии. У нас нет основания говорить в данном случае о предлежании плаценты, что могло бы препятствовать фиксации крупной части плода во входе в таз. В ряде случаев неправильное положение может объясняться пороками развития матки, уродствами развития плода и др. Наиболее вероятная причина, способствовавшая созданию неправильного положения плода у И-ко, это неполноценность брюшного пресса. Акушер, как мы знаем, обратил внимание при наружном осмотре на дряблость кожи живота и отсутствие достаточной эластичности брюшных стенок.

Закономерно напрашивается вопрос, *является ли создавшееся поперечное положение устойчивым* или, быть может, произойдет самоповорот и плод займет продольное положение?

Случаи самопроизвольного поворота в последние недели беременности действительно наблюдаются, но чрезвычайно редко. Чтобы обеспечить благоприятное родоразрешение акушер должен применить операцию, исправляющую положение плода. Такой операцией является акушерский поворот, с помощью которого данное неблагоприятное, почему-либо неудобное положение плода изменяется в другое, более удобное

и притом всегда продольное положение (Н. Н. Феноменов).

Различают следующие разновидности операций, исправляющих положение плода: 1) наружный акушерский поворот; 2) наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии зева (классический); 3) наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при неполном раскрытии зева (по Брекстон-Гиксу).

Что следует предпринять?

1. Произвести наружный профилактический поворот на головку. Условия для такого поворота имеются. Прогноз благоприятный.

2. Профилактический поворот произвести в сроки, близкие к срочным родам или даже во время родов.

3. От профилактического поворота следует отказаться. Тактика должна быть выжидательной. При развившейся родовой деятельности метод родоразрешения будет зависеть от условий (классический поворот и извлечение, поворот по Брекстон-Гиксу, операция кесарева сечения, плодоразрушающая операция).

Еще совсем недавно советские акушеры при ведении беременности и родов при поперечном и косом положениях плода придерживались различной акушерской тактики. Это обстоятельство вызвало большую творческую дискуссию как на заседаниях научных обществ, так и на страницах журнала «Акушерство и гинекология» за 1951 и 1952 гг. Этот же вопрос был программным и на IV пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР (1952).

В результате всестороннего обсуждения была выработана рекомендуемая пленумом тактика.

Согласно решениям пленума, следует госпитализировать каждую беременную, начиная с 35 недель беременности, если только диагностируется поперечное или косое положение плода.

Многочисленные литературные данные как отечественных, так и зарубежных авторов показывают, что процент мертворождаемости при неправильных положениях плода чрезвычайно высок. Так, если мертворождаемость при срочных и преждевременных родах, вместе взятых, составляет 1,88%, только при срочных родах — 1,32%, при срочных родах в головном предлежании — 0,94%, при срочных родах в тазовом предлежании — 10,1%, то при срочных родах в поперечном и косом положениях этот процент доходит до 26,4% (М. Б. Трубкович, 1945).

Процент материнской смертности при неправильных положениях плода достигает 4 и даже 9 (К. К. Скробанский). Исключительно высок процент преждевременных родов и преждевременного отхождения вод при неправильных положениях (по Е. П. Романовой за 1951 г. — 32,6).

Все это обязывает акушера своевременно госпитализировать беременных с неправильным положением плода. Однако одной госпитализации недостаточно. Необходимо выработать такую тактику ведения беременности и родов, которая снизила бы высокий процент мертворождаемости и материнской смертности. В этих целях Б. А. Архангельский (1945) и предложил широко применять при неправильных положениях плода наружный профилактический поворот при беременности сроком 35—36 недель. Б. А. Архангельский и М. Б. Трубкович на большом числе клинических наблюдений доказали, что в результате своевременно произведенного профилактического поворота при попе-

речных и косых положениях процент мертворождаемости удается снизить с 25 до 1 (т. е. в 25 раз!).

Большой опыт врачей по применению наружного профилактического поворота при неправильных положениях плода показал исключительную эффективность этого мероприятия. Мы также считаем, что наружный профилактический поворот технически легко выполним в период 35—36-недельной беременности. Значительно сложнее произвести его на 40-й неделе беременности.

Вот почему мы полностью разделяем первый вариант акушерской тактики, предложенный в отношении ведения беременности. Врач консультации поступил благоразумно, направив И-ко в стационар при беременности сроком 36 недель.

Второй вариант предлагаемой акушерской тактики мы в данном случае отклоняем, но вместе с тем считаем необходимым отметить, что профилактический поворот следует попытаться произвести и в более поздние сроки беременности (хотя бы за несколько дней до родов). Однако если врачу предоставляется возможность выбора, то следует отдать предпочтение повороту при беременности сроком 35—36 недель.

Что касается третьего варианта предлагаемой акушерской тактики ведения беременности у нашей пациентки, то мы его также отклоняем, так как роды при поперечном положении плода представляют большую опасность.

Какие условия необходимы для успешного выполнения наружного профилактического поворота?

Прежде всего необходимо согласие беременной. Второе условие — желателен 35—36-недельный срок беременности. Третье основное условие — точная ориентировка в положении плода: в сомнительных случаях показана рентгенография. Четвертое условие — податливость брюшной стенки и стенки матки; при напряжении брюшного пресса и мускулатуры матки поворот недопустим. Пятое условие — подвижность плода. Последнее, шестое, условие — точное соблюдение правил техники поворота.

Однако, кроме условий, врач обязан точно знать и *противопоказания к наружному профилактическому повороту*. К ним относятся: а) повышенная возбудимость матки; б) отсутствие подвижности плода; в) осложнение беременности кровотечением, хотя бы и самым незначительным (данные анамнеза и осмотра); г) наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов; д) маловодие и многоводие; е) многоплодие; ж) наличие резкого сужения таза (II и III степени); з) сердечно-сосудистые заболевания в стадии нарушения кровообращения; и) нефропатия, эклампсия; к) наличие рубца на матке после бывшего абдоминального кесарева сечения; л) аномалии развития матки (однорогая, двурогая), опухоли матки или ее придатков.

Различают следующие *виды наружного профилактического поворота* при неправильных положениях плода:

1. Поворот из поперечного положения на головку (производится чаще).

2. Поворот из поперечного положения на тазовый конец (производится реже).

В то время как одни акушеры (Б. А. Архангельский, М. Л. Колосов, Р. Г. Лурье, А. А. Матвеева, П. Я. Лельчук, И. И. Яковлев) не возражают против профилактического поворота в условиях женской консультации, другие клиницисты (К. К. Скробанский, А. П. Ни-

колаев и др.) предпочитают проводить эту операцию только в условиях стационара. При обсуждении этого вопроса на заседании Московского научного акушерско-гинекологического общества (1951) было рекомендовано производить операцию наружного профилактического поворота только в стационаре.

Беременные, которым предстоит операция наружного поворота, проходят психопрофилактическую подготовку. Врач должен разъяснить в краткой беседе необходимость и целесообразность предпринимаемой операции, ее безопасность для матери и плода. Накануне операции показана очистительная клизма. Непосредственно перед операцией опорожняют мочевой пузырь.



Рис. 42. Наружный поворот плода на головку при поперечном его положении. Первая позиция, передний вид, спинка обращена ко дну матки.



Рис. 43. Наружный поворот плода на головку при поперечном его положении. Первая позиция, задний вид, спинка обращена ко дну матки.

Беременная с обнаженным животом принимает горизонтальное положение на твердой кушетке, на спине. Акушер садится на стул справа от беременной. Наружными легкими приемами он проводит пальпацию живота и возможно точно определяет положение плода, позицию, вид, предлежащую часть.

Операция наружного поворота выполняется без наркоза и не должна сопровождаться болевыми ощущениями.

Техника поворота при поперечных положениях плода хорошо разработана во всех деталях Б. А. Архангельским. Она имеет свои особенности, которые в значительной мере зависят от расположения плода в матке. Техника поворота на головку при поперечном положении, переднем виде, со спинкой, обращенной ко дну матки, будет сводиться к следующему (рис. 42): при первой позиции, переднем виде головку захватывают правой рукой и смещают не только вниз, но и кпереди. В это время левой рукой ягодицы перемещают вверх, в сторону подреберья. Поворот при заднем виде, как видно из рис. 43, совершается еще легче.

Техника поворота при поперечных положениях плода (переднем и заднем виде) со спинкой, обращенной ко входу в таз, будет иной. Обратите внимание на рис. 44. Если в данном случае поворот на головку будет совершен путем перемещения головки ко входу в таз, т. е. по

ходу часовой стрелки, то такого рода манипуляция приводит чаще всего к разгибанию головки, созданию нового патологического состояния.

Чтобы сохранить правильное членорасположение плода (его овод), наружный поворот в данном случае необходимо проводить в направлении от ягодиц к спинке и головке с учетом позиций плода: при первой позиции — против хода часовой стрелки (рис. 45 и 46), при второй позиции — по ходу часовой стрелки. Иными словами, поворот в этих случаях будет совершен на 270° .

М. Н. Дьякова (Акушерско-гинекологическая клиника, руководимая проф. И. И. Яковлевым, Свердловск, 1953) утверждает, что поворот на головку можно проводить и без учета позиции плода; достаточно учитывать только подвижность и легкость поворота. Ею выполнен поворот у 50 беременных без учета позиции плода и ни в одном случае не наблюдалось разгибания головки.

Объективным методом контроля за операцией поворота является счет сердцебиения плода и после операции. Чаще наблюдается замедление (на 10—15 ударов в минуту), реже — учащение сердце-



Рис. 44. Наружный поворот плода на головку при поперечном его положении. Неправильная техника наружного поворота ведет к разгибанию головки.



Рис. 45. Наружный поворот плода на головку при поперечном его положении. Первая позиция, передний вид, спинка обращена ко входу в таз. Первый момент — перевод в тазовое предлежание.



Рис. 46. Наружный поворот плода на головку при поперечном его положении. Первая позиция, передний вид, спинка обращена ко входу в таз. Второй момент — поворот на головку.

биения плода. Обычно ритм восстанавливается уже через 5—8 минут. В случае значительных отклонений в ритме сердечных сокращений операцию поворота необходимо прекратить.

Нужна ли специальная фиксация продольного положения плода?

Безусловно, нужна. Акушеру, проводившему подобного рода профилактические повороты, хорошо известны случаи, когда после поворота плод нередко вновь занимает исходное, привычное для него положение. Поэтому после поворота необходимо фиксировать продольное положение плода путем бинтования живота, применения импровизированного бандажа из полотенца или специального бандажа для беременных или, наконец, применения бинта с валиками (С. А. Астринский). Затем беременную укладывают обычно на тот бок, в сторону которого была отклонена головка. При многоводии бинтование не достигает цели. Операция наружного профилактического поворота переносится беременными хорошо.

2/IX, 14 часов 30 минут. После соответствующей подготовки беременной (опорожнение мочевого пузыря и кишечника) произведен наружный профилактический поворот плода на головку приемами, описанными выше. Техника поворота не встретила затруднений. Продольное положение плода было фиксировано бинтованием живота.

3/IX. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 130/90 мм. Положение плода продольное, головка подвижная над входом в малый таз, сердцебиение слева ниже пупка, 138 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Окружность живота 80 см, высота стояния дна матки 30 см.

4/IX. И-ко была выписана из родильного дома под наблюдение женской консультации. Бандаж, закрепляющий продольное положение плода, предложено носить в течение 2 недель.

25/IX в 9 часов поступила в родильный дом по поводу начала родовой деятельности. Схватки через 10—12 минут, по 20—25 секунд, средней силы, начались 4 часа тому назад.

Акушерское обследование. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

25/IX. 17 часов 45 минут. Срочные самопроизвольные роды. Родилась девочка (вес 3100 г, длина 49 см, окружность головки 34 см), сразу громко закричала. Через 20 минут родился послед. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря 150 мл.

Послеродовой период без осложнений. И-ко выписана с ребенком на 9-й день после родов.

Эпикриз

И-ко, первобеременная (беременность сроком 36 недель), поступила с поперечным положением плода. Произведен наружный профилактический поворот на головку. Через 2 дня выписалась под наблюдение женской консультации. Беременность доношена до срока. Роды и послеродовой период без осложнений.

Поперечное положение плода. Раннее отхождение вод.

Выпадение пуповины. Поворот плода при неполном раскрытии зева матки

К-на, 25 лет, поступила в акушерскую клинику 26/XII 1956 г. в час ночи с начавшейся родовой деятельностью при беременности сроком 32—33 недели.

Анамнез. Наследственность благоприятная. Условия труда и быта удовлетворительные. В детстве перенесла корь и коклюш. Часто болеет гриппом и ангинами.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, через месяц, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 15 по 17/V 1956 г.

Генеративная функция. Замужем с 23 лет. Первая беременность (в 1949 г.) закончилась срочными родами доношенным мальчиком (вес 2950 г). Ребенок жив. Вторая беременность закончилась криминальным абортom при сроке 2 месяца, после чего лечилась 3 месяца (сепсис). Третья беременность настоящая. Женскую консультацию посетила 4 раза, первое посещение — на III месяце беременности.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Температура 36,4°. Пульс 68 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/80 мм. Тело-

сложение правильное, подкожножировой слой развит удовлетворительно. Рост 155 см, вес 66,7 кг. На голених ластозность. Брюшная стенка дряблая.

Органы кровообращения, дыхания, пищеварения и мочевые органы без отклонений от нормы.

Акушерское обследование. Размеры таза в пределах нормы. Окружность живота 74 см, высота стояния дна матки над лоном 26 см. Матка не имеет обычной овальной формы, она растянута больше в поперечном размере. Как у дна матки, так и над входом в таз крупные части плода пальпировать не удается; они определяются в боковых отделах матки: слева — крупная, плотная, округлой формы часть — головка, справа — также крупная, но менее плотная, с менее очерченными контурами — ягодицы. Уровень головки находится несколько ниже уровня ягодиц, но выше гребня подвздошной кости. Мелкие части не определяются. Сердцебиение плода на уровне пупка, несколько яснее слева, 140 ударов в минуту, ритмичное, но глухое. Схватки средней силы, через 5—8 минут, по 25—30 секунд. Родовая деятельность началась 3 часа назад. Воды не отходили.

Наличие податливой, дряблой брюшной стенки и отсутствие реактивности со стороны матки при наружном обследовании позволило сравнительно легко установить неправильное положение плода. Но так бывает далеко не всегда! Упругие брюшные стенки (особенно у первородящих), значительно выраженный подкожножировой слой, многоводие, чрезмерная рефлекторная возбудимость матки и ряд других моментов очень часто не позволяет ориентироваться в отношении положения плода. В таких случаях мало помогает и влагалищное исследование. Только рентгенография может уточнить диагноз.

Будем ли мы производить влагалищное исследование у нашей роженицы?

Какие дополнительные данные можно при этом получить? Ведь предлежащей крупной части нет, вход в таз пустой. Позиция плода первая. Это мы довольно точно установили наружным исследованием. Правда, остается невыясненным вид положения плода; но при целом плодном пузыре и недостаточном раскрытии зева эти детали определить обычно трудно, а при вынужденных энергичных манипуляциях можно легко нарушить целостность пузыря, что нежелательно. Несмотря на это, нужно бережно произвести влагалищное исследование для выяснения степени раскрытия маточного зева и состояния родовых путей.

26/XII, 1 час 30 минут. Влагалищное исследование. Влагалище емкое, шейка укорочена, канал шейки пропускает полтора поперечных пальца. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Предлежащая часть не определяется. В тазу экзостозов не обнаружено. Мыс не достигается.

Какой диагноз?

1. Преждевременные роды (беременность сроком 32—33 недели). Первый период родов. Первое поперечное положение плода.

2. Преждевременные роды. Первый период родов. Косое положение плода.

Казалось бы, диагноз поперечного положения плода у нашей роженицы не должен вызывать сомнений. Головка отчетливо определяется слева, ягодицы — справа. Над входом в малый таз предлежащая часть не определяется. При наружном осмотре акушер обратил внимание на форму матки, которая в поперечнике оказалась шире по сравнению с ее продольным размером.

На основании каких же данных акушерского обследования можно поставить диагноз косого положения плода?

На основании того, что головка и ягодицы стоят не на одном уровне. Уровень головки ниже уровня тазового конца. Иными словами длинник плода (ось плода) и длинник матки (ось матки) взаимно не перекрещиваются между собой под прямым углом. Поэтому, казалось, логичнее было бы говорить в данном случае о слабо выраженном косом положении (рис. 47). Однако строгое поперечное положение

плода вряд ли существует, всегда или головной конец плода или тазовый располагается ближе к тазу (Г. Г. Гентер).

В тех случаях, когда ягодицы и головка не стоят строго на одном уровне, для определения понятия «поперечное» или «косое» положение плода пользуются следующими условными критериями. Если нижележащая крупная часть плода находится выше уровня гребня подвздошной кости, то данное положение плода следует расценивать как поперечное, хотя бы плод и находился в слегка косом положении. Только расположение ниже лежащей крупной части плода непосредственно



Рис. 47. Поперечное положение плода при целом пузыре. Уровень головки стоит ниже уровня тазового конца, но выше гребня подвздошной кости.



Рис. 48. Косое положение плода при целом пузыре. Уровень головки стоит ниже уровня гребня подвздошной кости.

ственно в подвздошной области, т. е. ниже уровня гребня подвздошной кости, дает право, говорить о косом положении плода (рис. 48). В последнем случае ось плода и ось матки будут перекрещиваться под углом 45° .

Руководствуясь указанным, мы вправе говорить о поперечном положении плода у нашей роженицы.

При неправильных положениях ось плода не совпадает с тазовой осью, вследствие чего самопроизвольное родоразрешение невозможно. Вот почему роды при поперечных и косых положениях, предоставляемые естественному течению, чреватые тяжелыми последствиями для матери и плода. Роженица может погибнуть от разрыва матки, плод — от асфиксии или внутриутробной родовой травмы. Только в крайне редких случаях при неправильных положениях недоношенного плода (мертвого или мацерированного) роды могут закончиться самопроизвольно, путем самоизворота или родов со «сдвоенным телом».

Таким образом, только своевременная и правильная профилактическая и лечебная помощь могут гарантировать родоразрешение с сохранением жизни матери, а в большинстве случаев и плода.

Какой тактики ведения родов следует придерживаться?

Могут быть предложены три варианта.

1. Показан наружный профилактический поворот на головку.
2. В интересах плода показано кесарево сечение.
3. Тактика должна быть выжидательной. Принять меры для сохранения целостности плодного пузыря. В случае отхождения вод роды закончить операцией поворота.

Подвергнем критической оценке предлагаемые варианты акушерской тактики. Едва ли наружный профилактический поворот будет в данном случае рациональным. Поворот может повлечь за собой разрыв плодного пузыря и тогда будет создана еще более тяжелая патология, так как воды отойдут при открытии маточного зева на полтора поперечных пальца. Наружный профилактический поворот противопоказан и потому, что у нашей роженицы отягощенный акушерский анамнез.

Не показана в данном случае и операция кесарева сечения. Плод недоношен, сердцебиение его хотя и ритмичное, но глухое. В анамнезе — септическое заболевание после криминального аборта. Показаний к срочному родоразрешению со стороны роженицы нет. Подвергнуть молодую женщину операции кесарева сечения по сугубо относительным показаниям является недопустимым акушерским деянием.

Третий вариант предлагаемой акушерской тактики является наиболее щадящим, а тем самым и наиболее приемлемым. Тактика ведения первого периода родов при поперечном положении плода должна сводиться прежде всего к заботе о более длительном сохранении целостности плодного пузыря, к стремлению добиться возможно большего раскрытия маточного зева (желательно — полного). Задача эта нелегкая. При неправильных положениях плода, как известно, не существует внутреннего пояса соприкосновения, а значит, не существует и разграничения между передними и задними водами. Несвоевременный разрыв (у нашей роженицы это будет ранний разрыв) плодного пузыря влечет за собой: а) не частичное, а почти всегда полное излитие околоплодных вод, б) более интимное прилегание стенок матки к плоду, в) развитие более энергичной сократительной деятельности матки, г) нарушение гемодинамики плода, д) выпадение мелких частей плода и петель пуповины и др.

Если тотчас после отхождения вод отмечается только ограничение в подвижности плода (незапущенное поперечное положение), то уже спустя несколько часов при наличии энергичной родовой деятельности может наступить запущенное поперечное положение плода.

Какие же мероприятия рекомендуются для более длительного сохранения плодного пузыря? Прежде всего — строгий постельный режим. Некоторые акушеры применяют кольпайринтер. Мы полагаем, что кольпайризм едва ли может служить сдерживающим фактором для раннего разрыва плодного пузыря.

В ряде случаев при косых положениях плода приданием роженице положения на боку, соответствующем нижележащей крупной части плода, удается перевести плод в продольное положение. В этих случаях вышележащая крупная часть плода отклоняется в ту сторону, на которой лежит роженица, а нижележащая — подходит ко входу в таз.

Нашей роженице назначили строгий постельный режим и уложили ее на левый бок.

26/XII, 3 часа. Схватки умеренной силы, через 5—6 минут, по 25 секунд. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили. Роженица ведет себя спокойно.

5 часов 40 минут. Отошли грязные воды в количестве 150 мл. Положение плода поперечное. Сердцебиение плода на уровне пупка, 148 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 4—5 минут, средней силы. Моча выпущена катетером (150 мл).

Наша профилактика раннего разрыва плодного пузыря оказалась недостаточно эффективной. С момента первого влагалищного исследования прошло всего 4 часа. Какова степень раскрытия маточного зева в данный момент, без влагалищного исследования сказать, конечно, трудно. Ясно, одно: нужно поторопиться с влагалищным исследованием и срочно приступить к повороту. Во время подготовки к операции обдумаем план наших действий. Если обнаружим полное (или почти полное) раскрытие зева, то произведем поворот плода с последующим его извлечением. Плод недоношенный, размеры его невелики. Если раскрытие зева будет в пределах 2—3 поперечных пальцев, то произведем поворот, низведем только ножку и подвесим груз.

Если же исследование покажет, что шейка не сглажена, канал ее по-прежнему пропускает только 1—1½ поперечных пальца, то применим метрейриз, который будет являться при этой акушерской ситуации операцией выбора.

26/ХІІ, 5 часов 45 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытие зева около трех поперечных пальцев. Плодного пузыря нет. Справа у края зева определяется локоть и предплечье с кистью (локоть внизу, по направлению к зеву, кисть вверх). Над зевом несколько вправо определяется плечевой сустав, по которому дальше можно дойти до шеи. Определяется свисающая во влагалище небольшая петля пульсирующей пуповины.

Новое, чрезвычайно тяжелое осложнение — выпадение пуповины. Правда, оно не является неожиданным. Выпадение пуповины чаще всего наблюдается при поперечных положениях плода, затем при ножных, реже при ягодичных и еще реже при головных предлежаниях. Хотя влагалищное исследование позволило своевременно выявить выпадение пуповины, тем не менее прогноз для плода серьезный.

Что следует предпринять?

1. Приступить к вправлению пуповины.
2. Несмотря на выпадение пуповины, приступить к исправляющей положение плода операции и низведению ножки.

Не подлежит сомнению тот факт, что правильное решение задачи при сложившейся акушерской ситуации будет сводиться к исправлению неблагоприятного (поперечного) положения плода в более благоприятное продольное положение. Иными словами показанием к операции поворота является не выпадение пуповины, а само по себе поперечное положение плода.

О какой же операции поворота идет речь? Нам предстоит выполнить операцию акушерского поворота наружно-внутренними приемами при неполном раскрытии маточного зева, который пропускает только три поперечных пальца (поворот по Брекстон-Гиксу).

Как показывают литературные данные и наш личный опыт, поворот по Брекстон-Гиксу дает чрезвычайно большой процент смертности для плода (для недоношенных — 90—100, для доношенных — 30—40). Эта операция в равной мере опасна и для матери, так как может сопровождаться значительным травматизмом родовых путей. Вот почему советские акушеры прибегают к этой операции крайне редко.

Показаниями к операции являются: 1) предлежания плаценты, 2) поперечное и косое положение плода при раннем отхождении вод. Операция производится только в том случае, когда плод глубоко

недоношен (нежизнеспособен) или мертв. Условия операции по Брекстон-Гиксу предусматривают: 1) раскрытие маточного зева не менее чем на $2\frac{1}{2}$ поперечных пальца, 2) полную подвижность плода, 3) соответствие между размерами головки плода и таза матери (при живом плоде) и 4) если нет показаний к срочному (немедленному) родоразрешению.

Техника операции поворота плода по Брекстон-Гиксу.

Подготовка роженицы такая же, как и к операции классического поворота. Обезболивание — глубокий эфирный наркоз, который должен привести к полному расслаблению мышц брюшной стенки и матки.



Рис. 49. Поворот плода на ножку при неполном раскрытии маточного зева. Введение «руки акушера» в родовой канал.

Первый этап операции. Пальцы руки, одноименной с позицией плода (при первой позиции — левая рука, при второй — правая) складывают конусообразно и обильно смачивают 1% раствором лизола или стерильным вазелиновым маслом. Затем пальцами другой руки широко раздвигают половую щель, после чего конусообразно сложенную «руку акушера» осторожно, не спеша (лучше вне схватки) вводят во влагалище (рис. 49). Если плодный пузырь цел, его разрывают (на высоте схватки) пальцем (или корнцангом).

Первый этап операции при поперечных (косых) положениях плода на этом и заканчивается. Если же операция производится при головном предлежании, то двумя пальцами (указательным и средним), введенными в зев, головку отодвигают в сторону спинки (рис. 50).

Второй этап операции сводится к отысканию ножки. Если акушер четко ориентируется в отношении позиции и вида плода, то отыскание ножки не вызовет трудностей. Чтобы приблизить ножки к пальцам, введенным в полость матки, наружной рукой энергично надавливают на тазовый конец. Этим приемом значительно облегчают захватывание ножки (рис. 51). Таким образом, в отыскании ножки идут не длинным, а коротким путем.

При головном предлежании, после отодвигания головки, пальцы акушера, введенные в полость матки, проходят последовательно по поверхности лобика, личика, грудки плода. Далее пальцы акушера встречаются с ручками и, наконец, ножками плода, одну из которых (любую!) захватывают пальцами в области лодыжек.



Рис. 50. Отталкивание внутренней рукой головки в сторону спинки.



Рис. 51. Поворот плода на ножку при неполном раскрытии зева. Наружная рука низводит тазовый конец навстречу внутренней руке.

Третий этап операции. Наружной рукой отодвигают головку в направлении дна матки, а ножку в это время низводят во влагалище (рис. 52). Операция поворота по Брекстон-Гиксу считается законченной, если головка находится у дна матки, а ножка плода выведена из половой щели до колена. Дальнейшие манипуляции должны быть прекращены. Форсированное извлечение плода в данном случае будет являться грубой, непоправимой врачебной ошибкой, влекущей за собой обычно разрыв нижнего сегмента матки и обильное кровотечение.

Возвращаемся к нашей роженице. Ей предстоит перенести операцию поворота по Брекстон-Гиксу.

26/XII, 6 часов 5 минут. Роженица переведена в операционную, мочевого пузыря опорожнен катетером. После подготовки рук хирурга и операционного поля дан легкий эфирно-кислородный наркоз. Акушер хорошо ориентирован в отношении положения плода: позиция первая, вид передний. Он ввел во влагалище всю кисть левой руки и лишний раз убедился, что наружный зев приоткрыт в пределах трех поперечных пальцев. Сделана попытка расширить зев пальцами с таким расчетом, чтобы иметь возможность войти в полость матки всей ладонью. Тонкие края наружного зева оказались достаточно податливыми. Но как только ладонь проникла в полость матки, рука встретила сильное сопротивление со стороны стенки матки, которая плотно охватила плод, в связи с чем подвижность его резко ограничилась. Одновременно с этим наружная рука акушера ощутила напряжение мышц брюшной стенки. Короче говоря, создались

условия, при которых дальнейшие манипуляции оказались затрудненными. Акушер принял правильное решение: он отказался от попытки произвести поворот насильственным путем.

Что случилось?

Имеет место грубая врачебная ошибка. Акушер решил произвести операцию поворота при неполном раскрытии зева под легким эфирным наркозом. Только разумное решение врача отказаться от насильственных действий предотвратило возможную катастрофу (разрыв матки).

Был дан глубокий наркоз. Наступило расслабление мышц брюшного пресса и матки. Во влагалище — небольшая петля пульсирующей пуповины. Наружный зев проходим для 3—4 пальцев, которые акушер и ввел в полость матки. Наружной рукой тазовый конец плода был низведен навстречу пальцам внутренней руки. При дальнейшем проникновении пальцев вглубь и вправо (коротким путем) была захвачена нижележащая (правая) ножка непосредственно над лодыжками. При смещении ножки головка плода одновременно отодвигалась наружной рукой в направлении дна матки.



Рис. 52. Ножка захвачена внутренней рукой. Головку отталкивают наружной рукой в сторону дна матки.

Исправление положения плода из поперечного в продольное осуществилось без особого труда. Правая ножка выведена из половой щели до коленного сустава (до подколенной ямки). На ножку надета петля из марлевого бинта и подвешен груз (400 г).

Итак, закончена операция, исправившая неправильное положение плода (из поперечного в продольное), но далеко не закончена родоразрешающая операция.

Что же мешает перейти к родоразрешающей операции?

Во-первых, нет показаний к немедленному родоразрешению, во-вторых, нет необходимых условий (полного раскрытия маточного зева).

26/XII, 6 часов 20 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 115 ударов в минуту, среднего наполнения. Сердцебиение плода 150—160 ударов в минуту, глухое, ритмичное. Схватки средней силы, через 4—5 минут, по 25—30 секунд.

26/XII, 7 часов 30 минут. Схватки средней силы, через 4—5 минут, по 30 секунд. Сердцебиение плода стало менее глухим, 160 ударов в минуту, ритмичное. Пульс роженицы 90 ударов в минуту, хорошего наполнения. Общее состояние удовлетворительное.

26/XII, 8 часов 30 минут. Схватки прежней силы. Сердцебиение плода справа на уровне пупка, 155 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

26/XII, 9 часов 20 минут. Сердцебиение плода резко замедлилось до 110—100 ударов в минуту. Схватки через 3—4 минуты, приняли потужной характер. Подтекают воды, окрашенные меконием. Решено произвести очередное влагалищное исследование, которое показало, что раскрытие полное. Во влагалище (в крестцовой впадине) клубок петель слабо пульсирующей пуповины. Ножка плода во влагалище.

Что делать дальше?

Быть может, стоит приступить к родоразрешению? Ведь в данный момент появились необходимые условия — полное открытие зева.

Имеются и показания со стороны плода — он живой (пуловина пульсирует) и вместе с тем появились угрожающие симптомы внутриутробной (вернее, интранатальной) асфиксии плода. Правда, плод недоношенный. Операция поворота по Брекстон-Гиксу была предпринята исключительно в интересах матери. Но акушерская ситуация в данный момент резко изменилась. Материнскому организму уже ничто не угрожает. Исправляющая операция, несмотря на недоношенность плода и выпадение пуповины, не оказалась роковой для плода. Если мы предоставим родоразрешение силам природы и будем ожидать, пока плод самостоятельно родится до пупка (до нижних углов лопаток), а затем окажем ручное пособие, т. е. будем придерживать тактики при родоразрешении путем операции поворота по Брекстон-Гиксу, то прогноз для плода будет безусловно плохой.

Учитывая желание роженицы иметь ребенка, акушер решил приступить к извлечению плода.

26/XII, 9 часов 25 минут. Потягиванием за ножку во время схватки, медленно, постепенно родилась правая ягодица, затем левая ножка, наконец, туловище до лопаток. При последующих схватках плод без затруднений был извлечен до нижних углов лопаток. Ручки освобождены легко. Головка выведена по способу Морисо-Левре-Ляшпель. Плод женского пола родился в асфиксии (I степень). Легко оживлен по методу Соколова — Легенченко. Вес 2150 г, длина 46 см, окружность головки 30 см.

26/XII, 9 часов 45 минут. Признаков отделения последа нет. Появилось довольно обильное кровотечение (200—250 мл одновременно). В связи с отсутствием признаков отделения последа решено приступить к операции ручного отделения последа.

26/XII, 9 часов 50 минут. Под эфирным наркозом, после соответствующей подготовки рук акушера и операционного поля, правая рука введена во влагалище, а затем в матку. В матке обнаружено много сгустков крови, оболочки и детское место частично прикреплены сзади и справа у дна матки. Ручное отделение последа проходило с некоторым затруднением. Послед удален. Под кожу введено 2 мл эрготина, в шейку матки — 1 мл питуитрина. Матка сократилась хорошо. Кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря около 350 мл. Шейка осмотрена в зеркалах, разрывов не обнаружено. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 125/80 мм. На низ живота положен пузырь со льдом. Родильница переведена в послеродовую палату.

Послеродовой период протекал при клинической картине лохиометры. Выписана на 15-й день после родов с живым ребенком.

Эпикриз

К-на, повторнородящая, поступила в акушерскую клинику ввиду начавшейся родовой деятельности. Акушерским обследованием установлено поперечное положение плода. Приняты меры для более длительного сохранения плодного пузыря (строгий постельный режим, придано положение на боку, в сторону которого отклонена головка). Через 4 часа 40 минут после поступления отошли воды при сглаженной шейке и раскрытии зева на три поперечных пальца. Принято решение закончить роды путем поворота по Брекстон-Гиксу. Попытка произвести поворот под легким эфирным наркозом потерпела неудачу. Врачебная ошибка исправлена. Операция поворота была выполнена под глубоким эфирным наркозом без затруднений. После полного раскрытия шейки матки в связи с появлением признаков начинающейся асфиксии плода произведено его извлечение. В последовом периоде кровотечение. Ручное отделение и удаление последа. К-на выписана с новорожденной на 15-й день после родов.

Поперечное положение плода. Раннее отхождение вод.

Метрейриз. Классический поворот плода на ножку и его извлечение

Г-на, 24 лет, поступила в родильный дом 6/II 1951 г. в 10 часов с начавшейся родовой деятельностью при поперечном положении плода (беременность сроком 39 недель).

Анамнез. Развивалась нормально. Из детских заболеваний помнит только корь. В 19-летнем возрасте — аппендэктомия.

Менструальная функция. Менструации с 18 лет, установились сразу, наступают через месяц, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Дату последней менструации не помнит.

Половая функция. Половая жизнь с 1948 г. Последнее половое сношение 2 месяца тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность 1½ года тому назад закончилась искусственным абортom на III месяце.

Течение настоящей беременности без осложнений. Женскую консультацию посещала регулярно. Поперечное положение плода было определено за 2 недели до поступления в родильный дом. От направления в стационар беременная отказалась. 6/II в 5 часов начались родовые схватки. Воды отошли в 8 часов 30 минут.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,7°. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 125/80 мм. Рост 159 см, вес 58,5 кг. Телосложение правильное. Кожные покровы и слизистые нормальной окраски. Подкожножировой слой развит умеренно. Отеков нет. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевой системы патологических изменений не обнаружено.

Акушерское обследование. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки 33 см. Предлежащей части над входом в малый таз нет. Дно матки плоское, в боковых отделах ее определяются крупные части плода; справа определяется средних размеров головка, слева — ягодицы. Головка и ягодицы стоят на одном уровне. Мелкие части не пальпируются. Плод подвижный, сердцебиение выслушивается отчетливо справа, на уровне пупка, 138 ударов в минуту. Схватки регулярные, через 8—10 минут, средней силы. Воды подтекают в умеренном количестве. По словам беременной, воды начали подтекать полтора часа тому назад. Размеры таза 26, 29, 31, 21 см. Индекс Соловьева — 14 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает два поперечных пальца. Плодного пузыря нет. Исследуемым пальцем достигается туловище плода, которое легко смещается при отталкивании. Таз емкий, экзостозов в тазу нет, мыс не достигается.

Какой диагноз? Какова тактика ведения родов?

Диагноз: первый период срочных родов; поперечное положение плода, вторая позиция; раннее отхождение вод.

1. Тактика выжидательная. Когда наступит полное раскрытие зева — произвести классический поворот на ножку с последующей экстракцией плода.

2. При раннем отхождении вод и неполном раскрытии зева показан поворот по Брекстон-Гиксу.

3. Показано кесарево сечение как операция, гарантирующая рождение живого плода.

4. Показан метрейризм; при полном раскрытии зева — классический поворот к последующей экстракцией плода.

Предлагаются четыре различные тактики ведения родов. Как показывают литературные данные, перечисленные виды акушерской тактики имеют и последователей, и противников. Наличие разноречивых высказываний по столь актуальному вопросу, как ведение родов при поперечных положениях плода в случаях раннего отхождения вод, значительно усложняет работу практического врача. Развернувшаяся на страницах журнала «Акушерство и гинекология» творческая дискуссия (1951—1952) позволила в конечном итоге наметить единую, наиболее шадящую тактику ведения беременности и родов при неправильных положениях плода.

Большинство современных акушеров, в том числе и мы, не разделяет так называемой выжидательной тактики после отхождения вод при поперечном положении плода. Ждать полного раскрытия маточного зева, как это предлагал в свое время К. К. Скробанский, при раннем отхождении вод и поперечном положении — это значит созда-

вать условия для потери плодом подвижности, для образования запущенного поперечного положения, чрезвычайно неблагоприятного по своим последствиям как для матери, так и для плода.

Трудно согласиться и со вторым вариантом предлагаемой акушерской тактики — пойти на поворот по Брекстон-Гиксу при живом доношенном плоде. В свое время ряд акушеров (Г. Г. Гентер и др.) доброжелательно относились к этому виду вмешательства. Однако в настоящее время акушеры считают поворот по Брекстон-Гиксу показанным лишь в единичных, исключительно редких, случаях

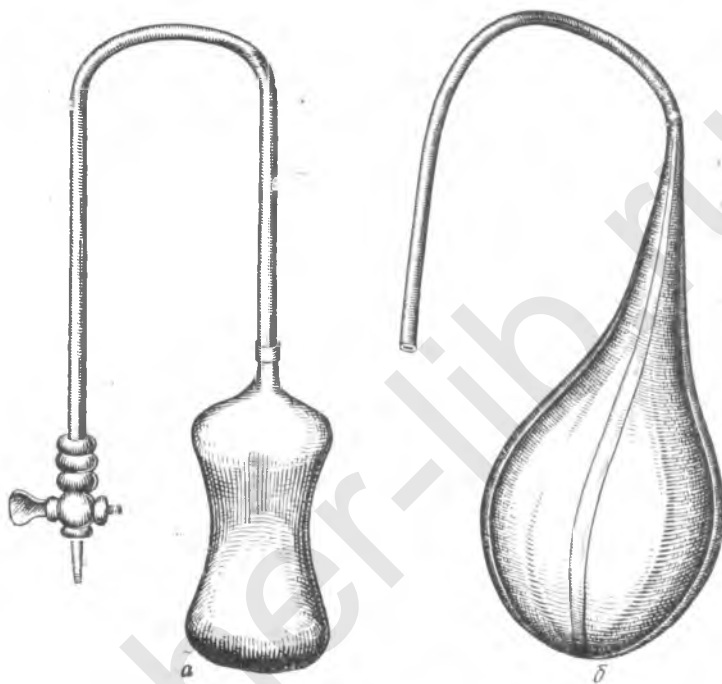


Рис. 53. Модели метрейринтеров.
а — скрипкообразный; б — грушевидный.

и только при мертвом или глубоко недоношенном плоде, а также при тяжелых состояниях матери, требующих быстрого родоразрешения. Слишком велик процент мертворождаемости и травматизма родовых путей!

Мало обосновано и предложение произвести у нашей 24-летней роженицы кесарево сечение. Показания к этой операции в данном случае будут сугубо относительными.

Абдоминальное кесарево сечение при поперечном и косом положении плода можно было бы допустить у старой первородящей.

Наиболее обоснованным является четвертый возможный вариант тактики ведения родов у нашей роженицы (метрейризм). С помощью метрейринтера обычно удается расширить зев матки до размеров, достаточных для классического поворота на ножку и последующего извлечения плода. Процент мертворождений, детской смертности и материнского травматизма при операции метрейриза значительно меньше, чем при операции поворота в условиях неполного открытия.

Операция метрейриза заключается во введении специального резинового баллона (метрейринтера)¹ в нижний отдел матки с целью ускорить раскрытие маточного зева. Применяемые в настоящее время метрейринтеры имеют различные объемы (от 150 до 400 мл) и различную форму (грушевидные, скрипкообразные, конусообразные и др.) (рис. 53). Чаще применяются метрейринтеры грушевидной формы. Большой практический интерес представляет метрейринтер И. М. Старовойтова. Эта модель снабжена специальной резиновой трубочкой, через которую по мере надобности можно периодически вводить в полость матки раствор пенициллина.

Показания к метрейризу. Метрейриз применяется. 1) при искусственном прерывании беременности в поздние сроки (поздний аборт, преждевременные роды), 2) при кровотечениях, связанных с частичным предлежанием плаценты, 3) при преждевременном и раннем отхождении вод при поперечных и косых положениях плода, 4) при выпадениях петли пуповины (после вправления, чтобы удержать ее), 5) при первичной слабости родовых схваток, 6) при перенесенной (свыше 2 недель) беременности. Противопоказаниями являются: 1) угрожающий разрыв матки, 2) резко ригидная (рубцово измененная) шейка матки.

Условия для метрейриза. Метрейринтер может быть введен в полость матки при раскрытии цервикального канала уже в пределах хотя бы одного поперечного пальца. Вот почему операция метрейриза является методом выбора при поперечном положении плода, которое осложнилось ранним отхождением вод при раскрытии зева на 1—1½ поперечных пальца. Введенный в полость матки метрейринтер будет способствовать раскрытию зева, сохранению оставшейся части околоплодных вод и тем самым сохранению подвижности плода. Только после рождения метрейринтера создаются условия для операции поворота (по Брекстон-Гиксу, классического).

В тех же случаях, когда имеются показания к метрейризу, а шейка еще не сглажена и наружный зев закрыт, шейку матки расширяют металлическими расширителями Гегара до № 21—23.

Подготовка к операции метрейриза. Перед операцией больной предлагают опорожнить мочевой пузырь (если надо, производится катетеризация) и прямую кишку (если надо — очистительная клизма). Обрабатываются дезинфицирующими средствами наружные половые органы и влагалище. В целях обезболивания за 30 минут до операции вводят подкожно 1 мл 2% раствора пантопона и 4 мл 25% раствора сернокислой магнезии внутримышечно. Непосредственно перед введением метрейринтера проводится новокаиновая инфильтрационная анестезия (инъекция 20 мл 0,25% или 0,5% раствора новокаина в подслизистую сводов влагалища).

Техника метрейриза. До операции проверяют целостность и емкость метрейринтера. Затем шейку матки обнажают зеркалами. На переднюю и заднюю губы шейки накладывают пулевые щипцы. Прокипяченный (в 1% растворе соды) метрейринтер туго сворачивают в виде сигары, захватывают его (рис. 54) специальным зажимом (за неимением последнего — изогнутым корнцангом) и осторожно вводят в канал шейки выше внутреннего зева матки. После этого замок зажима (корнцанга) раскрывают и зажим удаляют. Чтобы при извлечении зажима метрейринтер не выскользнул наружу, его придерживают пинцетом.

¹ Метрейринтер изобретен Д. М. Трубницким (1863).

При предлежании плаценты метрейринтер вводят обязательно внутривлагалищно, так как внебрюшинное введение, т. е. расположение баллона между стенками матки и плацентой, будет способствовать еще большей отслойке плаценты и вызовет опасное кровотечение. Тот же метрейринтер будет введен внебрюшинно, если предстоит только простое расширение шейного канала.

Зная емкость баллона, последний наполняют при помощи шприца соответствующим количеством стерильного физиологического раствора. После наполнения метрейринтера на отводную трубку накладывают зажим (или закрывают кран). Затем трубку соединяют с марлевым бинтом, перебрасывают его через блок, закрепленный у стенки кровати, и подвешивают груз (от 200 до 400 г).

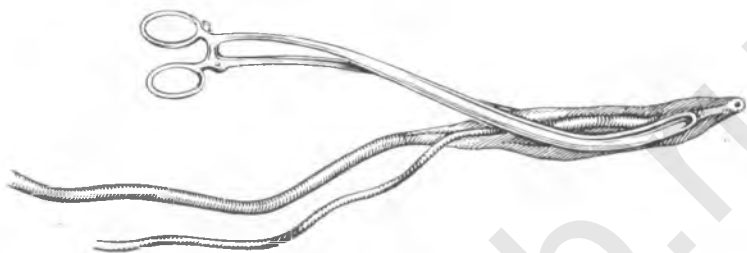


Рис. 54. Метрейринтер сигарообразно свернут и захвачен специальным зажимом.

Плотное прилегание метрейринтера к стенке нижнего сегмента матки вызывает раздражение ее рецепторного аппарата, развиваются схватки, в результате чего происходит сглаживание канала шейки матки и постепенное раскрытие маточного зева. В конечном итоге при полном раскрытии маточного зева рождается метрейринтер. Баллон не должен находиться в полости матки более 12 часов.

Существенным недостатком операции метрейриза является очень длительное пребывание баллона в полости матки, что чревато опасностью инфекции. Рождение метрейринтера можно несколько ускорить, применив медикаментозную стимуляцию родовой деятельности (хинин, питуитрин, карбохолин).

Итак, мы остановились на операции метрейриза, которую считаем операцией выбора при родоразрешении Г-ной.

6/II, 10 часов 45 минут. Роженица переведена в операционную, где произведено вторичное влагалищное исследование. Данные те же, что и при первом исследовании.

Операция метрейриза. После подготовки операционного поля влагалище раскрыто зеркалами, шейка обработана спиртом и 5% настойкой йода. На переднюю и заднюю губы шейки матки наложены пулевые щипцы. Прокипяченный грушевидный метрейринтер емкостью 400 мл туго свернут, взят в специальный зажим и осторожно введен во внутренний зев. Затем зажим удален и баллон наполнен стерильным физиологическим раствором (400 мл). Кран метрейринтера закрыт, подвязан марлевый бинт, который перекинут через блок, подвешен груз в 300 г.

Роженица помещена в предродовую комнату под наблюдение акушерки. От стимуляции родовой деятельности решено воздержаться, учитывая, что схватки как до, так и после метрейриза ритмичные, через 8—10 минут, по 25—30 секунд.

6/II, 12 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 120/75 мм. Положение плода поперечное, сердечные тоны без изменений. Схватки через 6—8 минут, по 25—30 секунд.

6/II, 15 часов 20 минут. В связи с невозможностью самостоятельного мочеиспускания мочевого пузыря опорожнен катетером. Положение плода поперечное, подвижность хорошая, сердцебиение справа на уровне пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки стали более продолжительными, средней силы, с интервалами 4—6 минут.

Трудно сказать, как длительно будет пребывание метрейринтера в полости матки. Наша обязанность — тщательно следить за состоя-

нием роженицы и плода. После рождения метрейринтера произведем влагалитное исследование. Как показывает опыт, после рождения крупного баллона всегда имеется полное или близкое к полному раскрытие зева матки. Надо быть готовым к классическому повороту и экстракции плода! Вспомним основные сведения, касающиеся операции классического акушерского поворота.

Показаниями к классическому акушерскому повороту (комбинированному наружно-внутреннему повороту при полном открытии зева матки) являются: 1) поперечное или косое положение плода, 2) неблагоприятные предлежания и вставления головки (лицевое вставление с поворотом подбородка кзади, лобное вставление, высокое прямое стояние сагиттального шва), 3) крайне тяжелые состояния матери и плода, требующие немедленного родоразрешения (преждевременная отслойка нормально расположенного детского места, сердечно-сосудистые заболевания и болезни легких, тяжелые формы эклампсии, асфиксия плода и др.).

Условиями для классического поворота будут:

- 1) полное (или почти полное) открытие зева матки;
- 2) хорошая подвижность плода в полости матки;
- 3) плодный пузырь цел или воды отошли недавно;
- 4) наличие соответствия между размерами головки и плода; *conjugata vera* не должна быть ниже 8 см;
- 5) живой плод.

Последнее условие не является обязательным: поворот можно произвести и на мертвом плоде, но при условии, если смерть наступила недавно; при извлечении мертвого плода показана перфорация последующей головки.

Абсолютными противопоказаниями к операции поворота следует считать запущенное поперечное положение плода, угрожающий или происшедший разрыв матки, наличие мацерированного и давно умершего плода.

6/II, 18 часов 45 минут. Родился метрейринтер. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту, правильный, хорошего наполнения. Сердцебиение плода после рождения метрейринтера не изменилось.

18 часов 50 минут. Произведено влагалитное исследование в операционной, куда роженица переведена из предродовой палаты. Раскрытие маточного зева почти полное, края тонкие, легко растяжимые.

Имеются ли условия для классического поворота? Не будет ли поворот технически трудным, а следовательно, и опасным для матери и плода, так как воды отошли еще до поступления в клинику?

Постановка вопросов в такой плоскости совершенно закономерна и акушер естественно стремится получить на них ответы.

Необходимые условия для классического поворота у нашей роженицы, конечно, имеются. При почти полном раскрытии маточного зева акушер свободно введет всю кисть руки в полость матки, что позволит точно ориентироваться в положении плода и значительно облегчит технику поворота. Подвижность плода хорошая, по-видимому, в полости матки сохранилось достаточное количество околоплодных вод. Плод живой, таз нормальных размеров, достаточно емкий; головка средних размеров. Не подлежит сомнению, что поворот при несостоявшихся водах можно было бы произвести значительно легче.

Пусть не смущает наличие достаточно выраженных схваток, которые, конечно, могут в известной мере ограничить подвижность плода, затруднить операцию поворота. Но мы обязательно дадим глубокий эфирный или внутривенный неингаляционный наркоз (гексеналом)

вый, пентоталовый) и тем самым добьемся расслабления мышц брюшного пресса и мускулатуры матки, иными словами условий, значительно облегчающих действия и руки акушера, находящейся в полости матки, и руки, находящейся снаружи (со стороны брюшной стенки). Прежде чем приступить к операции поворота, акушер обязан иметь отчетливое представление о следующих вопросах.

1. Наступил ли глубокий сон? При отсутствии глубокого наркоза от операции надо воздержаться.

2. Точно ли акушер ориентируется в положении плода и расположении его частей? Непосредственно перед операцией рекомендуется еще раз уточнить положение плода, его позицию и вид. Только акушер, хорошо ориентирующийся в отношении положения плода, позиции и вида, технически правильно выполняет операцию поворота.

3. Надлежит помнить, что комбинированный наружно-внутренний поворот — операция, в основном выполняемая двумя руками. Обе руки действуют в строгом сочетании. Роль руки, находящейся снаружи, исключительно велика. Наружной рукой акушер: а) отодвигает головку ко дну матки (при поперечных положениях плода); б) помогает отодвинуть предлежащую часть кверху (при продольных положениях); в) смещает дно матки (точнее, ножки) навстречу внутренней руке и тем самым облегчает захватывание ножки пальцем руки, расположенной в полости матки; г) сдерживает смещение матки кверху, предохраняет нижний сегмент от перерастяжения.

4. Какую руку следует вводить в полость матки для поворота? Выбор руки очень важен. По мнению Н. Н. Феноменова, «всегда следует выбирать ту руку, на которую больше можно надеяться; следовательно, это будет для огромного большинства операторов правая рука». Однако акушерский опыт убеждает нас, что операцию поворота значительно легче выполнить, если при выборе руки учитывается позиция плода. Так, при первой позиции (при поперечном положении обращена влево головка, при продольном — спинка) вводится левая рука. При второй позиции плода (при поперечном положении обращена вправо головка, при продольном — спинка) в матку вводится правая рука.

5. Каким путем можно разыскать ножку? Как известно, существует два пути для отыскания ножки: короткий и длинный. Первый путь (немецкий) состоит в том, что акушер, зная местонахождение ножек, направляет к ним свою руку кратчайшим путем. При этом способе рука захватывает первую попавшуюся ножку, возможно и не ту, которую надлежало бы низвести. При этом методе легко захватить по ошибке ручку и ее низвести. Если вместо ножки захватывают ручку и эта ошибка своевременно распознается, акушер не должен смущаться. Выпавшую ручку обратно не вправляют, это будет врачебной ошибкой, на нее лишь накладывают петлю из марлевого бинта и продолжают дальнейшие поиски ножки.

Надлежит помнить следующие опознавательные приметы. Ножка распознается по наличию большой пяточной кости, коротких пальчиков и отсутствию большого угла между большим пальчиком стопы и остальными пальчиками.

При втором способе (французский) путь отыскания ножки более длинный. Внутренняя рука акушера, определив бок плода, скользит по нему до ягодиц, затем — на бедро и далее на голень. Хотя этот путь более длинный, чем первый, тем не менее при этом методе акушер

легко ориентируется в членорасположении плода и захватывает обычно надлежащую ножку. Не следует только забывать о пуповине, которую легко сдвинуть.

6. Какую ножку захватить? Существуют следующие условные понятия в отношении названия ножек. При продольном положении плода и при поперечном (со спинкой, обращенной ко дну матки или ко входу в таз) ножка, лежащая ближе к брюшной стенке матери, именуется передней, другая — задней. При поперечном положении плода различают ножку нижележащую и ножку вышележащую.

При повороте плода акушер всегда колеблется, какую ножку захватить. Н. Н. Феноменов предлагает не задумываться над этим вопросом и захватывать ту ножку, которая будет первой определена акушером. Мы стоим на стороне акушеров (Г. Г. Генгер, М. С. Малиновский, М. Г. Кушнир), которые полагают, что рациональнее захватывать ту ножку, при низведении которой будет сохранен (после поворота) передний вид плода. Вот почему при передних видах первого и второго поперечных положений плода следует захватывать нижележащую ножку, при задних видах — вышележащую. При поперечных положениях со спинкой, обращенной ко дну матки, захватывают переднюю ножку, а при спинке, обращенной ко входу в таз, — заднюю.

7. Каким способом захватить ножку? Различают два способа. По одному — ножку захватывают указательным и средним пальцами, располагая их выше лодыжек. Удержать ножку этим способом очень трудно: она ускользает, пальцы быстро утомляются. Н. Н. Феноменов предложил захватывать ножку всей рукой. М. С. Малиновский отмечает при этом небольшую, но существенную деталь. Он предлагает располагать пальцы таким образом, чтобы большой палец лежал по длине голени, концом в подколенной ямке, а остальные четыре пальца обхватывали бы голень спереди. Захват голени всей рукой этим приемом не является круговым, что и предохраняет кости голени от перелома.

6/II, 19 часов. Начата операция классического поворота. После соответствующей подготовки рук хирурга и операционного поля под глубоким эфирно-кислородным наркозом акушер ввел правую руку, сложенную конусообразно, сначала во влагалище, а затем всю кисть в полость матки. Половые губы при этом были широко разведены пальцами левой руки. Рука, введенная в полость матки, встретила бок плода. Пальцы распределились таким образом, что большой лег на спинку спереди, а четыре — на брюшную поверхность сзади. Отсюда рука переместилась на ягодицы, а затем на бедро и голень нижележащей ножки, которая и была захвачена в области голени всей рукой. Затем левой (наружной) рукой головка смещена ко дну матки, а в это время правой (внутренней) рукой ножка низведена. Поскольку раскрытие зева полное, решено приступить к извлечению плода. Тракциями книзу выведена передняя ягодица. Затем ножка приподнята кверху. Родилась задняя ягодица, а вслед за этим выпала задняя ножка. Теперь таз плода стал доступен для захвата обеими руками.

Несколькими легкими тракциями книзу туловище выведено до нижних углов лопаток. После этого освобождена задняя ручка (правая). Плод повернут вокруг продольной оси на 180° и освобождена вторая (левая) ручка. Головка выведена по способу Морисо-Левре-Ляшпель.

Родился доношенный мальчик (вес 3450 г, длина 50 см, окружность головки 34 см), вскоре закричал. Послед родился через 15 минут. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря 300 мл. Шейка осмотрена в зеркалах, разрывов нет, промежность цела.

Через 3 часа после родов родильница переведена в палату. Послеродовой (послеоперационный) период без осложнений. Выписана домой с ребенком на 12-й день после родов.

Эпикриз

Г-на, первородящая. Роды начались при доношенной беременности, осложнились поперечным положением плода и ранним отхождением вод. При раскрытии зева на два поперечных пальца был введен мет-

рейринтер, который родился через 8 часов. При наличии полного раскрытия произведен классический поворот на ножку с последующим извлечением плода. Поворот осуществлен легко. Родился живой доношенный мальчик. Послеродовой период без осложнений. Родильница с новорожденным выписана домой на 12-й день после родов.

Поперечное положение плода. Частичное предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез. Абдоминальное кесарево сечение

М-ва, 36 лет, поступила в акушерскую клинику 29/XI 1956 г. в 12 часов 30 минут с поперечным положением плода; родовая деятельность отсутствует.

Анамнез. Наследственность здоровая. Условия труда и быта удовлетворительные. О детских заболеваниях ничего не знает. Часто болеет ангиной и гриппом. В 1950 г. перенесла заболевание печени (приступ печеночной колики). Указаний на рахит и туберкулез не имеется.

Менструальная функция. Менструации с 18 лет, установились сразу, через 25—27 дней, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Расстройств менструального цикла никогда не отмечалось. Последняя менструация с 3 по 6/III 1956 г.

Половая функция. Половая жизнь с 27 лет, брак первый. Последнее половое сношение 4 месяца тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность на первом году замужества (в 1947 г.) закончилась срочными нормальными родами (вес плода 3500 г); ребенок жив. Вторая беременность (в 1950 г.) закончилась самопроизвольным выкидышем на VI месяце с последующим выскабливанием матки. Через 7 дней после выписки из родильного дома появилось кровотечение, в связи с чем больную поместили в стационар и было произведено повторное выскабливание. Во время выскабливания матки была перфорирована, последовала лапаротомия и ушивание перфорационного отверстия. Послеоперационный период без осложнений. Третья беременность (в 1953 г.) закончилась срочными родами, осложненными краевым предлежанием плаценты. В связи со вторичной слабостью родовой деятельности были наложены кожно-головные щипцы. Плод родился в белой асфиксии (не оживлен). В последовом периоде — кровотечение, ручное отделение последа (по поводу частичного его плотного прикрепления), инструментальное обследование полости матки, тампонада полости матки, переливание крови. В послеродовом периоде — эндометрит.

Течение настоящей беременности. Беременность четвертая. На V месяце были угрожающие симптомы прерывания беременности, по поводу чего лежала в родильном доме 10 дней. В дальнейшем беременность протекала без осложнений. 24/XI появились незначительные кровянистые выделения (несколько капель на белье), в связи с чем М-ва направлена в акушерскую клинику.

Беременная находилась под наблюдением поликлиники, где неправильное положение плода не было диагностировано.

Общее обследование. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Схваток нет.

Телосложение правильное, подкожножировой слой развит хорошо. Рост 164 см, вес 73,5 кг. Видимые слизистые и кожные покровы нормальной окраски. Отеков нет. На передней брюшной стенке — линейный рубец от лона до пупка, в хорошем состоянии. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Органы кровообращения. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/60 мм. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, правая — по правому краю грудины; тоны приглушены.

Органы дыхания. Кашля нет. При перкуссии — ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Склонность к запорам. Язык чистый, влажный, в зеве гиперемии нет, миндалины не увеличены. Подложечная область безболезненна при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются.

Мочевые органы. Мочиспускание безболезненно. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Акушерское обследование. Окружность живота 106 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода поперечное, головка слева, тазовый конец справа. Сердцебиение плода на уровне пупка, 134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Выделений из влагалища нет. Подвижность плода умеренная. Размеры таза 25, 28, 32, 20 см. Боковая конъюгата — 15 см. Индекс Соловьева — 16,5 см.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрической формы. Передняя губа несколько нависает над задней. Цервикальный

канал пропускает кончик пальца до внутреннего зева. Предлежащая часть не достигается. Мыс недостижим. Выделения из влагалища слизистые, скудные, светлые.

Какой диагноз?

Доношенная беременность у повторнородящей. Поперечное положение плода, правая позиция. Подозрение на предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез.

Диагноз поперечного положения плода в данном случае не вызывает затруднений. Наружный осмотр и влагалищное исследование позволили поставить точный диагноз, не прибегая к рентгенографии. Во всех же сомнительных случаях неясного положения плода рекомендуется пользоваться рентгенографией. Значительно сложнее диагностика предлежания плаценты во время беременности. Появление хотя бы незначительных кровянистых выделений во время беременности и, в частности, в конце беременности (накануне родов), как это имеет место, например, у М-вой, естественно вызывает у акушера чувство большой тревоги. Как показывает акушерский опыт, причиной появления крови в подобных случаях чаще всего является предлежание плаценты (частичное или полное). Однако установить тот или иной вид предлежания плаценты можно только при условии хотя бы небольшого (на 2—3 пальца) раскрытия зева матки. Несмотря на то что во время беременности не представляется возможным говорить о виде предлежания плаценты, тем не менее акушер вправе остановиться хотя бы предположительно на этом диагнозе.

Не исключено кровотечение из шейки матки и влагалища. В подобных случаях показан осмотр при помощи зеркал.

Акушерский анамнез у нашей больной отягощен. Вторая и третья беременности сопровождались акушерской патологией.

В чем будет заключаться тактика акушера?

1. Показан профилактический наружный поворот на головку. Необходимые условия имеются.

2. Профилактический поворот противопоказан, если речь идет о предлежании плаценты и об отягощенном акушерском анамнезе. В данном случае показана срочная операция — кесарево сечение.

3. Следует придерживаться выжидательной тактики. Если кровотечение возобновится при отсутствии родовой деятельности, то будет показано кесарево сечение. Если же разовьется родовая деятельность и при этом появится кровотечение, то метод родоразрешения должен быть выбран в зависимости от данных влагалищного исследования.

Нам предлагают три различных варианта акушерской тактики. Заслуживает внимания первый вариант — перевести поперечное положение плода в продольное, создав головное предлежание. Показанием к повороту является само по себе поперечное положение. Имеются и необходимые условия: 1) живой плод; 2) хорошая подвижность плода; 3) нормальный таз; 4) хорошее состояние матери и плода; 5) достаточная податливость брюшной стенки; 6) согласие матери. Тем не менее этот вариант мы вынуждены отклонить, так как в данном случае не учтены противопоказания к повороту. В самом деле, о каком повороте может идти речь, если у нашей роженицы подозревается предлежание плаценты, если на матке имеется рубец после бывшего чревосечения, когда акушерский анамнез настолько отягощен?

Во втором варианте учтены противопоказания к профилактическому наружному повороту. На этом основании нам и предлагают срочно приступить к операции кесарева сечения. Но как быть? Вправе ли мы считать противопоказания к наружному повороту в нашем случае абсолютными показаниями к кесареву сечению? Мы отмечаем

отрицательно. Показания к кесареву сечению в данном случае будут, конечно, относительными и вместе с тем заслуживающими большого внимания. При создавшейся акушерской ситуации нельзя гарантировать рождение живого плода *per vias naturales*.

Беременная настаивает на таком методе родоразрешения, который сохранил бы жизнь плоду.

Акушерская ситуация, равно как и отягощенный акушерский анамнез, таит в себе опасность не только для плода, но и для материнского организма. Вот почему показания к кесареву сечению в данном случае хотя и будут формально относительными, но по существу — абсолютно оправданными. Что касается срочности операции, то в клинических условиях позволительно выжидать, так как чревосечение может быть выполнено на должном уровне в любую минуту; в условиях участковой и районной больниц акушер поступит правильно, если операция будет произведена в плановом порядке. В тех же случаях, когда чревосечение не может быть выполнено по тем или иным причинам (отсутствие необходимых условий, недостаточная акушерская или хирургическая квалификация врачей), беременную необходимо заблаговременно направить в другой район или областной центр.

Третий вариант предлагаемой акушерской тактики предусматривает выжидательную позицию. Она показана в тех случаях, когда роженица в категорической форме отвергает чревосечение и акушер вынужден вести роды через естественные родовые пути. В этих случаях будет показана та или иная акушерская операция в зависимости от сложившейся акушерской ситуации.

Мы воздерживаемся от срочной лапаротомии по двум соображениям: а) дать возможность доносить плод (срок предполагаемых родов — первые числа декабря); б) к операции приступить с началом родовой деятельности. Вместе с тем мы готовы приступить к операции, если появится, например, кровотечение.

30/XI. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Положение плода поперечное. Воды не отходили. Самочувствие роженицы хорошее. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 110/70 мм. Назначения: 1) следить за выделениями и общим состоянием; 2) свечи с папаверином (0,02 г), по одной свече 2 раза в день; 3) регулярно исследовать кровь на содержание гемоглобина. Кровь 30/XI: Hb 12,5 г% (75 единиц).

С 30/XI по 3/XII общее состояние удовлетворительное. Роженица жалоб не предъявляет. Температура нормальная. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 110/65 мм. Кровянистых выделений нет. Живот мягкий, матка не возбудима. Положение плода поперечное, сердцебиение на уровне пупка, в пределах 130—134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Физиологические отправления нормальные.

4/XII, 7 часов. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 68 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/60 мм. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Появились кровянистые выделения из влагалища в количестве 250 мл. Жалоб не предъявляет.

Итак, при отсутствии родовой деятельности появились кровянистые выделения. Симптом неблагоприятный. Беременная нервничает, тревожится за судьбу плода.

Учитывая отягощенный анамнез и акушерский статус (поперечное положение, подозрение на предлежание плаценты), а также настойчивую просьбу обеспечить рождение живого плода, решено приступить к родоразрешению путем абдоминального кесарева сечения.

4/XII. Операция кесарева сечения. Под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией (900 мл 0,25% раствора) иссечен старый кожный послеоперационный рубец. Затем послонью вскрыта брюшная стенка разрезом длиной 16 см по средней линии. После вскрытия брюшины произведен разрез по передней стенке матки, несколько от-

ступня от старого рубца. Полость матки и плодные оболочки вскрыты, после чего извлечен за ножку мальчик (вес 3450 г, длина 50 см, окружность головки 37 см), закричал сразу. После перерезки пуповины начато удаление плаценты, расположенной на передней и частично на задней стенке матки. Внутренний зев был закрыт плацентой. Послед удален потягиванием за пуповину. Стенки матки контрольно проверены тупой кюреткой. В мышцу матки введен 1 мл питуитрина. Матка восстановлена трехэтажными швами. Передняя брюшная стенка восстановлена послойно, на кожу наложены узловые шелковые швы и коллоидная повязка. Общая кровопотеря 500 мл.

Во время операции произведена гемотрансфузия 400 мл резусотрицательной крови и 500 мл противошоковой жидкости Полосухина.

Послеоперационный период без осложнений (первые 3 дня — субфебрильная температура). Родильница с новорожденным выписана домой 16/XII в удовлетворительном состоянии.

Эпикриз

М-ва, повторнородящая, поступила в акушерскую клинику с поперечным положением плода при беременности сроком 39 недель, без родовой деятельности, с подозрением на предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез. От профилактического поворота плода акушер отказался, так как имелись очевидные противопоказания (подозрение на предлежание плаценты, рубец на матке после операции по поводу прободения ее). Роды закончились оперативным родоразрешением путем кесарева сечения. Извлечен живой доношенный мальчик.

Послеоперационный период без осложнений. Выписана домой на 12-й день после родов.

Запущенное поперечное положение плода. Выпадение ручки. Мертвый плод. Эмбриотомия

Г-ва, 25 лет, доставлена в родильный дом с направлением из женской консультации 20/XI 1956 г. в 12 часов 40 минут с сильными схватками.

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной, в 20-летнем возрасте — воспалением легких (крупозным). Условия труда и быта удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, установились сразу, наступают через месяц, по 3 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 5 по 8/II 1956 г.

Половая функция. Половая жизнь с 21 года, брак первый. Последнее половое сношение месяц тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность в 1952 г. закончилась на II месяце искусственным абортom, вторая в 1954 г. — самопроизвольными срочными родами (вес плода 3000 г); ребенок жив. Настоящая беременность третья. Женскую консультацию посещала регулярно до получения дородового отпуска, с тех пор в консультации не была. Первого шевеления плода не помнит. 18/XI появились боли внизу живота и вскоре начали подтекать воды.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Пульс 78 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/90 мм. Рост 154 см, вес 70 кг. Телосложение правильное. Подкожно-жировой слой развит хорошо. Отеков нет.

Органы кровообращения, дыхания, пищеварения и мочевой системы без отклонения от нормы.

Акушерское обследование. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 33 см. Родовая деятельность интенсивная. Матка увеличена в поперечном размере больше, чем в продольном; матка напряжена, плотно обхватывает плод, болезненна в нижнем отделе, вследствие чего с трудом определяются крупные части плода. Создается впечатление, что головка справа (там пальпируется крупная, плотная, округлая часть плода), тазовый конец слева. Плод совершенно потерял подвижность, сердцебиение не прослушивается. Выделяется скудное количество околоплодных вод, окрашенных меконием. Размеры таза 26; 29; 31; 17,5 см.

20/XI, 13 часов. Произведено влагалищное исследование для уточнения характера предлежащей части и состояния родовых путей. Шейка сглажена, раскрытие почти полное. Во влагалище выпавшая ручка (левая), в зеве — вколотившееся плечико.

Какой диагноз?

Доношенная беременность. Простой плоский таз (девентеровский). Раннее отхождение вод. Запущенное поперечное положение плода. Передний вид. Выпадение ручки. Мертвый плод. Угрожающий разрыв матки.

Диагноз неправильного положения не вызывает трудностей: увеличение матки в поперечнике, расположение крупных частей плода в боковых отделах матки, отсутствие предлежащей части плода, выпадение ручки, вколотившееся плечико и, наконец, отсутствие в связи с этим подвижности плода являются достаточным основанием для диагноза запущенного поперечного положения.

Самопроизвольные роды при поперечном положении доношенным плодом не могут произойти. Частые сильные схватки, временами переходящие в потуги, привели к вколачиванию плечика, к перерастяжению нижнего сегмента, к резкой болезненности матки. Если не будет произведена своевременная плодоразрушающая операция, произойдет разрыв матки.

Роды при поперечных положениях плода могут закончиться самопроизвольно только в тех крайне редких случаях, когда имеется широкий таз и маленький, недоношенный, мертвый или мацерированный, легко сжимаемый плод. Механизм родов будет сводиться или к самоизвороту или плод родится со сдвоенным телом.

Какие же причины привели к созданию поперечного положения у нашей роженицы? По-видимому, таким этиологическим фактором явился плоский таз. Как известно, при плоском тазе неправильные положения плода встречаются значительно чаще, чем при нормальном тазе.

Нас заинтересовал и другой, не менее важный вопрос. Как могло случиться, что жительница города, находившаяся под наблюдением консультации, в конечном итоге поступила в родильный дом с запущенным поперечным положением плода? На наш недоуменный вопрос роженица дала следующее разъяснение. Вскоре после получения родового отпуска она выехала к своим родным в подмосковную деревню, где и прожила до 18/XI. Обратный путь, по плохой дороге, она совершила в машине. Через несколько часов после приезда появились боли внизу живота и стали подтекать воды. Этому роженица не придавала должного значения. Только 20/XI она обратилась в консультацию, откуда и была доставлена в родильный дом с отошедшими водами и развившейся родовой деятельностью.

Если бы Г-ва поступила в родильный дом заблаговременно (за несколько дней до родов или даже тотчас после начала отхождения вод), то прогноз родов был бы иным.

Мы запросили также женскую консультацию и узнали, что неправильное положение плода было диагностировано в конце восьмого акушерского месяца и что беременной было предложено лечь в родильный дом за 7—10 дней до родов. От профилактического наружного поворота, который предполагалось выполнить на 35—36-й неделе, беременная отказалась.

Что следует предпринять?

Показана немедленная плодоразрушающая операция (эмбриотомия).

Действительно, при сложившейся акушерской ситуации у нашей роженицы эмбриотомия будет операцией выбора. Поворот в данном случае противопоказан, он будет грубой врачебной ошибкой. Насильственный поворот при запущенных поперечных положениях плода не-

минуемо приводит к разрыву матки со всеми грозными последствиями для матери.

Под эмбриотомией понимают ряд плодоразрушающих операций, основное назначение которых сводится к тому, чтобы уменьшенный в объеме или расчлененный на части плод провести через естественные родовые пути. В настоящее время эмбриотомию производят, как правило, на мертвом плоде. Только в исключительно редких случаях допустима операция и на живом плоде.



Рис. 55. Запущенное поперечное положение плода. Нижележащая левая ручка выпала во влагалище.



Рис. 56. Декапитация. Расположение пальцев руки акушера и декапитационного крючка на шейке плода.

При запущенных поперечных положениях применяются такие расчленяющие плод операции, как декапитация (обезглавливание), эвисцерация (опорожнение от внутренностей грудки, живота) и спондилотомия (разделение туловища в поясничном отделе позвоночника). Из перечисленных операций чаще других применяется декапитация.

Благодаря наличию широкой сети лечебно-профилактических учреждений по родовспоможению в нашей стране созданы все необходимые условия для снижения числа плодоразрушающих операций вообще и особенно на живом плоде. Частота эмбриотомий по отношению к родам колеблется в пределах 0,1—0,2%.

Какая же операция будет показана в нашем случае? Положение плода поперечное, головка лежит в правой подвздошной области, в шейной части резкий перегиб позвоночника, плечико вколочено в таз, нижележащая ручка (левая) выпала во влагалище (рис. 55). Мы не будем вправлять выпавшую ручку (это было бы ошибкой!), а выведем ее из половой щели и тем самым откроем еще больший доступ к шейке плода. Из расчленяющих операций декапитация будет наиболее приемлемой.

Едва ли стоит говорить о показаниях к эмбриотомии у нашей роженицы. Запущенное поперечное положение является основным, абсолютным показанием к плодоразрушающей операции. Что касается условий к декапитации, то они также имеются, а именно: плод мертвый, маточный зев открыт полностью, плодного пузыря нет, шейка доступна для руки акушера, таз хотя и плоский, но I степень сужения (в анамнезе самопроизвольные роды живым доношенным плодом). Но если бы плод оказался живым, то и в этом случае плодоразрушающая операция показана во имя спасения матери. Не станем терять времени и приступим к операции.

20/XI, 13 часов 25 минут. Дан глубокий эфирно-кислородный наркоз. Подготовка большой к операции декапитации такая же, как и при других влагалищных операциях. Хирургический инструментарий для данной операции крайне ограничен. Нужен декапитационный крючок Брауна, который представляет собой довольно массивный металлический стержень (длиной 25 см). На одном конце — крючок под острым углом с пуговчатым утолщением, на другом конце — массивная рукоятка. Кроме декапитационного крючка, необходимо иметь длинные массивные ножницы (Н. Н. Феноменова или Зибольда).

После наступления у роженицы глубокого сна мы приступили к операции. На выпавшую ручку надели петлю из марлевого бинта, оттянули ручку вниз и влево и передали своему помощнику. Отведением выпавшей ручки книзу и в сторону, противоположную головке, акушер обычно добивается небольшого смещения плечевого пояса и шейки плода ко входу в таз. Затем мы ввели во влагалище левую руку и ладонью, обращенной вперед, дошли до шейки плода и завели за шейку указательный и средний пальцы, а большой палец поместили на шейку спереди (рис. 56). Такое расположение пальцев достаточно хорошо фиксирует шейку в том месте, где предполагают наложить крючок. После этого декапитационный крючок введен по ладонной поверхности левой руки до шейки плода и надет на нее под контролем введенных пальцев.

Второй момент операции предусматривает активное участие помощника, который удерживает головку снаружи, через брюшные покровы, с расчетом еще больше приблизить ее к срединной линии. Только после этого хирург производит энергичные движения декапитационным крючком. Крючок обычно вплотную ложится на позвоночник. Поворачиванием декапитационного крючка сначала в одну, а затем в другую сторону легко достигается перелом позвоночника. Надо помнить, что эта операция достаточно грубая и потому все манипуляции должны проводиться под постоянным контролем пальцев левой руки, расположенных на шейке плода. Мы неоднократно наблюдали случаи, когда акушер после наложения крючка на шейку извлекал левую руку из матки и переламывание позвоночника производил «вслепую», что чревато серьезным ранением материнских тканей.

Перелом позвоночника сопровождается хрустом, который всегда улавливается хирургом. Следует отметить, что декапитационный крючок нарушает целостность не только позвоночника, но частично и мягких тканей. С помощью длинных ножниц Феноменова (или Зибольда) рассекаются оставшиеся мягкие ткани.

Третий момент операции — обезглавленное туловище удаляется потягиванием за ручку. Несколько труднее извлекается головка. Помощник ручными приемами через брюшную стенку вправляет головку в таз. В это время хирург после введения во влагалище зеркал, под контролем зрения, захватывает головку крепкими щипцами Мюзо (или пулевыми) и извлекает ее.

В ряде случаев головку удаляют ручным приемом путем введения указательного пальца в ротик, в других случаях — путем перфорации и последующей краниоклазии. Следует только помнить, что при удалении головки роль помощника исключительно велика. Он должен умело и вместе с тем бережно фиксировать головку над входом в таз. Особенно это касается технического выполнения таких операций, как краниотомия и краниоклазия.

Извлечен плод женского пола, весом 3200 г, длина 52 см, окружность головки 35 см. Через 30 минут родился послед. Детское место целое, оболочки все.

Несмотря на хороший тонус матки и отсутствие дефектов в последе, шейка осмотрена с помощью влагалищных зеркал. Шейка цела. Произведено также ручное обследование матки, которое в подобных случаях всегда показано. Разрывов не обнаружено.

Через 4 часа после операции родильница переведена в палату. В послеродовом периоде слабо выраженный эндометрит. Выписана на 15-й день.

Эпикриз

Г-ва, повторнородящая, поступила в родильный дом с отошедшими водами и развившейся родовой деятельностью. Клиническим обследованием установлено запущенное поперечное положение плода, вторая позиция, передний вид, раннее отхождение вод, выпадение ручки.

Под глубоким эфирным наркозом произведена декапитация и извлечение расчлененных частей плода. В послеродовом (послеоперационном) периоде эндометрит. Выписана домой на 15-й день после оперативного родоразрешения в удовлетворительном состоянии.

akusher-lib.ru

ГЛАВА XIV

НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ И РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ

Высокое прямое стояние головки (*Positio occipitalis sacralis*)

Г-на, 24 лет, первобеременная, поступила в клинику 28/II 1955 г. в 9 часов с начавшейся родовой деятельностью при беременности сроком 40 недель.

Анамнез. Перенесла корь, скарлатину, дифтерию, вирусный грипп, ангину.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились через 3 месяца, через 30 дней, по 4—5 дней, довольно обильные, умеренно болезненные. Последняя менструация с 9 по 12/V 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Последнее половое сношение 1½ месяца назад. Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Беременность первая; во второй половине беременности отмечались небольшие отеки нижних конечностей. Артериальное давление по наблюдениям в консультации было в пределах нормы. При исследовании мочи (многократном) патологических изменений не обнаружено.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Головной боли нет, зрение ясное. Температура 36,8°. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/70 мм. Рост 160 см, вес 67 кг. Телосложение правильное, подкожножировой слой развит нормально. Костный скелет без заметных деформаций. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. На голенях небольшие отеки. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет.

Акушерское обследование. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, спинка справа, мелкие части пальпируются слева. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода прослушивается справа ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Длина овоида 25 см (длина плода около 50 см). Лобно-затылочный размер головки 12 см. Воды не отходили, родовая деятельность слабая, нерегулярная. Размеры таза 24, 27, 32, 20 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка укорочена. Раскрытие зева на один поперечный палец. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Костных деформаций таза нет.

Какой диагноз?

Срочные роды, первый период. Головное предлежание.

Диагноз не вызывает сомнений. Данные наружного и влагалищного исследований характеризуют нормально развивающийся родовой акт у первородящей. Акушер поместил Г-ну в предродовую палату, где периодически (через 2—3 часа) в дневник заносились необходимые сведения о состоянии роженицы и плода.

28/II, 15 часов. Схватки стали регулярными, через 8—10 минут, по 30—35 секунд, средней силы.

В течение ночи с 28/II на 1/III родовая деятельность стала несколько слабее. Роженица спала удовлетворительно.

1/III, 8 часов 30 минут. Пульс 78 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/70 мм. Температура 36,7°. Головка прижата ко входу в таз. Сердечные тоны плода по-прежнему ритмичные, ясные, число сердечных сокращений 136 ударов в минуту.

Акушера волнует слабость родовой деятельности у молодой первородящей женщины, у которой таз нормальных размеров, признаков несоответствия между размерами головки и таза не обнаружено. Принято решение произвести второе влагалищное исследование (через сутки после первого) для уточнения степени подготовленности родовых путей и характера предлежания головки.

1/III, 9 часов 45 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие зева в пределах двух поперечных пальцев, края толстые. Плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается. Предлежит головка, сравнительно легко отталкивается исследующим пальцем. Кости черепа плотные. Из-за боязни нарушить целостность плодного пузыря дежурный врач отказался от более энергичных манипуляций для определения стояния и расположения родничков.

Какой диагноз? Что делать?

1. Нормальное течение родов. Для вмешательств нет показаний. Роды предоставить естественному течению.

2. Первичная слабость родовой деятельности. Показана стимуляция родовых сил.

Общее состояние роженицы и состояние плода следует признать вполне удовлетворительными. Дежурного врача, однако, волнует затянувшийся период раскрытия. Ведь с момента наступления регулярной родовой деятельности (с 15 часов 28/II) уже прошло около 18 часов. Дежурный врач решил придерживаться консервативной тактики ведения родов, а в борьбе с первичной слабостью родовых схваток применить стимуляцию родовой деятельности хинином и карбохолином в такой последовательности: начиная с 10 часов — хинин 3 раза по 0,15 г, с интервалами в 30 минут, а с 10 часов 15 минут — карбохолин по 0,001 г, также с интервалами в 30 минут, всего 3 раза. В 12 часов — очистительная клизма, после действия которой ввести внутривенно 20 мл 40% раствора глюкозы с 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

1/III, 13 часов. Стимуляция родовой деятельности закончена. Схватки через 5—6 минут, по 25—35 секунд, слабые. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Стимуляция родовой деятельности желаемого эффекта не дала.

1/III, 16 часов 30 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Температура 36,8°. Пульс 70 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/80 мм. Мочиспускание самостоятельное. Головка малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Схватки через 5—6 минут, по 35—40 секунд, недостаточно эффективные. Воды не отходили.

1/III, 20 часов. Состояние без перемен.

С момента последнего влагалищного исследования прошло 10 часов. Свыше суток длится период раскрытия. По-прежнему держится слабость родовой деятельности. Не подлежит сомнению, что роды приняли патологическое течение: головка не вставляется.

Дежурный врач еще раз внимательно произвел акушерское обследование роженицы.

Положение плода продольное. Предлежит головка, лобно-затылочный размер которой почему-то стал меньше, не превышает 10 см, в то время как в день поступления этот размер был равен 12 см. Над лбом определяется подбородок. Наконец, сердцебиение плода прослушивается более отчетливо по средней линии живота.

