

Л. С. ПЕРСИДИНОВ

АКУШЕРСКИЙ  
СЕМИНАР

---

акusher-lib.ru

I

Л. С. ПЕРСИАНИНОВ

# АКУШЕРСКИЙ СЕМИНАР

Том I

---

*Издание второе, переработанное и дополненное*

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
«МЕДИЦИНА» УЗССР  
ТАШКЕНТ 1978

618Г  
П 27  
УДК 618.3

Акушерский семинар является своеобразным руководством для врачей и студентов по госпитальной акушерской клинике, в нём подвергаются детальному разбору конкретные клинические наблюдения. В книге освещаются разделы акушерства, имеющие важное практическое значение для родовспоможения: кровотечения во время беременности и родов, узкий таз, родовой травматизм матери и новорожденного, токсикозы беременных, аномалии родовой деятельности, экстрагенитальные заболевания при беременности и родах, сочетание беременности с заболеваниями гениталий (опухоли, воспаления, аномалии развития и т. п.), резус-конфликт и др.

На конкретных примерах акушерской патологии показаны пути построения диагноза и выбора метода лечения при различных патологических состояниях.

Книга рассчитана на акушеров-гинекологов и врачей общего профиля.

Книга содержит 106 иллюстраций, 1 таблицу, 48 библиографий.

618Г

Персианинов Леонид Семенович.

Акушерский семинар. Изд. 2-е, перераб. и доп. Т. I. Т., «Медицина», 1973.

Т. I. 1973. 440 с. с ил. Библиогр.: с. 434—436.

П 0539 - 023  
М 354(06) - 73 24-73



Издательство «Медицина» УССР 1973

## ВВЕДЕНИЕ

---

Практическая деятельность врача акушера-гинеколога многогранна, сложна и ответственна.

Своевременная и правильно оказанная помощь при патологической беременности и родах помогает сохранить здоровье, а нередко и жизнь как матери, так и новорожденному ребенку.

В акушерстве более часто, чем в других отраслях клинической медицины, возникают сложные ситуации, порой совершенно неожиданные, требующие быстрой постановки диагноза и оказания немедленной квалифицированной помощи.

Каждому врачу-акушеру хорошо известно, насколько тернист его путь, как часто приходится ему сомневаться, вовремя и правильно ли проведены акушерские мероприятия, все ли возможное сделано. Особенно много мучительных сомнений и вопросов при неблагоприятных исходах для матери или плода. Сколько тревожных мыслей возникает у акушера во время проведения патологических родов и еще больше после них. Особенно трудно разрешать задачи, стоящие перед врачом, ведущим роды в условиях участковой сельской больницы. Лучшим помощником и советчиком для врача в этом случае явится книга, в ней он найдет то, что не удержалось в памяти из ранее приобретенных знаний, восполнит и углубит их.

Работая после окончания медицинского института в течение ряда лет в участковой и районной больницах, я особенно ясно понял и оценил значение руководств по акушерству и другим разделам клинической медицины. Врач, ищущий в книгах решение трудной задачи, обычно не удовлетворяется основными положениями, имеющимися в учебниках. Ограничен-

ный объем учебника зачастую не позволяет освещать многие детали, интересующие врача; в учебнике не всегда описываются редко встречающиеся формы патологии, иногда они только упоминаются.

Как бы ни были похожи два человека один на другого, у них имеются отличия, связанные со свойствами их организмов. Много общего и в акушерской патологии, но особенности организма каждой женщины обуславливают разнообразие в течении беременности и родов в каждом отдельном конкретном случае и сообразно этому должна быть оказана рациональная помощь.

«Акушерский семинар» является своеобразным руководством для врачей и студентов по госпитальной акушерской клинике; в нем подвергаются детальному разбору конкретные клинические наблюдения, встретившиеся в практике.

Учитывая пожелания многих акушеров-гинекологов и потребность в руководствах по акушерству подобного типа, считаем, что второе издание «Акушерского семинара» в настоящее время является целесообразным. Материал переработан с учетом новых данных в области акушерства.

В основе каждого отдельного семинара по определенному разделу акушерской клиники лежит конкретное наблюдение из практики, проводится его подробный разбор в необходимой последовательности клинического анализа с дифференциальным диагнозом и на этой основе устанавливается точный диагноз, проводится выбор и обоснование на каждом этапе течения патологии наиболее правильной методики ведения и лечения беременности, родов и послеродового периода.

Все клинические разборы проводятся на основе случаев в акушерско-гинекологических клиниках Минского, I и II Московских медицинских институтов, а также Казанского института усовершенствования врачей.

Отдельные клинические наблюдения взяты из работы районных больниц, где приходилось оказывать неотложную акушерскую помощь. При клиническом разборе в семинарах использованы литературные данные отечественных и зарубежных ученых, а также наблюдения и исследования коллективов сотрудников акушерско-гинекологических клиник Минского, I и II Московских медицинских институтов.

Задача советского родовспоможения состоит в предупреждении материнской смертности, часто являющейся следствием кровотечения. Перед медицинскими работниками поставлена также задача ликвидировать травматизм женщин в родах, в частности, разрывы матки. Стремление автора облегчить врачам выполнение этих задач и объясняет выбор указанных

разделов акушерства для I тома «Акушерского семинара». Насколько нам удалось справиться с этой задачей, покажет будущее, и мы с благодарностью примем все критические замечания, сделанные читателями.

Рисунки, помещенные в нашем труде, частью оригинальные, многие заимствованы из отечественных и зарубежных руководств и учебников по акушерству (М. С. Малиновского, Г. Г. Генгера, И. Л. Брауде, И. Ф. Жордания, Wittm, Greenhill, Stoessel и др.). Для лучшего усвоения текста мы стремились выбирать наиболее характерные рисунки.

Академик АМН СССР,  
заслуженный деятель науки БССР,  
профессор

**Л. С. ПЕРСИАНИНОВ.**

## АБОРТ

### ВЫКИДЫШ УГРОЖАЮЩИЙ

1. IX 1955 г. врач женской консультации был вызван к больной П., 30 лет, по поводу сильного кровотечения. Из анамнеза выяснилось, что она замужем 10 лет, была беременна 4 раза. Первая беременность закончилась в 1946 г. нормальными родами. Последующие 2 беременности были прерваны искусственными абортами. Четвертая беременность, которую она хотела сохранить, закончилась в 1954 г. самопроизвольным выкидышем с последующим инструментальным удалением остатков плодного яйца. После аборта перенесла эндометрит. Менструации у больной начались с 14 лет, наступали каждые 28 дней, продолжались по 3—4 дня без болей. Последняя менструация была 27 мая, в июне она отсутствовала, это заставило предполагать беременность.

В августе временами беспокоили тошнота и рвота. 1 сентября внезапно без всяких болевых ощущений появилось значительное кровотечение, после чего больная немедленно легла в постель и родственники вызвали врача.

Общее состояние больной хорошее, питание удовлетворительное. Признаков анемии нет. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Наружные половые органы развиты нормально. При двуручном исследовании обнаружено: слизистая входа влагалища цианотична. Влагалище, как у рожавшей женщины, и в нем сгустки крови, которые удалены при осмотре. Кровотечение во время осмотра незначительное. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, закрыт. Матка в антефлексии-верзии, увеличена соответственно 12 неделям беременности, безболезненная при пальпации, размягчена, своды свободны, безболезненны.

Вряд ли приходится сомневаться, что у этой женщины имеется беременность. В пользу этого предположения свидетельствует задержка менструации в течение 3 месяцев, размягчение и увеличение матки соответственно такому же сроку, цианоз слизистой влагалища, легкая тошнота и рвота. Появившееся кровотечение указывает на начавшийся самопроизвольный выкидыш.

*Какова же причина выкидыша?*

Вполне понятно, что в возникновении самопроизвольного выкидыша большое значение имеют изменения в состоянии

возбудимости и сократительной способности матки, так как при нарушении механизмов регуляции сократительной деятельности матки к выкидышу могут привести многочисленные и разнообразие причины.

На фоне измененной реактивности матки воздействие различных раздражителей может вызвать сокращение маточной мускулатуры.

Клинические наблюдения показывают, что самопроизвольное прерывание беременности (выкидыш, преждевременные роды) зависит от различных нарушений в организме беременных женщин.

Трудности установления причин, ведущих к наступлению выкидыша, состоят в том, что акушеры имеют дело не с одним этиологическим фактором, а с комплексом факторов, среди которых одни являются предрасполагающими, а другие разрешающими, на что впервые указал В. С. Груздев (1922), отметив сочетание причин, вызывающих преждевременное прерывание беременности.

Одни факторы ведут к прерыванию беременности, вызывая изменения со стороны плодного яйца или его гибель. Другие — вначале вызывают рефлекторные сокращения матки, гибель же плодного яйца наступает в результате нарушения связи последнего с материнским организмом вследствие отслойки плаценты от своего ложа. Сокращения матки и гибель плодного яйца могут происходить одновременно.

При гибели плодного яйца в организме беременной женщины быстро наступают реактивные изменения, вызывающие сокращения матки с последующим изгнанием погибшего плодного яйца. Первичная гибель плодного яйца может наступить при токсикозах беременности, нефритах, при острых и хронических инфекциях (грипп, тифы, пневмония, малярия, сифилис, бруцеллез, токсоплазмоз, листериоз и др.), при пороках развития плода, аномалиях оболочек, плаценты и пуповины (неполноценное развитие хориона, инфаркты в плаценте, обширные перерождения последней, пузырный занос и др.).

Исследования Н. Л. Гармашевой (1962) показали тесную связь между матерью и плодом. Импульсы, идущие от плода, оказывают, в частности, влияние и на сокращения матки. Можно полагать, что раздражения, идущие из патологически измененного плодного яйца, имеют большое значение в возникновении сокращений матки.

Не только выраженные токсикозы, но и незначительные их проявления (стертые формы) могут привести к абортam. По данным нашей клиники (З. Ф. Дробеня, 1955), поздние



токсикозы в 26,1% случаев приводили к преждевременному прерыванию беременности.

При этом в плаценте, как правило, обнаруживались выраженные патоморфологические изменения: некроз и фиброзные изменения в ворсинах, кровоизлияния и отек в их строме, гиалиноз ворсин и стенок кровеносных сосудов.

Выраженные патоморфологические изменения в плаценте с глубоким расстройством плацентарного кровообращения и обуславливают обычно прерывание беременности при поздних токсикозах беременности.

Непосредственными причинами выкидыша при острых инфекционных заболеваниях являются высокая температура тела, интоксикация организма, а в некоторых случаях и заражение плода (тиф, ангина и др.). Крупозная пневмония, особенно во второй половине беременности, приводит в 50% случаев к преждевременному прерыванию беременности в результате гипоксии, гипертермии и токсического воздействия. У больных малярией прерывание беременности отмечается в 55,3% случаев, причем аборт наступает в 40,3% и преждевременные роды в 15% случаев (М. Л. Ренигер-Арешева, 1947).

При малярии и гриппозной инфекции причиной выкидыша являются интоксикация и резкое обеднение организма беременной витамином С (А. П. Николаев, 1946; М. Л. Ренигер-Арешева, 1947). Полагают, что витамин С играет большую роль в обеспечении нормальной функции желтого тела, вырабатывающего прогестерон, недостаточное количество которого способствует слабому развитию децидуальной ткани и повышению возбудимости маточной мышцы.

Причиной выкидыша может служить однообразное и неполноценное питание, особенно в отношении витаминов. Между витаминами А, В, С, D и Е и женскими половыми гормонами существует тесная связь. При недостатке в организме указанных витаминов развиваются расстройства функций эндокринных органов, регулирующих деятельность полового аппарата, нарушаются процессы зачатия и течения беременности.

По данным зарубежных авторов, сифилис играет значительную роль в самопроизвольном прерывании беременности. В Советском Союзе благодаря широким оздоровительным мероприятиям сифилис является крайне редкой причиной прерывания беременности (Е. А. Ивенская, 1929; Э. М. Кравец, 1940, и др.).

Острые кишечные заболевания и аппендицит, сопровождающиеся усиленной перистальтикой кишечника под влиянием ацетилхолина, приводят к повышению возбудимости и сокра-

тительной деятельности матки и нередко сопровождаются выкидышем.

Декомпенсированные пороки сердца, вызывающие застойные явления в слизистой оболочке матки, кровоизлияния в децидуальную оболочку и послед, избыточное накопление углекислоты в крови беременной, являются также одной из причин преждевременного прерывания беременности.

Заболевания органов внутренней секреции (гипо- и гипертиреозы, диабет и др.), а также острые и хронические отравления свинцом, фосфором, ртутью, углекислотой могут быть причиной выкидыша. Но эти причины встречаются редко.

Заболевания крови и кроветворной системы предрасполагают к прерыванию беременности. Новейшие литературные данные показывают, что преждевременное прерывание беременности может быть в результате несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (Л. Г. Богомолова, Т. Г. Соловьева, И. Г. Андрианова, Н. С. Дробышева, 1952; Ф. В. Виноград-Финкель, С. Б. Скопина, 1953; А. Ф. Тур, 1958).

Наличие резус-фактора в эритроцитах наблюдается у 85% людей, а у 15% людей указанный фактор отсутствует и их кровь является резус-отрицательной. При резус-несовместимости крови матери и плода в организме беременной происходит образование иммунных противорезус-антител, что и сказывается на течении последующих беременностей. То же самое наблюдается при повторных переливаниях резус-положительной крови людям, имеющим резус-отрицательную кровь.

Кровь женщины, содержащая противорезус-антитела, проявляет способность к разрушению резус-положительной крови. Резус-несовместимость крови матери и плода, если женщина уже сенсибилизирована к резус-фактору, приводит к гибели плода и прерыванию беременности, вызывая выкидыш или преждевременные роды. При высокой активности противорезус-антител самопроизвольные выкидыши могут произойти в ранние сроки беременности (И. А. Штерн и А. М. Королева, 1963; Burnham и Kätzin, 1941, и др.).

По наблюдениям акушерско-гинекологической клиники Минского медицинского института (А. А. Черняк, 1958), у 60 женщин с резус-отрицательной кровью из 179 беременностей 59 (33%) прервались преждевременно и из них 44 беременности закончились самопроизвольными выкидышами.

В ряде докладов на V Международном конгрессе акушеров-гинекологов (Сидней, 1967) большое внимание было уделено причинам самопроизвольного аборта. Stevenson (1967)

сообщил, что в 20% причиной самопроизвольного выкидыша являются хромосомные нарушения.

Науок (1967) указал на роль пороков развития плодного яйца и трофобласта в этиологии самопроизвольного аборта. Fuchs подробно осветил эндокринные нарушения, которые могут привести к выкидышу, хотя, как он подчеркнул, остается еще неясным, являются ли эндокринные нарушения первичными или вторичными.

Воспалительные заболевания, связанные непосредственно с половыми органами (эндометрит и др.), пороки развития матки обуславливают недостаточную децидуальную реакцию со стороны измененного эндометрия, в результате чего создаются неблагоприятные условия для внедрения и последующего развития плодного яйца. Понижение при эндометритах антириптических свойств децидуальной ткани может привести к кровотечениям в оболочку и выкидышу.

Рубцовые изменения в связочном аппарате, периметриты, ущемление ретрофлексированной матки, фиброматозные узлы в матке, ущемившиеся в тазу опухоли препятствуют росту беременной матки, сопровождаются застоем крови в матке, кровоизлияниями в оболочку и могут привести к выкидышу.

Глубокие разрывы шейки матки, произведенная ранее ампутация шейки оставляют незамкнутым нижний сегмент, создавая предпосылки для прерывания беременности.

В последнее время в литературе большое внимание уделяется значению неполноценности шейки матки и особенно ее внутреннего зева в патогенезе недонашивания беременности. Истмикоцервикальная недостаточность может возникнуть в результате травмы, особенно при грубом расширении шейки матки во время абортов, при чрезмерном выскабливании слизистой оболочки, при криминальных абортах, стремительных родах, экстракции плода и при оперативных вмешательствах на шейке.

Несостоятельность шейки может наблюдаться у женщин с признаками инфантилизма, гипоплазией и пороками развития матки в результате слабого развития циркулярных мышечных волокон и так называемого запирающего аппарата шейки матки (Stöckli, 1961). Несостоятельность верхнего отдела шейки матки может быть и функционального характера на почве эндокринных нарушений (при понижении продукции прогестерона). Расслабление шейки матки может наблюдаться и при повышенном содержании эстрогенов.

Диагноз несостоятельности шейки устанавливают при клиническом и рентгенологическом (вне беременности) обследовании. Функциональный характер несостоятельности шейки

матки устанавливают при повторной истмогистерографии в секреторной фазе следующего менструального цикла после внутримышечного введения прогестерона в течение 5—6 дней.

Роль психической травмы в прерывании беременности хорошо известна. Испуг, тяжелые нервные потрясения могут вызвать наступление выкидыша. В результате психической травмы изменяется возбудимость подкорковых центров, повышается чувствительность рецепторов матки и, кроме того, происходит расстройство вазомоторной функции, следствием чего является нарушение гемодинамики и возникновение кровоизлияний в децидуальной оболочке с отслойкой плодного яйца. Все это вместе взятое и приводит при определенных условиях к изгнанию плодного яйца — выкидышу.

Значение физической травмы (падение, ушиб, поднятие тяжестей, бурный coitus, грубо произведенное гинекологическое исследование и др.) в возникновении выкидыша следует оценивать всегда с большой осторожностью.

В литературе имеются описания тягчайших травм беременных (В. С. Груздев, 1922; А. И. Петченко, 1954; и др.), сопровождающихся переломами костей и т. п., при которых беременность сохранялась и донашивалась до срока. В противоположность этому повседневно встречаются случаи самопроизвольного выкидыша при незначительных травмах. Чаше всего при этом можно установить наличие других предрасполагающих к аборту факторов (токсикозы, инфекционные заболевания, пороки развития матки). Особенно неблагоприятные условия создаются при сочетании незначительной травмы с гипоплазией матки в первые 2—3 месяца беременности.

Недостаточно выраженная децидуальная реакция недоразвитого эндометрия, неполноценная васкуляризация матки при небольших, но внезапных повышениях внутриматочного давления может сопровождаться отрывом слабо развитых прикрепляющих ворсин с последующим кровотечением и «вымыванием» яйца из плодного ложа.

Таким образом, прерывание беременности может наступить от самых различных причин, встречающихся обычно в разнообразных сочетаниях. Но степень реакции организма беременной женщины на внутренние или внешние вредные воздействия зависит от состояния центральной нервной системы, от реактивности организма вообще и нервно-мышечного аппарата матки в частности.

Наиболее частыми этиологическими факторами, обуславливающими преждевременное прерывание беременности, являются недоразвитие матки и эндометрит.

Что же явилось причиной выкидыша у нашей больной?

В анамнезе больной нет данных, свидетельствующих о недоразвитии матки, но имеются указания на то, что две предыдущие беременности были прерваны искусственными абортами и последняя беременность закончилась в 1954 г. самопроизвольным выкидышем, сопровождавшимся длительным кровотечением и эндометритом.

Искусственные аборты, затем самопроизвольный аборт, осложнившийся эндометритом, могли обусловить недостаточную децидуальную реакцию воспалительно измененного эндометрия. В результате этого и мог произойти отрыв слабо укрепленных ворсинок, приведший к кровотечению.

Итак, у нашей больной имеется беременность 12—13 недель и начавшийся выкидыш, причиной которого явились перенесенные аборты и эндометрит.

*Что мы должны предпринять, какие необходимы лечебные мероприятия?*

1. Если начавшийся выкидыш сопровождался значительным кровотечением и мало данных за то, что беременность удастся сохранить, то показано немедленное выскабливание матки.

2. Кровотечение при беременности еще не доказывает, что выкидыш наступил. Следует принять меры для сохранения беременности.

Хорошо известно, что не каждое кровотечение из матки при ранней беременности сопровождается изгнанием плодного яйца. Кровотечение указывает на то, что плодное яйцо на известном протяжении отделилось от стенки матки и что возможен выкидыш. Однако сокращений матки еще нет, отслойка плодного яйца может оказаться незначительной, кровотечение может остановиться и плодное яйцо (если оно не пострадало) будет нормально развиваться. При таких условиях нет оснований для активного вмешательства с целью удаления плодного яйца, так как имеется лишь угрожающий выкидыш — abortus imminens. Наоборот, соответствующими мероприятиями можно остановить развитие аборта и способствовать сохранению беременности.

Первое условие — создание полного физического и психического покоя. Больная должна соблюдать строгий постельный режим; лучше — в больничной обстановке. Если квартирные условия хорошие и за больной может быть обеспечен надлежащий уход, она может находиться дома.

Весьма целесообразным является применение психотерапии с целью укрепления уверенности в сохранении беременности.

М. Я. Милославский (1952), наблюдавший 208 беременных с признаками угрожающего прерывания беременности, показал, что у таких беременных имеются функциональные нарушения в высших отделах центральной нервной системы, выражающиеся в понижении возбудимости головного мозга.

С целью снижения повышенной возбудимости матки и прекращения сокращений мускулатуры и начавшейся отслойки плодного яйца обычно назначают внутрь настойку опия по 8 капель на прием 2—3 раза в день в течение 1—2 дней, или но-шпу по 1 таблетке 1—2 раза в день.

В первые месяцы беременности у женщин с самопроизвольными выкидышами экскреция хориального гонадотропина снижена и иммунологическое исследование хориального гонадотропина может иметь определенную прогностическую ценность. Для выяснения возможности сохранения беременности Fuchs (1970) рекомендует производить определение эстриола и прегнандиола в моче, а также изучение вагинального мазка. Fuchs указывает, что введение как хориального гонадотропина, так и эстрогенов мало эффективно. Введение прогестерона оправдано только при выявлении сниженной экскреции прегнандиола.

Многие врачи увлекаются назначением прогестерона при угрожающем прерывании беременности и применяют его длительное время. В литературе есть указания, на то, что прогестерон обладает малой эффективностью при лечении женщин с угрожающим невынашиванием беременности (Л. А. Решетова, 1952); кроме того, длительное применение прогестерона без учета его содержания в организме может оказать неблагоприятное влияние на течение беременности, на жизнеспособность плода (может привести к наступлению выкидыша или рассасыванию плодного яйца). Однако учитывая, что прогестерон быстро воздействует на мускулатуру матки, понижая ее возбудимость, его целесообразно назначать при угрожающем или начавшемся выкидыше в виде внутримышечных инъекций по 10—20 мг в течение 6—8 дней.

При назначении препаратов желтого тела следует иметь в виду, что синтетические гестагены (прегнин и т. п.) могут оказывать вирилизующее действие на плод женского пола.

При отсутствии препаратов желтого тела можно применять свежую плацентарную кровь, полученную от здоровых женщин. Кровь вводят внутримышечно по 10 мл каждые 7—10 дней до IV месяца беременности (И. И. Яковлев, 1966).

И. С. Розовский (1966), учитывая данные нейро-эндокрин-

ных обследований женщин с привычными выкидышами, наряду с лечением гормонами, применяет нейротропные вещества и витамины. Он полагает целесообразным назначать одновременно три гормона: эстрогены, прогестерон и хориогонин, содержащий гонадостимулирующее вещество лютеинизирующего действия. Nelson и др. показали, что эти гормоны потенцируют друг друга и, следовательно, их можно применять в меньших количествах, что снижает возможность их отрицательного влияния на плод (В. И. Бодяжина и К. Г. Роганова, 1966, и др.). Каждый из вводимых гормонов имеет особое физиологическое значение для нормального развития беременности. Введение эстрогенов улучшает маточно-плацентарное кровообращение, увеличивает секреторную активность трофобласта, нормализует экскрецию прегнандиола. Эстрогены активируют энзиматические процессы в плаценте и матке, повышают чувствительность рецепторного аппарата, снижают ломкость и проницаемость сосудов (Н. С. Бакшеев и Е. Т. Михайленко, 1964; Ferin, Snaith, 1960; Franko, Smith и Poliwo-da, 1963).

Стимулирующее действие эстрогенов на функцию хориона возрастает при одновременном введении прогестерона. Последний снижает парасимпатикотропное действие эстрогенов, уменьшает возбудимость матки, повышает трофические процессы в маточных трубах, эндо- и миометрии. Хорионический гонадотропин снижает тонус матки, стимулирует функцию желтого тела и секрецию стероидных гормонов хорионом (Vradbury и др., 1950; Philipp, 1955; Dessarzin и Stamm, 1962).

И. С. Розовский (1966) разработал 2 схемы комплексной гормональной терапии, которые применял в зависимости от клинических проявлений и данных лабораторных исследований.

Комплексную гормональную терапию (таблица) он дополнял ежедневным назначением аскорбиновой кислоты по 1 г, рутина (0,02 — 3—4 раза в день) и витамина Е (по 200 мкг 2—3 раза в неделю внутримышечно), а также назначением пустырника по показаниям и брома с кофеином.

Из эстрогенов И. С. Розовский применял, как правило, диэтилстилбестрол, который лучше чем нативные эстрогены стимулирует процесс синтеза прогестерона и эстриола. При появлении кровянистых выделений вводились эстрогены по 5 или 10 мг в день (диэтилстилбестрол 0,5% по 1—2 мл) независимо от срока беременности. Обычно в течение нескольких дней кровянистые выделения прекращались, дозы эстрогенов снижались и лечение продолжалось по приведенной схеме.

При применении схемы 1 лечение прекращалось после пол-

Схема комплексной гормональной терапии при привычном выкидыше, связанном с гипофункцией яичников и функциональной недостаточностью эндометрия

Схемы лечения и показания к их применению	Сроки беременности в неделях	Эстрогены в мг ежедневно	а) Прогестерон в мг ежедневно или б) оксипрогестеронкапронат (ОПК) в мл в неделю	Хориогонин (в МЕ в неделю)
Схема 1 Клинические проявления угрожающего выкидыша: увеличение кариопикнотического индекса (свыше 15—20%), снижение экскреции эстриола, прегнандиола, хорионического гонадотропина (ХГ).	до 9	0,5	а) 5 или б) 6,5% 0,5×1	500×2
	9 и больше	1—2	а) 10 или б) 6,5% 1,0×1	500×2
Схема 2 Нарастание явлений угрожающего выкидыша, дальнейшее снижение экскреции прегнандиола, эстриола или ХГ, несмотря на лечение в течение 7—10 дней по схеме 1. Начинающийся выкидыш.	до 9	1	а) 10 или б) 6,5% 1,0×1	500×2
	9 и больше	3—5	а) 15 или б) 12,5% 1,0×1	1500×2



ной нормализации клинических и лабораторных показателей, но не ранее, чем через 2—3 недели после того срока, когда прежде прерывалась беременность.

Введение гормонов прекращали не сразу, а постепенно уменьшая дозировку в течение недели до 1 мг эстрогенов и 5 мг прогестерона в день.

При лечении по схеме 2 после улучшения через 7—10 дней (считая от начала применения схемы) переходили, соответственно, на лечение по схеме 1. Лечение привычного выкидыша обычно заканчивалось к 14—15 неделям беременности. И. С. Розовский отмечает благоприятные результаты при лечении привычных выкидышей гормонами в 91% случаев, а без гормонов — лишь в 23% случаев.

При привычном выкидыше, связанном с гиперандрогенией вследствие нарушения функции коры надпочечников, И. С. Розовский (1972) применяет лечение кортикостероидами. У таких больных наблюдается гипертрихоз, экскреция 17-кетостероидов повышена. В течение 10—14 дней женщинам назначается по 10 мг и затем 20—30 дней по 5 мг преднизолона в день. В случае появления кровянистых выделений гемостатический эффект достигается с помощью одновременного введения диэтилстилбестрола (по 5 мг в день) и после прекращения кровянистых выделений дозировка эстрогенов быстро снижается (каждые 2 дня на 1—2 мг).

Женщинам с повышенной возбудимостью целесообразно назначать микстуру 1—2% раствора бромистого натрия с добавлением валерианы.

Весьма целесообразным является применение витаминов А, В, С, D, Е у женщин с угрожающим выкидышем. Витамин С, активирующий ферментативные и гормональные процессы у матери и плода, назначается или в виде аскорбиновой кислоты (по 0,2 г 3 раза в день) или с продуктами, содержащими этот витамин (сироп, настой из шиповника, фрукты и свежие ягоды, овощи). Рекомендуются назначать пивные дрожжи, рыбий жир и другие продукты, содержащие упомянутые витамины. Витамин Е усиливает продукцию гормона желтого тела или потенцирует его активность. Имеются также данные о том, что витамин Е активизирует процессы клеточного деления, чем способствует правильному развитию зародыша.

При лечении угрожающего выкидыша витамин Е применяют в виде витаминизированного масла, его назначают внутрь по 1 чайной ложке 1—2 раза в день или по 200 мкг 2—3 раза в неделю внутримышечно, в зависимости от выраженности симптомов.

Одновременно с витамином Е назначают инъекции проге-

стерона по 10—20 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 6—8 суток. Лечение проводят в стационаре.

Женщинам, имеющим повторные «привычные» выкидыши, витамин Е назначают также в сочетании с прогестероном профилактически еще до наступления беременности и лечение проводят амбулаторно.

При угрожающем преждевременном прерывании беременности рекомендуют назначать клизмы 2% содовым раствором (Я. Г. Буханов, 1946) или питьевую соду внутрь по 0,5 чайной ложки 2 раза в день.

Наши наблюдения показывают, что назначение соды при угрожающих выкидышах и преждевременных родах является целесообразным и должно применяться в комплексе с другими лечебными мероприятиями.

По данным Л. А. Решетовой (1952), предложенный ею метод (диатермия солнечного сплетения и окологпочечной области) дает очень хорошие результаты и способствует вынашиванию беременности до нормального срока у 83,5% женщин, имевших признаки угрожающего прерывания беременности. Л. А. Решетова установила рефлекторное влияние диатермии на тонус сосудов и сократительную деятельность матки. При диатермии солнечного сплетения и окологпочечной области отмечается расширение сосудистого русла матки, обычно сопровождающееся учащением сердцебиения плода, ослаблением сокращений матки и снижением тонуса мышцы.

Применение метода Решетовой и в нашей клинике неоднократно сопровождалось хорошими результатами при лечении угрожающих выкидышей при отсутствии кровотечения. Решетова рекомендует диатермию солнечного сплетения при сроке беременности до 16 недель, а позднее — диатермию окологпочечной области. Назначают чаще всего 6—10 сеансов по 20—30 минут ежедневно. Сила тока от 0,3 до 0,5 А при диатермии солнечного сплетения и от 0,5 до 1 А — при диатермии окологпочечной области.

При угрожающем прерывании беременности, наряду с применением лечебных мероприятий, снижающих повышенную возбудимость матки и повышающих жизнеспособность плодного яйца, необходимо проводить терапию с учетом выявленных этиологических факторов. При наличии инфекции назначают антибиотики и другие препараты. При токсикозах проводят лечение основного заболевания и принимают меры к сохранению беременности.

Назначение кровоостанавливающих средств — препаратов спорыньи, питуитрина, котарнин хлорида (стиптицина) и т. п., применение холода на живот при угрожающем и на-

чавшемся выкидыше противопоказано и является грубой ошибкой. Указанные средства и ряд других усиливают сокращения матки и способствуют дальнейшей отслойке плодного яйца. Нельзя назначать также спринцевания и грелки на живот. Повторное влагалищное исследование без настоятельных показаний производить не следует.

*Какие же лечебные мероприятия мы проведем у нашей больной?*

Прежде всего напомним строгий постельный режим, дадим настойку опия, введем внутримышечно 10 мг прогестерона и назначим внутрь прием соды по 0,5 чайной ложки 2 раза в день. Пища должна быть легко перевариваемой и богатой витаминами.

2. IX. Общее состояние беременной хорошее. Кровотечение прекратилось, болей нет.

В течение 6 последующих дней беременная оставалась в постели, принимала соду и внутримышечно прогестерон 10 мг. Настойка опия с 3-го дня заболевания была отменена.

8. IX. Общее состояние хорошее. Жалоб нет. При осмотре: выделения беловатого цвета, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев шелковистый закрыт. Матка в антефлексии-верзии, увеличена соответственно 12—13 неделям беременности, мягко-эластической консистенции. Своды свободны.

1. Угроза выкидыша миновала, и беременность сохранена.

2. Признаки угрожающего выкидыша исчезли, но будет ли развиваться беременность, еще неизвестно, так как были значительное кровотечение и частичная отслойка плодного яйца.

На этот вопрос можно будет ответить, установив наблюдение за больной.

Мы разрешили больной вставать с постели, немного ходить в пределах квартиры, остерегаться быстрых движений, подъема каких-либо тяжестей. Предписано было также и воздержание от половой жизни в течение месяца. Беременная продолжала принимать соду и пищу, богатую витаминами.

15. IX. Состояние беременной хорошее. Жалоб нет. При осмотре установлено, что матка увеличилась в размерах и соответствует 14—15-недельной беременности.

Больная (по специальности бухгалтер) приступила к работе и продолжала регулярно посещать женскую консультацию. Беременность развивалась нормально и 11. III 1956 г. закончилась срочными родами: родилась живая, здоровая девочка весом 4100 г. Послеродовой период протекал без осложнений.

**Краткий эпикриз.** У повторнобеременной женщины, имевшей ранее несколько абортс и болевшей эндометритом, при

3-месячной беременности появилось кровотечение и установлен «угрожающий выкидыш». С целью сохранения беременности назначены: строгий постельный режим, инъекции прогестерона, настойка опия и сода. Кровотечение прекратилось, выкидыш не наступил. Беременность была доношена до срока и закончилась нормальными срочными родами.

### ВЫКИДЫШ НЕПОЛНЫЙ

Больная И., 31 года, доставлена в клинику машиной «скорой помощи» 10. VIII 1956 г. в 19 часов 45 минут с сильным кровотечением. Ввиду необходимости оказать срочную помощь быстро собираем анамнез. Менструации появились с 12 лет, умеренные, без боли, через 28 дней, по 4 дня. Последняя менструация была 13. V. Больная имела 8 беременностей, из которых 2 закончились нормальными родами в 1945 и 1948 гг. и 6 — абортми. Последний аборт был в 1955 г. 24. VII появилось обильное маточное кровотечение, продолжавшееся сутки, а затем перешло в незначительное, временами почти прекращалось.

10. VIII внезапно появились боли внизу живота, снова началось сильное кровотечение. Была вызвана машина «скорой помощи», доставившая больную в клинику.

*Что можно предположить на основании собранного анамнеза?*

1. Нарушенную внематочную беременность, так как имеется задержка месячных, боли в животе, внезапное заболевание и острая кровопотеря.

2. Неполный выкидыш.