Для уточнения диагноза в 20 часов 25 минут произведено очередное влагалищное исследование (третье по счету). Шейка сглажена, края толстые, податливые при растяжении пальцами. Раскрытие зева на 3—3½ поперечных пальца.

Головка малым сегментом во входе в таз. Сагиттальный шов в прямом размере входа в таз, большой родничок кпереди под лоном, малый кзади и стоит выше большого родничка. Кости черепа плотные.

Что дало влагалитное исследование?

Оно помогло уточнить диагноз высокого прямого стояния головки (задний вид). Первичная слабость родовой деятельности не вызывает сомнений.

Диагноз правильный. Он точно определяет сложившуюся акушерскую ситуацию. Мы действительно имеем дело с неправильным стоянием головки, с так называемым высоким прямым ее стоянием.

Теперь стали понятными малые размеры головки, установленные акушером при повторном наружном обследовании. В данном случае третьими и четвертыми приемами Леопольда акушер определял уже не лобно-затылочный размер, а поперечный (наименьший) размер головки. Иными словами, головка совершила поворот затылком кзади (задний вид) и сагиттальный шов стал в прямом размере входа в таз. Тщательное обследование позволило прощупать под лоном подбородок. Сердцебиение плода, раньше определявшееся справа ниже пупка, в настоящий момент отчетливо выслушивается по средней линии живота.

Как часто встречается и что из себя представляет подобная аномалия предлежания головки?

По данным отечественных и зарубежных авторов, частота высокого прямого стояния головки колеблется в пределах 0,023% (А. А. Нестерова), 0,069% (З. М. Захарова, 1949), 0,4—1% [Панков, Фабр (Pankow, Fabre)] и до 1,2% (Т. В. Червакова, 1953). Большая амплитуда статистических данных объясняется тем обстоятельством, что большее число высокого прямого стояния головки остается нераспознанным.

Г. Г. Гентер предлагает считать патологическими только те случаи высокого прямого стояния, когда головка в этом положении стоит долго. Временное же, скоропреходящее стояние головки сагиттальным швом в прямом размере входа в таз нельзя считать патологией. Подобное временное стояние наблюдается нередко и при нормальном механизме родов в период приспособления головки плода к наиболее выгодным размерам входа в таз. Права поэтому З. М. Захарова, которая предлагает различать два понятия: высокое прямое стояние и высокое прямое вставление головки. Последнее встречается значительно реже. Иными словами, далеко не всякое прямое стояние головки заканчивается прямым вставлением.

Различают также два вида: 1) передний вид высокого прямого стояния головки (*positio occipitalis pubica*) (рис. 57), когда затылок обращен кпереди, находится у лона; 2) задний вид высокого прямого стояния (*positio occipitalis sacralis*), когда затылок обращен кзади, находится у крестца (рис. 58).

Какой вид высокого прямого стояния сагиттального шва встречается чаще, сказать трудно. Так, Хаупт (Haupt) на 157 родов при этой аномалии стояния головки (сборная статистика) установил у 65 рожениц задний вид и у 92 — передний. По данным Т. В. Черваковой (130 родов) и З. М. Захаровой (20 родов), чаще встречается задний вид. По наблюдению Т. В. Черваковой, высокое прямое стояние головки чаще встречается у первородящих (преимущественно у первобеременных).

Этиология разбираемой нами аномалии чрезвычайно разнообразна. Большинство акушеров склонно объяснить возникновение этой патологии сужением таза, его деформацией (поперечное сужение), пространственным несоответствием головки и таза [Г. Г. Гентер, М. Л. Выдрин, А. Э. Мандельштам, В. М. Малявинский, Хаулт, Мартинс (Martins) и др.]. Другие допускают мысль, что преждевременное отхождение вод может привести к вынужденной фиксации головки сагиттальным швом в прямом размере входа в таз [Липманн, Генкель (Liermann, Henkel) и др.]. В качестве причин, способствующих возникновению данной аномалии, указывают на состояние брюшного



Рис. 57. Высокое прямое стояние головки (positio occipitalis pubica s. anterior).



Рис. 58. Высокое прямое стояние головки (positio occipitalis sacralis s. posterior).

пресса (дряблость), архитектонику матки, первичную слабость родовой деятельности (Т. В. Червакова), чрезмерно большую или маленькую головку и многие другие моменты.

У нашей роженицы — задний вид высокого прямого стояния головки.

Что следует предпринять?

1. Тактика должна быть выжидательной. При хорошей родовой деятельности можно рассчитывать на переход сагиттального шва в поперечный или косой размер входа в таз. Роды закончатся самопроизвольно.

2. При раскрытии зева на 3—3½ поперечных пальца показан наружно-внутренний поворот на ножку по Брекстон-Гиксу.

3. Прогноз родов при positio occipitalis sacralis очень грозный и для матери, и для плода. Самопроизвольные роды — явление редкое. Показано кесарево сечение, при мертвом плоде — краниотомия.

4. Так как у нашей роженицы имеет место высокое прямое стояние головки, то следует сделать попытку ручного исправления положения головки. При неудаче показано кесарево сечение, при мертвом плоде — краниотомия.

5. Роды закончить операцией наложения высоких щипцов.

Вниманию акушера предлагается пять различных методов разрешения.

Возможны ли самопроизвольные роды при высоком прямом стоянии головки, каков их механизм?

Следует помнить, что в большинстве случаев самопроизвольные роды невозможны. Самопроизвольные роды, по сводным литературным данным, наблюдаются примерно в 25%, а по данным Т. В. Черваковой (1953), — в 13%. В 75—87% родов, протекающих с описываемой патологией, имеет место оперативное родоразрешение, которое часто сопровождается тяжелым травматизмом.

Механизм родов будет различным в зависимости от вида стояния головки. При заднем виде высокого прямого стояния головки механизм родов представляется в следующих вариантах. При прохождении входа в таз головка подвергается максимальному сгибанию и одновременно резкой конфигурации. Головка как бы сплющивается в лобно-затылочном размере. Если препятствие во входе в таз преодолено, головка проходит в дальнейшем с большим трудом широкую и узкую части полости таза, сохраняя задний вид на всем протяжении родового канала.

Данный вариант встречается крайне редко, роды всегда длительные, тяжелые.

Более характерным для механизма родов при заднем виде высокого прямого стояния головки является внутренний поворот головки, которая из прямого размера переходит в один из косых размеров, затем в поперечный, дальше в противоположный косой размер и, наконец, в прямой размер выхода таза. Происходит таким образом поворот головки на 180°, она из заднего вида переходит в передний вид, установившись затылком кпереди, к лону. В дальнейшем механизм родов (разгибание и наружный поворот) сходен с механизмом при переднем виде затылочного предлежания.

Мы перечислили некоторые варианты механизма родов при заднем виде высокого прямого стояния головки, когда роды могут закончиться самопроизвольно. Однако в подавляющем большинстве случаев головка, стоящая во входе в таз сагиттальным швом в прямом размере, не в состоянии преодолеть препятствие со стороны мыса и лона. В этих случаях, если не будет оказана своевременная, правильная акушерская помощь, роды заканчиваются разрывом матки, гибелью плода, а нередко и матери.

Можем ли мы рассчитывать на самопроизвольные роды у нашей роженицы? Плод доношенный, головка средних размеров, конфигурация головки плохая, кости черепа плотные. Правда, нет полноценных родовых схваток, которые, быть может, изменили бы неблагоприятное предлежание головки на более благоприятное (в косом или поперечном размере таза). К сожалению, проведенная стимуляция эффекта не дала. Мы вправе поэтому полагать, что самопроизвольные роды маловероятны.

От поворота доношенного плода с головного конца на ножку при неполном раскрытии (по Брекстон-Гиксу) мы откажемся, так как при этом вмешательстве слишком велик процент мертворождений и травматизма родовых путей. Данная операция была бы показана при недоношенном, нежизнеспособном плоде.

На этом основании мы отклоняем и предложение закончить роды наложением высоких, хотя бы и прямых (Лазаревича, Килланда) щипцов.

Мы воздержимся также и от операции кесарева сечения.

Что касается предложения исправить ручными приемами высокое прямое стояние головки на косое или поперечное, то в этом варианте

родоразрешения много целесообразного и заслуживающего внимания. Из 130 наблюдений высокого прямого стояния головки самопроизвольные роды, по данным Т. В. Черваковой, имели место только у 10 (из 59) рожениц при переднем виде и у 5 (из 68) — при заднем. В то же время самопроизвольные роды наступили после ручного исправления положения головки у 15 рожениц при переднем виде и у 19 — при заднем.

В нашей клинике (родильный дом № 6 имени Н. К. Крупской) в течение ряда лет исправление ручными приемами высокого прямого стояния головки на косое применял Б. Э. Шульман. Методика и техника этого приема проста. Во влагалище вводят всю правую руку, головку захватывают большим пальцем справа, а остальными — слева и вне схватки производят осторожное вращение головки вокруг продольной оси плода на 45°. Успех приема в значительной мере зависит от правильного выбора того косого размера, в который следует в каждом отдельном случае перевести сагиттальный шов. Косой размер должен соответствовать виду и позиции плода. Однако если вид (передний или задний) без труда можно определить при влагалищном исследовании, то позицию при высоком прямом стоянии головки иногда бывает очень трудно диагностировать. Опыт показал, что в большинстве случаев головку следует, вращая по часовой стрелке, переводить в правый косой размер, независимо от того, имеется ли в данном случае передний или задний вид. Дело в том, что плод при переднем виде чаще всего находится в первой позиции, а при заднем виде — во второй, чему содействует происходящий в конце беременности поворот тела матки вокруг продольной оси вправо. И тому, и другому случаю при нормальном механизме родов соответствует правый косой размер.

Условия для перевода головки из высокого прямого стояния в один из косых размеров следующие: полное или почти полное раскрытие зева, благоприятное соотношение между размерами головки и размерами входа в таз и вскрытый плодный пузырь. Применяется описываемый прием под легким эфирным наркозом. Если перевод головки в косой размер удался, наркоз прекращают, а головку удерживают рукой в косом размере до тех пор, пока под влиянием нескольких схваток она не продвинется вперед и не фиксируется в новом положении. Во время схватки роженице рекомендуется потужиться и таким образом удается быстрее добиться желаемого эффекта. Если ручной прием перевода головки из высокого прямого стояния в один из косых размеров не удается, от него следует отказаться. Ни в коем случае не следует стремиться грубыми, форсированными приемами во что бы то ни стало перевести головку в косой размер, так как это может нанести травму и роженице, и плоду.

Имеются ли у Г-ной необходимые условия для применения описанного выше метода? Надо полагать, что необходимые условия имеются. Размеры головки соответствуют размерам таза, головка стоит только малым сегментом во входе в таз; плодный пузырь цел, он будет вскрыт при операции ручного исправления. Мы сделаем попытку произвести пальцевое расширение зева матки до прохождения 4 поперечных пальцев. Нас смущает отсутствие хорошей родовой деятельности; слабые схватки едва ли будут способствовать закреплению головки после перевода высокого прямого стояния сагиттального шва в косой размер входа в таз. В связи с этим было решено после поворота головки фиксировать последнюю наложением кожно-головных щипцов.

1/III, 21 час 30 минут. Операция ручного исправления стояния головки. Под эфирным наркозом (50 мл) произведено расширение зева матки до 4 пальцев. Края оказались легко податливыми. Плодный пузырь вскрыт, отошли светлые воды в умеренном количестве. Вся кисть правой руки введена во влагалище, после чего четырьмя пальцами головка взята, как шар, и без большого труда произведен поворот ее по вертикальной оси из прямого в поперечный размер таза (рис. 59). Одновременно с действием внутренней руки наружная рука помогает повороту и фиксирует головку. Во время поворота головка несколько согнулась, что дало возможность наложить кожно-головные щипцы в области малого родничка. Подвешен груз 350 г.

1/III, 22 часа. Состояние роженицы удовлетворительное, она проснулась от наркоза. Положение плода продольное, сердцебиение 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Выделяется умеренное количество чистых вод. Схватки через 4—5 минут, средней силы, по 40—45 секунд. Головка большим сегментом во входе в таз.

1/III, 22 часа 30 минут. Появились потуги, через 3 минуты, по 40—45 секунд. Головка в широкой части полости таза. Сердцебиение плода 124 удара в минуту, ясное, ритмичное.

23 часа. Головка врезывается, щипцы сняты.

23 часа 20 минут. Родился плод женского пола (вес 3400 г, длина 51 см, окружность головки 35 см) в легкой степени асфиксии, закричал через 3 минуты после отсасывания слизи, применения ванночки по Легенченко, вдыхания паров нашатырного спирта и кислорода. Головка долихоцефалической формы.

23 часа 40 минут. Самостоятельно родился послед. Плацента при осмотре цела. Общая кровопотеря 250 мл. Шейка осмотрена в зеркалах. На разрыв шейки II степени с обеих сторон наложено по три кетгутовых шва.

В послеродовую палату родильница переведена 2/III в 3 часа. В послеродовом периоде слабо выраженный эндометрит. Выписана на 16-й день с новорожденной под наблюдение женской консультации.

Приводим описание родов при переднем виде высокого прямого стояния головки.

В том же году 27/XI в 9 часов в акушерскую клинику поступила молодая (27 лет) повторнородящая роженица с отошедшими водами при наличии хорошей родовой деятельности. Акушерским обследованием (наружным и влагалищным) установлено продольное положение плода, головное предлежание (головка большим сегментом в полости таза); сердцебиение по средней линии живота ниже пупка. Шейка слажена, раскрытие зева на 2½—3 поперечных пальца, края толстые, плодного пузыря нет. Малый родничок определяется за симфизом, сагиттальный шов стоит в прямом размере входа в таз; большой родничок не достигается.

Рис. 59. Высокое прямое стояние головки. Ручное исправление положения головки.

Таким образом, был диагностирован передний вид высокого прямого стояния головки (*positio occipitalis rubica s. anterior*). В связи с тем что показаний к вмешательству не было ни со стороны матери, ни со стороны плода, роды были предоставлены естественному течению. 27/XI в 22 часа произошли самопроизвольные роды. Плод родился в затылочном предлежании, в легкой асфиксии. Вес плода 3120 г, длина 51 см. Форма головки долихоцефалическая, окружность ее 36 см.

Послеродовой период без осложнений.

В чем же заключался механизм родов у данной роженицы?

Механизм родов, если таковые заканчиваются самопроизвольно, при переднем виде высокого прямого стояния головки складывается из следующих моментов. При стоянии во входе в таз сагиттальным швом в прямом размере происходит, как и при заднем виде предлежания, значительное, максимальное сгибание головки. Приспособление головки к размерам истинной конъюгаты неминуемо приводит к резкой ее конфигурации, к сдавливанию в лобно-затылочном размере и вытягиванию ее в сторону затылка. Создается долихоцефалическая форма головки. Если препятствие во входе в таз будет преодолено, в дальнейшем головка проходит широкую и узкую части полости

таза, не ротируясь. Когда головка родится до подзатылочной ямки, последняя становится точкой фиксации. Разгибание и наружный поворот головки протекают, как и при переднем виде затылочного предлежания.

Такой механизм родов чаще наблюдается при маленькой головке доношенного или недоношенного плода, при нормальном тазе.

Наблюдается и другой вариант механизма родов, по-видимому, более редкий, при котором совершается ротация головки в тазу. Головка переходит из прямого в один из косых размеров, а на дне таза — в прямой.

Эпикриз

Г-на поступила в акушерскую клинику со слабой, нерегулярной родовой деятельностью и неотошедшими водами. Беременность первая. В связи с первичной родовой слабостью была применена стимуляция (хинин, карбохолин, очистительная клизма, глюкоза и хлористый кальций). Стимуляция родовых схваток должного эффекта не дала. При третьем влагалищном исследовании было диагностировано высокое прямое стояние головки в заднем виде. Под глубоким эфирным наркозом произведено пальцевое расширение шейки матки, плодный пузырь разорван, после чего сравнительно легко произведен внутренний поворот головки по вертикальной оси из прямого в поперечный размер входа в малый таз. Во время поворота произошло сгибание головки. Так как родовые схватки оставались слабыми, то для закрепления головки в новом положении были наложены кожно-головные щипцы на область малого родничка.

Родилась живая девочка в легкой асфиксии; оживлена через 3 минуты. Через 10 минут самостоятельно родился послед. Разрывы шейки матки зашиты узловатыми кетгутowymi швами. Общая кровопотеря 250 мл. Г-на выписалась с новорожденной на 16-й день после родов.

Переднеголовное предлежание

Н-ая, 32 лет, поступила в родильный дом 30/IX 1952 г. в 15 часов 20 минут с отошедшими водами при отсутствии родовой деятельности. Беременность доношенная.

Анамнез. Из детских заболеваний перенесла только скарлатину, в 1942 г. — крупное воспаление легких, в 1945 г. — тропическую малярию, в 1950 г. — вирусный грипп.

Менструальная функция. Менструации начались на 15-м году жизни, установились через 6 месяцев, по 3—4 дня, через месяц, умеренные, безболезненные. В первые годы войны (1941—1942) была аменорея. Последняя менструация во второй половине декабря 1951 г.

Половая функция. Половая жизнь с 18 лет. В первом браке была 3 года. После 2-летнего перерыва вступила во второй брак. Последнее половое сношение 1½ месяца назад.

Генеративная функция. Первая и вторая беременности закончились в 1946 г. искусственными (криминальными) абортами на II и III месяце. После абортов подолгу болела. Третья беременность в 1948 г. закончилась срочными родами живым плодом. Роды продолжались 2 суток. В августе 1950 г. перенесла операцию по поводу внематочной беременности.

Течение настоящей беременности. Беременность пятая, роды вторые. Женскую консультацию посетила 7 раз, последнее посещение — 3 недели тому назад. Беременность протекала без осложнений. Шевеление плода впервые почувствовалась в начале мая. 29/IX, после падения на улице, к вечеру появились ноющие боли внизу живота, которые вскоре прекратились. Утром 30/IX боли внизу живота возобновились, а с 12 часов начали подтекать воды.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Женщина среднего роста (158 см), правильного телосложения, удовлетворительного питания (вес 64 кг). Окраска кожи и видимых слизистых нормальная. Внизу живота на границе волосистой части лобка — послеоперационный рубец в хорошем состоянии. Кожа живота дряблая.

Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Стул ежедневный, самостоятельный, дизурических явлений нет. Артериальное давление 120/80 мм. Пульс 68 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Температура 36,6°.

Акушерское обследование. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лонем 37 см. Живот отвислый, по величине соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное, спинка справа, мелкие части слева. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Лобно-затылочный размер 12 см, длина овоида плода 26 см (предположительная длина плода 52 см). Сердцебиение плода справа ниже пупка, 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Родовой деятельности нет. Размеры таза 26, 29, 31, 18 см. Индекс Соловьева — 14 см.

30/IX, 16 часов. Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, крестцовая впадина свободна, шейка матки несколько укорочена, канал пропускает фалангу указательного пальца. Плодный пузырь надорван. Предлежит головка, несколько подвижная над входом в таз. Подтекают светлые воды, в умеренном количестве. Мыс достижим. Диагональная конъюгата — 12 см.

Какой диагноз? Какова тактика ведения родов?

Беременность доношенная. Преждевременное отхождение вод. Узкий таз, по-видимому, простой плоский (I степень сужения).

1. Ведение родов должно быть консервативным.

2. Не исключена возможность «сухих» родов. Показан метрейриз.

3. Преждевременное отхождение вод при узком тазе всегда прогностически опасно и для матери, и для плода. Показана операция кесарева сечения.

Диагностика не вызывает разногласий. Речь идет о доношенной беременности у повторнородящей. Таз несомненно узкий, плоский. Степень сужения небольшая, так как первые роды, хотя и продолжались 2 суток, все же закончились самопроизвольно, родился живой доношенный плод. Наконец, настораживает преждевременное отхождение вод. Но если диагностика не вызвала разногласий, то в отношении тактики ведения родов могут иметь место разнообразные предложения, начиная от консервативного ведения и кончая абдоминальным кесаревым сечением. Различное мнение по этому вопросу объясняется неодинаковой трактовкой клинического значения преждевременного отхождения вод.

Принято считать, что в результате отхождения околоплодных вод до начала родовой деятельности наступают различные осложнения как со стороны материнского организма, так и со стороны плода. Прежде всего роды значительно затягиваются во времени. Если плодный пузырь разрывается при подвижной головке над входом в таз, то создаются условия для полного отхождения вод. Длительный безводный промежуток приводит к так называемым сухим родам. Родовой процесс часто осложняется первичной и вторичной слабостью родовой деятельности. Длительность безводного промежутка прямо пропорциональна частоте послеродовых заболеваний и частоте мертворождений. Вот почему понятна настороженность акушера, когда речь идет о преждевременном отхождении вод.

Какую же тактику изберем мы при ведении родов у Н-ой?

Воды начали подтекать за 3 часа до поступления в родильный дом. Мы попросили роженицу уточнить, в каком именно количестве отошли воды. Последовал ответ, что воды начали подтекать в очень небольшом количестве, в таком же количестве подтекают и в настоящее время.

Мы не видим показаний к срочному оперативному родоразрешению, поэтому отклоняем и операцию метрейриза, и тем более операцию кесарева сечения.

Единственно приемлемой акушерской тактикой следует признать консервативно-выжидательное ведение родов. Поэтому мы создали

необходимый покой, уложили роженицу в постель и стали тщательно наблюдать за ее состоянием и сердцебиением плода. Не помещайте такую роженицу в родовую комнату, где трудно создать необходимые условия для покоя! Мы поместили роженицу в палату патологии беременности.

30/IX, 23 часа. Общее состояние удовлетворительное. С 20 часов появились редкие, слабые схватки. Воды подтекают в небольшом количестве, о чем можно судить по незначительному увлажнению подкладных пеленок. Головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное, ритмичное.

1/X, 8 часов 30 минут. Ночь роженица провела спокойно, спала. С 6 часов схватки стали частыми, через 4—5 минут, по 30—35 секунд. Сердечные тоны плода ясные. Головка большим сегментом во входе в таз. Через брюшную стенку определяется только незначительный сегмент головки. Воды подтекают в небольшом количестве.

8 часов 45 минут. Произведено влагалищное исследование для выяснения степени подготовленности родовых путей и характера вставления предлежащей части. Шейка смягчена, края зева тонкие, раскрытие на 4 пальца. Плодного пузыря нет. При исследовании оболочки разорвались, излилось умеренное количество чистых вод. Головка в широкой части полости таза. Исследованию доступна нижняя часть задней поверхности лонного сочленения, определяются IV и V крестцовые позвонки. Сагиттальный шов в правом косом размере таза. Малый родничок справа и кзади, большой родничок слева, кпереди. Роднички стоят примерно на одном уровне.

Что нового в диагностике выявилось на основании обследований?

Срочные роды. Переднеголовное предлежание, задний вид. Головка в широкой части полости таза.

Диагноз не вызывает сомнения. Распознать переднеголовное предлежание одними наружными приемами крайне сложно. Только влагалищное исследование позволяет с уверенностью говорить о расположении родничков и об уровне их стояния. Следует помнить, что при переднеголовном предлежании исследованию доступны оба родничка, стоят они обычно на одном уровне, иногда большой родничок несколько ниже малого. Иными словами, имеется легкая степень разгибания. Вторая особенность переднеголового предлежания — расположение малого родничка больше кзади, а большого — кпереди (задний вид). Уточнение приведенных особенностей механизма родов необходимо потому, что переднеголовное предлежание внешне напоминает задний вид затылочного предлежания и в то же время принципиально от него отличается.

В приведенной ниже схеме сопоставляются оба вида предлежания.

Затылочное предлежание

1. Шейная часть позвоночника согнута
2. Подбородок пригнут к груди
3. Малый родничок стоит ниже большого
4. Ведущей точкой является малый родничок
5. Плод рождается «затылком вперед»
6. Головка плода имеет долихоцефалическую (в виде огурца) форму (рис. 60, а).

Переднеголовное предлежание

1. Шейная часть позвоночника несколько разогнута
2. Подбородок отдален от груди
3. Большой и малый роднички стоят на одном уровне или большой стоит ниже малого
4. Ведущей точкой является большой родничок
5. Плод рождается «теменем вперед»
6. Головка имеет брахицефалическую (башенную) форму (рис. 60, б)

Как часто встречаются роды в разогнутых предлежаниях?

По данным Хоглер (Högler), — в 1,1% по отношению ко всем родам, по Демут (Demuth), — в 1,16%, по данным нашей клиники, — в 0,9% родов. Что касается частоты отдельных видов разгибательных предлежаний, то мы воспользовались сборной статистикой, касающейся

1414 родов в разгибательных предлежаниях, и получили следующие данные. Переднеголовные предлежания встречаются в 59,7%, лобные — в 9% и лицевые — в 31,3% всех родов в разгибательных предлежаниях (табл. 11).



Рис. 60. а — долихоцефалическая головка; б — брахцефалическая головка.

Таблица 11

| Автор | Год | Число родов в разгибательном предлежании | Из них предлежаний | | |
|------------------|------|--|--------------------|----------|-------------|
| | | | переднеголовных | лобных | лицевых |
| Тот | 1925 | 443 | 238 | 42 | 163 |
| Хоглер | 1927 | 546 | 351 | 49 | 146 |
| Демут * | 1928 | 141 | 77 | 8 | 56 |
| Ф. А. Сыроватко | 1943 | 284 | 174 | 28 | 82 |
| | 1952 | | | | |
| Всего | | 1414 (100%) | 340 (59,7%) | 127 (9%) | 147 (31,3%) |

Каковы причины возникновения переднеголовных предлежаний? Они самые разнообразны. Г. Г. Гентер склонен полагать, что в этиологии решающее значение имеет отвислый живот и преждевременное отхождение вод. Другие акушеры придают большое значение пространственному несоответствию между размерами головки и емкостью таза (анатомически узкий, в частности плоский, и функционально неполноценный таз). Переднеголовное предлежание легко создается в том случае, когда имеется широкий таз и маленькая головка, недостаточность тазового дна (старые разрывы, расслабление мышц тазового дна и их дряблость), короткая пуповина (относительно и абсолютно короткая) и др.

В этих случаях головка не встречает на своем пути должного сопротивления и тем самым акт сгибания не совершается, предлежание темени становится стационарным и головка в конечном итоге фиксируется в состоянии умеренного разгибания.

В чем же будет заключаться механизм родов?

Головка устанавливается обычно сагитальным швом в поперечном размере входа в таз и гораздо реже — в одном из косых размеров. При затылочных предлежаниях первый момент, как известно, состоит в сгибании головки; в таз вступает задний ее отдел, ведущей

точкой является малый родничок. При переднеголовных предлежаниях первый момент механизма родов состоит в умеренном разгибании головки, при этом роднички устанавливаются на одном уровне или большой стоит ниже малого.

По мере продвижения головки в широкую, а затем в узкую часть полости таза ведущей точкой становится большой родничок. Сагиттальный шов постепенно переходит в один из косых и заканчивает свой поворот на дне таза, где стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода таза. Необходимо помнить, что вращение головки происходит таким образом, что затылок поворачивается кзади, к копчику, а лоб — к лону. На этом заканчивается второй момент механизма родов при переднеголовном предлежании.

Третий момент — сгибание головки в шейной части позвоночника, которое начинается после рождения из-под лона лобика и лобных бугров. Точкой фиксации является glabella или край волосистой части лба. Упираясь в лонную дугу, головка сгибается, со стороны промежности рождается темя, а затем затылок (рис. 61).

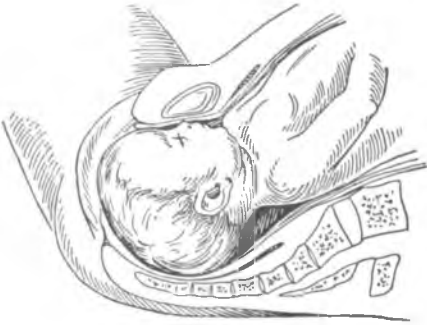


Рис. 61. Роды при переднеголовном предлежании. Прорезывание головки. Сгибание. Головка фиксируется около первого гипомохлиона.



Рис. 62. Роды при переднеголовном предлежании. Головка разгибается вокруг второго гипомохлиона.

После рождения затылка головка вновь разгибается (четвертый момент механизма родов); точкой фиксации в данный момент будет подзатылочная ямка или затылочный бугор. Разгибание головки приводит к рождению носа, рта и подбородка (рис. 62). Головка прорезывается своим прямым размером, равным 12 см, и окружностью (planum fronto-occipitale), равной 34 см. И, наконец, пятый момент — это внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

Роды при переднеголовном предлежании затяжные и трудные. Головка подвергается сильной конфигурации и в конечном итоге приобретает брахицефалическую (башенную) форму. Общая продолжительность родов, как по нашим наблюдениям, так и по литературным данным, у первородящих равняется в среднем 22 часам и у повторнородящих — 11 часам. Самопроизвольные роды наблюдаются в 75—81%, разрывы промежности I и II степени — в пределах от 15 до 30% (по данным разных авторов). Разрывы III степени редки. Процент материнской смертности не выше, чем при родах в затылочном предлежании. Мертворождаемость и смертность новорожденных не намного выше, чем при затылочных предлежаниях.

Что касается тактики ведения родов при переднеголовных предлежаниях, то она должна быть строго консервативно-выжидательной.

Из оперативных пособий чаще всего прибегают к наложению акушерских шипцов (при живом плоде) и перфорации головки (при мертвом).

1/X, 10 часов. Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/75 мм. Наружными приемами головка не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Схватки через 3—4 минуты, по 35—40 секунд. Воды подтекают в незначительном количестве.

10 часов 35 минут. Появились потуги, через 3—4 минуты, по 30—40 секунд. Сердечные тоны плода ясные.

10 часов 55 минут. Врезывание проходит болезненно; лобик рождается из-под лона. После рождения лба началось сгибание головки и со стороны промежности родились темя и затылок. Вслед за этим головка начала вновь разгибаться, родилось личико. Далее — наружный поворот головки, и без труда родились плечики и туловище плода. Живая девочка закричала сразу. Вес 3450 г, длина 50 см, окружность головки 36 см.

11 часов 45 минут. Родился послед. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря 200 мл. Тщательно осмотрены шейка матки, влагалище и промежность. На разрыв слизистой задней стенки влагалища наложены узловатые кетгуттовые швы.

Послеродовой период без осложнений. Выписана с новорожденной на 10-й день после родов.

Эпикриз

Н-ая, повторнородящая, поступила с подтекающими водами, без родовой деятельности. Обследованием установлен простой плоский таз, I степень сужения. Динамические наблюдения за родовым актом показали также, что в данном случае имеет место преждевременное отхождение околоплодных вод. Была выбрана консервативная тактика ведения родов. Влагалищное исследование в родах позволило установить переднеголовное предлежание. Убедившись в дальнейшем, что умеренное разгибание головки является стабильным, акушер продолжал выжидательную тактику. В конечном итоге роды закончились самопроизвольно рождением живой доношенной девочки. Вопреки ожиданию роды в переднеголовном предлежании не повлекли травматизма родовых путей матери. Небольшой разрыв слизистой задней стенки влагалища был зашит. Послеродовой период без осложнений. Родильница с новорожденной выписана на 10-й день после родов.

Лобное предлежание

Н-ая, 26 лет, поступила в клинику 27/XII 1952 г в 10 часов 30 минут с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. Росла здоровым ребенком, в детстве болела коклюшем. Два года назад перенесла аппендэктомию.

Менструальная функция. Менструации начались на 14-м году, установились сразу, по 3—4 дня, через 3 недели, умеренные, первые 2 дня болезненные. После первых родов менструации восстановились только через 1½ года. Последняя менструация во второй половине марта 1952 г.

Половая функция. Замужем с 20 лет. Последнее половое сношение 2 месяца тому назад. Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Первая беременность на первом году замужества закончилась искусственным абортom на III месяце. После аборта не болела. Вторая беременность (в 1949 г.) закончилась самопроизвольными родами доношенным плодом. Роды продолжались около 2 суток, были трудными. Ребенок жив. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений. Первое шевеление плода отметила в середине августа. Родовые схватки появились в день поступления в клинику (27/XII) в 4 часа утра. Воды начали отходить за 3 часа до поступления.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,8°. Пульс 72 удара в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/90 мм. Телосложение правильное. Живот овоидной формы. Подкожножировой слой развит удовлетворительно. На коже живота слабо выражены полосы беременности. На голенях — пастозность. Рост 154 см, вес 62 кг.

Внутренние органы. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы нет. Органы пищеварения: язык слегка обложен, влажный, аппетит плохой, склон-

ность к запорам. Мочевые органы: дизурических явлений нет, симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, слегка прижатая ко входу в малый таз. Признак Вастена — «вровень». Спинка определяется слева, мелкие части — справа. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 5—6 минут, средней силы. Размеры таза 25, 28, 31, 18 см.

27/XII, 11 часов. Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, раскрытие зева на два поперечных пальца. Плодного пузыря нет. Предлежит лобик, лобный шов в поперечном размере входа в малый таз. Слева с трудом достигается большой родничок (точнее, передний угол большого родничка). Справа пальпируются надбровные дуги и корень носа. Мыс достижим. Диагональная конъюгата — 11,5 см. Воды подтекают в умеренном количестве, чистые.

Каков диагноз?

Первый период срочных родов. Раннее отхождение вод. Лобное предлежание у повторнородящей с узким тазом (простой плоский таз, I степень сужения у повт.)

Речь идет о родах доношенным плодом, роженица повторнородящая, таз у нее простой плоский с I степенью сужения, роды протекают на фоне раннего отхождения вод.

Лобное предлежание! Как много тревожных мыслей порождает эта короткая фраза не только у молодого, но и у опытного акушера. Частота лобных предлежаний по отношению ко всем родам колеблется в пределах ст 0,02% (В. И. Лазаревич), 0,026% (В. В. Ермаков) до 0,1% (С. Т. Виридарский). Необходимо различать две формы лобных предлежаний. В одних случаях это так называемые переходные (транзиторные) состояния, когда при разгибательном типе механизма родов головка вынуждена проделывать разгибания, начиная от переднеголового и кончая лицевым предлежанием. В этих случаях лобное предлежание является временным, переходным состоянием, только фазой в динамике разгибания. В других случаях лобное предлежание сохраняется на протяжении всего родового процесса, т. е. является стабильным.

Лобные предлежания чаще встречаются у повторнородящих, чем у первородящих. Среди всех разгибательных предлежаний лобные встречаются примерно в 9% случаев (по сборной статистике); процент мертворождений чрезвычайно высок (по В. В. Ермакову, — 20,4%, по С. С. Холмогорову, — 46,5%). Внутричерепные кровоизлияния являются наиболее частой причиной мертворождений. Процент материнской смертности, по С. С. Холмогорову, достигает 2,9, а по данным В. В. Ермакова, — 4,9.

Если к этому добавить значительный, тяжелый материнский травматизм, трудности своевременной диагностики и отсутствие щадящих методов родоразрешения, то станет понятной тревога, которую испытывает акушер всякий раз, когда приходится вести роды при лобных предлежаниях.

Этиология лобных предлежаний изучена недостаточно. Полагают, что предрасполагающим моментом чаще всего является узкий таз (45,5%, по С. С. Холмогорову), особенности членорасположения плода, запрокидывание ручек, большая растяжимость брюшной стенки, чрезмерная подвижность плода, деформации черепа и позвоночника плода и др.

Итак, у нашей роженицы лобное предлежание. Лишним доказательством правильности диагностики является то обстоятельство, что сердцебиение плода лучше всего прослушивается справа, в то время

как плод находится в первой позиции (спинка слева). Проводимость сердечных тонов при значительном разгибании головки всегда лучше со стороны грудной клетки, которая в этом случае плотно прилегает к стенке матки и тем самым ближе располагается к брюшной стенке матери.

В ряде случаев (но далеко не всегда) путем наружного исследования удается, хотя и с трудом, определить разогнутое состояние головки: пальпируется подбородок и отогнутый назад затылок. Мы не смогли у нашей роженицы наружными приемами определить разогнутое состояние головки. Только влагалищный метод исследования позволил точно определить лобное предлежание. Рентгенография обычно облегчает распознавание разогнутых состояний головки.

27/XII, 13 часов 45 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/90 мм. Температура 37°. Сердцебиение плода отчетливо выслушивается справа ниже пупка, 138 ударов в минуту. Головка прижата ко входу в таз. Околоплодные воды подтекают в незначительном количестве. В течение последнего получаса схватки стали более интенсивными, через 5 минут, по 30 секунд. Признак Вастена слабо положительный («вровень»).

14 часов 20 минут. Общее состояние удовлетворительное. Положение плода продольное, предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки средней силы, через 4—5 минут, по 30 секунд. Подтекает умеренное количество вод.

В 14 часов 30 минут (через 3 часа 30 минут после первого влагалищного исследования) произведено повторное исследование для выяснения вопроса, насколько лобное предлежание является стабильным, не проявляет ли головка наклонности к дальнейшему разгибанию (лицевое предлежание) или, может быть, к сгибанию (переднеголовное, затылочное).

Влагалищное исследование. Раскрытие зева на три пальца, края толстые; плодного пузыря нет, предлежит головка, плотно прижатая ко входу в таз. Слева достигается передний упол большого родничка, справа — надбровные дуги и корень носа.

Диагноз стабильного лобного предлежания не вызывает сомнения.

Какова же тактика ведения родов? Каков прогноз?

1. Путем поворота перевести лобное предлежание в неполное ножное. Прогноз для плода неблагоприятный.

2. Применить исправляющую операцию, попытаться лобное предлежание перевести в лицевое или затылочное. Если постигнет неудача, роды предоставить естественному течению.

3. Показана выжидательная тактика. Если наступит лобное вставление и головка опустится в широкую часть полости таза, то по показаниям со стороны матери роды можно закончить операцией наложения акушерских щипцов или перфорацией головки даже живого плода.

4. При лобном предлежании у повторнородящей с узким тазом и ранним отхождением вод прогноз для матери и плода неблагоприятный. Показана операция кесарева сечения.

Четыре разноречивых мнения! Прежде чем подвергнуть критическому анализу предлагаемые виды тактики ведения родов при лобном предлежании, мы ознакомимся с механизмом родов при данной патологии (рис. 63). Еще 50 лет тому назад С. С. Холмогоров дал правильное описание механизма родов при лобных предлежаниях. Головка вставляется во вход таза лобным швом в поперечном или косом размере и в таком положении, чрезвычайно медленно, проходит до дна таза. В частности, головка очень долго задерживается перед вступлением из широкой в узкую часть таза. Здесь происходит окончательная конфигурация головки, которая принимает вид своеобразного клина. На дне таза происходит ротация затылком кзади и головка в конеч-

ном итоге устанавливается лобным швом в прямом размере выхода таза. При врезывании головки из половой щели показываются лобик и корень носа. Когда под лонной дугой появится переносица или верхняя челюсть, то они становятся точками фиксации и головка производит сгибание, в результате чего со стороны промежности рождается вначале темя, а затем затылок. После рождения подзатылочной ямки последняя становится в свою очередь точкой фиксации (вторая по счету!), вокруг которой головка производит разгибание, что



Рис. 63. Механизм родов в лобном предлежании.

а — разгибание головки; б — внутренний поворот головки; в — сгибание головки.

способствует рождению нижней части лица и подбородка. Затем происходит наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

Таков чаще всего встречающийся механизм родов при лобном предлежании. Если же при лобном предлежании ротация головки в тазу произойдет затылком кпереди, а глазничной областью кзади, то роды доношенным плодом будут невозможны (показана перфорация головки).

Самопроизвольные роды при лобных предлежаниях, по данным С. С. Холмогорова (1909), наблюдаются только в 21,3% (из 101 наблюдения), по В. В. Ермакову (1954), — в 41,6% (из 101 наблюдения), по И. И. Яковлеву и О. Шевелевой (1928), — в 9 из 19 наблюдений и, по данным нашей клиники (1949—1955), самопроизвольные роды имели место у 12 из 27 рожениц. Таким образом, в значительной части случаев роды заканчиваются оперативно (58,4—78,7%).

Из акушерских операций чаще прибегают к наружно-внутреннему повороту, наложению акушерских щипцов, эмбриотомии (краниотомии), кесареву сечению и значительно реже — к исправляющим

операциям (переводу лобного предлежания в лицевое, переднеголовное или затылочное).

Какую же тактику ведения родов изберем для нашей роженицы?

Нам предлагают операцию поворота с головного конца на ножку при неполном открытии и отошедших водах у роженицы с узким тазом. Такого рода акушерская операция предусматривает прежде всего хорошую подвижность плода. Между тем плод уже потерял свою подвижность, головка прижата ко входу в таз. Этот вариант родоразрешения в данном случае будет опасен и для матери, и тем более для плода. При благоприятных условиях поворот на ножку часто достигает цели.

Такие исправляющие операции, как перевод лобного предлежания в лицевое (по Г. А. Соловьеву), в переднеголовное, а тем более в затылочное (по С. С. Холмогорову), почти не применяются советскими акушерами как методы, обычно не достигающие цели (Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, К. К. Скробанский и др.). Мы имеем очень скромный опыт исправления лобного предлежания в другие, более благоприятные. В одном случае мы перевели лобное предлежание в лицевое и в другом случае — в переднеголовное. Обе роженицы разрешились живыми доношенными плодами. В третьем случае головка вновь приняла привычное для нее лобное предлежание; роды были закончены операцией кесарева сечения.

С. Д. Астринский (1956) предлагает свой способ исправления лобного предлежания головки. Условиями являются полное раскрытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, наличие хорошей родовой деятельности. Операция проводится под глубоким наркозом. При первой позиции плода вводится правая рука, при второй — левая. Рукой, введенной в полость матки, головку отодвигают, ладонной поверхностью захватывают затылок плода и при помощи наружной руки производят сгибание головки; последняя переводится в затылочное предлежание. Головку в согнутом состоянии фиксируют рукой в течение 5—8 минут, пока очередными 1—2 схватками она не закрепится во входе в таз.

У Н-ой мы отказались от исправляющих операций, поскольку у нее имеется узкий таз и признак Вастена-Генкеля «вровень».

Мы отклонили и третий вариант, так называемую выжидательную тактику, не потому, что исключаем возможность самопроизвольных родов при лобном вставлении вообще.

Как показывает опыт, при данной патологии выжидательная тактика является наиболее щадящей, так как очень часто при наличии полноценной родовой деятельности акушер является свидетелем перехода лобного предлежания в более благоприятное — лицевое. Акушер должен помнить, что стабильное лобное предлежание — явление редкое, чаще наблюдаются транзиторные, т. е. временные, лобные предлежания.

Патология у нашей роженицы отягощена такими факторами, как: 1) лобное предлежание; 2) раннее отхождение вод; 3) анатомически узкий таз (простой плоский таз, I степень сужения); 4) несоответствие между размерами головки и тазом (признак Вастена-Генкеля «вровень»). Таз является, таким образом, не только анатомически узким, но и функционально недостаточным. Если при этом учесть горячее желание иметь ребенка, то естественно перед нами встал вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

Согласие роженицы на операцию абдоминального кесарева сечения получено.

27/XII, 14 часов 55 минут. Под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией произведена операция кесарева сечения в нижнем сегменте. Извлечена живая доношенная девочка, вес 3950 г, длина 52 см, окружность головки 37 см. Послед удален потягиванием за пуповину. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря 250 мл.

Послеродовой (послеоперационный) период протекал при клинической картине послеродового метроэндометрита (первые 8 дней температура держалась в пределах 37,2—37,8°). Выписалась домой с новорожденной на 16-й день после оперативного родоразрешения.

Эпикриз

Н-ая, повторнородящая, поступила с подтекающими водами. Беременность доношенная. Диагностирован простой плоский таз, I степень сужения. Путем влагалищного исследования установлено лобное предлежание. Динамическое наблюдение в течение 3 часов после первого влагалищного исследования показало, что у роженицы лобное предлежание является стабильным. Учитывая наличие не только анатомически, но и функционально узкого таза, а также большое желание матери иметь ребенка акушер принял решение произвести абдоминальное кесарево сечение. Извлечена живая доношенная девочка. Послеродовой (послеоперационный) период осложнился метроэндометритом. Родильница выписана с новорожденной на 16-й день после оперативного родоразрешения.

Лицевое предлежание

Н-ко, 37 лет, поступила в родильный дом 2/II 1952 г. в 15 часов при беременности 39—40 недель со слабыми родовыми схватками.

Анамнез. В детстве болела корью, дифтерией, скарлатиной, в 20-летнем возрасте—воспалением легких. Два года назад перенесла операцию по поводу правосторонней паховой грыжи. Условия труда и быта удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились сразу, через месяц по 4—5 дней, безболезненные. Во время войны была аменорея в течение 1½ лет. В 1946 г. лечилась амбулаторно по поводу расстройства менструального цикла (частые, обильные менструации) и воспаления придатков после криминального аборта. Последняя менструация в начале мая 1951 г.

Половая функция. Замужем с 19 лет. В первом браке состояла 3 года, затем после двухлетнего перерыва вступила во второй брак. Последнее половое сношение 1½ месяца тому назад.

Генеративная функция. Было пять беременностей. Первая беременность на втором году замужества закончилась родами живой доношенной девочкой. Ребенок жив. Вторая, третья и четвертая беременности были прерваны искусственными абортми (в 1945—1946 гг.). Пятая беременность закончилась в 1950 г. срочными родами живым доношенным мальчиком. Ребенок умер через год. Настоящая беременность (шестая) протекала без осложнений. Беременная находилась под наблюдением женской консультации, которую посетила 7 раз. Прошла 5 занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 74 удара в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/80 мм. Температура 39,9°.

Рост 168 см, вес 74 кг. Костный скелет без заметных деформаций. Подкожножировая клетчатка развита умеренно. Живот большой, округлой формы. Околососковые кружки и средняя линия живота резко пигментированы. На коже живота умеренно выраженные полосы беременности (striae gravidarum). Отеков нет.

Акушерское обследование. Окружность живота 112 см, высота стояния дна матки над лоном 42 см. Симптом зыбления отчетливо выражен. Положение плода продольное, спинка, по-видимому, слева, мелкие части не определяются. Предлежит головка, подвижная, высоко над входом в таз. Создается впечатление, что головка крупная. Измерить лобнозатылочный размер не представляется возможным из-за многоводия и напряжения матки, консистенция которой туго-эластическая. Сердцебиение плода лучше прослушивается справа, 138 ударов в минуту, ритмичное, но несколько приглушенное. Воды не отходили. Схватки через 5—6 минут, по 25—30 секунд, слабые. По словам роженицы, регулярная родовая деятельность началась примерно за 2 часа до поступления в родильный дом (т. е. с 13 часов 2/II). Размеры таза 25, 28, 30, 21 см.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка цилиндрическая, несколько укорочена, канал пропускает указательный палец. Предлежит головка над входом в малый таз. Мыс недостижим. Костных изменений в тазу не обнаружено.

Какой диагноз? Что следует предпринять?

1. Срочные роды, первый период. Многоводие.

Консервативное ведение родов.

2. Первый период срочных родов. Крупный плод. Многоводие.

После отхождения вод уточнить вопрос о возможном пространственном несоответствии между размерами головки и таза.

Нетрудно заметить, что акушер обратил внимание на цифровые показатели окружности живота (112 см) и высоты стояния дна матки (42 см). Известно, что при доношенном плоде средних размеров окружность живота обычно не выходит за пределы 100 см, а высота стояния дна матки колеблется в пределах 34—38 см. В тех же случаях, когда приведенные цифровые показатели намного превышают обычные нормативы, акушер обязан подумать о многоводии, крупном плоде, многоплодии, чрезмерном ожирении брюшной стенки или о различных сочетаниях, как, например, многоводие и крупный плод, ожирение и крупный плод и т. п. При росте роженицы 168 см, весе 74 кг и умеренно выраженной подкожножировой клетчатке у акушера нет оснований объяснять большую окружность живота чрезмерным ожирением. Отпадает вопрос о многоплодии, так как при акушерском обследовании обнаружена одна головка и прослушивается одно сердцебиение плода.

Вместе с тем у акушера есть основания подумать о многоводии. Живот у нашей роженицы шарообразный. Матка чрезмерно растянута, ее консистенция туго-эластическая вместо обычной мягкой, тестоватой. Симптом зыбления отчетливо выражен. Не приходится удивляться, что плод при этом обладает большой подвижностью. Наконец, многоводие объясняются приглушенное сердцебиение плода и трудности определения расположения мелких частей.

Данные влагалищного исследования являются ценным дополнением к наружному исследованию и очень часто уточняют диагноз многоводия.

Так, при раскрытии маточного зева не менее чем на 2—3 поперечных пальца, при многоводии отчетливо определяется выпуклый, напряженный плодный пузырь независимо от родовых схваток. У нашей роженицы шейка еще не сглажена, и акушер пока не может воспользоваться этим дополнительным ценным признаком.

Что касается наличия крупного плода, то этот вопрос остается нерешенным. У акушера, правда, создается впечатление, что головка крупная, но это только впечатление. Требуется дополнительное обследование после отхождения вод. Рентгенографию как подсобный метод дежурный врач в данный момент не мог использовать. Не подлежит сомнению, что после отхождения вод будет уточнен вопрос о величине плода и головки. Будет уточнен также вопрос и о характере предлежания головки.

Однако не только эти вопросы волнуют акушера, когда речь идет о многоводии. При многоводии в родах вследствие перерастяжения матки обычно развивается первичная слабость родовой деятельности. При стремительном отхождении вод нередко выпадают пуповина, мелкие части плода, легко создаются неправильные положения (поперечные, косые), неправильные предлежания головки (различные степени ее разгибания).

В раннем послеродовом периоде наблюдаются атонические кровотечения. Вот почему тактика ведения родов при многоводии должна быть тщательно продумана. Дежурный врач записал в историю родов следующую акушерскую концепцию: «Если при повторном влагалитном исследовании открытие зева матки будет в пределах 3—3¹/₂ поперечных пальцев, — произвести искусственное вскрытие плодного пузыря и медленно выпустить воды».

2/II, 19 часов. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Сердцебиение плода ритмичное, но глухое. Схватки через 5—6 минут, по 25—30 секунд, средней силы. Воды не отходили. Головка прижата ко входу в таз.

23 часа. Сердцебиение плода по-прежнему глухое, но ритмичное, 130 ударов в минуту. Схватки средней силы, через 5 минут, по 30—35 секунд. Воды не отходили. Матка во всех своих отделах безболезненная. Стул и мочеиспускание самостоятельные.

23 часа 15 минут. Произведено влагалитное исследование (второе) для выяснения состояния шейки матки, характера головного предлежания и, при наличии условий, вскрытия плодного пузыря. Раскрытие зева около трех поперечных пальцев, края его тонкие, мягкие. Плодный пузырь цел, резко напряжен.

Плодный пузырь вскрыт браншей пулевых щипцов, излилось 3,5 л околоплодных вод (собраны в градуированную банку). Во время оттока вод рука акушера все время находилась во влагалите и тем самым сдерживала быстрое их излияние. После отхождения вод головка плотно прижалась ко входу в таз. Слева определяется большой родничок, справа — надбровные дуги и середина спинки носа. При надавливании на головку через брюшную стенку головка разгибается сильнее и исследующий палец достигает верхней челюсти плода.

Что это — лобное предлежание?

Поскольку после отхождения большого количества околоплодных вод объем живота заметно уменьшился и плод стал доступен для пальпации, акушер решил произвести повторное тщательное наружное обследование.

Окружность живота на уровне пупка теперь равна 100 см (вместо 112 см), высота стояния дна матки 36 см (вместо 42 см). Матка плотно облегает плод. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Слева определяется выступ, большой бугор (это затылок), справа удается прощупать подбородок. Затылок и подбородок стоят на одном уровне.

Если до отхождения вод матка была настолько напряжена, что мы с трудом могли определить позицию, и то неуверенно, сейчас спинка легко определяется слева, а справа пальпируются мелкие части плода. Сердцебиение плода после отхождения вод стало яснее, однако отчетливо прослушивается не слева, где находится спинка, а справа ниже пупка.

Хотя разгибание позвоночника при лобном предлежании выражено не так резко, как, например, при лицевом, тем не менее проводимость сердцебиения плода лучше выражена со стороны грудки.

Далеко не всегда лобное предлежание так легко определяется наружным акушерским обследованием, как в данном случае. Большей частью при наружном исследовании диагноз ставится лишь предположительно. Только влагалитное исследование позволяет поставить точный диагноз лобного предлежания.

Итак, у нашей роженицы на данном этапе родового акта установлено лобное предлежание.

Что касается размеров плода, то создается впечатление, что плод средних размеров. Акушер записал ориентировочный вес плода 3200 г. Измерение головки и овоида плода тазомером через наружные покровы при разогнутой головке обычно цели не достигает. В данном случае мы измерили большой косомер (он равен 13,5 см) и овоид плода, который при разогнутой головке оказался равным 27 см.

Какова дальнейшая тактика ведения родов?

1. Воды отошли недавно. Показан наружно-внутренний поворот на ножку с последующим извлечением плода (если будут условия).

2. Тактика должна быть выжидательной. Не исключена возможность, что лобное предлежание в данном случае является временным, транзиторным.

Дежурный врач отказался от наружно-внутреннего поворота на ножку, так как в данный момент нет должных условий — полного раскрытия. Поворот же по Брекстон-Гиксу при доношенном жизнеспособном плоде не является щадящей операцией.

Решено роды вести выжидательно, наблюдая за продвижением головки и состоянием матки. У нас есть некоторое основание полагать, что лобное предлежание в данном случае не является стабильным. Как сообщалось выше, при надавливании на головку через брюшную стенку при влагалищном исследовании отчетливо отмечается тенденция головки к дальнейшему разгибанию. Но наступит ли крайняя степень разгибания головки (лицевое предлежание), сказать, конечно, очень трудно. Для определения характера последующего вставления головки решено периодически производить влагалищное исследование.

3/II, 2 часа. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/70 мм. Схватки средней силы, через 4—5 минут, по 35—40 секунд. Головка прижата ко входу в таз. Матка в интервалах между схватками безболезненна. Круглые связки не напряжены. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное, справа ниже пупка. Незначительное подтекание околоплодных вод.

4 часа 20 минут. Родовая деятельность хорошая. Схватки через 4—5 минут, по 40 секунд. Головка прижата ко входу в таз. Слева пальпируется затылок, который выступает еще более резко, чем при предыдущих исследованиях. Между затылком и спиной отчетливо отмечается выемка. Справа прощупать подбородок не удается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, справа ниже пупка. Матка вне схваток хорошо расслабляется, при пальпации безболезненная. Роженица жалуется на усталость.

4 часа 30 минут. Произведено влагалищное исследование (третье по счету) для выяснения характера предлежания головки. Раскрытие зева матки почти полное, передняя губа слегка отечна. Головка прижата ко входу в таз. Слева определяется лобик и надбровные дуги, справа — ротик, выступ подбородка. Ведущей точкой является переносица. Подтекают чистые воды.

Какой диагноз?

Предельная степень разгибания головки — лицевое предлежание. Первый период родов.

Динамическое наблюдение за родовым процессом у нашей роженицы позволило акушеру быть свидетелем последовательного перехода лобного предлежания в лицевое. Характерно сопоставить данные наружного исследования в том и другом случае.

Лобное предлежание, как правило, трудно распознать наружными приемами акушерского исследования. Диагноз ставится только сугубо ориентировочно. Решающими являются данные влагалищного исследования.

Лицевое предлежание очень часто распознается наружным исследованием. Внимание акушера прежде всего привлекает необычная форма предлежащей головки. При крайней степени разгибания головки затылок резко запрокидывается кзади, близко подходит к спинке плода и образует с последней резко выраженный угол, который легко определяется через брюшную стенку пальпаторным путем.

При третьей степени разгибания головки (лицевое предлежание) позвоночник плода, а тем самым и его спинка выгибаются внутрь, в результате чего спинка отходит от стенки матки, а грудная клетка подходит вплотную к соответствующей стенке матки. Последним обстоятельством и объясняется тот факт, что сердечные тоны

плода более отчетливо выслушиваются не со стороны спинки, а с противоположной стороны, где расположены мелкие части и грудка плода.

Распознавание лицевого предлежания наружными приемами затруднено во всех случаях значительно выраженного ожирения брюшной стенки, многоводия, резкой возбудимости матки. Вот почему как бы ни были ценны данные наружного исследования, диагноз лицевого предлежания должен всегда подтверждаться влагалищным исследованием. Этот метод исследования при лицевом предлежании и при открытии маточного зева не менее чем на 2—3 поперечных пальца позволяет отчетливо контурировать лобик с его лобным швом, надбровные дуги, нос, рот, подбородок.



Рис. 64. Лицевое предлежание, первая позиция, передний вид (подбородок к лону).



Рис. 65. Лицевое предлежание, первая позиция, задний вид (подбородок к крестцу).

Диагноз лицевого предлежания будет значительно затруднен, если образуется родовая опухоль, отек личика. В этих случаях личико плода можно принять за ягодичцы. Опознавательными диагностическими пунктами будут: при лицевом вставлении — выступ подбородка, нос, надбровные дуги, при ягодичном предлежании — крестец с копчиком, седалищные бугры, половые органы (у мальчика — scrotum).

Считаем долгом предостеречь, особенно молодых врачей, не обладающих достаточным опытом акушерского обследования, от грубых манипуляций в области глазных впадин, чтобы не повредить глаз. Мы воздерживаемся и от введения исследующего пальца в ротик плода, чтобы не вызвать ответной рефлекторной дыхательной реакции.

Если в родах при затылочных предлежаниях акушер учитывает направление сагиттального шва, то и в родах при лицевом предлежании учитывают направление так называемой лицевой линии. Лицевая линия идет от лобного шва по спинке носа к середине подбородка.

При лицевых предлежаниях позицию плода определяют по спинке (например, спинка справа — вторая позиция). Что же касается определения вида позиции, то в этом отношении не существует единых формулировок. В. С. Груздев, К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер и др. вид лицевого предлежания определяют по спинке, в то время как А. Я. Красовский, Н. З. Иванов, М. С. Малиновский и другие акушеры вид определяют по подбородку. Если подбородок обращен кпереди, к лону — передний вид (рис. 64), если же кзади, к крестцу — задний вид (рис. 65).

Отсутствие общепризнанной терминологии, касающейся определения вида при лицевых предлежаниях, является несомненно отрицательным фактором, вносящим путаницу в понятия и во многом затрудняющим работу практического врача. Поэтому необходимо помнить, что нормальным, правильным поворотом головки при лицевом предлежании является такой поворот, когда личико устанавливается подбородком кпереди. Только при таком виде возможны самопроизвольные роды.

Роды в лицевом предлежании — явление нередкое. По А. Я. Красовскому, роды в лицевом предлежании встречаются в 0,85% по отношению ко всем родам, по Л. А. Кривскому, В. С. Груздеву, Г. Г. Гентеру, — в 0,4—0,5%, по данным И. И. Яковлева за 1950 г., — в 0,25%, по данным Г. Я. Молчановой за 1953 г., — в 0,23%. То же находим и у зарубежных авторов [по данным Тейпель (Teipel) за 1939 г., — в 0,37%, по данным Реддох (Reddoch) за 1948 г., — в 0,19%].

В отношении этиологии также не существует единого взгляда. Наиболее частой причиной, способствующей образованию лицевого предлежания, называют анатомически и функционально узкий таз. Г. Я. Молчанова (1953), например, на 200 родов в лицевом предлежании отметила узкий таз в 28,5%, причем у повторнородящих в 2 раза чаще, чем у первородящих. Не подлежит сомнению, что разогнутые положения головки (в частности, лицевые предлежания) зависят от ряда таких моментов, как запрокидывание ручек и других особенностей членорасположения плода, наличия большой или маленькой головки, отвислого живота, резко выступающих *spina ischii*, предлежания плаценты, от состояния родовых путей и других факторов (Э. Бумм, В. С. Груздев, Н. И. Побединский, Г. Г. Гентер, И. И. Яковлев и О. Шевелева).

Все перечисленные этиологические факторы приводят к разгибанию головки и, в частности, создают лицевое предлежание только непосредственно в родах. Такие лицевые предлежания называются вторичными в отличие от первичных, которые устанавливаются еще во время беременности и обязаны наличием врожденного зоба и различным опухолям шеи [Альфелд (Ahlfeld)].

Первичные лицевые предлежания встречаются исключительно редко.

Возвращаясь к нашей роженице, мы вправе говорить, что лицевое предлежание в данном случае является вторичным: вначале акушер наблюдал лобное предлежание, которое затем перешло в лицевое. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев лицевого предлежания вначале ведущим является не лицо, а лобик (рис. 66). Под влиянием сильных родовых схваток головка при лобном предлежании во входе в малый таз испытывает сопротивление: передняя часть головки (лобик, темя) задерживается во входе, а личико и подбородок опускаются в таз, завершая тем самым предельную степень разгибания головки (рис. 67).

Благалищное исследование показало, что лицевая линия в поперечном размере входа в таз, вставление синклитическое, позиция первая, так как подбородок обращен вправо. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Какова будет тактика ведения родов?

1. Роды вести строго выжидательно. Показаний к вмешательству нет.

2. Роженица утомлена. Показано обезболивание. Строгое наблюдение за продвижением головки. При повороте подбородком кзади

роды невозможны, показана плодоразрушающая операция (краниотомия).

3. Показана операция поворота на ножку или исправляющая операция (из лицевого предлежания в затылочное).

Согласно литературным данным, самопроизвольные роды при лицевом предлежании наблюдаются в 90% случаев, по И. И. Яковлеву и О. Шевелевой (1928), и в 93%, по Г. Я. Молчановой (1953). Цангемейстер и Мартин наблюдали самопроизвольные роды в 75%, а Демут — в 94,6% всех случаев лицевого предлежания.

Очень высокий процент самопроизвольных родов при лицевом предлежании, естественно, предопределяет строго выжидатель-



Рис. 66. Лицевое предлежание. Вначале ведущим является лобик.

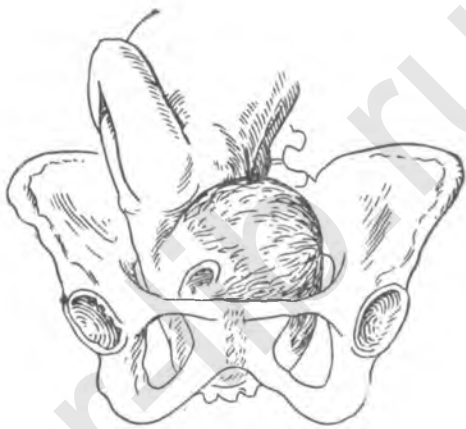


Рис. 67. Опущение подбородка при родах в лицевом предлежании.

ную тактику ведения родов в подобных случаях. Только по абсолютным показаниям акушер должен идти на то или иное оперативное родоразрешение. Само по себе лицевое предлежание не является показанием к вмешательству.

Вот почему мы отклоняем всякое предложение, предусматривающее оперативный метод родоразрешения. Поворот с головного конца на ножку при ограниченной подвижности плода и лицевом предлежании будет рассматриваться как грубая врачебная ошибка, которая влечет за собой значительный травматизм в родах. Эта операция у нашей роженицы ничем не оправдана.

Мы отвергаем и исправляющие операции, так как «успех их невелик и они опасны как для матери, так и для плода» (Г. Г. Гентер).

Будем придерживаться строго выжидательной тактики ведения родов. Правда, мы не можем предугадать, как длительно будут продолжаться роды. Между тем роженица уже утомлена. Но утомление роженицы не должно рассматриваться как показание к оперативному родоразрешению. Мы должны создать ей отдых, урегулировать родовые схватки, применить обезболивание.

3/II, 5 часов 45 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, хорошего наполнения. Мочевыделение самостоятельное, безболезненное (200 мл прозрачной мочи). Положение плода продольное. Над лоном слева пальпируется ясно выступающий затылок, справа подбородок не прощупывается. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 132 удара в минуту, ритмичное, ясное. Матка во всех ее отделах неболезненная. Роженица ночью не могла уснуть, так как беспокоили частые интенсивные схватки (через 4—5 минут, по 35—40 секунд). Сделана инъекция 1 мл 2% раствора промедола.

Какой механизм родов при лицевом предлежании?

Головка вступает во вход малого таза лицевой линией в поперечном или в том или ином косом размере. При этом головка далеко не всегда вступает в таз сразу личиком. Вначале вступает лобик (лобное предлежание), а затем под влиянием развивающейся родовой деятельности происходит полное разгибание головки, затылок запрокидывается к спинке, подбородок опускается. Личико становится предлежащей частью. В таком предлежании, т. е. лицевой линией в поперечном или косом размере входа, личико вступает в таз, проходит широкую часть полости, максимально разгибаясь, но не производя поворота. Проводной, ведущей точкой становится подбородок. Таким образом, разгибание головки является первым моментом механизма родов при лицевом предлежании.

Второй момент механизма родов родов характеризуется внутренним поворотом головки на дне малого таза. Лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой, а затем в прямой (при головке, стоящей у выхода). Ротация головки в узкой части полости таза происходит таким образом, что подбородок в конечном итоге поворачивается кпереди, а затылок — кзади. Создается правильная ротация головки, при которой самопроизвольные роды возможны. Ротация головки подбородком кпереди, по данным Г. Я. Молчановой, наблюдается в 91,5% случаев. Если же ротация головки заканчивается стойким образованием заднего вида (т. е. подбородок обращен кзади, а затылок кпереди, что наблюдается крайне редко), то самопроизвольные роды будут невозможны.

Третий момент механизма родов характеризуется сгибанием головки. После рождения (из под симфиза) подбородка, а за ним — личика (до волосистой части головы) область подъязычной кости к этому времени подходит под лонную дугу, где создается точка фиксации (гипомохлион), вокруг которой и происходит сгибание головки, и со стороны промежности рождаются темя и затылок плода. Головка прорезывается, таким образом, своим отвесным размером, равным 9,5 см. Затем наступает четвертый момент механизма родов — наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

Наибольшее растяжение вульварного кольца наблюдается в момент прорезывания теменных бугров. Окружность прорезывающейся головки равна примерно 33 см (*circumferentia trachelo-bregmatica*). Чтобы предупредить частые в этих случаях разрывы промежности, рекомендуется прибегать к перинеотомии.

Обращает на себя внимание резкая долихоцефалическая конфигурация и общий вид обезображенной головки родившегося плода, причем она в течение нескольких дней сохраняет запрокинутое состояние. Родовая опухоль часто занимает ту или иную половину личика (асинклитическое вставление!). Акушер должен объяснить матери, что конфигурация головки носит временный характер и что нет оснований для волнений. Действительно, уже через 3—4 дня отек личика значительно уменьшается, ребенок может сосать нормально.

Течение родов при лицевых предлежаниях всегда длительное. Средняя продолжительность родов у первородящих, по Г. Г. Гентеру, 28 часов. Преждевременное отхождение вод наблюдается от 16,3 (В. П. Михайлов) до 41% (Г. Г. Гентер). В 20% случаев воды отходят при раскрытии зева на два поперечных пальца (С. С. Холмогоров).

В тех же случаях, когда роды протекают при наличии узкого таза (анатомически или функционально), нередко отмечается первичная и вторичная слабость родовой деятельности.

Исключительно грозные последствия для матери и плода имеют место в родах при переднем виде лицевого предлежания. Если не будет оказана своевременная помощь, наступает разрыв матки, сопровождающийся мертворождаемостью и тяжелым травматизмом родовых путей. Разрывы промежности наблюдаются в 29% родов, а если сюда присоединить перинеотомию, то травмы промежности составляют 41,3% родов (Г. Я. Молчанова). Мертворождаемость и детская смертность доходят до 8—9%.

Тактика ведения родов преимущественно выжидательная. Исправляющие операции (перевод лицевого предлежания в более благоприятное сгибательное состояние) эффекта не достигают и являются опасными для матери и плода.

Не достигают эффекта и такие операции, как поворот на ножку. Операция наложения щипцов возможна только при заднем виде и при стоянии головки в выходе таза. В других случаях операция наложения щипцов неблагоприятна, сопровождается большой травмой. Кесарево сечение возможно при невставившейся головке. При головке, стоящей в полости таза подбородком кзади (в заднем виде), показана перфорация головки даже живого плода.

Как же протекают роды у нашей роженицы?

3/II, 7 часов 15 минут. Инъекция промедола оказала эффект. Родовые схватки стали менее болезненными, но они по-прежнему регулярные, через 3—4 минуты, по 35—40 секунд. Головка большим сегментом в полости таза. Слева пальпируется небольшая край головки. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные. Профилактически назначены ингаляции кислорода, внутривенно введено 20 мл 40% раствора глюкозы.

8 часов 45 минут. Начались потуги через 3—4 минуты, продолжительностью 30 секунд. Головка в полости таза. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 136 ударов в минуту. Роженица тужится ровно, спокойно.

9 часов 05 минут. Родилась живая доношенная девочка (вес 3700 г, окружность головки 35 см, окружность грудки 35 см, длина 50 см) в лицевом предлежании. Головка имеет долихоцефалическую форму, резко запрокинута кзади. На личике плода родовая опухоль, которая занимает глаза, щеки, рот, подбородок.

Через 15 минут родился послед. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря около 200 мл.

Послеродовой период без осложнений. Родильница с новорожденной выписалась на 14-й день после родов.

Эпикриз

Н-ко, повторнородящая, поступила с начавшейся родовой деятельностью. Установлено многоводие. При открытии зева на три поперечных пальца плодный пузырь вскрыт, излилось 3,5 л чистых вод. Дальнейшее наблюдение за динамикой родов позволило диагностировать лобное предлежание, которое оказалось нестойким (транзиторным) и вскоре перешло в лицевое предлежание. Была принята выжидательная тактика ведения родов. Наступили самопроизвольные роды в лицевом предлежании крупным плодом. Головка долихоцефалическая, личико обезображено родовой опухолью. Послеродовой период без осложнений. Родильница с новорожденной выписалась домой на 14-й день после родов.

ГЛАВА XV

УЗКИЙ ТАЗ

Общеравномерносуженный таз, I степень сужения (гипопластический таз). Самопроизвольные срочные роды живым плодом

Р-ва, 24 лет, поступила в акушерскую клинику 9/1 1956 г. в 8 часов с подтекающими околоплодными водами и слабой родовой деятельностью.

Анамнез. Наследственность неотягощена. Перенесенных в детском возрасте заболеваний не помнит. Часто болеет ангиной. Два года тому назад перенесла малярию и воспаление легких, в 1949 г. — холецистит. Условия труда и быта хорошие.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, через 4 недели по 7 дней, умеренные, безболезненные. После замужества характер менструаций не изменился. Последняя менструация с 23 по 28/III 1955 г.

Половая функция. Замужем с 20 лет, брак первый, муж здоров. Последнее половое сношение 2 месяца тому назад.

Генеративная функция. Первая беременность в 1948 г. закончилась самопроизвольным выкидышем при сроке 2½ месяца; после выкидыша не болела. Вторая беременность настоящая.

Течение настоящей беременности. В первой половине беременности — небольшие отеки голеней, иногда рвота. Первое шевеление плода отметила 15/VIII 1955 г. Женскую консультацию посетила 7 раз, первое посещение — на 8-й неделе беременности.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное, жалоб не высказывает. Вес 51,5 кг, рост 146 см. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа чистая, отеков нет.

Органы кровообращения. Артериальное давление 115/70 мм. Пульс ритмичный, 78 ударов в минуту, границы сердца в пределах нормы. Тоны чистые. Кровь: Hb 10,5 г% (63 единицы).

Органы дыхания. Звук легочный, дыхание везикулярное.

Органы пищеварения. Диспепсических расстройств нет. Печень и селезенка не пальпируются. Стул был после клизмы.

Мочевые органы. Моченспускание свободное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении чистая.

Акушерское обследование. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, позиция первая, передний вид. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное. Предлежит головка над входом в малый таз. Прямой размер головки (лобно-затылочный) 11,5 см.

Воды отошли за 10 часов до поступления в родильный дом. Родовая деятельность в течение 16 часов слабая, схватки по 30—35 секунд, через 10—15 минут. Размеры таза 22; 24,5; 28; 17,5 см.

Какой диагноз? Какой прогноз предстоящих родов?

Анализ приведенных данных показывает, что:

- 1) женщина молодая, первородящая;
- 2) беременность доношенная;
- 3) околоплодные воды прошли вскоре после появления родовых схваток (раннее отхождение

ние вод); 4) имеется первичная слабость родовых сил; 5) наружные размеры таза значительно отличаются от размеров нормального таза.

Наше внимание, естественно, привлекает последнее обстоятельство — наличие узкого таза. Надо решить вопрос о характере и степени сужения, а также о возможности самопроизвольных родов при данной степени сужения таза.

Прежде всего надлежит ответить на вопрос: какой же смысл мы вкладываем в понятие «узкий таз»?

Принято различать два понятия: 1) анатомически узкий таз; 2) функционально узкий таз.

Анатомически узким тазом называется такой таз, при котором имеется укорочение на 1,5—2 см (и выше) одного или нескольких или всех размеров таза. Параллельно с укорочением размеров таза в одних случаях имеет место изменение и формы таза (это будет так называемый анатомически узкий деформированный таз), в других — форма таза сохранена (это будет так называемый анатомически узкий недеформированный таз).

Частота анатомически суженного таза, по данным различных авторов, неодинакова и находится в зависимости от исходной величины наружной конъюгаты. Так, если анатомически суженным тазом считать таз, наружная конъюгата которого равна 18 см и ниже, то процент наличия узкого таза достигает в среднем 12. При наружной конъюгате 17,5 см и ниже анатомически суженный таз наблюдается уже в 3%.

Следует отметить, что при определении процента частоты встречающегося узкого таза более правильно пользоваться в качестве критерия размерами не наружной конъюгаты, а диагональной.

В настоящее время в родовспомогательных учреждениях Советского Союза принято считать узким тазом такой таз, наружная конъюгата которого равна 18—17,5 см и ниже, а размер истинной конъюгаты — в пределах 10 см и ниже.

Цифровые показатели размеров таза хотя и позволяют получить более или менее четкое представление как о форме, так и о степени сужения, тем не менее они имеют только относительное, а не абсолютное значение. Как показывает повседневный акушерский опыт, самостоятельные роды (очень часто живым плодом) наблюдаются при легких степенях сужения таза. Даже при значительном сужении таза, если размеры головки невелики, роды могут закончиться самопроизвольно, т. е. таз окажется в родах функционально полноценным. Во всех же тех случаях, когда определяется явное несоответствие между размерами головки и таза, роды будут невозможными, несмотря на наличие хорошей родовой деятельности. В этих случаях таз будет не только анатомически суженным, но и клинически (функционально) неполноценным. Цифровые показатели приобретают абсолютное значение только в тех случаях, когда они характеризуют абсолютное сужение таза, когда роды через естественные родовые пути исключаются (при истинной конъюгате, равной 6 см и ниже).

Вот почему, помимо анатомически узкого таза, следует различать и так называемый функционально узкий таз (клинически узкий таз, акушерски узкий таз, узкий таз в родах). Понятие «функционально узкий таз» определяет наличие несоответствия между размерами таза и головкой плода, которое выявляется в течение родового процесса. Таким образом, понятие «функционально узкий таз» является выражением динамики родового процесса, а не постоянных величин,

как анатомически узкий таз. Практика показывает, что функционально узким, «несостоятельным» в родах тазом может быть не только анатомически суженный таз, но и таз, имеющий нормальные цифровые показатели, получаемые при наружном измерении таза. «Несостоятельность» нормального (по своим размерам) таза предопределяется

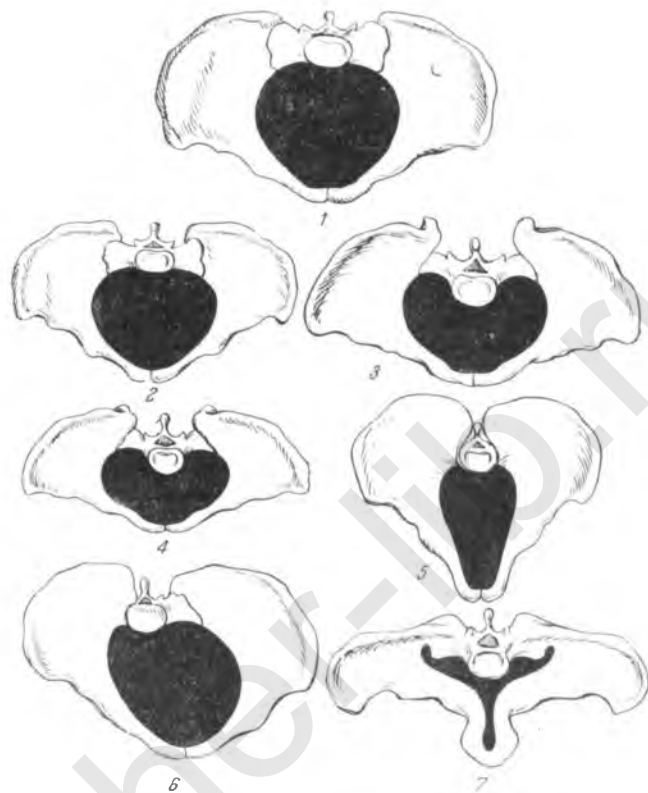


Рис. 68. Вход в таз при различных аномалиях.

1 — нормальный таз; 2 — общеравномерносуженный таз; 3 — плоский таз; 4 — общесуженный плоский таз; 5 — поперечносуженный таз; 6 — кососуженный таз; 7 — остеомалатический (спавшийся) таз.

не только простым несоответствием размеров рождающейся головки и таза, но и рядом таких решающих факторов, как недостаточная способность головки к конфигурации, неправильное вставление головки (разгибание), слабость родовой деятельности и др.

Функционально узкий таз, сопровождающийся нарушением механизма родов и другими осложнениями, встречается в среднем в 3—5% по отношению ко всем родам.

Функционально узкий таз среди случаев анатомически узкого таза встречается в 25% при наружной конъюгате, равной 18 см, и в 50% при наружной конъюгате, равной 17 см (М. С. Малиновский).

Как явствует из приведенных выше данных, удельный вес функционально узкого таза в акушерской практике достаточно высок.

Касаясь классификации узкого таза, мы должны отметить, что в настоящее время не существует такой классификации, которая отвечала бы этиологическому принципу. Предлагаемые практическому врачу классификации узкого таза [Литцман, Брейски,

Килиан (Litzmann, Breisky, Kilian), А. Я. Крассовский, И. И. Яковлев, А. Ф. Пальмов, М. С. Малиновский] построены в основном по принципу учета формы и степени сужения таза.

В своей практической работе мы пользуемся следующей классификацией, основные положения которой вытекают из понятия «узкий таз» (рис. 68).

Классификация анатомически узкого таза по форме

А. Недеформированный узкий таз

I. Общеравномерносуженный таз:

- 1) чистые формы общесуженного таза (гипопластический таз)
- 2) инфантильный таз (детский таз)
- 3) тип мужского таза
- 4) таз карлицы

Б. Деформированный узкий таз

I. Плоский таз:

- 1) плоскоррахитический таз
- 2) простой плоский таз
- 3) общесуженный плоский таз

II. Кососуженный, кососмещенный (асимметрический) таз

III. Поперечносуженный таз

IV. Воронкообразный таз

V. Остеомалятический таз

VI. Спондилолистетический таз

VII. Таз, суженный экзостозами и новообразованиями

Редко
встречаю-
щиеся

Классификация по форме сужения таза является оправданной потому, что определение формы таза позволяет акушеру иметь суждение о механизме предстоящих родов. При недеформированных узких тазах механизм родов будет протекать примерно по типу нормального механизма родов.

При деформированных узких тазах (имеется в виду группа плоских тазов) механизм родов будет различным в зависимости от характера деформации (плоскоррахитический, простой плоский таз, общесуженный плоский таз).

Редко встречающиеся формы деформированного узкого таза, как поперечносуженный¹, остеомалятический, спондилолистетический и др., не имеют практического значения.

В настоящее время не существует единой, общепринятой классификации узкого таза и по степени сужения. Большинство акушеров пользуется классификацией Литцмана (четыре степени сужения таза). Мы придерживаемся классификации, предусматривающей три степени сужения таза (А. Я. Крассовский, Н. И. Побединский, В. С. Груздев, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, Н. З. Иванов и др.). Заслуживает внимания и классификация, предложенная А. Ф. Пальмовым.

Классификация анатомически узкого таза по степени сужения

1. Классификация, предусматривающая четыре степени сужения (Литцман):

¹ При легких степенях поперечного сужения роды возможны per vias naturales живым плодом; при резких степенях сужения роды невозможны.

Размеры истинной конъюгаты

| | | |
|-----|-----------------|-------------|
| I | степень сужения | 11—9 см |
| II | » | 9—7 » |
| III | » | 7—5 » |
| IV | » | 5 см и ниже |

2. Классификация А. Ф. Пальмова (1935):

| | | |
|-----|-----------------|---------------|
| I | степень сужения | 10—9,1 см |
| II | » | 9—7,6 » |
| III | » | 7,5—6,5 » |
| IV | » | 6,5 см и ниже |

3. Классификация, предусматривающая три степени сужения (М. С. Малиновский):

| | | |
|-----|-----------------|-------------|
| I | степень сужения | 10—8 см |
| II | » | 8—6 » |
| III | » | 6 см и ниже |

Поскольку родовая деятельность у нашей роженицы слабо выражена, мы поместим ее в предродовую палату и подвергнем дополнительному обследованию. Определим форму и степень сужения таза.

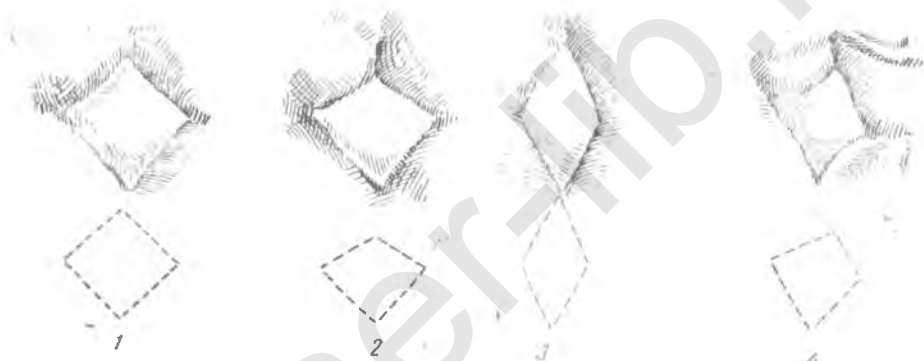


Рис. 69. Ромб Михаэлиса при нормальном и узком тазе.

1 — нормальный таз; 2 — плоский таз; 3 — общеравномерносуженный таз; 4 — косо суженный таз.

Как видно из приведенных цифр наружного измерения таза, все его размеры укорочены (уменьшены) примерно на одну и ту же величину (на 3 см). Таким образом, мы имеем дело с анатомически общеравномерносуженным тазом.

Врач при поступлении не произвел влагалищного исследования, по которому с большей точностью можно судить о внутренних размерах таза, и тем самым не определил диагональную конъюгату. Нас интересует не только форма, но и степень сужения таза. Роженица первобеременная, т. е. таз в родах еще не испытан, и поэтому мы не имеем суждений о функциональной его полноценности.