Анамнестические данные указывают на наличие беременности. Острое малокровие и боли в животе при внезапно наступившем заболевании могут дать основания для предположения внематочной беременности.

Однако для нарушенной внематочной беременности характерны признаки внутреннего кровотечения; обычно при первом взгляде на больную бросается в глаза несоответствие между тяжелой картиной обескровливания и незначительным наружным кровотечением. У нашей больной имеется сильнейшее наружное кровотечение из половых органов, вполне объясняющее острую анемию. Кроме того, внематочной беременности чаще всего предшествует более или менее длительный период бесплодия после бывших родов или аборта. У нашей же больной последняя беременность была 10 месяцев назад.

Ввиду сильного кровотечения необходимо срочно осмотреть больную и оказать ей помощь.

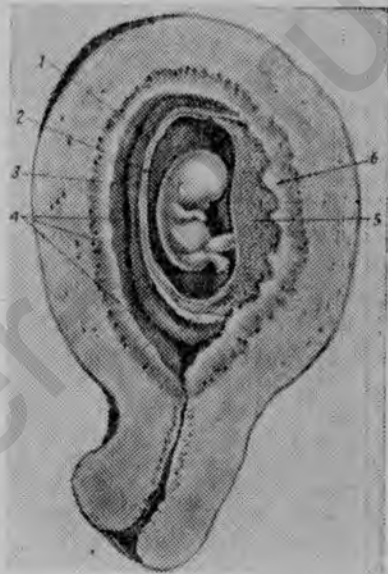
Женщину на носилках доставили в малую операционную, взяли на стол. Наружные половые органы, лобок и внутренние поверхности бедер обмыли слабым раствором марганцовокислого калия.

При осмотре: больная вялая, апатичная, зевает, жалуется на головокружение. При перемене положения тела впадает в обморочное состояние, но

быстро из него выходит. Кожа и видимые слизистые резко бледные, пульс 100 ударов в минуту. Артериальное давление 80/50 мм. рт. ст. Температура 36°. Живот мягкий, безболезненный. Произведено бимануальное исследование: из влагалища вытекает кровь, оно заполнено сгустками крови, которые удалены при осмотре. Слизистая влагалища бледная. Наружный зев пропускает 2 пальца, в шейном канале торчат части плодного яйца. Матка в антеверзии, увеличена соответственно 7—8-недельной беременности, своды свободны и безболезненны.

Течение выкидыша при сроках беременности до 3 месяцев характеризуется прежде всего кровотечением, возникающим при разрыве сосудов отпадающей оболочки, вызванном в результате наступивших сокращений матки.

В ранние сроки беременности отпадающая оболочка сильно развита и богата сосудами (рис. 1). Сокращения матки нарушают связь хориона с отпадающей оболочкой, приводят к ее отслойке и смещают плодное яйцо по внутренней поверхности матки по направлению к внутреннему зеву. Каждое сокращение матки усиливает кровотечение, которое прекращается благодаря ретракции маточной мускулатуры только после изгнания всего плодного яйца.



При типичном течении раннего выкидыша схватки приводят к отслойке истинной и основной отпадающей оболочки со всей внутренней поверхности маточной полости. Плодное яйцо, окруженное отпадающей оболочкой, сокращениями матки выталкивается в сторону внутреннего зева и, наконец, изгоняется из матки. Такое течение выкидыша дает меньше осложнений.

В других случаях плодное яйцо отделяется в области *decidua basalis*. При этом *decidua capsularis* разрывается и яйцо выходит покрытое ворсинками или же, если разрывается и хорион, плод выходит вместе с амнионом. Наблюдается и такое состояние, когда разрываются все оболочки, выделяется плод, а части послета позднее изгоняются. В некоторых случаях, встречая сопротивление со стороны закрытого и неподатливо-

го наружного зева, плодное яйцо задерживается в шейном канале, растягивая стенки шейки, при этом последняя принимает бочкообразную форму, а тело матки является сокращенным. Возникает своеобразная форма выкидыша, которая называется шеечным абортom (*abortus cervicalis*).

По степени развития различают следующие стадии аборта: угрожающий, начинающийся, аборт в ходу, или совершающийся, неполный и полный.

Угрожающий выкидыш (*abortus imminens*) характеризуется или появлением схваткообразных болей, или небольшим кровотечением. Не всякое кровотечение при беременности до 3 месяцев указывает на изгнание плодного яйца. Кровотечение может быть незначительным и зависит от того, что какая-то частица плодного яйца отделилась от стенки матки и появилась угроза наступления аборта. Шейка матки при угрожающем выкидыше полностью сохранена (не укорочена), наружный зев закрыт. В этой стадии выкидыша плодное яйцо может не пострадать и продолжает развиваться. Применение соответствующих мероприятий позволяет сохранить беременность и обеспечить ее дальнейшее развитие (полный постельный покой, отказ от всяких слабительных и др.). Двуручное исследование должны производить очень осторожно и только однократно.

Начинающийся выкидыш (*abortus incipiens*) характеризуется появлением схваткообразных болей в животе и крестце и кровотечением. Кровотечение и боли выражены сильнее, чем при угрожающем выкидыше. Во время схваток матка становится более плотной, чем при угрожающем выкидыше. Шейка матки бывает сохранена, наружный зев закрыт. По величине матка соответствует сроку беременности. Если отслойка плодного яйца от стенки матки произошла на небольшой поверхности, развитие плодного яйца может продолжаться и беременность сохранится. При консервативном лечении, которое проводится так же как и при угрожающем выкидыше, схватки и кровотечение прекращаются, и лишь в случае сильного кровотечения приходится прибегать к опорожнению матки.

Большое значение при начавшемся выкидыше имеет решение вопроса о том, продолжается ли нормальное развитие беременности и плодного яйца в частности. В. И. Бодяжина (1965) не без оснований ставит вопрос о допустимости сохранения беременности при начавшемся выкидыше, особенно если выкидыш начался после попыток к плодноизгнанию химическими препаратами, а также при интоксикациях и инфекционных заболеваниях, сопровождающихся кислородным

голоданием; авитаминозом, гормональными нарушениями и другими тяжелыми расстройствами, так как все это может быть причиной возникновения эмбрио- и фетопатий. Однако этот вопрос еще требует своего разрешения. Лишь в отдельных случаях можно решить вопрос о недопустимости сохранения беременности при начавшемся и угрожающем выкидыше при явных неблагоприятных воздействиях на эмбрион и плод.

Клинические признаки гибели плодного яйца базируются на исчезновении субъективных признаков беременности, уменьшении молочных желез, отставании роста матки от срока беременности, уменьшении ее величины, изменении консистенции матки, которая становится более плотной. Во второй половине беременности при гибели плода перестают определяться сердцебиение плода и его движения. Однако все эти признаки выявляются только при длительном наблюдении и нередко врачи продолжают мероприятия по предупреждению преждевременного прерывания беременности при наличии уже погибшего плодного яйца.

Реакция Ашгейма—Цондека при диагностике неразвивающейся беременности позволяет распознать прекращение беременности, но на несколько недель позднее, чем определение концентрации эстриола в моче, которая снижается при неразвивающейся беременности.

И. С. Розовский и В. Г. Орлова (1967) показали, что количественное определение эстриола является ценным критерием для ранней диагностики неразвивающейся беременности.

При решении вопроса о сохранении беременности при угрожающем или начавшемся выкидыше следует учитывать динамический контроль биологическими реакциями и в разведении, так как иногда повторные и длительно наблюдающиеся небольшие выделения крови могут быть проявлением пузырного заноса. А. А. Кирюхина (1967) указывает, что у 7 больных с пузырным заносом, перешедшим в хорионэпителиому, в течение длительного времени ставили диагноз угрожающего выкидыша, по поводу которого женщинам проводили в стационарах лечение.

Перспективным является применение ультразвуковых аппаратов, позволяющих регистрировать или выслушивать сердцебиение плода (начиная с 7—8 недель беременности), если он не погиб.

Между угрожающим и начавшимся выкидышем многие акушеры не проводят различия и пользуются одним из этих определений.

Если выкидыш прогрессирует, то схватки усиливаются и становятся болезненными, обычно усиливается и кровотече-

ние. Шейка укорачивается, цервикальный канал раскрывается, и если ввести палец, то можно определить за зевом нижний полюс отслоившегося плодного яйца или его части (рис. 2). Матка по величине соответствует сроку беременности, под руками сокращается. Кровотечение становится сильным и нередко достигает угрожающей степени. Во влагалище скапливаются сгустки крови. При сильном кровотечении появляется бледность кожных покровов и слизистых, учащается пульс и становится мягким, легко сжимаемым, артериальное давление



Рис. 2. Начавшийся выкидыш на 3-м месяце беременности. Начинаяющаяся отслойка плаценты и раскрытие верхней части шеечного канала.

снижается, нередко наблюдаются кратковременные обморочные состояния. Эту стадию выкидыша называют абортотом в ходу (*abortus protrahens*), или совершающимся абортотом (*abortus progrediens*). Терапия должна быть активной, направлена на остановку кровотечения, что осуществляется при опорожнении матки.

При ранних сроках беременности часто изгоняется из матки не все плодное яйцо, а лишь отходит плодик и часть оболочек. Оставшиеся части плодного яйца мешают хорошему сокращению матки, кровотечение продолжается и может быть очень сильным. Во время вагинального исследования находят во влагалище скопление сгустков крови, шейка бывает размягчена и укорочена, шеечный канал приоткрыт или свободно про-

пускает палец. Матка имеет мягковатую консистенцию, но ее величина бывает меньше, чем срок беременности, во время исследования матка сокращается, становится плотнее. Такая клиническая картина соответствует не полному выкидышу (*abortus incompletus*) (рис. 3, 4). Эта стадия выкидыша встречается наиболее часто у больных, поступающих в стационар. Лечение заключается (если нет противопоказаний) в удалении оставшихся в матке частей плодного яйца, чаще всего оболочек.



Полный выкидыш (*abortus completus*) при ранней беременности встречается редко, наблюдается больше при поздних сроках и тем чаще, чем больше беременность приближается к 28 неделям. Поздние выкидыши протекают по типу нормальных родов: отходят воды, родится плод, а затем изгоняется послед. Наблюдение за больной и двуручное исследование позволяют поставить диагноз полного выкидыша. При поздних выкидышах в постановке диагноза помогает осмотр родившегося плода и последа. Иногда при поздних



Рис. 3. Неполный выкидыш при 3 месяцах беременности. Плод вышел из матки. Плацента, отслоившаяся от матки, находится еще в ее полости.

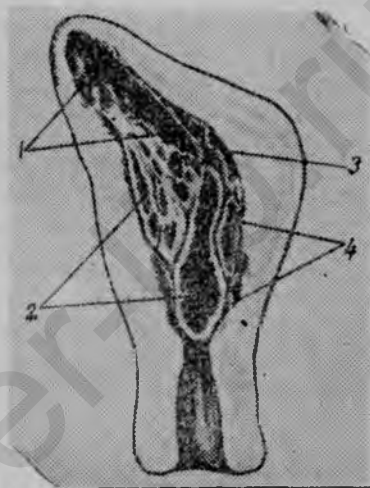


Рис. 4. Неполный выкидыш. Шеечный канал раскрыт. В матке остатки плодных оболочек, кровяные сгустки:  
1 — остатки хориона; 2 — кровяные сгустки; 3 — истинная отпадающая оболочка; 4 — кровоизлияния в отпадающей оболочке.

выкидышах плодное яйцо изгоняется целиком. При полном выкидыше размеры матки значительно меньше ее величины по сроку беременности, консистенция матки плотная, шейный канал приоткрыт в большей или меньшей степени в зависимости от срока беременности, но кровотечения нет. Выделения из матки кровянистые, незначительные. Через 1—2 дня шейка матки сформировывается, цервикальный канал закрывается.

Диагноз полного аборта при ранних сроках беременности следует ставить с осторожностью и целесообразнее всякий такой выкидыш рассматривать как неполный. Задержка

мелких кусочков плодных оболочек может вначале не проявляться, а потом сопровождается кровотечениями, изредка принимающими затяжной характер. В ряде случаев задержавшиеся в полости матки небольшие части ворсистой оболочки или плаценты пропитываются кровью и приобретают вид полипа.

Плацентарный полип (*polypus placentaris*) сопровождается небольшим кровоотделением из матки, длящимся неделями, а иногда и месяцами. Кровотечение временами усиливается, что объясняется увеличением полипа за счет скопления в нем крови и раздражением матки, которая отвечает сокращениями на пребывание в ее полости полипа, являющегося как бы инородным телом. Лечение в этих случаях заключается в удалении полипа путем выскабливания матки.

Данные исследования указывают без сомнения на то, что у нашей больной неполный выкидыш и состояние больной требует немедленного оказания помощи.

### *Какова должна быть терапия у нашей больной?*

Ввиду сильного кровотечения и тяжелого состояния больной в результате острой кровопотери необходимо немедленно удалить части плодного яйца из матки. Матка после этого сократится и кровотечение остановится. Учитывая тяжелое состояние больной, необходимо начать борьбу с острой кровопотерей, не дожидаясь остановки кровотечения.

### *Какой метод следует применить для удаления из матки частей плодного яйца?*

Хорошо известно, что с целью удаления из матки частей плодного яйца применяются два способа: пальцевое и инструментальное опорожнение матки. В прежние времена применяли еще тугую тампонаду влагалища, которая вела к усилению родовой деятельности, изгнанию остатков плодного яйца и прекращению кровотечения.

В настоящее время указанный метод не применяют, так как выкидыш затягивается, кровотечение продолжается и тампон способствует развитию инфекции.

В нашем примере о тампонаде влагалища даже и говорить не приходится, поскольку необходимо срочно остановить кровотечение.

Наиболее распространенным является инструментальный метод удаления остатков плодного яйца при выкидыше (кюре-

таж или вакуум-аспирация). При этом необязательно, чтобы шейка матки была широко открыта; при недостаточном раскрытии можно применить расширение шеечного канала с помощью металлических расширителей. Обычно при неполном выкидыше нет необходимости в применении обезболивания, так как наиболее болезненная часть операции — расширение шейки — отпадает.

Инструментальный метод по сравнению с пальцевым менее опасен в смысле заноса инфекции в матку из влагалища, требует меньше времени и напряжения во время манипуляций.

Основным недостатком инструментального метода является опасность повреждения стенки матки, что может сопровождаться кровотечением или прободением матки. Кроме того, при инструментальном опорожнении матки довольно трудно бывает решить вопрос о том, все ли куски плодного яйца удалены.

Бережное выполнение операции и известный практический опыт врача помогают избежать указанных осложнений при инструментальном опорожнении матки, и этот метод является общепринятым.

Пальцевой метод удаления частей плодного яйца имеет наряду с преимуществами и ряд существенных недостатков, применяется он сравнительно редко и, главным образом, при беременности свыше 12 недель. Удаление плодного яйца пальцем возможно лишь при раскрытии шейки матки, позволяющем войти пальцем в полость матки (рис. 5).

Пальцевое опорожнение матки является более болезненным, чем инструментальное. Это происходит потому, что после введения в матку указательного пальца одной руки другая рука через брюшную стенку обхватывает матку и, низдавливая книзу, как бы насаживает ее на палец, находящийся в матке. Это вызывает боли, женщина напрягает брюшную стенку, мешает производимым манипуляциям. Оператор пытается преодолеть рефлекторное сокращение мышц живота, чем еще больше усиливает болезненность. В ряде случаев, чтобы закончить начатую операцию и остановить кровотечение, врач вынужден бывает прибегнуть к наркозу или перейти к инструментальному опорожнению матки.

Пальцевой метод опаснее и в смысле заноса инфекции, потому что, как бы врач ни подготавливал руку, она, проходя через влагалище, занесет флору из него в шейку или даже в полость матки, между тем при инструментальном опорожнении матки инструмент вводят непосредственно в шейку, не касаясь стенок влагалища.

Однако пальцевой метод имеет существенные преимущества, а именно: палец оператора хорошо и ясно ощущает стенку матки и прикрепленные к ней части плодного яйца; отслойку и удаление из матки кусков оболочек производят бережно; пальцем не наносят повреждений стенкам матки; обследуя пальцем полость матки и ее стенки, врач может проверить,



Рис 5. Пальцевое опорожнение матки при выкидыше.

полностью ли удалены куски плодного яйца. Производя пальцевое удаление плодного яйца при поздних выкидышах, следует учитывать, что на одной из стенок матки определяется шероховатая поверхность в области прикрепления детского места.

Врач вначале бережно отслаивает пальцем куски плодного яйца от подлежащей маточной стенки и постепенно выталкивает их из полости матки во влагалище. Затем тщательно проверяет пальцем стенки матки и удаляет из полости оставшиеся куски плодного яйца. Рыхлые обрывки отпадающей оболочки выходят незаметно во время манипуляций.

Пальцевой метод нельзя отвергать вовсе, он будет находить применение в редких случаях, а именно: при поздних выкидышах с наличием сильного кровотечения и особенно при инфицированных выкидышах, требующих неотложной помощи. При поздних выкидышах пальцевой метод может быть применен как первый этап операции, а после опорожнения матки, когда она сократится, производят выскабливание с целью удаления остатков плодного яйца.

У нашей больной наиболее целесообразно применить инструментальный метод удаления остатков плодного яйца. В обезболивании в этом случае нет необходимости.

Больная уложена на операционном столе в спинно-ягодичном положении. Сестра сбривает волосы на наружных половых органах и лобке, а затем обмывает эту область и внутренние поверхности бедер 2% раствором хлорамина и вытирает насухо куском стерильной ваты. Наружные половые органы протирают спиртом, смазывают 5% настойкой йода; при этом заднепроходное отверстие прикрывают ватным тампончиком, чтобы не допустить затекания в него йодной настойки. На ноги больной одевают стерильные длинные матерчатые чулки; наружные половые органы укрывают стерильной салфеткой, имеющей разрез в виде прямоугольника.

Во влагалище вводят желобоватое зеркало и передают его держать ассистенту, стоящему справа от больной. Ватными шариками, захваченными длинным пинцетом, снова удаляют скопившиеся во влагалище кровяные сгустки и жидкую кровь. Влагалищную часть шейки матки протирают спиртом и смазывают 5% настойкой йода. В глубине видна влагалищная часть шейки матки с широко открытым зевом и торчащими из него частями оболочек плодного яйца. Захватывают переднюю губу зева двумя пулевыми щипцами и, удерживая их левой рукой, подтягивают шейку матки ко входу во влагалище. Затем абортангом захватывают части плодного яйца, лежащие в шеечном канале. Медленно вращая абортанг, извлекают из шейки большую массу плодных оболочек, пропитанных кровью. После этого оператор берет большую тупую кюретку и, захватив ее тремя пальцами, как пишчее перо, осторожно вводит без всякого насилия в полость матки и доводит до ее дна, которое должно ощущаться как некоторое сопротивление продвижению кюретки.

Заметив глубину, на которую вошла кюретка, оператор приступает к выскабливанию, проводя кюретку сверху вниз и прижимая ее к передней стенке матки. При этом от стенки матки отделяются остатки оболочек и выпадают из широко открытого наружного зева. Оператор снова осторожно вводит кюретку до дна матки и затем энергично совершает движение кюреткой от дна до внутреннего зева, прижимая ее к стенке матки. Такие движения кюреткой проводит последовательно по передней, правой, задней и левой стенкам матки, отделяя прикрепленные к ним оставшиеся части плодных оболочек, которые при этом выпадают во влагалище.

Во время выскабливания кровотечение усилилось из-за отделения оболочек от стенок матки. Это не должно нас смущать. Как только из матки будут удалены все остатки плодного яйца, она сократится и кровотечение остановится.

Действительно, как только были удалены последние куски плодных оболочек, кровотечение почти прекратилось. Теперь для выскабливания оператор берет кюретку меньших размеров, осторожно вводит в полость матки до дна и замечает, что матка уменьшилась, то есть сократилась.

Малой кюреткой последовательно проверяют все стенки матки и, главным образом, углы полости. При выскабливании слышится характерный хруст (звук, возникающий при движении кюретки по мускулатуре матки), соскоба больше не получается, а из матки выделяется небольшое количество пенистой кровянистой жидкости. Выскабливание окончено. Кровотечение прекратилось. Удаляют пулевые шипцы, извлекают зеркала. Операция окончена.

При незначительном соскобе или отсутствии ясно определяемых частей плодного яйца соскоб необходимо послать для гистологического исследования.

Во время операции больной, с учетом ее резус-принадлежности, произведено в локтевую вену переливание 500 мл крови 0 (I) группы, введено 50 мл 40% раствора глюкозы и 250 мл протившокового раствора. После операции под кожу введено 5 мл 20% камфорного масла и 1 мл питуитрина. Больная перевезена на каталке в палату, укутана одеялами, на живот положен пузырь со льдом, назначено обильное питье и пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 6 часов.

Состояние больной улучшилось. Бледность кожных покровов и слизистых уменьшилась. Пульс удовлетворительного наполнения, 96 ударов в минуту. Артериальное давление 105/60 мм. рт. ст.

На следующий день, 11. VIII, общее состояние удовлетворительное. Пульс хорошего наполнения, 90 ударов в минуту. Температура 36,4—36,8°. Выделения скудные, сукровичные.

В последующие дни больная быстро начала поправляться и 13. VIII была выписана из клиники.

**Краткий эпикриз.** В клинику была доставлена больная в тяжелом состоянии, с сильным кровотечением. Установлен диагноз неполного выкидыша. Срочно произведены: инструментальное удаление остатков плодного яйца, переливание крови и введение протившоковой жидкости. Кровотечение прекратилось, состояние больной улучшилось, и на 4-й день больная выписана из клиники.

### **ПРИВЫЧНЫЙ ВЫКИДЫШ. ИСТМИКОЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ.**

**Беременная В.,** 26 лет, поступила в отделение патологии беременности 10. IX 1966 г. по поводу угрожающего прерывания беременности.

Из анамнеза выяснилось, что она замужем 4 года, была беременна 3 раза. Первая беременность прервана в срок 11 недель искусственным абортom. Последующие 2 беременности закончились самопроизвольными выкидышами при сроках 18 и 20 недель без видимых причин. Появлялись небольшие боли в области поясницы и живота, чувство давления во влагалище, затем, несмотря на своевременную госпитализацию и лечение, отходили воды и происходил выкидыш. Послеабортный период протекал без осложнений.

Менструации у больной начались с 14 лет, наступали регулярно, каждые 28 дней, продолжались по 3—4 дня, без болей. Последняя менструация была 8. V.

Считала себя беременной, находилась под наблюдением врача женской консультации с 6 недель беременности. 9. IX появились незначительные боли в области поясницы и живота. Врач женской консультации направил больную в отделение патологии беременных, учитывая в анамнезе повторные самопроизвольные выкидыши.

Общее состояние больной хорошее. Живот мягкий, безболезненный, над лоном пальпируется увеличенная до 16—17 недель беременности матка мягкоэластической консистенции. При пальпации матка слегка возбудима, сокращается. Сердцебиение плода не выслушивается. Движения плода беременная еще не ощущает. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая оболочка влагалища цианотична, выделения беловатого цвета, незначительные. Шейка матки цилиндрической формы, цервикальный канал свободно пропускает палец, за внутренним зевом определяется нижний полюс плодного яйца. Своды свободны, безболезненны.

Данные анамнеза и обследования указывают на наличие беременности сроком 16—17 недель. В прошлом у женщины были два самопроизвольных выкидыша в сроки 18—20 недель. Появление болей примерно в те же сроки свидетельствует об угрожающем выкидыше.

*Какова же причина выкидыша? Почему у женщин происходят выкидыши, повторяющиеся при следующих одна за другой беременностях?*

Самопроизвольный выкидыш, повторяющийся при следующих одна за другой беременностях, получил название привычный выкидыш (*abortus habitualis*).

Частота привычного выкидыша, по данным различных авторов колеблется от 0,2 до 0,4% по отношению к числу всех беременностей. Причины привычного выкидыша разнообразны и нередко повторное прерывание беременности бывает вызвано сочетанием ряда причин. Наиболее частыми причинами являются заболевания материнского организма: хронические инфекции (сифилис, малярия, токсоплазмоз, бруцеллез и др.), заболевания половых органов (аномалии развития, инфантилизм, воспалительные заболевания и последствия искусственных абортов). Кроме того, причиной привычного выкидыша могут быть нарушения функции желез внутренней секреции (яичников, надпочечников, щитовидной и поджелудочной желез и др.), нарушение обмена и недостаточное или неполноценное питание, особенно в отношении витаминов, токсикозы беременности, заболевания почек, печени и других органов, а также несовместимость крови по резус-принадлежности и другим факторам. Возникновение привычного выкидыша может быть связано с патологическим состоянием самого плодного яйца в результате неполноценности половых клеток у больных супругов.

У нашей больной диагноз угрожающего привычного выкидыша не вызывает сомнений, на это указывают повторные прерывания следующих одна за другой беременностей.

В женской консультации беременная была тщательно обследована и в присланной выписке из индивидуальной карты беременной указано, что она всесторонне обследована терапевтом и эндокринологом, не отметивших как в анамнезе, так и при обследовании каких-либо заболеваний. Реакции

Вассермана, Кана, Закса—Витебского на токсоплазмоз, а также реакции Райта и Хеддельсона на бруцеллез оказались отрицательными. Кровь беременной и ее мужа резус-отрицательная, групповой несовместимости не выявлено. При цитологическом исследовании вагинального мазка и определении экскреции эстриола, прегнандиола и содержания хорионического гонадотропина иммунным методом отклонений не выявлено. Экскреция указанных гормонов у обследуемой женщины была такой же, как и при нормально протекающей беременности.

В возникновении привычного выкидыша определенное значение имеют психическая травма и эмоциональные факторы. Е. Ф. Попова (1950) рассматривает привычный выкидыш в ряде случаев как патологический условный рефлекс. Она полагает, что определенный срок прерывания предшествующей беременности искусственным абортom и определенные условия среды в этот момент могут приобретать свойства условного комплексного раздражителя, играющего роль патогенного фактора при самопроизвольном прерывании последующей беременности. При привычном прерывании беременности имеют значение следовые реакции, боязнь за сохранение беременности, страх перед возможностью привычного выкидыша.

Н. К. Москвитина (1967), применяя метод электрогистерографии, показала, что при нормально протекающей беременности биоэлектрическая активность матки в период до 19 недель беременности постепенно повышается, в период от 19 до 22 недель — резко снижается, затем с 23 недели беременности начинается новый подъем биоэлектрической активности матки, достигающий наибольшей величины в 27—28 недель. В последующие сроки биоэлектрическая активность матки остается на этом уровне до 37-й недели беременности, после чего наступает максимальное ее повышение перед родами.

При недонашивании беременности, связанном с нейро-эндокринными нарушениями и истмиоцервикальной недостаточностью, опасность аборта увеличивается, особенно в «критические» сроки, т. е. в те сроки, когда наблюдалось прерывание предшествующих беременностей.

У нашей больной срок беременности приближается к «критическому», и она проявляет беспокойство и страх перед новым, повторным прерыванием беременности.

Беременной рекомендован строгий постельный режим, введены 1 мл 2% пантопона и 10 мл 20% раствора сернокислой магнезии (подкожно), 10 мг прогестерона (внутримышечно), назначена микстура из 1% раствора бромистого натрия с добавлением валерианы.

В последующие дни назначены: аскорбиновая кислота (200—300 мг) с 40% раствором глюкозы (20 мл внутривенно), витамин Е по 1 чайной ложке 2 раза в день в масляном или спиртовом растворе, прием внутрь соды по 0,5 чайной ложки 2 раза в день; при явлениях повышенной возбудимости матки или жалобах на схваткообразные боли — настойка опия по 8—10 капель 2—3 раза в день.



Через 3 дня состояние беременной хорошее. Женщина отмечает, что раздражения матки, чувство «давления» и «покалывания» во влагалище значительно уменьшились. При пальпации возбудимость матки также снизилась. При исследовании выявлено, что экскреция гормонов, в том числе и прегнандиола, такая же, как при нормальном течении беременности.

### *Какие необходимы дальнейшие лечебные мероприятия?*

1. Явления угрожающего прерывания беременности уменьшились. Следует продолжать начатое лечение, отменив прогестерон.

2. Причина повторных выкидышей у нашей пациентки неясна. Необходимо произвести влагалищное исследование.

Наличие поздних привычных выкидышей на 15—24-й неделе беременности или преждевременных родов являются одним из вероятных признаков истмиоцервикальной недостаточности (А. И. Любимова, 1965; Green-Armytage, 1957; Stöckli, 1961; Leroux и Lerat, 1961).

Несостоятельность шейки матки и внутреннего маточного зева можно заподозрить при поздних выкидышах неясной этиологии, глубоких разрывах шейки, ампутации шейки матки, зиянии цервикального канала, шеечно-влагалищных свищах после гистеротомии. Клинически истмиоцервикальная недостаточность во время беременности (начиная с 14—16 недель) проявляется в прогрессирующем раскрытии шеечного канала, при этом может происходить выпячивание оболочек плодного яйца в шеечный канал, что в последующем и приводит к аборту. По окончании послеабортной инволюции через внутренний зев без сопротивления проходит расширитель Гегара № 8 (во вторую фазу менструального цикла).

Для уточнения несостоятельности шейки матки и маточного зева, во второй фазе цикла применяют гистерографию. Однако обычная гистерография определяет лишь контуры шейки и истмуса, но не дает ясного представления о степени их расширения. В последнее время предлагают производить исследования при помощи резинового баллона, вводимого в полость матки и наполняемого контрастным веществом. Серийные снимки после наполнения баллона и при его извлечении через истмус и шейку показывают наличие и степень расширения их при истмогистерографии во вторую фазу менструального цикла. При истмиоцервикальной недостаточности травматического характера наблюдается расхождение мышц в области внутреннего зева, определяемое путем пальпаций через своды влагалища, а также при введении расширителя в цервикальный канал. Указанное расхождение мышц чаще

располагается спереди и обычно составляет 2—3 см. На месте дефекта мышцы образуется фиброзная ткань (Lash и Rubenstone, 1960). Слизистая оболочка сохраняет обычное строение.

Клиническое течение аборта при истмикоцервикальной недостаточности сопровождается мало выраженными симптомами: непостоянные слабые боли в области поясницы и живота, чувство покалывания и давления во влагалище.

Наша пациентка не была обследована до наступления беременности с целью определения истмикоцервикальной недостаточности. Она перенесла искусственный аборт при первой беременности (срок 11 недель), что могло послужить причиной повреждения истмического отдела матки. Течение и сроки беременности при двух предыдущих самопроизвольных выкидышах также указывают на возможность истмикоцервикальной недостаточности.

Для решения вопроса о дальнейшем лечении необходимо произвести осторожно влагалищное исследование с осмотром шейки в зеркалах.

Беременная на каталке доставлена в смотровую, осторожно переложена на гинекологическое кресло и подготовлена для исследования. Во влагалище введены зеркала и обнажена шейка. Наружный зев широко открыт, и в шейном канале виден выпячивающийся плодный пузырь. Необходимость дальнейшего исследования отпала.

Беременная перевезена в палату, и ей введен промедол с сернокислой магнезией, чтобы предупредить сокращения матки. Ножной конец кровати приподнят.

Итак, у нашей пациентки угрожающий привычный выкидыш при наличии истмикоцервикальной недостаточности.

### *Что следует предпринять?*

Клинические наблюдения и исследования последнего десятилетия ясно показали, что в данном случае только оперативное вмешательство может быть эффективным методом лечения.

Были предложены различные методы хирургического лечения истмикоцервикальной недостаточности, применяемые вне и во время беременности. Palmer (1959) проводил трахелоистмикопластику до наступления беременности. Сущность операции заключалась в том, что после рассечения стенки влагалища и смещения кверху мочевого пузыря производили иссечение овального лоскута в области истмуса и ушивание образовавшегося дефекта швами из хромированного кетгута. Цервикальный канал при этом не вскрывали.

Lash (1963) предложил иссекать участок от наружного зева до истмуса включительно.

Эти операции не получили широкого распространения из-за опасности разрыва матки по рубцу во время беременности и родов.

Shirodkar (1956) предложил операцию лечения истмикоцервикальной недостаточности во время беременности. Операция заключается в наложении циркулярного шва (из нейлона и др.) на шейку матки в области внутреннего зева после рассечения стенки влагалища и смещения мочевого пузыря кверху.

McDonald (1957) рекомендовал накладывать кисетный шов в области перехода слизистой влагалища на шейку матки с многократным прокалыванием стенки влагалища без ее предварительного рассечения.

Shirodkar (1956) сообщил о 20% случаев неудачных операций. Из 70 оперированных McDonald (1957) 33 женщины родили в срок. Ряд авторов, применивших операцию Shirodkar, положительные результаты получили у 65% оперированных.

А. И. Любимова (1965) применила разработанную ею методику операции для устранения истмикоцервикальной недостаточности у 205 беременных женщин. Положительные результаты наблюдались у 194 женщин (92,2%), у 170 из них беременность закончилась своевременными и у 20 преждевременными родами при сроке беременности в 33—35 недель. Из числа этих женщин у 20 применено кесарево сечение (узкий таз, крупный плод, тазовое предлежание), у 7 — влагалищные операции. У 11 женщин произошли аборты на 20—27-й неделе.

Методика операции А. И. Любимовой такова: шейку матки обнажают с помощью зеркал, захватывают щипцами Мюзо и подтягивают кпереди (рис. 6, а). При выпячивании плодного пузыря последний смещают кверху вместе с предлежащей частью. Под контролем пальца в области прикрепления крестцово-маточных связок на шейку матки накладывают шелковый шов (рис. 6, б), которым фиксируют нить медной проволоки (рис. 6, в) диаметром 0,2 мм, заключенную в полиэтиленовую оболочку. После этого шейку матки смещают книзу и кзади и свободный конец нити медной проволоки перемещают в передний свод и фиксируют второй шелковой лигатурой (рис. 6, г), наложенной на уровне первого шва. Концы нити медной проволоки завязывают тремя узлами (рис. 6, д). При этом цервикальный канал суживается в области внутреннего зева примерно до расширителя Гегара № 4 (рис. 6, е).

Операцию производят под пресакральной новокаиновой анестезией (200 мл 0,25% раствора новокаина).

При описанной методике круговой шов располагают выше, чем при операциях, предложенных ранее, и это позволяет сузить цервикальный канал ближе к внутреннему зеву. Раз-

резов и многократных прокалываний стенки влагалища не делают, мочевой пузырь не отслаивают.

Расслабление кругового шва можно устранить подкручиванием проволоки.

Мы решаем оперировать нашу пациентку по методике А. И. Любимовой, но не под местной анестезией, а под наркозом, чтобы предупредить сокращения маточной мускулатуры как во время операции, так и в первые часы после вмешательства.