Врач консультации обязан был определить размеры диагональной конъюгаты еще при первом посещении консультации беременной женщиной.

Прежде чем определить диагональную конъюгату, мы более внимательно произведем осмотр роженицы. Если рост женщины, равный 145 см и ниже, условно принято считать низким, то перед нами женщина, рост которой (146 см) на грани среднего и низкого. Костный скелет развит пропорционально. Подкожножировая клетчатка и оволосение — по женскому типу. Наружные половые органы развиты удовлетворительно. Мы обратили внимание на ромб Михаэлиса

(крестцовый ромб): боковые углы тупые, он вытянут сверху вниз (рис. 69).

Мы имеем основание, таким образом, говорить о женщине, обладающей общеравномерносуженным тазом чистого типа (гипопластическим тазом).

Что же касается степени сужения, то она будет уточнена путем определения истинной конъюгаты.

Является ли стремление определить диагональную конъюгату основанием для влагалищного исследования? Быть может, целесообразнее влагалищное исследование заменить ректальным? Мы против ректального исследования рожениц, так как оно не дает возможности молодому, неопытному акушеру отчетливо ориентироваться в таких вопросах, как определение степени сглаженности шейки матки, степени раскрытия наружного зева, толщины краев сглаженной шейки, целостности плодного пузыря, определение швов и родничков и их направления, определение, например, низкорасположенного детского места и др. Влагалищное исследование, выполненное с соблюдением правил асептики и антисептики, не является опасным, и в то же время дает возможность более детально и более уверенно решить ряд ответственных вопросов, касающихся динамики родов.

Дежурный акушер решил произвести влагалищное исследование с целью: 1) установить размеры диагональной конъюгаты, 2) определить степень сглаженности и раскрытия наружного зева шейки матки, 3) решить вопрос о целостности плодного пузыря.

9/1, 10 часов. Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки значительно сглажена, наружный зев пропускает I—1½ поперечных пальца. Передний свод несколько выпячен. Кости предлежащей головки не производят впечатления чрезмерно плотных. Головка прижата ко входу в малый таз, сагиттальный шов в правом косом размере входа в таз. Вне схватки головка легко отодвигается. Мыс достигим. Диагональная конъюгата равна 11,5 см (истинная конъюгата около 10 см). Крестцовая впадина несколько вогнута. Подтекают чистые воды в умеренном количестве.

Коль скоро физиологический родовой акт, а тем более патологический, рассматривается как сложный динамический процесс, то после каждого влагалищного исследования акушер обязан: 1) охарактеризовать фактическую акушерскую ситуацию на данный (конкретный) момент обследования (т. е. дать полный диагноз); 2) высказать свои соображения в отношении тактики ведения родов (т. е. записать в историю родов акушерскую концепцию).

Полученные при влагалищном исследовании данные позволяют сформулировать диагноз в следующем виде:

Беременность сроком около 40 недель. Первые срочные роды. Раннее отхождение вод. Общеравномерносуженный таз, I степень сужения. Первый период родов. Головное предлежание.

Как вести роды?

Учитывая, что в данном случае: 1) плод некрупный (лобно-затылочный размер головки по наружному измерению тазомером около 11,5 см!); 2) кости черепа обычной консистенции (т. е. конфигурация головки может быть достаточно полноценной!); 3) имеется I степень сужения анатомически узкого таза, при которой обычно происходят самопроизвольные роды; 4) налицо родовая деятельность, несмотря на раннее отхождение околоплодных вод, мы пришли к заключению, что роды скорее всего произойдут *per vias naturales* и закончатся рождением живого плода. Однако необходимо следить за характером вставления головки. При узком

тазе даже легкое разгибание головки, если таковое произойдет, может увеличить несоответствие между размерами головки и входом в таз.

Необходимо наблюдать за развитием родовой деятельности. Учитывая, что произошло раннее отхождение вод, если в ближайшее время не разовьется хорошей сократительной деятельности матки, следует прибегнуть к стимуляции родовых сил.

В случае если после полного раскрытия шейки матки головка будет продолжать оставаться стреловидным швом в косом размере входа в таз в течение 2—3 часов, несмотря на наличие хорошо выраженной родовой деятельности, то при хорошем сердцебиении плода следует поставить перед роженицей вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения (поскольку она настаивает на рождении живого плода).

Мы обязаны предусмотреть возможные варианты механизма родов и возможные осложнения.

Молодая роженица хочет иметь ребенка и поэтому ждет от нас правильного решения вопроса при создавшейся акушерской ситуации.

9/1, 11 часов 35 минут. Схватки редкие, слабые, через 10—12 минут, по 15—20 секунд. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное, слева ниже пупка. Подтекают чистые воды. Признак Вастена-Генкеля «вровень».

На данном этапе не представляется возможным иметь правильное суждение о признаке Вастена-Генкеля. Только наличие хорошо выраженной родовой деятельности при полном раскрытии наружного зева шейки матки и разорванном плодном пузыре предопределяет характер конфигурации головки.

Мы назначили стимуляцию родовой деятельности, поскольку имеет место первичная слабость родовых схваток: 1) касторового масла 60 г, 2) через час — очистительная клизма; 3) через час после клизмы — хинин по 0,2 г через каждые полчаса, всего 4 раза.

13 часов 10 минут. После приема касторового масла и очистительной клизмы появились более выраженные схватки, через 6—8 минут, по 20—30 секунд. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Подтекают чистые воды в небольшом количестве.

14 часов 30 минут. После приема хинина схватки стали более эффективными, по 30—40 секунд, через 3—5 минут. Головка большим сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, отчетливое, ритмичное. Роженица ведет себя спокойно.

Динамическое наблюдение за развившейся родовой деятельностью убеждает нас в правильности намеченной тактики. При удовлетворительном состоянии роженицы и плода отмечается отчетливое поступательное движение головки.

16 часов 10 минут. Потуги через 3—4 минуты, по 40—45 секунд. Головка в широкой части полости таза. Сердцебиение плода ритмичное, 140 ударов в минуту, слева ниже пупка.

16 часов 30 минут. Головка на дне таза. При потугах промежность напрягается, выпячивается; половая щель на высоте потуги раскрывается. Сердцебиение плода изменилось, то прослушивается в пределах 160 ударов в минуту, то вслед за этим урежается до 115 ударов в минуту, аритмичное.

Назначено: 1) вдыхание кислорода в течение 10 минут с промежутками в 5 минут, 2) внутривенно 1 мл 10% раствора коразола и 5 мл 40% раствора глюкозы.

Сердцебиение плода выровнялось, стало ритмичным, 126—130 ударов в минуту.

Появились угрожающие симптомы интранатальной асфиксии плода. Роженица ведет себя беспокойно, жалуется на болезненные потуги при прорезывании головки.

Что делать?

Представляются следующие два варианта родоразрешения:

- 1) роды закончить наложением акушерских щипцов;
- 2) на высоте потуги произвести перинеотомию.

Хотя наложение акушерских щипцов на головку, стоящую на дне таза, обычно не связано с техническими трудностями, все же следует избегать извлечения головки в щипцах, если представляется возможность заменить эту операцию другой, менее травмирующей.

Мы произвели на высоте потуги при прорезывании головки плода срединный разрез промежности (перинеотомию), который мы предпочитаем эпизиотомии.

16 часов 45 минут. Родился живой мальчик. Значительная родовая опухоль в области малого родничка (рис. 70). После отсасывания слизи из носоглотки новорожденный громко закричал. Вес плода 3800 г, длина 51 см, окружность головки 37 см.

16 часов 55 минут. Самостоятельно родился послед. Детское место целое, оболочки все. Кровопотери в пределах 150 мл.

Осмотр шейки в зеркалах: шейка цела.

17 часов 30 минут. Кольпоперинеоррафия. Анестезия пудендальная (в ишио-ректальные отделы введено по 50 мл 0,25% раствора новокаина). На мышцы тазового дна и слизистую влагалища наложены узловатые кетгуттовые швы, на кожу промежности — два шелковых узловатых шва. Швы обработаны йодной настойкой. Заживление первичным натяжением. Родильница выписана домой на 12-й день после родов со здоровым ребенком.

Эпикриз

Р-ва, первородящая, поступила в акушерскую клинику с явлениями первичной родовой слабости при раннем отхождении околоплодных вод. Таз общеравномерносуженный, I степень сужения. Диагональная конъюгата — 11,5 см. Стимуляция родовой деятельности. Легкая степень несоответствия между размерами головки и тазом была преодолена. В связи с появлением угрожающих симптомов интранатальной асфиксии плода применена перинеотомия. Родился живой доношенный мальчик. Кольпоперинеоррафия, заживление первичным натяжением. Родильница выписана домой на 12-й день после родов со здоровым ребенком.

Общеравномерносуженный таз. Эндометрит в родах. Внутриутробная смерть плода. Краниотомия

А-ва, 21 года, первородящая, поступила в акушерскую клинику 12/III 1955 г. в 4 часа 10 минут с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. В детстве перенесла корь, скарлатину, коклюш, ветряную оспу. Часто болеет ангиной и гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 17 лет, установились через год, по 3—4 дня, через 28 дней, скудные, безболезненные. Последняя менструация с 1 по 4/III 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет. Либи́до и оргазм выражены слабо. Последнее половое сношение 1½ месяца назад.

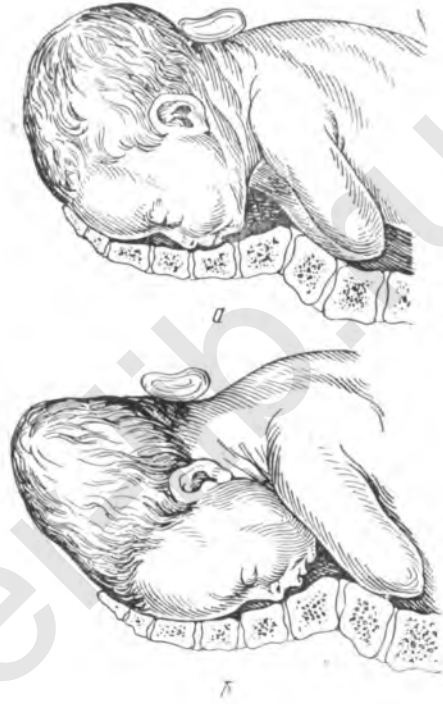


Рис. 70. Конфигурация головки.
а — при нормальном тазе; б — при общеравномерносуженном тазе.

Течение настоящей беременности. Беременность первая. В первой половине — тошнота, во второй — частые боли внизу живота, по поводу которых была госпитализирована в родильный дом, где находилась с 18 по 27/VIII. Отеков не отмечала. Первого шевеления плода не помнит. Женскую консультацию впервые посетила на V месяце беременности, всего посещений шесть.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб нет. Температура тела 38,8°. Вес 48 кг, рост 144 см. Телосложение правильное, питание пониженное. Кожа и видимые слизистые бледны. Отеков нет.

Органы кровообращения. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые.

Артериальное давление 110/60 мм. Кровь: Hb 12 г% (72 единицы).

Органы дыхания и пищеварения без видимых отклонений от нормы.

Мочевые органы. Дизурических явлений нет. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Окружность живота 88 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, позиция первая, вид передний. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 150 ударов в минуту, ритмичное, но глухое. Движения плода резко выражены (по выражению роженицы, «плод очень беспокойный»). Схватки через 8—10 минут, по 15—20 секунд, ритмичные, слабые. Размеры таза 23; 26,5; 28,5; 17 см.

Родовая деятельность началась, со слов роженицы, 11/XII с 23 часов. Воды начали подтекать 11/XII с 21 часа. Имеются гнойвидные выделения из влагалища.

Какой диагноз? В чем патология настоящих родов? Какова тактика ведения родов?

На поставленные вопросы можно ответить различно.

1. Срочные роды. Общеравномерносуженный таз. Преждевременное отхождение вод. Первый период родов.

Роды вести консервативно.

2. Срочные патологические роды. Общеравномерносуженный таз (по-видимому, I степень сужения таза). Преждевременное отхождение вод. Первый период родов. Начинаясь эндометрит в родах (температура 38,8°, пульс 96 ударов в минуту, гнойвидные выделения из влагалища). Угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода (?). Первичная слабость родовой деятельности.

Тактику ведения родов определить после дополнительного обследования таза для решения вопроса о степени его сужения и степени несоответствия между размерами головки рождающегося плода и таза. Назначить пенициллин (эндометрит!) и провести профилактику асфиксии плода по Хмелевскому — Николаеву.

Мы полностью разделяем последний вариант в отношении как диагноза, так и тактики ведения родов. Действительно, в данном случае имеет место целый комплекс патологических факторов.

Казалось бы, в этих двух диагнозах нет принципиальных расхождений: в том и другом случае речь идет о родах при узком тазе. Однако второй вариант диагноза представлен более полно, более развернуто. В нем нашли отображение такие факторы, как начинающийся эндометрит в родах, элементы угрожающих симптомов внутриутробной асфиксии плода, первичная слабость родовой деятельности.

Если диагноз начинающегося эндометрита в родах не вызывает возражений, то в отношении угрожающих симптомов внутриутробной асфиксии плода могут быть высказаны разноречивые мнения. Так, по мнению одних акушеров, сердцебиение плода в пределах 150 ударов в минуту, хотя бы оно и было глухим, не дает основания для тревоги.

По мнению других акушеров, такие симптомы, как глухое и несколько учащенное (до 150 ударов в минуту) сердцебиение плода и резкие движения плода («беспокойное» поведение плода), особенно при наличии безводного промежутка в течение 7 часов и симптомов начинающегося эндометрита, могут рассматриваться как

ранние угрожающие симптомы внутриутробной (в данном случае интранатальной) асфиксии плода.

Необходимо обратить внимание на то обстоятельство, что трактовка симптомов, характеризующих состояние плода, дается не абстрактно, а в связи с конкретной обстановкой, в связи с развивающимся (или развившимся) эндометритом в родах как наиболее вероятным этиологическим фактором начинающейся внутриутробной асфиксии плода. Это правильная трактовка акушерской патологии.

Что касается первичной слабости родовой деятельности, отмеченной в диагнозе, то она в известной мере является характерной особенностью женщин с общеравномерносуженным тазом (как проявление нарушения общего развития организма). В нашем случае



Рис. 71. Измерение окружности в области лучезапястного сустава (индекс Соловьева).

слабость родовой деятельности может зависеть также от несвоевременного (преждевременного) отхождения околоплодных вод.

Таковы обоснования для второго диагноза. Мы поддерживаем также и намеченную тактику ведения родов, равно как и целесообразность лечебных мероприятий.

Наличие длительного безводного промежутка и начинающегося эндометрита в родах является достаточным основанием для применения пенициллина (по 150 000 ЕД через 4 часа). Для профилактики асфиксии плода роженице назначены ингаляции кислорода, одновременно произведено внутривенное вливание 50 мл 40% раствора глюкозы с 2 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и 1 мл кордиамина.

Уточним характеристику узкого таза у нашей роженицы.

Прежде всего обратим внимание на менструальную функцию. Менструации начались поздно (в 17 лет) и установились только через год. В дальнейшем они носили характер гипоменореи. Такие особенности менструальной функции наблюдаются обычно у женщин, страдающих инфантилизмом.

Наружный осмотр роженицы (без платья и белья) убеждает нас в том, что она ниже среднего роста (144 см), правильного телосложения, оволосение по женскому типу, но очень скудное. Мы определили индекс Соловьева (запястный показатель), который оказался равным 15,5 см (при норме 14—15 см) (рис. 71).

Повышенный индекс Соловьева дает основание говорить о толстокостном скелете, а тем самым о значительной толщине костей таза.

Отсюда мы делаем вывод, что емкость малого таза у нашей роженицы, по-видимому, несколько понижена.

Боковая конъюгата (конъюгата Кернера, т. е. размер от передневерхней ости до задневерхней ости подвздошной кости одноименной стороны) равна 13,5—14 см (при норме 15 см).

Окружность таза равна 75 см (при норме 85 см).

Признак Вастена-Генкеля — «вровень».

12/XII, 5 часов 40 минут. Произведено влагалищное исследование: 1) для определения истинной конъюгаты, 2) для уточнения емкости малого таза, 3) для определения степени раскрытия наружного зева.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка гладкая. Раскрытие наружного зева в пределах двух поперечных пальцев, края шейки толстоватые. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в таз, стреловидный шов в правом косом размере входа в малый таз. Мыс достижим. Диагональная конъюгата 11 см (истинная конъюгата примерно 9 см). Ни экзостозов, ни костных опухолей в тазу не определяется. Из влагалища гноевидные жидкие выделения в умеренном количестве.

Итак, дополнительное обследование таза позволяет говорить об общеравномерно суженном тазе. Что касается степени сужения таза, то по классификации Литцмана — это II степень сужения (7—9 см), по классификации М. С. Малиновского — I степень сужения таза (10—8 см).

Какова тактика ведения родов? Окажется ли данный анатомически суженный таз функционально полноценным в родах?

Имеется три предложения.

1. Роды вести консервативно. Назначить стимуляцию родовой деятельности. При хорошо выраженной родовой деятельности произойдет полное раскрытие шейки матки, и при полноценной конфигурации головки роды могут произойти без акушерских вмешательств.

2. Роды вести консервативно. Учитывая слабость родовой деятельности, недостаточное раскрытие наружного зева (при клинических явлениях эндометрита в родах), показан метрейризм. После рождения метрейринтера применить стимуляцию родовой деятельности.

3. Роды закончить операцией кесарева сечения, так как при данном сужении таза (на границе II степени) рождение живого плода *per vias naturales* маловероятно.

Предложение вести роды консервативно-выжидательно — правильное. Ускорение родов путем применения метрейриза отпадает, так как головка плотно прижата ко входу в таз. Насильственное отодвигание головки для введения метрейринтера непозволительно. Метрейризм не показан и потому, что имеет место эндометрит. Что касается стимуляции родовой деятельности, то таковую можно было бы применять, однако следует помнить, что стимуляция родов может ухудшить и без того нарушенную гемодинамику плода (угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода).

Предложение закончить роды операцией кесарева сечения в известной мере обосновано. Действительно, трудно допустить рождение живого доношенного плода через естественные родовые пути при таке, сужение которого на грани I и II степени. Однако условия для операции кесарева сечения неблагоприятные (эндометрит в родах). Да и показания к кесареву сечению относительные: нет срочных показаний к родоразрешению со стороны роженицы, состояние ее удовлетворительное. Что касается показаний со стороны плода, то ему действи-

тельно угрожает внутриутробная асфиксия. Следует учесть также, что кесарево сечение, предпринятое на фоне угрожающих симптомов внутриутробной асфиксии плода, часто сопровождается мертворождением.

Мы решили вести роды консервативно-выжидательно.

12/XII, 7 часов 40 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Температура 37,8°. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Головка плотно прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля «вровень». Поступательного движения головки не отмечается. Схватки редкие, слабые, по 10—15 секунд, через 15—20 минут. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 108 ударов в минуту, временами аритмичное, очень глухое. Движения плода отмечаются, но они вялые, роженица их ощущает слабо. Подтекают грязные с запахом воды в незначительном количестве, окрашенные меконием.

Динамическое наблюдение за родовым актом показывает, что явления эндометрита, а также симптомы интранатальной асфиксии плода нарастают.

Признак Вастена-Генкеля по-прежнему «вровень», т. е. несоответствие между размерами головки и тазом сохраняется. По данным наружного исследования, головка продолжает находиться в одном и том же положении в течение 2 часов.

Прогноз для плода плохой. За сердцебиением его акушерка ведет тщательное наблюдение. Но через 15 минут после последнего нашего осмотра акушерка доложила, что сердцебиение плода перестало прослушиваться. Мы подтвердили диагноз внутриутробной смерти плода.

Как следует вести роды в дальнейшем?

Плод погиб, перед нами стоит вопрос о методах родоразрешения. Не подлежит сомнению, что любой из них должен быть предпринят только в интересах материнского организма. Самопроизвольные роды через естественные родовые пути в данном случае нереальны, так как имеется несоответствие между размерами головки и таза. Если у живого плода головка не проявила тенденции к конфигурации, то головка мертвого плода вообще, как известно, значительно не конфигурируется. Следовательно, существующее несоответствие, надо полагать, не будет преодолено даже при наличии хорошо выраженной родовой деятельности.

Вопрос о родоразрешении путем наложения акушерских щипцов отпадает, так как на головку мертвого плода щипцы, как правило, не накладывают, а тем более на головку, стоящую над входом в малый таз.

Наконец, отпадает вопрос и о родоразрешении путем абдоминального кесарева сечения, так как к этому нет абсолютных показаний.

Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения при мертвом плоде являются:

1) абсолютное сужение таза (истинная конъюгата равна 6 см и ниже), т. е. такая степень сужения, при которой невозможно извлечь плод через естественные родовые пути даже после операции краниотомии и эмбриотомии;

2) рубцовые сужения влагалища различной этиологии (инфекционные заболевания — дифтерия, скарлатина, различного рода стенозы и пр.);

3) различного рода опухоли мягких и костных частей родового канала, локализация которых не допускает родоразрешения через естественные родовые пути.

В нашем случае подобного рода абсолютных показаний к производству операции кесарева сечения не имеется.

Таким образом, остается единственный путь родоразрешения — плодоразрушающая операция через естественные родовые пути. Такой плодоразрушающей операцией является краниотомия.

Эта операция бесспорно является наиболее бережной для материнского организма при сложившейся акушерской ситуации.

Показаниями к краниотомии являются:

1) угрожающий разрыв матки;

2) неблагоприятные предлежания и вставления головки (задний вид лицевого предлежания, задний асинклитизм, лобное вставление, заднеушное вставление), если кесарево сечение при этом противопоказано;

3) невозможность извлечь последующую головку плода при родах в тазовом предлежании (гидроцефалическая головка);

4) тяжелое состояние роженицы, требующее немедленного родоразрешения;

5) смерть плода во время затянувшихся родов при угрозе развития инфекции и травматизации роженицы.

По поводу последнего показания к краниотомии Г. Г. Гентер писал: «В частности, при узком тазе мы не должны слишком долго выжидать самопроизвольного изгнания мертвого плода, подвергая мать опасности инфекции и повреждений. Смысла нет стремиться к рождению неповрежденного мертвого плода и рисковать здоровьем матери».

Это последнее показание полностью применимо к акушерской ситуации описываемого нами наблюдения патологических родов.

Однако для производства краниотомии требуются строго определенные условия, а именно:

1) отсутствие абсолютного сужения таза;

2) раскрытие маточного зева не менее чем на 2—3 поперечных пальца для краниотомии и полное (или почти полное) открытие для краниоклазии;

3) «головку должен всегда, даже если она стоит неподвижно, фиксировать помощник, притом на все три момента операции» (М. С. Малиновский).

В тех случаях, когда перфорацию головки производят при раскрытии зева на 2—3 поперечных пальца, а вслед за этим возникает необходимость немедленно произвести и краниоклазию, нужно расщепить края зева с двух сторон.

Краниотомия должна производиться на головке только мертвого плода. Перфорация головки живого плода должна рассматриваться как непозволительное деяние и допустима только в тех (крайне редких) случаях, когда угроза для матери чрезвычайно велика, и она не может быть устранена другими оперативными методами родоразрешения (например, операцией кесарева сечения). Таковы показания и условия для перфорации головки и краниоклазии.

Акушерская ситуация у нашей роженицы дает нам право говорить о наличии показаний к плодоразрушающей операции (краниотомии). Но имеют ли место необходимые условия для данной операции? Ответить на этот вопрос с уверенностью мы не можем. Правда, в 5 часов 40 минут (т. е. 2½ часа тому назад) при влагалищном исследовании раскрытие маточного зева было в пределах 2 поперечных пальцев. Но если раскрытие зева в пределах 2 пальцев достаточно для производства перфорации, то непременным условием для краниоклазии, как известно, должно быть полное (или почти полное) открытие маточного зева.

Поэтому, прежде чем приступить к выполнению операции, произведем повторное влагалищное исследование для выяснения степени подготовленности родовых путей.

8 часов 10 минут. Влагалищное исследование (второе по счету) показало, что шейка сглажена, края тонкие, открытие почти полное, плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в правом косом размере входа в малый таз. Легко определяется малый родничок, слева, кпереди. Выделения грязные с примесью гноя.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Температура тела 38,5°. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Схватки очень слабые и редкие.

Итак, исследование подтвердило наличие необходимых условий и показаний к производству намеченной нами операции.

Дано распоряжение приступить к подготовке роженицы и операционной для предстоящей плодоразрушающей операции. Мы считаем необходимым высказать некоторые соображения по поводу предстоящей операции. И. Н. Феноменов и В. С. Груздев под понятием «краниотомия» объединяют следующие три операции: 1) прободение головки плода (перфорация); 2) разрушение и удаление мозга (эксцеребрация); 3) удаление плода с перфорированной головкой (краниоклазия). Такой же трактовки придерживаются М. С. Малиновский¹ и К. Н. Жмакин² в современных руководствах по акушерству.

В то же время И. Ф. Жордания³ под термином «краниотомия» понимает только операции нарушения целостности черепа плода и удаления из него мозга. Что касается понятия «краниоклазия», то оно предусматривает операцию извлечения перфорированной и уменьшенной в объеме головки плода и тем самым не включается в понятие «краниотомия».

Характерно отметить, что в руководстве по акушерству А. И. Петченко⁴ термин «краниотомия» вообще не упоминается. Автор ограничивается понятиями «перфорация головки плода» и «краниоклазия» как отдельными моментами одной операции.

Таким образом, в современных руководствах по акушерству не существует единой терминологии в отношении данной операции. Если строго придерживаться лексикологии, то «краниотомия» в дословном переводе означает «рассечение (прободение) черепа», а «краниоклазия» — «извлечение плода с уменьшенной головкой».

Авторы данного «Акушерского семинара» под термином «краниотомия» понимают три операции — перфорацию головки, эксцеребрацию и краниоклазию. Для выполнения операции краниотомии необходимы следующие специальные инструменты:

- 1) перфоратор (прободник) Феноменова, или перфоратор Бло, или ножницеvidный перфоратор Смелли.
- 2) ложка-катетер (эксцеребратор Агафонова) или большая тупая ложка (тупая кюретка);
- 3) краниокласт Брауна (рис. 72).

Кроме этого, необходимы широкие плоские влагалищные зеркала и подъемники, мощные двузубцевые щипцы (или пулевые щипцы), скальпель, кружка для спринцевания, наконечник с двойным током, длинные крепкие ножницы на случай клейдотомии (ножницы Феноменова или Зибольда).

¹ М. С. Малиновский. Оперативное акушерство. Медгиз, 1955, стр. 318.

² К. Н. Жмакин. Оперативное акушерство. В кн.: Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. Медгиз, 1955, стр. 413.

³ И. Ф. Жордания. Учебник акушерства. Медгиз, 1955, стр. 585.

⁴ А. И. Петченко. Акушерство. Госмедиздат УССР, 1954.

Кроме перечисленных перфораторов, существует еще так называемый трепановидный перфоратор, построенный по принципу трепана, но он имеет много недостатков и в настоящее время не применяется.

Наиболее распространенными в наши дни являются перфораторы Бло и Феноменова. Перфоратор Бло представляет металлический стержень прямой формы с копьевидным концом и состоит из двух подвижных ветвей (браншей), соединенных друг с другом наподобие ножиц. Одна ветвь имеет массивную рукоятку, другая — искривленный

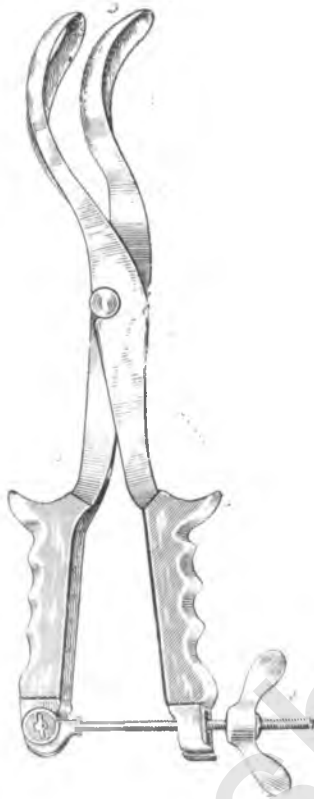


Рис. 72. Краниокласт Брауна.

рычаг, с помощью которого копьевидный конец инструмента раскрывается и, по меткому выражению И. И. Яковлева, «копьевидные пластинки скользят одна мимо другой». Перфоратором Бло легко перфорировать швы и роднички и значительно труднее кости черепа. Пробуравливание кости производится медленно и до тех пор, пока широкая часть копья не сравняется с перфорационным отверстием. После этого рукоятки перфоратора сближают, в связи с чем пластинки копьевидного конца инструмента расширяются и в краях прободного отверстия образуют добавочные насечки. Подобного рода насечки производят в нескольких местах. Только после этого в перфорационное отверстие вводят копьевидный конец перфоратора с раздвинутыми пластинками и энергичными поворотами то в одну, то в другую сторону (примерно на 90°) добиваются расширения прободного отверстия в черепа до 3—4 см в диаметре.

Следует отметить, что перфорационное отверстие получается достаточное для того, чтобы в него ввести массивную ложку краниокласта, но вместе с тем надо помнить, что края перфорационного отверстия получаются острыми, оскольчатymi, чрезвычайно опасными как для тканей материнских родовых путей, так и для рук акушера. В этом и состоит отрицательная сторона перфоратора Бло.

Следует отметить, что перфорационное отверстие получается достаточное для того, чтобы в него ввести массивную ложку краниокласта, но вместе с тем надо помнить, что края перфорационного отверстия получаются острыми, оскольчатymi, чрезвычайно опасными как для тканей материнских родовых путей, так и для рук акушера. В этом и состоит отрицательная сторона перфоратора Бло.

Несомненно, среди существующих прободников лучшим является перфоратор Н. Н. Феноменова, который напоминает собой обыкновенный бурав. На одном конце инструмента рукоятка в виде перекладкины, а на другом — буравовидный конусообразный наконечник. На верхушке наконечника имеются четыре, а в середине и в основании — две острые грани, которые идут параллельно оси самого стержня. Грани своеобразно загнуты и закруглены.

Перфоратор Феноменова имеет предохранитель в виде гильзы, которая надевается на перфоратор. Гильза свободно, по мере надобности, смещается к рукоятке инструмента. Гильза является несложным, но вместе с тем достаточно ограждающим от возможных повреждений приспособлением.

Края свободного отверстия, получаемого с помощью перфоратора Феноменова, обычно имеют гладкую поверхность и не опасны для материнских тканей.

Подготовка роженицы к краниотомии ничем не отличается от подготовки больных к влагалищным операциям. Мы рекомендуем

производить операцию под эфирным ингаляционным (лучше эфирно-кислородным) наркозом, если к этому нет противопоказаний. Говоря об ингаляционном наркозе, мы имеем в виду не только обезболивающий фактор, но и следующие два момента: а) ингаляционный наркоз ограждает психику роженицы от излишней травмы; б) при ингаляционном наркозе в значительной мере облегчается фиксация головки помощником через брюшные покровы.

Последнему обстоятельству мы придаем исключительное значение. Плотной фиксированной головкой (повторяем, на протяжении всей операции) во многом облегчает техническое выполнение всех трех моментов краниотомии. Такие тяжелые осложнения, как соскальзывание острия перфоратора и ранение материнских тканей, чаще всего наблюдаются при недостаточно устойчивом положении головки плода.

Второе техническое условие, в значительной мере предупреждающее тяжелую травму родовых путей матери, состоит в том, что операция должна выполняться только под контролем зрения. Даже в тех случаях, когда головка стоит плотно в полости таза при полном раскрытии маточного зева, рекомендуется оперировать не под контролем осязания, а под контролем зрения.

Первый момент операции краниотомии сводится к перфорации головки с помощью описанных выше перфораторов.

При помощи широких плоских влагалищных зеркал открывают доступ к маточному зеву и нижнему полюсу головки плода. При неустойчивом положении головки плода следует обратить особое внимание на полноценную фиксацию головки помощником. Чтобы гарантировать лучшую фиксацию, на кожный покров головки (желательно в центре) накладывают две пары мощных двузубцевых щипцов (в крайнем случае пулевых щипцов), после чего скальпелем (ножницами) производят разрез кожи до кости на протяжении 2—3 см, желательно перпендикулярно к сагиттальному шву. Затем пальцем, введенным в отверстие кожи, несколько отслаивают покровы от кости. Перфоратор по отношению к обнаженной кости должен быть подведен перпендикулярно (вертикально), а не косо; в противном случае он будет соскальзывать и ранить материнские ткани.

Что касается вопроса о том, какие именно пункты головки являются наиболее удобными для перфорации, то он должен решаться в каждом отдельном случае в зависимости от условий и характера предлежания. Прежде всего акушер должен помнить, что местом перфорации обычно является тот участок головки плода, который расположен в центре зева, по проводной оси таза. При синклитическом вставлении головки в случае затылочных предлежаний доступно перфорировать в сагиттальный шов или малый родничок. При асинклитическом вставлении приходится перфорировать через кость. При переднеголовном предлежании местом перфорации будет большой родничок, при лобном — лобная кость или лобный шов, а еще лучше — глазница, при лицевом предлежании — глазница или твердое небо, при последующей головке — подзатылочная ямка или подчелюстная область.

Второй момент операции — эксцеребрация (разрушение и удаление мозга) — преследует цель значительно уменьшить объем головки. При помощи тупой изогнутой ложки Феноменова удаляют мозговую массу из черепной полости. Если краниотомия была предпринята на живом плоде, то параллельно с удалением мозгового вещества надлежит разрушить и продолговатый мозг, что в ряде случаев достигается с трудом. Чтобы полностью опорожнить содержимое

череп, прибегают к вымыванию мозгового вещества физиологическим раствором поваренной соли, применив для этого катетер с двойным током или эксцеребратор Агафонова, который представляет сочетание тупой ложки с катетером.

Вымывание содержимого черепа, по мнению Гентера и ряда других авторов, цели не достигает, и потому они считают его излишним.

Третий момент операции — краниоклазия (т. е. извлечение плода с перфорированной головкой) — производится с помощью краниокласта Брауна. Краниокласт сконструирован наподобие щипцов и состоит из двух перекрещивающихся ветвей (ложек), из

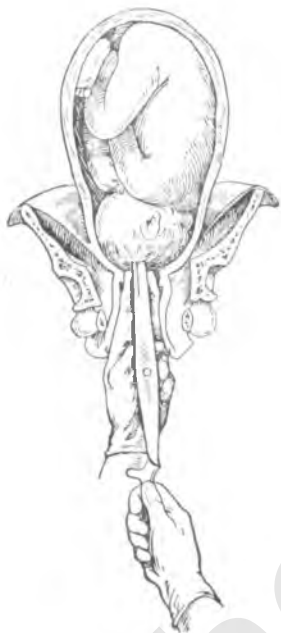


Рис. 73. После перфорации головки первой вводится в полость черепа массивная (сплошная) ложка.



Рис. 74. Наложение второй ложки краниокласта.

которых одна наружная, а другая внутренняя. Подобно акушерским щипцам, краниокласт состоит из ложек, замка и рукояток, снабженных особым замыкающим винто-гаечным прибором. Ложки краниокласта имеют небольшую тазовую кривизну, которая вместе с тем соответствует и головной кривизне. Внутренняя ложка — массивная, сплошная, на выпуклой поверхности имеет поперечные борозды. Наружная ложка (наружная ветвь) краниокласта окончатая, она несколько шире и длиннее внутренней ложки.

Порядок наложения краниокласта на перфорированную головку следующий. В перфорационное отверстие под контролем пальцев левой руки первой всегда вводят внутреннюю (сплошную) ложку (рис. 73). Если влагалище было раскрыто зеркалами, то ложку вводят под контролем зрения, возможно глубже, т. е. до основания черепа. После этого рукоятку введенной ложки передают помощнику. Наружную ложку вводят также под контролем пальцев левой руки (чтобы не поранить стенку влагалища) и накладывают на наружную поверхность черепа с таким расчетом, чтобы она соответствовала

положению внутренней ложки (рис. 74). При введении наружной ложки следует соблюдать большую осторожность и следить за ее направлением, чтобы по ошибке не захватить края маточного зева. Убедившись в правильности наложения ложек, на рукоятки краниокласта надевают винто-гаечный прибор и путем завинчивания до отказа добиваются полного смыкания рукояток.

Акушера всегда волнует вопрос, на какую именно часть черепа накладывать краниокласт. Правда, обстоятельства нередко вынуждают накладывать краниокласт на ту часть черепа, которая наиболее доступна. Но если предоставляется возможность выбора, то лучше всего ложку краниокласта накладывать на лицевую или затылочную части черепа.

Прежде чем приступить к тракции, акушер еще раз проверяет правильность наложения ложек краниокласта (не ущемлены ли края зева). Уже первая, пробная, тракция обычно показывает, насколько правильно, удачно наложен краниокласт, имеет ли место податливость головки, не травмируются ли кости черепа. Направление и характер тракций должны быть такими же, как и при акушерских щипцах, т. е. не форсировать, а подражать нормальному механизму родов; направление тракций согласовывать с высотой стояния головки, т. е. придерживаться проводной оси родового канала. Так, при высоком стоянии головки в тазу направление тракций будет резко кзади (книзу), при головке на дне таза — книзу (горизонтально), при появлении подзатылочной ямки подлонной дугой — направление тракций кпереди (вверх).

М. С. Малиновский направление тракций характеризует следующими выражениями: «При высоко стоящей головке акушер, сидя на стуле, делает тракцию в направлении к себе на носки; если головка находится в полости — в направлении на колени. Наконец, если головка стоит в выходе таза, тракции следует производить в горизонтальном направлении с тем, чтобы затем, при прохождении головки над промежностью, приподнять инструмент кпереди (кверху)».

Ложки краниокласта снимают, как только головка выведена из половой щели. Последующее извлечение плода проводится ручными приемами. Если краниотомия была предпринята на живом плоде, то извлеченный плод рекомендуется погрузить в заранее приготовленное ведро с водой.

Несколько замечаний в отношении краниотомии при последующей головке (рис. 75). Эта операция встречается значительно реже, чем краниотомия предлежащей головки. Технические трудности при этой операции будут тем больше, чем выше стоит головка (например, во входе в таз) или имеет место задний вид с подбородком, обращенным к симфизу. При этой операции должно быть соблю-

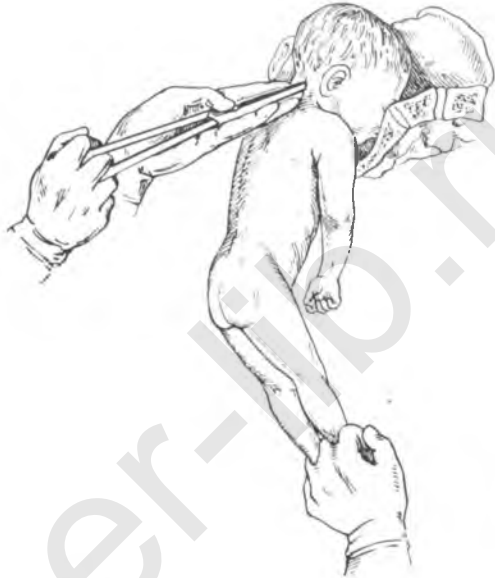


Рис. 75. Перфорация последующей головки.

дено основное условие — достаточно хорошая фиксация головки во входе в таз, что достигается путем потягивания за ножки и фиксации головки помощником через брюшные покровы. Широкое, длинное зеркало хорошо защищает переднюю стенку влагалища и мочевой пузырь. Техника операции, разработанная Л. Г. Личкусом, состоит в следующем: кожу головки рассекают скальпелем, кожный покров отслаивают пальцем до тех пор, пока не будет обнаружено большое затылочное отверстие (*foramen occipitalis magnum*), через которое и перфорируют головку.

Прободение головки можно делать и в месте перехода затылка в шею. Мозговое вещество удаляют тупой ложкой. Потребности в наложении краниокласта обычно не бывает. Путем протягивания за ножки и надавливанием на головку через брюшные покровы головку сравнительно легко выводят. Подражание механизму родов и в этом случае обязательно.

Обратимся к нашей роженице.

8 часов 30 минут. Роженица доставлена в операционную, помещена на стол, дан эфирно-кислородный наркоз. Спущено резиновым катетером 150 мл прозрачной, несколько концентрированной мочи. После соответствующей подготовки рук акушера и операционного поля во влагалище введены широкие плоские зеркала, обнажена предлежащая головка; раскрытие почти полное, видны края маточного зева; родовой опухоли нет. Влагалище высушено сухими марлевыми тампонами, обработано спиртом.

На кожу головки (в центре маточного зева) наложено две пары плотных двузубцовых щипцов, между которыми произведен разрез скальпелем до кости в направлении спереди назад. Пальцем, введенным в инцизионное отверстие, кожа отслоена на небольшом участке. К обнаженному сагиттальному шву подведен вертикально перфоратор Бло. Сверлящими движениями произведено перфорационное отверстие, которое затем расширено расходящимися лезвиями. Тупой кюреткой удалено мозговое вещество; так как плод был мертв, мы не добивались разрушения продолговатого мозга. Внутренняя ложка (сплошная) введена в перфорационное отверстие под контролем зрения своей выпуклой стороной влево. Наружная ложка введена левой рукой под контролем пальцев правой руки с таким расчетом, чтобы она легла на лицевые кости. Ложки перфоратора сомкнуты и закреплены винтом. После 1—2 пробных тракций мы убедились, что ложки лежат хорошо. Последующими тракциями, направление которых совпадало с проводной линией родового канала, головка была выведена наружу, после чего ложки сняты и плод без особых затруднений выведен ручным способом. Извлечен плод женского пола, вес 3600 г без мозга, длина плода 50 см. Через 30 минут родился послед, целый, оболочки все. Матка хорошо сократилась, кровянистые выделения в умеренном количестве.

При помощи влагалищных зеркал осмотрена шейка и слизистая влагалища; повреждений не обнаружено. Роженица переведена под наблюдение акушерки в родовой зал. В послеродовое отделение переведена через 4 часа. Послеродовой период протекал при субфебрильной температуре в течение первых 5 дней.

Родильница выписана домой на 12-й день.

Недостаточно четкая работа женской консультации в описанном наблюдении явилась основной причиной, повлекшей гибель плода в родах. Беременная с узким тазом должна своевременно госпитализироваться (за 1—2 недели до родов).

Эпикриз

А-ва, первородящая, поступила с преждевременным отхождением вод. Клиническим обследованием установлен общеравномерносуженный таз и явления эндометрита, первичная слабость родовой деятельности. Наблюдения за динамикой родовой деятельности показали, что анатомически узкий таз оказался вместе с тем и функционально узким тазом. Клинические явления эндометрита нарастали. Появились симптомы внутриутробной асфиксии плода. Плод погиб. Роды закончены краннотомией.

После оперативного родоразрешения родильница выписана на 12-й день в удовлетворительном состоянии.

Общеравномерносуженный таз. Отягощенный акушерский анамнез. Кесарево сечение

М-ва, 39 лет, поступила в акушерскую клинику 15/II 1955 г. в 6 часов 30 минут с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. Условия труда и быта удовлетворительные. Мать умерла, когда М-вой исполнилось 2 года. Росла с маечхой, в семье было 6 детей, выполняла обязанности няни. В детстве болела корью, паротитом, малярией. В школьные годы перенесла сыпной тиф, 10 лет тому назад — заболевание печени (желтухи не было).

Менструальная функция. Менструации с 18 лет, установились сразу, через месяц, по 3 дня, умеренные, безболезненные. После замужества и родов тип менструаций не изменился. Последняя менструация с 14 по 16/V 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 28 лет, либидо и оргазм выражены нормально. Последнее половое сношение 1½ месяца назад. Периодически лечилась от трихомонадного кольпита.

Генеративная функция. Первая беременность в 1944 г. наступила вскоре после замужества, закончилась рождением доношенного плода в домашних условиях (на селе). Роды были трудными, длились долго (около 2 суток), ребенок среднего веса (не взвешивали), в настоящее время жив.

Вторая беременность в 1951 г. закончилась родами, которые, по словам роженицы, длились около 3 суток; ребенок родился в асфиксии, оживлен. Вес ребенка 2800 г, в настоящее время жив. После родов не болела. Третья беременность закончилась криминальным абортom (без выскабливания), четвертая — криминальным абортom с последующим выскабливанием. С целью прерывания беременности вводила в полость матки какие-то растворы. Лежала в больнице 12 суток, была высокая температура, озноб и резкие боли внизу живота. Пятая беременность — настоящая.

Течение настоящей беременности. В первой половине беременности — тошнота и рвота. Первое шевеление плода почувствовала 30/IX 1954 г. Во время второй половины беременности жаловалась на боли в пояснице, было «тяжело ходить». Женскую консультацию посетила 10 раз, первое посещение — на IV месяце беременности.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Вес 55,2 кг, рост 150 см.

Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет.

Температура 36,4°. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Артериальное давление 110/70 мм. Кровь: Hb 12,5 г% (75 единиц). Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Окружность живота на уровне пупка 95 см, высота стояния дна матки над лоном 37 см. Форма живота отвислая. Размеры таза 21, 25, 28, 18 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Позиция первая. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ритмичное, ясное, слева ниже пупка. Воды не отходили. Предполагаемый вес плода 3000—3500 г. Длина овоида плода 25 см (рис. 76).

Родовая деятельность при поступлении слабо выражена. Схватки, по словам женщины, появились за полчаса до поступления в клинику, через 15—20 минут, слабые. Отмечает боли в области поясницы.

Дополнительные измерения таза показали, что боковая конъюгата равна 15,5 см, индекс Соловьева — 14,5 см, окружность таза 83 см, высота таза 12,5 см, высота лона 5 см. Размеры крестцового ромба: продольный — 9,5 см и поперечный — 8,5 см.

При помощи тазомера измерен прямой (лобно-затылочный) размер головки, который оказался равным 12,5—13 см (!).

15/II, 8 часов 30 минут. Произведено влагалищное исследование в целях определения: 1) диагональной, а тем самым и истинной конъюгаты; 2) степени подготовленности родовых путей. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края умеренной толщины. Раскрытие зева на 1—1½ поперечных пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка над входом в таз. Все опознавательные пункты таза доступны для исследования. Мыс достигается, диагональная конъюгата — 11 см (истинная конъюгата — 9 см). Крестцовая впадина свободна, экзостозов в тазу нет.

Какой же диагноз? Как следует вести роды?

На основании проведенного обследования мы вправе поставить следующий диагноз: доношенная беременность. Первый период родов. Продольное положение плода. Головное предлежание. Общеравномерносуженный таз (I степень сужения). Отягощенный акушерский анамнез.

В диагнозе мы фиксируем внимание вокруг отягощенного акушерского анамнеза. Двое срочных родов, и в обоих случаях роды были затяжными (рожала по 2—3 суток). Длительные роды в прошлом — это характерные признаки узкого таза. Степень несоответствия между

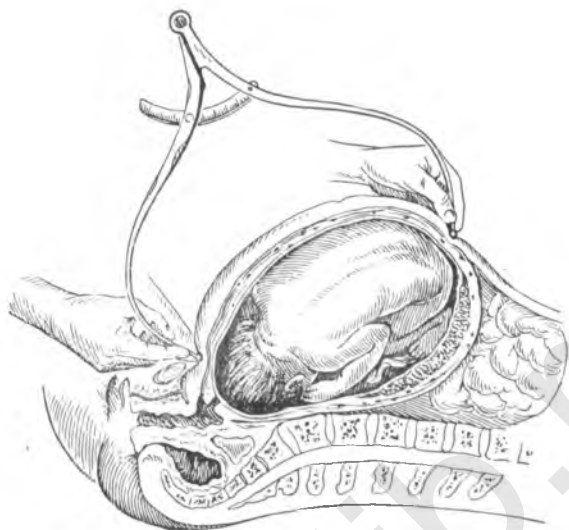


Рис. 76. Измерение длины овоида плода через брюшную стенку.

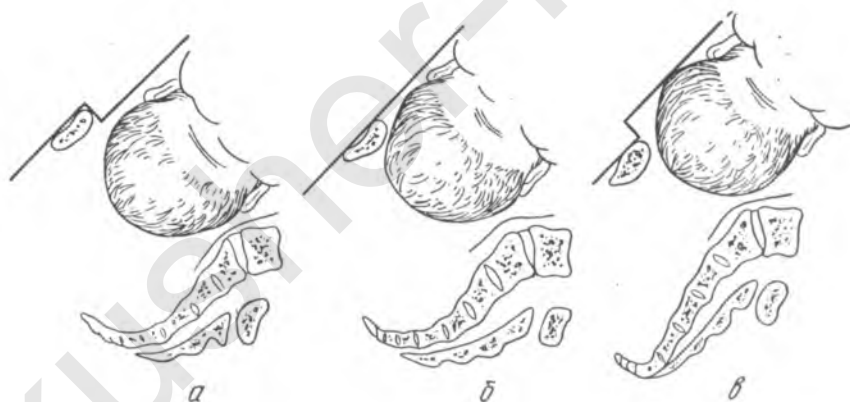


Рис. 77. Признак Вастена-Генкеля.

а — головка не выступает над симфизом. Несоответствия между головкой и тазом нет (признак Вастена-Генкеля отрицательный); *б* — симфиз и головка «вровень»; *в* — головка выделяется над симфизом (признак Вастена-Генкеля положительный). Резкое несоответствие между размерами головки и тазом.

размерами рождавшейся головки и таза, надо полагать, была тогда относительной, так как в конечном итоге роды заканчивались самопроизвольным рождением живых доношенных детей.

Наличие отвислого живота при настоящей беременности является лишним признаком, который в ряде случаев наблюдается у повторно-беременных женщин при узком тазе.

Второй отягощающий фактор — это два криминальных аборта, которые имели место уже после родов. С целью прерывания беременности женщина вводила в полость матки какие-то растворы. После

второго аборта были высокая температура, озноб и резкие боли внизу живота, в связи с чем М-ва находилась в больнице около 2 недель.

Не исключена возможность, что бывшие криминальные абортывы значительно снизили полноценность маточной мускулатуры у нашей роженицы, и при настоящих родах матка может оказаться не в состоянии преодолеть хотя бы и незначительное несоответствие между размерами головки и таза.

Степень несоответствия между размерами рождающейся головки и таза остается пока неясной, так как родовая деятельность слабо выражена, головка остается подвижной над входом в таз, плодный пузырь сохраняется. Поэтому ни признак Вастена-Генкеля (рис. 77), ни признак Цангеймейстера в данный момент пока не могут быть нами использованы.

Ввиду неясности ряда вопросов мы можем сформулировать предварительно следующую акушерскую концепцию: роды вести выжидательно; следить за развитием родовой деятельности, отхождением околоплодных вод и характером вставления головки. В связи с наличием отягощенного акушерского анамнеза тщательно следить за выявлением признаков несоответствия между размерами головки и таза; помнить, в частности, о возможности разрыва матки.

Мы предлагаем акушеру всегда быть крайне настороженным во всех тех случаях, когда речь идет об отягощенном акушерском анамнезе. В частности, это касается наличия в анамнезе абортов, протекавших с осложнением. Аспирант нашей клиники З. А. Сараули установила, что роды у этой категории рожениц протекают большей

Таблица 12

| Течение родов и послеродового периода | У 390 рожениц с осложненными абортами в анамнезе | У 150 беременных без отягощенного анамнеза |
|---|--|--|
| | в % | |
| Несвоевременное отхождение вод | 22 | 14,6 |
| Слабость родовой деятельности (первичная и вторичная) | 17,7 | 4 |
| Преждевременные роды | 8 | 1,3 |
| Эндометриит в родах | 3 | — |
| Угрожающий разрыв матки | 0,5 | — |
| Разрыв матки в родах | 0,5 | — |
| Предлежание плаценты | 2,5 | — |
| Оперативные роды: | 9,7 | 0,6 |
| кесарево сечение | 3,8 | — |
| наложение шипцов | 1,7 | 0,6 |
| поворот | 1,9 | — |
| перфорация головки | 0,5 | — |
| наложение кожно-головных шипцов | 0,8 | — |
| извлечение за тазовый конец | 1 | — |
| экстирпация матки | 0,27 | — |
| надвлагалищная ампутация матки | 0,27 | — |
| Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде | 21,3 | 0,6 |
| Ручное отделение последа | 14 | 0,6 |
| Ручное обследование | 26,4 | 0,6 |
| Мертворождения | 4,6 | 0,65 |
| Лихорадочное состояние в послеродовом периоде | 16,5 | 9,9 |

частью с осложнениями. Приводимые в табл. 12 данные являются иллюстрацией к сказанному.

15/II, 10 часов 50 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/70 мм, жалоб роженица не высказывает. Положение плода продольное, предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Схватки через 8—10—12 минут, по 20 секунд, средней силы. Воды не отходили. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Поведение роженицы спокойное.

13 часов 30 минут. Поведение роженицы спокойное. Состояние вполне удовлетворительное. Пульс 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Схватки через 6—7 минут, по 30—35 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. В интервалах между схватками головка отодвигается. Сердцебиение плода ритмичное, 136 ударов в минуту, ясное. Воды не отходили.

Подведем некоторые итоги наших наблюдений за родовой деятельностью.

С момента поступления роженицы в клинику прошло 7 часов 20 минут. Если считать время появления первых схваток (за полчаса до поступления) началом родовой деятельности, то и тогда продолжительность родов (точнее, первого периода родов) равняется примерно 8 часам. Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное. Состояние плода также удовлетворительное. У нас нет никаких оснований для тревоги. Плодный пузырь цел. Родовая деятельность средней силы. Мы имеем все основания полагать, что в данный период происходит раскрытие шейки матки.

Будем наблюдать.

15/II, 16 часов. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Схватки средней силы, через 5 минут, по 30—35 секунд. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили. Роженица во время схваток пытается тужиться.

Последнее влагалищное исследование произведено 7 часов 30 минут назад. Решено исследовать повторно.

16 часов 10 минут. Влагалищное исследование произведено для выяснения акушерской ситуации в связи с непроизвольными потугами роженицы при головке, находящейся над входом в малый таз.

Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сглажена, края ее не определяются, раскрытие наружного зева полное. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток и заполняет собой влагалище. Предлежит головка над входом в малый таз.

Учитывая то обстоятельство, что плодный пузырь выполнил свою функцию и что он может самопроизвольно вскрыться и повлечь за собой выпадение пуповины и мелких частей плода (поскольку головка стоит над входом в малый таз), решено произвести инструментальное вскрытие плодного пузыря.

16 часов 15 минут. Произведено инструментальное вскрытие плодного пузыря. Медленно выпущены чистые воды в количестве 500 мл. Головка плода прижалась ко входу в таз, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз. Малый родничок определяется слева.

Диагноз: срочные роды. Конец первого периода. Головное предлежание. Общеравномерносуженный таз (I степень сужения). Отягощенный акушерский анамнез.

Что нового показало повторное влагалищное исследование? Как следует вести роды? Можно ли теперь уверенно говорить о прогнозе родов?

1. Влагалищным исследованием установлено: а) наличие полного раскрытия маточного зева; б) отсутствие пузыря; в) прижатие головки плода ко входу в малый таз. Роды вести выжидательно. Прогноз, по-видимому, благоприятный, роды произойдут самостоятельно.

2. Влагалищное исследование действительно внесло много нового (завершилось полное раскрытие маточного зева, прошли воды, головка прижата ко входу в таз). Однако говорить о благоприятном прогнозе преждевременно. Головка родовыми схватками только фиксирована ко входу в малый таз. Трудно предугадать характер родовых схваток после отхождения вод, степень конфигурабельности головки и характер ее вставления в малый таз. Только наблюдение в течение 2 часов после отхождения вод может внести ясность в отношении степени несоответствия между головкой и тазом. Надо наблюдать, показаний к ускоренному родоразрешению пока нет.

3. Влагалищное исследование показало, что, несмотря на полное раскрытие маточного зева, головка не проявляет тенденции к конфигурации. Надо полагать, что несоответствие между размерами головки и таза резко выражено. Непроизвольные потуги при стоянии головки над входом в таз должны рассматриваться как тревожный, нежелательный фактор. Имеются показания и условия для оперативного родоразрешения путем кесарева сечения.

На поставленные вопросы имеется, таким образом, три достаточно разноречивых ответа. Какой же тактики мы будем придерживаться?

Первое высказывание мы отклоняем, в нем много неоправданного (необоснованного) оптимизма. Прежде чем говорить о благоприятном прогнозе (о самопроизвольных родах), необходимо ответить на ряд недоуменных вопросов, которые не нашли своего отображения в данной концепции.

В этом отношении второе высказывание является более обоснованным. Оно правильно ориентирует акушера в отношении тактики ведения родов при узком тазе. Известно, что нередко анатомически суженный таз (I степень сужения) оказывается функционально полноценным в родах. Но в ряде случаев анатомически суженный таз может оказаться вместе с тем и функционально узким тазом во время родов.

К сожалению, достоверная функциональная оценка суженного таза может быть дана только по окончании родов. Подобного рода, хотя и правдивая, но «запоздалая» функциональная оценка узкого таза не имеет практического значения. Поэтому акушер должен стремиться доступными приемами дать хотя бы приближенную, ориентировочную функциональную характеристику узкого таза во время родов с таким расчетом, чтобы иметь возможность своевременно оказать необходимую правильную акушерскую помощь роженице и плоду.

В каком же периоде родов акушер имеет возможность судить о полноценности или неполноценности узкого таза?

Таким решающим моментом для оценки узкого таза в родах является конец первого периода родов, т. е. тот период, когда головка при полном раскрытии наружного маточного зева начинает опускаться в малый таз, когда происходит конфигурация (приспособление) головки к суженным размерам входа в малый таз.

Какие факторы родового акта определяют полноценную конфигурацию головки при узком тазе?

Такими факторами являются:

- 1) легкая степень несоответствия между размерами головки и таза (резкая степень несоответствия исключает самопроизвольное родоразрешение живым плодом);
- 2) отсутствие плодного пузыря (отошедшие воды);
- 3) хорошо выраженная полноценная родовая деятельность при полном раскрытии маточного зева;
- 4) достаточная смещаемость костей черепа, швов, что обеспечивает нормальную конфигурируемость головки плода.

У нашей роженицы плодный пузырь разорван (воды отошли), родовые схватки хорошо выражены, раскрытие зева полное. Остаются неясными способность головки к конфигурации и степень несоответствия между размерами головки и таза.

Это и предстоит нам решить путем дальнейших наблюдений.

Что касается третьего предложения, которое рекомендует приступить к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения, то мы считаем подобное решение пока преждевременным. Акушер имеет право приступить к операции кесарева сечения при узком тазе только при наличии строгих показаний со стороны матери или плода и только в том случае, если исключается возможность самопроизвольного родоразрешения живым плодом.

Состояние нашей роженицы и плода продолжает оставаться вполне удовлетворительным. Вместе с тем остается нерешенным вопрос о степени несоответствия между головкой рождающегося плода и тазом. Таким образом, в данный момент не существует строгих (абсолютных) показаний к оперативному родоразрешению. Как показывает опыт, выжидательный метод ведения родов при узком тазе с учетом всех факторов (мы имеем в виду разумный консерватизм, а не ультраконсервативный метод ведения родов) «дает лучшие окончательные результаты и для матери и для плода, чем даже самое искусное оперативное родоразрешение» (из резолюции по проблеме узкого таза, принятой на IX Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в 1935 г.).

18 часов. Схватки средней силы, через 5—6 минут, по 30—35 секунд. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Околоплодные воды подтекают в умеренном количестве, чистые. Признак Вастена-Генкеля слабо положительный. Признак Цангемейстера также слабо положительный (наружная конъюгата — 18 см, размер Цангемейстера — 19 см). Роженица во время схваток пытается тужиться. Нижний сегмент матки как во время схваток, так и между ними безболезненный.

19 часов. Состояние без перемен. Поступательного движения головки не отмечается. Признаки Вастена-Генкеля и Цангемейстера слабо положительные. Подтекают чистые воды. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки носят временами потужной характер. Нижний сегмент безболезненный при пальпации.

Некоторые акушеры рекомендуют применять с prognostической целью прием Гофмейера-Мюллера, который состоит в попытке протолкнуть головку плода в таз следующими приемами. Акушер, стоящий сбоку роженицы, размещает свои руки на головке плода таким образом, что один кулак находится на подбородке, а другой — на затылке. Энергичным давлением на головку врач стремится втолкнуть головку в малый таз (рис. 78). Другой акушер в это время фиксирует введенный во влагалище указательный палец правой руки на головке плода и тем самым контролирует возможное поступательное движение головки.

Прием Гофмейера-Мюллера мы отвергаем, так как его применение далеко не безопасно и для плода (травма головки), и для роженицы (травма мышц нижнего сегмента матки).

В чем будет заключаться дальнейшая тактика ведения родов?

Одно несомненно — это установленное нами несоответствие между размерами рождающейся головки и тазом. Имеются основания говорить, по-видимому, о значительном несоответствии, так как заметного поступательного движения головки наружными приемами обследования установить не удастся.

19 часов 45 минут. Произведено влагалищное исследование (третье по счету) для уточнения волнующего нас вопроса о степени конфигурации и характере вставления головки плода. Шейка матки сглажена, раскрытие полное; плодного пузыря нет. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в таз. Малый родничок определяется в центре, большой — не достигается. Стреловидный шов расположен несколько асинклитически, ближе к мысу. Головка занимает верхний край лона и частично — терминальные линии. Мыс достигается согнутым пальцем. На головке имеется небольшая головная опухоль.

Диагноз: второй период родов при узком тазе (период конфигурации). Затылочное предлежание. Общеравномерно суженный таз. Отягощенный акушерский анамнез.

Акушерская концепция. Влагалищное исследование в данном случае вносит некоторую ясность в отношении намечающейся конфигурации головки. Не исключена возможность, что при дальнейшей конфигурации головки препятствие со стороны входа в малый таз, будет преодолено. В состоянии роженицы и плода перемен в худшую сторону не произошло.



Рис. 78. Прием Гофмейера (вдавливание головки).

Катетером спущено 150 мл мочи, несколько концентрированной, без примеси крови. Резиновый катетер прошел с большим трудом.

20 часов 30 минут. Артериальное давление 120/80 мм. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, дыхание 24 в минуту. Поведение роженицы стало беспокойным. Жалобы на боли внизу живота. Непроизвольная потужная деятельность продолжается. Головка по-прежнему малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода без изменений. Подтекают чистые воды. Нижний сегмент во время схваток и между ними болезненный. Появилось ретракционное кольцо на уровне пупка, расположено косо (слева выше, чем справа). Круглые связки напряжены. Схватки средней силы через 3—4 минуты, по 40—50 секунд. Признак Вастена-Генкеля положительный. Из влагалища появились скудные сукровичные выделения.

С момента последнего влагалищного исследования прошло только 45 минут, но как много появилось различных патологических симптомов! Такого рода клинические симптомы, как: 1) длительное стояние головки в одной и той же плоскости (при хорошей родовой деятельности, полном раскрытии, отсутствии вод), 2) болезненность нижнего сегмента матки (во время родовых схваток и особенно вне схваток), 3) появление ретракционного кольца, 4) напряжение круглых связок, 5) положительный признак Вастена-Генкеля и, наконец, 6) появление сукровичных выделений (хотя бы и в незначительном количестве) — все это тревожные симптомы не только угрожающего, но и начинающегося разрыва матки.

Дальнейшее консервативное ведение родов является необоснованным. Анатомически узкий таз в данном случае оказался функционально неполноценным в родах. Роженице разъяснена необходимость родоразрешения путем кесарева сечения.

15/II, 21 час. Операция кесарева сечения.

Показания: 1) симптомы угрожающего разрыва матки, 2) анатомически и функционально узкий таз.

Обезболивание: ингаляционный эфирно-кислородный наркоз.



Рис. 79. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Поперечный разрез брюшины вдоль маточно-пузырной складки.

Описание операции. После соответствующей подготовки операционного поля брюшная стенка вскрыта послойно по средней линии. Матка отделена от брюшной полости салфетками. Вскрыта *plica vesico uterina* и добавочными разрезами ножниц вправо и влево дугообразно рассечена брюшина (рис. 79). Пузырь смещен несколько книзу. Верхний край брюшины слегка отсепарован кверху. Скальпелем произведен продольный разрез в нижнем сегменте матки на протяжении 10—12 см (рис. 80). В ране оказалась головка, за которую извлечен живой плод женского пола. В области малого родничка значительная родовая травма. После наложения клемм на пуповину она перерезана. Послед удален потягиванием за пуповину, полость матки контрольно обследована рукой. В стенку матки введен 1 мл питуитрина. Разрез в нижнем сегменте зашит двойным этажом узловатых кетгутowych швов (рис. 81). Перитонизация места разрыва при помощи брюшины, на которую наложен непрерывный кетгутовой шов.

Брюшная стенка восстановлена послойно. На кожу наложены узловатые шелковые швы.

Состояние роженицы тотчас после операции удовлетворительное. Пульс 64 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/80 мм. Матка плотная, высота стояния дна матки над лоном 15 см. Лохии кровянистые, умеренные. Катетером спущено 200 мл прозрачной мочи.

Общая кровопотеря во время операции в пределах 350 мл. Вес плода 4100 г, длина 52 см, окружность головки 38 см.

16/II, 1 час 15 минут. Родильница в удовлетворительном состоянии переведена из родильного зала в послеоперационную палату.

6 часов. Дежурный врач был вызван в палату к родильнице по поводу появившихся кровянистых выделений в умеренном количестве. Родильница ночью спала с перерывами; общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 115/90 мм. Видимые слизистые и кожные покровы несколько бледноваты. Живот мягкий, чувствительный при пальпации. Дно матки на уровне пупка, матка слегка отклонена вправо. Подстилка промокла от крови. После взвешивания подстилки кровопотеря определена в 100 мл. При осторожном массаже матки выделилось еще 200 мл жидкой темной крови без сгустков. Под кожу введено 1 мл питуитрина и 2 мл эрготина.

Матка хорошо сократилась, плотная, высота дна матки над лоном 15 см. Мочилась самостоятельно. Жалобы на боли в области операционного шва. Учитывая кровопотерю во время родов в количестве 350 мл и дополнительно (в 6 часов утра) — 300 мл (всего 650 мл), произведено переливание 500 мл крови и 75 мл плазмы.

Реакции на переливание крови и плазмы не было. В дальнейшем состояние родильницы было удовлетворительным. Заживление первичным натяжением. Выписана домой на 17-й день в удовлетворительном состоянии с ребенком под наблюдение женской консультации.

Эпикриз

М-ва, повторнородящая с общеравномерносуженным тазом, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Отягощенный акушерский анамнез. Динамическое наблюдение за родами уста-

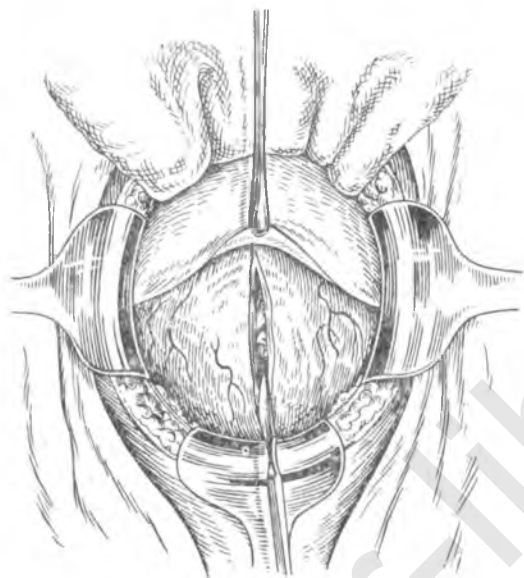


Рис. 80. Кесарево сечение в нижнем сегменте. Продольный разрез стенки матки.

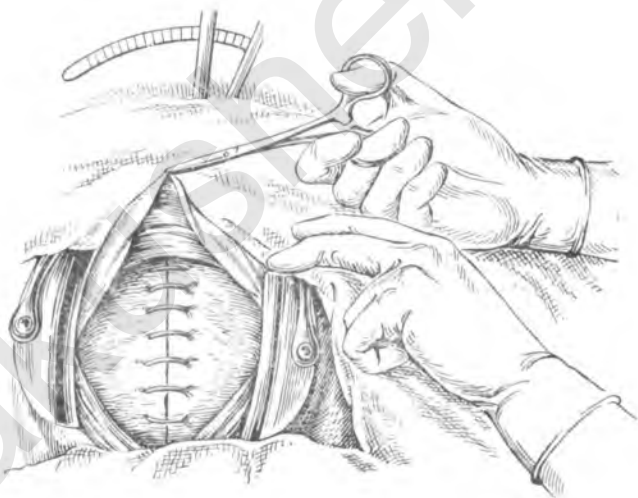


Рис. 81. Кесарево сечение в нижнем сегменте. На края разреза маточной стенки наложены узловатые швы.

новило, что анатомически узкий таз оказался вместе с тем и функционально узким. При появлении симптомов угрожающего разрыва матки под эфирно-кислородным наркозом произведена операция кесарева сечения. Крупный плод был своевременно распознан. Родильница выписана с ребенком на 17-й день после оперативного родоразрешения.

Общеравномерносуженный таз. Раннее отхождение вод. Затяжные роды. Наложение акушерских щипцов

Б-р, 25 лет, поступила в акушерскую клинику 12/1 1956 г. в 20 часов заблаговременно до родов в связи с наличием узкого таза.

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной и часто ангиной, в 1943 г. — малярией. Наследственность не отягощена. Условия труда и быта удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 3—5 дней, через 28 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Последняя менструация с 5 по 8/IV 1955 г.

Половая функция. Замужем с 24 лет. Муж здоров. Последнее половое сношение 1½ месяца назад. Гинекологических заболеваний не было.

Течение настоящей беременности. Беременность первая; протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила 8 раз; первое посещение — на 12-й неделе беременности. В консультации прошла полный курс психопрофилактической подготовки к родам.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб не высказывает. Вес 54 кг, рост 148 см. Телосложение правильное, подкожножировая клетчатка развита удовлетворительно. Отеков нет.

Органы кровообращения. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. Пульс 72 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 125/90 мм.

Органы дыхания. Патологических отклонений нет.

Органы пищеварения. Диспепсических явлений не отмечается. Стул регулярный. Язык влажный, чистый. Печень не пальпируется.

Мочевые органы. Мочиспускание безболезненно, но несколько учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении без осадка.

Акушерское обследование. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки над лоном 32 см. Матка овоидной формы, не напряжена. Положение плода продольное, головка стоит над входом в малый таз, подвижная, позиция первая. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Воды не отходили. Родовой деятельности нет. Размеры таза 23; 26; 19; 17,5 см.

12/1, 20 часов 20 минут. Произведено влагалищное исследование для определения размера истинной конъюгаты. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сохранена, наружный зев закрыт. Подтекания вод не отмечается. Через передний свод определяется головка, подвижная над входом в малый таз. Все опознавательные пункты в тазу доступны исследованию. Мыс легко достигается: диагональная конъюгата — 11 см, истинная — 9—9,5 см. Крестцовая впадина свободна. Экзостозов в тазу нет.

Мы произвели дополнительное обследование некоторых показателей таза и, таким образом, имеем отчетливое представление о размерах, форме и степени сужения таза. Все данные, характеризующие состояние таза, суммированы в табл. 13.

Какой диагноз? Как вести роды?

1. Доношенная беременность. Общеравномерносуженный таз (I степень сужения). Самопроизвольные роды возможны. Тактика ведения родов выжидательная. Прогноз хороший.

2. Доношенная беременность у первородящей. Общеравномерносуженный таз (I степень сужения). Функциональная оценка суженного таза определится только в динамике родов.

Второй вариант предварительного диагноза и прогноза более осторожен и потому заслуживает внимания. Действительно, в момент поступления беременной в акушерский стационар без родовой деятельности не представляется возможным высказаться определенно в отношении прогноза. Анатомическая характеристика узкого таза, хотя бы и построенная на тщательном и всестороннем обследовании, не всегда дает основание уверенно высказаться о функциональной полноценности данного таза в родах. Сопоставляя размеры, форму и степень сужения таза у нашей роженицы с нормальным тазом, мы только убеждаемся, что данный таз тонкокостный (индекс Соловьева — 13,5 см), равномерно сужен, I степень сужения, т. е. такая, при которой самопроизвольные роды обычно возможны. Однако, несмотря на

Т а б л и ц а 13

Анатомическая характеристика узкого таза (размеры, форма, степень сужения)

| Анатомическая характеристика таза | У беременной Б-р | Нормальный таз |
|--|------------------|-----------------|
| <i>Distantia spinarum</i> | 23 см | 25—26 см |
| » <i>cristarum</i> | 26 » | 28—29 » |
| » <i>trochanterica</i> | 29 » | 30—31 » |
| <i>Conjugata externa</i> | 17,5 » | 20—21 » |
| » <i>diagonalis</i> | 11 » | 13 » |
| » <i>vera</i> | 9—9,5 » | 11 » |
| » <i>lateralis</i> | 14 » | 15 » |
| Поперечный размер выхода таза | 9,5 » | 11 » |
| Прямой » » » | 8,5 » | 9,5—11 » |
| Угол наклона таза | — | 45—55° |
| Окружность » | 76 см | 85—89 см |
| Высота » | — | — |
| » симфиза | 4 см | 5—6 см |
| Подлонный (лонный) угол | Прямой | Прямой |
| Стояние промотория (мыса) | — | Высокое |
| Крестцовая впадина | Хорошо выражена | Хорошо выражена |
| Экзостозы в тазу | Нет | Нет |
| Высота скелета (рост) | 148 см | Выше 145 см |
| Деформация позвоночника (кифоз, сколиоз, лордоз) | Нет | Нет |
| Деформация и изменения крестца | » | » |
| Заястный показатель (индекс Соловьева) | 13,5 см | 14—15 см |
| Крестцовый ромб (ромб Михаэлиса): | | |
| размер вертикальной диагонали (длинник ромба) | 9,5 » | 11 » |
| размер поперечной диагонали (поперечник ромба) | 7,5—8 » | 11 » |

ряд благоприятных факторов, исход родов при данном суженном тазе зависит от многих обстоятельств и прежде всего от: 1) размеров плода, 2) соответствия между размерами головки и таза, 3) способности головки к конфигурации, 4) характера вставления головки, 5) силы родовых схваток, 6) психосоматического состояния роженицы.

Окончательная, хотя бы и ориентировочная, функциональная оценка суженного таза в родах может быть дана, как известно, только в динамике родового процесса, нередко лишь с наступлением второго периода родов.

При узких тазах нередко наблюдаются: 1) неправильная форма живота (так называемый остроконечный или отвислый живот), 2) неправильные положения плода (косые, поперечные — в 10 раз чаще, чем при нормальных тазах), 3) патологические асинклитические вставления, 4) разгибательные предлежания головки (переднеголовное, лобное, лицевое), 5) преждевременное отхождение околоплодных вод.

Естественно, напрашивается вопрос, не отразилось ли наличие узкого таза на развитии беременности у нашей роженицы? Обследование показало, что осложнений во время беременности не было, форма живота правильная, положение плода продольное, плодный пузырь цел. Иными словами, суженный таз не оказал заметного неблагоприятного влияния на течение беременности.

К сожалению, не исключена возможность возникновения тех или иных осложнений с наступлением родовой деятельности (несвоевре-

менное отхождение вод, выпадение пуповины, разгибательный тип вставления головки, первичная слабость родовых сил и т. п.). Акушер должен поэтому разработать план ведения предстоящих родов, должен дать необходимые указания как беременной, так и обслуживающему персоналу в отношении режима в предродовом периоде.

Мы записали в историю родов следующий план ведения. Впредь до наступления родовой деятельности наблюдение вести в отделении для беременных. С появлением регулярных родовых схваток или отхождением околоплодных вод роженицу перевести в родовой зал. Роды вести консервативно-выжидательно. После отхождения вод произвести влагалищное исследование, тщательно наблюдать за сердцебиением плода. После фиксации головки во входе в малый таз произвести обследование роженицы с целью установления соответствия между тазом и плодом (использовать признаки Вастена-Генкеля и Цангмейстера). При наличии соответствия между размерами головки и таза роды предоставить естественному течению.

В случае ослабления родовой деятельности начать стимуляцию ее. В случае неправильного вставления головки или в случае неподвижения головки в течение 2—3 часов при полном раскрытии, отошедших водах и полноценных родовых схватках роды закончить операцией кесарева сечения.

В случае неподвижения головки в течение 2—3 часов при стоянии последней в полости таза роды закончить при наличии живого плода операцией наложения акушерских щипцов и при наличии мертвого плода — плодоразрушающей операцией.

В течение 13, 14 и 15/1 родовой деятельности не было. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб не высказывает. Положение плода продольное, сердцебиение 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Воды не отходили.

16/1 1956 г. 4 часа. Регулярные схватки появились с 2 часов, но слабые, через 10—12 минут, по 20 секунд. Головка во время схваток прижимается ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Подстилка сухая. Поведение роженицы спокойное. Мочиспускание нормальное. Стул — после клизмы.

6 часов 30 минут. Артериальное давление 130/90 мм. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Общее состояние роженицы удовлетворительное, поведение спокойное. Появились схватки умеренной силы, через 7—8 минут, по 30 секунд. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Воды не отходили.

11 часов 30 минут. отошли светлые воды в умеренном количестве. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода после отхождения вод не изменилось. Схватки через 8—9 минут, средней силы, по 30—35 секунд. Поведение роженицы спокойное.

11 часов 40 минут. Влагалищное исследование (второе) произведено для определения степени подготовленности родовых путей и возможности выпадения пуповины. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сглажена, края толстые, раскрытие около двух поперечных пальцев. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в малый таз, легко отодвигается. Сагиттальный шов в правом косом размере входа в таз. Малый родничок слева спереди легко определяется, большой — недостижим. Все опознавательные пункты костей малого таза доступны для исследования. Воды подтекают.

Признаки Вастена-Генкеля и Цангмейстера — «вровень».

Какова акушерская ситуация? Какова тактика ведения родов?

1. Первый период родов. Раннее отхождение вод. Несоответствие между размерами головки и тазом достаточно выражено. Прогноз плохой. Показано кесарево сечение.

2. Первый период родов. Раннее отхождение вод. Момент для суждения о функциональной неполноценности данного суженного таза еще не наступил. Роды вести выжидательно. В случае ослабления родовой деятельности применить стимуляцию.

Если внимательно вникнуть в существо предлагаемых методов ведения родов при узком тазе, нельзя не заметить, что сторонники первой тактики проявляют некоторую поспешность, мы бы сказали, даже некоторую нервозность. Ведь с момента установления регулярных схваток прошло только 9 часов 40 минут, и за этот сравнительно короткий период времени произошло сглаживание шейки и раскрытие наружного зева в пределах двух поперечных пальцев. Это вполне удовлетворительная динамика родового процесса. Надо помнить, что перед нами первобеременная с общеравномерно суженным тазом. У женщины с подобным тазом может быть не только гипоплазия таза, но нередко и гипоплазия матки, в связи с чем может наблюдаться первичная слабость родовой деятельности. Иными словами, мы можем также ожидать и у нашей роженицы проявления первичной слабости родовых схваток. Пока оснований для такой тревоги у нас нет, так как в течение последних 5 часов 40 минут схватки приняли регулярный характер. Правда, они короткие по времени (по 30—35 секунд, но, по-видимому, достаточно эффективные по силе, если произошло сглаживание и раскрытие шейки хотя бы в пределах двух поперечных пальцев.

Будем наблюдать за развитием родовой деятельности, за силой родовых схваток.

У нашей роженицы произошел ранний разрыв плодного пузыря. Это крайне нежелательное осложнение в родах. Правда, несвоевременное отхождение околоплодных вод должно рассматриваться как одна из характерных особенностей родового акта при узком тазе и к подобного рода осложнениям акушер всегда должен быть готов. Как показывает опыт, несвоевременный разрыв плодного пузыря наблюдается преимущественно при плоском тазе и значительно реже — при общеравномерно суженном тазе.

Раннее отхождение околоплодных вод при плоском тазе чаще всего большими осложнениями, чем при общеравномерно суженном тазе, так как при плоском тазе обычно отходят не только передние, но и задние воды, а вместе с последними нередко выпадает и пуповина. Иная картина наблюдается при общеравномерно суженном тазе, когда головка (после отхождения передних вод) при соприкосновении со входом в таз имеет хорошо выраженный пояс соприкосновения. В нашем случае после отхождения вод головка плотно прижата ко входу в малый таз. Влагалищное исследование показало, что выпадения пуповины не произошло, сердцебиение плода продолжает быть нормальным. Таким образом, совершенно обоснованно дальнейшее консервативное ведение родов.

Вызывают некоторую тревогу слабо положительные признаки Вастена-Генкеля и Цангемейстера. Не послужило ли это обстоятельство основанием для сторонников первой концепции высказаться за оперативное родоразрешение?

Считаем долгом остановиться на клинической оценке указанных признаков. Практическая ценность признаков Цангемейстера и особенно Вастена-Генкеля неоспорима. Если эти признаки резко положительны или отрицательны, то решение вопроса о соответствии или несоответствии между размерами таза и рождающейся головки, как известно, затруднений не вызывает. Во всех же тех случаях, когда эти признаки слабо положительны, или, как принято говорить, — «в ро-

вень», окончательное решение о функциональной неполноценности таза несколько затруднено. Только тщательный учет всех факторов, определяющих полноценность родового процесса при узком тазе, дает право акушеру менять тактику ведения родов.

Мы имеем основание говорить об относительном несоответствии (признаки Вастена и Цангемейстера — «вровень»), т. е. таком несоответствии, которое может быть преодолено полноценной, хорошо выраженной родовой деятельностью и полноценной конфигурацией головки. Родовые схватки регулярные, но короткие. О конфигурабельности головки говорить преждевременно, так как раскрытие наружного зева матки еще недостаточное (для этого требуется полное или почти полное открытие), головка подвижна над входом в малый таз.

Какие же основания говорить о плохом прогнозе родов при данном суженном тазе и предлагать родоразрешение путем кесарева сечения?

Подобное решение следует признать поспешным, неоправданным. Мы склонны стоять на позициях разумного консерватизма в ведении родов при узком тазе! Только обоснованные показания могут склонить нас к оперативному родоразрешению.

Итак, мы решили вести роды пока выжидательно.

14 часов 30 минут. Самочувствие роженицы хорошее. Температура 36,7°. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 125/100 мм. Схватки стали более сильными, по 35—40 секунд, через 8—10 минут. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Подтекают чистые воды в незначительном количестве.

17 часов 50 минут. Состояние без заметных перемен. Схватки средней силы, по 35—45 секунд, через 5—6 минут. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ритмичное, ясное. Признак Вастена-Генкеля — «вровень».

Показано ли влагалищное исследование?