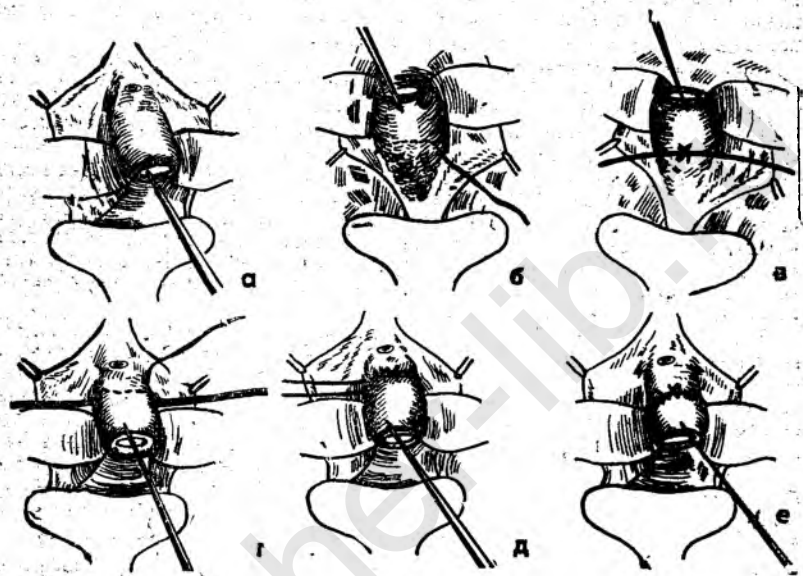


Рис. 6. Наложение кругового шва при устранении истмикоцервикальной недостаточности.

а — задняя губа шейки матки захвачена щипцами Мюзо и шейка подтянута клереди; б — в области прикрепления крестцово-маточных связок на шейку матки наложен шелковый шов, которым фиксируется нить медной проволоки в полиэтиленовой оболочке; в — нить медной проволоки фиксирована шелковой лигатурой; г — передняя губа шейки матки захвачена щипцами Мюзо, шейка смещена книзу и кзади, в переднем своде наложен второй шелковый шов на уровне первого, свободный конец нити медной проволоки перемещен в передний свод и фиксирован; д — свободные концы нити проволоки затянуты и завязаны 3 узлами; е — вид шейки матки после наложения кругового шва.

Наша пациентка дала согласие на операцию.

Больной введены 1 мл 2% раствора промедола и 10 мл 20% раствора сернистой магнезии. Затем уже на операционном столе начат масочный наркоз смесью закиси азота, эфира и кислорода. После того как беременная женщина уснула, произведена подготовка к влагалищной операции.

Шейка матки обнажена с помощью зеркала, захвачена за переднюю и заднюю губы пупевыми щипцами и оттянута клереди и кверху. На зад-

нюю стенку шейки матки на уровне прикрепления крестцово-маточных связок наложена толстая шелковая лигатура, проходящая через слизистую и часть мышечной оболочки. При завязывании этой лигатуры фиксируется медная проволока в полиэтиленовом чехле. Шейка матки низведена кзади и книзу. На шейку матки спереди, немного ниже уровня перехода стенки влагалища наложена вторая шелковая лигатура, с помощью которой фиксирована медная проволока спереди.

Больной придано положение с опущенным головным концом стола. Пулевыми щипцами шейка подтянута кпереди. Плодный пузырь осторожно смещен влажным марревым шариком за внутренний зев. После этого концы кругового проволочного шва завязаны тремя узлами у правого ребра шейки. Концы проволоки обрезаны ножницами, закручены с помощью корнцанга и кончики их оттянуты книзу вдоль ребра шейки.

Оперированную женщину перевезли в палату и уложили на кроватку, ножной конец которой был приподнят. Назначены свечи с опиумом 2 раза в день; внутримышечные инъекции 20% сернокислой магнезии по 10 мл 2 раза в течение двух суток; во влагалище с помощью резинового катетера ежедневное введение синтомициновой эмульсии.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 3-й день после операции больной разрешено вставать и ходить. Повышенной возбудимости матки не отмечалось. На 12-й день после оперативного вмешательства женщина была выписана с сохранившейся беременностью. На ЭКГ плода ясно определились сердечные комплексы. Осмотр шейки в зеркалах и пальпаторно показал, что круговой шов лежит хорошо, цервикальный канал узкий, заполнен прозрачной слизью.

В дальнейшем женщина чувствовала себя хорошо, беременность развивалась нормально, круговой шов был снят на 38-й неделе. Беременность закончилась 10. II 1967 г. срочными самопроизвольными родами мальчиком весом 3900 г. При осмотре в родах шейки с помощью зеркал на задней ее стенке в области наложения шелковой лигатуры имелось отверстие диаметром до 1 см, которое в период раскрытия стало увеличиваться в направлении наружного зева. Перемычка ткани между наружным зевом и этим отверстием рассечена ножницами, а после родов разрез зашит кетгутыми швами. Постродовой период протекал без осложнений, и 20. II женщина в хорошем состоянии со здоровым ребенком выписана домой.

Итак, наши лечебные мероприятия закончились успешно и счастливая мать ушла из акушерского отделения с ребенком.

Мы наблюдали еще ряд благоприятных исходов беременности для матери и ребенка после операций по методике А. И. Любимовой при истмикоцервикальной недостаточности. Однако отверстия в области наложения шелковых лигатур нам пришлось наблюдать еще у двух женщин как на задней, так и на передней стенке шейки. Не исключается возможность и других осложнений при наложении кругового шва (прокол всей стенки шейки и плодных оболочек, разрыв в области внутреннего зева и нижнего сегмента при возникновении отверстий на месте наложения лигатур и др.). Конечно, возможность этих осложнений не должна быть основанием для отказа от наложения кругового шва, преимущества которого неоспоримы.

В последнее время для хирургического лечения истмикоцервикальной недостаточности применяется метод Szendi. Ав-

тор предложил иссечение слизистой оболочки в области наружного зева в виде ободка шириной 1,5—2 см с последующим наложением кетгутовых швов (сшивают переднюю и заднюю губы шейки матки, превращая ее в слепой мешок; рис. 7).

А. И. Любимова с соавторами (1967) предлагает слизистую оболочку со стороны цервикального канала не иссекать, а соскабливать кюреткой, чтобы уменьшить кровотечение и длительность операции. Кетгутовые швы обычно рассасываются к 8—10-му дню, а губы шейки матки в области наружного зева плоно срастаются. Авторы применили метод Szendi при истмико-цервикальной недостаточности у 81 женщины, у 70 из



Рис. 7. Наложение швов по Szendi:

*a* — вид шейки матки до операции; *b* — наложены кетгутовые швы; *в* — вид шейки после операции.

которых беременность закончилась срочными и преждевременными родами жизнеспособным плодом.

Метод Szendi привлекает своей простотой и может быть рекомендован для широкого применения.

**Краткий эпикриз.** Молодая повторнобеременная женщина поступила с угрожающим привычным выкидышем на 17-й неделе беременности. По поводу истмикоцервикальной недостаточности произведена операция наложения кругового шва на шейку матки. Беременность протекала без осложнений и закончилась самопроизвольными срочными родами живым и здоровым ребенком весом 3900 г. На 11-й день женщина с ребенком выписаны из клиники в хорошем состоянии.

#### ВЫКИДЫШ ИСКУССТВЕННЫЙ

Беременная С., 43 лет, поступила I. XII 1956 г. в акушерское отделение для искусственного прерывания беременности.

Месячные с 15 лет, через 30 дней, по 3—4 дня, без боли, умеренные. Все 6 беременностей закончились нормальными родами. Последние роды были 2 года назад, последние месячные — 23. IX.

При поступлении: общее состояние хорошее, пульс 76 ударов в минуту, температура 36,5°. Тоны сердца чистые, границы — в пределах нормы. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный.

Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа синюшна. Выделения слизистые, в незначительном количестве. Влагалище широкое, как у многорожавшей женщины. Стенки влагалища разрыхлены, сочные. Влагалищная часть шейки матки мягкая, цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, закрыт. Матка в антеверзии, увеличена соответственно 8—9 неделям беременности, размягчена, ясно определяется признак Горвица — Гегара. Своды свободны, безболезненны.

Проводимые Советским государством мероприятия по расширению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культурности женщин, активно участвующих во всех областях народнохозяйственной жизни страны, позволили отказаться от запрещения аборт в законодательном порядке (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г.). На основании этого указа производство операции искусственного прерывания беременности (аборта) допускается всем женщинам, возбудившим просьбу о производстве этой операции и имеющим срок беременности не свыше 12 недель.

Наша пациентка поступила в акушерское отделение для производства искусственного аборта. Но прежде чем производить эту операцию, нужно точно установить наличие беременности и ее срок; решить вопрос о том, нет ли противопоказаний к производству искусственного аборта.

Неоднократно наблюдались случаи, когда на операцию искусственного аборта направляли небеременных женщин или с нераспознанной внематочной беременностью. Подобные ошибки обычно имеют место при трубной беременности с задержкой месячных на 5—7 дней, когда признаки беременности неясно выражены, или при увеличении размеров матки за счет других патологических процессов (фибромиома матки, метрит).

При малых сроках беременности не только трудно, а иногда и невозможно диагностировать физиологическую (маточную) беременность, и производство аборта в ряде случаев может сопровождаться оставлением плодного яйца в матке. Из акушерской практики известно немало случаев, когда у женщины, перенесшей «искусственный аборт» при 5—6-недельном сроке беременности, последняя продолжала развиваться и заканчивалась или нормальными родами, или искусственным аборт в более поздние сроки.

Наиболее благоприятными сроками для производства искусственного аборта являются 7—10-я недели беременности, при которых и диагностика наиболее легка, и кровотечение

при операции бывает меньше, чем в 11—12 недель. При сроках беременности 7—10 недель плацента еще не вполне сформировалась, связь плодного яйца с маткой не так прочна, стенки матки вполне упругие и хорошо сокращаются.

В ранних стадиях развития беременности диагноз устанавливается на основании сомнительных и вероятных признаков. В затруднительных для диагностики случаях используют биологические реакции на беременность, из которых наибольшее распространение получила реакция Ашгейма—Цондека (рис. 8). Эта реакция основана на раннем появлении в моче беременных женщин большого количества хориального гонадотропина. Введение мочи, взятой катетером у беременной женщины, инфантильным самкам белых мышей весом 8 г приводит через 3—4 суток к гиперплазии и гиперемии рогов



Рис. 8 Распознавание беременности по Ашгейм—Цондеку:  
а — состояние матки и яичников белой мыши после введения ей мочи беременной женщины; б — то же после введения мочи небеременной женщины.

матки и созреванию фолликулов. При лопании созревших фолликулов возникают кровоизлияния в их полость, так называемые кровяные точки. Реакция Ашгейма—Цондека дает правильные ответы в 98—99% случаев.

Для определения беременности широко применяют биологическую реакцию на самцах-лягушках (Галли—Майнини—Алпатова). Сущность реакции заключается в том, что впрыскивание мочи беременной женщины в лимфатический мешок под кожей спины самца-лягушки сопровождается появлением сперматозоидов в содержимом клоаки. Реакция простая, дешевая, результат известен через 1—2 часа. По данным



В. П. Вейса (1949), Е. Е. Самойлова (1951), И. С. Эйбер (1951) и др., эта реакция дает правильный ответ в 100% случаев.

В 1960 г. Wide, Gemzell и другие авторы предложили иммунологический метод диагностики беременности. Наибольшее распространение получил метод Wide и Gemzell (1960), сущность которого заключается в определении хорионического гонадотропина в моче с помощью реакции, основанной на подавлении гемагглютинации эритроцитов, заряженных гормоном. С этой целью применяют сыворотки крови кроликов, иммунизированных хорионическим гонадотропином, и эритроциты овцы, заряженные тем же гормоном.

По литературным данным (Wide, 1960; 1962; Southam с соавт., 1963; Fulthorpe с соавт., 1963), точность иммунологического метода диагностики беременности колеблется от 95 до 99,8%.

Е. И. Котлярская и К. Г. Роганова (1965) при обследовании 284 беременных и небеременных женщин получили в 97,5% случаев правильные результаты при диагностике беременности, начиная с 5-недельного срока. При более ранних сроках процент ошибочных реакций возрастает. При обследовании женщин чадородного возраста (при отсутствии у них беременности) точность метода достигает 100%.

Иммунологический метод более экономичен, чем биологические реакции на беременность, простой по выполнению и занимает не более двух часов.

У нашей пациентки имеется ряд признаков, указывающих на возможность наличия беременности, а именно: задержка на 2 месяца менструаций, которые до этого наступали регулярно, увеличение молочных желез, выделение молока из сосков при выдавливании, появление «прихотей», тошноты.

Чтобы окончательно решить вопрос о наличии беременности, необходимо произвести осмотр половых органов.

Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище цианотична. Выделения слизистые, незначительные. Стенки влагалища разрыхлены, отечны. Влагалищная часть шейки мягкая, цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Матка в антеверзии-флексии, увеличена до 8 недель беременности, шаровидной формы, размягчена. Ясно выражен симптом Горвица—Гегара. На передней стенке тела матки: по средней линии пальпируется гребневидный валик (симптом Гентера). Во время ощупывания матка под пальцами меняет консистенцию и становится плотнее. Своды свободны, безболезненны. Придатки не определяются.

Полученные объективные данные с несомненностью свидетельствуют о наличии беременности, а величина матки соответствует 8-недельному сроку, который является наиболее благоприятным для производства искусственного аборта.

Второе, что мы должны решить,— это вопрос об отсутствии противопоказаний к операции аборта.

По инструкции Министерства здравоохранения СССР от 29. XI 1955 г. противопоказаниями к операции аборта являются:

- а) острая и подострая гонорея;
- б) острые и подострые воспалительные процессы половых органов;
- в) наличие гнойных очагов независимо от места их локализации;
- г) срок менее 6 месяцев после операции аборта;
- д) наличие острых инфекционных заболеваний.

Осмотр пациентки показывает, что она здорова и противопоказаний к операции аборта у нее нет. Однако во влагалище и цервикальном канале могут быть патогенные микробы, хотя выделения по виду не отличаются от нормальных. Во время операции аборта или после нее эти микробы могут попасть в матку и трубы и привести к возникновению тех или иных заболеваний. Поэтому у каждой беременной женщины, направляемой на аборт, необходимо исследовать мазки, полученные из влагалища и цервикального канала. Если в выделениях обнаруживается большое число лейкоцитов, обильная кокковая флора, а также наличие эрозий шейки матки, гнойных белей, сначала проводят лечение и после повторного исследования направляют на операцию. Наличие гонококков в мазках является противопоказанием для аборта.

У нашей пациентки никаких воспалительных явлений со стороны гениталий и других противопоказаний к операции аборта нет.

В настоящее время при сроках беременности до 12 недель общепринятыми операциями являются выскабливание беременной матки или вакуум-аспирация, после предварительного расширения шейки (*abortus artificialis*).

Перед операцией опорожняют кишечник с помощью клизмы и мочевого пузыря. Затем врач производит тщательное (двуручное) исследование, уточняя срок беременности и положение матки. С целью обезболивания при операции аборта применяют местную анестезию, ингаляционный наркоз (закись азота, трилен, эфир) и внутривенный наркоз (собревин и др.). Нервным больным, испытывающим сильный страх перед операцией, за 10—15 минут до операции вводят 1 мл 2% промедола и применяют наркоз закисью азота с кислородом или комбинированный наркоз собревином (или спантолом) с закисью азота.

Местную анестезию (рис. 9) широко применяют при операции искусственного аборта (А. И. Тимофеев, 1928; А. В. Вишневский, 1932; В. К. Рымашевский, 1952; З. Ф. Дробяна, 1955, и мн. др.). Наблюдения нашей клиники показали не только хорошее обезболивающее действие новокаина, но и благоприятное его влияние на раскрытие шейчного канала, последнее происходит быстро и безболезненно.

Для обезболивания при операции аборта с успехом используют дикаин (О. И. Костюченко, 1955; Д. Г. Полгородник, 1961, и др.). Обычно после удаления выделений из влагалища последнего и шейки матки обрабатывают 2% раствором дикаина. Затем удаляют слизь из цервикального канала и вводят в него марлевую турунду, обильно смоченную 2% раствором дикаина. Для получения хорошей анестезии верхний конец турунды вводят за внутренний зев, что удается без затруднений, так как под влиянием дикаина наступает расслабление шейки матки и внутреннего зева. Турунда остается в шейчном канале 2—3 минуты. Последующее расширение цервикального канала производят без затруднений. Д. В. Полгородник (1961), З. М. Джамалова и Б. А. Дидович (1964) и другие отмечают, что после анестезии дикаином часто не требуется расширять цервикальный канал с помощью дилаторов Гегара.

Для расширения шейки матки используются наиболее распространенные металлические расширители Гегара. Диаметр каждого расширителя больше предыдущего на 0,5 или 1 мм. Расширители бывают толщиной от 4 до 18 мм.

Техника операции такова: с соблюдением правил асептики влагалище и шейку матки обнажают при помощи зеркала, протирают спиртом. Двумя пулевыми щипцами захватывают переднюю губу шейки матки, последнюю несколько низводят в направлении ко входу во влагалище и цервикальный канал



Рис. 9. Местная анестезия при операции искусственного аборта. Введение раствора новокаина в парапетральную клетчатку со стороны задне-бокового свода.

протирают спиртом. Шеечный канал не следует смазывать настойкой йода, так как это может затруднить последующее его расширение (И. И. Яковлев, 1966).

Некоторые авторы (И. И. Яковлев) рекомендуют накладывать пулевые щипцы на переднюю и заднюю губы шейки матки, что позволяет выпрямить шеечный канал, облегчает расширение его бужами Гегара и уменьшает опасность перфорации.



Рис. 10. Искусственный аборт. Расширение канала шейки дилататорами Гегара.

Подобный метод захватывания шейки матки несомненно целесообразнее при ретрофлексии и гиперантефлексии.

После фиксации влагалишной части шейки матки пулевыми щипцами путем осторожного (без насилия) введения маточного зонда в ее полость убеждаются в положении и размерах матки. Оператор, удерживая левой рукой пулевые щипцы, приступает к расширению шеечного канала. Расширители Гегара поочередно берут тремя пальцами правой руки, как карандаш или смычок, и вводят в цервикальный канал в направлении полости матки, с учетом расположения последней. Вводить расширители следует медленно и при физиологической антефлексии матки ручку опускают

книзу. Конец расширителя должен несколько выйти за внутренний зев, но необходимо следить, чтобы он не прошел до дна матки. Первые номера расширителей вводятся свободно, а в дальнейшем ощущается сопротивление во внутреннем зеве, которое нужно осторожно преодолеть, не совершая бурявящих движений. С целью предупреждения при этом внезапного «проваливания» расширителя глубоко в матку, свободные четвертый и пятый пальцы правой руки упираются в промежность и их пружинящее действие как бы страхует от резкого проскальзывания расширителя на опасную глубину (рис. 10).

Извлекать расширитель следует медленно и сразу же необходимо вводить следующий, не давая времени сократиться внутреннему зеву. Если один из очередных расширителей не удастся провести через внутренний зев, то не прибегая к на-

силию повторно вводят предыдущий расширитель и его оставляют на минуту в шейечном канале. Следующий расширитель войдет легко.

При беременности до 10 недель достаточно расширить шейечный канал бужами до № 12, введение бужей больших размеров может привести к продольным разрывам шейки матки, которые могут остаться незаметными для глаза и проникать

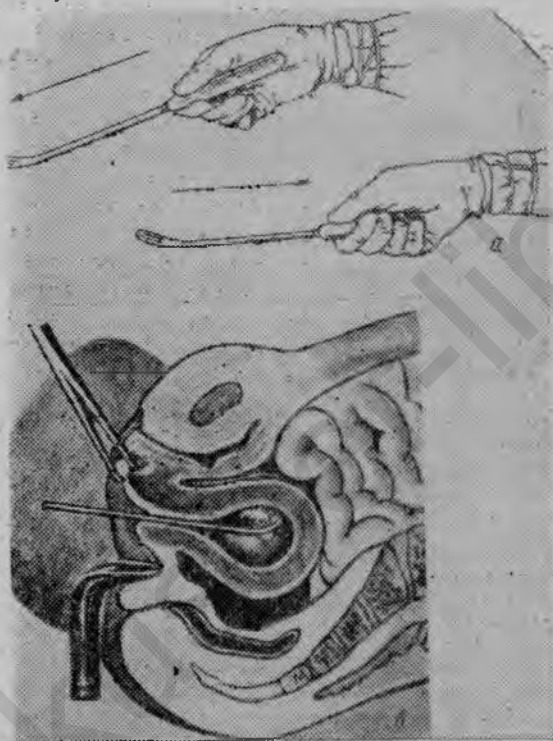


Рис. 11. Искусственный аборт:

*а* — положение кюретки в руке врача при выскабливании во время введения в матку (вверху) и при выведении кюретки из полости матки (внизу); *б* — удаление частей плодного яйца кюреткой.

в параметрии. При беременности в 11—12 недель расширение канала шейки производят расширителями Гегара до № 14.

Начинающий оператор нередко производит недостаточное расширение шейечного канала, останавливаясь на применении расширителей № 9—10, и осложняет последующее выскабливание, производя его малыми кюретками или травмируя шейку при попытках введения кюретки больших размеров.

После расширения канала шейки матки приступают к выскабливанию, начиная с введения в полость матки до ее дна тупоконечной большой кюретки (№ 6), которой производят раздробление плодного яйца и удаляют его по частям из полости матки (рис. 11).

При беременности в 11—12 недель оператору рекомендуется левую руку держать на дне матки со стороны брюшной стенки. При низведении частей плодного яйца в шеечный канал их захватывают абортцангом и удаляют (рис. 12). Когда крупные части плодного яйца удалены, матка несколько сокращается и дальнейшее выскабливание производят кюретками меньших размеров, которыми проверяют последовательно все стенки внутренней поверхности матки, особенно трубные углы. После полного опорожнения матка сокращается, длина полости уменьшается, и при скольжении кюретки по стенке матки слышен хруст или скрип, соскоба при этом не получается и из матки выделяется пенистая кровянистая жидкость в небольшом количестве. Поверхность стенок полости матки некоторые протирают марлевой полоской, смоченной настойкой йода; многие акушеры протирают лишь шеечный канал, опасаясь попадания йода в трубы и последующего слипчивого сальпингита.

Рис. 12 Правильное использование абортцанга для удаления отделившихся частей плодного яйца.

Возьмем пациентку на стол и приступим к операции.

Женщина уложена на операционный стол на спину с притянутыми к животу бедрами, ноги помещены на подставках (подколенниках). Наружные половые органы, внутренние поверхности бедер и промежность обмыты 2% раствором хлорамина, обсушены стерильной ватой. Наружные половые части смазаны спиртом и 5% настойкой йода. На ноги одеты стерильные матерчатые чулки, наружные половые части укрыты стерильной салфеткой с разрезом в виде прямоугольника. Во влагалище введены ложкообразные зеркала, которые держит ассистент. Шейка матки захвачена пулевыми щипцами и низведена. Своды влагалища и шейка матки протерты сухим ватным шариком, затем спиртом. В задне-боковые своды влагалища с каждой стороны с помощью длинной иглы введено по 40 мл 0,25% раствора новокаина. Затем в передне-боковые своды введено по 20 мл того же раствора. Расширение канала шейки легко выполнено расширителями Гегара до № 12.

Большой кюреткой, введенной в полость матки, раздроблено плодное яйцо и удалено по частям. Стенки полости матки обшарены последовательной меньшей кюреткой. Кровотечение небольшое. При скольжении кюретки по стенкам матки всюду слышен хруст, матка хорошо сократилась, из шейного канала выделяется пенная кровянистая жидкость. Канал шейки протер марлевой полоской, смоченной настойкой йода. Пулевые щипцы сняты, влагалище протерто марлевым шариком и зеркало извлечено.

Большая перевезена в палату. На низ живота положен пузырь со льдом. Вечером температура 36,8°, пульс 76 ударов в минуту. Выделения в первые сутки были кровянистые, на вторые сутки — серозные, слегка окрашенные кровью. На третьи сутки больная встала и на четвертые была выписана из клиники в хорошем состоянии.

**Краткий анамнез.** Повторнобеременная женщина поступила для искусственного прерывания беременности при сроке ее в 8 недель. Противопоказаний к аборту не обнаружено. Под местной анестезией произведено расширение канала шейки расширителями Гегара до № 12 и выскабливание беременной матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

#### МЕТОД ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВЫКИДЫШЕ

**Беременная Ж.** 31 года, поступила 8. X 1961 г. в гинекологическое отделение для искусственного прерывания беременности.

Месячные наступили в 13 лет, по 3—4 дня, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация — 1—4. VIII 1961 г. Беременностей было 3. Две из них закончились своевременными родами и одна — искусственным абортом в 1960 г. (без осложнений). Гинекологические заболевания отрицает. При поступлении: общее состояние удовлетворительное, пульс 70 ударов в минуту, температура 36,7°. Тоны сердца чистые, границы — в пределах нормы. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище как у рожавшей женщины. Слизистая влагалища и шейки матки цианотичная, чистая. Шейка цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в антеверзии-флексии, увеличена до 8 недель беременности, размягчена, подвижна. Придатки не пальпируются. Своды свободные, безболезненные.

На основании анамнеза и данных объективного исследования можно поставить диагноз — беременность 8 недель.

Как в Советском Союзе, так и за рубежом длительное время наиболее распространенным методом искусственного прерывания беременности в сроки до 12 недель считали инструментальное удаление плодного яйца (кюретками). Новый, более бережный способ прерывания беременности, предложенный в нашей стране Э. И. Мелксом и Л. В. Розе (1960) и А. В. Зубеевым (1961), быстро стал распространяться в СССР и за рубежом. Искусственное прерывание беременности при этом методе производится с помощью вакуум-аппарата и специально сконструированных тупых наконечников с боковым отверстием вблизи торца. Этими наконечниками заменена травмирующая кюретка.

Существует несколько терминов названия данной операции: Э. И. Мелкс (1961, 1966), Д. Андреев (1963) называют ее вакуум-эксхохлеация (vacuum-exochleatio), В. С. Лесюк (1962) — вакуум-аборт (vacuum-abortus), В. В. Файнберг (1962) — вакуум-абразо (vacuum-abrasio), А. В. Ланковиц, А. В. Зубеев и О. Д. Мацпанова (1962) — вакуум-аспирация (vacuum-aspiratio). Имеются и другие названия операции.

Наиболее удачным названием данной операции мы считаем вакуум-аспирация, или искусственное прерывание беременности с помощью вакуум-аппарата.

Предоперационная подготовка при данном методе прерывания беременности по существу ничем не отличается от подготовки при использовании кюретки. Перед операцией во всех случаях производят двуручное влагалищное исследование, перед расширением шейечного канала проводят парацервикальную новокаиновую анестезию или применяют другой метод обезболивания и зондирование полости матки.

Вместо расширителей Гегара в последние годы А. Ф. Жаркиным и А. М. Ивановым (1964) предложен вибродилатор, который, по данным А. В. Зубеева (1962), О. Д. Мацпановой (1965), Э. И. Мелкса (1966), снижает травматизм шейки матки. Расширение производится очень быстро и почти безболезненно.

А. Ф. Жаркин и А. М. Иванов (1964) проводили у 300 женщин (с успехом в 97% случаев) расширение шейки матки с помощью электрического вибродилатора, сконструированного А. Ф. Жаркиным и К. А. Шелковским (1964). Этот вибродилатор состоит из ручного массажного вибратора (марки завода электроизделий № 5), на якорь которого навинчивают металлические наконечники с оливкообразными утолщениями на концах. К прибору приданы 3 типа наконечников длиной 120 мм с диаметром оливы 3, 7 и 12 мм. Оливу вибрирующего металлического наконечника, простерилизованного кипячением, осторожно продвигают по цервикальному каналу за внутренний зев и после этого наконечник медленно извлекают. После применения наконечника № 1 в полость матки проходит кюретка № 3, после № 2 — кюретка № 5 и при использовании наконечника № 3 свободно вводят в матку кюретку № 6.

Расширение шейки матки происходит в течение 3—10 секунд и не сопровождается болезненностью. Осложнений автор при этом не наблюдали.

Э. И. Мелкс (1962, 1966) отмечает значительное уменьшение болезненности при использовании электромехановибрато-



ра с коническими расширителями. Этот прибор он использовал с амплитудой от 0,1 до 2 мм с частотой 50—200 гц.

О. Д. Мацпанова (1965) сообщает о применении метода виброрасширения цервикального канала при проведении 2000 искусственных аборт. Для сравнения метода виброрасширения с обычным расширением шейки дилататорами Гегара были, помимо данных клинического наблюдения, использованы плетизмография, пневмография, электрокардиография и регистрация биопотенциалов мозга.

Данные О. Д. Мацпановой показывают, что применение вибрационного расширителя позволяет выполнять расширение шейки матки в течение 5—20 секунд при незначительной болезненности или ее полном отсутствии. Реакции со стороны сердечной деятельности и дыхания были незначительными. Возбуждение в коре головного мозга при виброрасширении не достигает своей высшей стадии развития последующего тормозного процесса, как это наблюдается при расширении шейки матки дилататорами Гегара.

После опубликования работ Э. И. Мелкса и Л. В. Розе (1962) появилось много моделей вакуум-аппаратов для прерывания беременности как отечественных (А. В. Зубеев, 1962; В. С. Лесюк 1962), так и иностранных авторов (Bruhac, 1964; Vojta и Jirasek, 1965, и др.).

Наибольшее распространение в нашей стране получила модель Зубеева, Мелкс—Розе (рис. 13).

Основными деталями вакуум-аппарата, независимо от его конструкции, являются: 1) набор наконечников, диаметр которых соответствует номерам дилататоров Гегара; 2) электроотсасыватель; 3) трубки, соединяющие электроотсасыватель с наконечником.

Наконечники, предназначенные для введения в полость матки, чаще — металлические, но могут изготавливаться из пластмассы и стекла и бывают разного диаметра (рис. 14).

Э. И. Мелкс рекомендует применять полиэтиленовую прозрачную трубку, позволяющую следить за процессом отсасывания. Применение эластичной пластмассовой трубки для вакуум-аспирации целесообразно при неправильных положениях матки и ее деформации.

А. В. Зубеев рекомендует брать наконечник, соответствующий сроку беременности в неделях: при сроке 8 недель — № 8, 10 недель — № 10 и т. д. Накопленный опыт показывает, что целесообразнее брать номер наконечника на единицу или две больше срока беременности в неделях.

Э. И. Мелксом и Л. В. Розе был разработан инструментальный для прерывания беременности сроком до 9—10 недель и от

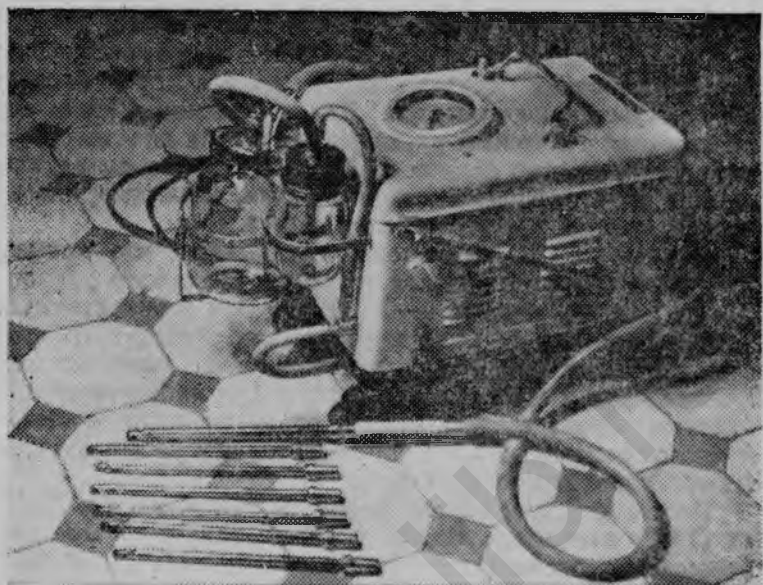


Рис. 13. Внешний вид вакуум-аппарата в собранном виде.

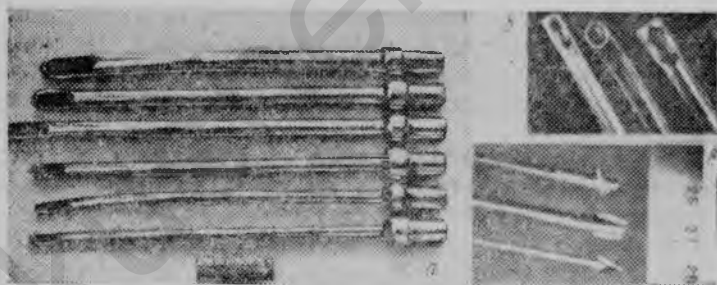


Рис. 14. Наконечники:

*а* — металлические от вакуум аппарата Зубеева; *б* — наконечники металлические с отверстиями разных форм; *в* — размельчающее механическое устройство от вакуум-аппарата Мелкс—Розе.

9 до 12. В первом случае они рекомендовали применять трубку с закрытым торцом и боковым отверстием вблизи торца; во втором случае — металлические цилиндры с закрытым торцом и боковым отверстием вблизи торца с приспособлением внутри трубки для размельчения плотных частей яйца. Это механическое устройство (шнек) приводится в действие при помощи

гибкого вала и электромотора, последний включают нажимом педали во время движения наконечника от дна матки по направлению к шейке. Применение указанного механического устройства позволяет производить вакуум-аспирацию частей плодного яйца при меньшем расширении шеечного канала.

Однако в широкой практике обычно применяют более простую аппаратуру, используя наконечники без шнека.

Операция искусственного аборта методом аспирации состоит из двух моментов: расширения канала шейки матки и удаления плодного яйца путем вакуум-аспирации.

Б. А. Беляева (1962), А. В. Зубеев (1962), А. В. Ланковиц, Э. И. Мелкс (1966) считают, что расширение цервикального канала надо производить на 1—2 мм больше размера вводимого наконечника.

В нашей клинике (Е. А. Чернуха, 1963 и др.), изучая новый метод прерывания беременности, пришли к выводу, что расширение шеечного канала следует производить на 1—2 мм больше диаметра вводимого наконечника во всех случаях искусственного аборта, независимо от срока беременности и от того, рожала женщина или нет.

При этом мы руководствовались следующими соображениями.