С момента последнего влагалищного исследования прошло 6 часов. Не подлежит сомнению, что наружными приемами далеко не всегда можно получить необходимые данные в отношении динамики родов. В этом отношении влагалищное исследование неопределимо. Мы, в частности, не возражаем против влагалищных исследований роженицы, даже если бы они и проводились многократно, особенно в случае патологических родов. Но мы всегда требуем от акушера обоснований для исследования. Беспредметные, необоснованные влагалищные исследования не должны иметь места в акушерской практике.

Показано ли влагалищное исследование в данный момент в нашем случае? Состояние роженицы и плода удовлетворительное. Родовая деятельность также удовлетворительная. Отмечается поступательное движение головки. Никаких угрожающих симптомов в отношении перерастяжения нижнего сегмента матки нет. Тактика ведения родов нами определена, и нет оснований к ее изменению. Таким образом, к влагалищному исследованию в данный момент нет показаний. Будем продолжать наблюдение за динамикой родового процесса под контролем сердцебиения плода и общего состояния роженицы.

19 часов 30 минут. Родовая деятельность хорошая. Роженица выполняет приемы обезболивания. Схватки через 4—5 минут, средней силы, по 40—45 секунд. В интервалах между схватками роженица дремлет. Приемами Леопольда удается установить, что наибольшая окружность головки (ее бипариетальный размер, большой сегмент) стоит во входе в таз. Головка неподвижна (рис. 82). Сердцебиение плода слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Появились незначительные кровянистые выделения.

19 часов 40 минут. В связи с появлением кровянистых выделений произведено влагалищное исследование (третье по счету). Шейка сглажена, края тонкие, за исключением края передней губы, где отмечается небольшой отек (ущемление). Раскрытие почти полное. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, которая занимает верхнюю треть задней поверхности лонного сочленения и поверхность I и II крестцовых позвонков. Крестцовая впадина свободна, седалищные ости прощупываются исследующим пальцем. Промонторий (мыс) недоступен исследующему пальцу. Головка неподвижна, стоит в положении резкого сгибания (флексии) (рис. 83). Стреловидный шов в правом косом размере таза, малый родничок слева, близко к проводной оси таза, большой — не достигается. В области малого родничка умеренная родовая опухоль. Сделана попытка заправить переднюю губу, что удалось без усилий.

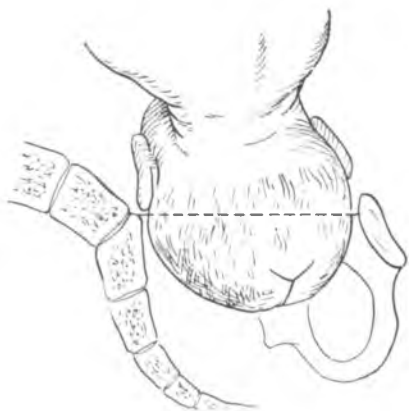


Рис. 82. Головка большим сегментом во входе в таз.



Рис. 83. Резкое сгибание головки при общеравномерносуженном тазе.

Акушерская ситуация. Стояние головки большим сегментом во входе в малый таз. Начало второго периода родов. Ущемление и отек передней губы шейки матки.

Концепция дальнейшего ведения родов. Сильное сгибание головки и вставление ее в косом размере входа в малый таз является особенностью, свойственной механизму родов при общеравномерносуженном тазе. Роды вести выжидательно.

20 часов 50 минут. Состояние роженицы и плода без перемен. Отмечается ослабление родовой деятельности, схватки по 20—25 секунд, малоэффективные, через 8—10 минут.

21 час 40 минут. Состояние без перемен. Температура 36,6°. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. По данным наружного исследования, головка в этом же положении, т. е. большим сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена отрицательный. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, слева ниже пупка, ясное, ритмичное. Схватки через 8—12 минут. Роженица жалуется на усталость.

Что нового в динамике родов? Какова дальнейшая тактика ведения родов?

1. Вторичная слабость родовой деятельности. Долгое (в течение 2 часов) стояние головки большим сегментом во входе малого таза. Прогноз для плода плохой. Показана операция наложения щипцов, несмотря на высокое стояние головки.

2. Второй период родов. Вторичная слабость родовой деятельности. Показана стимуляция родовых схваток. Роды вести консервативно.

В динамике родового акта у нашей роженицы появился новый фактор — ослабление родовой деятельности. Хотя акушер, ведущий роды при узком тазе, всегда готов к подобного рода патологии, тем не менее ослабление родовой деятельности, конечно, должно рассматриваться как нежелательное явление. В тех случаях, когда

имеет место недостаточность родовых сил, родовой акт всегда затягивается во времени и, естественно, возникает угроза для матери и плода (травма, инфекция, асфиксия).

Вот почему в обеих акушерских концепциях внимание врачей сосредоточено на вторичной слабости родовой деятельности. Однако трактовка фактической акушерской ситуации и тактика ведения родов не получили единого толкования. Так, сторонники первой концепции, говоря о вторичной слабости родовой деятельности, подчеркивают одновременно с этим и такой неблагоприятный фактор, как долгое (в течение 2 часов) стояние головки в одной плоскости таза, в данном случае — большим сегментом во входе в малый таз. Мы должны признать, что одновременное существование подобных двух отягочающих обстоятельств в значительной мере затрудняет выбор правильной тактики ведения родов.

Имеется предложение роды закончить операцией наложения щипцов. Вспомним показания к этой операции:

1) остановка поступательного движения плода в период изгнания, недостаточность родовой деятельности;

2) асфиксия плода;

3) эклампсия;

4) тяжелые заболевания роженицы (пороки сердца в стадии декомпенсации, заболевания легких, почек и др.).

Наиболее частым показанием к операции наложения щипцов при узком тазе (конечно, при наличии соответствия) служит ослабление родовой деятельности, при котором головка стоит в одной плоскости таза более 2—3 часов. Последнее показание и имеет место в нашем случае.

Всякая акушерская операция требует не только показаний, но и соответствующих условий для ее реализации.

Следующие условия дают право для наложения щипцов:

1) наличие живого плода;

2) соответствие между размерами головки и таза;

3) полное раскрытие маточного зева;

4) разорванный плодный пузырь;

5) стояние головки плода в широкой или узкой части полости или в выходе малого таза;

6) средние размеры головки (не очень большая, не очень маленькая); нормальная плотность костей черепа.

Как видно из перечня условий для наложения щипцов, не рекомендуется накладывать щипцы на высоко стоящую головку, т. е. на головку, прижатую ко входу в таз, на головку, стоящую малым или большим сегментом во входе малого таза.

Обратимся к состоянию нашей роженицы. Головка, по данным наружного и влагалищного исследований, стоит большим сегментом во входе в малый таз, т. е. налицо высокое стояние головки.

Имеется предложение, таким образом, наложить высокие щипцы.

Как быть?

Проблеме наложения высоких щипцов посвящена достаточно богатая литература, которая сегодня имеет для нас чисто исторический интерес. В настоящее время операция наложения высоких щипцов оставлена, как правило, всеми акушерами, так как является технически очень трудной и чрезвычайно травмирующей операцией (высокий процент разрывов матки, мочевого пузыря, сочленений таза, внутричерепных травм, мертворождений).

Назначение акушерских щипцов строго определенное, т. е. «щипцы должны только заменять силой влечения недостающую или отсутствующую при рождении головки изгоняющую силу» (М. С. Малиновский). Таким образом, щипцы должны быть влекущим инструментом, но не исправляющим, вращающим (ротационным), а тем более сжимающим (компрессорным) инструментом.

Во всех случаях наложения щипцов на высоко стоящую головку и последующих тракций, к сожалению, наблюдаются описанные выше отрицательные свойства щипцов, так как врач невольно применяет достаточно большую физическую силу с целью насильственного преодоления препятствия, которое встречает головка со стороны узкого тазового кольца.

Откажемся и мы от применения высоких щипцов у нашей роженицы.

Состояние роженицы и плода удовлетворительное. Поскольку наблюдается ослабление родовой деятельности, воспользуемся применением стимулирующих родовую деятельность средств в надежде, что с появлением более интенсивных родовых схваток добьемся поступательного движения головки: если головка опустится в широкую, а тем более в узкую часть полости таза, то при наличии показаний роды будут закончены операцией наложения акушерских щипцов.

На каком же методе стимуляции мы остановимся?

Постановка вопроса в такой плоскости является совершенно закономерной. Дело в том, что мы не можем применить при сложившейся акушерской ситуации такую стимуляцию, которая потребует много часов для своей реализации. Головка плода вступила большим сегментом в полость таза и в данной плоскости находится уже в течение 2 часов. Очевидно, мы должны остановиться на такой стимуляции, действие которой, во-первых, проявится возможно быстро, во-вторых, не отразится на повышении артериального давления, т. е. не нарушит гемодинамики ни организма матери, ни плода, и, в-третьих, не вызовет тетанических схваток.

Как известно, таким препаратом, который отвечал бы перечисленным требованиям, является пахикарпин. Мы назначили роженице 3% раствор пахикарпина в дозе 2,5 мл.

22 часа 15 минут. Уже через 10 минут после введения пахикарпина появились потуги средней силы, через 4—5 минут, продолжительностью 40—45 секунд. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 180/90 мм.

23 часа. Головка опустилась на дно таза. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ясное, ритмичное. Потуги через 4—5 минут, средней силы. Через брюшную стенку определяется переполненный мочевой пузырь. Катетером выпущено 200 мл насыщенной мочи.

23 часа 20 минут. Головка на дне таза. Потуги средней силы, через 3—4 минуты. Сердцебиение плода 162 удара в минуту, глухое.

Как толковать изменения со стороны сердцебиения плода?

Не будет преувеличением с нашей стороны, если учащение и потерю звучности сердцебиения плода расценим как угрожающие симптомы внутриутробной (вернее, интранатальной) асфиксии плода.

Что делать?

В данном случае может последовать только одно предложение — ускорить родоразрешение путем наложения щипцов на головку, стоящую на дне таза. Попытка вести роды и дальше консервативно будет неоправданной тактикой. Показания к оперативному родоразрешению со стороны плода бесспорны. Что касается условий для наложения щипцов, то они будут уточнены путем влагалищного исследования.

Не будем терять времени, так как имеют место угрожающие симптомы интранатальной асфиксии плода.

23 часа 25 минут. Роженица переведена в операционную.

Перед операцией произведено влагалищное исследование, которое показало, что крестцовая впадина выполнена головкой; *spina ischii* исследующим пальцем не определяются. Малый родничок под симфизом. Сагиттальный шов стоит в прямом размере выхода таза. Таким образом, головка плода находится в выходе малого таза.

23 часа 35 минут. Операция наложения выходных (типичных) щипцов.

Под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом (эфира 30 г) наложены щипцы на поперечный размер головки в поперечном размере выхода таза. Наложение ложек в замыкание щипцов трудностей не встретило. После пробных тракций начато извлечение плода щипцами. Направление тракций — на себя (книзу) до тех пор, пока подзатылочная ямка не подошла под симфиз. Сделана перинеотомия. После этого тракциями в направлении кверху (кпереди) произведено разгибание головки. Головка выведена в щипцах.

Извлечен живой мальчик в синей асфиксии. Вес 3400 г, длина 51 см, окружность головки 36 см. Ребенок оживлен через 5 минут по способу Соколова — Легенченко. Послед родился через 25 минут, детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря около 250 мл.

После рождения последа шейка матки осмотрена в зеркалах. Разрывов не обнаружено. На рану промежности наложены швы под новокаиновой анестезией.

Послеродовой период без осложнений. Заживление промежности первичным натяжением. Родильница выписана с новорожденным на 11-й день после родов.

Эпикриз

Б-р, первобеременная, направлена заблаговременно в родильный дом в связи с наличием узкого таза. Клиническое обследование установило доношенную беременность, общеравномерносуженный таз (I степень сужения). В родах отмечалось раннее отхождение вод, тяжелое течение периода изгнания и вторичная слабость родовой деятельности. В качестве стимулирующего роды средства был однократно применен пахикарпин (2,5 мл 3% раствора подкожно), который способствовал развитию эффективной родовой деятельности.

В связи с появлением симптомов начавшейся внутриутробной асфиксии плода роды были закончены операцией наложения выходных (типичных) щипцов. Извлечен живой доношенный мальчик, в асфиксии. Оживлен через 5 минут. Послеродовой период без осложнений. Родильница выписана на 11-й день после родов.

Плоскорихитический таз. Асинклитическое вставление головки. Самопроизвольные роды

Я-ая, 32 лет, поступила в родильный дом 20/II 1952 г. в 7 часов с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. Родилась недоношенным ребенком, вскармливалась искусственно (мать умерла после родов). Ходить начала поздно, когда исполнилось 2½ года. В детском возрасте перенесла скарлатину, в 20 лет — брюшной тиф.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, через 28 дней, по 3—4 дня, всегда обильные, безболезненные. Последняя менструация в конце мая 1951 г.

Половая функция. Половая жизнь с 27 лет. Брак первый. Последнее половое сношение месяц тому назад. Муж здоров.

Генеративная функция. Первая беременность на втором году замужества закончилась самопроизвольными родами живым плодом (вес 2900 г). Роды продолжались свыше суток. Ребенок умер в 2-летнем возрасте от кишечного заболевания. Вторая беременность закончилась внебольничным абортom на 11 месяце. После аборта не болела.

Течение настоящей беременности. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений. Под наблюдением консультации находилась с 6 месяцев беременности. Первого шевеления плода не помнит.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб нет. Температура тела 36,9°. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/80 мм. Рост 150 см, вес 62 кг. Голова большая. Грудная клетка несколько сужена с боков. Реберные хрящи с небольшими утолщениями. Нижние конечности укорочены, большеберцовые кости искривлены, изогнуты вперед. Подкожножировой слой развит хорошо. На коже брюшной стенки старые полосы беременности. На голених пастозность. Со стороны внутренних органов особых отклонений от нормы нет.

Акушерское обследование. Форма живота отвислая, окружность его 98 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа. В дне матки пальпируются ягодицы. Над входом в таз определяется головка, лобно-затылочный размер которой в пределах 11,5 см. Признак Вастена-Генкеля—«вровень». Сердцебиение плода слева ниже пупка, 142 удара в минуту, ясное. Воды не отходили. Размеры таза 26; 26; 31; 17,5 см. Боковая конъюгата—14 см. Индекс Соловьева—15,5 см.

Окружность таза 76 см. Лонный угол тупой. Ромб Михаэлиса значительно изменен: верхний угол тупой, поперечный ромба—10 см. Схватки сильные, через 5—6 минут, по 35—40 секунд. Родовая деятельность началась 3 часа тому назад (20/II в 4 часа).

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище широкое. Шейка почти сглажена, наружный зев пропускает 1½—2 поперечных пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Мыс заметно вдаётся в таз. Диагональная конъюгата—11 см. Экзостозов в тазу нет.

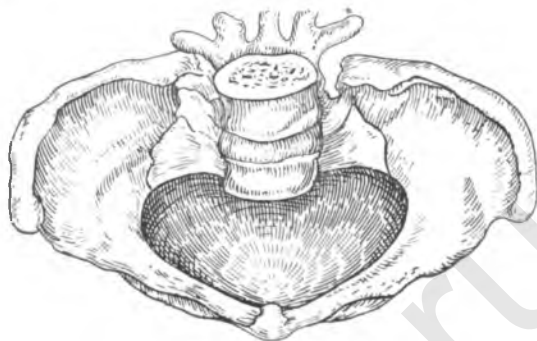


Рис. 84. Плоскоррахитический таз.



Рис. 85. Сагиттальный разрез плоскоррахитического таза.

Какой предварительный диагноз и прогноз родов?

1. Срочные роды у повторно-родящей. Первый период родов. Плоскоррахитический таз, I степень сужения. Прогноз хороший.

2. Срочные роды у повторно-родящей. Первый период родов. Таз действительно плоскоррахитический, но, по-видимому, толстокостный. Необходимо уточнить вопрос о соответствии между размерами головки и таза.

Диагностика плоскоррахитического таза у нашей роженицы не вызывает затруднений (рис. 84). Данные анамнеза и наружного осмотра достаточно

указывают на перенесенный рахит: поздно начала ходить, небольшой рост, короткие и искривленные нижние конечности, куриная грудь, рахитические четки на ребрах, отвислый живот, деформация ромба Михаэлиса (см. рис. 69). Параллельно с изменениями во всем скелете при рахите наблюдаются изменения и в костном скелете таза, которые в основном сводятся к уменьшению величины и высоты таза (он ниже нормального), значительному укорочению прямого размера входа в таз, так как мыс более резко выступает (нависает) в полость таза, чем в нормальном тазе, иногда к наличию второго («ложного») мыса. Поперечный размер

входа в таз нормальных размеров, а прямые размеры полости и выхода таза несколько больше обычных. Наблюдаются изменения и деформация крестца, который своим основанием повернут кпереди, к лону, а верхушка его смещена кзади; вогнутость крестца обычно отсутствует. Нередко наблюдаются характерные изменения со стороны копчика, который вместе с последним крестцовым позвонком загибается кпереди в виде крючка (рис. 85). Крылья подвздошных костей в плоскорахитическом тазе не имеют нормальной вогнутости, в связи с чем ступеньвается разница между размерами остей и гребней (*distantia spinarum*, *distantia cristarum*). В одних случаях разница между указанными размерами составляет всего 1 см (вместо 3 см), в других — эти размеры одинаковы, а в третьих — расстояние между остями больше, чем между гребешками.

Изменения в седалищных костях приводят к тому, что седалищные бугры значительно отклоняются кнаружи, лонная дуга становится более широкой, лонный угол вместо прямого — тупым. Характерной особенностью плоскорахитического таза является также большая степень наклона таза.

«Таким образом, плоский рахитический таз мал, низок, уплощен во входе и уширен (относительно) в полости и выходе. Периферия входа укорочена в сравнении с нормой; форма входа, удлинённая в поперечном направлении, принимает вид почки или карточного сердца; при резких степенях сужения, особенно на нескелетированных тазах, где сохраняется лонный хрящ, вход в таз имеет вид поперечно положенной восьмерки» (М. С. Малиновский).

Рахитические изменения всего скелета и таза, в частности отмеченные при обследовании нашей роженицы, оказались настолько выраженными, что диагностика плоскорахитического таза не вызвала затруднений. Однако можем ли мы на основании только пельвиметрических данных судить о функциональной полноценности узкого таза в родах? В известной мере можем, особенно если степень сужения незначительная (I степень), как это имеет место, например, у нашей роженицы. Ведь известно, что анатомически узкий таз с сужением I степени более чем в 75—80% случаев является функционально полноценным.

Тем не менее прогноз родов ставить только на основании анатомической характеристики узкого таза нельзя. Прогноз родов при узком тазе предопределяется многими факторами, среди которых функциональная характеристика таза является решающей. Поэтому правы те акушеры, которые считают целесообразным уточнить вопрос о соотношениях между размерами головки и таза. Только убедившись в полном соответствии между размерами головки и таза, можно говорить о благоприятном прогнозе.

Вопрос о степени емкости таза мы будем решать непосредственно в родах. Правда, таз нашей роженицы уже испытан: первые роды закончились самопроизвольным рождением живого доношенного плода. Есть основание полагать, что прогноз и в данном случае будет благоприятным.

Акушера, ведущего роды, волнуют, однако, два обстоятельства. Первое — это высокий индекс Соловьева (15,5 см), предупреждающий нас о наличии толстокостного скелета у роженицы, т. е. о меньшей емкости малого таза. Второе обстоятельство — размеры плода и его головки. Окружность живота, равная 98 см, и высота стояния дна матки над лоном 38 см, а также сравнительно большой лобно-затылочный размер (11,5 см) предлежащей головки позво-

ляют предположить вес плода, равный примерно 3500 г. Если первые роды продолжались, по словам роженицы, свыше суток и были тяжелыми при весе плода 2900 г, то настоящие роды более крупным плодом потребуют от акушера большей ответственности, а от роженицы большей затраты сил.

Как следует вести роды?

1. Прогноз сомнительный. Показано кесарево сечение в интересах как матери, так и плода.

2. Роды вести консервативно. Вопрос об оперативном родоразрешении поставить после того, как таз будет признан клинически (функционально) узким.

В самом деле, каковы показания к срочному оперативному родоразрешению? Роды только в начале первого периода, плодный пузырь цел, полного раскрытия нет. Речь идет только об относительном несоответствии между размерами головки и таза. Состояние роженицы и плода хорошее.

Что же касается признака Вастена «вровень», использованного в начале родов при недостаточно фиксированной головке, то он пока не является решающим.

20/II, 20 часов. В течение 3 часов интенсивная родовая деятельность. Схватки энергичные, через 5—7 минут, воды не отходили. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 142 удара в минуту, ритмичное, ясное. Головка прижата ко входу в таз. Состояние роженицы удовлетворительное, она настаивает на рождении живого плода, «но только не через живот».

21/II, 13 часов. отошли воды в большом количестве, прозрачные. Сердцебиение плода 150 ударов в минуту, ясное. Головка, по данным наружного исследования, прижата ко входу в таз. Показано влагалищное исследование для выяснения степени подготовленности родовых путей, характера вставления головки и исключения выпадения мелких частей (пуповины). Шейка сглажена, края тонкие, легко растяжимые, раскрытие на четыре поперечных пальца. Головка прижата ко входу в таз. Мыс достижим. Отмечается небольшая родовая опухоль. Стреловидный шов в поперечном размере, расположен ближе к мысу. Малый родничок слева и несколько впереди, большой — справа и несколько взади.

Как расценить подобное вставление головки?

1. Асинклитическое, переднетеменное вставление головки — одна из особенностей механизма родов при плоскорихитическом тазе. Роды вести консервативно.

2. Переднетеменное вставление. Патологический асинклитизм. Показано оперативное родоразрешение.

Механизм нормальных родов характеризуется срединным (синклитическим) вставлением головки в таз, т. е. таким, когда стреловидный шов находится на одинаковом расстоянии от лона и мыса. В тех же случаях, когда при вставлении головки в таз стреловидный шов располагается ближе к лонному сочленению или к мысу, говорят об асинклитическом вставлении. Различают передний асинклитизм (переднетеменное вставление, негелевское вставление, негелевское склонение), при котором головка вставляется передней теменной костью и стреловидный шов стоит ближе к мысу (рис. 86), и задний асинклитизм (заднетеменное вставление, литцмановское вставление, литцмановское склонение), при котором головка вставляется задней теменной костью, а стреловидный шов стоит ближе к лонному сочленению (рис. 87).

Легкая степень асинклитического вставления головки в таз встречается в начале родов и при нормальном тазе. Но это явление временное и в процессе родов быстро ликвидируется. Патологический асинклитизм наблюдается обычно при плоском тазе. Чаще встречается передний, благоприятный, асинклитизм, значительно реже — задний.

Каков же механизм образования переднетеменного вставления у нашей роженицы?

Два фактора предопределили образование переднего асинклитизма. Первый фактор — отвислый живот, при котором головка стреловидным швом всегда отклоняется кзади. Второй фактор — резко выступающий мыс, который задержал продвижение задней теменной кости и тем самым создались условия для опускания передней теменной кости.

Таким образом, переднетеменное вставление головки при плоскорахитическом тазе должно рассматриваться как одно из благоприятных условий, обеспечивающих родоразрешение через естественные родовые пути, если при этом конфигурация головки будет полноценной.

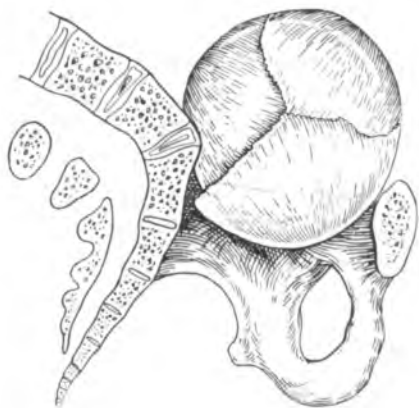


Рис. 86. Переднетеменное вставление (передний асинклитизм).

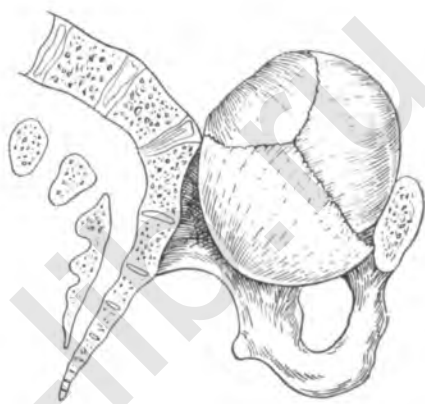


Рис. 87. Заднетеменное вставление (задний асинклитизм).

Менее благоприятным является заднетеменное вставление головки, при котором обычно роды заканчиваются оперативным путем.

14 часов 30 минут. Появилась хорошая потужная деятельность. Общее состояние роженицы удовлетворительное, жалуется только на усталость. Сердцебиение плода прослушивается слева ниже пупка, 146 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Наружными приемами головка над лоном не прощупывается.

Основное препятствие в родах при плоскорахитическом тазе — вход в полость таза — преодолено. Мы знаем, что прямые размеры полости и выхода в плоскорахитическом тазе не только не меньше, чем в нормальном тазе, но очень часто больше. Поэтому дальнейшее течение родов у нашей роженицы не вызывает тревоги.

14 часов 55 минут. При очередной потуге половая щель приоткрывается. Врезывание и прорезывание проходят быстро во времени.

15 часов 10 минут. Родился живой плод женского пола. Вес 3200 г, окружность головки 36 см, длина 50 см. Головка имеет асимметричную форму, правая теменная кость более выпуклая, чем левая. Следов вдавления на левой теменной кости не обнаружено. Послед родился самостоятельно, детское место цело, оболочки все. Общая кровопотеря 350 мл. На живот положен пузырь со льдом; массаж матки. Подкожно введено 2 мл эрготина.

Осмотр с помощью влагалищных зеркал. Шейка, влагалище и промежность целы. Через 4 часа роженица переведена в послеродовое отделение. Послеродовой период без осложнений. Родильница выписалась с новорожденной на 10-й день после родов.

Эпикриз

Я-ая, повторнородящая, поступила в родильный дом с начавшейся родовой деятельностью. При обследовании обнаружен плоскорохитический таз, I степень сужения. Роды протекали при клинической картине, характерной для плоскорохитического таза: 1) длительное высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз; 2) незначительное разгибание головки во входе; 3) передне-теменное склонение головки; 4) резкая конфигурация головки. Самопроизвольные роды живым плодом. Нормальный послеродовой период. Выписалась с новорожденной на 10-й день после родов.

Плоскорохитический таз (I степень сужения). Отягощенный акушерский анамнез. Кесарево сечение

В-ва, 28 лет, поступила в акушерскую клинику 6/1 1955 г. в 13 часов 45 минут.

Анамнез. В детстве болела корью и скарлатиной. Рахит, туберкулез отрицает. Условия быта удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 3 дня, через месяц, умеренные, болезненные в первый день появления. Последняя менструация с 1 по 4/IV 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет, брак первый, муж здоров.

Генеративная функция. Первая беременность в 1943 г. закончилась рождением мертвого плода (вес 3270 г), были наложены акушерские щипцы. Вторая беременность в 1950 г. закончилась срочными оперативными родами (кесарево сечение) живым плодом, вес 3200 г. Третья и четвертая беременности окончились искусственными абортми по медицинским показаниям; после абортов не болела. Пятая беременность закончилась операцией кесарева сечения. Плод извлечен живым (вес 4400 г).

Течение настоящей беременности. Беременность шестая, протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила 3 раза, первое посещение — на 6-й неделе беременности.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,7°. Телосложение правильное. Подкожножировой слой развит хорошо. Отеков нет. Рост 150 см, вес 65 кг.

Органы кровообращения. Артериальное давление 110/65 мм. Пульс 74 удара в минуту, правильный, хорошего наполнения. Границы сердца в норме, тоны чистые.

Органы дыхания. При перкуссии грудной клетки — ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Аппетит удовлетворительный, язык чистый, влажный, стул самостоятельный. Диспепсических явлений нет.

Мочевые органы. Мочепускание безболезненное, не учащено. Моча при кипячении прозрачная, без осадка.

Акушерское обследование. На коже живота многочисленные полосы беременности (striae gravidarum). По средней линии живота (от пупка до лобка) несколько пигментированный рубец, характеризующий первичное натяжение. Живот отвислый, окружность его на уровне пупка 103 см. Высота стояния дна матки над лоном 37 см.

При осмотре скелета отмечается небольшое укорочение нижних конечностей; бедра при вертикальном положении роженницы не смыкаются. Имеются рахитические четки на ребрах.

Ромб Михаэлиса (крестцовый ромб) значительно деформирован. Если крестцовый ромб у нормально развитой женщины приближается, как известно, к форме правильного квадрата, состоящего из двух одинаковых по величине треугольников, соединенных своими основаниями, и у такого ромба все углы прямые, длинник ромба и поперечник ромба одинаковы по размерам и равняются примерно 11 см, то у нашей роженницы боковые углы ромба острые, верхний треугольник значительно изменен по форме (уплощен, уменьшен), верхний его угол тупой. Длинник ромба равен 9,5 см, поперечник — 11 см.

Отмеченные у нашей роженницы отклонения в форме крестцового ромба свойственны рахитическому тазу.

Положение плода продольное. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Мелкие части прощупываются справа, спинка — слева. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ритмичное, ясное, слева ниже пупка. Схватки через 4—5 минут, по 20 секунд; по словам роженицы, появились 5/1 в 10 часов (т. е. около 28 часов тому назад). Воды не отходили. Размеры таза 25, 26, 30, 17 см. Боковая конъюгата — 13,5 см, индекс Соловьева — 15 см. Окружность таза 78 см, высота симфиза 5 см.

Влагалищное исследование производится для: 1) установления степени раскрытия маточного зева; 2) определения размеров истинной конъюгаты. Влагалище рожавшей женщины; шейка сглажена, края мягкие, толстоватые. Раскрытие в пределах двух поперечных пальцев. Плодный пузырь цел, натянут на головке. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Все опознавательные пункты доступны для исследования. Мыс достигается. Диагональная конъюгата — 10,5 см (истинная — 8,5—9 см). В области обоих крестцово-подвздошных сочленений пальпируются экзостозы небольших размеров. Отмечается ограниченная подвижность в крестцово-копчиковом сочленении.

Какой предварительный диагноз? Каков прогноз родов?

1. Доношенная беременность. Срочные роды у повторнородящей. Плоскорахитический таз. Отягощенный акушерский анамнез. Прогноз тяжелый. Показано кесарево сечение.

2. Срочные роды. Плоскорахитический таз. Отягощенный акушерский анамнез. Показана срочная операция кесарева сечения со стерилизацией.

Хотя и высказано два мнения, но по существу разбираемой патологии нет принципиальных расхождений. Размеры таза действительно характерны для анатомически суженного таза. Правильно определена форма сужения: это деформированный плоскорахитический таз, отличительными чертами которого являются:

1) сглаживание разницы между размерами *distantia spinarum* и *distantia cristarum* (эта разница равна 1 см, в нормальном тазе — 3 см);

2) значительное укорочение наружной кочъюгаты, т. е. значительное сужение прямого размера входа в малый таз (плоский таз);

3) деформация крестцового ромба за счет уплощения верхнего треугольника;

4) снижение высоты таза;

5) увеличенное наклонение таза.

Не менее ценны для характеристики плоскорахитического таза и анамнестические данные. Такие признаки, как: 1) некоторое укорочение нижних конечностей, 2) несмыкание бедер, 3) рахитические четки на ребрах и 4) отвислый живот, только дополняют и еще больше обосновывают наши рассуждения о рахитических изменениях в архитектонике таза нашей роженицы (рис. 88).

Какова тактика ведения родов в данном конкретном случае?

Допустимо ли ставить вопрос о самопроизвольных родах через естественные родовые пути при таком исключительно отягощенном акушерском анамнезе, как у нашей роженицы?

Мы обратились к роженице с просьбой рассказать нам более подробно о характере бывших родов. Оказывается, первые роды носили характер «пробных», длились около 2 суток и закончились наложением акушерских щипцов. Плод весил 3270 г, извлечен мертвым. Это обстоятельство, т. е. рождение мертвого плода при первых родах, побудило нашу роженицу при вторых родах настоять на оперативном родоразрешении живым плодом. По словам роженицы, и при вторых родах врачи предложили рожать самостоятельно. Роды длились больше 2 суток, но также без эффекта. В конечном итоге врачи были вынуждены пойти на родоразрешение путем кесарева сечения. Плод весом 3200 г извлечен живым.

Следует отметить, что после кесарева сечения генеративная функция у нашей роженицы с плоскорахитическим тазом продолжала оставаться полноценной. В 1951 г. было два искусственных аборта по медицинским показаниям (узкий таз!). В 1953 г. снова наступила беременность; был своевременно диагностирован крупный плод (4400 г) и роды закончились (вторично!) операцией кесарева сечения. После родов и после операций В-ва никогда не болела. Наконец, в 1955 г. наступает шестая беременность. Роженица снова ставит вопрос об обязательном родоразрешении живым плодом; ее не останавливают опасности, связанные с предстоящей третьей операцией кесарева сечения.



Рис. 88. Форма живота в конце беременности при значительных степенях сужения таза.
 а — остроконечный (у первородящей); б — отвислый (у многорожавшей).

При условиях, поставленных роженицей, мы, естественно, не можем гарантировать рождение *per vias naturales* живого доношенного плода при столь отягощенном акушерском анамнезе. И в данном случае кесарево сечение является единственной операцией, с помощью которой можно добиться рождения живого плода! Итак, показания к операции кесарева сечения имеются. Закономерно напрашивается вопрос, являются ли эти показания абсолютными показаниями к чревосечению? Рассуждая теоретически, абсолютных показаний к операции кесарева сечения мы, конечно, не имеем. Ведь кесарево сечение по абсолютным показаниям делают тогда, когда нет другой, заменяющей операции, когда извлечь плод *per vias naturales* даже в уменьшенном виде, после краниотомии или эмбриотомии, невозможно.

Абсолютными показаниями, таким образом, являются:

- 1) анатомически абсолютно узкий таз (истинная конъюгата равна 6 см и ниже);
- 2) различного рода деформированный суженный таз (например, резкие остеомалатические изменения в тазе, резкая степень поперечно-суженного таза и т. п.), размер которого не допускает родоразрешения даже небольшим плодом;

3) различного рода опухоли (доброкачественные и злокачественные), локализация которых в малом тазе приводит к абсолютному сужению таза;

4) различного рода стенозы и рубцовые изменения влагалища, не позволяющие извлечь плод даже после плодоразрушающих операций;

5) центральное предлежание плаценты (даже при мертвом плоде; операция производится в интересах матери).

Ни одного из приведенных абсолютных показаний в нашем случае нет. Но в анамнезе нашей роженицы имеются такие отягощающие факторы, как: 1) плоскорахитический таз (II степень сужения по Литцману) с экзостозами в малом тазу, 2) мертворождение при применении акушерских щипцов и 3) дважды произведенная операция кесарева сечения.

Трудно представить себе более отягощенный акушерский анамнез у молодой 28-летней роженицы, которой к тому же предстоит перенести третью операцию кесарева сечения. Тем не менее показания к кесареву сечению у нашей роженицы нельзя назвать абсолютными, они будут относительными.

Относительные показания к кесареву сечению сводятся в основном к следующим:

1) анатомически и клинически узкий таз (относительные степени сужения);

2) опухоли (доброкачественные и злокачественные), если локализация последних приводит к уменьшению емкости малого таза, если родоразрешение живым плодом исключается, а мать высказывает желание иметь ребенка;

3) преждевременная отслойка нормально расположенного детского места, сопровождающаяся общим тяжелым состоянием роженицы (симптомы внутреннего кровоизлияния, учащение и падение пульса, падение кровяного давления, анемия, шок и др.);

4) частичное предлежание плаценты, также сопровождающееся симптомами резкого ухудшения общего состояния роженицы, когда другие методы родоразрешения (в частности, влагалищные вмешательства) не гарантируют быстрой эффективной помощи;

5) предшествующие операции на женских половых органах (кесарево сечение, зашивание разрывов матки, фистулоразрешения, особенно если предстоят роды при узком тазе);

6) рак матки (после кесарева сечения показана расширенная экстирпация матки, если стадия рака операбельная);

7) тяжелое состояние роженицы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (острая сердечно-сосудистая недостаточность), не поддающееся лечению;

8) неблагоприятные вставления и предлежания головки [лобное предлежание; лицевое предлежание с подбородком, обращенным кзади; резко выраженное литцмановское (заднетеменное вставление)];

9) выпадение пуповины (при тазовом или головном предлежании);

10) эклампсия (в тех редких случаях, когда наблюдается отслойка сетчатки, кровоизлияние в мозг, длительное бессознательное состояние, не поддающееся общепринятому лечению).

Неправда ли, как много условного в понятиях «абсолютные» и «относительные» показания!

В конце первой четверти, а затем и в конце второй четверти текущего столетия целый ряд зарубежных и советских акушеров проявил тенденцию расширить показания к кесареву сечению. Стремление родоразрешать путем кесарева сечения по относительным показаниям

оправдывалось якобы желанием снизить процент мертворождаемости и материнского травматизма. Однако критический анализ накопленного опыта показывает, что повышение процента операций кесарева сечения до 2—3 не влечет за собой заметного снижения процента мертворождений. Значит ли это, что мы склонны придерживаться только абсолютных показаний к кесареву сечению? Конечно, нет. Мы, равно как и большинство советских акушеров, стоим за обоснованные, хотя бы и относительные, показания к данной операции. По этому вопросу мы рекомендуем практическим врачам детально ознакомиться с решениями (по докладу К. Н. Жмакина) 4-го Пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР (1952).

Таким образом, кесарево сечение бесспорно надо производить только в тех случаях, когда оно имеет свои строгие обоснования. Не исключена возможность, что и в нашем случае, при соответствии размеров таза и головки, хорошей конфигурабельности головки и полноценной родовой деятельности, роды могут закончиться самопроизвольно. Матка, несмотря на наличие рубцов после бывших операций, может оказаться полноценной в родах и разрыва ее стенок не последует. Мы дважды наблюдали самопроизвольные роды живым плодом после кесарева сечения (один раз после двукратного и один раз после троекратного кесарева сечения).

Но будем ли мы рисковать здоровьем и жизнью плода и роженицы, предоставив последней возможность самопроизвольных родов?

Мы учли и отягощающие факторы, и настойчивое желание роженицы иметь ребенка и решили данные роды закончить операцией кесарева сечения. Мы прекрасно осознаем, что такая операция, как кесарево сечение, является и в наши дни достаточно опасной операцией. Приведем некоторые данные, касающиеся материнской смертности в СССР и за рубежом.

Так, материнская смертность в СССР в довоенные годы, по данным Г. А. Бакшта (1934), достигала 5,8%, по Я. Н. Полонскому (1939), на 334 операции кесарева сечения — 9,2%, по Н. Пономареву (Омск), на 803 операции — 7%, по данным Е. Г. Щербины (1929), на 79 операций — 12,6%, по М. Г. Сердюкову (1927), на 116 операций — 3,45%.

Винтер (Кенягсберг, 1929—1930) по сборной немецкой статистике на 4450 операций кесарева сечения материнскую смертность отметил в 7,1%, Бэйнистер (Лондон, 1936) на 348 операций — в 6,6%, Смит (Smith J. A., Бостон, 1935) на 1556 операций — в 4,2%.

Материнская смертность после операций кесарева сечения в послевоенные годы снизилась, но все же продолжает быть высокой. Так, по сообщению К. Н. Жмакина, Я. Н. Волкова и М. М. Репиной (Москва, 1952), на 784 операции кесарева сечения материнская смертность равна 2,4%. По данным Т. М. Гуровской (Москва, 1958), на 816 операций кесарева сечения материнская смертность составила 1%. В акушерских клиниках и родильных домах Западной Украины (В. П. Вейс, 1952) материнская смертность равна 3,6% (после редукции — 2,4%) и, наконец, по данным Л. Е. Гуртового и В. Н. Сизовой (Сталинабад, 1954), — 5,3%.

Продолжает оставаться высоким и процент мертворождаемости при операциях кесарева сечения. По данным В. П. Вейса, этот процент равен 1,6. По данным К. Н. Жмакина, Я. Н. Волкова и М. М. Репиной, этот показатель доходит до 7%; сюда входят операции кесарева сечения, произведенные по самым различным показаниям. Что же касается операций кесарева сечения, произведенных по по-

воду узкого таза, то мертворождаемость в этой группе значительно ниже (1,5%).

Основными показаниями к операции кесарева сечения является анатомически и функционально узкий таз (40—45%), на втором месте — предлежание плаценты (23—26%), далее идут преждевременная отслойка плаценты (5—6%), поперечное положение плода (4—6%), слабость родовой деятельности (4—4,5%), неправильное вставление головки (3—4%), токсикозы беременности (2,3%), угрожающий разрыв матки (1,5—2%) и другие причины.

Снижение процента материнской смертности за последние годы (до 1%, по Т. М. Гуровской) достигнуто прежде всего в результате улучшения условий работы акушерских учреждений в стране. Положительным фактором следует признать широкое применение антибиотиков, переливания крови и местной анестезии. Так, по данным Т. М. Гуровской (1958), процент применения новокаиновой анестезии при кесаревом сечении возрос за последние 10 лет (в родильных домах Москвы) с 7,5 до 47.

На основании наших наблюдений мы склонны считать, что широкое внедрение в акушерскую практику местной инфльтрационной новокаиновой анестезии также способствует снижению материнской летальности. Такого же мнения придерживаются М. С. Малиновский, В. А. Покровский, К. Н. Жмакин, В. П. Михайлов, П. В. Маненков, Л. С. Персианинов, И. Т. Мильченко, П. Я. Лельчук, З. Я. Гендон и другие современные акушеры.

На протяжении последних 15—20 лет все чаще применяется ретровезикальное кесарево сечение. Так, если в 1939 г. в московских акушерских клиниках (Я. Н. Полонский, 1939) на ретровезикальное кесарево сечение приходилось 25,2%, а на корпоральное — 74,8% всех операций кесарева сечения, то, по данным К. Н. Жмакина, Я. Н. Волкова, М. М. Репиной (1952), процент операций кесарева сечения в нижнем сегменте повысился до 39,8, а процент применения корпорального метода снизился до 47,1. То же наблюдается и в акушерских клиниках и родильных домах некоторых областей Украины (В. П. Вейс, 1952), где частота классического кесарева сечения не превышает 48,8%. Отразился ли и в какой мере переход к ретровезикальной методике при кесаревом сечении на снижении процента материнской летальности, — сказать трудно. Мы, как и большинство клиницистов, предпочитаем кесарево сечение в нижнем сегменте. В то же время мы не разделяем резко отрицательного отношения к корпоральному кесареву сечению, которое может быть показано, например, при предлежании плаценты и недостаточном растяжении нижнего сегмента.

К сожалению, трудно предопределить, какая разновидность операции кесарева сечения (классическое — корпоральное или в нижнем сегменте) будет применена при операции у нашей роженицы. Решит этот вопрос осмотр матки после вскрытия брюшной полости.

Если первичная операция кесарева сечения всегда таит в себе возможную опасность для жизни и здоровья роженицы и плода, то кесарево сечение, производимое в третий раз, бесспорно таит значительно большую опасность в связи с наличием рубцов на матке, возможных сращений матки с органами брюшной полости, наличием «дремлющей» инфекции и др.

Тем не менее мы все же считаем операцию кесарева сечения в данном случае операцией выбора.

Имеют ли место необходимые условия для операции кесарева сечения у нашей роженицы?

Мы считаем, что необходимые условия имеются: 1) общее состояние роженицы вполне удовлетворительное, ее психосоматический тонус в хорошем состоянии; роженица сознательно идет на оперативное родоразрешение и верит в нашу хирургическую помощь; 2) температура тела нормальная; 3) плодный пузырь цел; 4) сердцебиение плода ритмичное, ясное. Мы убеждены в рождении живого плода, а это одно из непрременных условий для кесарева сечения при узком тазе.

Однократное влагалищное исследование роженицы нас не смущает. Еще совсем недавно на влагалищное исследование, произведенное перед операцией кесарева сечения, смотрели как на недопустимое действие, как на нарушение одного из основных условий для кесарева сечения. В наши дни ведение родов, а тем более патологических, без влагалищного исследования, т. е. вслепую, считается недопустимым. Опасность влагалищных исследований в родах значительно преувеличена, а польза беспорна. Влагалищное исследование роженицы, произведенное *lege artis* перед предстоящей операцией кесарева сечения, не должно рассматриваться как нарушение условий для данной операции.

Когда же следует оперировать: тотчас после поступления нашей роженицы в клинику, коль скоро имеются необходимые показания и условия, или следует повременить, так как нельзя полностью исключить возможность самостоятельных родов?

В этом отношении представляет интерес освещение вопроса в литературе. Я. Н. Полонский в своей монографии (1945) достаточно подробно останавливается на этом моменте. Так, по данным акушерской клиники II Московского медицинского института, лихорадочный послеоперационный период наблюдается в 18% случаев, если операция кесарева сечения по поводу узкого таза производится в первые 6 часов после начала родовой деятельности. Если же операция производится позже, то лихорадочные осложнения достигают 61%. Холленд и Иердлей (Holland, Eardly, Лондон) разработали 3374 случая кесарева сечения (сборная английская статистика) и пришли к заключению, что материнская смертность колеблется в следующих пределах: 1,6% — если операция производится до наступления родовой деятельности, 1,8% — если оперировать в первые 6 часов с момента появления родовых схваток и, наконец, процент смертности доходит до 10,7, если оперировать позже 6 часов.

К такому же выводу пришел и Гордон (Gordon). При кесаревых сечениях, произведенных до наступления родовой деятельности при узком тазе, материнская смертность равняется 3,4%; среди оперированных после 6-часового выжидания смертность доходит до 7,7%, т. е. в 2 раза выше.

По данным А. Ф. Пономарева, процент материнской смертности колеблется в пределах от 5,4, если операция произведена при целом пузыре, до 22, если операция кесарева сечения производится при отошедших водах.

Однако необходимо учесть, что приведенные выше литературные данные имеют не менее чем 25-летнюю давность. Мы являемся свидетелями значительных успехов в оперативном акушерстве, достигнутых в течение второй четверти XX века. В наши дни процент материнской смертности после кесарева сечения снизился до 1, а в некоторых родо-вспомогательных учреждениях нашей страны он исчисляется десятками долями; вместе с тем сохраняется зависимость процента материнской заболеваемости и летальности от времени оперативного вмешательства (с момента начала родовых схваток, отхождения вод и т. п.).

Наша роженица поступила с начавшейся родовой деятельностью, которая продолжается уже в течение 28 часов, что является, согласно литературным данным, в некоторой мере неблагоприятным моментом. Однако следует помнить, что родовая деятельность у В-вой протекает при сохранившемся плодном пузыре. Последнее обстоятельство должно рассматриваться как положительный фактор.

Мы уже имели возможность высказаться в отношении тактики ведения родов у нашей роженицы. Вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения решен в положительном смысле и основанием к такому решению является: 1) неоправданность выжидания: «пробные» роды уже были и закончились мертворождением; 2) наличие рубцов на матке после бывших кесаревых сечений, что таит обычно угрозу разрыва матки в родах при узком тазе.

В соответствии с окончательным решением закончить роды путем кесарева сечения мы обязаны приступить к операции, не теряя времени.

Остается нерешенным вопрос о стерилизации.

Подвергать ли нашу роженицу стерилизации при третьей операции кесарева сечения?

По вопросу о стерилизации при операциях кесарева сечения не существует единого мнения. Если одни клиницисты считают стерилизацию показанной по медицинским соображениям уже при первой операции кесарева сечения, то другие производят стерилизацию только при втором кесаревом сечении (Н. Н. Феноменов), а некоторые — при третьей операции. Наконец, иногда акушер производит стерилизацию по просьбе роженицы уже при первой операции кесарева сечения. Мы присоединяемся к мнению Г. Г. Гентера и полагаем, что женщина, перенесшая однажды кесарево сечение, вправе требовать стерилизации при второй операции и врач не должен отказывать в подобной просьбе.

Наша роженица, согласившаяся на три операции кесарева сечения, потребовала произвести стерилизацию при последней операции. Просьба роженицы была удовлетворена.

6/1, 16 часов 55 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 105/70 мм. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена-Генкеля слабо положительный. Сердцебиение плода ритмичное, 136 ударов в минуту, ясное, слева ниже пупка. Воды не отходили. Схватки средней силы через 5—6 минут, по 30—35 секунд.

18 часов. Операция кесарева сечения.

Показания: см. выше.

Обезболивание: местная инфильтрационная новокаиновая анестезия (850 мл 0.25% раствора новокаина).

Описание операции. Брюшная стенка вскрыта послойно продольным разрезом по правому краю кожного рубца. Рубец иссечен. Обнаружены рубцы между париетальной брюшиной, сальником и передней стенкой матки. После рассечения спаек обнаружено неравномерное истончение мышц матки в нижнем сегменте и по средней линии до дна включительно. Матка вскрыта срединным продольным разрезом на протяжении 15 см. В отдельных участках толщина стенки матки достигает 0,8—1 см. После вскрытия плодного пузыря был извлечен за ножку живой плод мужского пола. Вес 3750 г, окружность головки 37 см, длина 51 см. На пуповину наложены клеммы, между которыми она разрезана ножницами. Послед удален потягиванием за пуповину; полость матки контрольно обследована рукой и тупой кюреткой. В мышцу матки введено 2 мл питунтрина, под кожу — 2 мл эрготина.

Матка зашита трехэтажным швом (мышечно-мышечный, серозно-мышечный и серозно-серозный).

Стерилизация произведена путем резекции фаллопиевых труб, перевязки их и перитонизации. В брюшную полость введено 400 000 ЕД пенициллина и 10 мл стерильного вазелинового масла. Брюшная стенка восстановлена послойно. В подкожножировую клетчатку введено 300 000 ЕД пенициллина. На кожу наложены узловатые шел-

ковые швы. Длительность операции 55 минут. Послеоперационное течение без осложнений. Швы сняты на 9-й день, заживление первичным натяжением. Родильница выписана домой с живым ребенком на 12-й день после операции.

Э п и к р и з

В-ва с плоскоррахитическим тазом (II степень сужения по Литцману) перенесла первые «пробные» роды, закончившиеся операцией наложения акушерских щипцов и мертворождением. Затем было двое оперативных родов (два кесаревых сечения), закончившихся рождением живых доношенных детей. Последняя беременность также закончилась операцией истмико-корпорального кесарева сечения со стерилизацией. Выздоровление. Выписана с живым ребенком.

Плоскоррахитический таз (II степень сужения). Чрезмерное выжидание. Мертвый плод. Краниотомия

Н-ко, 34 лет, поступила в родильный дом 20/XII 1955 г. в 15 часов 45 минут. Регулярная родовая деятельность началась 20/XII с 7 часов.

Анамнез. Из детских заболеваний ничего не помнит. Родителей лишилась очень рано. С 16-летнего возраста начала работать на текстильной фабрике. Условия быта и труда в настоящее время вполне удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, по 5—6 дней, через месяц, обильные. Менструальная функция правильная, устойчивая. Последней менструации не помнит.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет. Брак второй. Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Настоящая беременность седьмая, роды четвертые. Первая беременность закончилась родами доношенным живым плодом. Роды продолжались 3 суток, родилась живая доношенная девочка (вес 2880 г). Ребенок жив. Вторые роды, через 4 года после первых, также продолжались долго (2 суток), закончились рождением живого доношенного мальчика (2800 г), который умер через год после родов. Третья, четвертая и пятая беременности были прерваны искусственными абортми. После абортов не болела. Шестая беременность 3 года тому назад закончилась родами недоношенным плодом (на IX месяце). Ребенок жив.

Течение настоящей беременности. Беременность протекала без осложнений. Под наблюдением женской консультации находилась с первых месяцев беременности. После получения родового отпуска в консультации прошла курс психопрофилактической подготовки к родам. Таз, по данным консультации, плоскоррахитический.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Роженица ниже среднего роста — 151 см, вес 56 кг, обращают на себя внимание особенности строения скелета. Голова имеет четырехугольную форму, зубы рахитические, реберные четки, грудь впалая («грудь сапожника»), пальцы рук короткие. Живот большой, несколько отвислый, пупок выпячен. Кожа живота дряблая.

Со стороны сердца, легких и органов пищеварения отклонений от нормы не обнаружено. Пульс 70 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/90 мм.

Мочевые органы. Отмечает несколько затрудненное мочеиспускание в течение последних 2 месяцев. Симптом Пастернацкого отрицательный. Последний анализ мочи произведен за неделю до поступления в родильный дом. В моче — следы белка, эритроцитов и цилиндров нет.

Акушерское обследование. Окружность живота 85 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части слева. В дне матки хорошо пальпируются ягодицы. Головка определяется над входом в таз, подвижна, баллотирует. Лобно-затылочный размер 11 см, длинник овоида плода 25 см (длина плода, по-видимому, равна 50 см). Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 ударов в минуту, ясное. Схватки через 10—15 минут, средней силы. Воды не отошли. Размеры таза 25, 26, 31, 18 см. Боковая конъюгата 14,5 см, окружность таза 74 см. Лонный угол вмещает три поперечных пальца. Запястный индекс — 15,5 см.

Ромб Михаэлиса значительно деформирован, уплощен. Надкрестцовая ямка на 2 см над уровнем горизонтали ромба.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, широкое. Шейка значительно укорочена, шеечный канал свободно пропускает указательный палец. Пальпируется подвижная над входом головка. Все точки таза доступны для ис-

следования. Мыс легко достижим, диагональная конъюгата — 10,5 см. Следовательно, истинная конъюгата предположительно равна 8,5—9 см.

Какой диагноз? Какова тактика ведения родов и прогноз их?

1. Срочные роды у повторнородящей. Таз плоскорохитический. Прогноз, по-видимому, благоприятный. Показано консервативное ведение родов.

2. Первый период срочных родов у роженицы с плоскорохитическим тазом (II степень сужения). Прогноз неясен. Функциональная полноценность таза будет установлена только в родах.

У роженицы плоскорохитический таз, о чем свидетельствуют характерные изменения во всем скелете и в тазу в частности. Правда, наружная конъюгата равна 18 см, что говорит о легкой степени сужения. Но судить о степени сужения таза на основании только укороченной наружной конъюгаты не всегда представляется возможным даже ориентировочно. Еще Б. А. Архангельский показал, что при одинаковом размере наружной конъюгаты истинная конъюгата показывает колебания в пределах 5 см. В то же время при одинаковых размерах диагональной конъюгаты колебания истинной конъюгаты находятся в пределах 1,5 см.

В этом отношении представляют интерес вычисления Е. Я. Каяловой (родильный дом имени Снегирева, Ленинград), которая установила, что при одинаковых показателях наружной конъюгаты величина диагональной конъюгаты значительно колеблется. Так, у женщин с узким тазом, у которых наружная конъюгата равнялась 18 см, диагональная конъюгата была обнаружена в пределах от 9 до 11,5 см, а у женщин с наружной конъюгатой, равной 17,5 и 17 см, диагональная конъюгата колебалась от 8 до 11,5 см.

Вот почему всякий раз следует возможно точнее устанавливать размеры диагональной конъюгаты, что позволит в свою очередь более точно, хотя все же приближенно, вычислить размеры истинной конъюгаты.

Какая же степень сужения таза у нашей роженицы?

Если придерживаться классификации узкого таза по Литцману, предусматривающей 4 степени сужения, то таз у нашей роженицы будет отнесен ко II степени сужения. По классификации А. Ф. Пальмова, это будет также II степень сужения. По классификации, предусматривающей 3 степени сужения (А. Я. Крассовский, В. С. Груздев, Н. И. Побединский, М. С. Малиновский и др.), таз нашей роженицы следует отнести к I степени сужения (на границе I и II степени).

Как далеки от математической точности акушерские исчисления! Именно поэтому анатомическое сужение в прямом размере таза не всегда может служить достаточно убедительным критерием для окончательного прогноза родов. Прав Г. Г. Гентер, когда он говорит, что «образ действия врача у постели больной не может и не должен определяться миллиметрами истинной конъюгаты, да и то исчисляемой не математически точно». Только тщательное изучение анамнеза, деформации таза, вдумчивое, непрерывное врачебное наблюдение за родовым актом, учет характера родовой деятельности, величины предлагающей части плода и степени соответствия таза и головки могут обеспечить правильную тактику ведения родов при узком тазе.

Обратимся к анамнезу нашей роженицы. Две беременности закончились самопроизвольными родами доношенными живыми детьми. Это бесспорно положительный фактор: узкий таз нашей роженицы уже испытан в родах. Правда, при родах более крупным плодом таз нашей

роженицы может оказаться функционально неполноценным. Если судить о величине плода по размерам окружности живота (85 см), высоте стояния дна матки (36 см), по длиннику овоида плода (25 см) и лобно-затылочному размеру (11 см), то вес плода будет равняться примерно 3000 г. Следует помнить, что наша роженица повторнородящая, а мы знаем, что при каждой последующей беременности вес плода часто бывает выше, чем при прежних родах.

В настоящее время мы не располагаем точными методами определения величины еще не родившегося плода. По данным А. В. Бартельса, П. П. Сидорова и др., увеличение размеров таза и размеров плода не идет параллельно, хотя А. В. Ланковиц, М. И. Лепилина и др. эту зависимость признают. Нет зависимости и между ростом матери и весом плода. В то же время зависимость между весом матери и весом плода находят Р. Лурье, Н. Белугин и др.

Заслуживают внимания предложенные Альфельдом способы наружного измерения овоида плода и прямого размера головки плода непосредственно через брюшные покровы. Длинник овоида плода равен приблизительно половине всей длины плода. Конечно, подобного рода вычисления дают только ориентировочное представление о длине плода и величине головки.

Не подлежит сомнению, что рентгенодиагностика является наиболее точным методом определения соотношения размеров головки и таза. Но метод Б. А. Архангельского (рентгеностереопельвиметрия) доступен только немногим клиническим учреждениям. Значительно проще рентгенологическое измерение таза и головки с помощью масштабной металлической линейки (П. А. Белошапко и С. Я. Шахмейстер), но и данный метод все же малодоступен практическому акушеру.

20/XII, 19 часов 30 минут. Схватки средней силы через 10—12 минут. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Признак Вастена-Генкеля — «вровень». Общее состояние удовлетворительное. Роженица самостоятельно выделила 200 мл прозрачной мочи. С целью возможно дольше сохранить плодный пузырь соблюдается постельный режим, роженица больше лежит на левом боку, т. е. на том боку, где расположен большой родничок, который будет опускаться первым.

21/XII, 2 часа. Состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения. Температура 36,8°. Родовые схватки не ослабевают, стали несколько чаще, через 8—10 минут. Воды не отходили. Сердечные тоны справа ниже пупка. Нас несколько усищает признак Вастена «вровень». Будем внимательно наблюдать за динамикой родов.

4 часа. Прошли в большом количестве светлые воды. Сердцебиение плода, по-прежнему, ритмичное, 142 удара в минуту. Головка малым сегментом во входе в таз. Нижний сегмент матки безболезненный. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения. Температура 37°. Артериальное давление 115/85 мм. После отхождения вод в обязательном порядке показано влагалищное исследование независимо от того, когда было произведено предыдущее. Шейка сглажена, края толстые, раскрытие около трех поперечных пальцев. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в таз, на равном расстоянии от мыса и симфиза. Пальпируются оба родничка, большой — слева, малый — справа, на одном уровне. Кости черепа неплотные.

Что же показало влагалищное исследование? Какова акушерская ситуация?

Ценность влагалищного исследования, проводимого периодически в процессе родов, чрезвычайно велика. Только в этих условиях врач ведет роды сознательно и располагает возможностью своевременной, в интересах роженицы и плода, изменить одну тактику ведения родов на другую. Исследование в нашем случае позволило сравнительно точно ориентироваться в создавшейся акушерской ситуации.

Во-первых, исследование показало, что воды прошли при далеко не полном раскрытии зева, при головке, прижатой ко входу в плоский таз. Отхождение околоплодных вод в родах при раскрытии на три поперечных пальца, при нормальном тазе и соответствии между размерами головки и таза не вызвало бы у акушера большой тревоги. Как известно, в этом случае головка повсюду интимно прилегала бы к стенкам таза (пояс соприкосновения) (рис. 89). Иное дело при плоском тазе, когда головка находит точки соприкосновения преимущественно у мыса и лонного сочленения. В последнем случае создаются условия для полного, беспрепятственного отхождения вод, а вместе с ними — и возможного выпадения петель пуповины или мелких частей плода. У нашей роженицы имеет место только отхождение вод.

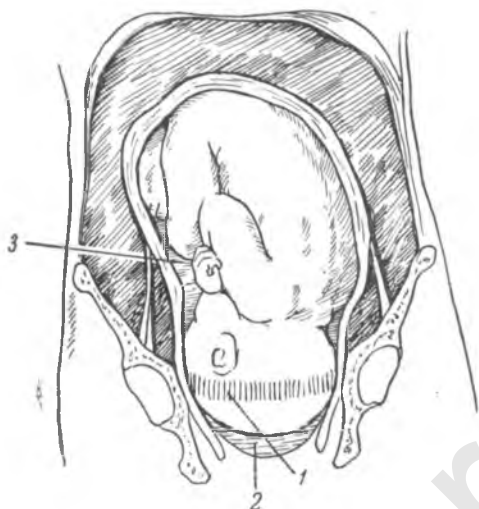


Рис. 89. Пояс соприкосновения — контакт головки с раскрывающейся шейкой.
1 — пояс соприкосновения; 2 — передние воды;
3 — задние воды.

Несвоевременное отхождение вод при узком тазе нередко осложняется длительным безводным промежуток со всеми вытекающими отсюда последствиями для роженицы и плода (большой процент мертворождаемости, материнской и детской заболеваемости). Вот почему раннее отхождение вод у нашей роженицы мы рассматриваем как отягощающий фактор.

Влагалищное исследование показало, что головка вставляется пока синклитически и находится в данный момент в состоянии легкого разгибания (роднички на одном уровне!).

Иными словами, механизм родов у нашей роженицы на данном этапе протекает со всеми отличительными особенностями, свойственными родам при плоском тазе, а именно: 1) имеет место вставление головки сагиттальным швом в поперечном размере входа в таз; 2) длительное высокое стояние головки; 3) незначительное разгибание головки во входе в таз, т. е. опускание большого родничка, а не малого.

Наконец, наблюдение за динамикой родов показывает, что родовые схватки хорошо выражены, родовая деятельность интенсивная, ровная. Следует отметить, что ослабление родовой деятельности при плоском тазе, в частности при плоскорихитическом, встречается значительно реже, чем, например, при общеравномерносуженном тазе.

Единственным отягощающим фактором, как мы уже отметили, является раннее отхождение вод, которое обязывает акушера тщательно следить за возможными осложнениями.

В беседе с роженицей выяснилось, что и при первых родах было также несвоевременное отхождение вод. Врачи предложили тогда операцию кесарева сечения, от которой роженица отказалась. Кстати сказать, роженица и сейчас категорически протестует против родоразрешения путем чревосечения.

21/XII, 7 часов 20 минут. Родовая деятельность по-прежнему выражена хорошо. Нижний сегмент матки безболезненный. Наблюдение за сердцебиением плода все

время ведется регулярно (через 8—10 минут). Сердечные тоны плода ясные, 138 ударов в минуту. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Признак Вастена-Генкеля — «вровень». Самостоятельное мочеиспускание затруднено. Катетером спущено 250 мл несколько насыщенной мочи. Пульс 80 ударов в минуту. Артериальное давление 125/90 мм. Поставлена очистительная клизма.

8 часов 50 минут. Сердцебиение плода стало замедленным, 110 ударов в минуту, аритмичное, глухое. Родовые схватки прежней силы. По данным наружного исследования, головка малым сегментом во входе в таз. Роженица отмечает очень слабые движения плода, тревожится за его судьбу. Воды подтекают в небольшом количестве с примесью мекония.

Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие почти полное. Стреловидный шов слегка в левом косом размере ближе к поперечному, стоит ближе к мысу (передний асинклизм). На передней теменной кости умеренная опухоль.

В целях профилактики внутриутробной асфиксии плода были назначены кислород, кардиазол, глюкоза. Роженица поставлена в известность об опасности, грозящей плоду. От предложенной операции кесарева сечения категорически отказалась.

Какова дальнейшая тактика ведения родов?

1. Симптомы угрожающей внутриутробной асфиксии плода. Показана срочная операция кесарева сечения.

2. Поскольку роженица отказывается от кесарева сечения, роды следует закончить при помощи наложения акушерских щипцов.

3. Щипцы на высоко стоящую головку при узком тазе (II степень сужения) абсолютно противопоказаны. При хорошей родовой деятельности, полноценной конфигурации головки и повторной профилактике асфиксии возможно рождение живого плода.

Роженица не дала согласия на кесарево сечение. От операции акушерских щипцов мы отказались: высокие щипцы ведут к тяжелой родовой травме матери и плода. Решено роды вести консервативно, оперативное родоразрешение по показаниям в зависимости от условий.

9 часов 25 минут. Состояние плода продолжает ухудшаться. Сердцебиение замедлилось до 80—86 ударов в минуту. Движений плода роженица не ощущает. Повторно введены глюкоза и кордиамин; ингаляция кислорода. Состояние роженицы удовлетворительное.

Каким быстрым темпом нарастают клинические симптомы внутриутробной асфиксии плода! Указание на нарушение плацентарного кровообращения было отмечено впервые в 8 часов 50 минут, когда сердцебиение плода установилось вне схваток в пределах 110 ударов в минуту, а через 35 минут сердцебиение плода катастрофически снизилось до 80 ударов в минуту. Профилактические мероприятия эффекта не дали.

9 часов 40 минут. Сердцебиение плода не прослушивается, движений не ощущается. Родовая деятельность прежней силы.

Дальнейшее консервативное ведение родов не показано. Наиболее щадящим методом родоразрешения, несомненно, будет плодоразрушающая операция — краниотомия. Необходимые условия для выполнения краниотомии имеются (полное раскрытие зева, неподвижное состояние головки во входе в таз, мертвый плод, отсутствие абсолютного сужения таза, удовлетворительное состояние роженицы).

10 часов. Роженица доставлена в операционную, помещена на гинекологическое кресло. Выпущена катетером моча (150 мл). Под эфирно-кислородным ингаляционным наркозом после соответствующей подготовки рук акушера и операционного поля во влагалище введены широкие зеркала. Под контролем зрения подлежащая передняя теменная кость перфорирована перфоратором Бло. Содержимое черепа удалено тупой ложкой и краниокластом, наложенным на лицевые кости, извлечен плод мужского пола (вес плода без мозга 3200 г, длина 51 см). Послед родился через 35 минут. Детское место целое, оболочки все. Шейка осмотрена в зеркалах — целая. Матка хорошо сократилась.

Послеродовой период без осложнений. Выписана домой на 10-й день после родов.

Н-ко, повторнородящая, в анамнезе двое срочных родов живыми плодами, одни преждевременные роды и 3 искусственных аборта. Поступила в первом периоде родов. Диагностирован плоскорохитический таз, II степень сужения. Была принята консервативная тактика ведения родов. Раннее отхождение околоплодных вод (при раскрытии на три пальца). Через 4 часа 50 минут после отхождения вод появились первые угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода (урежение сердцебиения плода до 110 ударов в минуту). От предложенной операции кесарева сечения роженица отказалась. Операция наложения высоких шипцов была признана недопустимой. Угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода очень быстро сменились симптомами уже развившейся асфиксии. Профилактические и лечебные мероприятия по борьбе с асфиксией оказались неэффективными. Плод погиб. Плордоразрушающая операция (краниотомия). После-родовой период без осложнений. Выписана на 10-й день после родов.

Простой плоский таз. Самопроизвольные роды

К-ко, 26 лет, первородящая, поступила в родильный дом 12/VI 1950 г. в 9 часов с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В 9-летнем возрасте мать умерла, в связи с чем на ее долю выпала обязанность ухода за двумя малолетними сестрами, приходилось выполнять всю тяжелую домашнюю работу. В детском возрасте перенесла корь и коклюш.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, установились через год, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в первых числах сентября 1949 г.

Половая функция. Замужем с 22 лет, брак первый, муж здоров.

Генеративная функция. Первая беременность на втором году замужества закончилась самопроизвольным выкидышем на III месяце. Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений.

Общее и акушерское обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 130/95 мм. Температура 36,8°. Рост 152 см, вес 58 кг. Телосложение правильное, подкожножировой слой развит умеренно. Костный скелет не деформирован. Живот овоидной формы, остроконечный. Умеренная пигментация околососковых кружков и срединной линии живота. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Положение плода продольное, в дне матки определяются ягодичы, головка над входом в таз, подвижная. Спинка справа, мелкие части слева. Лобно-затылочный размер головки 11 см. Признак Вастена-Генкеля — «вровень». Размер овоида плода 24 см, длина плода ориентировочно 48—50 см. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 142 удара в минуту, ясное. Воды не отходили. Родовая деятельность умеренная, схватки средней силы, регулярные (через 8—10 минут), появились 2 часа тому назад. Размеры таза 26; 29; 31; 17,5 см. Роженица настаивает на рождении живого плода.

Каков предварительный диагноз?

1. Срочные роды у первородящей. Таз простой плоский. Степень сужения, по-видимому, относительная (I).
2. Срочные роды у первородящей. Для определения формы и степени сужения показано тщательное измерение таза, особенно диагональной конъюгаты.

Трудно говорить о диагнозе, хотя бы и предварительном, если акушер не располагает необходимыми данными для анатомической характеристики таза. Хотя пельвиметрия и не является решающим фактором в прогнозе родов при узком тазе, тем не менее акушер должен иметь исчерпывающее представление о тазе роженицы. Только знание анатомических особенностей таза позволяет более правильно подойти и к его функциональной оценке. Так, например, наружные размеры таза нашей роженицы дают основание говорить, что в данном

случае мы имеем дело, по-видимому, с плоским тазом нерахитической этиологии. Плоским нерахитическим тазом (простым плоским тазом) называется такой таз, в котором крестец сохраняет свою форму; он смещен кпереди, как бы придвинут к лону, вследствие чего прямые размеры всех плоскостей таза (входа, полости и выхода) умеренно укорочены. Остальные размеры (поперечные и косые) нормальны. Крылья подвздошных костей сохраняют нормальную конфигурацию и разница между *distantia spinarum* и *distantia cristarum* составляет 3 см (как при нормальном тазе). При влагалищном исследовании крестцовая впадина легко достижима, выражена хорошо, не изменена, как это имеет место в плоско-рахитическом тазе. Не наблюдается и крючкообразного загиба верхушки крестца кпереди (рис. 90). Мыс также легко достижим, и поскольку он приближен к симфизу, постольку измерение диагональной конъюгаты труда не представляет. Иногда при простом плоском тазе находят второй, так называемый ложный мыс, образование которого, по Михаэлису, объясняется задержкой окостенения межпозвоночного хряща между I и II крестцовым позвонком. Неокостеневший



Рис. 90. Простой плоский таз.

хрящ своим свободным передним краем вдаётся в полость таза. В этих случаях при вычислении диагональной конъюгаты рекомендуется ориентироваться на близлежащий мыс.

Укорочение истинной конъюгаты при простом плоском тазе редко выходит за пределы I степени сужения, и ее размер колеблется обычно в пределах 8,5—9,5 см (редко 8 см).

Характерно отметить, что женщины с простым плоским тазом обычно бывают среднего роста (реже — низкого), правильного телосложения. По их внешнему облику не представляется возможным заподозрить, что у них имеется патология со стороны таза. Только тщательная пельвиметрия позволяет определить и форму, и степень сужения таза.

Плоский нерахитический таз впервые был описан Девентером, а затем подробно изучен Михаэлисом и Литцманом.

Частота плоского девентеровского таза, по литературным данным, варьирует в больших пределах. Так, Г. Е. Рейн и В. С. Груздев, Литцман, Шредер (Schröder) и др. полагают, что эта форма узкого таза является наиболее частой. По данным родильного дома имени Снегирева (Е. Я. Каялова, Ленинград), чаще всего встречается общеравномерносуженный таз, на втором месте — простой плоский таз и на третьем — плоскоррахитический таз. По мнению Г. Г. Гентера, плоскоррахитический таз встречается значительно чаще, чем простой плоский таз.

Этиология простого плоского таза продолжает оставаться недостаточно изученной. Наиболее вероятной причиной является, по-видимому, тяжелый физический труд в детстве [Альфред, Рунге (Runge), В. С. Груздев]. Есть сторонники и другой теории, согласно которой в этиологии простого плоского таза усматривают легкую степень рахитического поражения костей [Бреусс (Breuss), Колиско (Kolisko)].

После краткой литературной справки по интересующему нас вопросу обратимся к состоянию нашей роженицы.

Она среднего роста, правильного телосложения. Мы обратили внимание на тонкие, длинные пальцы рук. «Запястный показатель» (индекс Соловьева) равен 13,5 см, в то время как у большинства женщин он равен 15 см.

Повседневный акушерский опыт учит, что при запястном показателе ниже 15 см скелет обычно тонкокостный, тазовые кости также тонкие, малый таз большой емкости. У этих женщин мускулатура брюшного пресса хорошо развита, в связи с чем потуги обычно бывают полноценными.

Боковая конъюгата таза (конъюгата Кернера) у нашей роженицы 14 см. Окружность таза 80 см (в норме 85 см). Высота симфиза около 5 см (в норме 5—6 см). Деформации позвоночника (кифоза, сколиоза, лордоза) не обнаружено.

Крестцовый ромб без изменений, несколько меньших размеров: длинник ромба 10 см, поперечник 9 см.

12/VI, 10 часов. Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, узкое. Лонный угол обычной формы — прямой. Шейка укорочена, наружный зев пропускает фалангу пальца. Пальпируется высоко стоящая, подвижная головка. Мыс легко достигим. Крестцовая впадина вогнута. Экзостозов в тазу нет. Задняя поверхность симфиза, передняя поверхность мыса, поясничных позвонков и безмятной линии обследованы пальцем. Диагональная конъюгата 11 см.

Истинная конъюгата определяется, как известно, по диагональной конъюгате путем вычета из величины последней в среднем 1,5—2 см. Как показывает опыт, вычитать надо тем больше, чем толще скелет, чем выше лонное сочленение, чем выше мыс стоит по отношению к симфизу.

У нашей роженицы скелет тонкокостный, симфиз невысок. Размер истинной конъюгаты мы поэтому будем исчислять так: $11 - 1,5 = 9,5$ см, т. е. таз I степени сужения.

Таким образом, прямой размер входа в таз укорочен. Характерной особенностью простого плоского таза, как известно, является укорочение прямых размеров во всех разделах таза.

Мы произвели измерение прямого размера выхода таза, он оказался равным 8,5 см.

Какой же диагноз и прогноз родов?

Диагноз не вызывает сомнений: срочные роды у первородящей. Простой плоский таз, I степень сужения.

Относительно прогноза родов можно иметь ряд суждений.

1. Прогноз благоприятный.

2. Прогноз, по-видимому, благоприятный. Функциональная характеристика таза будет дана только в период конфигурации головки. Показан выжидательный метод ведения родов.

По мнению большинства клиницистов, тактика ведения родов при узком тазе, в том числе и при простом плоском тазе, должна быть выжидательной. В этих случаях процент самопроизвольных родов будет всегда выше. Процент самопроизвольных родов при простом плоском тазе, по А. Ф. Пальмову, равен 72,8. Моменты, благоприятствующие самопроизвольному родоразрешению у нашей роженицы: 1) молодой возраст; 2) относительная степень сужения таза (I степень); 3) первая беременность; 4) средние размеры плода, о чем можно судить по данным наружного измерения длины овоида плода (ориентировочная длина плода 48—50 см) и лобно-затылочного размера головки (11 см); 5) скелет тонкокостный, емкость малого таза, по-видимому, достаточная, 6) в связи с предстоящим материнством психосоматический тонус у нашей роженицы хороший.

Иными словами, есть основания полагать, что при хорошей родовой деятельности и полноценной конфигурации головки легкая степень

несоответствия будет преодолена. Мы остановились, таким образом, на выжидательной тактике ведения родов.

В период раскрытия при узком тазе, особенно при плоском, нередко наблюдается одно из серьезных осложнений — раннее отхождение околоплодных вод. Отягощающим моментом является не только отхождение вод как таковое. Грозное осложнение может возникнуть в связи с выпадением пуповины или мелких частей плода. Несвоевременное отхождение околоплодных вод влечет за собой также длительность безводного промежутка, опасность восходящей инфекции, асфиксию плода и ряд других осложнений.

К сожалению, акушер не располагает эффективными профилактическими мероприятиями, которые гарантировали бы сохранение плодного пузыря до конца первого периода родов. В ряде случаев эффект достигается положением роженицы на боку. Какова профилактическая ценность кольпеприза, мы сказать не можем, так как личного опыта не имеем, а литературное освещение вопроса крайне ограниченное и противоречивое.

Поэтому мы профилактически назначили постельный режим, дали совет больше лежать на левом боку, т. е. на том боку, где расположен большой родничок. Такое положение роженицы в известной мере будет способствовать опусканию большого родничка первым, т. е. правильному вставлению головки при плоском тазе.

Вторым осложнением в первом периоде родов при узком тазе часто является слабость родовой деятельности. Первичная слабость родовых сил чаще наблюдается при общеравномерносуженном тазе и реже — при плоском тазе. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности влечет за собой удлинение продолжительности родов.

Наконец, следует помнить, что в конце периода раскрытия в ряде случаев наблюдается ущемление передней губы шейки матки между лонными костями и головкой. Ущемление шейки матки задерживает поступательные движения головки и вызывает резко болезненные схватки.

12/VI, 13 часов. Общее состояние роженицы хорошее. Пульс 76 ударов в минуту, ровный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 125/90 мм. Мочиспускание самостоятельное. Схватки средней силы, через 5—8 минут, по 40—45 секунд. Головка вне схваток подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 ударов в минуту. Воды не отходили.

16 часов 30 минут. Состояние без заметных перемен. Родовая деятельность умеренная. Воды не отходили. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения. Температура 36,8°. Артериальное давление 125/90 мм.

21 час 45 минут. Схватки средней силы, через 5—8 минут. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Нижний сегмент матки безболезненный. Воды не отходили. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Мочиспускание безболезненно, но несколько затруднено (мочи 200 мл, прозрачная).

С момента начала родовой деятельности прошло около 15 часов. Состояние роженицы и плода не вызывает тревоги. Плодный пузырь не нарушен. Вне схваток роженица принимает положение на левом боку.

24 часа. Схватки хорошей силы и продолжительности (по 40—45—50 секунд), через 5—6 минут. Головка по-прежнему прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ясное, ритмичное. Воды не проходили. Роженица жалуется на усталость, между схватками дремлет.

После первого влагалищного исследования прошло 12 часов. Мы решили произвести повторное исследование для выяснения степени подготовленности родовых путей и характера вставления головки.

Может возникнуть вопрос, показано ли влагалищное исследование в данный момент, когда состояние роженицы и плода не вызывает

тревоги. Вопрос о допустимости применения (даже многократного) влагалищного исследования во время родов разрешен положительно¹. Советские акушеры пришли к справедливому выводу, что правильное ведение родов (особенно патологических) может быть обеспечено только лишь в том случае, если акушер периодически производит влагалищные исследования. Это мероприятие позволит своевременно распознать самые разнообразные патологические состояния, которые могут возникнуть во время беременности и в родах.

13/VI, 0 часов 15 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытие зева примерно на три поперечных пальца. Край податливый при растяжении. Плодный пузырь напряжен. Головка прижата ко входу в таз. Осторожными движениями исследующего пальца представилось возможным определить стояние сагиттального шва — он в поперечном размере таза на равном расстоянии от мыса и лонного сочленения. Роднички определяются на одном уровне (большой слева, малый справа). Все опознавательные точки таза доступны для исследования.

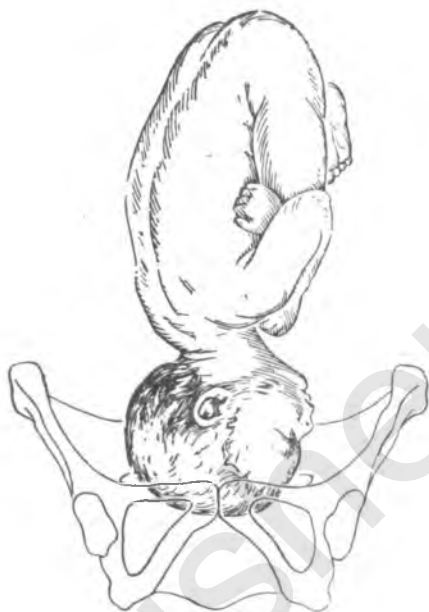


Рис. 91. Простой плоский таз. Разгибание головки при входе в малый таз.

Что же показало влагалищное исследование?

В результате исследования акушер точно ориентирован, во-первых, в отношении состояния шейки матки. Шейка полностью сглажена, края ее легко растяжимы. Надо полагать, что со стороны шейки не будет препятствий к ее раскрытию. Установлена степень раскрытия наружного зева (три поперечных пальца). До полного раскрытия еще сравнительно далеко.

Во-вторых, благодаря влагалищному исследованию акушер имеет четкое представление о механизме вставления головки. Последняя вставляется синклитически и вместе с тем находится в состоянии легкого разгибания: роднички определяются на одном уровне (рис. 91).

Продолжительное высокое стояние головки во входе в таз и ее вставление стреловидным швом в поперечном размере таза, а также легкая степень разгибания головки, выявленные

в результате влагалищного исследования, представляют собой отличительные особенности механизма родов при плоском тазе. Иными словами, роды на данном этапе протекают так, как это свойственно механизму родов при плоском тазе.

Решено и дальше придерживаться выжидательной тактики ведения родов, внимательно наблюдать за состоянием роженицы и плода.

Нередко при влагалищном исследовании нарушается целостность плодного пузыря, несмотря на чрезвычайно бережное техническое выполнение этой манипуляции. При исследовании нашей роженицы плодный пузырь не был вскрыт. Едва ли стоит говорить, что ранний разрыв плодного пузыря только усложнил бы акушерскую ситуацию.

¹ Решение 4-го Пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерств здравоохранения СССР и РСФСР от 23/IV 1952 г.

4 часа 20 минут. Пульс 82 удара в минуту. Артериальное давление 130/95 мм. Схватки частые, через 4—5 минут, сильные. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ритмичное. Головка по-прежнему прижата ко входу в таз. Признак Вастена — «вровень». Воды не отходили. Роженица утомлена. Подкожно введен 1 мл 2% раствора пантопона.

6 часов 10 минут. Прошли воды в умеренном количестве, грязные. Схватки сильные, по 50—55 секунд, через 3—5 минут. Головка фиксирована малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода без изменений, 144 удара в минуту, ритмичное, ясное. Нижний сегмент матки безболезнен.

6 часов 15 минут. Влагалищное исследование (третье). Шейка сглажена, раскрытие почти полное. Крестцовая впадина свободна, седалищные ости доступны для исследования. Мыс и верхний край задней поверхности лонного сочленения недоступны для исследующего пальца, из-за головки, стоящей большим сегментом во входе в малый таз. Плодного пузыря нет. Сагиттальный шов в поперечном размере. Головка в состоянии умеренного разгибания и вставляется асинклитически (сагиттальный шов стоит ближе к мысу).