Между наконечником и стенкой канала шейки матки при расширении его, превышающем диаметр наконечника, образуется пространство, через которое в полость матки будет поступать воздух, необходимый для создания разности давления в системе аппарата и матке и, следовательно, для удаления содержимого беременной матки. Кроме того, уменьшается возможность инфицирования матки, так как при наличии дополнительного пространства количество введений наконечника в матку и выведений его из матки будет меньше.

При операции, производимой без достаточного расширения шеечного канала, больше травмируется внутренний зев (чаще приходится вводить и выводить наконечник) и, нам кажется, эта травма не меньше наносимой расширителями, особенно при беременности 6—9 недель. Такой срок беременности, по нашим данным, наблюдался у 80% женщин и расширение дилататорами Гегара до № 10 было достаточным. Шейка чаще всего травмируется дилататорами с диаметром 11—12 мм. Установлено также, что при недостаточном расширении шеечного канала более часто наблюдается оставление частей плодного яйца, особенно в трубных углах, из-за неудобства манипуляций; при недостаточном расширении шейки матки может наблюдаться спазм внутреннего зева, а производимые манипуляции при введении и выведении наконечника ведут к уси-

лению раздражения нервных окончаний (особенно области внутреннего зева), усиливают сокращения спастического характера, способствуя образованию гематометры.

Травмы в области внутреннего зева, как самого узкого места при прохождении наконечника, являются одной из причин повреждения миометрия, что обнаруживалось при гистологических исследованиях содержимого; полученного при аспирации.

Методика искусственного прерывания беременности вакуум-аппаратами заключается в том, что после расширения канала шейки матки в полость матки вводят наконечник и соединяют с электроотсасывателем, когда удостоверятся, что последний создает отрицательное давление. Для поступления воздуха, создающего разность давления в системе аппарата и полости матки, необходимо периодически выводить наконечник из шейки матки до появления нижнего края его бокового отверстия. После того, как наконечник введен в полость матки, в системе аппарата и полости матки создают отрицательное давление 0,4—0,6 атм. (300—440 мм рт. ст.) или 0,6—0,8 атм. (440—580 мм рт. ст.) в зависимости от модели аппарата и содержимое беременной матки поступает в резервуар, соединенный резиновой трубкой с наконечником. Во время аспирации боковое отверстие наконечника обращают к стенке матки и делают движения (не скользящие!) от дна к внутреннему зеву и по кругу 360°. Операция считается законченной, если через стенку прозрачного пластмассового наконечника или контрольную трубку (при металлическом наконечнике) видно, что содержимое из полости матки больше не поступает, а рука оператора через наконечник ощущает стенки сократившейся матки. Оперирующий также испытывает своеобразное ощущение при прохождении содержимого через резиновую трубку и наконечник.

В нашей клинике (Е. А. Чернуха, 1963) было произведено и тщательно проанализировано 900 операций искусственного аборта. Из них 300 искусственных прерываний беременности были произведены путем выскабливания беременной матки кюреткой, 300 — с помощью вакуум-аппарата Мелкс—Розе и 300 — вакуум-аппарата Зубеева.

При сравнительной оценке указанных методов искусственного прерывания беременности были изучены как особенности течения искусственного аборта, в зависимости от метода, так и влияние метода на результаты операции.

Продолжительность операции складывается из трех основных моментов: подготовительного периода; расширения канала шейки матки; удаления плодного яйца.

Наибольшее внимания заслуживают расширение шейки матки дилататорами Гегара и удаление плодного яйца, потому что эти моменты операции, как правило, сопровождаются болезненностью и при их выполнении могут наблюдаться те или иные осложнения (ссадины, трещины и разрывы шейки, кровотечения, прободения матки и т. д.).

Продолжительность подготовительного периода при разных методах искусственного аборта одинакова. При использовании местной новокаиновой анестезии она в среднем равна 3 минутам, без применения местной анестезии — 2 минутам. Расширение канала шейки матки, независимо от метода удаления плодного яйца, производилось с помощью расширителей Гегара с половинными номерами. На расширение канала шейки матки дилататорами Гегара до № 12 затрачивалась в среднем 1 минута, при расширении до № 10 — 40 секунд. При использовании местной новокаиновой анестезии расширение производят более легко, быстро и менее травматично.

Средняя продолжительность операции искусственного аборта при беременности 6—9 недель составляла (без расширения шеечного канала) при выскабливании матки кюреткой 6 минут 10 секунд, при использовании аппарата Мелкс—Розе — 2 минуты 6 секунд, при использовании аппарата Зубеева — 1 минуту 57 секунд (вакуум 0,4—0,6 атм.) и 1 минуту 22 секунды (вакуум 0,6—0,8 атм.). Причем, независимо от метода аборта, с увеличением срока прерываемой беременности продолжительность операции относительно возрастала.

Таким образом, средняя продолжительность искусственного аборта при использовании вакуум-аппарата Мелкс—Розе в 2,9 раза, аппарата Зубеева при вакууме 0,4—0,6 — в 3,1 раза, при вакууме 0,6—0,8 атм. — в 4,5 раза меньше, чем при применении кюретки.

Изучая болезненность операции мы (кроме субъективных ощущений женщины) производили объективный учет болевых реакций путем регистрации рефлекторных изменений сердечно-сосудистой и дыхательной систем с помощью пневмо-плетизмографа.

Во время вакуум-аспирации беременные вели себя спокойно, некоторые из них отмечали неприятные ощущения тянущего характера внизу живота, обычно усиливающиеся к концу операции, по-видимому, за счет сокращений опорожненной матки. Состояние женщин после аборта обычно было хорошим. Установлено, что значительные колебания сердечно-сосудистых и дыхательных реакций наблюдались при вакуум-аспирации у 7 из 50, а при выскабливании матки кюреткой у 8 из 20 женщин.

При выскабливании беременной матки кюреткой многие женщины вели себя беспокойно и жаловались на боли. Сердечно-сосудистые реакции на плетизмограмме в подобных случаях носили прессорно-депрессорный характер.

Независимо от метода прерывания беременности с увеличением срока беременности относительно увеличивается средняя кровопотеря и стандартное отклонение. При использовании вакуум-аппаратов кровопотеря становится большей

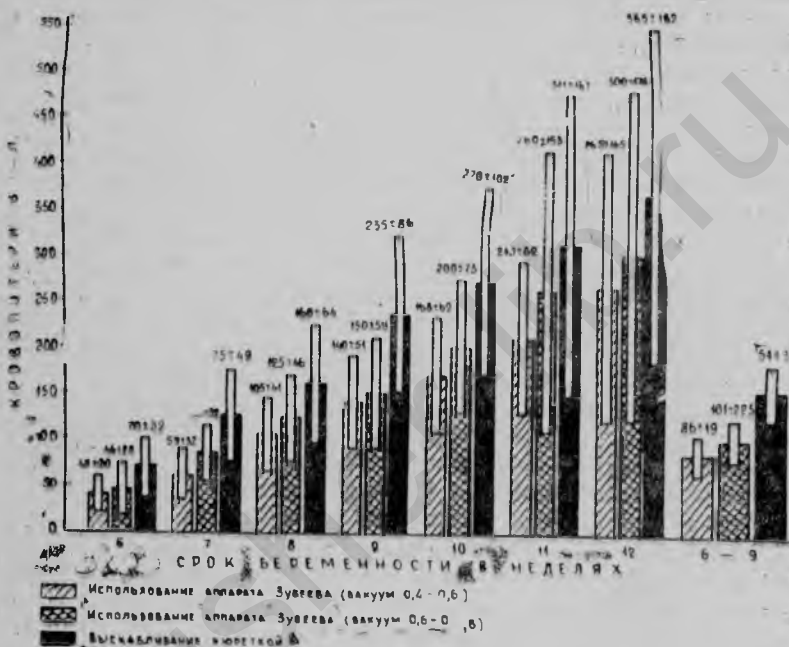


Рис. 15. Средняя кровопотеря (мл) в зависимости от срока и метода прерывания беременности (6—12 недель).

с увеличением отрицательного давления, диаметра наконечника и величины бокового отверстия в нем.

По нашим данным, средняя кровопотеря во время аборта с использованием вакуум-аппаратов значительно меньше, чем при использовании кюретки: при применении вакуум-аппарата Мелкс—Розе (вакуум 0,4—0,6 атм.) — в 1,8 раза, аппарата Зубеева при вакууме 0,4—0,6 атм. — в 1,7 раза и при вакууме 0,6—0,8 атм. — в 1,4 раза. (рис. 15). Следует отметить, что истинная кровопотеря еще меньше, так как мы учитывали все содержимое матки (части плодного яйца, децидуальную оболочку и кровь), удаленное при аспирации.

При гистологическом исследовании содержимого беременной матки после применения кюретки, кроме частей плодного яйца и децидуальной оболочки, довольно часто обнаруживались участки базального слоя, иногда с крупными сосудами, и в 55,8% случаев определялись мышечные элементы. Последние довольно часто располагались пластами, что указывает на значительную степень травмирования миометрия.

При исследовании содержимого беременной матки, полученного методом вакуум-аспирации, во всех препаратах обнаруживались ворсины хориона и его элементы, участки эмбриональной ткани, децидуальная ткань, кровяные сгустки, реже базальный слой и элементы миометрия. Так, при использовании аппарата Мелкс—Розе (вакуум 0,4—0,6 атм.) элементы миометрия были выявлены в 15%, при использовании аппарата Зубеева (вакуум 0,4—0,8 атм.) — в 18% случаев и располагались они обычно в виде отдельных мышечных волокон (рис. 16, 17).

Эти данные показывают, что степень травмирования маточной стенки во время аборта с применением вакуум-аппаратов значительно меньше (Мелкс—Розе в 3,7 раза, Зубеева в 3,1 раза), чем при использовании кюретки.

Применение для аборта вакуум-аппаратов дало более благоприятные результаты, чем применение кюретки: значительно сократилась продолжительность операции, уменьшились болезненность, кровопотеря и травматичность. Перфораций матки на 2100 операций не было.

Поздние кровотечения являются одним из частых осложнений искусственного аборта. Независимо от метода операции поздние кровотечения наиболее часто были обусловлены задержкой частей плодного яйца, затем в убывающем порядке идут субинволюция матки, гематометра и воспалительные заболевания половых органов. Следует отметить и относительно высокий процент поздних кровотечений: после выскабливания матки кюреткой и использования аппарата Мелкс—Розе они составляли 4%, а после применения аппарата Зубеева — 3,66%.

В настоящее время, когда расширение шеечного канала производим на 1—2 мм больше диаметра вводимого наконечника и используем вакуум 0,4—0,8 атм., процент поздних кровотечений снижен до 1—1,5.

Данные гистологического исследования и повседневного наблюдения во время аборта позволяют отметить, что отрицательное давление до 0,4 атм. или 300 мм рт. ст. является недостаточным для удаления плодного яйца и децидуальной оболочки.

Высокое отрицательное давление (выше 0.8 атм.) сильно раздражает нервные окончания матки, иногда приводит к спастическому сокращению ее мускулатуры, особенно в области трубных углов, в которых могут задержаться части плодного

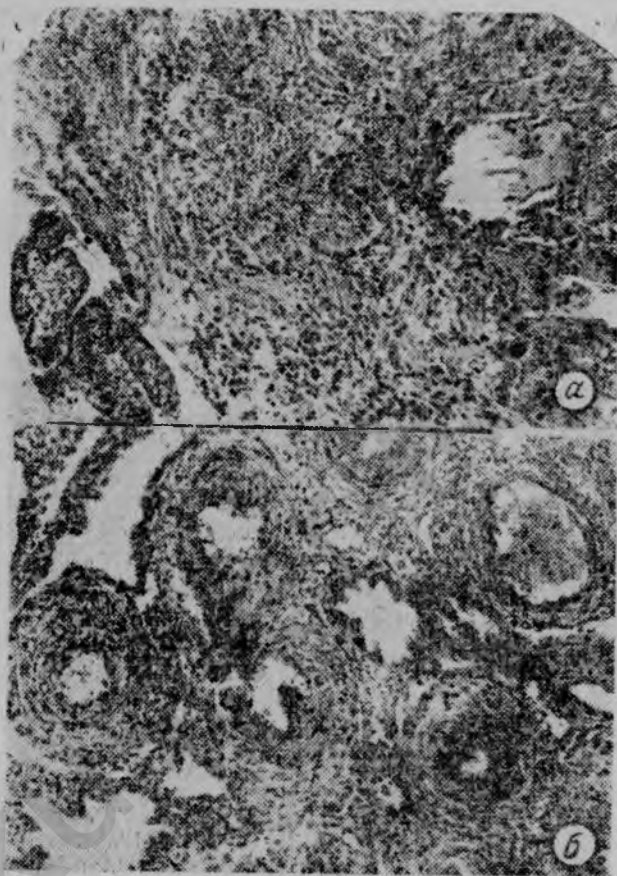


Рис. 16. Беременность 8 недель. Искусственный аборт с помощью кюретки:

а — видны ворсинки хориона, участки децидуальной ткани, единичные железы базального слоя; мышечная ткань располагается пластами; б — видны железы базального слоя с множеством крупных сосудов, инфильтрация лейкоцитов. Ув. 10X7.

яйца. Мы считаем, что высокое отрицательное давление может привести и к кровоизлиянию в толщу стенки матки. Наилучшие результаты при прерывании беременности методом аспирации в нашей клинике получены при применении ваку-



ума 0,5—0,7 атм. (370—520 мм рт. ст.). При этом удалось снизить процент поздних кровотечений до 1—1,5.

Примерно в половине случаев причиной реабразий была задержка частей плодного яйца или децидуальной ткани, реже — гематометра. Одной из мер борьбы с кровотечениями, обусловленными этими причинами является повторное выскабливание матки.

Реабразия после выскабливания матки кюреткой составили 3,33%, после вакуум-аспирации аппаратами Мелкс—Розе и Зубеева от 1 до 1,5%.

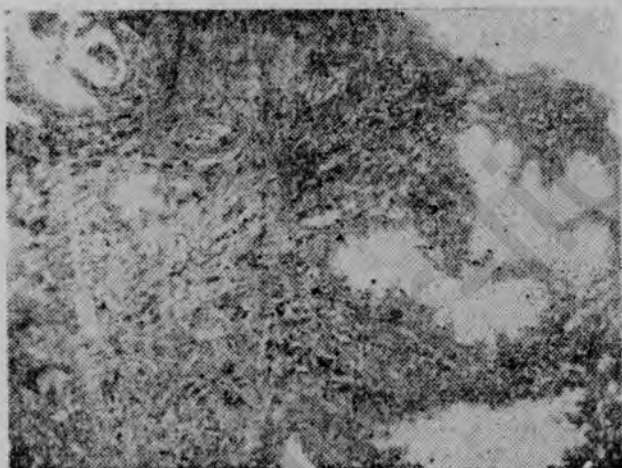


Рис. 17. Беременность 8 недель. Искусственный аборт методом аспирации (аппарат Мелкс—Розе). Видны единичные базальные железы, отдельные мышечные элементы. Ув. 10×7.

Воспалительные заболевания половых органов после выскабливания матки кюреткой наблюдались в 6,53% случаев, при применении аппарата Мелкс—Розе — в 3,24%, при использовании аппарата Зубеева — в 3,97% случаев. Обычно обострялись старые воспалительные процессы гениталий и реже — возникали новые.

У большинства женщин (в среднем у 65%) независимо от метода прерывания беременности, наиболее часто очередная после аборта менструация появлялась через 4 недели. У остальных женщин первые менструации после аборта наступали в разные сроки: через 3, 5, 6, 7 недель. Смещение во времени появления очередной менструации после выскабливания мат-

ки кюреткой до 5 недель свидетельствует, по-видимому, о более выраженном травмировании эндометрия при этой операции и последующей замедленной его регенерации.

По сравнению с использованием кюретки при применении вакуум-аппарата Мелкс—Розе число временных расстройств менструального цикла после аборта уменьшилось в 2,6 раза, число стойких нарушений — в 4,1 раза; при применении аппарата Зубеева — соответственно — в 2,5 и 3,2 раза.

О. Д. Мацпанова (1968), основываясь на результатах изучения 6500 операций искусственного аборта, произведенных методом вакуум-аспирации, указывает на отсутствие перфораций матки, связывая это с исключением таких травмирующих инструментов, как кюретка, абортцанг и дилататоры Гегара (вместо последних применялся виброрасширитель). Повторная аспирация имела место в 1,66% случаев, гематометра наблюдалась в 0,67% и субинволюция матки — в 0,33% случаев. Воспалительные процессы матки и придатков непосредственно после вакуум-аспирации отмечены в 0,22% случаев.

О. Д. Мацпанова разработала метод прерывания беременности в ранние сроки и применила его у 318 женщин. При задержке месячных на 6—10 дней используется метод аспирации. Операция производится в течение 5—10 секунд без расширения шеечного канала, малоблезненна; меньше травмируется матка; кровопотеря ничтожная (10—15 мл) и, что особенно важно, снижается гормональная травма при прерывании беременности в ранние сроки.

Возьмем пациентку на стол и приступим к операции.