По-видимому, несоответствие между размерами головки и таза выражено несколько больше, чем мы предполагали. Поступательное движение задней теменной кости, как показывает влагалищное исследование, задерживается выступающим мысом, в то время как передняя теменная кость, не встречая большого сопротивления со стороны лонного сочленения, вступила первой в полость таза. Происходит боковое склонение головки, сгибание ее по сагиттальной оси. У нашей роженицы наблюдается переднетеменное вставление головки (передний асинклитизм, асинклитизм Негеля).

В тех же (редких) случаях, когда в полость таза первой вступает задняя теменная кость, а передняя теменная кость задерживается у лонного сочленения, сагиттальный шов располагается ближе к лочу. Происходит заднетеменное вставление (задний асинклитизм, асинклитизм Литцмана).

Из двух разновидностей вставления головки при плоских тазах более благоприятным является переднетеменное вставление, при котором роды протекают обычно без осложнений. При заднетеменных вставлениях роды протекают тяжело и часто заканчиваются оперативным путем.

У нашей роженицы (с простым плоским тазом) вставление головки переднетеменное, благоприятное. Боковое склонение головки и представляет третью особенность механизма родов при плоском тазе.

Однако одного склонения головки, хотя бы и благоприятного, далеко не достаточно для преодоления препятствия при выраженных несоответствиях между размерами головки и таза. Решающим моментом в подобных случаях будет способность костей черепа плода к конфигурации. Требуется много времени (много часов) для того, чтобы под действием родовых схваток наступила нужная конфигурация головки. Период конфигурации — самый ответственный период родового акта при плоском тазе. Акушер при ведении таких родов должен обладать большой выдержкой, наблюдательностью и большим опытом; в нужный момент он должен изменить тактику ведения родов и оказать нужную оперативную помощь.

Мы решили и дальше придерживаться выжидательной тактики ведения родов.

9 часов 45 минут. При наружном исследовании определяется небольшая часть головки. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Появились потуги. Воды слегка подтекают. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

11 часов 25 минут. Потуги через 2—3 минуты, сильные, эффективные. Поступательные движения головки заметны на глаз. При очередной потуге задний проход выпячивается, а половая щель раскрывается. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное. Состояние роженицы удовлетворительное.

11 часов 35 минут. На высоте потуг половая щель несколько приоткрывается, показывается нижний полюс головки, которая затем вновь скрывается. Состояние врезывания быстро сменилось прорезыванием головки.

11 часов 40 минут. Родилась живая доношенная девочка. Вес 3100 г, длина 50 см, окружность головки 36 см. На левой теменной кости небольшая родовая опухоль. Через 40 минут родился послед. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря около 400 мл. Матка хорошо сократилась. Шейка осмотрена в зеркалах, разрывов нет. Послеродовой период протекал при клинических явлениях умеренной субинволюции матки, сопровождавшейся субфебрильной температурой в течение первой недели.

Выписана домой через 14 дней после родов с новорожденной в удовлетворительном состоянии.

Эпикриз

К-на поступила с начавшейся родовой деятельностью. Установлен простой плоский таз, I степень сужения. Тщательное акушерское обследование позволило прийти к заключению, что анатомически узкий таз будет в родах скорее всего функционально полноценным, в связи с чем остановились на консервативной тактике ведения родов. Акушерское наблюдение и периодически проводимые влагалищные исследования дали возможность проследить особенности механизма родов при простом плоском тазе (высокое долгое стояние головки над входом в таз и ее вставление сагиттальным швом в поперечном размере таза, легкое разгибание головки, переднетеменное вставление головки). Самопроизвольные роды живым доношенным плодом. В послеродовом периоде — субинволюция матки и субфебрильная температура. Выписалась с ребенком в удовлетворительном состоянии на 14-й день после родов.

Простой плоский таз. Кесарево сечение

Ф-ва, 30 лет, поступила в акушерскую клинику 2/XI 1954 г. в 12 часов с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. Росла здоровым ребенком. О перенесенных детских заболеваниях сведений не имеет. В студенческие годы часто болела гриппом, в 22-летнем возрасте перенесла аппендэктомию.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились через год, по 2—3 дня, через месяц, умеренные, безболезненные. Дату последней менструации не помнит.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет. С первым мужем жила 3 года, во втором браке — 5 лет.

Генеративная функция. В первом браке было две беременности, которые закончились искусственными абортами (на III и II месяце). Во втором браке — одни самопроизвольные роды доношенным живым плодом (вес 2900 г). Роды продолжались около 2 суток, были трудными. Ребенок жив.

Гинекологические заболевания. После внеблочночного аборта (криминальное вмешательство) перенесла септический эндометрит (7 лет назад).

Течение настоящей беременности. Под наблюдением женской консультации с первых месяцев беременности. По совету врача носит бандаж (отвислый живот). Беременность протекает без осложнений.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 37°. Роженица среднего роста — 156 см, вес 60 кг. Телосложение правильное. Подкожножировая клетчатка развита умеренно. На коже живота полосы беременности. Живот отвислый. Костный скелет без особенностей, однако обращают на себя внимание короткие толстые пальцы. Сердечно-сосудистая система, органы дыхания и пищеварения в пределах нормы. Пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/85 мм.

Акушерское обследование. Окружность живота 102 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное, спинка слева, у дна матки определяются ягодицы. Головка над входом в таз, подвижная. Лобно-затылочный размер около 12 см. Кости черепа плотные. Мы фиксировали головку над входом в таз ручными приемами и установили признак Вастена-Генкеля — «вровень». Длина овоида плода 25 см (примерная длина плода 50 см). Сердцебиение плода слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное. Воды не отходили. Схватки слабые, редкие, появились 3 часа тому назад (до поступления в клинику). Размеры таза 26, 29, 32, 18 см. Индекс

Соловьева — 15,5 см. Прямой размер выхода таза равен 10 см. Если вычесть 1,5 см (толщина мягких тканей), прямой размер выхода таза будет равняться 8,5 см (в норме 9,5 см).

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, широкое. Шейка размягчена, частично укорочена, наружный зев закрыт. Над входом в таз пальпируется головка, которая при отталкивании исследующим пальцем легко отходит. Мыс стоит низко, легко достижим. Крестцовая кость как бы целиком вдвинута в таз, вогнутость крестца нормальная. Диагональная конъюгата — 11 см. Размер истинной конъюгаты, таким образом, примерно 9 см. Экзостозов в тазу нет.

Какой диагноз и прогноз родов?

Диагноз: срочные роды у повторнородящей. Таз простой плоский, I степень сужения.

Относительно прогноза родов могут быть различные суждения.

1. Прогноз благоприятный.

2. О благоприятном прогнозе родов говорить преждевременно.

Функциональная полноценность простого плоского таза будет выявлена только в родах.

Действительно, распознать форму простого плоского таза у нашей роженицы не представляет трудностей. Следующие три признака, обычно определяющие анатомическую характеристику простого плоского таза, имеют место и у нашей роженицы:

1) размеры *distantia spinarum* и *distantia cristarum* являются нормальными и разница между ними сохраняется, как и в нормальном тазу, в пределах 3 см;

2) все прямые размеры таза (входа, полости и выхода) укорочены;

3) отсутствие рахитических и других деформаций в скелете.

У роженицы имеется I степень сужения таза, так как истинная конъюгата находится в пределах 9 см.

Что касается прогноза родов, то суждение по этому вопросу, основанное только на анатомической характеристике таза, будет неправильным и поспешным. Опыт показывает, что решающим фактором в прогнозе родов при узком тазе I и II степени сужения всегда является функциональная полноценность таза. Только при резко выраженном несоответствии между размерами таза и головки вопрос о самопроизвольном родоразрешении отпадает.

Степень несоответствия у нашей роженицы, по-видимому, относительная. Однако будет ли это несоответствие преодолено в родах, сказать сейчас, в начале родов, не представляется возможным.

Нас волнуют некоторые моменты, выявленные при обследовании, а именно: 1) плотность костей черепа, 2) сравнительно большой лобнозатылочный размер головки (12 см), 3) признак Вастена-Генкеля — «вровень», 4) отвислый живот (возможность патологического склонения головки!), 5) толстокостный скелет (большой индекс Соловьева), а следовательно, меньшая емкость малого таза, 6) предыдущие роды, которые продолжались около 2 суток, были трудными и закончились рождением плода ниже среднего веса (2900 г).

Конечно, все эти факторы носят ориентировочный характер и могут получить иную трактовку, когда разовьется полноценная родовая деятельность, наступит полное раскрытие маточного зева и отойдут воды. Благоприятное вставление и склонение головки и способность последней к конфигурации (уменьшению в объеме) часто предопределяют самопроизвольное родоразрешение живым плодом.

Вот почему необходимо в большинстве случаев при узком тазе I и II степени сужения предоставлять роды до поры до времени естественному течению.

Мы также решили придерживаться консервативной тактики ведения родов.

2/XI, 16 часов. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Жалоб нет. Головка плода подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода слева ниже лупка, 138 ударов в минуту, ясное. Воды не отходили. Схватки через 12—15 минут, малоэффективные. Роженица самостоятельно помочилась (выделено 200 мл прозрачной мочи).

Дальнейшее наблюдение за роженицей показало, что до 22 часов состояние ее и плода оставалось удовлетворительным. Родовая деятельность умеренная. Воды не отходили.

3/XI, 7 часов. В течение ночи состояние без заметных перемен. Между схватками роженица дремлет. Мочиспускание самостоятельное (выделено около 250 мл мочи, которая направлена для анализа). Очистительная клизма подействовала хорошо. К утру схватки стали несколько интенсивнее, через 6—10 минут. Головка по-прежнему подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Пульс 78 ударов в минуту. Температура 36,8°. Артериальное давление 125/90 мм.

9 часов 50 минут. В обильном количестве отошли воды. Сердцебиение плода после отхождения вод стало несколько реже, вне схваток 120—124 удара в минуту, ритмичное, ясное. Головка во время схваток прижимается ко входу в таз. Матка плотно облегает плод. Схватки через 8—10 минут, средней силы.

Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие зева на два поперечных пальца. Полость таза пуста, мыс легко достижим. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в таз. Сагиттальный шов в поперечном размере таза, находится на равном расстоянии от мыса и лонного сочленения. Роднички не определяются.

В связи с урежением сердцебиения плода мы профилактически назначили вдыхание кислорода (по 5 минут с интервалами в 10 минут), внутривенно 20 мл 40% раствора глюкозы и подкожно 1 мл 10% раствора кардиозола.

Какое осложнение возникло в родах?

Раннее отхождение околоплодных вод. Это серьезное осложнение родов при узком тазе особенно при плоском тазе, в котором, как известно, отсутствует пояс соприкосновения, даже в том случае, если головка фиксирована во входе в таз. Мы поспешили произвести влагалищное исследование, чтобы установить, не произошло ли вместе с изливанием вод и выпадения пуповины или мелких частей плода. В нашем случае такого осложнения не произошло. Мы уложили роженицу на правый бок (большой родничок справа), чтобы облегчить правильное вставление головки (опускание большого родничка).

Какого же характера осложнения в родах можно ожидать в связи с несвоевременным отхождением вод?

Прежде всего надо быть готовыми к затяжному периоду раскрытия, слабости родовой деятельности, проникновению в полость матки (в амниональную полость) микрофлоры влагалища, к асфиксии плода.

Заслуживает внимания указание В. Цангейстера и Л. Вилоха о частоте лихорадки и родах в зависимости от длительности безводного промежутка. Так, если безводный промежуток продолжается от 10 до 30 часов, то лихорадка в родах наблюдается в 1,4—1,7%, если же безводный промежуток длится от 30 до 60 часов, то лихорадка в родах наблюдается в 19% случаев. По данным отечественных авторов, опасность инфицирования родовых путей в связи с несвоевременным отхождением околоплодных вод повышается во много раз. Так, если при своевременном отхождении вод лихорадка в родах отмечается в 1—2%, то при несвоевременном отхождении вод — в 5—19,35% (А. И. Шейнман, Д. Д. Туберовская и др.).

Лихорадка в родах продолжает быть актуальной проблемой и в наши дни, несмотря на широкое применение сульфаниламидных препаратов и антибиотиков. На протяжении 12 лет (1945—1956) процент родов с лихорадкой колеблется в пределах от 1,33 до 2,91 (на основании анализа 50 000 историй родов нашей клиники), в то время как

25 лет тому назад лихорадка наблюдалась в 1,77—4,5% родов (Т. Н. Кураева).

Лихорадка в родах при длительном безводном промежутке может повлечь за собой слабость родовой деятельности (А. И. Петченко, С. М. Беккер и др.). По данным Т. Н. Кураевой, первичная слабость родовой деятельности при лихорадке в родах генитального происхождения отмечается в 74,6%, а при лихорадке экстрагенитальной этиологии — только в 25,4% случаев.

Процент оперативных родоразрешений при лихорадке в родах чрезвычайно высок (по С. А. Селицкому, 9,8, по С. М. Беккеру, 14, по Б. Я. Динец, 34,5, по Штеккелю, 40 и, по В. Цангемейстеру и Л. Вилоху, 50). По данным нашей акушерской клиники (1952—1956), количество оперативных вмешательств достигает 20,8%, в то время как среди рожениц, роды у которых протекают при нормальной температуре, процент оперативных родоразрешений не превышает 1,9. При лихорадке в родах генитального происхождения процент операций в 2½ раза больше, чем при лихорадке экстрагенитального происхождения (Т. Н. Кураева).

В свете изложенного мы с профилактической целью назначили нашей роженице инъекции пенициллина по 200 000 ЕД 4 раза в сутки

12 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Температура 36,9°. Пульс правильный, хорошего наполнения, 80 ударов в минуту. Артериальное давление 120/85 мм. Головка прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля — «вровень». Сердцебиение плода 126 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Схватки хорошей силы, через 5—6 минут, по 40—45 секунд. Воды подтекают в незначительном количестве (во время схваток).

13 часов 50 минут. Мочевой пузырь переполнен. Роженица не может самостоятельно помочиться. Моча выпущена катетером (несколько насыщенная). Головка стоит малым сегментом во входе в таз. Сердечные тоны плода ясные, слева ниже пупка, 120 ударов в минуту. Схватки частые, сильные, по 50—60 секунд, через 3—4 минуты. Нижний сегмент матки безболезнен. Роженица утомлена, между схватками дремлет.

С целью дать роженице хотя бы кратковременный отдых мы ввели под кожу 1 мл 1% раствора пантопона.

15 часов. Роженица отдохнула. Родовая деятельность сохраняется той же интенсивности. Головка продолжает оставаться малым сегментом во входе в таз.

17 часов. Схватки стали чаще, через 2—3 минуты, очень сильные и резко болезненные. Сердцебиение плода ясное, 122 удара в минуту. Головка малым сегментом стоит во входе в таз. Борозда от шеи — на три поперечных пальца над верхним краем симфиза.

Решено произвести влагалищное исследование. Шейка сглажена, края тонкие, легко растяжимые. Раскрытие на четыре поперечных пальца. Пальпируется небольшой отрезок резко отечной передней губы шейки, ущемленной головкой, плотно стоящей во входе в таз. Губа легко заправлена за головку. Сагиттальный шов в поперечном размере таза стоит ближе к мысу. Роднички на одном уровне, большой справа, малый слева. Кости черепа плотные.

Итак, мы отмечаем высокое, продолжительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере входа в таз. Имеет место умеренное разгибание головки и переднетеменное вставление. Все это характерные особенности механизма родов при плоском тазе. Вместе с тем в результате влагалищного исследования выявлен неблагоприятный факт — ущемление передней губы шейки. Надо полагать, что резко болезненные схватки объяснялись ущемлением губы шейки.

Какова же дальнейшая тактика ведения родов?

1. Роды вести консервативно. Механизм родов соответствует анатомическим особенностям плоского таза.

2. Прогноз неблагоприятный. Головка не способна к конфигурации: кости черепа плотные. В интересах матери и плода показана операция кесарева сечения.

Где же правильное решение столь трудной акушерской задачи? Подвергнем анализу создавшуюся акушерскую ситуацию. Безводное состояние продолжается около 7 часов. На протяжении этого времени родовые схватки были полноценными по силе и продолжительности. Головка в результате многочасового стояния над входом в таз и хорошей родовой деятельности подверглась умеренному разгибанию и переднетеменному склонению. Однако, несмотря на полноценную родовую деятельность, головка стоит только малым сегментом во входе в таз. Мы не обнаружили захождения одной теменной кости под другую, на головке нет никакой родовой опухоли.

Вместе с тем вообще состояние роженицы и плода удовлетворительное. Нижний сегмент матки умеренно перерастянут, малоблезнен.

Как же быть? Мы решили придать роженице вальхеровское (висячее) положение, которое, быть может, несколько удлинит размер истинной конъюгаты (на 0,5—1 см) и создаст более благоприятные условия для вставления головки.

17 часов 30 минут. Роженицу уложили на поперечную кровать таким образом, чтобы область копчика находилась на краю кровати, а ноги свободно свисали вниз (стр. 270). В интервалах между схватками ноги роженицы ставили на скамейки и тем облегчали отдых.

Через 25 минут пребывания в вальхеровском положении схватки сменились потугами. Однако головка продолжает оставаться малым сегментом во входе в таз. Дальнейшее пребывание в таком положении нецелесообразно.

18 часов. Роженица вновь заняла горизонтальное положение на кровати. Потуги болезненные, через 2—3 минуты. Сердцебиение плода 120—116 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Итак, вальхеровское положение не дало ожидаемого эффекта. Интенсивная родовая деятельность остается непроизводительной, несмотря на разорванный пузырь и наличие почти полного раскрытия шейки матки.

Головка не вставляется, надо полагать, вследствие выраженного несоответствия между размерами головки и таза. Следует отнестись с большой настороженностью к несвоевременному появлению потуг. Как показывает опыт, интенсивная потужная деятельность при головке, стоящей малым сегментом во входе в таз, может привести к разрыву матки в родах.

Кроме того, урежение сердцебиения плода напоминает об угрожающих симптомах внутриутробной асфиксии.

Имеются ли показания к срочному родоразрешению?

Несомненно, имеются. Показания эти абсолютные как для роженицы, так и для плода. Дальнейшее промедление недопустимо.

Каким же методом мы будем проводить родоразрешение?

Это возможно путем кесарева сечения, плодоразрушающих операций (перфорация головки и последующая краниоэкзизация), тазорасширяющих операций (симфизеотомия, пубеотомия), путем наложения акушерских щипцов.

Какая же из этих операций будет наиболее оправданной?

Одним из основных условий для наложения акушерских щипцов является стояние головки в широкой или узкой части полости таза. Наложение щипцов на высоко стоящую и подвижную над входом в таз головку, равно как и на головку, стоящую малым или большим сегментом во входе в таз, недопустимо и должно рассматриваться как врачебная ошибка.

К тазорасширяющим операциям относят симфизеотомию, при которой рассекается лобковое соединение, и пубеотомию (гестеотомию), при которой производят распил одной из горизон-

тальных ветвей лонной кости. И в том, и в другом случае достигается увеличение истинной конъюгаты на 1—1,5 см. После гебостеотомии роды заканчиваются или самопроизвольно, или путем наложения щипцов на головку, опустившуюся в полость таза. Тазорасширяющие операции являются чрезвычайно опасными, травмирующими вмешательствами, нередко сопровождающимися обильными кровотечениями и ранением мочевого пузыря и влагалища. После операции имеет место длительная инвалидность матери. Материнская смертность после этих операций высокая: от 1,8% (Додрлейн) до 4,37% (Шлефли).

Тазорасширяющие операции в нашей стране не получили широкого применения. Если в первой четверти текущего столетия к пубертотомии прибегали в некоторых крупных акушерских клиниках (Д. О. Отт, Г. Г. Гентер, Л. Л. Окинчиц) и если в период с 1936 по 1945 г. в родильном доме имени Снегирева (Ленинград), по данным Е. Я. Каяловой, пубертотомия была применена в 12 случаях, то в послевоенные годы эта операция советскими акушерами полностью оставлена.

Отказались мы и от тазорасширяющей операции у нашей роженицы.

Мы отклонили и плодоразрушающую операцию, так как краниотомия при живом жизнеспособном плоде можно производить только в тех исключительных случаях, когда по состоянию роженицы роды не могут быть закончены другими способами.

Состояние нашей роженицы удовлетворительное. Больше того, она ставит непременно условием рождение живого плода.

Итак, мы подошли к кесареву сечению как наиболее бережной из перечисленных выше операций. Условия для кесарева сечения не упущены. Согласие роженицы получено, и мы срочно перевели ее в операционную.

Операция кесарева сечения в нижнем сегменте под местной инфильтрационной анестезией. Извлечена живая девочка в состоянии синей асфиксии. Закричала через 5 минут. Вес 3900 г, окружность головки 37 см. Послед извлечен рукой. В мышцу матки введен 1 мл питуитрина. Разрез зашит двухъярусным швом. В брюшную полость введено 400 000 ЕД пенициллина. Брюшная стенка восстановлена послойно. На кожу наложены скобки Мишеля. Продолжительность операции 50 минут.

Послеоперационный период без осложнений. В течение первых 3 дней температура держалась в пределах 37,5—37,8°, в дальнейшем — нормальная. Родильница выписалась с ребенком на 12-й день.

Эпикриз

Ф-ва, 30 лет, повторнородящая, поступила с начавшейся родовой деятельностью. Обследованием установлен простой плоский таз, I степень сужения. Функциональное несоответствие между тазом и головкой плода было установлено после отхождения вод, полного раскрытия зева матки и развившейся полноценной родовой деятельности. В связи с выраженным несоответствием между размерами головки и таза, отсутствием должной в таких случаях конфигурации головки и угрожающими симптомами внутриутробной асфиксии плода роды закончены операцией кесарева сечения. Извлечена доношенная живая девочка (3900 г). Послеоперационный период без осложнений. Родильница с новорожденной выписана на 12-й день после операции.

Общесуженный плоский таз. Самопроизвольные роды

П-ва, 25 лет, поступила в акушерскую клинику 15/II 1955 г. в 9 часов 30 минут со слабой родовой деятельностью.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Условия труда и быта удовлетворительные. В детстве перенесла корь, дизентерию. В течение последних нескольких лет часто болела гриппом. Заболевания рахитом и туберкулезом отрицает.

Менструальная функция. Менструации с 18 лет, установились сразу, по 4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 1 по 4/V 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Последнее половое сношение 3 недели назад. Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Первая беременность в 1953 г. закончилась самопроизвольным выкидышем на III месяце. После выкидыша не болела. Настоящая беременность вторая.

Течение беременности. Под наблюдением женской консультации с 4 месяцев, посетила ее 7 раз. Беременность развивалась без осложнений.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,1°. Рост маленький — 142 см, вес 42 кг. Телосложение правильное, питание пониженное. Слизистые и кожа нормальной окраски. Отеков нет. Ноги короткие, несколько искривлены. Других признаков рахита не обнаружено.

Органы кровообращения. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 110/70 мм. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные.

Органы дыхания. При перкуссии — ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет.

Органы пищеварения. Язык чистый, влажный. Appetit хороший. Печень и селезенка не прощупываются.

Мочевые органы. Мочепускание учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Окружность живота 66 см, высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа. Предлежит головка над входом в таз. При фиксации головки снаружи — признак Вастена-Генкеля — «вровень». Сердцебиение плода слева ниже пупка, 130 ударов в минуту. Лобно-затылочный размер головки 10,5 см. Длина овоида плода 24 см (предполагаемая длина плода 48—50 см). Предполагаемый вес плода 3000 г. Схватки слабые, через 12—15 минут, появились 15/II в 2 часа. Размеры таза 24; 25; 30; 16,5 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, края толстые, раскрытие зева в пределах двух поперечных пальцев. Плодный пузырь цел, во время схваток умеренно напрягается. Предлежит головка, прижатая ко входу в таз. Малый родничок слева спереди, большой не достигается, стреловидный шов в правом косом размере входа в таз. Мыс достигается. Диагональная конъюгата — 10 см (размер истинной конъюгаты 8—8,5 см). В тазу экзостозов нет.

Мы произвели дополнительные измерения таза и получили следующие данные (табл. 14).

Таблица 14

| | Таз П-вой | Нормальный таз |
|--|---------------|----------------|
| | в см | |
| Боковая конъюгата | 12,5 | 15 |
| Лонно-седалищный размер | 11,5 | 12 |
| Окружность таза | 77 | 85—89 |
| Лонный угол | Слегка острый | Прямой |
| Высота лона | 4 | 5—6 |
| Поперечный размер выхода | 9,5 | 11 |
| Прямой размер выхода | 8,5 | 9,5 (11) |
| Длинник ромба Михаэлиса | 10 | 11 |
| Поперечник ромба Михаэлиса | 8 | 11 |
| Деформации и изменения крестца | Нет | Нет |

Какой предварительный диагноз?

1. Срочные роды у первородящей. Затылочное предлежание. Таз общеравномерносуженный, I степень сужения.

2. Первый период срочных родов. Затылочное предлежание. Таз плоскорихитический, II степень сужения.

3. Начало первого периода родов. Затылочное предлежание. Таз общесуженный и к тому же плоский, II степень сужения.

Три различных диагноза, по-разному трактующих форму узкого таза у нашей роженицы!

Кто же прав? Акушеру, ведущему роды, далеко не безразлично, с какой формой таза он имеет дело. Ему необходимо иметь отчетливое представление об анатомической характеристике таза роженицы. Только при этих условиях акушер легко может ориентироваться в отношении механизма предстоящих родов, наметить правильную тактику ведения родов, подготовить все необходимое для возможного оперативного родоразрешения.

С какой же формой узкого таза мы имеем дело? Данные пельвиметрии свидетельствуют об укорочении всех размеров таза. Общее сужение, таким образом, не вызывает сомнения. Но можем ли мы говорить об общем равномерном сужении таза? Обратите внимание на степень сужения каждого из размеров в отдельности, на соотношения между ними, и вы легко убедитесь, что размеры укорочены неравномерно, неодинаково, что больше других укорочен прямой размер входа в таз. Роженица маленького роста (142 см), ее таз мал (окружность 77 см), разница между *distancia spinarum* и *distancia cristarum* равна 1 см. Ноги короткие, искривлены. Менструации начались поздно (с 18 лет). У нашей роженицы таз, в котором имеются элементы общего сужения, признаки общего недоразвития и вместе с тем черты, свойственные плоскорохитическому тазу. Иными словами, у роженицы общесуженный и вместе с тем плоский таз.

Что касается степени сужения таза в данном случае, то и в этом отношении у акушеров нет единого суждения. Объясняется это тем обстоятельством, что не существует единой, всеми признанной классификации, определяющей степень сужения таза.

Не подлежит сомнению, что классификация узкого таза по степеням сужения носит сугубо условный характер и что решающим является функциональная оценка таза непосредственно в родах. Тем не менее акушеру необходимо придерживаться той или иной классификации, что позволит иметь правильное суждение, хотя бы ориентировочное, в отношении прогноза родов и тактики ведения родов.

Первая степень сужения таза любой классификации предусматривает возможность самопроизвольных родов в огромном большинстве случаев. Значительно сложнее вопрос о возможности самопроизвольного родоразрешения при II степени сужения. М. С. Малиновский считает, что при II степени сужения (трехстепенная классификация) *per vias naturales* может быть извлечен только уменьшенный в объеме плод. При четырехстепенной классификации II степень сужения допускает самопроизвольные роды, но нередко с применением родоразрешающих операций (наложение щипцов).

Последняя степень сужения (III — по Малиновскому и IV — по классификации других авторов) предусматривает абсолютное сужение таза, и единственным методом родоразрешения является в этих случаях только кесарево сечение.

Какое широкое толкование понятия «абсолютное сужение таза»! По одной классификации акушер обязан приступить к кесареву сечению при истинной конъюгате, равной 5 см (Литцман), по другой — при 6 см (М. С. Малиновский), по третьей — при 6,5 см (А. Ф. Пальмов) а по четвертой — при 7 см.

Согласно классификации М. С. Малиновского при диагональной конъюгате, равной 10 см (истинной конъюгате, равной 8—8,5 см), мы

отнесли таз роженицы к I степени сужения. Фактически же сужение стоит почти на грани между I и II степенью.

Чтобы яснее представить себе анатомические особенности общесуженного плоского таза по сравнению с другими формами узкого таза, мы приводим ориентировочные данные об основных формах узкого таза (табл. 15).

Таблица 15

Размеры таза (в сантиметрах) при различных формах сужений

| | Нормальный таз | Общеравномерно-суженный таз | Плоскорихитический таз | Простой плоский таз | Общесуженный плоский таз |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| Distantia spinarum | 25—26 | 23—24 | 26—27 | 25—26 | 23—24 |
| » cristarum | 28—29 | 26—27 | 26—27 | 28—29 | 24—25 |
| » trochanterica | 31—32 | 29—30 | 30—31 | 31—32 | 29—30 |
| Conjugata externa | 20—21 | 17—18 | 15—17 | 17—18 | 16—17 |
| » diagonalis | 13 | 11 | 10 | 11 | 9 |
| » vera | 11 | 9 | 8 | 9 | 7 |

Сравнив данные табл. 15 с размерами таза у роженицы П-вой, мы видим, что у нее общесуженный плоский таз.

Частота общесуженного плоского таза, по данным А. В. Ланковица, равна 1%, по Е. Я. Каяловой, — 3,2% (родильный дом имени Снегирева, Ленинград). Ведение родов при общесуженном плоском тазе — чрезвычайно ответственная задача. Это большое испытание для роженицы и не меньшее — для акушера. Клиническое течение родов при этой форме сужения таза обычно очень тяжелое. Самопроизвольные роды наблюдаются только в 48% случаев (А. Ф. Пальмов).

Какой тактики ведения родов придерживаться у нашей роженицы?

1. Роды вести выжидательно. При средних размерах плода, благоприятном вставлении головки и полноценной ее конфигурации роды, по видимому, закончатся самопроизвольно.

2. Прогноз серьезный. Признак Вастена-Генкеля слабо положительный. Показано кесарево сечение.

Действительно, акушерская ситуация достаточно сложная. Едва ли мы будем оспаривать и серьезность прогноза родов. Ведь при общесуженном плоском тазе каждые вторые роды заканчиваются оперативным вмешательством! Но является ли это достаточным основанием для срочного оперативного родоразрешения нашей роженицы без предварительного испытания родовой деятельности и окончательного выяснения степени несоответствия между размерами головки и таза.

Пусть вас не смущает слабо положительный признак Вастена-Генкеля («вровень»), выявленный акушером при поступлении женщины в родильный дом. Как известно, клиническую ценность для определения степени несоответствия между размерами головки и таза данный признак приобретает в том случае, если его применяют после отхождения вод, при вставившейся головке, полном раскрытии зева и хорошей родовой деятельности. Только при продолжительной родовой деятельности и повторном влагалищном исследовании представляется возможность проследить за динамикой приспособления головки ко входу в малый таз.

Применение же признака Вастена-Генкеля в начале родов, при невставившейся головке и целом плодном пузыре, имеет только относительное значение. Мы неоднократно наблюдали случаи, когда при положительном признаке Вастена-Генкеля в начале родов он становился

«вровень» после отхождения вод, а после полного раскрытия зева и полноценной родовой деятельности признак Вастена-Генкеля получал отрицательную оценку.

Дежурный акушер поступил поэтому правильно, когда он записал в историю родов следующую акушерскую концепцию: «На данном этапе роды вести консервативно».

В случае отсутствия признаков несоответствия роды предоставить естественному течению.

В случае непродвижения головки в течение 3—4 часов после полного раскрытия зева, при отхождении вод и интенсивной родовой деятельности или в случае неправильного вставления головки или других осложнений роды закончить операцией кесарева сечения».

15/II, 14 часов. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 68 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Температура 36,8°. Головка над входом в малый таз, подвижная. Сердцебиение плода слева, ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Схватки через 8—10 минут, по 20—25 секунд, слабые. Воды не отходили. Поведение роженицы спокойное.

18 часов 30 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Схватки средней силы, через 6—8 минут, по 25—30 секунд. Во время схваток головка прижимается ко входу в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

Обращает на себя внимание подвижность головки у первородящей. С момента появления первых схваток прошло 16 часов, а головка до сих пор не установилась во входе в таз. Это, конечно, сигнал, напоминающий акушеру о несоответствии между размерами головки и таза.

В чем же будет заключаться механизм родов при общесуженном плоском тазе?

Поскольку общесуженный плоский таз сочетает в себе особенности общеравномерносуженного и плоскоррахитического таза, то и биомеханизм родов будет чрезвычайно сложным. Прежде всего будет отмечаться высокое, долгое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз. Обычно требуется много времени, пока головка фиксируется (вставится) хотя бы небольшим своим сегментом. В дальнейшем механизм родов может иметь различные варианты. В тех случаях, когда в общесуженном плоском тазе преобладают признаки общеравномерносуженного таза, биомеханизм родов будет соответствовать последнему (сгибание головки, вставление ее стреловидным швом в одном из косых размеров, дополнительное сгибание головки при переходе ее из широкой части полости в узкую).

В тех же случаях, когда в архитектонике общесуженного плоского таза превалируют черты плоскоррахитического, биомеханизм родов будет сохранять особенности плоскоррахитического таза (вставление стреловидным швом в поперечном размере, умеренное разгибание головки, асинклитическое вставление и резкая конфигурация ее).

Наконец, в ряде случаев может наблюдаться смешанный механизм родов, когда головка во входе в таз разгибается и вставляется по типу плоского таза (асинклитически), а в полости и выходе таза механизм родов протекает по типу общесуженного таза.

Роды при общесуженном плоском тазе протекают исключительно тяжело. Общая продолжительность родов и, в частности, период конфигурации головки значительно удлиняются во времени. По А. Ф. Пальмову, средняя продолжительность родов достигает 35 часов. Если при плоском тазе обычно наблюдается переднетеменное вставление головки (более благоприятное), то при общесуженном плоском тазе нередко отмечается заднетеменное вставление (крайне неблагоприятное).

Прогноз для матери и плода при общесуженном плоском тазе во много раз хуже, чем при плоском (простом плоском и плоскорихитическом) тазе. Так, Литцман определяет материнскую смертность в 9,7%, а мертворождения — в 39,4% родов.

Можем ли мы предугадать, как будет совершаться биомеханизм родов у нашей роженицы?

Да, сможем, но не ранее чем после отхождения вод, когда головка фиксируется во входе в таз. Влагалищное исследование покажет, имеет ли место сгибание или разгибание головки, вставляется ли головка синклитически или асинклитически. Иными словами, будет установлено, протекают ли роды по типу общеравномерносуженного или плоскорихитического таза, или по смешанному варианту.

Акушера интересуют не только особенности механизма родов, но в равной степени возможные осложнения в родах. К подобного рода осложнениям в родах при узком тазе следует отнести слабость родовой деятельности и несвоевременное отхождение вод. Профилактика того и другого осложнения непосредственно в родах крайне сложна и не всегда эффективна.

Для предотвращения несвоевременного разрыва плодного пузыря роженице рекомендуется сохранять горизонтальное положение на боку. При общеравномерносуженном тазе роженица ложится на ту сторону, где находится малый родничок, так как он должен опускаться первым в малый таз. При плоском тазе роженица ложится на ту сторону, где расположен большой родничок.

Профилактические мероприятия, применяемые в родах в целях борьбы со слабостью родовой деятельности, крайне ограничены. В тех случаях, когда слабость родовой деятельности развивается в результате таких психогенных факторов, как страх перед родами, хороший эффект дает психопрофилактическая подготовка к родам, психотерапия. При функциональной неполноценности брюшного пресса показано применение бинта Вербова (в период изгнания) или применение тонизирующих средств. В тех же случаях, когда слабость родовой деятельности обусловлена ригидностью тканей шейки матки, показано применение спазмолитических средств, среди которых заслуживают внимания лидол (по 2 мл 5% раствора подкожно), промедол (2—3 мл 1% раствора или 1—2 мл 2% раствора подкожно), дибазол (2—3 мл 1% раствора подкожно или внутримышечно) и др.

Несмотря на то что у нашей роженицы имеются признаки инфантилизма, родовая деятельность в достаточной степени полноценна. Роженица хочет иметь ребенка, настроение у нее бодрое, она контактна, охотно выполняет все указания врача и акушерки.

15/II, 21 час. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки стали несколько чаще, через 5—6 минут, по 30 секунд. Сердцебиение плода слева ниже лупка, 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Головка прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля — «вровень». Воды не отходили. Мочиспускание самостоятельное (моча прозрачная).

16/II, 0 часов 45 минут. Прошли околоплодные воды в умеренном количестве, чистые. Сердцебиение плода без изменений. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена-Генкеля отрицательный.

0 часов 55 минут. Влагалищное исследование. Влагалище узкое. Шейка сглажена, раскрытие зева на четыре поперечных пальца, края тонкие. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Малый родничок слева впереди, ближе к проводной оси, большой не достигается. Сагиттальный шов в правом косом размере входа в малый таз. В области малого родничка небольшая родовая опухоль. Кости черепа обычной плотности. Воды подтекают в умеренном количестве.

Итак, конец первого периода родов. Головка в состоянии сгибания. Механизм родов соответствует механизму при общеравномерносужен-

ном тазе. Признак Вастена-Генкеля отрицательный. Общее состояние роженицы и плода удовлетворительное. Родовая деятельность ровная, достаточно эффективная.

У нас нет никаких оснований для активного вмешательства. Будем наблюдать.

Наступает самый ответственный период родов при общесуженном тазе — период конфигурации головки.

2 часа 10 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 4—5 минут, средней силы. Головка, по данным наружного исследования, своим большим сегментом стоит во входе в малый таз. Сердцебиение плода стало несколько реже, 120 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды подтекают в умеренном количестве.

4 часа. Потуги через 3—4 минуты, по 30—35 секунд. Головка опустилась в полость таза. Сердечные тоны плода ритмичные, ясные, 122 удара в минуту.

4 часа 30 минут. Родилась живая доношенная девочка. Родовая опухоль значительно выражена в области малого родничка на правой теменной кости. Вес плода 3100 г, длина 50 см, окружность головки 33 см, окружность плечевого пояса 32 см.

4 часа 45 минут. Родился послед. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря 200 мл.

5 часов. Шейка осмотрена в зеркалах — разрывов нет.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписана с новорожденной на 10-й день после родов в хорошем состоянии.

Эпикриз

П-ва с признаками инфантилизма поступила по поводу начавшейся родовой деятельности. У роженицы распознан общесуженный плоский таз (степень сужения на границе I и II). Была принята консервативная тактика ведения родов. Несмотря на общее недоразвитие, родовая деятельность была хорошо выражена, что позволило преодолеть относительное несоответствие между размерами головки и тазом. Самопроизвольные роды живым доношенным плодом. Родильница выписана на 10-й день с новорожденной в удовлетворительном состоянии.

Общесуженный плоский таз. Заднетеменное (литцмановское) вставление. Кесарево сечение

С-ва, 23 лет, поступила в акушерскую клинику 23/1 1953 г. в 7 часов со слабыми схватками. Срок предполагаемых родов — через 1½—2 недели.

Анамнез. В раннем детстве перенесла корь и скарлатину.

Менструальная функция. Менструации начались на 17-м году, установились через год. В дальнейшем наступали через 24—26 дней, по 3—4 дня, довольно обильные, умеренно болезненные. Последняя менструация в конце апреля 1952 г.

Половая функция. Замужем с 19 лет, брак первый. Гинекологических заболеваний не было.

Настоящая беременность — первая, протекала без осложнений. Первого шевеления плода не помнит.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,7°. Роженица ниже среднего роста (рост 144 см), вес 52 кг. Пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальное давление 130/90 мм. Со стороны внутренних органов отклонений не выявлено. Грудная клетка узкая, зубы с рахитическими изменениями. Нижние конечности короткие. Голені саблевидные.

Акушерское обследование. Живот остроконечный, овоидной формы, окружность его 85 см. Высота стояния дна матки над лоном 34 см. Положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа. У дна матки справа определяются ягодицы. Головка баллотируется над входом в таз. Лобно-затылочный размер 10 см. Длина овоида плода 23 см (длина плода примерно 46—48 см). Сердцебиение ясное, слева ниже пупка, 140 ударов в минуту. Размеры таза 23; 24,5; 29; 15,5 см. Боковая конъюгата 14 см. Окружность таза 72 см. Ромб Михаэлиса: вертикальный размер 6,5 см, горизонтальный — 9 см. Индекс Соловьева — 13,5 см.

Влагалищное исследование. Шейка слегка сглажена. Наружный зев закрыт. Через своды определяется высоко стоящая головка, подвижная над входом в таз. Мыс стоит низко, легко достижим. Диагональная конъюгата 9,5 см. В тазу экзостозов нет. Крестцовая впадина уплощена, копчик загнут крючком вперед, подвижен.

Каков диагноз?

1. Преждевременные роды у первородящей (беременность сроком 38 недель). Начало первого периода родов. Таз общеравномерносуженный, II степень сужения.

2. Преждевременные роды у первородящей (беременность сроком 38 недель). Начало первого периода родов. Таз общесуженный плоский. Преобладают признаки плоскорихитического таза, II степень сужения.

Действительно, рахитические изменения в скелете, в том числе и в тазу, настолько резко выступают, что диагностика плоскорихитического таза не вызывает затруднений. Не вызывает сомнений и общее укорочение всех размеров таза. Таким образом, речь идет не об общеравномерносуженном тазе, а об общесуженном плоском тазе. У обладательниц этой формы узкого таза обычно обнаруживаются признаки общего недоразвития, следствия перенесенного рахита.

Наша роженица небольшого роста, имеются признаки инфантилизма, рахитические изменения грудной клетки, зубов, нижних конечностей (они короткие, голени саблевидно искривлены). Ромб Михаэлиса резко деформирован за счет архитектоники верхнего треугольника. Значительно сглажена разница между *distancia spinarum* и *distancia cristarum*. Отмечается изменение формы крестца и выступание его в полость малого таза. Все размеры таза несколько укорочены, но особенно сужен прямой размер входа в таз. Если окружность нормального таза равна в среднем 85 см, то окружность таза нашей роженицы достигает только 72 см.

Сужение прямого размера входа в общесуженный плоский таз нередко достигает больших степеней.

Истинная конъюгата у нашей роженицы колеблется в пределах 7,5—8 см (диагональная — 9,5 см).

Наша роженица настаивает на рождении живого плода.

Какова тактика ведения родов? Какой прогноз их?

1. Роды вести консервативно. Плод небольших размеров. Прогноз благоприятный.

2. Предсказание серьезное. Самопроизвольное родоразрешение живым плодом маловероятно. Показано кесарево сечение.

Какую же тактику мы выберем? Не подлежит сомнению, что ведение родов при II степени сужения общесуженного плоского таза является чрезвычайно ответственной задачей. Мы уже говорили, что это большое испытание для роженицы и не меньшее — для акушера. Каждые вторые роды при II степени сужения, по А. Ф. Пальмову, заканчиваются оперативным вмешательством. Это очень большой процент! Но дает ли это основание акушеру приступать к оперативному родоразрешению у нашей роженицы, не подвергнув функциональному изучению данный узкий таз? Строить тактику ведения родов на основании одних пельвиметрических данных позволительно только при условии резко выраженного несоответствия между размерами головки и таза. При узком тазе I и II степеней сужения и при отсутствии явных признаков несоответствия акушер обязан придерживаться выжидательной тактики ведения родов.

Какие же моменты дают нам право остановиться на выжидательной тактике? Их много. Во-первых, таз тонкокостный (индекс Соловьева равен 13,5 см); надо полагать, кости таза также тонкие, что в той или иной степени обусловит большую емкость таза. Во-вторых, основное препятствие в тазу нашей роженицы — это укороченный прямой размер входа в таз. Если головка своим большим сегментом преодолет это препятствие, то в полости и в выходе таза препятствий для рождения

плода будет меньше, так как рахитические изменения в тазу характеризуются, в частности, тем, что полость таза постепенно расширяется по направлению к выходу. В-третьих, беременность у нашей роженицы, по-видимому, недоношенная. Головка плода ниже средних размеров: несоответствие между размерами головки и таза, возможно, будет только относительным. В-четвертых, так как функциональная недостаточность таза определяется обычно в период конфигурации головки, то акушер будет располагать возможностью своевременно перейти к оперативному методу родоразрешения.

23/1, 12 часов. Общее состояние роженицы хорошее. Жалоб не предъявляет. Пульс 78 ударов в минуту. Схватки слабые, но ритмичные, через 12—15 минут. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 138 ударов в минуту, ясное. Головка подвижна над входом в таз. Воды не отходили.

В период с 12 до 24 часов родовая деятельность умеренная. Схватки через 10—12 минут. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное. Воды не отходили.

Мочиспускание самостоятельное. Кишечник опорожнен с помощью очистительной клизмы.

24/1, 3 часа. Состояние без особых перемен. Роженица дремлет. Воды не отходили. Схватки через 6—10 минут, средней силы. Сердечные тоны плода слева ниже пупка, ясные.

7 часов 30 минут. Температура 36,8°. Пульс 82 удара в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/85 мм. Схватки средней силы через 6—8 минут, по 25 секунд. Головка над входом в таз, подвижная, во время схваток прижимается ко входу в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 140 ударов в минуту, ясное. Воды не отходили.

11 часов 40 минут. Отшли в большом количестве околоплодные воды. Головка плотно прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля — «вровень». Сердцебиение плода замедлилось до 130 ударов в минуту, ритмичное, ясное, слева ниже пупка. Схватки сильные, болезненные.

Срочно произведено влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, узкое. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытие около трех поперечных пальцев. Головка малым сегментом во входе в таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в таз. Определяются оба родничка на одном уровне. Вставление головки асинклитическое. Стреловидный шов стоит ближе к симфизу. Воды подтекают в умеренном количестве.

Что же показало влагалищное исследование?

Данные влагалищного исследования позволяют говорить, что механизм родов у нашей роженицы с общесуженным плоским тазом протекает по типу механизма родов при плоском тазе. Так, мы отметили первую особенность этого биомеханизма: долгое высокое стояние головки над входом в таз и вставление головки стреловидным швом в поперечном размере входа в таз.

Отчетливо выражена и вторая особенность биомеханизма родов при плоском тазе: отмечается незначительное разгибание головки, что и характеризуется стоянием родничков на одном уровне. Иными словами, отмечается более низкое опускание большого родничка, расположенного на малом поперечном размере головки, равном в среднем 8 см. Обычно при I степени сужения таза головки своим малым поперечным (бипаретальным) размером сравнительно легко преодолевает возможное препятствие во входе в таз. Иная картина наблюдается в тех случаях, когда имеет место значительное сужение таза, когда истинная конъюгата равна 8 см и ниже. В этих случаях одного разгибания головки далеко не достаточно, чтобы преодолеть препятствие во входе в таз со стороны лона и особенно промотория. Задняя теменная кость при поступательном движении головки обычно задерживается выступающим вперед мысом, и потому происходит боковое склонение головки вокруг своей продольной оси. В полость таза первой вступает передняя теменная кость,

в связи с чем сагиттальный шов перемещается ближе к мысу (передний, негелевский асинклитизм).

Заднее теменное вставление (лиццмановский асинклитизм) при плоском тазе встречается реже. Значительно выраженное заднетеменное склонение рассматривается как тяжелое осложнение механизма родов. В этих случаях прогноз плохой не только для плода, но и для роженицы. Самопроизвольные роды при резко выраженном заднетеменном склонении, как правило, произойти не могут; показано оперативное родоразрешение.

Подобного рода боковое склонение головки, ее асинклитическое вставление представляет третью особенность биомеханизма родов при плоском тазе.

Но если при плоском тазе заднетеменное склонение наблюдается сравнительно редко, то при общесуженном плоском тазе заднетеменное склонение встречается достаточно часто (Литцман). В частности, биомеханизм родов у нашей роженицы характеризуется патологическим асинклитизмом, резко выраженным заднетеменным склонением. После стихновения вод при головке, плотно прижатой ко входу в таз, и интенсивной родовой деятельности признак Вастена-Генкеля продолжает оставаться «вровень».

Что следует предпринять?

1. Самопроизвольные роды *per vias naturales* невозможны. Показана срочная операция кесарева сечения.

2. Показания к кесареву сечению только относительные. Роды закончить плодоразрушающей операцией (перфорация головки).

Выявившееся относительное несоответствие между размерами таза и головки (признак Вастена-Генкеля «вровень») само по себе не дает достаточных оснований говорить о невозможности самостоятельных родов. Однако у нашей роженицы, кроме несоответствия, имеет место и другой отягчающий фактор — литцмановское вставление головки. Таким образом, вопрос о невозможности самопроизвольного родоразрешения через естественные родовые пути не вызывает сомнения. Акушера волнует другой вопрос — выбор метода родоразрешения: будет ли это операция кесарева сечения или плодоразрушающая операция — перфорация головки (к тому же живого плода!).

У нашей роженицы показания к кесареву сечению, несомненно, относительные, коль скоро таз не является абсолютно узким. Но учитывая, с одной стороны, невозможность самопроизвольного родоразрешения *per vias naturales* живым плодом (вследствие наличия несоответствия и аномалии вставления головки), а с другой — настойчивое желание роженицы иметь ребенка даже путем операции чревосечения, акушер вправе рассматривать показания к кесареву сечению при создавшейся акушерской ситуации как близкие к абсолютным.

Быть может, имеются другие акушерские операции, с помощью которых можно гарантировать родоразрешение живым плодом?

Еще совсем недавно прибегали в подобных случаях к тазорасширяющим операциям (симфизеотомии, пубеотомии). Однако они приводят к длительным заболеваниям и инвалидности матерей, в связи с чем оставлены советскими акушерами (стр. 416).

В конце XIX века и в начале текущего столетия достаточно широко практиковался при узком тазе метод искусственных преждевременных родов (Н. Н. Феноменов, Д. О. Отт, Н. И. Побединский). В Центральном институте акушерства и гинекологии (Ленинград), например, с 1907 по 1921 г. на 1541 случай родов при узком тазе в 70 случаях (4,5%) профилактически были вызваны искусственные преждевремен-

ные роды. Материнская смертность в пределах от 1 до 5% и чрезвычайно высокий процент мертворождений (40—50%, по А. Ф. Пальмову) при данном методе послужили основанием для отказа от него.

К тому же времени относится и увлечение профилактическими поворотами при узком тазе. Смысл этой операции сводился к стремлению превратить черепное предлежание в неполное ножное с таким расчетом, чтобы облегчить возможность родоразрешения путем влечения за тазовый конец. Подобного рода пособие рассматривалось как специфическое пособие при узком тазе.

Основанием к увлечению профилактическими поворотами при узком тазе послужило высказанное Симпсоном (Simpson) положение, согласно которому последующая головка, имеющая форму клина, якобы легче преодолевает суженные размеры таза, чем предлежащая головка. Однако эта концепция в дальнейшем оказалась несостоятельной. «Никогда проведение головки через таз сначала узким (шейным) концом ее, а потом более широким не искупается той шестью, с какой сопряжена утрата головкой способности к приспособлению» (В. С. Груздев). Эта операция как не оправдавшая себя не получила поддержки со стороны ведущих акушеров того времени (Н. Н. Феноменов, В. В. Строганов, В. С. Груздев, А. Ф. Пальмов) и была оставлена всеми акушерами.

Не оправдала себя и операция наложения высоких акушерских щипцов на подвижную головку, стоящую над входом в таз или во входе в таз (малым или большим сегментом).

Нам предлагают закончить роды плодоразрушающей операцией на живом плоде. Следует отметить, что подобное предложение не является абсурдным. В самом деле, как вы поступили бы в том случае, если бы отсутствовали условия для кесарева сечения или если роженица в категорической форме отказалась от операции кесарева сечения? Конечно, единственным выходом была бы только плодоразрушающая операция даже на живом плоде. В противном случае при резко выраженном несоответствии между размерами головки и тазом, при патологическом вставлении головки, последует разрыв матки в родах.

Таким образом, из большого количества различных акушерских операций для родоразрешения нашей роженицы наиболее приемлемой является операция кесарева сечения, которая может гарантировать рождение живого плода. Необходимые условия для производства кесарева сечения имеются (плод живой, состояние роженицы удовлетворительное, воды отошли недавно, согласие на операцию получено).

12 часов 45 минут. Роженица переведена в операционную, моча выпущена катетером.

Под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией (0,25% раствор) произведено абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте (подробное описание операции см. стр. 378). Извлечена живая девочка (вес 2950 г, длина 49 см, окружность головки 35 см), громко закричала.

Послед удален потягиванием за пуповину. Детское место целое, оболочки все.

Послеродовой (послеоперационный) период протекал при наличии субфебрильной температуры и субинволюции матки. Родильница выписалась с новорожденной на 18-й день после оперативных родов в удовлетворительном состоянии.

Эпикриз

С-ва, поступила со слабо выраженной родовой деятельностью. Обследование роженицы выявило признаки инфантилизма, ранее перенесенного рахита. Был диагностирован общесуженный плоский таз (II степень сужения), в котором преобладали признаки плоскоррахитического таза. Акушер остановился на консервативной тактике ведения родов.

После отхождения околоплодных вод было выявлено литцмановское склонение головки и относительное несоответствие между размерами таза и головки. Принято решение закончить роды операцией абдоминального кесарева сечения в нижнем сегменте. Извлечена живая доношенная девочка. Послеоперационный (послеродовой) период протекал при явлениях субинволюции матки, сопровождавшихся субфебрильной температурой. Родильница с новорожденной выписана на 18-й день после родов.

Кососуженный таз. Самопроизвольные роды

И-ва, 26 лет, поступила в акушерскую клинику 12/V 1956 г. в 18 часов 35 минут со слабыми схватками.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Условия труда и быта удовлетворительные.

В детстве перенесла корь, скарлатину, дифтерию. Врожденный вывих правого тазобедренного сустава. В 13- и 16-летнем возрасте подвергалась операции по поводу врожденного вывиха. В 1952 г. перенесла аппендэктомия.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, установились сразу, по 4—5 дней, через 3 недели, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в середине августа 1955 г.

Генеративная функция. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность в 1955 г. закончилась самопроизвольным выкидышем при сроке беременности 8 недель с последующим выскабливанием полости матки. Вторая беременность настоящая, протекала без осложнений. Первого шевеления плода не помнит.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Температура 36,6°. Рост 146 см, вес 52 кг. Анкилоз правого тазобедренного сустава, в области которого имеется обширный звездообразный рубец после бывшего оперативного вмешательства по поводу врожденного вывиха. Длина левой нижней конечности равна 82 см, правой 76,5 см. Окружность левого бедра на уровне средней трети 46 см, голени 34 см. Окружность правого бедра на том же уровне 42 см, голени 33 см. При ходьбе хромота на правую ногу.

Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и мочевых органов отклонений от нормы не имеется.

Акушерское обследование. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки над лоном 35 см. Положение плода продольное, позиция первая. Ягодицы у дна матки. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Лобно-затылочный размер 10,5 см. Длина овоида плода 24 см (вероятная длина плода 48—49 см). Предполагаемый вес плода около 3000 г. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Родовая деятельность слабая, схватки редкие.

Размеры таза 23, 25, 29, 19 см. Окружность таза 86 см. Индекс Соловьева—15 см. Ромб Михаэлиса: вертикальный размер 11 см, горизонтальный—10,5 см. Ромб перекошен.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сохранена, наружный зев пропускает фалангу указательного пальца. Предлежит головка над входом в таз, легко отталкивается исследующим пальцем. Мыс не достигается. Крестцовая впадина слева выражена хорошо, емкая, справа имеется небольшое уплощение крестцовой впадины, пространственные соотношения сужены. Симфиз отклонен от средней линии влево, в сторону здоровой конечности.

Какой диагноз?

1. Беременность сроком 39—40 недель. Начало первого периода родов. Анкилоз правого тазобедренного сустава. Таз, по-видимому, кососуженный (имеется укорочение ноги).

2. Беременность сроком 39—40 недель. Начало первого периода родов. Косой таз, значительная деформация. Необходима дополнительная пельвиметрия для уточнения характера патологических изменений.

Диагностика кососуженного таза не вызывает больших затруднений. Тщательно собранный анамнез, наружный осмотр беременной женщины, а главное возможно полная пельвиметрия дают достаточно точное представление о форме косоугольного таза.

Данные дополнительного обследования: 1) боковая конъюгата справа (*distantia lateralis dextra*)—14,5 см, слева (*distantia lateralis sinistra*)—13,5 см; 2) прямой размер выхода таза—9 см; 3) поперечный размер выхода таза—10 см;

4) расстояние от spina ossis ilei anterior superior dextra до spina ossis ilei posterior superior sinistra — 18,5 см. Расстояние от spina ossis ilei anterior superior sinistra до spina ossis ilei posterior superior dextra — 17 см; 5) расстояние от верхнего края симфиза до spina ossis ilei posterior superior dextra — 19 см. Расстояние от верхнего края симфиза до spina ossis ilei posterior superior sinistra — 18 см; 6) расстояние от надкрестцовой ямки до spina ossis ilei anterior superior sinistra — 20 см. Расстояние от надкрестцовой ямки до spina ossis ilei anterior superior dextra — 21,5 см.

Таковы показатели в абсолютных величинах различных косых размеров в тазу у нашей роженицы. Однако нас интересуют не абсолютные цифры, а наличие разницы между аналогичными косыми размерами. Эта разница в нашем случае, как мы видим, колеблется от 1 до 1,5 см, что и является патогномичным для кососмещенного (косопоставленного) таза.

Таким образом, в результате тщательного изучения анамнеза, осмотра беременной женщины, изучения всего скелета и особенно архитектоники таза мы вправе говорить о значительной деформации таза. Наружная пельвиметрия позволила уточнить характер этой деформации, она подтвердила наличие разницы величин косых размеров входа в таз. Влагалищное исследование в свою очередь показало, что пространственные соотношения левой и правой половины малого таза различны (асимметричны), справа — значительно сужены. Лонное сочленение по отношению к мысу

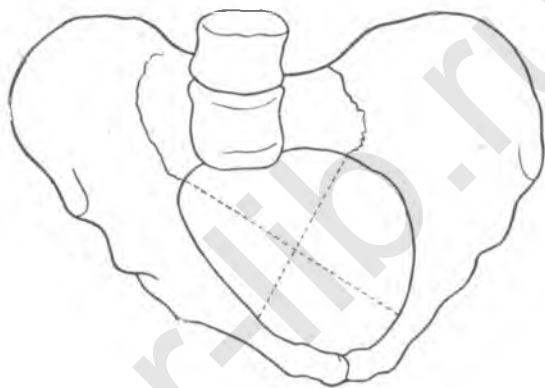


Рис. 92. Схематическое изображение кососмещенного таза.

склонено влево (рис. 92). Из анамнеза мы знаем, что наша роженица страдала врожденным вывихом правого тазобедренного сустава. Перенесенные ею две операции (в 13 и 16 лет) не только не дали должного эффекта, но привели к образованию анкилоза тазобедренного сустава. Наступило укорочение правой нижней конечности. Обратите внимание, что деформированной, сдавленной оказалась та сторона таза, которая соответствует укороченной нижней конечности — правая сторона таза.

Учитывая всю совокупность данных, полученных при обследовании беременной женщины, дежурный акушер был вправе остановиться на диагнозе асимметричного косого таза.

Косой таз (*pelvis abliqua*) представляет собой одну из редко встречающихся форм узкого таза. Такими редко встречающимися формами узкого таза являются: 1) косой таз, 2) поперечносуженный, 3) воронкообразный, 4) остеомалатический, 5) спондилолистетический, 6) таз, суженный новообразованиями и экзостозами.

Остановимся более подробно на характеристике косого таза. Различают кососмещенный (косопоставленный) таз, в котором вся патология сводится к разной длине косых размеров входа в таз, и кососуженный таз, в котором, кроме косого смещения, имеется и общее сужение таза.

Этиология косого таза самая разнообразная. В одних случаях причина связана с различными пороками развития, в других — с заболе-

ваниями позвоночника или костей таза или костей и суставов нижних конечностей (туберкулез, рахит, переломы костей таза и нижних конечностей, односторонний вывих тазобедренного сустава, ампутация ноги и т. п.).

Независимо от причины образования косоного таза во всех случаях будет наблюдаться следующее: асимметрия в тазе, косые размеры таза неодинаковой длины, лонное сочленение не стоит прямо против мыса и крылья подвздошных костей стоят косо.

Кососуженный таз в зависимости от этиологии подразделяется на: 1) кососуженный сколиотический таз, 2) кососуженный коксальгический и 3) кососуженный анкилотический (негелевский) таз.

Сколиотический кососуженный таз, характеризующийся боковыми искривлениями поясничной части позвоночника, имеет косоовальную форму. Более длинным будет тот косоный размер входа в таз, который соответствует стороне поясничного сколиоза. Поскольку в этиологии сколиоза обычно лежит рахит, постольку наблюдается укорочение прямого размера во входе в таз и некоторое расширение к выходу таза. Деформация этой разновидности кососуженного таза нередко достигает значительных степеней.

Коксальгический кососуженный таз образуется в результате первичного заболевания костей одной из нижних конечностей, особенно в детском возрасте и при условии, что больная ходила. В тех же случаях, когда перемещение тела было невозможно, т. е. больная не делала попыток ходить, косоного смещения в тазу не образуется. Из заболеваний следует указать на коксит, вывих тазобедренного сустава, воспаление коленного сустава и др. Больная при передвижении обычно щадит больную конечность и потому вся тяжесть туловища перекладывается на здоровую. В этих случаях сдавлению подвергается та половина таза, которая соответствует здоровой ноге. Подвздошная кость смещается внутрь, назад и вверх. Лонное сочленение при этом смещается в противоположную сторону, т. е. в сторону больной конечности. Что касается косых размеров во входе в таз, то укороченным будет косоный размер, направляющийся от здоровой стороны по направлению назад.

Иной механизм образования косоного таза будет в тех случаях, когда имеется укорочение одной конечности. В этих случаях вся тяжесть туловища при ходьбе переносится на короткую ногу, и поэтому деформация таза происходит на стороне больной конечности. Подобную картину мы наблюдаем, например, у нашей больной.

Кососуженный анкилотический таз (негелевский таз) образуется вследствие первичного недоразвития одного из крыльев крестца и анкилоза крестцово-подвздошного сочленения на больной стороне. Деформация таза наблюдается на той стороне, где произошел анкилоз. Смещение нередко достигает значительных степеней (рис. 93).

Таковы разновидности кососуженного (кососмещенного) таза.

После того как мы ознакомились не только с этиологией, но и с механизмом образования косоного таза, мы вправе отнести таз нашей роженицы к группе коксальгического кососуженного таза.

Какова же будет тактика ведения предстоящих родов? Какой прогноз?

1. Степень косоного сужения таза средняя (1—1,5 см). Самопроизвольное родоразрешение возможно. Прогноз благоприятный.

2. Говорить о прогнозе родов при кососуженном тазе трудно. Много зависит от механизма родов. Тактика должна быть консервативно-выжидательной, роды вести под контролем влагалищного исследования.

Мы полностью разделяем второй вариант акушерской концепции в отношении тактики ведения родов и прогноза. Акушер действительно должен быть чрезвычайно осторожным в предсказаниях при асимметричном тазе. Особенно серьезен прогноз родов и для матери, и для плода при кососуженном анкилотическом и кососуженном сколиотически-рахитическом тазе, когда сужение обычно резко выражено. Вести роды при кососуженном тазе — это значит решать акушерскую задачу со многими неизвестными. Акушеру, например, трудно учесть емкость полости таза. Очень трудно определить степень сужения в кососуженном тазе. Общепризнанные методы определения степени сужения таза по длине диагональной конъюгаты (resp, истинной конъюгаты) в данном случае неприменимы.

Не менее трудным является и определение степени косога смещения. Так, Ланге (Lange) полагает, что если разница в наружных косых размерах превышает 1 см, то этого вполне достаточно, чтобы считать данный таз кососмещенным (косопоставленным). Между тем Рунге считает, что в кососмещенном тазу разность в наружных косых размерах должна превышать 1,5 см, так как меньшие цифровые показатели лежат в пределах ошибки при измерении.

Опыт показывает, что разница между косыми размерами, превышающая 1,5 см, говорит обычно о значительном косом смещении таза, которое отражается на течении родов (В. С. Груздев).

Наконец, прогноз при кососуженном тазе находится в зависимости и от механизма родов. Роды произойдут, хотя бы и со значительными трудностями, если при всех прочих благоприятных условиях крестцовый мыс не будет резко выступать и если головка своим стреловидным швом встанет в длинный косога размер тазового входа. Роды не смогут произойти, если головка стреловидным швом будет вставляться в короткий косога размер тазового входа.

Обратимся к нашей роженице. Степень косога смещения таза у нее средняя (1—1,5 см), степень общего сужения незначительная. Размеры головки плода средние. Явного несоответствия между размерами головки и тазом не отмечается. Крестцовый мыс не достигается. Поскольку шейка матки не сглажена, не представляется возможным определить направление стреловидного шва, совпадает ли он с направлением длинного косога размера. Дежурный врач принял решение вести роды консервативно. Если же в родах выяснится картина несоответствия между размерами головки и тазом, то роды будут закончены оперативно в зависимости от условий.

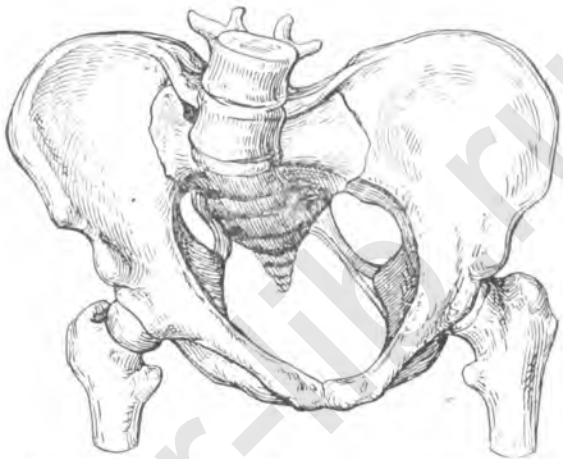


Рис. 93. Кососуженный анкилотический (негелевский) таз.

12/V, 23 часа 20 минут. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. Схватки средней силы, через 8—10 минут. Головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 138 ударов в минуту, ясное. Роженица мочится самостоятельно.

13/V, 4 часа. Установилась хорошая родовая деятельность. Схватки средней силы, через 5—6 минут, по 30—35 секунд. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

6 часов 30 минут. отошли воды в умеренном количестве. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, слева ниже пупка. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Артериальное давление 120/80 мм. Температура 36,5°. Схватки средней силы, через 5—6 минут. В связи с отхождением околоплодных вод произведено влагалищное исследование.

Шейка сглажена, края толстоваты, наружный зев пропускает около трех поперечных пальцев, плодного пузыря нет, головка прижата ко входу в таз. Стреловидный шов стоит в правом косом размере. В области малого родничка небольшая родовая опухоль. Большой родничок не достигается. Мыс не достигается.

Диагноз: первый период срочных родов. Головное предлежание. Раннее отхождение вод. Кососуженный таз. Анкилоз правого тазобедренного сустава. Укорочение правой нижней конечности. Учитывая удовлетворительное состояние роженицы и плода и то обстоятельство, что регулярная родовая деятельность продолжается всего 6—7 часов, решено роды вести консервативно, строго наблюдать за ритмом и силой родовой деятельности и за сердцебиением плода.

Есть ли основания к вмешательству?

1. Показаний к ускоренному родоразрешению нет ни со стороны роженицы, ни со стороны плода. Роды вести выжидательно.

2. Состояние роженицы и плода удовлетворительное. Однако прогноз несколько омрачается в связи с ранним отхождением вод.

В самом деле, какие же имеются показания к вмешательству в родовой процесс? Данные влагалищного исследования свидетельствуют, что механизм родов на данном этапе складывается весьма благоприятно: стреловидный шов стоит в правом (т. е. в более длинном) косом размере входа в таз. Длинник головки совпадает, таким образом, с длинником тазового входа. Головка находится в состоянии сгибания. Общее состояние роженицы и плода не вызывает тревоги. Родовая деятельность достаточно полноценная.

Что же касается раннего отхождения вод, одного из основных осложнений при узком тазе в период раскрытия, то этот фактор действительно нередко омрачает прогноз родов. Преждевременное и раннее отхождение вод очень часто удлиняет безводный промежуток во время родов и тем самым ведет к затяжным родам. Иногда наблюдается ущемление маточной губы (передней или задней). Отхождение вод при подвижной головке чревато такими грозными осложнениями, как выпадение пуповины и мелких частей плода. Длительный безводный промежуток часто порождает лихорадку в родах (эндометрит), чаще наблюдаются кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Чаще наблюдаются и послеродовые заболевания.

Несвоевременное отхождение вод является угрожающим фактором и в отношении плода: чаще наблюдаются асфиксии новорожденных, больший процент мертворождений. Наконец, затяжные роды, возникшие в результате преждевременного и раннего отхождения вод, очень часто ведут к ослаблению родовой деятельности. Таким образом, основной для тревоги при преждевременном и раннем отхождении вод в родах, особенно при узком тазе, достаточно много.

Как показывает акушерский опыт, прогноз значительно улучшается, если разрыв плодного пузыря происходит ближе к концу раскрытия.

Разрыв плодного пузыря у нашей роженицы произошел при раскрытии маточного зева на три поперечных пальца. Родовая деятельность при этом хорошо выраженная, продолжается всего 6—7 часов. У нас имеются все предпосылки для спокойного, консервативного ведения родов, при строгом наблюдении за ритмом и силой родовой деятельности и за сердцебиением плода.

13/V, 9 часов 30 минут. Воды подтекают в умеренном количестве, чистые. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 4—5 минут, по 25—30 секунд, средней силы. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Температура 36,8°. Пульс 80 ударов в минуту, хорошего наполнения. Мочиспускание самостоятельное.

12 часов. По данным наружного исследования, головка стоит малым сегментом во входе в малый таз. Признак Вастена-Генкеля отрицательный. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды подтекают в незначительном количестве. Схватки через 4—5 минут, достаточно эффективные, но болезненные. Роженица утомлена.

Решено произвести влагалищное исследование с целью выяснить, не объясняются ли болезненные схватки ущемлением маточной губы.

12 часов 25 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края ее нетолстые, легко растяжимы. Раскрытие зева на четыре поперечных пальца. Стреловидный шов в правом косом размере. Края шейки не ущемлены. Головкой заняты верхняя треть внутренней поверхности симфиза и часть I крестцового позвонка. Плотность костей черепа обычная. Воды подтекают в небольшом количестве.

В связи с утомлением роженицы введено подкожно 3 мл 1% водного раствора промедола. Роды решено вести консервативно, тщательно наблюдая за динамикой продвижения головки, за сердечными тонами плода и родовой деятельностью.

Промедол — синтетический препарат, обладает сильно выраженным анальгезирующим действием. Кроме того, промедолу свойствен и спазмолитический эффект. Он малотоксичен и не влияет на состояние плода. Препарат испытан нашей клиникой, и мы охотно применяем его во всех случаях, когда необходимо обезболить роды. Обезболивающий эффект наступает уже через 15 минут после введения.

14 часов 40 минут. После инъекции промедола роженица хорошо отдохнула в течение 2 часов. Сердечные тоны плода без изменений. Общее самочувствие роженицы удовлетворительное. Схватки через 3—5 минут, по 30 секунд. Нижний сегмент матки безболезненный. Головка большим сегментом во входе в таз. Роженица самостоятельно не мочится. Катетером спущена моча (250 мл, прозрачная).

17 часов. Роженица пытается тужиться. Головка в полости таза. Сердцебиение плода 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Матка вне схватки и во время схваток безболезненная. Пограничная борозда на два поперечных пальца ниже пупка, стоит горизонтально. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/90 мм. Голова не болит. Зрение ясное.

17 часов 45 минут. Потуги через 3—4 минуты, короткие, малоэффективные. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Роженица утомлена.

Учитывая ослабление родовой деятельности, решено произвести влагалищное исследование.

Влагалищное исследование. Раскрытие зева полное, края зева не определяются. Плодного пузыря нет. Головка занимает $\frac{2}{3}$ внутренней поверхности симфиза, три крестцовых позвонка. Spina ischii достигаются с трудом. Стреловидный шов в правом косом размере таза. Малый родничок слева, спереди. Большой не достижается. На головке в области малого родничка определяется родовая опухоль.

Какие изменения можно внести в предыдущий диагноз?

Второй период родов. Вторичная слабость родовой деятельности.

Решено стимулировать родовую деятельность и предоставить роды естественному течению. Наблюдать за общим состоянием роженицы и

за сердцебиением плода. При появлении угрожающих симптомов внутриутробной асфиксии плода роды закончить операцией наложения акушерских щипцов.

Произведена инъекция под кожу 1 мл маммофизина.

18 часов 10 минут. Потуги средней силы, через 3—4 минуты. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ясное, ритмичное. Выделений из влагалища нет.

18 часов 45 минут. Родился живой доношенный мальчик в состоянии синей асфиксии. Оживлен по методу Соколова-Легенченко. Вес 3250 г, длина 50 см, окружность головки 35 см. Кожа плода розовая. На головке в области малого родничка значительная родовая опухоль.

19 часов 20 минут. Самостоятельно отделился и выделился послед. Оболочки все, рваные. Детское место целое, дольчатое. Общая кровопотеря 250 мл. Промежность цела. Тонус матки хороший.

20 часов 30 минут. При осмотре шейки в зеркалах обнаружен разрыв I степени слева. Наложено 3 узловатых кетгутовых шва.

В 23 часа родильница переведена в послеродовое отделение.

Послеродовой период без осложнений. Выписана домой с новорожденным 24/V в удовлетворительном состоянии.

Эпикриз

И-ва, первородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Обследованием установлено наличие кососуженного таза, укорочение правой нижней конечности и анкилоз правого тазобедренного сустава. Тактика ведения родов принята консервативная. Роды велись под контролем влагалищного исследования, которое подтвердило правильный механизм родов при кососуженном тазе: головка вступила стреловидным швом в длинный косой размер входа в таз. В период изгнания — ослабление родовой деятельности. Применен маммофизин (1 мл подкожно). Самопроизвольные роды живым доношенным мальчиком (вес 3250 г) в асфиксии, легко оживлен. Послеродовой период без осложнений. Выписана с новорожденным на 11-й день после родов.

Самопроизвольные роды крупным плодом

Н-ая, 39 лет, повторнородящая, поступила в родильный дом 20/V 1955 г. в 10 часов со слабо выраженными родовыми схватками.

Анамнез. В детстве болела корью, скарлатиной, в 15-летнем возрасте — тропической малярией. Отец умер от рака желудка. Условия быта удовлетворительные, обслуживает семью из 5 человек.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Даты последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

Половая функция. Замужем с 21 года, брак первый. В течение последних 3 месяцев половой жизнью не живет.

Генеративная функция. Беременность пятая, роды третьи. Первая беременность на втором году замужества закончилась самопроизвольными срочными родами живым плодом (девочка, вес 3900 г). Вторая и третья беременности были прерваны искусственными абортми на II и III месяцах. После абортов не болела. Четвертая беременность 3 года назад закончилась срочными родами, которые продолжались, по словам роженицы, около 2 суток. Родился живой мальчик весом около 4500 г. Во время настоящей беременности находилась под регулярным наблюдением женской консультации начиная с 4 месяцев. В течение последних 2 месяцев в консультации проходила психопрофилактическую подготовку к родам. Беременность протекала без осложнений.

Общее обследование. Состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Жалуется на несколько затрудненное дыхание в связи с «большими размерами живота». Рост 168 см, вес 74 кг.

Телосложение правильное. Подкожножировой слой развит хорошо. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. На коже живота многочисленные striae gravidarum. Отеков нет.

Органы кровообращения. Пульс 80 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/80 мм. Границы сердца в норме, тоны чистые.

Органы дыхания. При перкуссии — ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание.

Органы пищеварения. Диспепсических расстройств нет. Язык чистый. Печень и селезенка не пальпируются.

Мочевые органы. Мочепускание свободное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Окружность живота 120 см, высота стояния дна матки над лоном 42 см. Матка овоидной формы. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Головка по наружному измерению крупная, лобно-затылочный размер 13 см (тазомером). Длина плода при измерении через брюшную стенку 29 см. Сердцебиение плода 142 удара в минуту, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Воды не отходили. Схватки слабые, по 15—20 секунд, через 15—20 минут, начались 2 часа тому назад. Размеры таза 26, 29, 31, 22 см. Индекс Соловьева — 14 см.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, широкое. Шейка частично укорочена, наружный зев пропускает кончик указательного пальца. Головка неплотно прижата ко входу в малый таз. Экзостозов в тазу нет. Мыс не достигается.

Какой диагноз? Какова тактика ведения родов?

1. Есть основания думать о крупном плоде. Таз испытан при рождении крупных плодов, показана выжидательная тактика.

2. В данном случае повторные роды крупным плодом. Самопроизвольные роды живым плодом маловероятны. Показана операция кесарева сечения.

3. Необходимо уточнить диагноз, исключить многоплодие и многоводие. В зависимости от диагноза будет определяться и акушерская тактика.

Волнения акушера обоснованы. Повседневная акушерская практика учит, что при окружности живота, выходящей за пределы 100 см, и высоте стояния дна матки свыше 38 см врач, ведущий роды, должен быть настороженным. В подобных случаях необходимо своевременно уточнить диагноз: имеем ли мы дело с крупным плодом, многоводием, многоплодием или, быть может, большие размеры живота обусловлены чрезмерным ожирением брюшной стенки. Каждое из этих предположений закономерно.

Правда, подкожножировой слой у нашей роженицы развит хорошо. Но вправе ли мы говорить о чрезмерном ожирении, если вес роженицы 74 кг при росте 168 см? У нас нет оснований объяснить ожирением большие размеры живота.

При многоплодной беременности размеры живота также обычно превышают 100 см, особенно если оба плода доношенные. В этих случаях пальпируются обычно две головки и два тазовых конца, определяются два сердцебиения, различные по частоте. Рентгенография уточняет окончательно диагноз многоплодия.

Мы не будем применять рентгенографию как диагностический метод, так как в этом нет надобности. У нашей роженицы легко определяется только одна головка, к тому же крупных размеров, отчетливо выслушивается только одно сердцебиение. Вопрос о многоплодии (двойня) маловероятен, и мы отклоняем этот диагноз.

Многоводие при доношенной беременности всегда характеризуется большими размерами живота. Матка равномерно растягивается, приобретает характерную шаровидную форму.

Наконец, при многоводии хорошо выражена флюктуация, которая в данном случае совсем не улавливается. Путем исключения мы останавливаемся, таким образом, на наиболее вероятном диагнозе, что имеется один плод, но крупных размеров.

Учитывая то обстоятельство, что предыдущие беременности заканчивались рождением живых крупных плодов, мы и в данном случае вправе ожидать роды крупным плодом. Предположительный вес плода не менее 4500 г.

Прежде чем говорить о тактике ведения родов крупным плодом, мы познакомимся с литературой по этому вопросу. В наше время не существует единого определения понятия «крупный плод». Подавляющее большинство акушеров называет плод крупным, если вес его колеблется в пределах от 4000 до 5000 г. По мнению Г. Г. Гентера, К. К. Скробанского, М. С. Малиновского, Б. А. Архангельского и других отечественных акушеров, нижней границей веса крупного плода следует считать 4001 г, а гигантского плода — 5001 г. А. В. Бартельс считает нижней границей веса для крупного плода 4400 г.

Разноречивые высказывания имеют место и у зарубежных авторов. Так, Цангемейстер (1917), Кэрн (Kaern, 1936), Кофф и Поттер (Koff, Potter, 1939), Ланд и Уиз (Lund, Weese, 1953) нижней границей веса крупного плода считают 4500 г, в то время как вес крупных плодов, по данным Дельма (P. et G. Delma), колеблется от 4000 до 5000 г.

Частота родов крупным плодом наблюдается в пределах от 2 до 11% (И. И. Яковлев, М. С. Малиновский, К. С. Иловайская, М. И. Лепилина).

В последние годы уделяется чрезвычайно большое внимание изучению этиологических факторов, которые способствуют развитию крупного плода. Сюда относят перенашивание, снижение рефлекторной возбудимости матки в связи с нарушением гормонального равновесия, повторные роды, чрезмерное питание матери, различные индивидуальные особенности матери и отца (в частности, возраст, рост) и др.

Развитие беременности при крупном плоде не сопровождается какими-либо осложнениями. Характерно отметить, что анатомически узкий таз с наружной конъюгатой, равной 18 см, встречается при крупных плодах в 3%, а таз с наружной конъюгатой ниже 18 см — только в 0,33% родов (М. И. Лепилина).

Аномалии положения и предлежания при крупных плодах наблюдаются несколько чаще, чем при плодах средних размеров, но реже, чем при анатомически узком тазе.

Преждевременное и раннее отхождение вод встречается очень часто (до 25%, по К. К. Скробанскому). А. В. Бартельс установил повышение частоты слабости родовой деятельности по мере увеличения веса плода.

Общая продолжительность родов при крупных плодах значительно больше, чем при плодах средних размеров, особенно это касается первородящих (соответственно 24—30 часов и 15—18 часов). Процент родоразрешающих оперативных пособий при родах крупным плодом, по Л. В. Ульяновскому, равен 9,7, по А. В. Ланковиц, — 11,6, по А. В. Бартельсу, — 12,4 и, по данным М. И. Лепилиной, — 19,3. В частности, операции кесарева сечения, по данным отечественных авторов, не выходят за пределы 1—1,5%, а по данным иностранных авторов, — до 5%.

Значителен процент наложения акушерских щипцов при родах крупным плодом, который доходит до 6—9 (А. В. Бартельс, Дельма), а по данным американских авторов, — от 3,2 до 34,6 [Кофф и Поттер, Ланд и Уиз, Сильвестер (Silvester)]. Из всех операций наиболее травмирующими следует признать наложение щипцов, повороты и извлечение. Самым тяжелым осложнением при родах крупным плодом является кровотечение в последовом периоде (приращение последа) и раннем послеродовом периоде (атония матки).

Процент плодоразрушающих операций доходит до 0,5—1,9.

При родах крупным плодом материнская смертность, по данным М. И. Лепилиной, доходит до 0,5%, а если имеют место оперативные роды, то до 2,78%. Особенно велика смертность при операциях наложения высоких щипцов.

Мертворождаемость при родах крупным плодом колеблется, по данным различных отечественных авторов, от 0,2 до 2,7% (Г. А. Бакшт, Г. Г. Гентер), по мере увеличения веса плода мертворождаемость повышается до 8—10%. Высокий процент травмы и гибели плода наблюдается при таких сочетаниях, как крупный плод и тазовые предлежания, крупный плод и поперечные положения, крупный плод и узкий таз. При выведении плечевого пояса переломы ключицы, парез и паралич плечевого сплетения встречаются в пределах 0,05—1,5% (А. М. Фой, И. Абрамович).

Внутричерепная травма новорожденных нередко выявляется только на 5—6-й день, поэтому всех детей, родившихся в асфиксии, следует рассматривать как нуждающихся в специальном режиме и лечении.

Тактика ведения беременности и родов при крупном плоде в литературном освещении сводится в основном к следующему:

1. Своевременная диагностика крупного плода в женской консультации и заблаговременное направление беременной в родильный дом, что является решающим фактором.

2. В стационарных условиях — уточнение вопроса о величине плода и емкости малого таза.

3. Сохранение целости плодного пузыря до окончания первого периода родов при помощи соответствующего режима.

4. Профилактическое применение в родах кислорода, глюкозы и кардиозола.

5. Разумный консервативизм при ведении родов.

6. При выявлении явного несоответствия между размерами головки и таза, неправильного положения плода, ягодичного предлежания, наличия анатомически узкого таза, а также отягощенного акушерского анамнеза — операция кесарева сечения в первом периоде родов (К. С. Иловайская).

К чему же будет сводиться тактика ведения родов у нашей роженицы?

Мы уточнили диагноз. Самопроизвольные роды живыми крупными плодами, имевшие место при прежних беременностях, дают основание придерживаться выжидательной консервативной тактики и при данных родах. Оперативное родоразрешение мы пока отклоняем, но готовы по показаниям произвести необходимую операцию в зависимости от условий.

20/V, 12 часов 30 минут. Самочувствие роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, 140 ударов в минуту. Головка прижата ко входу в таз. Определяется наполненный мочевой пузырь. Схватки стали чаще и эффективнее. Воды сохраняются. Роженица самостоятельно помочилась (моча прозрачная, 250 мл).

16 часов. Установилась интенсивная родовая деятельность. Схватки через 5—8 минут, по 40—45 секунд, умеренно болезненные. По данным наружного исследования, головка большим сегментом во входе в малый таз. Удастся пальпировать только небольшой сегмент. Воды не отходили.

Хорошее продвижение головки вселяет еще большую уверенность в правильности избранной нами тактики ведения родов. Соответствие между размерами головки и таза достаточно отчетливое, коль скоро головка вступила в малый таз. Состояние роженицы и рождающегося плода пока не вызывает тревоги.

17 часов 20 минут. отошли воды в небольшом количестве, чистые. Появились потуги. Состояние роженицы удовлетворительное. Сердцебиение плода стало несколько чаще, 152 удара в минуту, ритмичное. Головка наружными приемами не определяется. Назначена кислородная ингаляция (по 10 минут с интервалами в 10—15 минут), внутривенно глюкоза и внутримышечно кордиамин.

Нас волнуют изменения со стороны сердцебиения плода, которое, правда, ритмичное и достаточно ясное, но все же учащенное. Будем тщательно следить за сердцебиением в паузах между потугами с таким расчетом, чтобы своевременно уловить возможное дальнейшее его изменение (учащение, урежение, аритмию) и ускорить в зависимости от этого родоразрешение.

На данном этапе родов от акушера требуется спокойствие (меньше суетливости!), разумное консервативное ведение родов и вместе с тем готовность оказать своевременно оперативную помощь. Несмотря на то что в данный момент, надо полагать, уже имеются необходимые условия для наложения акушерских щипцов, тем не менее следует по возможности воздержаться от этой операции. Наложение щипцов на головку крупного плода всегда чревато тяжелым внутричерепным ранением.

18 часов 10 минут. Энергичная потужная деятельность. При каждой потуге анальное отверстие выпячивается, половая щель приоткрывается. Сердцебиение плода на протяжении последних 50 минут продолжает оставаться ясным, но учащенным, в пределах 150—154 ударов в минуту.

19 часов. Головка прорезывается медленно, промежность выпячивается, кожа ее значительно истончена, приобрела белесоватый оттенок. Сердцебиение плода 170 ударов в минуту, ритмичное.

Роженица утомлена, беспокоится за судьбу рождающегося ребенка. Нас также волнует нарастание симптомов внутриутробной асфиксии плода. Вместе с тем мы отмечаем угрожающие симптомы разрыва промежности. Самопроизвольные разрывы промежности, которая потеряла эластичность и способность к сопротивлению, могут повести к значительной травме. Рваные, разможенные, сильно травмированные ткани заживают после наложения швов хуже, чем резаные, часто вторичным натяжением, и тем самым создают большую угрозу материнскому организму.

Если разрывы промежности при всех родах наблюдаются примерно от 5,6 (П. Х. Хажинский) до 17% (Л. В. Ульяновский), то при родах крупным плодом процент разрывов промежности значительно выше и колеблется от 9 (Н. Седельковская) до 25,6 (М. И. Лепилина).

Итак, во время прорезывания появились абсолютные показания к ускорению родов в интересах как плода, так и роженицы.

Мы решили рассечь вульварное кольцо. Этой операции будет достаточно для того, чтобы роды закончились при очередной потуге.

Два вида оперативного пособия в равной мере достигают цели: боковой разрез вульварного кольца — эпизиотомия и рассечение по средней линии — перинеотомия. Мы отдаем предпочтение перинеотомии.

19 часов 10 минут. Во время потуги тупая бранша ножниц заведена в перерастянутое вульварное кольцо и энергичным движением промежность рассечена на протяжении 3 см.

Родился плод мужского пола в синей асфиксии, вскоре оживлен. При выведении плечиков препятствий не встретилось. Вес плода 4850 г, длина 54 см, окружность головки 38 см, окружность плечиков 40 см.

19 часов 50 минут. Родился послед. Детское место целое, оболочки все. Общая кровопотеря в пределах 350 мл.

С помощью зеркал осмотрена шейка матки, разрывов не обнаружено.

За время 4-часового пребывания родильницы в родовом зале были назначены внутримышечно 1 мл питуитрина, лед на живот. Тонус матки хороший, кровянистые выделения в умеренном количестве.

21/V, 0 часов 20 минут. Зашивание разреза промежности — кольпоперинеоррафия (colporrhineorrhaphia). На кожу промежности наложен подкожный кетгуттовый шов. Операция проведена под новокаиновой анестезией.

Послеродовой период без осложнений. Родильница выписалась в удовлетворительном состоянии с живым ребенком на 14-й день после родов.

Эпикриз

Н-ая, повторнородящая, поступила со слабо выраженной родовой деятельностью. Из анамнеза известно, что прежние роды были самопроизвольными, крупными плодами. Большие размеры живота и высокое стояние дна матки при данной беременности после исключения многоводия и многоплодия были объяснены наличием крупного плода. Принята консервативная тактика ведения родов. В конце второго периода родов появились первые угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода (учащение сердцебиения до 150—154 ударов в минуту). Было решено воздержаться от форсированного родоразрешения путем наложения акушерских щипцов на головку крупного плода. При наличии интенсивной родовой деятельности вскоре наступило врезывание и прорезывание головки. В момент прорезывания головки сердцебиение плода участилось до 170 ударов в минуту, а со стороны промежности выявились угрожающие признаки ее разрыва. Своевременно предпринятой перинеотомией обеспечено рождение живого крупного плода (вес 4850 г) и предотвращен самопроизвольный разрыв промежности. Рана зашита через 4 часа после родов. Послеродовой период без осложнений.

Роды крупным плодом. Кесарево сечение

Н-ва, 34 лет, первобеременная, поступила в акушерскую клинику 8/XI 1953 г. в 17 часов с подтекающими водами.

Анамнез. В детском возрасте перенесла корь и коклюш. В течение последних 2 лет часто болела гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 16 лет, по 4—5 дней, через 21 день, умеренные, безболезненные. Последняя менструация в середине февраля 1953 г. Срок предполагаемых родов — 12—16/XI.

Половая функция. Половая жизнь с 22 лет. Брак первый. Последнее половое сношение 2 месяца назад.

Генеративная функция. Настоящая беременность первая. Под наблюдением консультации находилась с III месяца беременности. Первое шевеление плода ощутила на 20-й неделе. На VIII месяце появились умеренные отеки голеней. Соблюдала молочно-растительную диету. В моче, которая исследовалась периодически, белка не обнаруживали. Артериальное давление не превышало 140/95 мм на протяжении всего наблюдения в консультации.

На 38-й неделе размеры окружности живота достигли 126 см при высоте стояния дна матки 40 см над лоном. В связи с подозрением на двойню дважды была произведена рентгенография (на VI и IX месяце). Последний снимок подтвердил наличие одного крупного плода в тазовом предлежании.

8/XI после падения (в 14 часов) отошли воды и вскоре появились слабые схватки.

Общее обследование. Состояние при поступлении в клинику удовлетворительное. Телосложение правильное. Видимые слизистые нормальной окраски. Подкожножировой слой развит чрезмерно. Слабо выражен отек кожи живота и конечностей. Рост 171 см, вес 87 кг.

Органы кровообращения. Пульс 76 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца в норме, тоны чистые. Артериальное давление 130/80 мм.

Органы дыхания и пищеварения без особенностей.

Мочевые органы. Дизурических явлений нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. В моче белка нет.

Акушерское обследование. Кожа живота дряблая. Окружность живота на уровне пупка 128 см, высота стояния дна матки над лоном 42 см. Положение плода продольное, спинка справа, мелкие части слева. Головка пальпируется у дна матки слева, над входом в таз пальпируются ягодицы. Сердцебиение прослушивается отчетливо справа выше пупка, 126 ударов в минуту. Схватки слабые, редкие (нерегулярные).

Воды подтекают в небольшом количестве в течение 3 часов. Размеры таза 25; 28,5; 32; 21,5 см. Индекс Соловьева — 14,5 см. Длина плода по наружному измерению тазомером 28 см.

Влагалищное исследование. Влагалище нерожавшей женщины, узкое. Шейка размягчена, сформирована, наружный зев закрыт. Мыс не достигается. В тазу экзостозов нет. Предлежащая часть (ягодицы) высоко над входом в таз.

Какой диагноз? В чем будет состоять тактика ведения родов?

1. Роды крупным плодом у первородящей с нормальным тазом. Роды вести выжидательно.

2. Роды крупным плодом. Тазовое предлежание. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Показана стимуляция.

3. Преждевременное отхождение околоплодных вод при родах крупным плодом в тазовом предлежании является тяжелым прогностическим симптомом как для старой первородящей, так и для плода. Показана операция кесарева сечения.

Первый вариант предлагаемой акушерской тактики следует признать несостоятельным. Дело сводится не только к родам крупным плодом у первородящей с нормальным тазом. В данном случае акушерская ситуация значительно сложнее. Роды у нашей роженицы осложнились тремя отягощающими факторами: 1) роды крупным плодом, 2) несвоевременное отхождение околоплодных вод и 3) тазовое предлежание.

Остановимся подробнее на каждом из этих моментов.

Роды крупным плодом освещены нами в предыдущем семинаре. Как и большинство акушеров (Г. Г. Гентер, В. С. Груздев, К. К. Скробанский, И. И. Яковлев, А. В. Бартельс), мы склонны рассматривать роды крупным плодом как стоящие на границе между физиологическими и патологическими родами.

Как известно, несвоевременный разрыв плодных оболочек, особенно у первобеременных — явление нередкое даже при физиологических родах (15—20%). В ряде случаев несвоевременное отхождение вод не отражается на течении физиологических родов. В большей же части случаев мы являемся свидетелями самой разнообразной патологии. В этом отношении решающим моментом является давность отхождения вод. Практика показывает, что: 1) длительность безводного промежутка обычно прямо пропорциональна частоте послеродовых заболеваний; 2) длительность безводного промежутка прямо пропорциональна частоте мертворождений; 3) отхождение вод при подвижной головке нередко влечет за собой выпадение мелких частей и пуповины; 4) несвоевременное отхождение вод приводит к длительным, затяжным, «сухим» родам; 5) несвоевременное отхождение вод повышает процент оперативных вмешательств в родах.

Такова клиническая характеристика несвоевременного отхождения вод, наблюдаемая в родах при головных предлежаниях. Клиника родов крупным плодом при несвоевременном отхождении околоплодных вод будет значительно сложнее.

Наконец, третий фактор — роды при тазовом предлежании. Наиболее частыми осложнениями являются: 1) затруднения в выведении последующей головки, 2) запрокидывание ручек; 3) задний вид тазового предлежания.

Перечисленные осложнения порождают значительные трудности в ведении родов при тазовом предлежании. Сравнительно высокий процент асфиксий, травмы плода и мертворождаемости, а также повышенный процент травматизма матери дают достаточно оснований, чтобы роды при тазовом предлежании также ставить на грани физиологических и патологических. В частности, задержка в рождении последующей

головки обычно объясняется той или иной степенью несоответствия между размерами головки и таза, неспособностью последующей головки к конфигурации.

Таковы осложнения при родах крупным плодом, при тазовом предлежании и при несвоевременном отхождении вод. У нашей роженицы имеют место все три отягчающих фактора. Какая, действительно, сложная акушерская ситуация!

Роженица поставлена в известность о трудностях во время предстоящих родов; она настаивает на рождении живого ребенка.

Можем ли мы гарантировать родоразрешение живым плодом через естественные родовые пути? Конечно, нет!

Роженица дала согласие на операцию кесарева сечения, к которой мы и приступили, не теряя времени.

8/XI, 18 часов. Роженица доставлена на каталке в операционную. Моча спущена катетером. Состояние удовлетворительное. Сердцебиение плода ясное. Схватки очень слабые, нерегулярные.

Под местной инфильтрационной анестезией произведена операция абдоминального кесарева сечения в нижнем сегменте матки. За ножки извлечен живой мальчик (вес 5000 г, длина 60 см, окружность головки 39 см, окружность плечевого пояса 43 см). После перевязки и перерезки пуповины тотчас же отделена и удалена плацента, расположенная по правой и задней стенке ближе ко дну матки. В матку введен 1 мл питуитрина. Продольный разрез в нижнем маточном сегменте зашит трехэтажным швом. Перитонизация. Брюшная стенка восстановлена послойно. На кожу наложены узловые шелковые швы и сухая повязка.

Послеоперационный период протекал при небольшой субфебрильной температуре в течение первых 5 дней, в дальнейшем — при нормальной. Выписалась домой на 14-й день с новорожденным в удовлетворительном состоянии.

Эпикриз

Н-ва, первобеременная, находилась под регулярным наблюдением женской консультации, где своевременно обратили внимание на большие размеры окружности живота и высоты стояния дна матки. С помощью рентгенографии установлено наличие одного крупного плода в тазовом предлежании. 8/XI, после падения роженицы, прошли околоплодные воды, а вскоре за этим появились схваткообразные боли внизу живота. В родильном доме после тщательного клинического обследования было решено отказаться от консервативной тактики ведения родов. Такая сложная акушерская ситуация, как роды крупным плодом при тазовом предлежании и несвоевременном отхождении околоплодных вод у старой первородящей, не могла предопределить рождение живого плода. Роженице была предложена операция кесарева сечения, на которую она дала согласие. Операция и послеоперационный период без осложнений. Родильница выписалась с новорожденным в удовлетворительном состоянии под наблюдение женской консультации.

Роды при гидроцефалии

Ш-ва, 25 лет, поступила в родильный дом 18/V 1956 г. в 24 часа с подтекающими водами.

Анамнез. Наследственность здоровая. В детстве болела воспалением легких, в 1950 г. перенесла аппендэктомия. Условия труда и быта удовлетворительные.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились сразу, по 5 дней, через месяц, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 15 по 17/VIII 1955 г.

Половая функция. Половая жизнь с 23 лет.

Генеративная функция. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений. Первое шевеление плода ощутила в начале января 1956 г. Женскую консультацию посетила 10 раз, начиная с 13-недельной беременности.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Температура 36,7°. Телосложение правильное. Рост 146 см, вес 55 кг. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Артериальное давление 130/80 мм. Органы кровообращения, дыхания, пищеварения и мочевые без отклонений от нормы.

Акушерское обследование. Окружность живота 91 см, высота стояния дна матки над лоном 32 см. Положение плода продольное, сердцебиение слева ниже пупка, 136 ударов в минуту. Головка над входом в малый таз, плотная, большая. Родовой деятельности нет. Воды прошли дома за полчаса до поступления в клинику. В настоящее время воды подтекают в умеренном количестве. Размеры таза 25, 28, 31, 20 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сохранена, наружный зев пропускает фалангу исследующего пальца. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Деформаций и экзостозов в тазу нет. Мыс не достигается.

Дежурный врач на основании данных обследования поставил диагноз: беременность сроком 39—40 недель. Головное предлежание. Преждевременное отхождение вод.

В истории родов значится следующая акушерская концепция: «В связи с преждевременным отхождением вод и отсутствием родовой деятельности решено применить стимуляцию родовой деятельности, создав предварительно гормональный фолликулярный фон. При развившейся родовой деятельности провести повторное влагалищное исследование».

Согласны ли мы с диагнозом и намеченной тактикой ведения родов?

Позволять ли приступать к стимуляции родовой деятельности, не уточнив вопроса о соответствии между размерами головки и таза? Ведь по данным обследования, произведенного дежурным акушером, головка плода большая, плотная, подвижная над входом в таз, несмотря на отхождение вод у первородящей.

Были произведены дополнительные измерения таза и головки. Лобно-затылочный размер головки оказался равным 13,5 см. Признак Вастена-Генкеля резко положительный. Обращает на себя внимание диспропорция между предлежащей головкой и туловищем плода — шейная борозда находится на один поперечный палец ниже пупка. Индекс Соловьева равен 14 см.

Обследованием установлено, что таз достаточно емкий, анатомически полноценен. Что же касается головки плода, то, по данным наружного исследования, она очень больших размеров. Несоответствие между размерами головки и таза, таким образом, не вызывает сомнения.

Что имеет место? Может быть у беременной крупный плод?

Если в данном случае действительно имеются роды крупным плодом, а таз роженицы мы склонны расценить как функционально неполноценный, то тактика ведения родов в данном случае не будет спорной. Мы должны остановиться на оперативном методе родоразрешения и поставить в известность роженицу о предстоящей операции кесарева сечения. Если роженица не даст согласия на чревосечение, то роды надо вести консервативно и, при наличии условий, закончить плодоразрушающей операцией.

Но мы воздержимся беседовать с роженицей на эту тему, так как диагноз продолжает оставаться недостаточно ясным. Трудно согласиться, что у нашей роженицы крупный плод. При крупном плоде окружность живота обычно превышает 100 см, а высота стояния дна матки — обычно выше 37—38 см. У нашей роженицы эти размеры соответственно равняются 91 и 32 см.

Нас смущает также установленная при наружном исследовании диспропорция между головкой и туловищем плода: очень большая головка при небольшом туловище. Естественно, напрашивается вопрос, не имеем ли мы дело с гидроцефалией?

Гидроцефалия — это водянка головки. Заболевание характеризуется увеличением размеров черепа, скоплением большого количества жидкости в желудочках и субарахноидальных пространствах и явлениями повышенного внутричерепного давления. Количество жидкости (обычно

прозрачной, редко желтоватой или зеленоватой) колеблется от 100 мл до нескольких литров (до 5 и даже 10).

Окружность головки нередко достигает больших размеров (от 50 до 80 см и больше) (рис. 94). Черепные кости обычно тонкие, мягкие, просвечивают, между собой не соединены. Роднички и швы открыты, напряжены.

Диагностика гидроцефалии не вызывает трудностей, если плод погибает еще до родов. В этих случаях внутричерепное давление снижается, большая головка в спавшемся состоянии представляет эластический



Рис. 94. Гидроцефал.



Рис. 95. Роды при гидроцефалии. Непреодолимое препятствие.

пузырь, который во время родов в ряде случаев легко проходит через родовый канал. При наружном исследовании пальпируются истонченные, подвижные кости черепа, при надавливании на них иногда слышен характерный хруст пергамента. При влагалищном исследовании определяются больших размеров роднички и широкие швы.

Диагностика гидроцефалии затруднена при живом плоде. В этих случаях через брюшную стенку пальпируется чрезвычайно напряженная, плотная, большая головка, подвижная над входом в таз. Ее размеры очень часто исключают возможность самопроизвольных родов через естественные родовые пути (рис. 95). При влагалищном исследовании (несглаженной шейке) акушер лишен возможности иметь суждение о швах и родничках. Вот почему диагностика гидроцефалии при живом плоде, как это имеет место, например, у нашей роженицы, представляет значительные трудности.

Можем ли мы с уверенностью говорить о гидроцефалии плода в данном случае?

Конечно, нет. Свой предположительный диагноз мы строим на следующих далеко не достоверных признаках:

- 1) крупная головка, лобно-затылочный размер равен 13,5 см;
- 2) умеренные размеры окружности живота и высоты стояния дна матки при крупной головке;

3) наличие диспропорции между размерами головки и туловища плода (высокое стояние уровня шейной борозды).

Других признаков для построения дифференциального диагноза гидроцефалии у нашей беременной в данный момент не имеется. Мы подчеркиваем — «в данный момент», так как по мере развития родовой деятельности шейка матки будет сглаживаться, а зев шейки — постепенно раскрываться. Влагалищное исследование, проведенное при раскрытии зева на 2—3 поперечных пальца, даст возможность определить характер швов и родничков и тем самым более достоверно подтвердить или отклонить диагноз гидроцефалии.

Если путем влагалищного исследования не удастся диагностировать гидроцефалию, то следует произвести обзорный рентгеновский снимок брюшной полости.

19/V, 7 часов. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. Температура 36,5°. Артериальное давление 110/70 мм. Схватки, слабые, редкие (нерегулярные). Головка над входом в таз, подвижная. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, 132 удара в минуту. Мочиспускание самостоятельное, безболезненное. После очистительной клизмы был стул.

8 часов 45 минут. Родовые схватки регулярные, через 6—7 минут, по 20—25 секунд, средней силы. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, 134 удара в минуту, ясное, слева на уровне пупка. Воды подтекают в умеренном количестве.

11 часов 10 минут. Артериальное давление 110/70 мм. Пульс 72 удара в минуту, правильный, хорошего наполнения. Схватки средней силы, через 4—5 минут, по 20—25 секунд. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное, ритмичное, слева на уровне пупка. Головка прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля резко положительный. Воды подтекают в скудном количестве, светлые.

Настало время уточнить диагноз, идет ли речь о родах крупным плодом или в данном случае имеет место уродство плода — гидроцефалия. Своевременное распознавание предпримет и правильный выбор акушерской тактики. Однако уже сейчас мы вправе отклонить какую бы то ни было стимуляцию родовой деятельности.

11 часов 30 минут. Дежурный врач произвел влагалищное исследование для выяснения состояния шейки матки и характера подлежащей части (состояние швов и родничков). Шейка сглажена, раскрытие зева на два поперечных пальца. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Сагиттальный шов в поперечном размере входа в малый таз, отклонен ближе к лону. Большой родничок находится справа, малый — слева. Большой родничок стоит ниже малого. Обращает на себя внимание широкий напряженный сагиттальный шов, а также истончение и размягчение костей.

Диагноз: первый период родов, головное предлежание, умеренное разгибание головки, первая позиция. Заднетеменное склонение. Гидроцефалия. Преждевременное отхождение вод.

Можно ли считать данный диагноз окончательно установленным, или, быть может, показана рентгенография? Какова дальнейшая тактика ведения родов?

1. Диагноз гидроцефалии не подлежит сомнению. Показан прокол в области большого родничка; роды предоставить естественному течению.

2. В данном случае несомненно имеет место гидроцефалия. Показан прокол троакаром, после чего надо наложить кожно-головные щипцы.

3. В связи с наличием гидроцефалии произвести прокол головки троакаром, перфорацию головки с последующей краниоклазией.

Мы также полностью разделяем диагноз гидроцефалии. Не будем терять времени и приступим к операции прокола головки гидроцефала.

А что делать дальше? Из предложенных вариантов мы отклоняем прежде всего третий. Если перфорацию головки можно выполнить при раскрытии маточного зева на 2—3 поперечных пальца, то краниоклазию необходимо проводить при полном раскрытии. Таким образом, из-за отсутствия необходимых условий операция краниотомии отпадает.

Привлекает внимание первое предложение, согласно которому после прокола головки предлагается предоставить роды естественному течению. У нас нет возражений против данного метода, так как он действительно является наиболее бережным. Однако при первичной слабости родовой деятельности самопроизвольное родоразрешение значительно затянется. Вот почему мы склонны воспользоваться вторым предложением, а именно: после прокола головки троакаром наложить кожно-головные щипцы и подвесить небольшой груз, что и приведет к более быстрому родоразрешению.

Согласно литературным данным, гидроцефалия встречается 1 раз на 1500—3000 родов (Н. З. Иванов, В. С. Груздев). Чаще (около 70% случаев) гидроцефал предлежит головкой, реже — тазовым концом.

11 часов 50 минут. Операция: прокол головки плода троакаром.

Показания: гидроцефалия.

Обезболивание: эфирно-кислородный ингаляционный наркоз (эфира 30 мл).

Описание операции: под контролем пальца произведен прокол головки троакаром в области большого родничка. Излилось 700 мл прозрачной жидкости соломенно-желтого цвета. Троакар удален и на головку, ближе к малому родничку, наложены кожно-головные щипцы, к которым подвешен груз 500 г.

13 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Схватки через 6—7 минут, средней силы, по 20 секунд. Головка прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля отрицательный. Шейная борозда определяется на середине между пупком и верхним краем лона. Сердцебиение плода не выслушивается. Кожно-головные щипцы лежат хорошо. Матка во всех ее отделах как во время схваток, так и вне схваток безболезненна.

15 часов 30 минут. Появились потуги, через 3—4 минуты, по 30—35 секунд. Головка опустилась в полость таза. Состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб нет. Артериальное давление 120/80 мм. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, хорошо наполнения.

16 часов 10 минут. Родился мертвый плод женского пола со спавшейся головкой. Перфорационное отверстие в области большого родничка. Вес 2300 г, длина 46 см, окружность головки 40 см.

16 часов 20 минут. Самостоятельно родился послед. Детское место целое, оболочки все. Матка в хорошем тоне. Кровянистые выделения умеренные. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 70 ударов в минуту. Промежность цела. Шейка цела (осмотрена в зеркалах).

Послеродовой (послеоперационный) период без осложнений (однократный подъем температуры до 38°). Выписана в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки.

Эпикриз

Ш-ва, первородящая, поступила с отошедшими водами без родовых схваток. При акушерском обследовании установлена очень крупная предлежащая головка (лобно-затылочный размер достигает 13,5 см). При дифференциальной диагностике встретился трудности в решении вопроса, имеется ли крупный плод или гидроцефалия. При обследовании наружными приемами было установлено высокое стояние шейной борозды (на один поперечный палец ниже пупка!) при высоте стояния дна матки 32 см над лоном и окружности живота, равной 91 см, характеризующих среднюю величину плода. Таким образом, выявленная диспропорция между размерами головки и туловища плода дала основание прежде всего заподозрить гидроцефалию. Диагноз был подтвержден данными, полученными после установления хорошей родовой деятельности при влагалищном исследовании (широкий сагиттальный шов, больших размеров роднички, мягкие, тонкие кости черепа).

После прокола троакаром черепа вытекло 700 мл светлой жидкости, на головку наложены кожно-головные щипцы и подвешен груз (500 г). Родилась мертвая девочка; окружность головки в спавшемся состоянии 40 см.

Послеоперационный (послеродовой) период без осложнений. Родильница выписалась домой на 10-е сутки после родоразрешения.

Клинически узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности. Стимуляция. Асфиксия плода. Наложение акушерских щипцов

Ф-ва, 24 лет, поступила в клинику 8/III 1953 г. в 21 час 30 минут с начавшейся родовой деятельностью.

Анамнез. Росла крепким ребенком. Из перенесенных в детском возрасте заболеваний называет только корь. В средней школе и в студенческие годы увлекалась физкультурой, а в последние годы — теннисным спортом.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились сразу, через месяц, по 4—5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 16 по 14/VI 1952 г.

Половая функция. Замужем с 22 лет.

Генеративная функция. Настоящая беременность первая, протекала без особенностей. Первое шевеление плода ощутила 25/X. Первый раз посетила женскую консультацию на III месяце беременности. Всего 6 посещений, последнее — 2 недели назад. Прошла 5 занятий по психопрофилактической подготовке к родам. Боли в пояснице и первые схватки появились 8/III в 17 часов. Регулярные схватки начались с 20 часов того же дня.

Общее обследование. Состояние при поступлении в клинику удовлетворительное. Температура 36,6°. Телосложение правильное. Рост 156 см, вес 62 кг. Скелет без деформаций. Подкожножировой слой развит удовлетворительно. Слабо выражена пигментация средней линии живота, сосков и околососковых кружков. Пупок сглажен. Полосы беременности также слабо выражены.

Органы кровообращения, дыхания, пищеварения и мочевые — без особенностей.

Акушерское обследование. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное, позиция вторая. Предлежит головка, подвижная над входом в таз, достаточно крупная, кости плотные. Лобно-затылочный размер, по данным наружного исследования, равен 12 см. Признак Вастена-Генкеля (во время схватки) — «вровень». Сердцебиение плода справа ниже пупка, 140 ударов в минуту. Размеры таза 25, 28, 32, 20 см. Индекс Соловьева — 13 см. Ромб Михаэлиса правильной формы — длинник и поперечник ромба по 11 см.

Схватки через 10—15 минут, малоэффективные.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище узкое. Шейка несколько укорочена, шейный канал едва пропускает фалангу исследующего пальца. Предлежит головка, во время схваток прижимается ко входу в таз. Мыс достигается, диагональная конъюгата равна 12,5 см. Экзостозов в тазу нет. Безымянные линии доступны для исследования.

Какой диагноз? Какой прогноз родов?

1. Нормальные срочные роды у первородящей. Начало первого периода родов. Прогноз благоприятный.

2. Срочные роды у первородящей. Первый период родов. Необходимо уточнить вопрос о соответствии между размерами головки и таза.

Какие же моменты вызывают тревогу у акушера? Почему возникает необходимость уточнить вопрос о соответствии между размерами головки и таза?

Ведь на роды поступила молодая первобеременная женщина, спортсменка. Роды только начинаются и, казалось бы, неуместна тревога в отношении таза, размеры которого в пределах нормальных цифровых показателей. А между тем основания к акушерской настороженности, бесспорно, имеются. Нас волнуют некоторые данные акушерского обследования.

В самом деле, почему, например, у первобеременной головка перед родами и в начале родов продолжает оставаться подвиж-

ной над входом в таз? Мы хорошо знаем, что такой симптом обычно наблюдается при несоответствии между размерами головки и таза.

Привлекает внимание и то обстоятельство, что лобно-затылочный размер подлежащей головки равен 12 см, а кости черепа плотные. Акушер, естественно, волнуется, не отразится ли плотность костей на конфигурации головки во втором периоде родов.

Наконец, признак Вастена-Генкеля — «вровень» напоминает, что между головкой и тазом имеется небольшое несоответствие.

Вот те моменты, которые привлекли внимание акушера. Хотя таз у нашей роженицы, по данным наружного измерения, и является нормальным, но в родах он может оказаться функционально неполноценным, или, как принято говорить, клинически узким.

Функциональная неполноценность таза в родах всегда определяется несоответствием между размерами головки и таза независимо от размеров последнего. Так, хорошо известно, что при анатомически узком тазе с сужением I и II степени самопроизвольные роды живыми доношными плодами наблюдаются примерно в 75% случаев. Следовательно, анатомически узкий таз (в пределах I и II степени сужения) еще не дает основания говорить об его функциональной несостоятельности в родах. Только анатомически узкий таз с сужением III и IV степени всегда характеризуется и функциональной неполноценностью, так как степень несоответствия между размерами головки и таза значительно выражена.

Вот почему акушер должен помнить, что «анатомически узкий таз» и «клинически узкий таз» — понятия различные. Одной анатомической характеристики таза для прогноза родов недостаточно. Значительно большее значение приобретает функциональная характеристика, которая сводится к учету большого комплекса необходимых сведений. Сюда входит учет анамнестических данных, размеров плода и головки, плотности черепных костей, характера вставления и степени конфигурации рождающейся головки, характера родовой деятельности, состояния плодного пузыря и др.

Выявление всех этих данных и правильное их истолкование проводится главным образом в процессе родов (после окончания первого периода) и представляет нередко значительные трудности.

Тем не менее это не должно смущать практического врача. При разумном консервативном ведении родов акушер располагает и временем, и возможностью сменить выжидательную тактику на активную и ускорить родоразрешение путем применения той или иной акушерской операции в зависимости от условий.

Возвратимся к состоянию нашей роженицы.

8/III, 23 часа 30 минут. Родовая деятельность умеренная. Схватки регулярные, через 10—12 минут, по-прежнему малоэффективные, короткие. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили. Общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление 120/85 мм. Пульс 80 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения.

Поскольку родовая деятельность только развивается, а состояние роженицы и плода удовлетворительное, мы решили придерживаться консервативной тактики ведения родов.

Что же касается опасений о наличии возможного несоответствия между размерами головки и плода, то мы решили уточнить этот вопрос путем дополнительного обследования. Обратите внимание на скелет в

целом. Голова у роженицы некрупная, черты лица мелкие, женственные. Руки длинные, запястья тонкие (индекс Соловьева равен 13 см), пальцы тонкие, длинные. Вместе с тем подкожножировая клетчатка развита умеренно, мышцы брюшного пресса хорошо выражены. Все говорит о тонкокостном скелете; малый таз, по-видимому, достаточно емкий.

Хорошее физическое развитие, достаточно выраженный тонус мускулатуры дают основание полагать, что незначительная степень несоответствия будет в родах преодолена.

Как видите, все усилия направлены к тому, чтобы получить возможно более четкое представление о действительной емкости малого таза.

Однако существующие, общепринятые и доступные, методы измерения наружных и внутренних размеров таза не всегда дают правильное отображение истинных размеров таза. Не существует в наше время и достоверных методов определения размеров головки плода. Применяемые методы измерения головки тазометром через брюшные покровы (Альфелд) не всегда дают уверенность в том, что мы действительно измеряем лобно-затылочный размер головки, а не какой-либо другой размер.

Правильное представление о емкости таза и величине головки приобретает особо важное значение в тех случаях, когда решается вопрос соответствия или несоответствия размеров головки и таза.

Разработанный в свое время Б. А. Архангельским рентгеностереопельвиметрический метод, равно как и рентгенопельви- и кефалометрия, предложенная П. А. Белошапко, являются более точными, а тем самым и ценными методами для определения размеров таза роженицы и головки плода. Но эти методы недоступны для практического акушерства.

Заслуживает внимания предложенное Л. Л. Окинчицем (1929) измерение лонно-седалищного размера. В. А. Лосицкая на большом числе наблюдений (668 родов) доказала, что измерение лонно-седалищного размера может служить дополнительным методом исследования для выявления клинически узкого таза.

Техника измерения. Женщина занимает положение на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены в стороны. Одну ножку тазометра помещают на наиболее выступающую часть седалищного бугра, а другую — на верхний край лонной кости.

Если лонно-седалищный размер равен 11,5 см и более, то роды требуют особого внимания. У женщин с нормальными размерами таза, а тем более с узким тазом увеличение лонно-седалищного размера свыше 11,5 см говорит обычно об их функциональной неполноценности.

Несколько замечаний по поводу признака Вастена-Генкеля. Наша клиника широко пользуется этим показателем, и в комплексе с другими клиническими приемами признак Вастена-Генкеля является в ряде случаев решающим фактором в изменении тактики ведения родов.

При подвижной головке признак Вастена-Генкеля никакой клинической ценности не имеет и потому не должен применяться.

При неподвижно стоящей головке (во входе в таз) и хорошей родовой деятельности признак Вастена-Генкеля приобретает известное значение, ценность его относительная. Клиническая ценность признака значительно повышается, если он применяется при фиксированной головке, хорошо выраженной родовой деятельности, отошедших водах и полном раскрытии наружного зева.

Вот почему легкая степень несоответствия между размерами головки и таза у нашей роженицы, выявленная признаком Вастена-Генкеля при недостаточно фиксированной головке, имеет только относительное значение. Мы с большим эффектом воспользуемся этим признаком в конце первого периода родов.

9/III, 4 часа. Установилась хорошая родовая деятельность. Схватки через 5—8 минут, по 40—45 секунд. Сердцебиение плода по-прежнему ритмичное, ясное, 140 ударов в минуту. Воды не отходили. Головка малым сегментом во входе в таз. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

7 часов 50 минут. отошли околоплодные воды в умеренном количестве, чистые. Родовая деятельность хорошая. Схватки через 5—8 минут. Головка, по данным наружного исследования, вступила большим сегментом во вход таза. Признак Вастена-Генкеля отрицательный. Сердцебиение плода без изменений.

Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края тонкие, легко податливые, раскрытие около 4 поперечных пальцев. Головка занимает верхний край задней поверхности лонного сочленения, мыс закрыт фиксированной во вход головкой. Стреловидный шов в левом косом размере (ближе к поперечному), малый родничок справа и несколько спереди, большой — слева, сзади несколько выше малого. Плодного пузыря нет.

Итак, наблюдение за динамикой продвижения головки показывает, что незначительное несоответствие, наблюдавшееся в начале родов, в данный момент преодолено. Состояние роженицы и плода удовлетворительное. Тактика ведения родов продолжает оставаться консервативной.

9 часов 50 минут. Роженица жалуется на усталость. Схватки стали реже, через 12—15 минут, по 30—35 секунд, недостаточно эффективные. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Незначительное подтекание вод. В связи с переполнением мочевого пузыря моча выпущена катетером (220 мл, прозрачная).

11 часов. Схватки через 12—15 минут, слабые, короткие, малоэффективные. Роженица устала. Между схватками дремлет. Сердцебиение плода 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Умеренное подтекание околоплодных вод. Головка продолжает оставаться большим сегментом во входе в таз.

Что произошло?

1. Вторичная слабость родовой деятельности. Показана стимуляция.

2. Роженице следует предоставить отдых. Если этого будет недостаточно, начать стимуляцию родовой деятельности.

Слабость родовой деятельности как у повторнородящих, так и у первородящих (особенно у последних) не является большой редкостью и достигает 1,6—8,1% (А. М. Оленева, П. А. Белошапко). Могли ли мы предвидеть возможность возникновения слабости родовой деятельности у нашей роженицы? Тщательное изучение и физического развития, и психосоматического тонуса не давало основания для подобного предположения. Нам казалось, что мы правильно расценили потенциальные возможности у молодой здоровой женщины. Первый период родов действительно протекал при полноценной родовой деятельности. Однако с наступлением второго периода родов появилось утомление роженицы, что и послужило достаточной причиной для развития вторичной слабости родовой деятельности.

Легкая степень несоответствия между размерами головки и таза, о которой шла речь выше, потребовала, по-видимому, достаточно большой затраты физических сил женщины, что и выразилось в ослаблении родовой деятельности.

Никакой другой причины, которая могла бы повлечь за собой нарушение родовой деятельности, не было. Брюшной пресс у нашей роженицы функционально достаточно полноценен, плодный пузырь вскрылся своевременно, ущемления губы шейки нет, вставление головки правиль-

ное. Отпадает вопрос и о ригидности тканей шейки матки и различных рубцовых изменениях мягких родовых путей.

Перед нами встал вопрос о выборе метода стимуляции вторичной слабости родовой деятельности.

Прежде чем приступить к стимуляции, мы произвели влагалищное исследование, которое показало, что головка стоит большим сегментом во входе в малый таз, раскрытие зева полное.

Мы располагаем опытом успешного применения пахикарпина при вторичной слабости родовой деятельности. Вот почему и в данном случае выбор пал на этот препарат. Фармакодинамические особенности пахикарпина в основном сводятся к следующему: 1) он не вызывает длительных или тетанических сокращений матки, как это наблюдается при применении питуитрина, 2) не повышает артериального давления, 3) дает хороший эффект при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах.

11 часов 10 минут. Внутримышечно введено 5 мл 3% раствора пахикарпина. Роженица выпила стакан горячего сладкого чая. Обеспечено тщательное наблюдение за родовой деятельностью и сердцебиением плода.

12 часов. Установились регулярные потуги через 5—8 минут, по 40 секунд, достаточно эффективные. Сердцебиение плода ритмичное, но учащенное, 150 ударов в минуту. Головка опустилась в полость малого таза. Через брюшную стенку прощупывается только небольшая часть головки (по-видимому, лобик). Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту. Температура 36,8°.

В порядке профилактики назначены: 1) ингаляции кислорода (по 5 минут через 10 минут),

2) 20 мл 40% раствора глюкозы в вену вместе с 1 мл 10% раствора кардиазола.

Действие пахикарпина оказалось достаточно эффективным. Однако параллельно с продвижением головки появилось стойкое учащение сердцебиения плода.

12 часов 40 минут. Хорошая родовая деятельность. Сердцебиение плода ясное, но уреженное, 110—120 ударов в минуту.

Угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода нарастают: учащение сердцебиения плода сменяется его урежением.

Что делать?

Головка в полости таза, по-видимому, в узкой части. Показано срочное родоразрешение (щипцы).

Мы полностью разделяем это решение. Дальнейшая тактика консервативного ведения родов будет необоснованной. Коль скоро речь идет о начинающейся асфиксии плода, то для спасения его необходимо срочно приступить к операции наложения акушерских щипцов, если имеются необходимые условия.

13 часов. Роженица доставлена из родового зала в операционную, где непосредственно перед операцией произведено влагалищное исследование. Головка стоит в узкой части полости таза. Стреловидный шов в левом косом размере (ближе к прямому).

После соответствующей подготовки рук акушера и операционного поля под эфирно-кислородным наркозом наложены щипцы в правом косом размере. При наложении ложек и их замыкании затруднений не было. После пробных тракций последовали собственно тракция. Головка быстро перешла стреловидным швом в прямой размер выхода таза. Тракциями средней силы головка выведена в щипцах, затем ложки сняты. Извлечен живой плод женского пола: вес 4300 г, длина 51 см, окружность головки 39 см. Послед родился через 45 минут. Детское место целое, оболочки все. Кропотеря 300 мл.

Осмотр с помощью зеркал: шейка цела, на задней стенке влагалища небольшая ссадина, не требующая зашивания, смазана йодной настойкой.

Послеродовой период без осложнений. Выписана с ребенком на 12-й день.

Эпикриз

Ф-ва, первородящая, поступила в начале периода раскрытия. Нормальный таз у молодой здоровой роженицы оказался функционально неполноценным. В связи с развившейся вторичной слабостью родовой деятельности применена стимуляция пахикарпином (внутримышечно 5 мл 3⁰/₀ раствора), которая оказалась достаточно эффективной. При стоянии головки в полости таза появились угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода, что послужило показанием к оперативному родоразрешению (полостные щипцы). Послеродовой (послеоперационный) период без осложнений. Родильница выписана с новорожденным в удовлетворительном состоянии на 12-й день.

акusher-lib.ru

ГЛАВА XVI

АКУШЕРСКАЯ ТРАВМА

Начинающийся разрыв матки, кесарево сечение

К-ва, 34 лет, поступила в акушерскую клинику 20/VI 1952 г. в 11 часов.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детском возрасте перенесла корь, скарлатину, коклюш, в 20 лет — крупозное воспаление легких, в 30 лет — вирусный грипп.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, установились через год, по 4—5 дней, через 28 дней, довольно обильные, болезненные. Последняя менструация с 19 по 22/IX 1951 г.

Половая функция. Половая жизнь с 28 лет, брак первый.

Генеративная функция. Настоящая беременность третья, роды первые. Обе предыдущие беременности закончились искусственными абортми, один из них — во внебрюшинной обстановке. После второго аборта болела 2 месяца, лечилась амбулаторно. Течение настоящей беременности без особенностей.

Общее обследование. Роженица среднего роста — 160 см, вес 67,5 кг. Телосложение правильное. Отеков нет. Температура 37°. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, артериальное давление 130/95 мм. Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевых отклонений от нормы нет.

Акушерское обследование. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода прослушивается справа ниже пупка, ясное, ритмичное, 124 удара в минуту. Воды не отходили. Схватки через 10—15 минут, по 20—25 секунд, средней силы. По словам роженицы, схватки начались с 3 часов 20/VI (примерно 8 часов тому назад). Размеры таза 25; 26; 30; 17,5 см.

11 часов 35 минут. Влагалищное исследование. Влагалище узкое, шейка смягчена, раскрытие около трех поперечных пальцев, края зева толстые, плодный пузырь цел, во время схваток наливается. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Стреловидный шов в поперечном размере входа в таз. Мыс достижим. Диагональная конъюгата равна 11 см.

Какой диагноз? Имеет ли место патология?

Прежде всего мы должны обратить внимание на возраст женщины, которая впервые решила стать матерью в 34 года — старая первородящая!

Привлекают наше внимание и размеры таза. Судя по данным наружного измерения, мы склонны характеризовать его как плоскоракхитический таз. Основанием к такому заключению является ступенчатость разницы между *distantia spinarum* и *distantia cristarum*, а также значительное укорочение наружной конъюгаты.

Если размер диагональной конъюгаты равен 11 см, то истинная конъюгата будет равняться примерно 9—9,5 см, т. е. у роженицы имеется I степень сужения таза. Наконец, при наличии регулярной родовой деятельности головка остается подвижной над входом в таз (у первородящей). Это также указывает на патологию.

Итак, мы вправе сформулировать предварительный диагноз в следующем виде: срочные роды у старой первородящей. Первый период родов. Плоскоррахитический таз, I степень сужения.

Такой диагноз ко многому обязывает акушера!

Речь идет о патологических родах. Роженице предстоят большие испытания. Не меньшие испытания выпали и на долю акушера, на которого возлагается ответственная, а вместе с тем и благородная задача — обеспечить жизнь и здоровье роженице и плоду.

Вот почему акушера, естественно, волнует прежде всего вопрос о наличии возможного несоответствия между размерами головки и размерами входа в таз.

Опыт показывает, что своевременное решение вопроса о степени соответствия позволяет своевременно остановиться и на правильном методе ведения родов.

Для решения волнующего вопроса можно было бы использовать ценный клинический признак Вастена-Генкеля, однако применение его при целых водах, подвижной головке и слабой родовой деятельности, как это имеет место в нашем случае, нецелесообразно (стр. 448).

В настоящий момент мы воспользуемся пальпаторным методом для определения размеров предлежащей головки. С помощью циркуля-тазомера мы установили, что лобно-затылочный размер (при измерении через брюшные стенки) равен 11,5—12 см; такие цифры обычно характеризуют головку доношенного плода средних размеров.

Данные обследования нашей роженицы позволяют нам придерживаться (пока!) тактики консервативного ведения родов.

20/VI, 13 часов 20 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 138 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Схватки через 8—10 минут, средней силы, по 25—30 секунд. Подтекают воды в умеренном количестве.

14 часов 10 минут. отошли в обильном количестве воды. Матка плотно облегает плод. Схватки стали более продолжительными (до 40—50 секунд), через 4—5 минут. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода стало реже, 120 ударов в минуту, ясное. Признак Вастена-Генкеля — «вровень».

14 часов 20 минут. Влагалищное исследование (второе). Шейка сглажена, раскрытие почти полное, края зева тонкие. Плодного пузыря нет. Предлежит головка малым сегментом во входе в таз, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз. Малый родничок справа, расположен на одном уровне с большим родничком. Воды подтекают в умеренном количестве.

В течение последнего часа определился биомеханизм родового акта. При наличии хорошо выраженной родовой деятельности, разорванном пузыре и полном раскрытии наружного зева головка плода находится во входе в малый таз в состоянии умеренного разгибания.

Мы не будем удивляться умеренному разгибанию головки. Это одна из особенностей биомеханизма родов при плоском тазе. Однако незначительное разгибание головки, а также указание на то, что признак Вастена-Генкеля — «вровень», волнуют акушера. Правда, это означает, что несоответствие между размерами головки и таза незначительное, но оно все же имеет место, и пока не представляется возможным предсказать исход родов.

Дальнейшая динамика родового процесса при плоскоррахитическом тазе будет характеризоваться, как известно, сравнительно долгим стоянием головки стреловидным швом в поперечном размере таза, развитием бокового склонения таза (асинклитическое вставление) и значительно выраженной конфигурацией головки.

В конечном итоге головка преодолевает препятствие со стороны входа в таз, вступает в полость таза, и роды в дальнейшем проходят без отклонения от нормы.

Можем ли мы рассчитывать на самопроизвольное родоразрешение живым плодом у нашей роженицы?

По-видимому, можем! Средние размеры головки, I степень сужения таза, хорошо выраженная родовая деятельность — вот те данные, которые позволяют нам рассчитывать на благоприятный исход родов.

Возникает вопрос, посвящать ли роженицу в наши планы ведения родов. Если мы познакомим ее с возможными вариантами осложнения в родах и тем самым посвятим в наши планы различных методов родоразрешения, то будет ли это щадящим для ее психосоматического состояния? Быть может, более щадящим для роженицы будет то состояние, в котором она сейчас находится, т. е. пребывание в надежде на самопроизвольные роды.

Мы решили пока воздержаться от беседы с роженицей и понаблюдать в течение 1—2 часов за родовой деятельностью, за динамикой вставления и продвижения головки.

15 часов 20 минут. Схватки через 3—5 минут, болезненные. Роженица утомлена. Головка стоит в той же плоскости входа в таз. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное. На три поперечных пальца ниже пупка отмечается перехват, идущий косо.

Что нового в динамике родового акта? Что делать?

Если час назад состояние роженицы было удовлетворительным, то в настоящий момент ее состояние вызывает тревогу. В то время как родовая деятельность выражена хорошо, поступательного движения головки все же не отмечается. Надо полагать, что степень несоответствия между размерами головки и входом в малый таз более значительная, чем мы предполагали.

Роженица утомлена. Дадим ей возможность немного отдохнуть от болезненных и частых схваток.

После инъекции 1 мл 1% раствора морфина роженица уснула, схватки стали несколько реже, менее болезненные. Через 1 час 45 минут после введения морфина схватки вновь стали частыми и болезненными. Роженица беспокойна. Сердцебиение плода ясное, в пределах 130 ударов в минуту. Головка стоит в той же плоскости входа в малый таз. Появились боли внизу живота, в области нижнего сегмента. Матка достаточно напряжена, пальпируются натянутые и болезненные круглые связки. Из половых щели незначительные кровянистые выделения.

17 часов 20 минут. Влагалищное исследование (третье). Раскрытие почти полное, края зева тонкие, стреловидный шов ближе к симфизу. Роднички стоят на одном уровне. Конфигурации костей черепа не отмечается.

Итак, намечается тенденция к заднетеменному вставлению.

Дальнейшее консервативное ведение родов является неоправданным! Использованы все средства выжидательной тактики ведения родов. Длительное многочасовое стояние головки в одной плоскости входа в таз при отсутствии вод, полном раскрытии зева и хорошо выраженной родовой деятельности, болезненность в области нижнего сегмента и круглых связок, наличие кольца Бандля и, наконец, появление кровянистых выделений — все это симптомы, которые укладываются в понятие начинающегося разрыва матки.

Мы поставили роженицу в известность о необходимости оперативного родоразрешения. Роженица дала согласие на операцию.

17 часов 40 минут. Операция кесарева сечения в нижнем сегменте, под эфирно-кислородным ингаляционным наркозом.

После вскрытия брюшной полости обнаружена матка в состоянии чрезмерного напряжения, плотно облегающая плод.

Операция кесарева сечения произведена в нижнем сегменте. Извлечена девочка в синей асфиксии, закричала через 2 минуты после отсасывания слизи. Вес 3150 г, длина 50 см, окружность головки 37 см, окружность груди 36 см.

Послед удален потягиванием за пуповину, детское место целое, оболочки все. Полость матки контрольно обследована рукой. Матка восстановлена трехэтажным швом. Брюшная стенка восстановлена послойно. Продолжительность операции 50 минут.

Послеоперационный период без осложнений. Заживление первичным натяжением. Родильница с новорожденной выписана на 15-й день после операции.

Эпикриз

К-ва, первородящая, поступила с начавшейся родовой деятельностью. Диагностирован плоскорахитический таз, I степень сужения. Принята консервативная тактика ведения родов. Несмотря на хорошую родовую деятельность, головка продолжала оставаться малым сегментом во входе в таз на протяжении 3 часов после отхождения вод при полном раскрытии зева. Таз оказался не только анатомически узким, но и функционально неполноценным. Путем влагалитического исследования установлено умеренное разгибание головки и патологическое задне-теменное ее склонение. Родовые схватки стали частыми, резко болезненными, из родовых путей появились кровянистые выделения; нижний сегмент матки резко болезнен не только во время, но и вне схваток.

Все это было расценено как симптомокомплекс начинающегося разрыва матки. Консервативная тактика ведения родов уступила место радикальным мероприятиям — кесареву сечению в нижнем сегменте под эфирно-кислородным ингаляционным наркозом. Послеоперационный период без осложнений. Родильница выписана с новорожденным на 15-й день после операции.

Самопроизвольный разрыв матки во время родов. Чревосечение (история родов доставлена из родильного отделения областной больницы для анализа)

К-ва, 38 лет, поступила в родильный дом 21/XII 1954 г. в 19 часов. Температура 36,8°. Пульс 80 ударов в минуту. Женскую консультацию посетила 4 раза; первое посещение — на 10-й неделе беременности.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Менструальная функция устойчивая, полноценная. В анамнезе 4 криминальных аборта, последний 3 года назад; после этого аборта болела 2 месяца (сепсис). Одни роды (преждевременные) на X акушерском месяце 2 года назад. Детей нет.

Последняя менструация 22/III 1954 г., первое шевеление плода 11/VIII.

Настоящая беременность протекала без осложнений. Схватки, по словам роженицы, появились 21/XII в 16 часов. Воды не отошли.

Общее обследование. Состояние роженицы удовлетворительное, отеков нет. Моча при кипячении чистая. Артериальное давление 115/70 мм, рост 162 см, вес 64 кг.

Акушерское обследование. Размеры таза 24, 26, 30, 17 мм. Окружность живота 112 см, высота стояния дна матки 42 см. Положение плода продольное, сердцебиение справа ниже пупка, 138 ударов в минуту. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Схватки нерегулярные.

Влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, шейка частично укорочена, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежащая часть — головка над входом в таз. Диагональная конъюгата 11 см. Истинная конъюгата 9—9,5 см.

Таковы краткие данные, характеризующие состояние женщины при поступлении ее в родильный дом.

Каков же предварительный диагноз?

В истории родов значится: беременность 40 недель, срочные роды.

Что можно сказать относительно диагноза?

1. Диагноз достаточно полный.

2. Диагноз неполный и не отображает фактического акушерского статуса: а) не дана оценка высокому стоянию дна матки и чрезвычайно большой окружности живота; б) тревожные анамнестические данные также не нашли своего отражения в предварительном диагнозе; в) не охарактеризован период родового процесса.

Таким образом, предварительный диагноз, как следует из этих замечаний, требует более тщательного продумывания, чем мы находим в истории родов.

Как же трактовать высокие показатели окружности живота и стояния дна матки?

Принято считать, что при доношенной беременности окружность живота не должна превышать 100 см, а высота стояния дна матки находится в пределах 35—37 см. Акушерский повседневный опыт учит, что при окружности живота свыше 100 см и высоком стоянии дна матки (свыше 38 см) необходимо подумать, не имеет ли место одно из следующих состояний: а) крупный плод, б) многоводие, в) многоплодие, г) значительное ожирение брюшной стенки.

Вопрос о чрезмерном ожирении брюшной стенки (а тем более об общем ожирении) отпадает; об этом нет указаний в истории родов, а имеющиеся данные говорят об обратном (рост 162 см, вес 64 кг).

Возможность многоплодия также отпадает, ибо мы не находим соответствующих указаний на наличие сердцебиения двух плодов и большого количества крупных частей плода.

В тех случаях, когда вопрос о наличии двойни продолжает оставаться нерешенным, можно прибегнуть к рентгенографии, если позволяют условия. Правда, такая возможность при поступлении роженицы доступна только в более крупных родовспомогательных учреждениях.

Не имеет ли место в данном случае многоводие? Как известно, для многоводия характерны следующие моменты: а) резко выраженное увеличение и напряжение матки, б) шаровидная форма матки, в) легко определяемое зыбление, г) части плода плохо пальпируются и сердцебиение его нечеткое.

Распознавание многоводия не вызывает особых трудностей, но требует от акушера большой наблюдательности и тщательности обследования.

Поскольку в истории родов не имеется каких-либо указаний на перечисленные выше симптомы многоводия, постольку есть основание отклонить и предположение о многоводии.

Таким образом, путем исключения мы вправе объяснить высокое стояние дна матки (42 см) и окружность живота, равную 112 см, наиболее вероятным — наличием крупного плода. Правда, достоверный диагноз крупного плода (весом от 4000 до 5000 г) уточняется только после рождения ребенка. Несколько труднее диагностировать наличие крупного плода во время беременности и в родах. Однако тщательное обследование позволяет более или менее приблизительно высказаться относительно размеров рождающегося плода. При решении этого вопроса следует учитывать: а) вес детей в предыдущих родах, б) возраст роженицы, в) рост, вес и телосложение родителей, г) высоту стояния дна матки и размер окружности живота, д) наружное измерение с помощью тазомера прямого размера головки (при крупном плоде этот размер выше 12 см).

В истории родов нет указаний на попытку диагностировать наличие крупного плода.

Не исключена возможность, что наш анализ может оказаться неполноценным только потому, что он построен на недостаточно полных записях в истории родов.

Так обстоит вопрос с трактовкой цифровых показателей высоты стояния дна матки и окружности живота.

Какой характер родовой деятельности?

В предварительном диагнозе есть указание на «срочные роды». Этой формулировкой акушер желал, по-видимому, подчеркнуть, что роженица поступила в родильный дом с доношенной беременностью, но это отнюдь не говорит о характере родовой деятельности в момент поступления женщины, а тем более о том или ином периоде родов. Между тем, по словам роженицы, родовые схватки начались за 3 часа до поступления в родильный дом. На титульном листе истории родов имеется указание, что в момент поступления роженицы были... «нерегулярные схватки».

Можем ли мы пройти мимо этих двух записей? Акушер обязан уточнить, проверить заявление роженицы о наличии родовой деятельности. Он должен путем наблюдения за родовой деятельностью уточнить и свои собственные записи о характере родовых схваток. Одно дело — схватки-предвестники, неустановившиеся схватки с большими, многочасовыми интервалами, а другое дело — начало регулярной родовой деятельности, когда родовые схватки возникают по крайней мере через 15—20 минут или чаще. Акушер и акушерка обязаны с предельной точностью устанавливать начало родовой деятельности и тем самым ответственно относиться к заполнению в истории родов графы «Когда начались родовые схватки». Только с момента начала регулярной родовой деятельности беременную следует называть роженицей.

Такое определение начала родов позволит точно вычислить затем общую продолжительность родов, более правильно определить продолжительность первого периода их.

Если данные, имеющиеся в анализируемой нами истории родов, правильны, акушер имеет основание дополнить предварительный диагноз указанием на начало первого периода родов.

Познакомимся с первыми записями в истории родов, где, быть может, имеются более подробные данные по интересующему нас вопросу. Первая запись сделана через час после поступления роженицы в родильный дом.

Из описания состояния роженицы узнаем, что схватки носят регулярный характер, возникают через 10—12 минут, средней силы, короткие (до 20—25 секунд). Сердцебиение плода ясное, ритмичное, определяется справа ниже пупка; предлежит головка, подвижная над входом в таз. Воды не подтекают.

Наблюдения врача и акушерки подтверждают, таким образом, наличие регулярной родовой деятельности.

Не уделено должного внимания характеристике таза. Учитывая данные наружного измерения таза, а также вычисления диагональной конъюгаты, можно расценивать таз как плоскорахитический I степени сужения.

На что следует обратить внимание в анамнезе относительно детородной функции?

Последний вопрос, который останавливает наше внимание, это указание на отягощенный акушерский анамнез.

В анамнезе 4 криминальных аборта! Правда, последняя беременность закончилась родами на X акушерском месяце (не доносила 3 недели), и К-ва после родов не болела, но тем не менее акушер должен был отнестись к ней с особым вниманием; к этому его обязывал не только отягощенный акушерский анамнез как таковой, но и наличие крупного плода (чрезмерно большой живот). Вот почему во всех случаях, когда в анамнезе имеются отягощающие факторы, следует оттенить этот момент в предварительном диагнозе.

Итак, предварительный диагноз (т. е. диагноз при поступлении роженицы в родильный дом) должен был иметь следующую формулировку: беременность 40 недель, срочные роды у повторнородящей; первый период родов; крупный плод (?), отягощенный акушерский анамнез; плоскоракхитический таз I степени сужения.

Сравните данный диагноз, который выявился в результате тщательного акушерского анализа, с диагнозом, имеющимся в истории родов. Расширенный диагноз отображает более полно фактическое акушерское состояние, он настораживает акушера, дает возможность более осторожно высказаться в отношении прогноза родов, послеродового периода и исхода родов для плода.

21/XII, 24 часа. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Схватки слабые, редкие, по 15—20 секунд. Головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту. Воды не отходили. Стул и мочеиспускание нормальные.

22/XII, 8 часов. Ночью спала. Жалоб не высказывает. Родовые схватки регулярные, через 20—25 минут, по 20—25 секунд, малоэффективные. Сердцебиение плода ясное, 134 удара в минуту, ритмичное. Воды не отходили.

22/XII, 16 часов. Общее состояние хорошее. Схватки через 10—12 минут, по 25—30 секунд, средней силы. Головка подвижная. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Воды не отходили.

22/XII, 24 часа. отошли чистые воды в умеренном количестве. Головка продолжает быть подвижной над входом в таз. Сердцебиение плода стало приглушенное, 112 ударов в минуту. Схватки средней силы, через 5—6 минут, по 20—30 секунд. Общее состояние роженицы хорошее. Жалоб не высказывает. Пульс 76 ударов в минуту.

После отхождения вод окружность живота 110 см.

Акушер, ведущий роды, решил произвести повторное влагалищное исследование (второе по счету) «для определения степени подготовленности родовых путей». Мы также считаем целесообразным произвести влагалищное исследование. Но мы не разделяем формулировки показаний. В данном случае исследование показано не только с целью определения степени подготовленности родовых путей, но и для выяснения вопроса, не имеет ли место выпадение пуповины и мелких частей плода, так как воды отошли при головке, подвижной над входом в таз, кроме того, отмечено замедление и приглушение сердечных тонов плода.

23/XII, 0 часов 10 минут. Сердцебиение плода 114 ударов в минуту, ритмичное, но глухое.

23°XII, 0 часов 25 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие наружного зева на 2½—3 поперечных пальца, головка подвижна над входом в таз. Определяется разорванный плодный пузырь. На исследуемом пальце кровянистые выделения.

Диагноз: первый период родов, раннее отхождение вод, угрожающая внутриутробная асфиксия плода.

Назначения: 1) кислородная ингаляция, 2) 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, 3) 2 мл кордиамина внутримышечно.

Такова концепция акушера, ведущего роды.

Все внимание акушера, как мы видим, направлено на борьбу с появившимися угрожающими симптомами внутриутробной асфиксии плода, этиология которой остается невыясненной.

Почему же не привлекает внимание акушера появление из половых органов кровянистых выделений (хотя бы последние и были в незначительном количестве)?

Продолжает оставаться нерешенным для врача, ведущего роды, и вопрос о размерах плода, в частности размерах головки. После отхождения вод акушер измерил окружность живота (видимо, его волновал этот вопрос) и установил, что объем живота продолжает оставаться чрезвычайно большим (110 см). Таким образом, объяснять большую окружность живота наличием многоводия не представляется возможным. Мы вправе думать о крупном плоде, несмотря на то что акушер, ведущий роды, к этому заключению еще не пришел.

23/XII, 0 часов 45 минут. Сердцебиение плода в пределах 118—120 ударов в минуту. Схватки стали более эффективными, через 4—5 минут, по 30—40 секунд. Воды подтекают в умеренном количестве, несколько окрашены кровью. Головка прижата ко входу в таз. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 120/90 мм.

1 час 10 минут. Пульс 98 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Схватки через 3—5 минут, болезненные. Роженица стонет, поведение беспокойное, жалуется на боли внизу живота. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода 104 удара в минуту, ритмичное. Из половой щели умеренные кровянистые выделения.

При определении стояния головки третьим и четвертым приемами наружного исследования роженица отмечает резкую болезненность в нижнем сегменте матки.

Что произошло? Как расценить поведение роженицы и ее жалобы?

Вправе ли мы на основании описанной клинической картины говорить о симптомах угрожающего или начинающегося разрыва матки в родах? Или, быть может, в данном случае имеет место преждевременная отслойка нормально расположенного детского места?

Постановка вопросов в такой плоскости совершенно закономерна. Одно обстоятельство не подлежит сомнению — наступило угрожающее состояние как для матери, так и для плода!

Весь симптомокомплекс, отмеченный дежурным акушером, соответствует клинической картине угрожающего, вернее, начинающегося разрыва матки в родах. Угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии нужно рассматривать как следствие начинающегося разрыва матки.

Мысль о возможности преждевременной отслойки нормально расположенного детского места мы отклоняем по следующим соображениям.

При отслойке небольших участков детского места отмечаются кровянистые выделения из половых органов (но не всегда) и явления внутриутробной асфиксии плода. Что касается родовой деятельности, то она, как правило, не сопровождается мучительными родовыми болями, поведение роженицы спокойное.

В тех же случаях, когда наблюдается преждевременная отслойка значительной части детского места, состояние роженицы резко изменяется, отмечается чувство распирания живота, картина резкого обескровливания, состояние шока и коллапса при наличии резко болезненных родовых схваток. Пальпаторно выявляется неравномерное выпячивание матки в некоторых участках. Из половых органов умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода не выслушивается.

Что предпринял акушер, ведущий роды?

Он обратился по телефону за помощью к старшему товарищу, который на основании информации дежурного врача остановился на диагнозе начинающегося разрыва матки и рекомендовал подготовить роженицу к лапаротомии. Консультант прибыл в родильный дом через 20 минут.

1 час 45 минут. Консультация заместителя главного врача. Состояние роженицы средней тяжести. Пульс 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Поведение роженицы беспокойное, тревожное, хотя родовые схватки умеренно выражены, малоблезненные. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Положение плода продольное, головка подвижная (раньше была прижата ко входу в таз). Сердцебиение плода не прослушивается. Пальпация и перкуссия всего живота болезненны повсюду, больше в нижней его половине. Из половых органов незначительные кровянистые выделения.

Диагноз: разрыв матки в родах, мертвый плод.

Показана срочная лапаротомия.

23/XII, 2 часа. Чрезосечение. Извлечение мертвого плода. Ушивание стенки матки.

Под местной инфльтрационной новокаиновой анестезией (Sol. Novocaini 0,25% 500 мл) брюшная стенка вскрыта послойно продольным разрезом по средней линии на протяжении 15 см.

По вскрытии брюшной полости был обнаружен продольный разрыв матки на протяжении около 15 см на передней стенке матки с небольшими надрывами в поперечном направлении в области нижнего сегмента. В брюшной полости умеренное количество крови. Мертвый плод женского пола извлечен за головку. Вес плода 4875 г, длина 51 см, окружность головки 38 см. Послед легко удален потягиванием за пуповину. Детское место целое, оболочки все. Разрыв стенки матки ушит двухэтажными узловатыми кетгутовыми швами. Брюшная полость закрыта послойно. На кожу наложены скобки Мишеля. В матку, брюшную полость и подкожную клетчатку введен пенициллин (600 000 ЕД).

Трансфузия крови. Во время операции произведено переливание 400 мл консервированной одногруппной крови путем венепункции в правую локтевую вену. Введено 50 мл 40% раствора глюкозы. Реакции на переливание крови не было.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 9-й день; заживление первичным натяжением. Больная выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии.

Анализ акушерской документации, касающейся самопроизвольного разрыва матки у 38-летней повторнородящей женщины, является поучительным. Вскрыты дефекты в обследовании роженицы.

Так, до последнего момента не был распознан крупный плод, не дана характеристика узкого таза. Между тем несоответствие таза и предлежащей головки несомненно имело место, в связи с чем крупная головка и продолжала оставаться над входом в таз.

Не получил должного клинического освещения отягощенный акушерский анамнез (4 криминальных аборта, одни преждевременные роды).

Не подлежит сомнению тот факт, что если бы своевременно был распознан крупный плод, анатомически и клинически узкий таз, а также дана правильная оценка отягощенного акушерского анамнеза, тактика ведения родов в данном случае была бы иной.

Перед роженицей следовало поставить вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения еще задолго до появления угрожающих симптомов разрыва матки. Этим было бы обеспечено рождение живого плода.

Э п и к р и з

К-ва, повторнородящая, поступила в родильный дом с нерегулярными схватками. Своевременно не были распознаны ни анатомически и функционально узкий таз, ни крупный плод. Отягощенный акушер-

ский анамнез также не получил должной клинической оценки. Ошибочно примененная в данном случае консервативная тактика ведения родов привела в конечном итоге к разрыву матки в родах. Срочно сделанное чревосечение позволило сохранить жизнь роженицы.

Разрыв матки по рубцу после бывшего кесарева сечения. Надвлагалищная ампутация матки

Н-ая, 31 года, поступила в родильный дом 18/III 1951 г. в 19 часов со слабой родовой деятельностью.

Анамнез. Наследственность благоприятная; материальные и бытовые условия удовлетворительные. Заболевания, перенесенные в детстве, не помнит. Часто болеет гриппом, ангиной.

Менструальная функция устойчивая, правильная. Последняя менструация с 11 по 15/VI 1950 г.

Генеративная функция. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась в 1949 г. срочными оперативными родами (кесарево сечение) по поводу эклампсии в родах. После операции находилась в родильном доме больше месяца (нагноение рубца).

Течение настоящей беременности. Тошнота и рвота в первой половине беременности; во второй половине врачи женской консультации предлагали госпитализацию по поводу нефропатии, от чего беременная категорически отказалась. Первое шевеление плода 24/X.

Женскую консультацию посетила 5 раз, начиная с 12-недельной беременности. Психопрофилактической подготовки к предстоящим родам не проходила. После получения родового отпуска женскую консультацию не посещала.

Общее обследование. Роженица ниже среднего роста (152 см), умеренного питания (вес 59 кг), правильного телосложения, подкожножировой слой выражен умеренно. По средней линии живота на расстоянии 12 см от пупка до лона звездчатый рубец, интимно спаянный с подлежащими тканями.

Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта отклонений не отмечается. Артериальное давление 125/80 мм.

Мочеиспускание безболезненное. Симптом Пастернацкого слева слабо положительный. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Высота стояния дна матки 37 см, окружность живота (на уровне пупка) 100 см. Сердцебиение плода ясное, 138 ударов в минуту, слева; положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Лобно-затылочный размер головки (по тазомеру) 11 см. Родовая деятельность, по словам роженицы, началась 2 часа назад слабыми нерегулярными схватками. Воды не отошли. Размеры таза 25; 28; 30; 21,5 см. Индекс Соловьева — 13,5 см.

Влагалищное исследование. Влагалище емкое, шейка укорочена, шейечный канал проходит за внутренний зев для 1½—2 пальцев. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Плодный пузырь цел; мыс недостижим. Деформаций костей таза не определяется.

Сердцебиение плода после исследования 134 удара в минуту, ритмичное, ясное.

Диагноз: срочные роды; первый период родов. Отягощенный акушерский анамнез.

Какова тактика ведения родов? Какие моменты акушерского анамнеза и статуса обращают на себя внимание?

Нас волнует наличие отягощенного акушерского анамнеза. Два года тому назад была операция кесарева сечения; послеоперационный период осложнился нагноением, вторичным натяжением кожного рубца. Акушер, естественно, задумывается над тактикой ведения настоящих родов. То ли роды вести выжидательно-консервативно, то ли заблаговременно поставить вопрос об оперативном родоразрешении путем повторного кесарева сечения? Как велика опасность для матери и плода, если данные роды вести консервативно-выжидательно? Возможны ли, допустимы ли самопроизвольные роды после бывшей операции кесарева сечения? Какие факторы должны быть положены в основу критерия о допустимости и недопустимости самопроизвольных родов после бывшей операции кесарева сечения?

Эти и подобные им вопросы являются совершенно закономерными. Постараемся на них ответить.

Самопроизвольные роды с благоприятным исходом для матери и плода после бывшей операции кесарева сечения наблюдаются и хорошо известны практически-му врачу. Однако параллельно с этим после бывших операций кесарева сечения наблюдаются случаи разрыва матки как во время беременности, так и в родах. В подобных случаях плод, как правило, погибает. Что касается исхода для роженицы (беременной), то материнская смертность достигает 2—2,4%.

Значительно сложнее ответить на вопрос, какие факторы должны быть положены в основу критерия допустимости или недопустимости самопроизвольных родов после бывшей операции кесарева сечения.

Не подлежит сомнению, что в таких случаях основным фактором, в значительной мере предопределяющим исход самопроизвольных родов, является состояние послеоперационного рубца матки. Нам хорошо известно, что мышечная ткань обладает плохой регенеративной способностью и появление в рубце элементов соединительной ткани не способствует образованию полноценного рубца (Б. В. Огнев, И. Ф. Перфильева).

В. А. Покровский, Я. С. Рабинович, Е. К. Исаева и др. установили, что полноценное восстановление мышечной ткани в области рубца встречается примерно в 50% случаев. Особенности архитектоники сосудистой системы матки и ее придатков дают основание утверждать (Б. Н. Машков, С. В. Кисин, И. Ф. Перфильева, В. А. Афанасьева, М. Ф. Якутина, С. Н. Давыдов), что прочность (полноценность) рубца матки зависит прежде всего от метода разреза, применяемого хирургом при кесаревом сечении (в области дна, продольный разрез в области тела матки, поперечный разрез в нижнем сегменте матки).

Наиболее рациональным следует считать продольный или поперечный разрез в области нижнего сегмента матки. Мышечный рубец при данном разрезе более полноценный; кроме того, как показывает опыт, при последующих родах процент разрыва матки во много раз меньше.

В настоящее время подвергается пересмотру также метод зашивания стенки матки при кесаревом сечении. Принятое в акушерской практике наложение трехэтажного шва, по мнению А. А. Шороховой и А. А. Коган, не способствует образованию полноценного рубца матки. Чем больше швов накладывается на мышцы, тем больше травма, тем хуже питание тканей и тем хуже протекает процесс срастания разрезанных (а тем более разорванных) мышечных тканей.

Не меньшее значение придается стремлению хирурга туго затягивать швы, что в ряде случаев может привести к частичному или полному прорезыванию сравнительно хрупких мышечных волокон.

А. А. Шорохова и А. А. Коган считают достаточным наложение швов не в три, а в два этажа. Первый этаж состоит из узловатых брюшинно-мышечных кетгутовых швов, которые захватывают всю толщу стенки. Расстояние между швами должно равняться 1 см; вкол со стороны брюшины производится на расстоянии примерно 0,5—0,7 см от края разреза. Кетгутовые лигатуры не рекомендуется чрезмерно туго затягивать. Брюшинно-мышечный шов, проникающий через всю толщу стенки матки, гарантирует минимальную опасность прорезывания мышечных волокон. Второй этаж — это непре-

рывный кетгутовый брюшинный шов, при котором захватывается брюшинный покров с тонким слоем подлежащих мышечных тканей.

Мы лично также считаем обоснованным наложение двухэтажного шва на разрез стенки матки при операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки. В своей практике мы пользуемся данным методом восстановления стенки матки и не наблюдали ни разу разрыва матки при последующих родах (в 11 случаях). При операции классического (корпорального) кесарева сечения лучше накладывать на матку трехэтажный шов.

Описанное выше изменение в технике операции кесарева сечения может, конечно, способствовать образованию более полноценного рубца матки. Однако этот вопрос несомненно требует более детальной разработки.

Каковы будут суждения относительно состояния рубца матки у нашей роженицы?

Роженица, естественно, не может ответить на вопросы, связанные с техникой бывшей у нее операции кесарева сечения. Мы знаем только, что послеоперационный период осложнился нагноением рубца брюшной стенки, в связи с чем женщина находилась в родильном доме свыше месяца. Наружный осмотр подтвердил наличие обезображенного рубца брюшной стенки, интимно спаянного с подлежащими тканями.

Неполноценность кожного рубца дает основание говорить о возможной неполноценности и рубца матки.

Второй критерий, который должен быть положен в основу допустимости или недопустимости самопроизвольных родов после произведенного в прошлом кесарева сечения, это вопрос о давности операции.

Принято считать, что самопроизвольные роды являются менее опасными, если они наступают спустя несколько лет после операции кесарева сечения. Но так ли это? Е. К. Исаева подвергла анализу 35 историй родов, в которых произошел разрыв матки после бывших операций кесарева сечения. Ею установлено, что у 12 из 35 женщин разрыв матки во время беременности и в родах наступил спустя 11 месяцев — 2 года после кесарева сечения, у 14 женщин — спустя 3—6 лет, у 8 женщин — спустя 7—11 лет и у одной женщины — спустя 17 лет.

Таким образом, даже многолетние интервалы после операции кесарева сечения не являются достаточной гарантией безопасности при последующих самопроизвольных родах.

Наконец, третьим критерием при решении вопроса о допустимости или недопустимости самопроизвольных родов после кесарева сечения должен быть учет таких факторов, как величина плода (его головки) и размеры таза (т. е. степень соответствия между размерами головки и таза), характер родовой деятельности и общее состояние роженицы. При наличии указаний на несоответствие между размерами головки и таза самопроизвольные роды не должны допускаться.

Таз нашей роженицы нормальных размеров, скелет тонкостенный (индекс Соловьева — 13,5 см), головка плода средних размеров (по данным наружного исследования). Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное, жалоб она не высказывает. Родовая деятельность средней силы.

Как же поступить в нашем случае? Не является ли кесарево сечение, произведенное 2 года назад, абсолютным показанием к родоразрешению и в данном случае путем повторной операции кесарева сечения?

Принято различать абсолютные и относительные показания к кесареву сечению. Бывшая операция кесарева сечения, согласно современным установкам, рассматривается как относительное показание к повторному кесареву сечению. Конечно, подобное суждение является чисто формальным. Как показывает опыт, в ряде случаев крайне трудно провести границу между понятиями «абсолютные» и «относительные» показания к кесареву сечению. В частности, мы в своей практической деятельности относимся в высшей степени настороженно к таким факторам, как: 1) заживление вторичным натяжением кожного рубца после бывшей операции кесарева сечения, 2) фиксация рубца матки к передней брюшной стенке, 3) растяжение и боли в области рубца во время родов.

Наличие подобного рода факторов мы расцениваем как противопоказание к консервативному ведению родов. У нашей роженицы операция кесарева сечения была показана уже в конце беременности, еще до начала родовых схваток.

Но обратимся к состоянию нашей роженицы и тактике ведения родов дежурным врачом. Общее состояние роженицы продолжает быть удовлетворительным. Однако не подлежит сомнению, что акушерская ситуация довольно сложная и акушер не может гарантировать рождение живого плода через естественные родовые пути.

Женская консультация не поставила беременную в известность о возможных осложнениях в родах, не разъяснила ей, что, возможно, окажется необходимым кесарево сечение. Поэтому надо выявить отношение роженицы к оперативному родоразрешению. Во время беседы с ней выяснилось, что она протестует против кесарева сечения и настаивает на родоразрешении через естественные родовые пути хотя бы ценой жизни плода.

18/III, 21 час. Состояние роженицы через 2 часа после поступления в родильный дом продолжает оставаться удовлетворительным. Жалоб нет. Схватки средней силы через 5—6 минут, по 40—50 секунд. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Воды не отходили. Роженица применяет приемы обезболивания, с которыми ее познакомил врач.

19/III, 8 часов 25 минут. Ночью роженица спала с перерывами. Схватки с 7 часов стали более интенсивными и эффективными. Головка прижата ко входу в таз. Признак Вастена-Генкеля отрицательный. отошли светлые воды в умеренном количестве. Сердцебиение плода ритмичное, 115 ударов в минуту.

Как же объяснил акушер появившиеся угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода? Можно ли, в частности, отхождение и вод объяснить урежение сердцебиения плода?

Да, отхождением околоплодных вод можно объяснить отмеченное выше урежение сердцебиения плода. В связи с падением внутриматочного давления наступают более интенсивные сокращения матки и она сравнительно плотно обхватывает плод. Такого рода механизм может нарушить плацентарное кровообращение, а также гемодинамику плода и привести к временному или стойкому кислородному голоданию.

Угрожающая асфиксия плода во время родов (интранатальная асфиксия) может объясняться также нарушением кровообращения плода в связи с выпадением петли пуповины и прижатием ее головкой. Правда, разрыв плодного пузыря произошел при головке, прижатой ко входу в таз, тем не менее после отхождения вод, поскольку имеют место угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода, влагалищное исследование будет необходимо.

8 часов 30 минут. Влагалищное исследование. Раскрытие зева на три поперечных пальца, края тонкие, плодного пузыря нет; предлежит головка, прижатая ко входу в таз, стреловидный шов в поперечном размере таза; малый родничок слева.

Диагноз: первый период родов; раннее отхождение вод. Внутриутробная угрожающая асфиксия плода.

В заключение: в связи с угрозой внутриутробной асфиксии плода вести внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы и 1 мл кордиамина; применить ингаляции кислорода. Установить тщательное наблюдение за сердцебиением плода и состоянием матери. Все это было выполнено.

Профилактические мероприятия, направленные на борьбу с внутриутробной асфиксией плода, в данном случае были показаны.

Из последующих записей в истории родов мы узнаем, что после профилактических мероприятий сердцебиение плода сохранялось в пределах 130—140 ударов в минуту в течение 30 минут, после чего вновь замедлилось до 110 ударов. Одновременно с замедлением сердцебиения плода роженица стала жаловаться на незначительные боли в нижнем отделе рубца брюшной стенки.

19/III, 9 часов 10 минут. На утренней конференции дежурный врач охарактеризовал состояние роженицы как удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. Схватки через 5—6 минут, средней силы, по 40—45 секунд. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода колеблется в пределах 105—110 ударов в минуту, глухое, аритмичное. В нижней трети рубца брюшной стенки отмечается истончение и болезненность при пальпации. Нижний сегмент матки при пальпации безболезнен. Воды подтекают в умеренном количестве.

Как расценить появившиеся новые симптомы? Какова дальнейшая тактика ведения родов?

На поставленные нами вопросы последовало два высказывания.

1. Состояние роженицы не вызывает опасений. Стойкие угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода заставляют думать о плохом прогнозе для плода. Так как роженица возражает против оперативного родоразрешения путем чревосечения, роды следует вести консервативно и при наличии условий закончить их плодоразрушающей операцией. Показано влагалищное исследование.

2. Состояние роженицы угрожающее. Появившееся истончение и болезненность в рубце брюшной стенки следует рассматривать как начинающийся, а возможно, как совершившийся разрыв матки в родах. Угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода необходимо рассматривать как следствие начинающегося разрыва матки, протекающего на фоне общего сравнительно удовлетворительного состояния роженицы. Показано срочное чревосечение.

Из двух высказанных положений наиболее обоснованным, конечно, является второй вариант. Наш личный опыт, как и наблюдения других акушеров, показывает, что истончение и болезненность послеоперационного кожного рубца являются ранним симптомом начинающегося или совершившегося разрыва матки.

Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края зева тонкие, раскрытие на 3—4 поперечных пальца. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в таз; выраженная головная опухоль, швы и роднички определить не удается.

Диагноз: первый период срочных родов. Отсутствие поступательного движения головки. Внутриутробная асфиксия плода. Начинающийся (а быть может, и совершившийся) разрыв матки по старому рубцу.

Заключение: показана срочная лапаротомия. Роженица дала согласие на операцию.

19/III, 9 часов 25 минут. Чревосечение. Под эфирно-кислородным наркозом брюшная стенка вскрыта продольным разрезом (по правому краю старого рубца). По ходу рубца и париетальной брюшины припаян сальник. На передней стенке матки обнаружен разрыв с рваными некровоточащими краями (на протяжении 15 см). В разрыве предлежит туловище плода. Мертвый плод мужского пола извлечен за тазовый конец. Вес 2950 г, длина 49 см, окружность головки 36 см. Потягиванием за пуповину

удален послед. В брюшной полости небольшое количество вод, окрашенных кровью. Произведена надвлагалищная ампутация матки. Придатки матки без видимых морфологических изменений. Туалет брюшной полости. В брюшную полость введено 300 000 ЕД пенициллина.

Брюшная стенка зашита наглухо послойно. Во время операции перелито 250 мл одноклассной консервированной крови. Общая кровопотеря во время операции около 200 мл. Артериальное давление после операции 115/75 мм.

Описание препарата. Ампутированная матка (без плода) последних сроков беременности. Значительные разрушения в передней стенке. Края разрыва рваные, отечные, имбибированы кровью. В области старого рубца в некоторых местах значительное истончение.

Гистологическое исследование. Стенка матки в местах разрыва богата рубцовой соединительной тканью, местами гиалинизированной. Значительный отек мышечных волокон с очагами кровоизлияния и инфильтрацией лейкоцитами. Патогистологический диагноз: свежий разрыв в пределах рубца матки.

Послеоперационное течение без осложнений. Родильница выписана на 17-й день после операции.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что разрыв матки по рубцу во время родов произошел на фоне общего удовлетворительного состояния роженицы. Стадия угрожающего разрыва матки осталась недиагностированной. Надо полагать, что первые угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода (отмеченные 19/III в 8 часов 25 минут) по времени соответствовали угрожающей стадии разрыва матки (интенсивные схватки начались 19/III в 7 часов).

«Расползание» рубца матки произошло очень быстро, так как уже через полчаса роженица впервые отметила боли в области кожного рубца, когда и был диагностирован начинающийся разрыв матки. Общее удовлетворительное состояние роженицы также не позволило акушеру уверенно поставить диагноз завершившегося разрыва матки во время родов. Этот диагноз был уточнен только на операционном столе.

Механизм разрыва матки по рубцу после кесарева сечения и клиническое течение в данном случае имели иной характер, чем обычно при насильственном и самопроизвольном (спонтанном) разрыве матки в родах, как правило, сопровождающемся кровоизлиянием и шоковым состоянием.

Вызывает недоумение то обстоятельство, что женская консультация не выполнила того, что полагалось по отношению к беременной с отягощенным акушерским анамнезом. Беременная не была заблаговременно направлена в родильный дом и подготовлена к предстоящим родам. После получения родового отпуска беременная прекратила посещение консультации, а последняя не организовала активного патронажа.

Анализ истории родов позволяет, таким образом, подчеркнуть следующие положения: 1) беременную следовало госпитализировать в родильный дом заблаговременно (на 38—39-й неделе беременности); 2) кесарево сечение надо было произвести в конце беременности, еще до начала схваток; 3) разрыв по рубцу не сопровождался картиной катастрофы в брюшной полости, не дал значительного внутреннего кровоизлияния из омосоленных краев раны.

Э п и к р и з

Н-ая, повторнородящая, поступила на срочные роды со слабыми, нерегулярными схватками. Отягощенный акушерский анамнез: первая беременность закончилась срочными оперативными родами (кесарево сечение по поводу эклампсии в родах). Послеоперационный период осложнился нагноением и вторичным заживлением кожного рубца.

Настоящая беременность протекала без заметных осложнений. Несмотря на отягощенный акушерский анамнез, беременная не была

госпитализирована заблаговременно перед родами. Женская консультация не поставила беременную в известность о возможных осложнениях в родах, о возможности повторной операции кесарева сечения.

От кесарева сечения в начале родов роженица категорически отказалась, в связи с чем и была применена тактика консервативного ведения родов. Однако с появлением клинических симптомов угрожающего (начинающегося) разрыва матки в родах роженице предложили и произвели операцию кесарева сечения. Плод был извлечен мертвым; сделана надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Н-ая выписана на 17-й день в удовлетворительном состоянии.

Нераспознанный разрыв матки по рубцу в родах. Надвлагалищная ампутация матки

Е-ва, 38 лет, поступила в акушерскую клинику 1/1 1956 г. в 16 часов на роды.

Анамнез. Наследственность неотягощена. Из детских заболеваний помнит коклюш. В 17-летнем возрасте перенесла брюшной тиф, 6 лет тому назад — аппендэктомия.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, через месяц, по 2 дня, умеренные, безболезненные. После замужества, родов и аборта тип менструаций не изменился. Последняя менструация с 24 по 26/III 1955 г.

Половая функция. Начало половой жизни с 19 лет. В первом браке была 3 года; через 4 года вступила во второй брак.

Генеративная функция. Первая беременность (1951) закончилась кесаревым сечением по поводу центрального предлежания детского места. Плод извлечен мертвым (девочка, вес 3000 г). Выписана из родильного дома на 15-й день после операции. Вторая беременность (1954) сроком 2 месяца закончилась искусственным абортom. После аборта не болела.

Третья, настоящая, беременность протекала без осложнений. Женскую консультацию посетила 6 раз, прошла психопрофилактическую подготовку к родам.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. По средней линии живота тонкий, продольный рубец, не спаянный с подлежащими тканями, безболезненный при пальпации. Отеков нет. Рост 149 см, вес 65 кг. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Артериальное давление 115/65 мм. Температура 36,5°. Органы дыхания, кровообращения без отклонений от нормы. Стул регулярный. Моченспускание свободное, безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный. Моча при кипячении прозрачная.

Схватки через 10—12 минут, по 15—20 секунд средней силы, появились за час до поступления роженицы в родильный дом.

Положение плода продольное, предлежит головка средних размеров над входом в таз. Лобно-затылочный размер 11 см. Сердцебиение справа ниже пупка, ясное, 134 удара в минуту. Размеры таза 26, 29, 31, 21 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы нормально развиты. Влагалище рожавшей женщины. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытые на 2¹/₂—3 поперечных пальца. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, подвижная над входом в таз. Мыс не достигается. Костных изменений таза нет.

Какой диагноз? Какова тактика ведения родов?

Прежде всего надлежит возможно полнее сформулировать диагноз. Данные анамнеза, настоящего состояния роженицы, наружного и влагалищного исследования позволяют поставить следующий диагноз: беременность около 40 недель, головное предлежание; срочные роды у пожилой первородящей, первый период родов; отягощенный акушерский анамнез. Относительно тактики ведения родов возможны различные суждения.

1. Роды вести консервативно, так как размеры таза и предлежащей головки не вызывают тревоги в отношении несоответствия. Самочувствие роженицы вполне удовлетворительное. Рубец после бывшей операции кесарева сечения в удовлетворительном состоянии.

2. Состояние роженицы угрожающее. Акушерский анамнез отягощен (кесарево сечение); размеры плода, в частности головки, недостаточно уточнены. Если в данном случае разрешить роды через естественные родовые пути, то это будут роды у пожилой первородящей после бывшего кесарева сечения. Угроза разрыва матки исключительно велика. Учитывая высказанные положения, мы не можем гарантировать рождение живого плода. Показана операция кесарева сечения в интересах как матери, так и плода.

Действительно, акушерская ситуация очень сложна! Второе положение заставляет серьезно задуматься над решением данной акушерской задачи, настолько много отягощающих факторов (один тревожнее другого).

Прежде чем говорить о тактике родов в нашем случае, мы ответим на следующие вопросы, которые неизбежно при этом возникают.

1. Возможны ли самопроизвольные роды после бывшей операции кесарева сечения?

Табл. 16 дает ответ на поставленный вопрос.

Таблица 16

Консервативное ведение родов после бывшей операции кесарева сечения

| Допустимо | Недопустимо |
|--|---|
| <p>А. Если кесарево сечение было принято по поводу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) предлежания детского места, 2) эклампсии, 3) преждевременной отслойки нормально расположенного детского места, 4) выпадения пуповины <p>Б. Если послеоперационный период протекал без осложнений</p> <p>В. Если при настоящих родах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеется соответствие между размерами таза и предлежащей головки, 2) прочность рубца не вызывает сомнения (нормальное течение послеоперационного и послеродового периода; своевременная выписка из родильного дома) | <p>А. Если кесарево сечение было произведено по поводу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) угрожающего или свершившегося разрыва матки, 2) наличия узкого таза <p>Б. Если послеоперационный период осложнился:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) затянувшимся лихорадочным течением, 2) фиксацией рубца матки к передней брюшной стенке <p>В. Если при настоящих родах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) имеется хотя бы относительное несоответствие между размерами таза и головки, 2) прочность рубца вызывает сомнения (затянувшийся лихорадочный послеоперационный период, вторичное натяжение кожного рубца), 3) отмечаются растяжение или боли в области кожного рубца |

2. В каком проценте случаев беременность после бывшей операции кесарева сечения заканчивается самопроизвольными родами? Как велика опасность разрыва матки при беременности и в родах?

По литературным данным, самопроизвольные роды после кесарева сечения, произведенного не по поводу узкого таза, а по другим причинам, наблюдаются в пределах 50% случаев [Горнунг (Hornung), Я. Н. Полонский, Е. К. Исаева]. Повторное кесарево сечение, по данным Я. Н. Полонского, имеет место в 33,3%, и в 15,3% случаев роды заканчиваются влагалитскими родоразрешающими операциями.

Частота разрыва матки в родах после бывших операций кесарева сечения колеблется в пределах 10%.

3. Какими клиническими методами следует пользоваться для оценки прочности рубца матки после бывшей операции кесарева сечения?

Специальных методов для такой оценки не существует. Акушер обычно стремится выяснить давность операции, метод разреза стенки матки (корпоральный, в нижнем сегменте), течение послеоперационного и послеродового периодов (длительность, повышение температуры, нагноение, методы лечения). В ряде случаев эти сведения можно найти в справках, которые выдаются родильницам при выписке их из родильного дома. В некоторых случаях, если позволяют обстоятельства, необходимые сведения можно получить путем запроса лечебных учреждений по телефону или письменно.

Независимо от того, будут ли получены указанные сведения, акушер стремится определить состояние рубца матки доступными ему методами. Величина кожного рубца, его расположение, направление (продольное, поперечное), форма (тонкий, широкий, обезображивающий), цвет, консистенция (плотная, мягкая), чувствительность (болезненность), истонченность и наконец отношение кожного рубца к подлежащим тканям (неподвижность) дают достаточно оснований для суждения о состоянии рубца матки.

Надо помнить, что если послеоперационное течение осложняется различными воспалительными процессами в малом тазу или кожный рубец образуется вторичным натяжением и спаян с подлежащими тканями, то во всех этих случаях мы вправе говорить в известной степени и о неполноценности рубца матки.

Ценные сведения дает влагалищное исследование, которое уточняет положение матки в тазу, отношение матки к париетальной брюшине (к брюшной стенке), степень подвижности матки.

Осмотр и пальпация передней брюшной стенки во второй половине беременности, а также непосредственно перед родами в свою очередь позволяют судить, хотя бы приближенно, о состоянии рубца матки.

Можно ли рассматривать желание роженицы иметь ребенка как показание к кесареву сечению? Мы согласны с Я. Н. Полонским и другими клиницистами, которые не склонны считать такое желание в известной мере показанием к кесареву сечению. Но если это желание высказывается роженицей при наличии медицинских показаний, то в подобных случаях оно может оказаться тем решающим аргументом, который повлияет на изменение акушерской концепции в отношении тактики ведения родов.

Возвращаемся к нашей роженице.

В свете изложенного мы приходим к заключению, что бывшая операция кесарева сечения у нашей роженицы прошла, по-видимому, без осложнений. Состояние кожного рубца хорошее. Общее состояние роженицы при начавшейся родовой деятельности удовлетворительное. Таз достаточно емкий, расположение плода продольное, головное предлежание. Размеры головки средние, указаний на несоответствие между тазом и предлежащей головкой не имеется.

Учитывая данные анамнеза о предшествующей операции кесарева сечения и аборте, а также данные объективного исследования кожного рубца, мы решили вести роды консервативно-выжидательно, тщательно наблюдая за динамикой родового процесса, чтобы вовремя по показаниям изменить план ведения родов.

В результате проведенной беседы выяснилось, что роженица хотела бы иметь ребенка, но ее страшит родоразрешение путем кесарева сечения. Однако, если возникнет необходимость, она согласна на любую операцию. Таким образом, при ведении родов мы должны соблюдать интересы не только матери, но и плода.

Дальнейшее течение родов развивалось следующим образом.

2/1 1956 г. 1 час. Состояние роженицы удовлетворительное. Мочится самостоятельно. Поведение спокойное. Схватки через 8—10 минут, по 35—40 секунд, средней силы. Между схватками матка расслабляется. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Воды не отходили.

4 часа. Схватки через 5—6 минут, средней силы, по 35—40 секунд. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту, ритмичное. Головка прижата ко входу в таз. Воды не отходили. Признак Вастена-Генделя отрицательный.

7 часов. Температура 37°. Артериальное давление 120/70 мм. Общее состояние без перемен.

8 часов 30 минут. Состояние без перемен. Стул был после очистительной клизмы. Мочеиспускание свободное.

10 часов 35 минут. Состояние удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, удовлетворительный, ритмичный. Жалоб роженица не высказывает. Схватки через 4—5 минут, по 20—25 секунд, средней силы. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Воды не отходили. Живот мягкий; нижний сегмент и область послеоперационного рубца, располагающегося в продольном направлении по средней линии живота, безболезненные. Поведение роженицы спокойное.

Итак, родовая деятельность протекает в течение 19 часов. Родовые схватки средней силы, ритмичные, но все же короткие, малоэффективные. Поведение роженицы спокойное. Целенаправленное, тщательное наблюдение за состоянием роженицы и сердцебиением плода пока не вызывает тревоги у врачей и акушерки, ведущих роды.

С момента первого влагалищного исследования прошло 18 часов. Хотя родовую деятельность мы охарактеризовали как недостаточно эффективную, тем не менее схватки продолжают сохранять свой постоянный ритм. При первом влагалищном исследовании раскрытие зева было в пределах 2½—3 поперечных пальцев.

Какая степень раскрытия шейки в данный момент? Почему не отмечается поступательного движения головки? Не является ли препятствием сохраняющийся плотный пузырь? Быть может, имеет место неправильное вставление головки (разгибание)?

Решено произвести влагалищное исследование (второе по счету).

2/1, 10 часов 50 минут. Влагалищное исследование. Влагалище емкое; шейка сглажена, раскрытие почти полное, края шейки тонкие. Плодный пузырь цел. Во время исследования плодный пузырь вскрылся, излилось около 1 л вод желтоватого цвета. Предлежит головка, прижатая ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере таза, малый родничок справа, большой — слева, несколько выше малого. Петли пуповины по окружности внутреннего зева не определяются.

Диагноз: конец первого периода родов, затылочное предлежание. Срочные самопроизвольные роды у пожилой первородящей с отягощенным акушерским анамнезом (кесарево сечение в 1951 г.).

Концепция. Роды протекают без заметных осложнений; решено вести роды и дальше консервативно-выжидательно. Профилактически назначены ингаляция кислорода, внутривенно 1 мл 10% раствора коразола и 50 мл 40% раствора глюкозы. От стимуляции родовой деятельности решено воздержаться.

У нашей роженицы можно предвидеть следующие варианты родов.

В а р и а н т 1. После отхождения околоплодных вод матка плотнее обхватит плод, разовьются более энергичные схватки. Если размеры

головки не будут соответствовать размерам таза, т. е. окажется задерж-ка в поступательном движении головки, могут появиться ранние симптомы угрожающего разрыва матки.

К последним следует отнести:

- 1) истончение и боли по ходу кожного рубца,
- 2) частые и болезненные схватки,
- 3) резкие боли в нижнем сегменте матки,
- 4) беспокойное поведение роженицы,
- 5) появление кровянистых выделений из влагалища,
- 6) непроизвольную потужную деятельность.

В этих случаях необходимо: 1) немедленно дать ингаляционный эфирный наркоз (чтобы расслабить мускулатуру матки), 2) приступить к лапаротомии (кесареву сечению).

В а р и а н т 2. После отхождения вод наступит ослабление родовой деятельности. В этом случае показана стимуляция (без применения питуитрина).

В а р и а н т 3. После отхождения околоплодных вод родовая деятельность сохранит прежний характер или несколько усилится; будет отмечено поступательное движение головки в таз при общем удовлетворительном состоянии роженицы и плода.

В этом случае следует роды вести консервативно.

2/1, 13 часов. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Схватки умеренной силы, через 5—6 минут, по 25 секунд. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода по-прежнему ясное, 132 удара в минуту, ритмичное, справа ниже пупка. Воды подтекают в умеренном количестве. Состояние кожного рубца удовлетворительное. Поведение роженицы спокойное.

16 часов. Пульс 74 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Жалоб роженица не высказывает. Схватки сохраняют прежний ритм, короткие, по 15—20 секунд, малоэффективные. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода без изменений, 132 удара в минуту, ритмичное, ясное. Выделений из влагалища нет. Живот между схватками мягкий, безболезненный, в нижнем сегменте и по ходу послеоперационного кожного рубца болезненных точек отметить не удается. Симптом Вастена-Генкеля отрицательный. Мочилась самостоятельно.

Какова тактика дальнейшего ведения родов?

После отхождения вод прошло 5 часов. Головка находится только малым сегментом во входе в таз. Родовая деятельность неэффективная.

Учитывая спокойное поведение роженицы, хорошее состояние плода, хорошее состояние послеоперационного рубца, полное раскрытие зева матки, стояние головки малым сегментом во входе в таз при отошедших водах, мы решили применить стимуляцию родовой деятельности.

16 часов 20 минут. Назначены: 1) клизма, 2) хинин в порошках по 0,2 г через 30 минут, 6 раз.

18 часов. Схватки несколько усилились, через 3—4 минуты, по 30 секунд. Головка заметно продвинулась, стоит большим сегментом в широкой части полости таза. Сердцебиение плода без изменений. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Поведение спокойное. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 120/70 мм.

2/1, 19 часов 45 минут. Головка в полости таза. Появились потуги средней силы, через 3—4 минуты. Сердцебиение плода 116 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Выделений из влагалища нет. Матка на всем протяжении безболезненна, форма ее обычная. Поведение роженицы спокойное.

Решено перевести роженицу в операционную с таким расчетом, чтобы роды закончить, если к тому будут показания, наложением акушерских щипцов.

19 часов 55 минут. Потуги средней силы, через 2—3 минуты, по 20—25 секунд. Головка в узкой части полости таза. Во время потуги промежность напрягается, половая щель приоткрывается. Сердцебиение плода ясное, 128 ударов в минуту. Матка обычной формы, безболезненна, общее состояние роженицы удовлетворительное.

Ткани промежности эластичны, при продвижении головки хорошо растягиваются; промежность низкая. От перинеотомии решено воздержаться.

2/1, в 20 часов 10 минут родилась девочка в синей асфиксии; оживлена по методу Соколова—Легенченко. После отсасывания слизи закричала; движения активные. Родовая опухоль средней величины в области малого родничка, больше на левой теменной кости. Задние воды в незначительном количестве, окрашены меконием. Вес ребенка 3250 г, длина 50 см, окружность головки 36 см, плечиков 35 см. Длина пуповины 45 см.

20 часов 20 минут. Послед выделился самостоятельно. Детское место целое, вес его 500 г, оболочки все.

Кровопотеря 150 мл.

Общая продолжительность родов 29 часов 20 минут.

Эффект психопрофилактической подготовки к родам полный.

21 час 30 минут. Осмотр шейки в зеркалах. Шейка цела.

Под местной инфильтрационной новокаиновой анестезией (Sol. Novocaini 0,25% 10 мл) на разрыв слизистой оболочки правой малой половой губы наложено три узловатых кетгутовых шва. Швы обработаны настойкой йода.

22 часа. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Матка плотная. Выделения кровянистые, темного цвета, в умеренном количестве. После родов самостоятельно не мочилась.

22 часа 45 минут. Переведена в послеродовую палату отделения патологии беременности.

Бригада акушеров и акушерок, принимавших участие в ведении родов, 3/1 на утренней конференции подробно осветила динамику родов. Избранная тактика консервативного ведения родов в общем нашла поддержку и у коллектива сотрудников клиники, и у врачей-курсантов.

Однако из вопросов, заданных дежурным врачам, некоторые заслуживают внимания.

1. Имелись ли действительно показания к переводу роженицы из родильного зала в операционную в тот момент, когда головка стояла в узкой части полости таза?

2. Не задумались ли врачи над тем, что перекладывание роженицы с рахмановской кровати на каталку, а затем с каталки на операционный стол в период потуг может нарушить родовую деятельность, быть излишней физической нагрузкой для роженицы с отягощенным акушерским анамнезом и тем самым способствовать разрыву матки в последние минуты родов?

3. Почему так быстро после родов (через 2 часа 25 минут) перевели родильницу в послеродовую палату? Отягощенный анамнез обязывает к более длительному пребыванию родильницы в родильном зале под наблюдением акушера.

4. Почему дежурный врач не произвел ручного обследования полости матки для выявления возможной травмы?

Надо признать, что вопросы поставлены уместно.

Бригада дежурных акушеров (3 человека) вынуждена была согласиться, что перевод роженицы из родильного зала в операционную действительно является излишней физической нагрузкой при отягощенном акушерском анамнезе.

Что касается контрольного обследования полости матки, то дежурные врачи, ссылаясь на удовлетворительное состояние родильницы и хороший тонус матки после родов, не считали целесообразным произвести ручное обследование.

В этом отношении наш личный опыт и литературные данные говорят о необходимости контрольного обследования полости матки рукой после оперативных родов (поворот, наложение щипцов, плодоразрушающие операции) и после бывших операций кесарева сечения. Л. С. Персианинов сообщает, что у 53 больных (20,2%) разрыв матки был установлен после самопроизвольных родов путем ручного обследования полости матки, а у 29 больных (11%) — во время очередного обхода послеродового отделения.

Таким образом, контрольное ручное обследование полости матки было показано и у нашей больной.

3/1, 10 часов. Состояние удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Живот слегка вздут. Дно матки на два поперечных пальца выше пупка. Матка дряблая. Выделения кровянистые в умеренном количестве.

12 часов. Родильница несколько побледнела. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Жалобы на боли внизу живота. Живот умеренно вздут, пальпируется дно матки; переднюю поверхность матки контурировать не удается, так как при глубокой пальпации отмечается значительная болезненность. Перкуторно в отлогих местах живота тупость отметить также не удается.

Диагноз: подозрение на разрыв матки в родах по старому рубцу.

Заключение. Для уточнения диагноза решено под эфирным рауш-наркозом произвести пальцевое обследование полости матки.

3/1, 12 часов 30 минут. Пальцевое обследование полости матки.

Показания: подозрение на разрыв матки.

Обезболивание: эфирный рауш-наркоз.

Описание операции: правая рука введена во влагалище, после чего двумя пальцами, введенными в полость матки, в нижней ее трети на передней стенке обнаружен проникающий разрыв.

Диагноз: разрыв матки по старому рубцу.

Заключение. Показана срочная лапаротомия.

13 часов. Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация матки.

Обезболивание: ингаляционный эфирный наркоз (70 мл).

Описание операции: брюшная стенка вскрыта послойно. После вскрытия париетальной брюшины из брюшной полости излилось 150 мл темной крови. При ревизии оказалось, что сальник припаян справа и спереди ниже дна матки. В средней трети передней стенки матки обнаружен распластавшийся сгусток крови, ниже которого определяется отверстие длиной 4—5 см, ведущее в полость матки. После рассечения припаявшегося к матке сальника и его перевязки матка выведена в брюшную рану. Сгусток крови удален, после чего констатировано, что разрыв матки имеет продольное направление и длину 7—8 см; края разрыва разможены, неодинаковой толщины, частично имбибированы кровью.

На основании описанной картины, давности разрыва (18 часов), а также наличия рубцовых изменений на значительной поверхности ниже и выше разорвавшегося участка принято решение приступить к надвлагалищной ампутации матки. Операция произведена типично.

В брюшную полость введено 400 000 ЕД пенициллина. Брюшная стенка восстановлена послойно (предварительно был иссечен старый рубец на коже). На кожу наложены скобки Мишеля и коллоидная повязка. Моча, выпущенная катетером, соломенного цвета, насыщенная. Длительность операции 1 час.

Послеоперационный период без осложнений. Субфебрильная температура наблюдалась в течение первых 6 дней; в дальнейшем температура нормальная, состояние родильницы удовлетворительное. Швы сняты на 9-й день, заживление первичным натяжением. Е-ва выписана на 16-й день после операции.

Эпикриз

Е-ва поступила в начале периода раскрытия. Отягощенный акушерский анамнез (операция кесарева сечения по поводу предлежания детского места 4 года тому назад). В результате тщательного обследования роженицы было принято решение вести роды консервативно. Самопроизвольные роды закончились рождением живой доно-

шенной девочки. Разрыв матки был заподозрен через 16 часов после родов при утреннем врачебном обходе. Чревосечение подтвердило разрыв матки по старому рубцу. Надвлагалищная ампутация. Выписана на 16-й день после операции.

Запущенное поперечное положение плода. Попытка поворота плода на ножку. Разрыв матки. Надвлагалищная ампутация матки

К-на, 37 лет, повторнородящая, на протяжении всей беременности находилась под наблюдением акушерки фельдшерско-акушерского пункта.

Впервые беременная была осмотрена акушеркой на V месяце беременности, в дальнейшем подвергалась осмотру 4 раза. Только на X акушерском месяце (20/IV 1952 г.) акушерка заподозрила поперечное положение плода, в связи с чем женщина была направлена на консультацию в участковую больницу (за 7 км от местожительства беременной).

Данные осмотра врачом участковой больницы (24/IV 1952 г.)

Анамнез. Менструальная функция. Первая менструация на 15-м году жизни. Менструации через 3 недели, по 4—5 дней, необильные, безболезненные. Последняя менструация в конце июля 1951 г.

Генеративная функция. Половая жизнь с 29 лет. Первая беременность: срочные самопроизвольные роды в 1937 г., ребенок жив. Вторая беременность в 1939 г.: преждевременные роды (на 1½ месяца раньше срока), родился мертвый плод; после родов не болела. В 1942—1944 гг. два искусственных аборта. Пятая беременность: срочные роды в 1948 г. Настоящая беременность шестая. Дату первого шевеления плода не помнит. Беременность протекала без особенностей.

Гинекологических заболеваний не было.

Общее и акушерское обследование. Беременная среднего роста, развита правильно. Живот увеличен соответственно доношенной беременности, несколько необычной формы, «шире в боках». Брюшная стенка дряблая, кожа легко собирается в складки. Окружность живота на уровне пупка 99 см, высота стояния дна матки 35 см (на три поперечных пальца ниже мечевидного отростка). Предлежащая часть над входом в таз, приемами Леопольда не определяется. Создается впечатление, что головка находится справа, тазовый конец — слева. Сердцебиение плода выслушивается отчетливо на уровне пупка, 138 ударов в минуту, ритмичное.

Родовой деятельности нет. Жалобы на значительные, периодически повторяющиеся ноющие боли внизу живота и в области поясницы.

Размеры таза 26, 29, 31, 21 см.

Диагноз: беременность на X акушерском месяце (37—38 недель), поперечное положение плода.

Заведующий участковой больницей после осмотра беременной предложил ей заблаговременно явиться на роды.

В дальнейшем акушерка периодически навещала беременную на дому с таким расчетом, чтобы при появлении первых предвестников родов отправить ее в участковую больницу на роды.

Направивается вопрос, правильно ли поступили участковый врач и акушерка фельдшерско-акушерского пункта? Согласимся ли мы с намеченной тактикой наблюдения за беременной женщиной?

Гарантирована ли в условиях участковой больницы необходимая квалифицированная акушерская помощь в родах при поперечном положении плода?

Достаточна ли квалификация врача (заведующего участковой больницей) в вопросах оперативного родоразрешения?

Наконец, располагает ли данная участковая больница необходимым акушерским инструментарием и операционной в должной готовности?

Вот данные, которыми мы располагаем и которые помогут ответить на поставленные вопросы.

Акушерка, работающая на фельдшерско-акушерском пункте, имеет трехлетний стаж самостоятельной работы. Ежегодно принимает от 12 до 15 родов, дважды производила ручное отделение последа. Ведет учет беременных и наблюдение за ними. Во всех случаях патологии беременности, как, например, при кровотечениях, токсикозах (неукроти-

мая рвота, отек беременных), акушерка ставила в известность районного акушера-гинеколога, от которого получала необходимую помощь и консультацию.

Как мы уже знаем, и в данном случае акушерка своевременно заподозрила неправильное положение плода и добилась консультации.

Врач, заведующий участковой больницей, имеет 2-летний врачебный стаж. В условиях участковой больницы дважды производил во время родов поворот плода на ножку (в одном случае родился живой плод, в другом — мертвый). Техникou чревосечения врач не владеет.

В штате участковой больницы имеется опытная старая акушерка. Существует небольшая операционная, где проводятся лапаротомии (преимущественно аппендэктомии, грыжесечение).

Не подлежит сомнению, что роды скорее всего будут оперативными. Рассчитывать на самоповорот плода у повторнородящей с дряблой брюшной стенкой не представляется возможным. Время наступления родов может быть определено только предположительно. И если воды отойдут в домашних условиях, то возникнут все предпосылки для одной из тяжелых акушерских патологий — запущенного поперечного положения плода. Впереди в лучшем случае эмбриотомия с извлечением плода, в худшем случае — разрыв матки и последующая лапаротомия.

То немногое, что известно нам об участковом враче как акушере, не дает основания считать его способным выполнить необходимую акушерскую операцию. Он, по-видимому, полагал, что беременная поступит в больницу заблаговременно и вся помощь сведется к повороту плода с последующими самопроизвольными родами.

2/V 1952 г. в 20 часов акушерка была вызвана на дом к беременной, где узнала, что час тому назад появились схватки и начали подтекать воды в обильном количестве. Помня, что отхождение околоплодных вод при поперечном положении плода представляет значительное осложнение родов, акушерка решила принять меры к срочной транспортировке роженицы в участковую больницу. На организацию транспорта ушло 2 часа.

Состояние роженицы перед отъездом удовлетворительное, пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Схватки регулярные, средней силы; сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное. Матка, по словам акушерки, напряжена. Воды подтекают.

2/V в 23 часа 40 минут роженица в сопровождении акушерки доставлена на телеге в участковую больницу. Во время переезда схватки стали более частыми, болезненными.

Акушерка больницы осмотрела роженицу и нашла ее состояние удовлетворительным. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Дно матки на четыре поперечных пальца выше пупка, матка очень напряжена, плотно облегает плод. Акушерка диагностировала поперечное положение плода. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 150 ударов в минуту, ритмичное, но несколько приглушенное. Воды по-прежнему подтекают.

На консультацию вызван главный врач больницы.

Итак, беременная не была своевременно госпитализирована. В связи с наступлением родовой деятельности и отхождением вод при наличии поперечного положения плода условия для родоразрешения значительно ухудшились. Правда, с момента разрыва плодного пузыря прошло только 4½ часа (т. е. длительность безводного промежутка не так велика), сердцебиение плода прослушивается и общее состояние роженицы удовлетворительное.

Не сделать ли попытку произвести поворот плода на ножку? Не поздно ли? Какие условия необходимы для такого поворота?

Условиями к повороту плода на ножку являются:

1) подвижность плода, что имеет место при целом плодном пузыре или при только что отошедших водах;

2) наличие живого плода;

3) полное раскрытие зева или раскрытие хотя бы на три поперечных пальца;

4) отсутствие узкого таза;

5) общее удовлетворительное состояние роженицы.

К сожалению, подвижность плода в нашем случае находится под сомнением. Акушерка, обследовавшая роженицу, отмечает напряжение матки. Уже одно это замечание, высказанное акушеркой, дает основание думать о значительной потере подвижности плода.

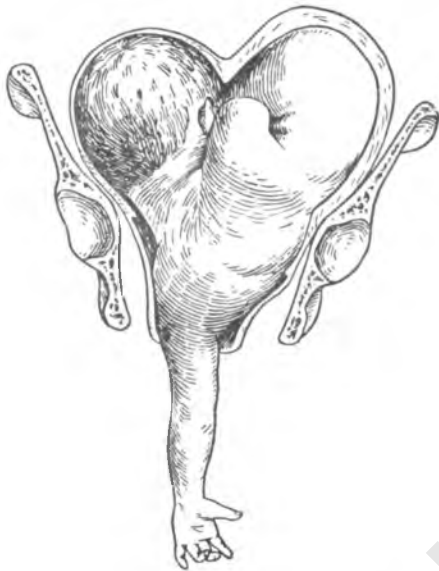


Рис. 96. Чрезмерное растяжение стенки шейки матки справа при запущенном поперечном положении плода. Имеется выпадение ручки.

Повременим немного! Предстоящая консультация врача уточнит это обстоятельство. Ведь мы ничего не знаем о степени подготовленности родовых путей (раскрытие зева), так как акушерки не производили влагалищного исследования.

3/V, 0 часов 15 минут. Осмотр роженицы врачом. Состояние ее средней тяжести. Пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Температура 37,7°. Жалобы на частые болезненные родовые схватки; иногда роженица делает попытку тужиться. Положение плода поперечное, головка определяется справа, ягодицы — слева. Матка напряжена, плотно обхватывает плод. Подвижность плода ограничена. Нижний сегмент при пальпации болезненный. Сердцебиение плода в области пупка глухое, 148 ударов в минуту. Воды подтекают в незначительном количестве.

Влагалищное исследование. Влагалище широкое. Шейка сглажена, раскрытие зева в пределах четырех поперечных пальцев (почти полное); края зева толстоваты, податливы. Плодного пузыря нет. Предлежащая часть — вколотившееся плечико во входе в таз, которое с трудом удаётся отодвинуть. Мыс не достигается.

Диагноз: поперечное положение плода (близкое к запущенному поперечному положению) (рис. 96).

Согласны ли мы с диагнозом? Отображает ли он фактическую акушерскую патологию?

Прежде всего вызывает недоумение самая формулировка диагноза. Вчитайтесь внимательно в записи. Создается впечатление, что в данном случае врач не склонен находить запущенное поперечное положение плода. И это в то время, когда налицо следующие клинические признаки:

- 1) матка напряжена и плотно обхватывает плод.
- 2) подвижность плода ограничена,
- 3) головка определяется справа, ягодицы — слева,
- 4) болезненность нижнего сегмента,
- 5) вколотившееся плечико во входе в таз,
- 6) произвольная потужная деятельность,
- 7) состояние роженицы средней тяжести.

Приведенных фактов вполне достаточно для того, чтобы уверенно и обоснованно говорить о запущенном поперечном положении плода.

Приведенная клиническая картина позволяет также обоснованно говорить о симптомах угрожающего разрыва матки. Таким образом, формулировка диагноза должна быть следующей: запущенное поперечное положение плода; угрожающие симптомы разрыва матки в родах; начинающийся эндометрит в родах.

Что делать?

Повседневный практический опыт, а также многочисленные литературные данные говорят о том, что попытки произвести поворот на ножку при запущенном поперечном положении плода неминуемо заканчиваются грубой травмой родовых путей (разрывом матки, а иногда и мочевого пузыря).

Единственным правильным решением в подобных случаях является плодоразрушающая операция (при мертвом плоде) или родоразрешение путем кесарева сечения (если плод живой, роженица в хорошем состоянии и хочет иметь ребенка).

Однако в данном случае врач решил по-иному. Основываясь на том обстоятельстве, что 1) при наружном исследовании подвижность плода хотя и ограничена, но все же имеется, 2) вколотившееся плечико «удаляется отодвинуть», 3) воды отошли только 5 часов назад и 4) плод живой, врач решил предпринять операцию поворота плода на ножку (поворот на тазовый конец).

3/4 в 1 час под эфирным наркозом предпринята попытка поворота плода на ножку. Правая рука введена во влагалище, затем сделана попытка пальцами правой руки отодвинуть плечико вверх, а пальцами левой руки через брюшные стенки сместить тазовый конец плода книзу. Несмотря на глубокий наркоз, поворот плода произвести не удалось.

Сердцебиение плода после неудавшегося поворота не прослушивается. Роженица кронулась, жалуется на резкие боли внизу живота. Схваток нет. Из влагалища грязные выделения в умеренном количестве.

2 часа. Общее состояние роженицы тяжелое. Пульс 100 ударов в минуту, среднего наполнения. Роженица жалуется на головные боли и резкие боли внизу живота (особенно при пальпации). Сердцебиение плода не прослушивается. Моча выпущена катетером, прозрачная.

Таков неизбежный печальный финал во всех тех случаях, когда неправильно оценивается симптоматология патологически протекающих беременностей и родов, когда врач и акушерка недостаточно четко ориентируются в вопросах профилактики акушерской патологии.

Своевременное выявление поперечного положения плода у многорожавшей женщины не мобилизовало должным образом чувства ответственности ни у акушерки, ни у врача. Между тем мы обязаны не только рекомендовать женщинам с патологически протекающей беременностью заблаговременно поступать в родильное отделение, но и путем активного патронажа гарантировать своевременную госпитализацию.

Если бы в данном случае акушерка фельдшерско-акушерского пункта настояла на госпитализации беременной не позже чем за 10—15 дней до родов, а врач участковой больницы обеспечил контроль за работой акушерки, исход для роженицы мог бы быть иным.

Врач участковой больницы в свою очередь переоценил свои знания в области акушерской патологии. Он не предугадал всех возможных вариантов динамики данной акушерской патологии; в противном случае он госпитализировал бы беременную с поперечным положением плода недели за две до родов в районную больницу. Не имея достаточного опыта в области патологического акушерства, участковый врач тем не менее предпринял попытку произвести поворот при запущенном поперечном положении плода. Только после того, как была совершена

врачебная ошибка и в состоянии роженицы наступило ухудшение, роженица была направлена в районную больницу, находящуюся на расстоянии 12 км от участковой больницы.

3/V в 4 часа 45 минут роженица в сопровождении акушерки доставлена в родильное отделение районной больницы. Консультация акушера и главнот-



Рис. 97. Разрыв матки. Обнажение гематомы.

го врача районной больницы: состояние роженицы при поступлении тяжелое. Пульс 112 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения, температура 38°. Роженица устала, жалуется на общую слабость и особенно на боли внизу живота справа. Схваток нет. Положение плода поперечное, головка определяется справа, ягодицы — слева. Сердцебиение плода невыслушивается. Выделения кровянисто-грязные, имеют слабый запах.



Рис. 98. Полный разрыв матки в области нижнего сегмента.

Диагноз: поперечное положение плода; подозрение на разрыв матки; мертвый плод; эндометрит в родах.

ЗаклЮчение. Показано срочное чревосечение.

3/V, 5 часов 55 минут. Лапаротомия. Надвлагалищная ампутация матки. После соответствующей подготовки рук хирургов и операционного поля под эфирным наркозом брюшная стенка вскрыта продольным разрезом по средней линии. После вскрытия париетальной брюшины обнаружена матка, по правому ребру которой имеется не-проникающий разрыв на протяжении 10 см (рис. 97). На данном участке сохранена только брюшина (серозная оболочка матки), интимно прилегающая к головке плода. Крови в брюшной полости не обнаружено. При запущенном поперечном положении плода могут наблюдаться и проникающие разрывы матки (рис. 98). После вскрытия брюшины извлечен за головку доношенный мертвый плод мужского пола. Детское место удалено потягиванием за пуповину. Края раны матки во многих местах разможены, имbibированы кровью. Повреждений мочевого пузыря не обнаружено.

Произведена надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация. Брюшная стенка восстановлена послойно. На кожу наложены шелковые узловатые швы и повязка.

После операции перелито 250 мл консервированной крови 0(I) группы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 9-й день; заживление первичным натяжением. К-на выписана в удовлетворительном состоянии на 13-й день.

Районный акушер и районный хирург оказались на должной высоте. Они правильно диагностировали разрыв матки, который несомненно был вызван манипуляциями, связанными с попыткой участкового врача произвести поворот при запущенном поперечном положении плода.

Эпикриз

К-на, многорожавшая. На протяжении всей беременности находилась под наблюдением акушерки фельдшерско-акушерского пункта. Ею и врачом участковой больницы было своевременно диагностировано поперечное положение плода. Своевременной госпитализации в родильное отделение не последовало. В участковой больнице была предпринята попытка произвести поворот на ножку при запущенном поперечном положении плода; не получив должного эффекта, участковый врач направил роженицу в родильное отделение районной больницы, где был диагностирован разрыв матки, мертвый плод, эндометрит в родах. Операция чревосечения закончилась ампутацией матки. Больная выписана на 13-й день после операции.

Разрыв матки и мочевого пузыря при срочных родах крупным плодом

К-ва, 35 лет, поступила в родильный дом 11/IV 1952 г. в 4 часа 30 минут в родах.

Анамнез. Отец умер от туберкулеза легких. Мать здорова. Из детских заболеваний помнит коклюш, корь, скарлатину. В 20-летнем возрасте перенесла крупозное воспаление легких, 3 года назад — дизентерию.

Менструальная функция. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 24—25 дней, по 2—3 дня, безболезненные, умеренные. За 3 дня до появления менструации наблюдаются головные боли. После замужества, родов и абортов менструации сохраняли прежний тип. Последняя менструация с 1 по 3/VII 1951 г.

Половая функция. Половая жизнь с 18 лет, брак первый. Гинекологические заболевания отрицает.

Генеративная функция. Первая беременность на втором году замужества — срочные роды мертвым плодом (мальчик весом 4000 г). Роды продолжались около 3 суток. После родов боела эндометритом. Вторая беременность — срочные роды живым плодом (девочка, вес 3600 г) в 1943 г. После родов не боела. Третья беременность — срочные роды живым плодом (вес около 3000 г) в 1945 г. После родов не боела. Четвертая и пятая беременности в 1946 г. закончились искусственным абортom в 6 и 8 недель (криминальное вмешательство). После абортов не боела. В 1948 г. пузырьный занос. Настоящая беременность седьмая протекала без осложнений.

Общее обследование. Состояние удовлетворительное, температура тела 36,6°. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 68 ударов в минуту. Артериальное давление 130/80 мм. Со стороны органов кровообращения, дыхания, пищеварения, нервной системы и мочевых органов отклонений не выявлено. Пастозность нижних конечностей. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Окружность живота 108 см, высота стояния дна матки 40 см. Положение плода продольное, первая позиция. Головка над входом в таз, подвижная. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Родовая деятельность при поступлении слабая. По словам роженицы, схватки короткие, через 15 минут, но регулярные в течение последних 5 часов. Воды не отходили. Размеры таза 25, 28, 30, 20 см.

Какой диагноз? Какова тактика ведения родов?

Приведенные выше анамнестические данные и описание состояния роженицы при поступлении в родильный дом позволяют поставить предварительный диагноз: срочные роды у повторнородящей; первый период; головное предлежание.

Что касается тактики ведения родов, то она будет, по-видимому, выжидательной. Необходимо уточнить характер родовой деятельности, т. е. ритмичность и эффективность родовых схваток. По словам роженицы, родовая деятельность слабая, началась 5 часов тому назад. Следует также уточнить вопрос, не имеется ли крупный плод (окружность живота 108 см, высота стояния дна матки 40 см). Наконец, врач, ведущий роды, должен помнить о наличии у роженицы отягощенного акушерского анамнеза.

Следует произвести также влагалищное исследование, которое позволит иметь более четкое представление: 1) о степени подготовленности родовых путей, 2) о размере диагональной конъюгаты, 3) о характере вставления предлежащей головки и пр. Однако, обращаясь к записям анализируемой нами истории родов, мы не находим данных влагалищного исследования.

4 часа 50 минут (через 20 минут после поступления). Схватки через 5 минут, по 40 секунд, средней силы. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение слева ниже пупка, 132 удара в минуту, ясное, ритмичное. Воды не отходили.

6 часов 30 минут. Появились потуги 45 минут тому назад, а вскоре незначительные кровянистые выделения. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение слева ниже пупка, 136 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Воды не отходили. Мочиспускание свободное, безболезненное. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

Что нового показали наблюдения за роженицей в течение первых 2 часов пребывания в родильном доме?

Во-первых, родовые схватки стали более частыми, во-вторых, возникли потуги при головке, прижатой ко входу в малый таз; в-третьих, из родовых путей появились кровянистые выделения.

Как известно, потужная деятельность свойственна второму периоду родов (периоду изгнания). Появление же произвольных преждевременных потуг при высоко стоящей головке свойственно обычно патологическому течению родов.

Быть может, в данном случае первый период родов закончился, т. е. имеет место полное раскрытие маточного зева и наступил период изгнания?

Должно волновать появление кровянистых выделений из половых органов роженицы. Какова их возможная этиология? Появление кровянистых выделений в первом периоде родов может объясняться многими причинами, а именно: 1) преждевременной отслойкой нормально расположенного детского места, 2) предлежанием детского места, 3) нарушением целостности открывающейся шейки матки, 4) нарушением целостности стенок матки.

6 часов 35 минут. Влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие полное, края отечные. Во влагалище пальпируется дряблый плодный пузырь. Оболочки пузыря истончены и легко разорвались при исследовании. Отшло около 400 мл грязных вод. Головка прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок слева, большой не достигается. Вся крестцовая впадина свободна, мыс не достигается. Плацентарная ткань нигде не определяется.

Диагноз: конец первого периода родов; затылочное предлежание.

Исследование, таким образом, подтвердило полное раскрытие маточного зева. Вопрос о предлежании детского места отпал. Имеется нормальное сгибание головки.

Остается неуточненным вопрос о размерах плода, главным образом головки. К сожалению, в истории родов нет необходимых записей, которые характеризовали бы соответствие между размерами головки и таза. Между тем основание для тревоги у акушера, ведущего роды,

безусловно имелось. Роженица повторнородящая, первые роды были затяжными и закончились рождением мертвого крупного плода. Окружность живота (108 см) и высота стояния дна матки (40 см) закономерно вызывают подозрение, что и в данном случае имеется крупный плод.

Вот почему закономерно возникает вопрос, не объясняется ли отсутствие заметного поступательного движения головки (при полном раскрытии шейки матки и сгибании головки) наличием несоответствия между размерами головки и таза (функционально узкий таз).

Не вызывает сомнения то, что роды принимают патологический характер. Будем внимательно следить за динамикой продвижения головки, особенно в связи с тем, что уже отошли околоплодные воды.

7 часов 30 минут. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, ритмичное. Потуги через 5—6 минут, по 30 секунд, малоэффективные. Подтекают воды, окрашенные меконием. На подстилке обнаружено несколько капель крови.

Прошел час после начала потужной деятельности, но поступательного движения головки нет.

Как расценить эти симптомы? Не есть ли это угрожающие симптомы разрыва матки?

Мы полагаем, что постановка вопроса об угрожающих симптомах разрыва матки является обоснованной. Правда, клиническая картина угрожающего разрыва матки в данном случае характеризуется вялой родовой деятельностью, появлением непродуктивной, произвольной потужной деятельности, незначительных кровянистых выделений и сравнительно спокойным поведением роженицы. Это далеко не соответствует клинике угрожающих симптомов разрыва матки в описании Бандля.

Но практическим врачам необходимо фиксировать внимание на своевременной и правильной интерпретации отмеченных выше так называемых стертых угрожающих симптомов разрыва матки. Подобного рода клиническая картина наблюдается, как правило, у рожениц с отягощенным акушерским анамнезом.

Обратите внимание на анамнез нашей роженицы: два криминальных аборта, первая беременность закончилась рождением мертвого крупного плода, а последняя беременность — пузырным заносом.

Итак, мы склонны остановиться на диагнозе угрожающего разрыва матки в родах.

Что следует предпринять?

Если быть последовательными, то мы должны поставить вопрос о срочном оперативном родоразрешении. В нашем распоряжении два пути родоразрешения. Один из них — родоразрешение путем абдоминального кесарева сечения. Другой путь влагалищный — плодоразрушающая операция (перфорация головки живого плода с последующей краниоклазией).

Операция кесарева сечения может гарантировать рождение живого плода (отсутствуют симптомы угрожающей внутриутробной асфиксии), а вместе с тем и жизнь роженице (поскольку имеются необходимые условия для кесарева сечения).

Плодоразрушающая операция должна рассматриваться как более щадящая операция для роженицы по сравнению с кесаревым сечением. Но позволительно ли предпринимать плодоразрушающую операцию на живом плоде? Вот почему в данном случае мы избрали бы кесарево сечение.

Совпадают ли наши рассуждения о методе родоразрешения с тактикой акушера, ведущего данные роды?

Произведя влагалитное исследование, акушер пришел к заключению, что удовлетворительное состояние роженицы и плода позволяет вести роды выжидательно, в надежде, что с наступлением эффективной родовой деятельности наступит конфигурация головки плода и роды все же закончатся самопроизвольно.

8 часов 30 минут. Схватки через 7—8 минут, по 20 секунд, малоэффективные. Головка малым сегментом стоит во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Придерживаясь консервативной (а вернее, ультраконсервативной) тактики, акушер назначает стимуляцию родов хинином (по 0,15 г через 30 минут, 5 раз), что является грубой врачебной ошибкой.

10 часов 15 минут. После приема 3 порошков хинина схватки стали несколько чаще, через 4—5 минут, средней силы. Головка плода продолжает оставаться малым сегментом во входе в таз; сердцебиение 134 удара в минуту, ясное, ритмичное. Подтекают воды, слегка окрашенные меконием; матка вне схваток мягкая. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения.

Дальнейшая стимуляция прекращена. Назначены ингаляции кислорода.

11 часов 10 минут. Пульс 80 ударов в минуту, правильный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/80 мм. Схватки через 5 минут средней силы, по 30—35 секунд. Роженица тужится. Головка плода по-прежнему малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту, ритмичное. Подтекают воды, окрашенные меконием. Продолжаются ингаляции кислорода в целях профилактики внутриутробной асфиксии плода.

11 часов 30 минут. Для уточнения динамики родов акушер произвел очередное влагалитное исследование. Умеренный отек наружных половых органов, раскрытие маточного зева полное, спереди нависает отечная передняя губа шейки, которую акушер легко заправил. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сагиттальный шов в правом косом размере. Малый родничок слева впереди, большой — справа кзади (выше малого).

Катетером выпущено небольшое количество мочи обычного цвета. Послана на исследование. Умеренный отек наружных половых органов.

Как видно из записей в истории родов, дежурный врач продолжает придерживать ультраконсервативной тактики ведения родов.

Согласится ли мы с подобной тактикой?

Нас волнует три момента.

1. Головка продолжает стоять малым сегментом во входе в малый таз в течение 4 часов. Дальнейшего продвижения не наблюдается, несмотря на проведенную стимуляцию родовой деятельности.

2. В течение последнего часа подтекают воды, окрашенные меконием. Появление мекония в околоплодных водах при головном предлежании следует рассматривать как один из угрожающих симптомов внутриутробной асфиксии плода.

3. Передняя губа шейки матки находится в состоянии значительного отека. Умеренный отек наружных половых органов.

Эти три новых фактора в динамике родов следует рассматривать как грозные симптомы надвигающейся катастрофы. Угроза нависла не только над рождающимся плодом, но и над роженицей. Все эти грозные признаки не привлекли внимания дежурного акушера.

Мы полагаем, что это объяснялось следующим: во-первых, общее состояние роженицы было вполне удовлетворительное, она не высказывала жалоб; во-вторых, сердцебиение плода продолжало оставаться (пока!) ясным, ритмичным и по количеству ударов в пределах физиологической нормы. Появление же мекония в подтекающих водах (что, несомненно, указывает на парез сфинктера ануса), по-видимому, не рассматривалось как ранний угрожающий симптом внутриутробной асфиксии плода.

Акушер решил по-прежнему придерживаться ультраконсервативной тактики ведения родов.

11/IV, 11 часов 35 минут. Пульс 82 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Общее состояние роженицы хорошее. Схватки потужного характера, через 5—6 минут, средней силы. Головка малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Матка между схватками хорошо расслабляется. Болезненность нижнего сегмента не отмечается. Подтекают воды с примесью мекония.

Ввиду явлений угрожающей внутриутробной асфиксии плода назначено внутривенное вливание 40% раствора глюкозы, кордиамин подкожно, ингаляция кислорода.

12 часов 30 минут. Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. Схватки по-прежнему носят потужной характер, через 5—6 минут. Головка плода малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода временами учащается до 160 ударов в минуту. Подтекают воды, окрашенные меконием. Роженица получает кислород (профилактика внутриутробной асфиксии плода). Общее состояние роженицы удовлетворительное.

Как видно из приведенных записей, врач продолжает рассматривать динамику родового процесса только с позиций угрозы для жизни плода. Акушером проведена профилактика асфиксии плода.

Тщательное наблюдение за родами показывает, что головка плода стоит в одной и той же плоскости входа в малый таз в течение 5 часов.

Мы снова ставим вопрос о тактике ведения родов. Дальнейшее консервативное ведение родов непозволительно!

В настоящий момент по-прежнему остаются те же методы родоразрешения. Правда, несколько изменились условия для операции кесарева сечения (безводный период достигает 6 часов, появились симптомы внутриутробной асфиксии плода). Гарантировать родоразрешение живым плодом при этих обстоятельствах не представляется возможным. Тем не менее и в настоящий момент более показано родоразрешение путем абдоминального кесарева сечения.

11/IV, 12 часов 50 минут. Роженица пожаловалась на ухудшение общего состояния. Появилась слабость и головокружение, умеренная бледность кожных покровов. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 140/100 мм. Потужная деятельность сохраняется. Сердцебиение плода аритмичное, временами резко замедленное. Матка между схватками плохо расслабляется.

Ввиду ухудшения общего состояния роженицы в 13 часов произведено влагалищное исследование (третье по счету). Раскрытие зева матки полное; передняя губа шейки нависает. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева и спереди, большой — справа и сзади. Стреловидный шов в правом косом размере, ближе к поперечному. Умеренная родовая опухоль.

13 часов 10 минут. Сердцебиение плода не прослушивается. Роженица побледнела. При пальпации живота отчетливо определяются под брюшной стенкой части плода. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения.

Диагноз: разрыв матки.

В 12 часов 30 минут врач находил самочувствие роженицы удовлетворительным, а через 20 минут (в 12 часов 50 минут) отмечается клиническая картина завершившегося разрыва матки.

Срочно приступлено к переливанию крови и лапаротомии.

11/IV, 13 часов 35 минут. Операция. Чревосечение. Надвлагалищная ампутация матки. Ушивание разорванной стенки мочевого пузыря.

Под эфирным наркозом (130 мл) брюшная стенка вскрыта послойно продольным разрезом по средней линии (на протяжении 14 см). В брюшной полости жидкая кровь, послед и плод. Послед удален. Мертвый плод женского пола (вес 4300 г, длина 53 см, окружность головки 37 см) извлечен за ножки.

Матка выведена в брюшную рану и осмотрена. В области левой половины пузырно-маточного углубления (excavatio vesico-uterina) разрыв тканей с повреждением брюшины, нижнего сегмента матки, переднего свода влагалища и задней поверхности мочевого пузыря.

В толще левой широкой связки обширная гематома. Количество свободной крови в брюшной полости составляет 1000 мл.

Ввиду обширности повреждения приступлено к удалению матки. На круглые связки, собственные связки яичников и трубы наложены клеммы; трубы и связки перерезаны и перевязаны. Вскрыта брюшина пузырно-маточной складки, справа перевязан и рассечен сосудистый пучок маточной артерии. Слева найден проксимальный конец маточной артерии в клетчатке широкой связки. Левая маточная артерия повреждена во время разрыва матки. Матка ампутирована. На повреждение стенки мочевого пузыря, располагавшееся по задней стенке его на протяжении 5—6 см, наложены узловатые кетгутовые швы в два этажа. Отмечается значительное разможнение и имбибиция крови в стенке мочевого пузыря в области разрыва. Наложено несколько узловатых кетгутовых швов на дистальный конец продольного разрыва свода влагалища и боковые концы культи шейки. Через оставленное отверстие во влагалище введен марлевый тампон. Дополнительный гемостаз. Перитонизация культей связок, сосудов и культи шейки матки.

В брюшную полость введено 600 000 ЕД пенициллина. Рана брюшной стенки восстановлена послыюно. На кожу наложены скобки и клеоловая повязка. В мочевой пузырь введен постоянный катетер, который фиксирован к левой малой половой губе.

Продолжительность операции 1 час 40 минут. Во время операции перелито 1400 мл консервированной крови.

11/IV, 15 часов 55 минут. Состояние больной очень тяжелое. Артериальное давление не определяется. Пульс едва ощутим. Дыхание 18—20 в минуту. Тоны сердца глухие.

Состояние больной продолжало ухудшаться, и в 20 часов она умерла.

Патологоанатомическое заключение. Роженица умерла от шока на фоне острого обескровливания, происшедшего в результате разрыва матки во время родов.

Поучительность наблюдения состоит в том, что своевременный диагноз угрожающего разрыва и начавшегося разрыва матки не был поставлен только потому, что клинически они протекали нетипично. Общее удовлетворительное состояние роженицы не позволило врачу думать о наивысшей над ней угрозе. Не была дана правильная оценка и отягощенному акушерскому анамнезу (криминальные аборт, пузырный занос, длительные роды мертвым крупным плодом).

Недостаточно внимательное акушерское обследование в свою очередь не позволило врачу остановиться на определении величины головки рождающегося плода. Вопрос о возможном несоответствии между размерами головки и таза не привлек внимания акушера; между тем имело место долгое высокое стояние головки во входе в таз при полном раскрытии маточного зева и отхождении вод, при наличии выраженной родовой деятельности.

Акушер не учел и того обстоятельства, что у повторнородящих при последующих беременностях наблюдается обычно более крупный плод.

Анализ истории родов показал, что клинические симптомы атипично протекающего разрыва матки бывают настолько ступшеваны, что общее состояние роженицы может долго оставаться удовлетворительным.

Тактика ведения родов была неправильной (ультраконсервативной). Ошибкой оказалось и то, что не были применены внутриартериальное нагнетание крови и противошоковые мероприятия после операции, когда состояние больной продолжало прогрессивно ухудшаться.

Эпикриз

К-ва, повторнородящая, поступила в родильный дом в родах. Отягощенный акушерский анамнез (криминальные аборт, пузырный занос, длительные роды мертвым крупным плодом) не был своевременно и правильно истолкован.

При данной беременности, несмотря на наличие крупного плода и функционально узкого таза, было допущено ультраконсервативное ве-

дение родов. Своевременно не был диагностирован угрожающий, а затем начинающийся разрыв матки, что и повело в конечном итоге к разрыву матки, мочевого пузыря и влагалища, анемии. Чревосечение, надвлагалищная ампутация матки, ушивание разрывов мочевого пузыря и влагалища. Анемия. Родильница погибла через 4 часа 45 минут после операции. Внутриаартериальное нагнетание крови не было проведено.

Плоскоррахитический газ (I степень сужения). Наложение полостных щипцов. Разрыв матки

В областной отдел здравоохранения присланы из районного центра история родов и сигнальное извещение о травматизме в родах. Анализ документации показал, что роженица умерла в родах в связи с оперативным родоразрешением (наложение полостных щипцов, разрыв матки). Главный акушер-гинеколог облздравотдела разобрал историю родов на конференции врачей данного района, на которой присутствовали врачи и акушерки районных больниц, а также акушерки-фельдшерицы, работающие на медицинских участках и фельдшерско-акушерских пунктах этого района.

Роды проводились в районном центре (небольшой город), где находится родильный дом на 40 коек, женская консультация, гинекологическое отделение при больнице на 15 коек. Главный врач родильного дома имеет 15-летний стаж по специальности, владеет техникой акушерских и гинекологических операций. Ординатор, который проводил данные роды, молодой врач с 3-летним стажем по специальности.

Н-ва, 30 лет, поступила в родильный дом 7/IV 1953 г. с нерегулярной родовой деятельностью; воды не отходили.

Анамнез. Менструальная функция. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3—4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 3 по 10/VII 1952 г.

Половая функция. Замужем 10 лет, брак первый.

Генеративная функция. Первая беременность в 1949 г. закончилась срочными самопроизвольными родами живым плодом. Роды длились 2 суток. После родов не болела.

Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений, дату первого шевеления плода не помнит. Находилась под наблюдением акушерки фельдшерско-акушерского пункта (в 12 км от районного центра).

Общее обследование. Состояние удовлетворительное, отеков нет. Сердце не расширено, тоны приглушены. Пульс 68 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм. В легких — без особенностей. Диспсических явлений нет, язык влажный, чистый. Моча при кипячении прозрачная.

Акушерское обследование. Живот отвислый, окружность 109 см. Высота стояния дна матки 41 см. Положение плода продольное. Головка подвижная над входом в таз. Сердцебиение слева ниже пупка, ясное, 132 удара в минуту. Размеры таза 26, 27, 31, 17 см.

Диагноз при поступлении: доношенная беременность, срочные роды.

Какие недостатки в обследовании и трактовке полученных данных?

Главный акушер-гинеколог поставил ряд вопросов:

1. Как расценивали акушеры первые роды, которые длились 2 суток?

2. Как расценивали акушеры размеры таза и почему это не нашло своего отражения в диагнозе при поступлении роженицы в родильный дом?

3. Как надлежит понимать высокие показатели размеров окружности живота и высоты стояния дна матки?

Установлено, что первые роды принимала на фельдшерско-акушерском пункте опытная акушерка. Воды отошли до наступления родовой деятельности. Перевозку роженицы в районный родильный дом акушерка организовать не смогла в связи с весенней распутицей. Длительность первых родов акушерка объяснила преждевременным отхождением вод.

Не подлежит сомнению, что длительность первых родов была обусловлена прежде всего наличием несоответствия между размерами таза и головки плода (затянувшиеся роды при узком тазе). К сожалению, это последнее обстоятельство при вторых родах не было расценено как отягчающий акушерский фактор. Не получили правильной оценки и размеры таза при повторных родах. Сглаженность размеров между *distantia spinarum* и *distantia cristarum*, значительное укорочение наружной конъюгаты не привлекли внимания акушеров и акушерок родильного дома. Только этим и можно объяснить отсутствие попытки установить размеры диагональной, а тем самым и истинной конъюгаты, т. е. определить степень сужения таза. Влагалищное исследование не было произведено.

Таким образом, анатомическая характеристика таза роженицы не нашла своего отражения в истории родов. Между тем наружные изменения таза позволяют говорить о наличии плоскорахитического таза. Не был дан удовлетворительный ответ и на вопрос о высоких показателях окружности живота и высоты стояния дна матки. Врач обязан был провести дифференциальный диагноз между крупным плодом, многоплодием, многоводием и ожирением брюшной стенки. Однако этого не последовало только потому, что не было соответствующей настороженности.

Наличие плоскорахитической формы сужения таза, длительные первые роды, возможно, наличие крупного плода при вторых родах— вот вопросы, которые должны были волновать акушера и найти отражение в диагнозе при поступлении роженицы в родильный дом.

В дальнейшем роды развивались следующим образом.

К концу дня (7/IV) родовые схватки прекратились и по настоянию беременной она была выписана домой (утром 8/IV) под наблюдение патронажной акушерки. С 8 по 12/IV включительно родовой деятельности не было. 13/IV с появлением родовых схваток (в 10 часов) роженица вновь поступила в родильный дом.

Положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз; сердцебиение ясное, ритмичное, справа ниже пупка, 138 ударов в минуту. Плодный пузырь цел.

13/IV, 18 часов. Схватки регулярные, через 5—7 минут, средней силы. В остальном без перемен.

13/IV, 19 часов. С целью выяснения состояния родовых путей произведено влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие зева на 3¹/₂ поперечных пальца, края зева мягкие, тонкие. Плодный пузырь цел, наливается при схватке. При исследовании плодный пузырь вскрылся, отошло 250 мл чистых околоплодных вод. Головка прижата ко входу в таз. Мыс достигим, диагональная конъюгата равна 10 см.

Схватки средней силы, через 5—6 минут. Сердцебиение плода ясное.

Диагноз: первый период родов, узкий таз.

Мы не удовлетворены документацией, касающейся данных влагалищного исследования, как и формулировкой акушерского диагноза. При раскрытии зева на 3¹/₂ поперечных пальца и головке, прижатой ко входу в таз, представляется возможным охарактеризовать направление сагиттального шва и уровень стояния родничков. Акушер, ведущий роды, должен иметь четкое представление как о направлении стреловидного шва (в поперечном, косом или прямом размере плоскости входа в таз, степень и характер возможного асинклитического вставления), так и об уровне стояния родничков. Если малый родничок стоит ниже большого, значит имеется сгибание головки, если роднички стоят на одном уровне или большой родничок расположен ниже малого, значит имеется разгибание головки. При наличии анатомически суженного таза, как у нашей роженицы, разгибание головки может создать значительные трудности в биомеханизме родов (функционально узкий таз).

Влагалищное исследование позволило определить размеры диагональной конъюгаты (10 см) и тем самым иметь ориентировочное суждение об истинной конъюгате, которая у нашей роженицы, по-видимому, равна 8—8,5 см. Согласно классификации Литцмана, у роженицы сужение таза II степени. Если же придерживаться 3-степенной классификации, то в данном случае имеет место I степень сужения таза (на грани II степени). Иными словами, сужение таза у нашей роженицы достаточно выражено. Самопроизвольное родоразрешение per vias naturales живым плодом будет возможно только при средних размерах головки плода, хорошей ее конфигурабельности и полноценной родовой деятельности. Вот почему мы вынуждены вновь задать вопрос: интересовался ли акушер (конечно, ориентировочно) размерами рождающегося плода, в частности размерами головки?

Анализ истории родов показывает, что акушер: 1) не дал оценки высоким показателям окружности живота и стояния дна матки, 2) не использовал клинический признак Вастена-Генкеля, который позволяет судить о соответствии или несоответствии таза и головки плода, 3) не исключил возможности наличия крупного плода, 4) не произвел наружного измерения лобно-затылочного размера головки, 5) не дал правильного своевременного толкования формы и степени сужения таза.

13/IV, 22 часа. Состояние роженицы удовлетворительное. Потуги сильные, частые, болезненные. Появились умеренные кровянистые выделения. Головка прижата ко входу в таз.

13/IV, 23 часа. Потуги через 3—4 минуты. Кровянистые выделения усилились. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту.

С целью выяснения состояния родовых путей и причины кровянистых выделений (ущемление шейки?) акушер в 23 часа 20 минут произвел влагалищное исследование. Шейка сглажена, раскрытие зева полное. Передняя губа шейки, ущемленная между лоном и головкой, легко заправлена. Плодного пузыря нет. Головка малым сегментом во входе; стреловидный шов в поперечном размере таза; малый родничок слева.

Заключение. Роды в начале периода изгнания. Ущемление передней губы шейки.

Что нового в динамике родов? Правильно ли трактуется акушерская ситуация?

Новыми и вместе с тем грозными симптомами являются: 1) наличие кровянистых выделений; 2) появление несвоевременно сильной потужной деятельности (в течение часа) при головке, стоящей малым сегментом во входе в таз; 3) отсутствие поступательного движения головки у повторнородящей. Перечисленные симптомы носят явно патологический характер. Перед акушером, ведущим роды, стояла трудная и ответственная задача дать правильную трактовку новым симптомам и тем самым наметить наиболее бережную тактику ведения родов при создавшейся акушерской ситуации.

Появление кровянистых выделений акушер объяснил возможным ущемлением губы шейки матки. Но так ли это? Влагалищное исследование действительно подтвердило ущемление передней губы шейки матки, но ущемление шейки еще не есть ранение ее. Исследование показало, что ущемленная губа шейки не была повреждена, и она была легко заправлена за головку. Таким образом, предполагавшаяся причина кровотечения отпала. Других соображений не было высказано. Так, для акушера, ведущего роды, остался нерешенным вопрос о возможной этиологии кровотечения в родах.

Что касается несвоевременного появления сильной потужной деятельности, длительного стояния головки (многочасового) в одной плоскости, отсутствия поступательного движения головки у повторнородя-

щей при полном раскрытии зева, разорванном плодном пузыре и выраженной родовой деятельности, то эти патологические симптомы не получили никакой трактовки, остались как бы незамеченными.

Напрашивается вопрос, не находятся ли эти три симптома во взаимозависимости? На поставленный вопрос мы отвечаем утвердительно. Многочасовое стояние головки в одной плоскости, в данном случае во входе в таз, отсутствие поступательных движений головки, несмотря на полное раскрытие зева, отсутствие плодного пузыря, наличие выраженной родовой деятельности и, наконец, появление кровянистых выделений — все это должно расцениваться как начинающийся разрыв матки. Дальнейшее консервативное ведение родов в подобных случаях не оправдано (функционально узкий таз).

К сожалению, врач, ведущий роды, не был склонен к такой трактовке новых симптомов и поэтому не проявил, казалось бы, естественной тревоги за судьбу матери и плода. В истории родов нет указаний на попытку акушера выявить возможное несоответствие между размерами головки и таза (признаки Вастена-Генкеля и Цангемейстера). Врач продолжал вести роды консервативно. В последующих записях мы находим такие данные.

13/IV, 24 часа. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/70 мм. Роженица стонет во время схваток, вне схваток поведение спокойное. Схватки по-прежнему потужного характера, через 4—5 минут. Головка фиксирована во входе в таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное.

14/IV, 2 часа. Состояние роженицы остается прежним. Потуги через 2—3 минуты. Головка не продвигается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Незначительное подтекание грязных вод.

Еще 3 часа выжидательной (мы бы сказали — созерцательной), ничем не оправданной тактики ведения родов. Четыре часа продолжается сильная потужная деятельность, не сопровождающаяся продвижением головки. Данную тактику ведения родов следует назвать ультраконсервативной. Несмотря на очевидные симптомы начинающегося разрыва матки, акушер продолжает консервативное ведение родов при явных клинических симптомах значительного несоответствия между размерами таза и головки плода.

14/IV, 2 часа 15 минут. Ввиду отсутствия поступательного движения головки в течение 4 часов, акушер произвел влагалищное исследование. Получены те же данные, что и при предыдущем исследовании.

Заключение. Учитывая отсутствие продвижения головки в течение нескольких часов, акушер решил наложить кожно-головные щипцы.

Влагалище после обработки было обнажено зеркалами; на кожу головки (в области малого родничка) наложены кожно-головные щипцы. Подвешен груз в 400 г.

Непростительная врачебная ошибка! Вместо эффективного оперативного родоразрешения (кесарева сечения) акушер применил кожно-головные щипцы, которые в данном случае совершенно неуместны. А самое главное то, что будет потеряно еще несколько часов.

14/IV, 4 часа 30 минут. Роженица беспокойна, жалуется на резкие боли в области нижнего сегмента. Схватки по-прежнему носят потужной характер. Продвижения головки нет. Сердцебиение плода учащено до 150 ударов в минуту, между схватками выравнивается. Ввиду безуспешности кожно-головные щипцы сняты. Назначения: профилактика внутриутробной асфиксии плода (внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы, подкожно 1 мл кордиамина, ингаляции кислорода). Роженице введен подкожно 1 мл 1% раствора морфина.

5 часов 45 минут. Сердцебиение плода не выравнивается, остается частым (150—160 ударов в минуту). Потуги через 2—3 минуты, менее болезненные. Головка большим сегментом стоит в полости таза.

В связи с угрожающими симптомами внутриутробной асфиксии плода ординатор вызвал на консультацию главного врача, который в 5 часов 55 минут произвел влагалищное исследование (четвертое по счету). Таз емкий, раскрытие зева полное, края шейки лигды не определяются. Головка в широкой части полости таза; сагиттальный шов в правом косом размере; малый родничок слева впереди.

Учитывая нарастающую асфиксию плода, консультант решил закончить роды наложением полостных щипцов.

6 часов 20 минут. На головку, стоящую стреловидным швом в правом косом размере, были наложены щипцы Симпсон-Брауна в левом косом размере. Несколькими тракциями средней силы извлечен плод женского пола в белой асфиксии, не оживлен. Вес плода 4050 г, длина 51 см, окружность головки 36 см.

6 часов 40 минут. Родился целый послед, оболочки все. Состояние родильницы внезапно ухудшилось. Жалобы на общую слабость, головокружение, потемнение в глазах. Пульс слабый, 110 ударов в минуту, но ритмичный. Артериальное давление 75/40 мм. Консультант принял решение немедленно произвести ручное обследование матки.

7 часов. Рука, введенная в полость матки, обнаружила разрыв ее по правому ребру. Приступлено к переливанию крови и подготовке к лапаротомии. Назначения: кислород, 20% раствор камфарного масла — 2 мл, 10% раствор кофеина — 2 мл. Перелито 500 мл одноклассной консервированной крови.

7 часов 10 минут. Состояние родильницы заметно ухудшилось. Пульс пальпируется с трудом, артериальное давление не определяется. Родильница теряет сознание. В 7 часов 15 минут она умерла.

Патологоанатомический диагноз: разрыв шейки и тела матки с обширной забрюшинной гематомой; острая кровопотеря; дистрофия миокарда; отек мозга и легких.

Можно ли было предупредить летальный исход в данном случае?

Этот вопрос был поставлен главным акушером облздравотдела перед участниками клинико-анатомической конференции. Конечно, можно. Проводивший роды молодой акушер недооценил клинической симптоматики вначале угрожающего, а затем и начинающегося разрыва матки. Все внимание врача было направлено на появившиеся угрожающие симптомы внутриутробной асфиксии плода. Молодой врач не имел опыта ведения родов при анатомически и функционально узком тазе. Только этим и можно объяснить недооценку отягощенного акушерского анамнеза, неполноценное акушерское обследование роженицы и запоздалую консультацию главного врача.

Правильно ли поступил консультант, остановившись на операции наложения полостных щипцов? Не была ли бы более щадящей плодоразрушающая операция, краниотомия? Вопрос о чревосечении отпадает, поскольку головка опустилась в широкую часть полости таза.

На поставленный вопрос хирург ответил, что он не решился произвести плодоразрушающую операцию при живом плоде; поскольку головка опустилась в полость таза, это дало основание исключить резкую степень сужения таза. Наконец, учитывая желание матери иметь ребенка, хирург наложил щипцы в надежде извлечь живой плод.

Конечно, наложение полостных щипцов при клинических симптомах угрожающего, а тем более начинающегося разрыва матки является чрезвычайно опасной операцией, которая только ускоряет разрыв матки. Поэтому консультант поступил неправильно, остановившись на операции наложения полостных щипцов. При данной акушерской ситуации наиболее щадящей операцией для матери явилась бы перфорация головки живого плода.

Ошибка ведения родов в данном случае сводится к тому, что вовремя не был распознан угрожающий, а затем начинающийся разрыв матки. Своевременно произведенное чревосечение позволило бы спасти не только роженицу, но, быть может, и плод.

Эпикриз

И-ва, повторнородящая. Анатомически узкий таз (плоскоррахитический), который в родах оказался и функционально неполноценным. Своевременно не был распознан угрожающий, а затем и начинающийся разрыв матки. Внимание акушера, ведущего роды, было сосредоточено исключительно на угрожающих симптомах внутриутробной асфиксии плода. Вызванный консультант в свою очередь совершил ошибку: вместо плодоразрушающей операции он приступил к родоразрешению путем наложения полостных щипцов, чем и был завершён начинающийся разрыв матки.

Развившееся острое малокровие послужило причиной смерти родильницы.

Разрыв матки во время беременности (вне родовспомогательного учреждения). Ушивание матки

М-ва, 28 лет, повторнородящая, доставлена скорой помощью в акушерскую клинику 8/VI 1955 г. в 4 часа 30 минут в крайне тяжелом состоянии.

Анамнез. Генеративная функция (со слов матери). Первая беременность (в 1947 г.) закончилась на VII месяце самопроизвольным выкидышем, вторая беременность сроком 4 месяца (в 1953 г.) — криминальным абортom, после которого болела перитонитом в течение 2 месяцев. Настоящая, третья, беременность протекала без осложнений. Даты первого шевеления плода М-ва не помнит.

История настоящего заболевания. По словам родственников, заболела 7/VI 1955 г. в 23 часа. Появились резкие боли в подложечной области и рвота. В 24 часа был вызван врач из амбулатории, который установил лицевую интоксикацию и произвел промывание желудка.

Состояние М-вой не улучшилось, нарастала резкая слабость, 8/VI в 3 часа 50 минут был вызван врач скорой помощи, который и доставил беременную в акушерскую клинику.

Общее обследование. Состояние при поступлении тяжелое. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление не определяется. Температура 35,4°. На вопросы отвечает односложно. Состояние резко выраженной адинамии (вялость, зевота). Кожа на ощупь холодная. Видимые слизистые оболочки и кожные покровы резко бледные. Отеков нет. Зрачки сужены, реакция на свет вялая. Тоны сердца глухие. Дыхание ровное, поверхностное, 38 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой. Живот несколько вздут. Брюшная стенка напряжена, болезненна при пальпации. При перкуссии тупость в отлогих местах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Акушерское обследование. Высота стояния дна матки над лоном 34 см, окружность живота 95 см. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение плода не прослушивается. Движения плода перестала ощущать вскоре после появления болей в животе.

Матка при пальпации дряблая; на передней стенке посредине, ближе ко дну флюктуирующее выпячивание, охваченное как бы кольцом мышц матки. Через переднюю брюшную стенку в месте выпячивания определяется мелкая часть. Родовой деятельности нет. Выделений из влагалища не отмечается.

Какой диагноз? Что делать?

Описанная клиническая картина едва ли представляет трудности в отношении диагноза. Доставлена резко обескровленная беременная женщина; пульс слабый, артериальное давление не поддается определению, сердцебиение плода не прослушивается.

Пальпаторно и перкуторно определяется матка, потерявшая свой тонус; легко прощупывается мелкая часть плода в одном из отделов матки (передняя ее стенка); в пологих местах живота определяется тупость.

Все события свершились среди полного здоровья, на фоне общего хорошего состояния.

Самопроизвольный выкидыш на VII месяце беременности и криминальный аборт 4 месяцев, осложнившийся перитонитом, определили неполноценность матки во время настоящей беременности.

Не подлежит сомнению, что в данном случае речь идет о кровоизлиянии в брюшную полость в связи с разрывом беременной матки. Но если диагноз настолько ясен, то почему же он не был поставлен 7/VI в 24 часа, т. е. 4 часа 30 минут назад, когда на квартиру беременной был вызван врач поликлиники?

Из расспроса родственников, а впоследствии (после операции) из беседы с беременной выяснилось, что, во-первых, ее жалобы были преимущественно на боли в подложечной области; во-вторых, боли и рвоту она связывала с погрешностями в еде (пищевая интоксикация); в-третьих, вызванный на дом врач был терапевт по специальности (с 2-летним стажем). Не исключена возможность, что и акушер-гинеколог не диагностировал бы в тот момент самопроизвольный разрыв матки. Общеизвестно, что своевременная диагностика разрыва матки во время беременности (как в первой, так и во второй ее половине) представляет значительные трудности.

По Л. С. Персианинову, на 262 случая разрыва матки в 24 он наблюдался в первой и второй половине беременности. Только у 5 больных диагноз был поставлен правильно вслед за разрывом матки, у 10 — при пробной лапаротомии, у 3 больных была диагностирована внематочная беременность, у трех — кишечная непроходимость, а у 3 больных диагноз был поставлен спустя несколько месяцев при удалении плода, находившегося в брюшной полости.

Е. К. Исаева на основании анализа 203 случаев разрыва матки сообщила о 16 случаях разрыва матки во время беременности (в срок от 31 до 40 недель). Ни в одном случае, по ее данным, не был поставлен своевременно диагноз угрожающего и начинающегося разрыва матки лишь потому, что акушер не придавал должного значения болевому симптому, который отмечала беременная женщина. Большей частью разрыв матки во время беременности происходит при целом плодном пузыре и при отсутствии родовой деятельности. У всех 16 больных, описываемых Е. К. Исаевой, в анамнезе было кесарево сечение.

И. П. Жендринский наблюдал 2 случая разрыва матки во время беременности, когда диагноз также не был поставлен своевременно. В одном случае разрыв матки произошел на VII акушерском месяце у больной, которой во время операции по поводу внематочной беременности яичник был вшит в стенку матки. Второй случай разрыва матки произошел на 5-й неделе беременности; больную доставили в больницу с диагнозом внематочной беременности. На операционном столе диагноз был уточнен. Оказалось, что разрыв произошел в области правого угла матки, где 7 месяцев назад было произведено клиновидное иссечение маточного конца трубы.

В описываемом нами случае разрыв матки во время беременности, происшедший вне родовспомогательного учреждения, был диагностирован акушером тотчас при поступлении беременной в родильный дом (акушерскую клинику).

Итак, наш диагноз: самопроизвольный разрыв матки при беременности сроком 38—39 недель; внутриутробная смерть плода; травматический и анемический шок.

Акушерская концепция. Показана срочная лапаротомия с одновременным переливанием крови, противошоковой жидкости и введением под кожу физиологического раствора поваренной соли.

Каким бы тяжелым ни было состояние больной, какая бы ни была степень обескровливания, больную может спасти только своевременно выполненная лапаротомия.

Больная доставлена в операционную. Резиновым катетером: выпущено 200 мл прозрачной мочи.

8/VI в 4 часа 50 минут операция.

Показания к операции: самопроизвольный разрыв матки во второй половине беременности.

Предоперационная подготовка. Больной введены: 1) 1 мл раствора лобелина; 2) 1 мл 20% раствора кофеина вместе с 2 мл 20% раствора камфарного масла; 3) 1 мл эфедрина; 4) 2 мл 1% раствора промедола; 5) 200 000 ЕД пенициллина в мышцу; 6) кислород (ингаляция):

Обезболивание: эфирный наркоз.

Описание операции: брюшная стенка вскрыта срединным продольным разрезом на протяжении 12 см. В брюшной полости обнаружено 1500 мл жидкой крови и свертки (измерено градуированным сосудом). Сальник припаян к матке. На передней стенке матки в области дна разрыв длиной 6 см, частью с омерзевшими краями, частью с рваными. Тазовый конец плода частично в брюшной полости.

Рана увеличена путем дополнительного разреза на 3 см, после чего из матки извлечен мертвый плод мужского пола (вес 2600 г, длина 48 см, окружность головки 35 см, груди 34 см). Послед удален потягиванием за пуповину. Послед целый, оболочки все. Плацентарная площадка расположена на передней стенке матки. Иссечение краев раны; разрыв матки зашит двухэтажными узловатыми кетгутowymi швами. Туалет брюшной полости. Удалены свертки крови и жидкая кровь.

Передняя брюшная стенка восстановлена послойно: наложен непрерывный кетгут-овый шов на брюшину; прямые мышцы живота соединены узловатыми кетгутowymi швами; на апоневроз наложены узловатые шелковые швы, на кожу — скобки Мишеля и асептическая повязка.

Во время операции произведено вливание 250 мл протившоковой жидкости (хлористого кальция 8 г, хлористого натрия 8 г, глюкозы 50 г, веронала 0,8 г, спирта-ректификата 50 г, метиленовой синьки 0,002 г, дистиллированной воды 1000 мл). После биологической пробы на совместимость перелито 250 мл эритроцитной массы и 425 мл консервированной крови 0(1) группы. Одновременно введено внутривенно 400 мл физиологического раствора поваренной соли и 60 мл 40% раствора глюкозы. Посттрансфузионной реакции не было.

Продолжительность операции 45 минут.

Состояние больной тотчас после операции средней тяжести. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, легко сжимаемый. Кожные покровы и слизистые оболочки бледны, слабо выраженный цианоз губ. Брюшная стенка мягкая, матка плотная. Выделения из влагалища скудные, кровянистые.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Швы сняты на 8-й день. Заживление кожной раны первичным натяжением. В связи с наличием анемии (гемоглобина 48%) произведено переливание 250 мл одногруппной консервированной крови.

На 16-й день после операции М-ва выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Правильно ли поступил акушер, избрав операцию зашивания разрыва матки, а не ампутацию ее?

Мы полагаем, что акушер поступил правильно. Его решение оправдывают следующие доводы:

1. Больная находилась перед операцией в крайне тяжелом, предagonalном состоянии. Следовательно, врач должен был остановиться на такой операции, которая потребовала бы минимального времени, была бы наиболее щадящей и наименее травматичной.

2. Акушер поступил правильно и потому, что в данном случае разорванные ткани не были сильно размозжены, а иссечение краев раны создало условия для лучшего заживления и образования прочного рубца на матке.

3. Сохранив матку, хирург тем самым сохранил менструальную и генеративную функции молодой женщины.

В дальнейшем женщина находилась под наблюдением женской консультации. Менструальный цикл восстановился через 3 месяца. Она трудоспособна, работает на прежнем месте.

Следует признать правильным решение о сохранении матки. Как показали отдаленные наблюдения, у женщины восстановилась нормальная менструальная функция.

Эпикриз

У М-вой с отягощенным акушерским анамнезом на 38—39-й неделе беременности наступил самопроизвольный разрыв матки, который был распознан через 5 часов 30 минут после возникновения острых явлений в брюшной полости.

Было произведено чревосечение при крайне тяжелом состоянии больной и ушивание разрыва матки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Менструальный цикл восстановился через 3 месяца.

Задний вид затылочного предлежания. Первичная слабость родовой деятельности. Стимуляция. Асфиксия плода. Наложение акушерских щипцов. Разрыв промежности III степени

С-ва, 34 лет, поступила в родильный дом 11/VI 1950 г. в 14 часов 45 минут в родах.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В раннем детстве перенесла корь и ветряную оспу, в 1945 г. — брюшной тиф. Часто болеет гриппом.

Менструальная функция. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 дней, по 4 дня, умеренные, безболезненные. Последняя менструация с 3 по 7/IX 1949 г.

Половая функция. Замужем с 30 лет. Половой жизнью живет нерегулярно. Гинекологических заболеваний не было.

Генеративная функция. Первая беременность — через полгода после замужества, закончилась искусственным прерыванием на IV месяце (в полость матки вводила какой-то раствор). После аборта было воспаление матки; болела больше 3 месяцев. Вторая беременность также закончилась искусственным абортom (на II месяце), после которого врачи находили воспаление яичников; болела около 2 недель. Настоящая беременность третья. Из осложнений в первой ее половине следует отметить появление угрожающих симптомов прерывания беременности (схваткообразные боли, кровянистые выделения в небольшом количестве), в связи с чем дважды лежала в родильном доме (5 и 10 дней). Вторая половина беременности протекала без осложнений. Первое шевеление плода в феврале (числа не помнит). Срок предполагаемых родов — первая половина июня.

Общее обследование. При поступлении состояние удовлетворительное. Жалоб не высказывает. Температура 36,7°. Органы дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевые без отклонений от нормы. Пульс 70 ударов в минуту. Артериальное давление 130/90 мм.

Акушерское обследование. Окружность живота 100 см. Высота стояния дна матки 38 см. Положение плода продольное, спинка обращена вправо. Сердцебиение выслушивается справа ниже пупка, ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Лобно-затылочный размер 11,5 см. Воды не отходили. Схватки слабые, начались 5 часов назад. Промежутки между схватками достигают 15—20 минут. Размеры таза 25, 28, 33, 21 см.

Влагалищное исследование. Узкое влагалище нерожавшей женщины. Шейка несколько укорочена, наружный зев закрыт. Предлежащая часть — головка, определяется высоко над входом в таз. Малый таз достигаточно емкий, экзостозов в тазу нет. Мыс достигается с трудом. Диагональная конъюгата — 12,5 см.

Как расценить имеющиеся акушерские данные?

1. Срочные роды у пожилой первородящей. Положение плода правильное. Таз, по-видимому, нормальный. Пока нет оснований говорить о патологии.

2. Срочные роды у пожилой первородящей с отягощенным акушерским анамнезом всегда обязывают акушера быть настороже (слабость

родовой деятельности, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде и др.).

Мы полностью разделяем настороженность акушера. Правда, в данный момент акушерская ситуация не выходит за пределы физиологии. Наша роженица доносила беременность до конца, несмотря на двукратный длительный воспалительный процесс в матке и придатках после искусственного прерывания первых двух беременностей, а также несмотря на угрожающие симптомы прерывания беременности в первой ее половине, по поводу чего женщина дважды подвергалась стационарному лечению.

Не исключена возможность, что роды, невзирая на отягощенный акушерский анамнез, пройдут без каких-либо осложнений. Однако наш личный опыт, как и литературные данные, показывает, что при отягощенном акушерском анамнезе роды часто сопровождаются той или иной патологией. В частности, при наличии в анамнезе искусственных абортов, осложненных воспалительными процессами в матке, роды осложняются слабостью родовой деятельности или кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периоде (З. А. Сараули).

11/VI, 18 часов 30 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Температура 36,7°, пульс 76 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/95 мм. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ясное, 134 удара в минуту. Схватки очень слабые, редкие, нерегулярные. Воды не отходили.

11/VI, 23 часа 45 минут. Состояние без видимых перемен. Схватки стали ритмичными, через 15—20 минут, но по-прежнему малоэффективные. Сердцебиение плода без изменений. Воды не отходили. Стул и мочеиспускание самостоятельные.

12/VI, 7 часов 30 минут. Ночь провела спокойно. Схватки по-прежнему слабые, но регулярные, через 8—12 минут. Головка прижата ко входу в малый таз, но легко отодвигается. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ясное, ритмичное, 138 ударов в минуту. Воды не отходили. Мочилась самостоятельно.

9 часов 20 минут. отошли чистые воды в умеренном количестве. Головка прижата ко входу в таз. Схватки через 8—10 минут, вялые, короткие. Сердцебиение плода без изменений, ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Состояние роженицы хорошее. Пульс 74 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/90 мм.

Влагалищное исследование. Шейка сглажена, края толстые, раскрытие наружного зева (у первородящей он именуется акушерским зевом) в пределах двух поперечных пальцев (4 см в диаметре). Плодного пузыря нет, предлежит головка, прижатая ко входу в таз.

Какой диагноз?

1. Срочные роды. Первичная слабость родовой деятельности. Раннее отхождение вод. Показаний к форсированному родоразрешению нет. Роды вести консервативно.

2. Срочные роды. Первичная слабость родовой деятельности. Раннее отхождение вод. Затянувшийся первый период родов. Показана стимуляция.

Первичная слабость родовых схваток неминуемо приводит к затяжному течению родов. Но если при целом плодном пузыре акушер обычно терпеливо наблюдает за разворачиванием родовой деятельности, то после отхождения вод при продолжающейся слабости родовых схваток тактика ведения родов будет иной. В этом случае возникает опасность и для матери (восходящая инфекция), и для плода (внутриутробная асфиксия).

Согласно литературным данным, слабость родовой деятельности как осложнение в родах — далеко не редкое явление и наблюдается чаще (в 2—3 раза) у первородящих, чем у повторнородящих (С. Т. Виридарский, А. В. Бартельс и др.). Среди первородящих слабость родовой деятельности чаще отмечается у пожилых первородящих (в возрасте старше 30 лет.).

Что касается причин, способствующих развитию первичной родовой слабости, то их много и они разнообразны. А. И. Петченко (1954) систематизирует эти причины в следующие три основные группы: 1) расстройства регуляции маточных сокращений, 2) общие заболевания, 3) пороки развития и заболевания полового аппарата.

Какова же причина первичной слабости родовой деятельности у нашей роженицы? Наиболее возможным этиологическим фактором является, по-видимому, пожилой возраст первородящей (34 года) и тяжелые, длительные воспалительные процессы в половом аппарате. Правда, не исключена возможность, что развертывание нормальной родовой деятельности в известной мере затормаживается повышенной нервной возбудимостью роженицы. Женщина, естественно, волнуется за судьбу рождающегося плода.

Дежурный акушер провел с роженицей соответствующую беседу, разъяснил ей сущность развертывающегося родового акта и убедил ее в благоприятном исходе родов. Подобную беседу врач провел и с мужем С-вой, которого просил в переписке с женой поддерживать у нее душевное равновесие и веру в благоприятный исход родов. Психопрофилактическая подготовка возымела свое действие. Роженица успокоилась и стала внимательно выполнять указания врача и акушерки.

Какова дальнейшая тактика ведения родов?

1. Через 4—5 часов приступить к стимуляции родов медикаментозными средствами, если к тому времени будет сохраняться слабость родовых схваток.

2. Показан метрейриз и последующая стимуляция.

3. Показано наложение кожно-головных щипцов.

Все три предложения по существу преследуют одну и ту же цель — стимуляцию родовых схваток. Но перечисленные методы стимуляции далеко не равнозначны и не все показаны у данной роженицы.

Стимуляция родовой деятельности медикаментозными средствами является наиболее щадящим методом и, как правило, всегда успешным, особенно в тех случаях, когда имеются хотя бы слабые родовые схватки.

Метрейриз и наложение кожно-головных щипцов также эффективны при первичной слабости родовых схваток, но все же это — операции, и применение их для лечения слабости родовой деятельности можно рекомендовать лишь в исключительных случаях. Вот почему было решено в случае необходимости остановиться на стимуляции родовых схваток путем применения медикаментозных средств.

Роженица была уложена на правый бок, т. е. одноименный с позицией плода. Такое положение является рациональным, так как оно способствует более значительному раздражению рецепторов матки и тем самым усиливает родовую деятельность. При положении роженицы на боку, противоположном позиции плода, чаще отмечается ослабление родовой деятельности.

12/VI, 10 часов 45 минут. Схватки продолжают быть слабыми, короткими, но регулярными (через 6—8 минут). Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 ударов в минуту. Воды подтекают в незначительном количестве.

13 часов. Схватки по-прежнему малоэффективные, через 6—8 минут, по 10—20 секунд. Сердцебиение плода без изменений. Головка находится малым сегментом во входе в малый таз. Перед стимуляцией опорожнен кишечник (с помощью очистительной клизмы) и мочевого пузыря. Внутримышечно введено 3 мл 3% раствора пахикарпина.

14 часов 10 минут. Схватки средней силы, через 4—5 минут, по 30 секунд. Головка находится большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 134 удара

в минуту, ясное, ритмичное. Воды подтекают в незначительном количестве. Состояние роженицы удовлетворительное.

14 часов 50 минут. Головка быстро опустилась в полость таза. Схватки средней силы, по 30—35 секунд. Сердцебиение плода 160 ударов в минуту (вне схваток), стойко сохраняется на этом уровне.

15 часов 5 минут. Сердцебиение плода 108—112 ударов в минуту, ритмичное, ясное. Схватки средней силы, через 3—4 минуты. Состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, правильный, хорошего наполнения. Артериальное давление 125/90 мм.

Что нового в дикамиикe родового акта?

Второй период родов. Симптомы внутриутробной асфиксии плода. В интересах плода показано оперативное родоразрешение (полостные акушерские щипцы).

Акушерская ситуация расценена правильно. Нет возражений и в отношении показаний к срочному родоразрешению в интересах плода. Изменение частоты сердцебиения плода со 134 до 160 ударов, а затем урежение до 108 ударов в минуту являются достаточно убедительным симптомом внутриутробной асфиксии плода. Но имеются ли необходимые условия для наложения полостных щипцов?

Произведено влагалищное исследование. Шейка матки слажена, края тонкие, определяются с трудом. Раскрытие зева полное. Предлежит головка в узкой части полости малого таза, седалищные кости достигаются с трудом. Сагиттальный шов в правом косом размере, проводная точка — малый родничок — определяется справа, кзади; большой родничок не достигается.

Какой диагноз?

Второй период срочных родов. Вторая позиция плода, затылочное предлежание, задний вид. Внутриутробная асфиксия плода.

Диагноз сформулирован правильно. Имеются и все необходимые условия для наложения полостных щипцов, а именно: 1) живой плод, 2) полное раскрытие маточного зева, 3) стояние головки в узкой части полости таза, 4) отсутствие плодного пузыря, 5) соответствие между размерами головки и таза, 6) удовлетворительное состояние роженицы.

Выявленный путем влагалищного исследования задний вид затылочного предлежания не должен смущать, так как он является одним из вариантов основного механизма родов и встречается примерно в 1% случаев всех затылочных предлежаний. Мы не будем также касаться причин, способствовавших повороту затылка кзади. Нас сейчас интересуют характерные особенности механизма родов при заднем виде затылочного предлежания, тем более что предстоит родоразрешение путем наложения акушерских щипцов.

Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания складывается из следующих основных моментов.

Первый момент. При вступлении в таз головка достаточно сильно сгибается, в связи с чем в начале родов проводной точкой является область малого родничка.

Второй момент. Неправильная ротация головки: малый родничок поворачивается не кпереди, а кзади (к крестцу); большой родничок подходит под лонное сочленение (рис. 99).

Третий момент. Прорезывание характеризуется дополнительным (максимальным) сгибанием головки при точке фиксации у большого родничка (или у границы волосистой части лба), что способствует рождению затылочной части (рис. 100).

Четвертый момент. Сильное разгибание головки при точке фиксации у подзатылочной ямки, что способствует рождению из-под лонной дуги лобика, личика и подбородка.

Пятый момент. Наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков.

Конфигурация головки долихоцефалическая с заметным вдавлением в области большого родничка (стр. 336).



Рис. 99. Роды при заднем виде затылочного предлежания. Большой родничок подходит под лонное сочленение.



Рис. 100. Прорезывание головки при заднем виде затылочного предлежания.

Следует помнить, что роды в заднем виде затылочного предлежания обычно заканчиваются самопроизвольно, но они более длительны, чем роды при переднем виде предлежания. При родах в заднем виде тазовое дно подвергается чрезмерному растяжению, вследствие чего чаще наблюдаются разрывы промежности и тазового дна, а также асфиксия плода.

При наложении щипцов в родах с неправильной ротацией головки (в нашем случае при заднем виде затылочного предлежания) акушер должен руководствоваться следующими положениями:

1) хорошо помнить особенности механизма родов при заднем виде затылочного предлежания;

2) при извлечении головки щипцами подражать данному механизму родов, памятуя в момент прорезывания головки о двух точках фиксации: одна (большой родничок) — для дополнительного усиленного сгибания, другая (подзатылочная ямка) — для разгибания головки;

3) принять меры для защиты промежности;

4) с помощью щипцов насильственно не переводить задний вид предлежания в передний (травма родовых путей, внутричерепная травма плода).



Рис. 101. Полостные щипцы. Затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид. Стрелка показывает направление, в котором произведет перевод правой ложки.

12/VI, 15 часов 15 минут. Роженица переведена в операционную; моча выпущена катетером. Кишечник был опорожнен 2 часа назад.

Операция наложения полостных щипцов при заднем виде затылочного предлежания, вторая позиция.



Рис. 102. Наложение щипцов при заднем виде затылочного предлежания. Тракции «на себя».

ка взята правой рукой и под контролем 4 пальцев левой руки введена в правую половину таза по направлению к правому крестцово-подвздошному сочленению. Чтобы ложки легли бипаритально, правую ложку переместили кпереди (на 90°), осторожно надавливая пальцами левой руки на нижнее ребро ложки до тех пор, пока она не легла на правый теменной бугор (рис. 101).

После замыкания щипцов произведены пробные тракции в направлении на себя (рис. 102). При этом головка своим сагитальным швом перешла из косого в прямой размер выхода таза. В данном случае сочетались влекущее и вращательное движения. Как только под лоном показалась граница волосистой части головки, которая является точкой фиксации для дополнительного (усиленного) сгибания головки, тракции получили направление вверх (рис. 103, а). Когда затылок выкатился (родился) над промежностью, рукоятки щипцов были медленно опущены книзу, и головка при фиксации у подзатылочной ямки совершила разгибание. Последовательно родились лобик, личико и подбородок (рис. 103, б). Ложки щипцов сняты. Родился доношенный мальчик (вес 3700 г, длина 51 см, окружность головки 35 см), громко закричал.

При выведении головки в щипцах через вульварное кольцо акушер забыл о защите промежности; действия его были поспешными, что и повлекло за собой разрыв промежности.

Послед родился через 25 минут. Детское место целое, оболочки все. С помощью зеркал осмотрена шейка, которая оказалась целой. Установлен разрыв промежности III степени с разрывом прямой кишки (рис. 104).

Через 2 часа после родов приступлено к восстановлению промежности.

Под местной инфльтрационной новокаиновой анестезией наложены кетгутовые узловые швы на стенки кишки с таким расчетом, чтобы они захватили только мы-

Показание к операции: угрожающая асфиксия плода.

Обезболивание: кислородно-эфирный наркоз (20 мл эфира).

Описание операции: щипцы наложены в левом косом размере. Левая ложка введена левой рукой под контролем пальцев правой руки в левую половину таза, в сторону левого крестцово-подвздошного сочленения, где она легла на головку в области левого теменного бугра. Рукоятка левой ложки передана помощнику. Затем правая ложка



Рис. 103. Выведение в щипцах головки, находящейся в заднем виде затылочного предлежания: а — тракции вверх (кпереди), рождение затылка; б — тракции книзу, рождение лобика, личика, подбородка.

шечную оболочку, не проникая через слизистую, которая при этом была вывернута в просвет кишки. Узловатыми кетгутowymi швами тщательно соединены края разорванного *m. sphincteris ani*. После наложения погружных швов на *mm. levatores ani* на слизистую оболочку задней стенки влагалища наложен непрерывный кетгутый шов, а на кожу промежности — подкожный непрерывный кетгутый шов.

Швы обработаны настойкой йода. В послеоперационном периоде (в течение 5 дней) молочная диета, жидкая пища. На 6-й день — слабительное и встречная клизма.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением.

Родильница выписана с новорожденным на 15-й день после оперативного родоразрешения.

Поиски менее травмирующего, чем операция наложения акушерских щипцов, способа родоразрешения привели акушеров (Москва, Ленинград, Тбилиси) к применению вакуум-экстрактора. Первые неудачные попытки применения отсасывающего инструмента для извлечения головки плода относятся к XVIII столетию. В 1849 г. Симпсон (Simpson) предложил аппарат, названный им воздухотрактором (air tractor), который состоял из резинового колпачка, соединенного при помощи резиновой трубочки с насосом. Однако техническое несовершенство



Рис. 104. Разрыв промежности III степени.

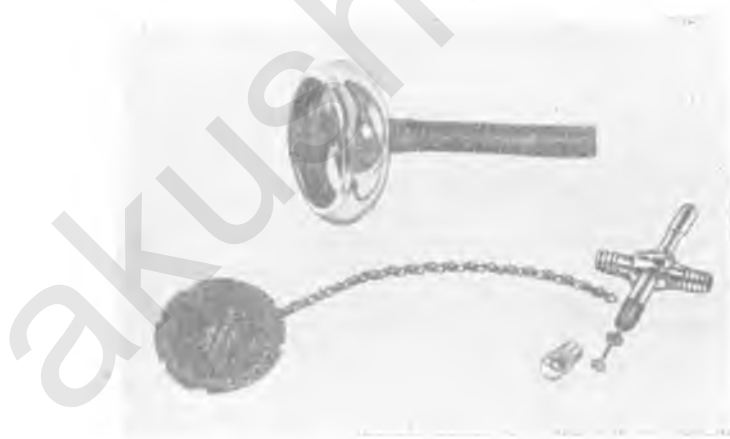


Рис. 105. Составные части вакуум-экстрактора.

во данного аппарата не могло способствовать внедрению его в практику. Только Финдерле (Finderle, 1952) в Югославии и Мальмстрему (Malmström, 1954) в Швеции представилась возможность сконструировать более совершенный вакуум-экстрактор, который и получил применение в акушерской практике.

Вакуум-экстрактор Финдерле состоит из изогнутого (в виде рога) металлического цилиндра, расширенная часть которого покрыта резиной, а узкая часть соединяется резиновой трубкой со шприцем емкостью 200 мл. Вакуум-экстрактор Мальмстрема (рис. 105—107) состоит из набора металлических чашечек различного размера (диаметром 3,4—5,8 см) с закругленными краями и вогнутой поверхностью. Чашечка при помощи металлической цепочки, пропущенной через резиновую трубку, соединяется с металлическим краном, который служит для за-

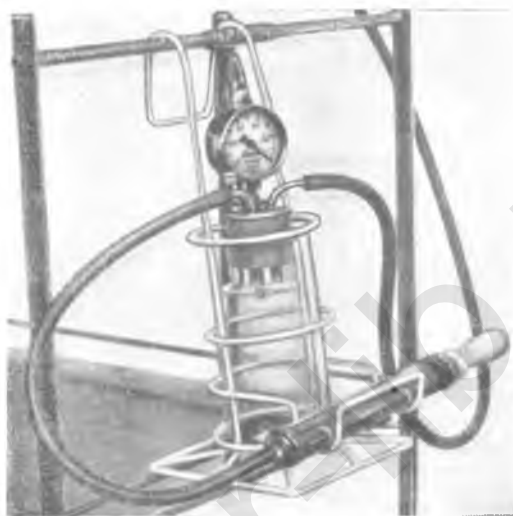


Рис. 106. Аппарат для создания отрицательного давления.

крепления цепочки и подвешивания груза. В систему аппарата включена стеклянная банка с резиновой пробкой, через которую вмонтирован вакуумметр. Отрицательное давление создается при помощи насоса.

К. В. Чачава (Тбилиси, 1956) и А. И. Петченко (Ленинград, 1957) опубликовали свои модели вакуум-экстракторов.

Клинические испытания вакуум-экстракторов (различных конструкций) советскими акушерами (А. И. Петченко, И. П. Демичев, К. В. Чачава, П. Д. Вашакидзе, В. И. Аристова, З. Я. Гендон, А. И. Ромадина, Б. И. Дмитриев и др.) показали их практическую ценность. Все авторы отмечают снижение процента применения акушерских щипцов, а также процента родовых травм головки плода и родовых путей матери.

Показания к применению вакуум-экстрактора: а) слабость родовой деятельности (особенно при преждевременном отхождении вод); б) необходимость быстрого родоразрешения в интересах матери и плода; в) частичное предлежание плаценты; г) выпадение пуповины (после предварительного ее вправления).

Условия для применения вакуум-экстрактора: а) раскрытие маточного зева не менее чем на три поперечных пальца; б) отхождение околоплодных вод (плодный пузырь должен быть вскрыт).

Противопоказания: а) несоответствие между размерами головки и таза; б) неправильное вставление головки.

Техника применения вакуум-экстрактора: при неполном раскрытии маточного зева чашечку малого размера накладывают на

область малого родничка (на большой родничок не накладывают!); под воздействием отрицательного давления до 0,4—0,5 кг/см² создают опухоль на головке и к экстрактору подвешивают груз от 2 до 3 кг; при полном раскрытии шейки матки применяют чашечку большего размера, отрицательное давление доводят до 0,8—0,9 кг/см². Тракции проводят одновременно с потугами до появления темных бугров, после чего вакуум-экстрактор снимают и головку выводят ручными приемами.

Эпикриз

С-ва, пожилая первородящая, поступила в родильный дом со слабыми нерегулярными схватками. Отягощенный акушерский анамнез привлек внимание акушера. В связи с первичной слабостью родовой деятельности и ранним отхождением вод применена стимуляция пахикарпином (3 мл 3% раствора внутримышечно), которая оказалась достаточно эффективной. Головка плода переместилась в полость таза, но наряду с этим появились тревожные симптомы внутриутробной асфиксии плода. При влагалитном исследовании установлен задний вид затылочного предлежания. Ввиду наличия показаний со стороны плода решено закончить роды путем наложения полостных щипцов. Поспешные действия акушера при выведении головки в щипцах через вульварное кольцо повлекли за собой разрыв промежности III степени. Разрыв зашит через 2 часа после родов. Послеоперационный период протекал без осложнений. Родильница с новорожденным выписана домой на 15-й день после оперативного родоразрешения.



Рис. 107. Чашечка вакуум-экстрактора наложена на область малого родничка.

Разрыв лонного сочленения в родах

Б-ва, 38 лет, поступила в клинику I/IV 1955 г. в 11 часов 30 минут в родах.

Анамнез. Наследственность не отягощена. Условия труда и быта удовлетворительные. В детском возрасте перенесла корь, коклюш, в 20 лет — малярию. С 1950 г. страдает хроническим гепатохолециститом. Указаний на рахит, сифилис, туберкулез не имеется.

Менструальная функция. Менструации с 15 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3—4 дня, умеренные, болезненные в первый день. В 1942 и 1943 гг. — аменорея; систематически лечилась в поликлинических условиях. Последняя менструация с 9 по 12/VII 1954 г.

Половая функция. Половая жизнь с 20 лет. Брак первый, муж здоров.

Генеративная функция. Первая беременность в 1937 г. закончилась срочными родами живым плодом (вес 2800 г); ребенок умер через 2 месяца от кишечного заболевания. Вторая беременность в 1938 г. окончилась срочными самопроизвольными родами живым плодом (вес 3800 г); ребенок умер через год от воспаления легких. Третья беременность в 1939 г. завершилась срочными родами (вес плода 3100 г); ребенок жив. Четвертая беременность в 1941 г. закончилась срочными родами: извлечен щипцами мертвый плод (вес 3800 г). Пятая беременность в 1954 г. была прервана самопроизвольным выкидышем на IV месяце с последующим выскабливанием. Шестая беременность — настоящая.

Течение настоящей беременности. Первая половина беременности протекала без осложнений. За 3 месяца до поступления лежала в палате патологии беременности по поводу пиелита. В течение последних 1½ месяцев ощущала боли в

области симфиза, по поводу которых дважды лежала в родильном доме (5 и 7 дней). Первое шевеление плода ощутила в середине декабря 1954 г.

Общее обследование. Состояние при поступлении удовлетворительное. Боли в области лонного сочленения незначительные. Температура тела 36°. Рост 152 см, вес 58 кг. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальное давление 120/80 мм. Органы кровообращения, дыхания и пищеварения в пределах нормы. Мочепускание учащенное. Моча при кипячении мутная.

Акушерское обследование. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 41 см. Положение плода продольное, вторая позиция, передний вид. Сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное, справа ниже пупка. Предлежат ягодичи над входом в малый таз. Схватки через 6—7 минут, по 20—25 секунд, средней силы. Регулярные схватки начались с 6 часов I/IV. Воды не отходили. Размеры таза 23; 25,5; 29; 18 см. Индекс Соловьева равен 13 см.

Влагалищное исследование. Влагалище широкое, раскрытие зева почти полное. Плодный пузырь цел, напряжен во время схваток. Предлежат ножки. Опознавательные пункты малого таза доступны исследованию. Мыс достижим. Диагональная конъюгата равна 11,5 см (истинная конъюгата — 9,5—10 см).

Какой диагноз?

Полученные данные позволяют считать, что на роды поступила многорожавшая женщина. В анамнезе трое срочных самопроизвольных родов живыми плодами, вес которых был от 2800 до 3800 г. Четвертые роды были оперативные (наложение щипцов), извлечен мертвый плод весом 3800 г (интранатальная смерть).

Таким образом, таз испытан; несмотря на очевидное сужение, таз оказался функционально полноценным. Цифровые показатели измерения таза дают основание расценивать его как общеравномерносуженный I степени сужения. Следует обратить внимание на признак Соловьева. Окружность в области лучезапястного сустава равна 13 см, что говорит о тонкокостном скелете, а значит и о тонкокостном, более вместимом тазе.

Наличие первого периода срочных родов и ножного предлежания плода не вызывает сомнения.

Какова будет тактика ведения родов?

Высказано два варианта.

1. Роды вести выжидательно.
2. Учитывая отягощенный акушерский анамнез (боли в области симфиза), следует вести роды выжидательно по методу Цовьянова, следить за динамикой родового акта, после отхождения вод произвести повторное влагалищное исследование.

Второй вариант представлен более полно, он оттеняет такие факты, как отягощенность акушерского анамнеза и наличие симфизита.

I/IV, 14 часов 45 минут. отошли чистые околоплодные воды в количестве 1 л. Схватки хорошей силы, через 3—4 минуты, по 30—35 секунд. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 134 удара в минуту. Ягодичи во входе в таз. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Жалоб не высказывает.

Влагалищное исследование (второе). Влагалище рожавшей женщины раскрытие полное, края зева нигде не определяются. Плодного пузыря нет. Во влагалище прощупывается стопа одной ножки. Ягодичи во входе в таз. Подтекают чистые воды.

Диагноз: второй период срочных родов. Неполное ножное предлежание. Общеравномерносуженный таз, I степень сужения. Многоводие. Отягощенный акушерский анамнез.

Решено роды вести по методу Цовьянова под контролем сердцебиения плода; профилактически применить триаду Хмелевского-Николаева; в случае угрожающих симптомов внутриутробной асфиксии плода приступить к извлечению плода за ножку.

15 часов. Начались потуги. Сердцебиение плода ясное, 132 удара в минуту, ритмичное. Рукой акушер оказывает препятствие рождению пожек путем придерживания их стерильной пеленкой. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

15 часов 20 минут. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное. Ножки придерживались до тех пор, пока ягодницы не опустились на тазовое дно и промежность не стала напрягаться. В последующие 2 минуты родилось туловище до нижних углов лопаток. Ручки освобождены без затруднения. Головка выведена по способу Морисо-Левре-Ляшпель. Родился мальчик в синей асфиксии, громко закричал после отсасывания слизи. Кожные покровы порозовели. Вес поворожденного 3600 г, длина 49 см, окружность головки 35 см, окружность груди 34 см.

Катетером выпущена прозрачная моча (150 мл).

15 часов 45 минут. Умеренные кровянистые выделения из влагалища. Признаков отделения последа нет. Матка плотная, на уровне пупка. Общее состояние роженицы удовлетворительное.

15 часов 50 минут. Из влагалища появились кровянистые выделения, темные, в количестве 150 мл. Признаков отделения последа нет.

15 часов 58 минут. Общая кровопотеря достигла 350 мл. Попытка выжать послед по Креде без наркоза и с наркозом эффекта не дала.

16 часов 05 минут. Ручное отделение последа.

Показания: кровопотеря 350 мл при отсутствии признаков отделения последа.

Обезболивание: эфирно-кислородный наркоз (30 мл эфира).

Описание операции: после соответствующей подготовки операционного поля рукой, введенной в полость матки, отделено детское место, прикрепленное по передней стенке матки с переходом на левый маточный угол. Детское место выделено. Не выводя руки из матки, акушер произвел контрольное обследование полости матки. Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Общая кровопотеря в пределах 600 мл.

Осмотр шейки в зеркалах. Разрывов нет. Промежность цела. Артериальное давление 130/90 мм.

Во время перекладывания с операционного стола на каталку родильница почувствовала резкую боль в области лобка. Произведено пальпаторное обследование костей таза и обнаружено расхождение лонных костей в области симфиза примерно на 4—5 см. Учитывая наличие разрыва лонного сочленения и возможного нарушения крестцово-подвздошных сочленений, решено произвести рентгенографию костей таза.

16 часов 40 минут. Рентгенография областей лонного сочленения, крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных суставов и внутренних отделов костей, образующих таз.

Установлено расхождение лонного сочленения на 4 см, причем левая лонная кость незначительно смещена вниз и ротирована наружу.

16 часов 50 минут. Больная переведена в палату. Наложена фиксирующая повязка на тазовый пояс. Уложена в положение «лягушки» (ноги несколько согнуты в коленных и тазобедренных суставах и умеренно разведены), на тазовый пояс наложена простыня, концы которой спущены с краев кровати; к концам простыни привязан груз. На низ живота положен лед.

Артериальное давление 120/70 мм. Пульс 74 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Жалобы на боли в области симфиза.

3/IV. Консультация ортопеда. Общее состояние удовлетворительное. Полная симметрия всех частей таза. Верхний край лонных костей определяется на одном уровне.

В области лонного сочленения умеренная болезненность (значительно меньше, чем была раньше). Область крестцово-подвздошных сочленений без особенностей.

Диагноз: разрыв лонного сочленения.

Назначения: 1) лежать на твердом ложе (на «щите»); 2) пояс на таз с противорычагами (груз 2—2,5 кг); 3) контрольная рентгенограмма через 3—5 дней.

Родильница находилась в акушерской клинике по 7/V (1 месяц 7 дней). В течение первых 10 дней температура была субфебрильной, в дальнейшем — нормальной. Послеродовой период без осложнений.

7/V. Больная переведена в травматологическое отделение больницы имени С. П. Боткина, где была уложена на щит в гамак; назначено вытяжение с противорычагами (груз 5—6 кг). На вытяжении находилась 4 недели. Вытяжение перепосила хорошо. Затем разрешено ходить на костылях.

Рентгенограмма от 17/V показала небольшую, примерно в 2 раза больше нормальную, щель в области симфиза (рис. 108).

Рентгенограмма костей таза от 6/VI установила, что по сравнению с предыдущим исследованием расхождение симфиза уменьшилось на 0,5—1 см.

Больная выписана из больницы 11/VI в удовлетворительном состоянии с расхождением костей симфиза на 1,5 см. Ноги поднимает хорошо. Устойчивость в ногах хорошая. Рекомендовано пошение бандажа и хождение на костылях в течение месяца. Временная инвалидность в течение 7 месяцев.

Таким образом, мы имели дело с довольно редкой формой травматизма в родах — разрывом лонного сочленения. По литературным дан-

ным, разрывы лонного сочленения определяются примерно в одном случае на 30 000—60 000 родов (Н. Н. Феноменов, В. С. Груздев). По данным нашей акушерской клиники, разрывы лонного сочленения были диагностированы 2 раза на 37 000 родов.

Каковы этиология, патогенез и клиника разрыва лонного сочленения?

Многочисленными исследованиями установлены (Н. Н. Феноменов, Л. В. Ванина, Р. М. Соколовская и др.) значительные изменения в области симфиза, как у беременных, так и у рожениц. К последним относятся размягчение тканей, отек в хряще и связочном аппарате (в частности, при нефропатии, водянке беременных), появление множественных щелей в межлобковой пластинке, декальцинация и т. п.

Наблюдаемое достаточно часто незначительное расхождение (растяжение) костей лонного сочленения уже за несколько месяцев до родов Л. В. Ванина объясняет гормональными сдвигами, которые, как известно, имеют место во время беременности.

Даже такого рода незначительные расхождения костей лонного сочленения нередко влекут за собой разрывы мелких сосудов (кровотечение), инфицирование, воспаление. Разрывы лонного сочленения, характеризующиеся расхождением лонных костей на 5—10 см (и больше), часто сопровождаются травмой одного из крестцово-подвздошных сочленений, разрывом мочевого пузыря и клитора.

Значительное расхождение лонного сочленения, как правило, сопровождается разрывом крупных сосудов, а в связи с этим — образованием гематомы. Демонстративен случай разрыва лонного сочленения, описанный В. И. Алиповым (ВММА, Ленинград), когда наблюдалось расхождение симфиза на 10 см, разрыв крестцово-подвздошного сочленения, разрыв мочевого пузыря, шейки матки и переднего свода влагалища (рис. 109).

Можно ли объяснять разрывы лонного и крестцово-подвздошного сочленения различными оперативными пособиями в родах?

По литературным данным, в 70—85% случаев разрывы симфиза в родах происходят при самопроизвольных родах (В. А. Покровский, Р. М. Соколовская). В то же время анализ сборного литературного материала (150 случаев) позволяет И. Ф. Жордания говорить только о 15% разрывов при самопроизвольных родах.

В настоящее время не принято подразделять разрывы лонного сочленения на самопроизвольные и травматические. В этиологии разрывов лонного сочленения, безусловно, лежат те или иные патологические изменения в симфизе.

Клиническая картина и симптоматология находятся в зависимости от степени повреждения сочленений таза в родах. Во всех тех случаях, когда наблюдаются легкие формы растяжения сочленений таза, жалобы рожениц на боли в области симфиза, крестца и копчика обычно имеют место в 1—3-й день после родов и выявляются при движениях ногами, при перемене роженицей положения тела в кровати.

В тех же случаях, когда расхождение лонных костей достигает больших размеров (границ), то жалобы на резкие боли в сочленениях таза и отек могут последовать непосредственно в родах или тотчас после родов (как это имело место у нашей больной).

Диагностика повреждений сочленений таза в родах не представляет трудностей, так как клиника и симптоматология достаточно точно фиксируют внимание врача на локализацию процесса. Осмотр, пальпация и особенно рентгенография сравнительно легко позволяют установить расхождение костей.



Рис. 108. Расхождение (разрыв) лонного сочленения. Рентгенограмма.



Рис. 109. Разрыв лонного и крестцово-подвздошного сочленений и мочевого пузыря.

Терапия в случаях незначительных повреждений сводится к следующему: 1) покой; 2) бинтование таза (что мало достигает цели); 3) применение холода (льда) на лонное сочленение. Через 5—8 недель все явления исчезают. При значительных повреждениях симфиза, не сопровождающихся повреждением мочевого пузыря и половых органов роженицы, лечение должно быть такое: 1) длительный постельный режим; 2) пребывание на твердом ложе («щите»); 3) пребывание в гамаке; 4) применение противовытяжения с грузом в несколько килограммов (от 2 до 6); 5) хождение на костылях; 6) применение хлористого кальция и витаминов; 7) освобождение на длительный срок от тяжелой физической работы и утомительных передвижений.

Лечение затягивается на многие месяцы.

При значительных повреждениях сочленений (обычно лонного и крестцово-подвздошного), которые сопровождаются разрывом мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, уретры, клитора, шейки матки и влагалища, вначале показаны операции, восстанавливающие целостность поврежденных органов, а затем применяется комплекс мероприятий по лечению повреждений таза (см. выше).

Что касается профилактики разрывов сочленений таза в родах, то прежде всего следует бережно вести физиологические роды, особенно патологические и оперативные. При выявлении жалоб на боли в сочленениях таза за период наблюдения в женской консультации должны быть приняты меры к лечению и устранению возможных их причин. Физическая культура и гигиеническая гимнастика значительно способствуют укреплению всего скелета и таза в частности.

Можно ли было в порядке профилактики принять меры для предотвращения разрыва лонного сочленения у Б-вой.

Следует различать расхождение и разрыв симфиза, а также симфизит (Л. В. Ванина). Симфизит (т. е. воспалительный процесс) не может служить показанием к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения. Расхождение симфиза также не может быть показанием к кесареву сечению, если нет анатомически или клинически узкого таза.

Разрыв лонного сочленения — редкое травматическое осложнение в родах.

Мы располагаем небольшим личным опытом ведения родов при наличии симфизита и никогда не рассматривали его как показание к операции кесарева сечения. Согласно литературным данным, в подавляющем большинстве случаев разрывы лонного сочленения наблюдаются при самопроизвольных родах у женщин, в анамнезе которых отсутствуют указания на неполноценность симфиза. Описанное нами наблюдение разрыва лонного сочленения в родах, где в анамнезе имелся симфизит, показывает, что последнее обстоятельство дает нам основание рассматривать клинически выраженный симфизит как угрожающий симптом разрыва лонного сочленения в родах.

Эпикриз

Б-ва, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Во время беременности отмечались явления симфизита. В родах при ножном предлежании применено ручное пособие по Цовьянсу. Ручное отделение и удаление последа. Разрыв лонного сочленения выявлен при перекладывании родильницы с операционного стола на каталку. Лечение в родильном доме и в травматологической клинике больницы имени Боткина (Москва). Трудоспособность восстановлена через 7 месяцев.

Затылочное предлежание 335, 493
Зондирование матки 145

Извлечение плода 316

Измерение наружное овоида плода 403
Индекс Соловьева 361, 390
Insertio funiculi umbilicalis velamentosa 207
Инсульты при внематочной беременности, повторные 172
Импантилизм половой 259
Исогальванизация молочных желез 284
Истерия 47

Кесарево сечение 394

— — анестезия 398
— — виды 398
— — влагалищное 16
— — — по Бумму 16
— — — Гензлус-Отту 16
— — — Лейбчику 16
— — время операции 399, 464
— — материнская смертность 397
— — мертворождаемость 397
— — наложение швов 462
— — по поводу лобного предлежания 343
— — — разрыва матки 460
— — — — по рубцу 465
— — — угрожающего разрыва матки 454
— — повторное 399, 400
— — — длительность интервала 463
— — показания абсолютные 395, 464
— — — основные 398
— — — относительные 396, 464
— — при маточно-плацентарной апоплексии 226
— — — мертвом плоде 361
— — — общеравномернорасширенном тазе 376, 378
— — — плоско-рахитическом тазе 400
— — — плоском тазе общесуженном 427
— — — — простом 417
— — — поперечном положении плода 320
— — — предлежании плаценты 203, 206, 208, 213
— — — преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты 226
— — — родах крупным плодом 441
— — — эклампсии 54
— — — разрез рациональный 462
— — — способы 213
— — — корпоральное (классическое) 213
— — — низкое 214
— — — ретровезикальное 213
— — — с поперечным вскрытием матки 213
— — стерилизация 400
— — техника 400
— — условия 399

Киста яичника лютеиновая 181, 183

— — отличие от беременности внематочной 152

Киста яичника и беременность 118

Клейдотомия 365

Клеммы на маточные артерии 245, 252

Клинически узкий таз 446

Кожно-головные щипцы 336

Кольпеприз 259, 305

Кома диабетическая, отличие от эклампсии 52

— печеночная, отличие от эклампсии 52

— уреимическая, отличие от эклампсии 52

Конфигурация головки 411

— — при узком тазе 376

Конъюгата таза боковая 408

Кормление грудью матерями, больными туберкулезом 94

Кососуженный таз 428

— — ведение родов 430, 432

— — — диагноз 428

— — — определение емкости 431

— — — смещения 431

— — — сужения 431

— — — прогноз 431

— — — самопроизвольные роды 434

— — — характеристика 428

Краниоклазия 365, 368

Краниокласт 365

Краниотомия 223, 363, 405

— инструментарий 365

— наложение краниокласта 368

— определение 365

— подготовка роженицы 366

— показания 364

— при последующей головке 369

— техника 367, 370

— тракции 369

— условия 364

Кровоизлияние в мозг 47

— — — отличие от эклампсии 52

— — — позадидаточное, нагноение 171

Кровообращение недостаточность, отличие от нефропатии беременных 30

Кровопотеря, фазы 246

— «физиологическая» 229, 232

Кровоупускание при эклампсии 42

Кровотечение атоническое 241, 243

— — борьба 243

— — в раннем послеродовом периоде 246, 250

— — — III периоде родов 228, 231, 238, 241, 276

— — — — — атония матки 242, 251

— — — — — введение питуитрина 239, 251

— — — — — выжимание последа по

Креде 235, 237, 251

— — — — — гипотония матки 232, 239

— — — — — диагноз 229, 232, 238, 242

— — — — — задержка дольки плаценты 242

— — — — — лечение 229, 232, 242, 251

— — — — — ошибки 237

— — — — — при многоплодии 280

— — — — — принципы ведения III периода родов 236

— — — — — причины 230

— — — — — разрыв шейки матки 230, 239

— — — — — ручное отделение последа 237, 239

— — — — — сокращение матки спастическое 237

— — — — — травма мягких родовых путей 232

— — — — — внутреннее 158, 159

— — — — — во время родов 196

Кровотечение во время родов, низкое при-
крепление плаценты 197
— — — — предложение плаценты 197
— — — — преждевременная отслойка
нормально расположенной плаценты 197
— — — — разрыв варикозного узла во
влагалище 197
— — — — шейки матки 197
— — — — рак шейки матки 197
— гипотоническое 219, 239

Литопедион 177

Лихорадка в родах 414
— — — родоразрешение оперативное 415

Лицевое предлежание 343

Лобное предлежание 338

Ложка тупая большая 365

Лонный угол при плоскорихитическом та-
зе 390

Мазки влагалищные при раке шейки матки
126

Массаж матки на кулаке 245, 252

— — наружный 244

Метрейриз 54, 251, 284, 286, 289, 312

— недостатки 314

— подготовка 313

— показания 313

— при пузырном заносе 182

— — предложении плаценты 203, 208

— — преждевременной отслойке нормаль-
но расположенной плаценты 226

— техника 313

— условия 313

Метрейринтер 312

Метроэндометрит вследствие задержки
дольки плаценты 249

Миома матки и беременность 116

— — — боли 119

— — — ведение беременности 121

— — — детородная функция 118

— — — диагноз 117, 119

— — — дифференциальный 117

— — — кровотечение 119

— — — лечение 117, 120

— — — мномэктомия 120

— — — прогноз 122

— — — осложнения 119

— — — в последовом периоде 122

— — — послеродовом периоде
122

— — — во время родов 122

— — — частота 118

— — — отличие от пузырного заноса 180

— — — шеечной беременности 150

Мномэктомия при беременности 120

Митральная болезнь и беременность 73,
79, 84

Метод Строганова 42, 45, 54

Мнимая беременность 129

Многоводие 241, 276, 344, 435, 502

— вскрытие плодных оболочек 279

— диагноз 276

— отличие от пузырного заноса 179

— слабость родовой деятельности 278

Многоплодие 253, 276, 344

— ведение родов 254

— вскрытие плодных оболочек 279

— диагноз 277

Многоплодие, кровотечение 255

— отличие от пузырного заноса 179

— положение плодов 279

— поперечное положение второго плода
255

— прогноз родов 254, 278

— размеры живота 435

— ручное отделение последа 255

— самопроизвольное рождение второго
плода 280

— слабость родовой деятельности первич-
ная 278

— третий период родов 255

Мыс ложный 389, 407

Нагнетание крови внутриаартериальное 246
— — — техника 247

Наркоз эфирно-кислородный (отдых) 294

Нарушения коллоидного равновесия и
корреляции органов внутренней секреции
при ранних токсикозах беременности 6

Начало родовой деятельности 285

Неврогенная теория ранних токсикозов
беременности 6

Недонашивание 138

Недостаточность кровообращения и бере-
менность 73, 79, 84

— митрального клапана и беременность
73, 84

— — — — ведение беременности 77,
81, 85

— — — — — родов 77, 81

— — — — — второго периода 81

— — — — — выключение потужной дея-
тельности 82

— — — — — диета 77, 82

— — — — — лечение 76, 82

— — — — — мертворождаемость 76

— — — — — обезболивание родов 78

— — — — — операция маложения щип-
цов 83

— — — — — прерывание беременности
85

— — — — — прогноз беременности 75

— — — — — родов 75

— — — — — профилактика 82

— — — — — родоразрешение орочное,
условия 83

— — — — — с преобладанием сужения
левого атриовентрикулярного отверстия
79, 84

— — — — — смертность материнская 75,
76

— — — — — учет больных 82

Неполноценность таза функциональная 447

Непроходимость кишечника, диагноз 100

— — динамическая (функциональная) 99

— — клиника 99

— — лечение 100

— — механическая (анатомическая) 99

— — отличие от аппендицита острого 99

— — — — — внематочной беременности 159

Нервная регуляция функций матки 293

Несвоевременное отхождение вод 414

— — — асфиксия плода 414

— — — слабость родовой деятельности
414

— — — инфицирование 414

— — — период раскрытия затяжной 414

- Несвоевременный разрыв плодных оболочек 440
- Нефрит беременных 30
- — паренхиматозный острый 29
 - — отличие от водянки беременных 23
 - тубуло-гломерулярный беременных 29
 - тубулярный беременных 29
 - хронический и беременность 59, 68, 71
 - — отличие от нефропатии беременных 29
- Нефродистрофия беременных 29
- Нефроз беременных 30
- Нефропатия беременных 28, 35, 59, 67, 70, 218, 236
- — артериальное давление 34
 - — ведение 36
 - — вскрытие плодного пузыря 37
 - — госпитализация 38
 - — диагноз 28, 35
 - — — своевременный 38
 - — триада симптомов классическая 29
 - — диета 32, 34
 - — исходы отдаленные 31
 - — клиника 30
 - — кровопускание 37
 - — лечение 31, 40
 - — ошибки наблюдения 33
 - — патогенез 29
 - — переход в преэклампсию 37, 41
 - — преждевременная отслойка плаценты 33
 - — — прогноз 31
 - — — психопрофилактическая подготовка к родам 33
 - — — терминология 29
 - — — отличие от гипертонической болезни 30
 - — — — недостаточности кровообращения 29
 - — — — нефрита хронического 29
- Ножка опухоли яичника 113
- Ножное предлежание 267
- Обследование полости матки инструментальное 243, 249
- — — ручное 243
- Общеравномерносуженный таз 352, 359, 371, 380, 502
- Оживление детей, родившихся в асфиксии 64
- Операции, исправляющие положение плода 298
- тазорасширяющие 416
- Опухоль головного мозга 47
- яичников и беременность 110
 - — — гистологическое строение 112
 - — — — лечение 114
 - — — — хирургическое 114
 - — — — локализация 112
 - — — — отличие от беременности трубной 111
 - — — — — воспаления придатков 111
 - — — — — перекрута ножки кисты 112
 - — — — — перекрут ножки кисты 113
 - — — — — частота 112
- Осмотр шейки после родов 231
- Отделение последа ручное 234, 237, 239, 251, 255
- Отдых роженицы 289
- Отеки 60
- — лечение голодом и жаждой 27
 - — механизм возникновения 26
 - — при нефрите, диагностика 23
 - — — пороке сердца 23
- Отслойка преждевременная нормально расположенной плаценты 219, 221, 223, 224, 459
- — — — — лечение 219, 223, 225
 - — — — — причины 220
 - — — — — симптомы 220
 - — — — — частота 219
- Отслоение и выделение плаценты 233
- — — — — по Абуладзе 233
 - — — — — Габасту (Будимлич) 234
 - — — — — Ефимову 234
 - — — — — Креле 235
 - — — — — — с влечением за пуповину 234
 - — — — — Роговину 234
 - — — — — Эпштейну 233
 - — — — — признаки 234
- Отхождение вод преждевременное 229
- — — раннее 260, 268
 - — — тканей при аборте 164
- Патронаж активный 477
- Пахикарлин 290, 387
- Пельвеоперитонит, отличие от беременности внематочной 157
- Первородящая пожилая 222, 223, 462
- — старая 452
- Переднеголовное предлежание 333
- Перекрут ножки кисты яичника и беременность 96
- — — — клиника 113
 - — — — осложнения 113
 - — — — — отличие от опухолей яичника 112, 113
 - — — — — симптомы 113
- Переливание крови 246
- Перинеотомия 359, 438
- Перфоратор Бло 365
- — — недостатка 366
 - — — Смели 365
 - — — Феноменова 365, 366
- Перфорация головки плода 223, 364, 365
- Пиелит беременной, отличие от аппендицита 98
- Пищевая интоксикация, отличие от внематочной беременности 160
- Плацента, предлежание 196, 198, 200, 205, 209, 212, 250
- — — преждевременная отслойка 33
 - — — прикрепление 149
 - — — провищаемость для химиопрепаратов 94
 - — — роль в этиологии токсикозов беременности 25
- Плод крупный 434, 439, 456
- — — ведение родов 435, 437, 440
 - — — — — диагноз 435, 440
 - — — — — длительность родов 436
 - — — — — кесарево сечение 441
 - — — — — материнская смертность 437
 - — — — — мертворождаемость 437
 - — — — — несвоевременное отхождение околоплодных вод 440

- Плод крупный, оперативные пособия 436
 — — — определение 436
 — — — осложнения 441
 — — — разрывы промежности 438
 — — — роды самопроизвольные 438
 — — — тазовое предлежание 440
 — — — течение и ведение беременности 436, 437
 — — — частота 439
 — — — этиология 439
 — — — смерть внутриутробная 28
 Плоский таз обшесуженный 417, 423
 — — — ведение родов 420, 424
 — — — вставление головки заднетеменное 426
 — — — — — диагноз 418, 424
 — — — — — кесарево сечение 427
 — — — — — конфигурация головки 423
 — — — — — механизм родов 421, 425
 — — — — — осложнения 422
 — — — — — прогноз 422, 424
 — — — — — самопроизвольные роды 423
 — — — — — степень сужения 419
 — — — — — — — классификация 419
 — — — — — течение родов 421
 — — — — — характеристика 419
 — — — — — частота 420
 — — — — — простой 406, 412
 — — — — — асинклитизм задний 411
 — — — — — — — передний 411
 — — — — — боковое склонение головки 411
 — — — — — ведение родов 408
 — — — — — диагноз 408, 413
 — — — — — кесарево сечение 417
 — — — — — конфигурация головки 411
 — — — — — конъюгата истинная 407
 — — — — — механизм вставления головки 410, 425, 426
 — — — — — родов 410, 412, 415, 425
 — — — — — — — осложнения 409, 414
 — — — — — прогноз родов 408, 413
 — — — — — раннее отхождение вод 409, 414
 — — — — — самопроизвольные роды 408
 — — — — — ущемление передней губы шейки матки 415
 — — — — — характеристика 407
 — — — — — — — анатомическая 413
 — — — — — частота 407
 — — — — — этиология 407
 Плоскорихитический таз 388, 393, 401, 452, 458, 485
 — — — анамнез отягощенный 394
 — — — асфиксия плода внутриутробная 405
 — — — ведение родов 391, 394, 405
 — — — — — ошибки 487
 — — — вставление головки асинклитическое 391
 — — — — — — — механизм 392
 — — — — — деформированный 394
 — — — — — диагноз 389, 402, 486
 — — — — — индекс Соловьева 390
 — — — — — исход 489
 — — — — — кесарево сечение 400
 — — — — — краниотомия 405
 — — — — — кровянистые выделения 487
 — — — — — лонный угол 390
 — — — — — механизм родов 404
 — — — — — начинающийся разрыв матки 488
 Плоскорихитический таз, несвоевременное отхождение вод 404
 — — — прогноз родов 390
 — — — размеры плода и его головки 390, 403
 — — — роды 392, 393, 397
 — — — роль рахита 398
 — — — соответствие между размерами таза и головки 486
 — — — степень сужения 402
 — — — характеристика 390
 — — — щипцы кожно-головные 488
 — — — — — полостные 489
 Поворот на ножку классический 315
 — — — — — наркоз 315, 316
 — — — — — показания 315
 — — — — — противопоказания 315
 — — — — — техника 316
 — — — — — условия 315, 475
 — — — наружный 263, 273
 — — — — — повторный 275
 — — — — — результаты 274
 — — — при положении роженицы на боку 263
 — — — — — профилактический 298, 305, 319
 — — — — — виды 299
 — — — — — на головку 299
 — — — — — — — тазовый конец 299
 — — — — — контроль за ходом операции 300
 — — — — — подготовка психопрофилактическая 300
 — — — — — противопоказания 299
 — — — — — техника 300
 — — — — — при спинке, обращенной ко дну матки 300
 — — — — — — — — — — — входу в таз 300
 — — — — — условия 299, 319
 — — — — — фиксация продольного положения плода 301
 — — — по Брекстон-Гиксу 203, 208, 210, 213, 225, 306
 — — — — — показания 306
 — — — — — при живом плоде 312
 — — — — — техника 307
 — — — при неполном раскрытии зева матки 306
 — — — самопроизвольный 297
 Позиции плода 297
 Положение Вальхера 268, 416
 — — — плода косое 303
 — — — — — неправильное 296
 — — — — — поперечное 296, 302, 311, 318
 — — — — — второго 255
 — — — — — выпадение пуповины 306, 309
 — — — — — госпитализация 298
 — — — — — диагноз 296, 304, 319
 — — — — — запущенное 321, 474
 — — — — — ампутация матки надвлагалищная 478
 — — — — — ведение родов 477
 — — — — — диагноз 476
 — — — — — госпитализация 475, 477
 — — — — — ошибки 478
 — — — — — причины 322
 — — — — — разрыв матки угрожающий 477
 — — — — — эмбриотомия 322
 — — — — — эндометриг в родах 477
 — — — — — извлечение плода 310
 — — — — — кесарево сечение 320

- Предлежание ягодичное, чистое, диагноз 259, 260
- — — слабость родовой деятельности первичная 260
- Предлежания разогнутые 326
- — — высокое прямое стояние головки 326
 - — — лобное 338
 - — — лицевое 343
 - — — переднеголовное 333
 - — — частота 335
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 33, 197
- Преждевременное отхождение вод 283, 334, 360
- Пресс брюшной, неполноценность 297, 422
- Преэклампсия 35, 39
- ведение родов 41
 - диагноз 40
 - кровопускание 42, 46
 - лечение 40, 41, 45
 - — активное 45
 - — консервативное 45
 - — по Строганову 42, 45
 - — средней линии 45
 - наблюдение в консультации 43
 - операция наложения щипцов 38, 43
 - повышение артериального давления 40
 - терминология 41
- Прием Говфмейера—Миулера 376
- Прижатие аорты 244
- маточных артерий 252
 - матки к лону 244
 - — наружно-внутреннее комбинированное 244
- Признак Вастена 372, 420, 448
- — клиническая оценка 383
- Припадки судорожные, дифференциальные признаки 47
- Приращение плаценты истинное 256
- Проба по Зимницкому 24
- Прободение матки 144
- — диагноз 145
 - — причины 144
- Прокол головки плода троакаром 445
- Промедол для обезболивания родов 433
- Промывание матки горячей жидкостью 245
- Психогенная теория ранних токсикозов беременности 6
- Пубиотомия 416
- Пузырный занос 178
- — деструктирующий 180
 - — диагноз 179
 - — киста лютеиновая яичника 183
 - — клиника 180
 - — лечение 180
 - — матка 180
 - — метрэйризм 182
 - — отличие от аборта начинающегося 179
 - — — миомы матки 180
 - — — многоводия 179
 - — — многоплодия 179
 - — — хорионэпителиомы матки 185
 - — реакция Ашгейм-Цондека 181
 - — ручное обследование полости матки 182
 - — сущность 180
- Пузырь плодный, вскрытие при нефроплатии 37
- Пункция заднего свода 161, 167
- Пункция заднего свода, осложнения 167
- — — оценка результатов 168
 - — — техника 167
 - — — спинальная 53
 - — — через брюшную стенку 168
- Пуловина чрезмерно короткая 223
- Размер лонно-седалищный 448
- Разогнутые предлежания 326
- Разрыв лонного сочленения 501
- — — ведение родов 502
 - — — диагноз 502, 503, 504
 - — — клиника 504
 - — — лечение 503, 504
 - — — профилактика 505
 - — — расхождение лонного сочленения 503
 - — — ручное отделение послода 503
 - — — симптомы 504
 - — — этиология 503
- матки 211, 224, 377
- — во время беременности 490
 - — — — — диагноз 491
 - — — — — тактика акушера 491
 - — — — — ушивание матки 492
 - — — — — начинающийся 452, 477
 - — — — — диагноз 452, 454
 - — — — — кесарево сечение 454
 - — — — — симптомы 471
 - — — — — соответствие размеров головки и входа в таз 453
 - — — — — таз плоскорохитический 452
 - — — — — утомление роженицы 454
 - — — по рубцу 461
 - — — — — ампутация матки надвлагалищная 461, 466
 - — — — — асфиксия плода внутриутробная угрожающая 464
 - — — — — ведение родов 461
 - — — — — механизм 466
 - — — — — нераспознанный 467
 - — — — — акушерский анамнез 467
 - — — — — ампутация матки надвлагалищная 473
 - — — — — варианты родов 470
 - — — — — ведение родов 468
 - — — — — диагноз 467, 473
 - — — — — контрольное обследование полости матки 473
 - — — — — роды самопроизвольные 472
 - — — — — стимуляция 471
 - — — — — рубец матки 463
 - — — — — симптомы ранние 465
 - — — — — после наложения полостных щипцов 489
 - — — — — при запущенном поперечном положении плода 477
 - — — — — срочных родах 479
 - — — — — ампутация матки надвлагалищная 483
 - — — — — ведение родов 481
 - — — — — диагноз 479, 483
 - — — — — исход 484
 - — — — — кровянистые выделения 480
 - — — — — ошибки ведения 482
 - — — — — симптомы 481
 - — — — — соответствие между размерами головки и таза 481
 - — — — — самопроизвольный 455
 - — — — — акушерский анамнез 458

- Разрыв матки самопроизвольный, асфиксия
 плода внутриутробная 458
 — — — диагноз 460
 — — — кесарево сечение 460
 — — — кровянистые выделения 459
 — — — крупный плод 456, 459
 — — — начинающийся 459
 — — — ошибки ведения родов 460
 — — — плоскорихитический таз 458
 — — — переливание крови 460
 — — — раннее отхождение вод 458
 — — — симптомы 377
 — — — угрожающий 322
 — — — и беременность 96
 — мочевого пузыря 483
 — плодных оболочек при предлежании
 плаценты частичном 199, 202, 207
 — — — преждевременной отслойке нор-
 мально расположенной плаценты 225
 — промежности III степени 497
 — шейки матки 230
- Рак шейки матки и беременность 123
 — — — — взаимовлияния 126
 — — — — влияние лактации 126
 — — — — диагноз 124, 126
 — — — — лечение 127
 — — — — материнская смертность 127
 — — — — отличие от сифилитической
 язвы 124
 — — — — — туберкулезной язвы
 124
 — — — — — эктропиона 125
 — — — — — эрозии 125
 — — — — роды доношенным плодом
 127
 — — — — частота 126
- Раннее отхождение вод 288, 306, 311, 339,
 357, 380, 404, 409, 414, 432, 436, 458
- Рвота беременных 5
 — — генез 5
 — — лечение 8
 — — элементы 9
 — — неукротимая 10, 13, 19
 — — — диагностика 14, 19
 — — — исход летальный 17
 — — — лечение 11, 19
 — — — сном 21
 — — — повторная 11
 — — — прерывание беременности 14
 — — — прогноз 11
 — — — рецидивирование 22
 — — — тактика акушера 18
 — — патогенез 7
 — — повторная 10
- Реакция биологическая на беременность,
 оценка результатов 170
- Ревматический порок сердца и беремен-
 ность 73, 74
 — — — — ведение беременности 77
 — — — — — родов 77
 — — — — — диета 77
 — — — — — кесарево сечение малое 86
 — — — — — лечение 76
 — — — — — обезболивание родов 78
 — — — — — обострение после родов 77
 — — — — — сохранение беременности 85
- Режим лечебно-охранительный 36
- Реинфузия крови 161
 — — техника 161
- Рентгеновезикография 207
- Рефлекторная теория ранних токсикозов
 беременности 6
- Ригидность маточного зева 293
- Роды преждевременные 200, 205, 209, 212,
 224, 424
 — — искусственные 426
 — — при тазовом предлежании 259, 271
 — — самопроизвольные после кесарева сече-
 ния 461, 468
- Ромб крестцовопоясничных (Михаэлиса)
 357
- Рубец матки послеоперационный 462, 463
 — — — прочность 469
- Сактосальпинкс, отличие от беременности
 внематочной 153
- Сердце, влияние беременности 74
- Симфизеотомия 416
- Симфизит 505
- Синдром гипертензивный беременных 24
- Сифилитическая язва шейки матки, отли-
 чие от рака 124
- Слабость родовой деятельности 422
 — — — вторичная 385, 409, 433, 449
 — — — диагноз 286
 — — — лечение 285
 — — — первичная 260, 279, 288, 327, 353,
 360, 383, 409, 494
 — — — — причины 495
- Смерть плода внутриутробная 222, 363
- Сокращение матки спастическое 237
- Сон медикаментозный 294
 — — при рвоте беременных 21
- Способ Абуладзе 233
 — — Арендта 244
 — — Габасту (Будимлич) 234
 — — Гентера 244
 — — Ефимова 234
 — — Креде 234
 — — Пискачека 244
 — — Роговина 234
 — — Эпштейна 233
- Соскоб поверхностный язвенного участка
 125
- Сохранение плодного пузыря 305
- Спондилопатия 323
- Стерилизация 400
- Стимуляция родовой деятельности 260, 278,
 289, 326, 358, 387, 435, 442, 449, 471, 495
 — — — повторная 299
 — — — схема 285
 — — — эффективность 287
- Таз общеравномерносуженный 352, 359, 371,
 380, 502
 — — — анамнез акушерскийотягощенный 371
 — — — асфиксия плода внутриутробная 358,
 360
 — — — — интранатальная 387
 — — — ведение родов 357, 362, 377, 380, 382,
 384
 — — — вскрытие плодного пузыря инстру-
 ментальное 374
 — — — вставление головки в косом размере
 входа в малый таз 385
 — — — высокое стояние головки 386
 — — — диагноз 352, 357, 371
 — — — диагональная конъюгата 356, 357
 — — — затяжные роды 383

- Таз общеравномерносуженный, кесарево сечение 378
- — конфигурация головки 359, 375, 384
 - — краниоклазия 370
 - — краниотомия 363, 370
 - — несвоевременное отхождение вод 361
 - — несоответствие относительное 384
 - — ослабление родовой деятельности 385
 - — осложнения 381
 - — перинеотомия 359
 - — потуги непроизводительные 375
 - — разрыв плодного пузыря ранних 380
 - — родовая деятельность 374
 - — — — слабость первичная 361
 - — смерть плода внутриутробная 363
 - — стимуляция родовой деятельности 358
 - — — — пахикарпием 387
 - — характеристика 361
 - — функциональная 375
 - — чистый (гипопластический) 357
 - — щипцы 386, 388
 - — эндометрит в родах 360
- Тампоны с эфиром, введение в матку 245
- Тампонада влагалища 201
- — матки 245
- Терапевт акушерского учреждения 81
- Токсемическая теория ранних токсикозов беременности 6
- Токсемия беременных 24
- Токсикозы беременных 5
- — водянка 22
 - — госпитализация 31
 - — нефропатия 28, 35
 - — поздние 22
 - — — — классификация 25
 - — — — патогенез 25
 - — — — течение 26
 - — преэклампсия 35, 39
 - — прогноз 31
 - — профилактика 18
 - — ранние 5
 - — рвота 5
 - — — — неукротимая 10, 13, 19
 - — роль плаценты 25
 - — терминология 24
 - — токсины специфические 5
 - — эклампсия 44, 51
- Травма акушерская 452
- Третий круг кровообращения 279
- — период родов, принципы ведения 236
- Трубная беременность прервавшаяся 155, 166
- — прогрессирующая 152
- Трубный аборт 162
- Туберкулез гортани и беременность 88
- — легких и беременность 87
 - — — — ведение беременности 88
 - — — — — родов 92
 - — — — — влияние антибиотиков и химиопрепаратов на плод 93
 - — — — — диагноз 87, 92
 - — — — — кормление грудью 94
 - — — — — лечение 90
 - — — — — недонашивание 93
 - — — — — особо опасные формы туберкулеза 88
 - — — — — — до 3 месяцев 89
 - — — — — — после 3 месяцев 89
- Туберкулез легких и беременность, сохранение беременности 88, 89
- — — — классификация 89
- Туберкулезная язва шейки матки, отличие от рака 124
- Удаление плодного яйца пальцевое 142
- Узкий таз 352
- — анатомически 353
 - — — — деформированный 353
 - — — — недеформированный 353
 - — — — отличие от клинически узкого таза 447
 - — — — частота 353
 - — — — вставления асинклитические патологические 381
 - — — — живот остроконечный 381
 - — — — отвислый 381
 - — — — классификация 354
 - — — — по степени сужения 355
 - — — — — форме 355
 - — — — — клинический 446
 - — — — асфиксия плода 450
 - — — — — диагноз 446, 447
 - — — — — емкость таза 448
 - — — — — несоответствие между головкой и тазом 447
 - — — — — отличие от анатомически узкого 447
 - — — — — слабость родовой деятельности вторичная 449
 - — — — — стимуляция родовой деятельности 450
 - — — — — щипцы 450
 - — — — — косой 429
 - — — — — кососмещенный 429
 - — — — — кососуженный 429
 - — — — — — анкилотический 430
 - — — — — — коксальгический 430
 - — — — — — сколиотический 430
 - — — — — — этиология 429
 - — — — — положения плода 381
 - — — — — преждевременное отхождение вод 381
 - — — — — предлежания головки разгибательные 381
 - — — — — размеры при разных формах строения 420
 - — — — — функционально 353
 - — — — — частота 354
 - — — — — характеристика 353
 - — — — — анатомическая 381
- Ультраконсервативное ведение родов 483, 488
- Утомление роженицы 285
- Ушивание матки 492
- Ушемление и отек передней губы шейки 385, 409, 415
- Фарадизация абдоминально-сакральная 284
- Фолликулиновый фон 284
- Химиопрепараты, влияние на плод 93
- Хорионэпителиома матки 184
- — — — диагноз 184
 - — — — — исход 189
 - — — — — клиника 186, 189
 - — — — — лечение 187
 - — — — — метастазы 185, 187, 188
 - — — — — отличие от аборта в ходу 184
 - — — — — внематочной беременности 188

- Хориоэпителиома матки отличие от аборт-ов, остатков пузырного заноса 185
 — — происхождение 186
 — — реакция Ашгейм-Цондека, динамиче-ское определение 189
 — — характеристика 185
 — — симптомы 186, 190
 — — — недооценка их 189
 — — титр гонадотропинов в моче 189
 — — трубы 159, 190
 — — — диагноз 191
 — — — ошибки 193
 — — — исход 193
 — — — лечение 192
 — — отличие от внематочной беремен-ности 191
 — — — — воспаления придатков матки 191
 — — — — развитие 192
 — — — реакция Ашгейм-Цондека 192
- Чревосечение брюшностеночное при опухо-лях яичника 115
- Чувствительность организма к лекарствам 285
- Шеечная беременность 147
- Шейка матки при шеечной беременности 149
- Щипцы 386, 416, 450
 — высокие 386
 — кожно-головные 203, 208, 284, 286, 289
 — на головку крупного плода 438
 — наложение при болезнях сердца 83
 — полостные при внутриутробной асфиксии плода 219
 — — при заднем виде затылочного пред-лежания 495, 498
 — — при эклампсии 42
 — показания 386
 — условия 386
- Эвисцерация 323
- Эклампсизм 41
- Эклампсия 44, 51
 — без судорог 53
 — ведение, ошибки 56
 — возникновение на дому 50
 — диагноз 45, 48, 52
- Эклампсия, извлечение плода 48
 — кесарево сечение абдоминальное 54
 — летальность 55, 56
 — лечение 45
 — — консервативное 53
 — — оперативное 54
 — мертворождаемость 55
 — наблюдение в консультации 48
 — — последующее 50
 — припадки 47
 — — отличие от диабетической комы 52
 — — — кровоизлияния в мозг 52
 — — — печеночной комы 52
 — — — уремической комы 52
 — — профилактика 48
 — — число 49
 — пункция спинальная 53
 — рецидивирующая 50
 — течение 49
 — — особенности 56
 — частота 49
- Экстирпация матки расширенная 128
 — — — при хориоэпителиоме трубы 193
- Экстрагенитальные заболевания и беремен-ность 58
 — — — — аппендицит острый 95
 — — — — болезнь Боткина 101
 — — — — гелатит инфекционный острый 101
 — — — — гипертоническая болезнь 58
 — — — — миома матки 116
 — — — — опухоли половых органов 110
 — — — — — яичников 110
 — — — — рак шейки матки 123
 — — — — ревматический порок сердца 73
 — — — — туберкулез легких 87
- Экстракция плода 269
- Эксцеребратор 365, 367
- Эксцеребрация 365
- Эктропион, отличие от рака шейки матки 125
- Эмбриотомия 322
- Эндокринная теория ранних токсикозов бе-ременности 6
- Эндометрит в родах 360, 477
- Эпизиотомия 438
- Эпилепсия 47
- Эрозия шейки матки, отличие от рака 125
- Ягодичное предлежание 258

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|------------|
| Предисловие | 3 |
| Глава I. ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ | 5 |
| Ранний токсикоз беременных | 5 |
| Рвота беременных | 5 |
| Неукротимая рвота беременных. Искусственный аборт | 10 |
| Неукротимая рвота беременных. Искусственный аборт. Смерть больной | 13 |
| Чрезмерная рвота беременных. Терапия сном | 19 |
| Поздний токсикоз беременных | 22 |
| Водянка беременных | 22 |
| Нефропатия беременных. Внутриутробная смерть плода | 23 |
| Нефропатия беременных. Преэклампсия | 35 |
| Преэклампсия | 39 |
| Эклампсия. Извлечение плода за паховый сгиб | 44 |
| Эклампсия. Кесарево сечение | 51 |
| Глава II. БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ | 58 |
| Беременность и гипертоническая болезнь | 58 |
| Беременность. Гипертоническая болезнь I стадии. Нефропатия | 58 |
| Беременность. Гипертоническая болезнь II стадии. Нефропатия | 67 |
| Беременность. Гипертоническая болезнь I стадии, впервые проявившаяся во время беременности. Нефропатия | 70 |
| Беременность и ревматический порок сердца | 73 |
| Недостаточность митрального клапана. Нарушение кровообращения I степени. Самопроизвольные роды живым доношенным плодом | 73 |
| Беременность и митральная болезнь с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Недостаточность кровообращения II степени. Срочные оперативные роды. Наложение выходных щипцов | 79 |
| Беременность и митральная болезнь с преобладанием сужения левого атриовентрикулярного отверстия. Недостаточность кровообращения II степени. Искусственное прерывание беременности | 84 |
| Беременность и туберкулез легких, острый аппендицит и болезнь Боткина | 87 |
| Беременность и туберкулез легких | 87 |
| Беременность и острый аппендицит | 95 |
| Беременность и острый инфекционный гепатит (болезнь Боткина) | 101 |
| Глава III. БЕРЕМЕННОСТЬ И ОПУХОЛИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ | 110 |
| Беременность и опухоль яичника | 110 |
| Беременность и миома матки | 116 |
| Беременность и рак шейки матки | 123 |
| Глава IV. МНИМАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ | 129 |
| Мнимая беременность, возникшая после расширения канала шейки матки | 129 |
| Глава V. АБОРТ. ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ | 134 |

| | |
|--|------------|
| Беременность 7 недель. Самопроизвольный начинающийся аборт | 134 |
| Беременность 12 недель. Неполный аборт | 139 |
| Аборт искусственный. Пробоение матки | 144 |
| Шеечная беременность | 147 |
| Глава VI. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ | 152 |
| Трубная прогрессирующая беременность | 152 |
| Трубная беременность. Разрыв маточной (фаллопиевой) трубы | 155 |
| Трубная беременность. Трубный аборт | 162 |
| Прервавшаяся трубная беременность. Нагноение позади­маточного кровоизлияния | 171 |
| Прогрессирующая брюшная беременность сроком 8 месяцев. Чрево­сечение. Извлечение нежизнеспособного плода | 173 |
| Вторичная брюшная беременность. Литопедион | 175 |
| Глава VII. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА | 178 |
| Пузырный занос | 178 |
| Хорионэпителиома матки | 184 |
| Хорионэпителиома маточной (фаллопиевой) трубы | 190 |
| Глава VIII. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТ­СЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ | 196 |
| Срочные роды. Частичное предлежание плаценты. Разрыв плодных оболочек | 196 |
| Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Частичное пред­лежание плаценты. Метрейриз | 200 |
| Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Частичное пред­лежание плаценты. Кожно-головные щипцы по Уилту-Иванову | 205 |
| Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Частичное пред­лежание плаценты. Поворот по Брекстон-Гиксу. Извлечение плода. Разрыв матки. Смерть от кровотечения | 209 |
| Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Полное предле­жание плаценты. Кесарево сечение | 212 |
| Срочные роды. Нефропатия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутринутробная асфиксия плода. Аку­шерские щипцы | 217 |
| Срочные роды. Чрезмерно короткая пуповина. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутринутробная смерть плода. Краниотомия | 221 |
| Преждевременные роды на IX акушерском месяце. Преждевремен­ная отслойка нормально расположенной плаценты. Кесарево сече­ние. Надвлагалищная ампутация матки | 224 |
| Глава IX. КРОВОТЕЧЕНИЕ В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ И В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ | 228 |
| Срочные самопроизвольные роды. Разрыв шейки матки | 228 |
| Срочные роды. Кровотечение в третьем периоде родов. Выжимание последа по Креде | 231 |
| Срочные роды. Нефропатия. Необоснованное выжимание последа по Креде. Спастическое сокращение матки. Ручное отделение последа | 236 |
| Срочные роды. Кровотечение в третьем периоде родов. Ручное отде­ление последа | 238 |
| Срочные роды. Кровотечение в третьем периоде родов. Выжимание последа по Креде. Задержка дольки плаценты. Ручное обследо­вание полости матки. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Внутривартериальное нагнетание крови | 241 |
| Срочные роды. Задержка дольки плаценты. Инструментальное об­следование полости матки | 248 |
| Частичное предлежание плаценты. Метрейриз. Атоническое кровоте­чение в раннем послеродовом периоде. Наложение клемм на ма­точные артерии по Генкелю-Тиканадзе. Прижатие брюшной аорты | 250 |
| Многплодие. Поперечное положение второго плода. Приращение плаценты. Ампутация матки | 253 |
| Глава X. ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА | 258 |
| Беременность сроком 38 недель. Чистое ягодичное предлежание. Акушерское пособие по Цовьянову | 258 |

| | |
|--|------------|
| Беременность сроком 40 недель. Ножное предлежание плода. Акушерское пособие по Цовьянову. Классическое ручное пособие | 262 |
| Беременность сроком 40 недель. Ножное предлежание плода. Общесуженный плоский таз. Асфиксия плода. Экстракция плода | 267 |
| Беременность сроком 35 недель. Тазовое предлежание плода. Наружный акушерский поворот | 271 |
| Глава XI. МНОГОПЛОДИЕ. МНОГОВОДИЕ | 276 |
| Многоплодие. Многоводие. Кровотечение в третьем периоде родов | 276 |
| Глава XII. НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ | 282 |
| Беременность сроком 40 недель. Преждевременное отхождение вод | 282 |
| Искусственное возбуждение родовой деятельности. Слабость родовой деятельности. Стимуляция | 282 |
| Срочные роды. Раннее отхождение вод. Первичная слабость родовой деятельности. Стимуляция родовой деятельности. Медикаментозный соп. Повторная стимуляция | 287 |
| Срочные роды. Дискоординированная родовая деятельность. Эфирно-кислородный наркоз. Парацервикальная анестезия | 291 |
| Глава XIII. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА | 296 |
| Поперечное положение плода. Беременность сроком 36 недель. Наружный профилактический поворот на головку. Донашивание беременными. Срочные самопроизвольные роды живым плодом | 296 |
| Поперечное положение плода. Раннее отхождение вод. Выпадение пуповины. Поворот плода при неполном раскрытии зева матки | 302 |
| Поперечное положение плода. Раннее отхождение вод. Метрейризм. Классический поворот плода на ножку и его извлечение | 310 |
| Поперечное положение плода. Частичное предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез. Абдоминальное кесарево сечение | 318 |
| Запущенное поперечное положение плода. Выпадение ручки. Мертвый плод. Эмбриотомия | 321 |
| Глава XIV. НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ И РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ | 326 |
| Высокое прямое стояние головки | 326 |
| Переднеголовное предлежание | 333 |
| Лобное предлежание | 338 |
| Лицевое предлежание | 343 |
| Глава XV. УЗКИЙ ТАЗ | 352 |
| Общеравномерносуженный таз, I степень сужения (гипопластический таз). Самопроизвольные срочные роды живым плодом | 352 |
| Общеравномерносуженный таз. Эндометрит в родах. Внутриутробная смерть плода. Краниотомия | 359 |
| Общеравномерносуженный таз. Отягощенный акушерский анамнез. Кесарево сечение | 371 |
| Общеравномерносуженный таз. Раннее отхождение вод. Затяжные роды. Наложение акушерских шипцов | 380 |
| Плоскорахитический таз. Асинклитическое вставление головки. Самопроизвольные роды | 388 |
| Плоскорахитический таз (I степень сужения). Отягощенный акушерский анамнез. Кесарево сечение | 393 |
| Плоскорахитический таз (II степень сужения). Чрезмерное выжидание. Мертвый плод. Краниотомия | 401 |
| Простой плоский таз. Самопроизвольные роды | 406 |
| Простой плоский таз. Кесарево сечение | 412 |
| Общесуженный плоский таз. Самопроизвольные роды | 417 |
| Общесуженный плоский таз. Заднетеменное (литцмановское) вставление. Кесарево сечение | 423 |
| Кососуженный таз. Самопроизвольные роды | 428 |
| Самопроизвольные роды крупным плодом | 434 |
| Роды крупным плодом. Кесарево сечение | 439 |
| Роды при гидроцефалии | 441 |

| | |
|--|------------|
| Клинически узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности. Стимуляция. Асфиксия плода. Наложение акушерских щипцов | 446 |
| Глава XVI. АКУШЕРСКАЯ ТРАВМА | 452 |
| Начинающийся разрыв матки. Кесарево сечение | 452 |
| Самопроизвольный разрыв матки во время родов. Чревосечение | 455 |
| Разрыв матки по рубцу после бывшего кесарева сечения. Надвлагалищная ампутация матки | 461 |
| Нераспознанный разрыв матки по рубцу в родах. Надвлагалищная ампутация матки | 467 |
| Запущенное поперечное положение плода. Попытка поворота плода на ножку. Разрыв матки. Надвлагалищная ампутация матки | 474 |
| Разрыв матки и мочевого пузыря при срочных родах крупным плодом | 479 |
| Плоскокорхитический таз (I степень сужения). Наложение полостных щипцов. Разрыв матки | 485 |
| Разрыв матки во время беременности (вне родовспомогательного учреждения). Ушивание матки | 490 |
| Задний вид затылочного предлежания. Первичная слабость родовой деятельности. Стимуляция. Асфиксия плода. Наложение акушерских щипцов. Разрыв промежности III степени | 493 |
| Разрыв лонного сочленения в родах | 501 |
| ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ | 507 |