Женщина уложена на гинекологическое кресло и подготовлена к операции искусственного аборта. Шейка матки обнажена при помощи зеркал, передняя губа захвачена пулевыми щипцами и низведена. Своды влагалища и шейка матки протерты сухим шариком, а затем со спиртом. В заднебоковые своды влагалища сначала справа, а затем слева введено по 40 мл, а в передний свод — 20 мл 0,25% раствора новокаина. Длина полости матки по зонду до операции — 10 см. Произведено расширение канала шейки матки дилаторами Гегара до № 10. В полость матки введен наконечник Зубеева № 8. Включен вакуум-аппарат для проверки, создает ли он вакуум. Затем наконечник соединен с вакуум-отсасывателем. Удалено плодное яйцо. Длина полости матки — 9 см. Матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Наружный зев шейки и места укола после снятия пулевых щипцов смазаны настойкой йода. Влагалище протерто марлевым шариком, удалено зеркало. Длительность операции 1 минута 40 секунд. Кровопотеря — 140 мл.

Женщина перевезена в палату. На низ живота положен пузырь со льдом. Вечерняя температура 37°, пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. В 1-й день выделения кровянистые. Вечером женщине разрешено встать. На 2-й день выделения серозные. На 3-й день после произведенного влагалищного исследования выписана из клиники.

При решении вопроса о выписке женщин из стационара после искусственного аборта обычно руководствуются общим состоянием, характером выделений из половых путей, данными температуры и влагалищного исследования.

Продолжительность кровянистых выделений после искусственного аборта зависит от сократительной способности матки, от замедленной регенерации эндометрия, в связи с «недоскабливанием» или «перескабливанием» ее стенки, от гипострогении или нарушения функции яичников (И. С. Розовский, 1966; Е. И. Кватер, 1967, и др.), от нейродистрофических расстройств, при травме нервно-рецепторного аппарата матки (М. А. Петров-Маслаков, 1952), от экстрагенитальных заболеваний и других причин.

При разных методах искусственного аборта кровянистые выделения из половых путей в течение первых трех дней прекращались примерно в одинаковом проценте случаев (86—90%).

При спокойном течении послеабортного периода женщин выписывали из стационара на 3—4 сутки, хотя такой срок выписки, по мнению некоторых авторов, не является научно обоснованным, потому что эпителизация раневой поверхности матки после выскабливания ее определяется в разные сроки — от 5—6 дня и заканчивается к 8—9 дню (Е. Ф. Беляева и С. Б. Голубчин, 1927; И. И. Яковлев, 1928; Б. И. Литвак и Е. Викторовская, 1935, и др.).

Э. И. Мелкс и Б. О. Пресс (1962), изучая регенерацию слизистой оболочки матки, отмечали, что регенерация ее после прерывания беременности происходит быстрее, чем после выскабливания. Частичная эпителизация раневой поверхности ими была обнаружена уже на 5-й, а полная — в некоторых случаях на 6-й день.

По мнению Е. Ф. Беляевой, И. И. Яковлева и других, нормальное строение эндометрий после аборта методом выскабливания приобретает за время не меньше 3 недель.

После выскабливания беременной матки кюреткой на 3—4-й день выписались 93,67%, после использования вакуум-аппаратов Мелкс—Розе — 95,34% и Зубеева — 95,67%.

**Краткий эликриз.** Повторнобеременная женщина поступила для искусственного прерывания беременности при сроке 8 недель. Противопоказаний к операции не обнаружено. Под местной анестезией расширен цервикальный канал расширителем Гегара до № 10 и произведена аспирация плодного яйца. Послеоперационный период протекал гладко и на 3-й день женщина выписана домой.

**ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО  
СЕЧЕНИЕ ПО Ю. А. ЛЕЙБЧИКУ  
ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВЫКИДЫШЕ**

Беременная Б., 26 лет, поступила в клинику 23. III 1950 г. для производства искусственного аборта.

У Б. желчнокаменная болезнь и, по заключению специалистов, она нуждается в срочном прерывании беременности.

Половой жизнью живет 4 года. В 1948 г. были нормальные роды, абортов не было. Последняя менструация была 5. XII 1949 г. Через брюшную стенку определяется беременная матка, по величине соответствующая 14—15 неделям беременности. Наружные половые органы без изменений, из влагалища выделения слизистые, в небольшом количестве. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный. Матка в антеверзии, размягчена, величина ее соответствует 14—15 неделям беременности. Своды свободны. При бактериоскопическом исследовании выделений из влагалища обнаружена 3-я степень чистоты.

*Показано прерывание беременности. Но как его произвести?*

Обычный искусственный аборт, производимый путем расширения шейного канала и выскабливания беременной матки, в данном случае не применим, так как срок беременности свыше 3 месяцев. При поздних сроках беременности для ее прерывания применяют: малое кесарево сечение, влагалищное кесарево сечение, метрейризм, заоболочечное вливание жидкостей, бужирование и прокол плодных оболочек.

Бужирование и прокол плодных оболочек, производимые с целью вызывания аборта, мало эффективны, опасны в смысле развития инфекции, так как от момента прокола оболочек до наступления родовой деятельности и выкидыша проходит длительный промежуток времени, исчисляемый несколькими сутками. Этот метод применять не следует.

Однако разрыв плодного пузыря может быть в некоторых случаях использован, если предварительно провести соответствующую подготовку. После назначения эстрогенов, витаминов С и В, кальция и глюкозы, производят разрыв оболочек и назначают спазмолитики и капельное внутривенное введение окситоцина.

Малое кесарево сечение требует применения чревосечения, оставляет после себя спайки, рубец на теле матки, приводящий в той или иной мере к ее неполноценности. В акушерской практике малое кесарево сечение применяют в отдельных случаях, когда вместе с прерыванием беременности по медицинским показаниям должна быть произведена по специальному решению врачебной комиссии и стерилизация. Кроме того, малое кесарево сечение является неизбежной операцией при

необходимости быстро прервать беременность при предлежании плаценты и декомпенсации сердечной деятельности. Методика малого кесарева сечения ничем не отличается от операции, производимой при жизнеспособном плоде.

Влагалищное кесарево сечение, по мнению многих отечественных акушеров (Г. Г. Гентер, 1937; К. Н. Жмакин, 1954; А. И. Петченко, 1954; М. С. Малиновский, 1955; И. Ф. Жордания, 1959, и др.), является методом выбора при необходимости прерывания беременности в поздние сроки. Однако эта операция требует определенного опыта в оперативной технике влагалищных операций. Описаны отдельные случаи ранений мочевого пузыря. Преимуществами операции является то, что она производится со стороны влагалища без вскрытия брюшной полости, не уродует матку и сопровождается небольшой потерей крови. Этими преимуществами указанная операция выгодно отличается от абдоминального малого кесарева сечения.

При влагалищном кесаревом сечении возможен надрыв операционного разреза и связанное с этим кровотечение. Иногда наблюдается повреждение брюшины, особенно при малых сроках беременности, когда она труднее отслаивается. При отслойке мочевого пузыря и брюшины следует придерживаться средней линии шейки и нижнего сегмента. Надрывы разреза возникают при грубых манипуляциях или при недостаточной величине разреза.

После влагалищного кесарева сечения остается рубец на шейке матки, который может явиться причиной воспалительного процесса и глубокого разрыва шейки при родах. О. С. Парсамов (1939), М. Н. Лехтман (1959) наблюдали выворот матки после влагалищного кесарева сечения. К. К. Скробанский (1937), Л. Д. Заяц (1957), Н. А. Цовьянов, И. М. Старовойтов (1959) и др. предпочитают бескровное расширение шейечного канала, применяя метрейриз. И. Ф. Жордания (1959) считает метрейриз методом выбора при искусственном прерывании беременности по медицинским показаниям в поздние ее сроки. Недостатки метрейриза — длительное пребывание метрейринтера в матке и связанная с этим опасность инфицирования полости матки; довольно частое применение других оперативных вмешательств с целью закончить опорожнение беременной матки.

Метрейриз в настоящее время используют очень редко и в основном его применяют только после 20 недель беременности. Кроме того, при этом целесообразно повысить возбудимость матки до метрейриза и усиливать вызванные сокращения назначением медикаментозных средств.

Для введения метрейринтера в матку при беременности до 28 недель требуется предварительное расширение цервикального канала, что может сопровождаться разрывами шейки. Применение метрейринтера с постоянным его натяжением подвешенным грузом увеличивает опасность разрывов шейки матки, число которых, по К. Н. Жмакину, при метрейризе достигает 24%.

Э. М. Собестианский (1905) предложил подключать к метрейринтеру бюретку, которая, по его мнению, способствует установлению оптимального давления в метрейринтере, исключая повышение давления в нем до пределов, угрожающих целости шейки. Предложенная Собестианским методика не только позволяет снизить количество разрывов шейки, но и сказывается благоприятно на характере родовой деятельности, вызванной применением метрейринтера.

Наблюдения, проведенные И. М. Старовойтовым (1959) в акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института в 1951—1955 гг. показали, что метрейриз с постоянным натяжением метрейринтера подвешенным к нему грузом нередко сопровождается беспорядочными сокращениями матки и может приводить к спастическому сокращению шейки матки. Это, по-видимому, является результатом длительного непрерывного раздражения нервно-рецепторного аппарата матки при постоянном давлении метрейринтера на ее стенки.

И. М. Старовойтов предложил заполнять метрейринтер жидкостью, соединяя его с двумя стандартными ампулами, применяемыми для сбора донорской крови. Во время сокращения матки жидкость из метрейринтера устремляется в сообщающуюся с ним ампулу и из нее после схватки поступает обратно в метрейринтер. В результате изменения объема метрейринтера на стенку матки оказывается как бы прерывистое действие, раскрытие зева матки происходит не за счет механического растяжения, а в результате вызванной метрейризом сократительной деятельности матки, которая в данном случае носит физиологический характер. Развитие физиологических схваток во время метрейриза наблюдается только при определенном давлении в метрейринтере, которое достигается соответствующим поднятием ампулы на нужный уровень.

Ампулу с жидкостью (раствор риванола 1:2000) И. М. Старовойтов рекомендует устанавливать на 45—100 см выше уровня кровати, на которой лежит беременная. Уровень жидкости в ампуле следует повышать постепенно, следя за тем, чтобы у беременной не возникало неприятных ощущений. При натуживании роженицы и схватках уровень жидкости

в ампуле повышается. Быстрое падение уровня жидкости указывает на разрыв метрейринтера или соединительных трубок. Если появляются частые, болезненные схватки, ампула с жидкостью опускается, при недостаточном развитии схваток — поднимается.

При прерывании беременности в сроки до 28 недель с целью возбуждения родовой деятельности И. М. Старовойтов применял метрейринтеры емкостью в 250—450 мл.

Нахождение метрейринтера в матке свыше 12 часов ухудшает течение послеоперационного (послеабортного) периода. И. М. Старовойтов с помощью внутренней гистерографии показал, что хорошие схватки держатся в первые 8—12 часов от момента введения метрейринтера в матку и не прекращаются после его извлечения. Если же метрейризм в течение 8—12 часов не дал нужного эффекта, то дальнейшее нахождение метрейринтера в матке бесполезно. При спастическом сокращении шейки метрейризм также оказывается не эффективным.

Исходя из сказанного, метрейринтер не следует оставлять в матке свыше 12 часов, и после его извлечения, пользуясь достигнутым расширением шеечного канала, применять дополнительные вмешательства с целью закончить выкидыш (разрыв оболочек, пальцевое или инструментальное извлечение плода, прободение последующей головки, пальцевое удаление последа).

Заоболочечное введение жидкостей с целью прерывания беременности в поздние ее сроки предложено было М. М. Мироновым (1927). Э. М. Каплун (1938) на основании большого количества экспериментальных и клинических исследований рекомендовал вливать за оболочки риванол в разведениях 1:2000 или 1:4000. Ряд авторов (Э. М. Каплун, 1938; Л. И. Канторович, 1957; И. И. Яковлев, 1961 и др.) сообщают об успешном применении заоболочечного вливания риванола для прерывания беременности в поздние ее сроки.

К. Н. Жмакин (1953) считает, что вливание за оболочки показано только в исключительных случаях, например, для прерывания беременности при сифилисе. И. И. Яковлев (1949), Г. Е. Гофман (1954) и ряд других авторов не находят противопоказаний к применению этого метода.

Однако многие акушеры и мы полагаем, что этот метод не должен применяться; так как заоболочечное вливание жидкости имеет ряд противопоказаний при многих заболеваниях; описаны случаи острой почечной недостаточности после применения заоболочечного введения раствора риванола (А. Я. Пытель и И. Н. Кучинский, 1966).

Отрицательные стороны этого метода: возникновение в отдельных случаях тяжелых осложнений в форме общей интоксикации; длительное течение аборта (в среднем 34 часа); частая необходимость применения дополнительных оперативных вмешательств.

Противопоказания к применению операции заоболочечного вливания риванола и других средств:

- а) заболевания сердечно-сосудистой системы;
- б) заболевания почек;
- в) заболевания печени;
- г) инфантилизм, аномалии развития матки;
- д) рубцы на матке после операции кесарева сечения, вылушения узлов фибромиомы, при перфорациях матки и т. п.;
- е) беременность при наличии фибромиомы матки;
- ж) многоводие;
- з) подозрение на предлежание плаценты.

За последние годы в печати и в докладах на V Международном конгрессе акушеров-гинекологов (1967) ряд авторов указывает на успешное применение интраовулярных введений гипертонических растворов с целью прерывания беременности. Так, Bengtsson (1967) сообщил о 2000 женщинах, у которых аборт в позднем сроке был вызван введением интраамнионоально гипертонических растворов хлористого натрия (20%) и глюкозы (50%) в количестве 200 мл.

Хороший результат при вызывании искусственного аборта интраамнионоальным введением гипертонического раствора хлористого натрия отмечают Б. Л. Гуртовой (1966), Г. А. Палади (1972) и другие.

*Какой же метод прерывания беременности мы изберем для нашей пациентки?*

Перед нами тяжело больная женщина с частыми приступами желчнокаменной болезни. Состояние ее требует немедленного прерывания беременности.

Метрейриз, заоболочечное вливание риванола и другие консервативные методы отпадают, так как при этом течение аборта затягивается, опасность инфицирования больше, чем при хирургических вмешательствах. Кроме того, консервативные методы могут не дать нужного эффекта. Дополнительные вмешательства далеко не безразличны при тяжелом состоянии больной.

Из хирургических вмешательств уместным было бы малое кесарево сечение под местной анестезией с одновременной стерилизацией, учитывая тяжелую форму заболевания. Но со-



временные методы лечения желчнокаменной болезни позволяют надеяться на излечение больной. Лишить молодую женщину перспективы материнства нет достаточных оснований, да и сама больная желает сохранить возможность в будущем стать матерью.

Поскольку вопрос о стерилизации отпадает, то абдоминальное кесарево сечение производить нецелесообразно, а лучше сделать влагалищное кесарево сечение.

Существует несколько модификаций влагалищного кесарева сечения, из которых лучшим методом считается способ Ю. А. Лейбчика, сообщенный им в 1924 г. на VI. Всесоюзном съезде акушеров в Москве.

Методика операции по Ю. А. Лейбчику такова: во влагалище вводят зеркало, шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят ко входу во влагалище. Затем производят расширение шеечного канала расширителями Гегара до № 13—14, последний расширитель не вынимают. После этого делают дугообразный разрез стенки переднего свода влагалища, отступя на 2—3 см от наружного зева, ниже границы мочевого пузыря длиной 4,5—5 см. Верхний край полулунного разреза приподнимают хирургическим пинцетом и видимые при этом соединительнотканые волокна рассекают ножницами, концы которых должны быть обращены в сторону шейки матки. Мочевой пузырь тупым путем отодвигают возможно выше и смещают вверх введенным подъемником (рис. 18). При этом становится видна блестящая маточно-пузырная складка брюшины, которую осторожно тупым путем отодвигают вверх и берут на подъемник. Указанная складка ощущается пальцем как тонкая скользящая ткань.

Ориентируясь на расширитель, производят рассечение скальпелем передней стенки шейки матки в направлении сверху вниз, не доходя на 2 см до наружного зева. Расширитель из шеечного канала извлекают, разрез шейки удлиняют ножницами, заходя выше внутреннего зева на область нижнего сегмента. Созданное отверстие должно пропускать два пальца. Край разреза захватывают пулевыми щипцами и подтягивают книзу. В раневое отверстие на шейке выпячиваются оболочки, которые тут же вскрывают. Пулевые щипцы снимают, извлекают из влагалища зеркало. Оперирующий вводит два пальца в матку и, поддерживая второй рукой через переднюю брюшную стенку дно матки, захватывает ножку или ножки плода, удаляет плод, затем послед. В некоторых случаях плод захватывают не пальцами, а абортцангом и медленно извлекают туловище. Головку лучше всего перфорировать остроконечными ножницами, прежде чем извлекать ее,

учитывая, что она легко может оторваться. После этого тупой большой кюреткой выскабливают остатки плодного яйца и децидуальной оболочки, тщательно проверяя кюреткой углы маточной полости. Разрез шейки матки зашивают узловатыми кетгутовыми швами, начиная с верхнего угла раны. В толщу стенки шейки вводят 1 мл эргометрина или питуитрина (3 ед.). Несколькими швами фиксируют мочевой пузырь к шейке матки. Разрез стенки влагалища зашивают непрерывным кетгутовым швом.



Рис. 18. Влагалищное кесарево сечение по Ю. А. Лейбчику: *а* — отсепаровка слизистой влагалища и отведение вверх мочевого пузыря; *б* — рассечение шейки матки.

З. Я. Гендон (1957) удачно видоизменил модификацию Ю. С. Лейбчика, внося следующие дополнения: 1) расширение шейечного канала бужами Гегара до № 13—14; 2) перед рассечением передней стенки шейки расширитель нужно извлекать из шейечного канала и вводить металлический шпатель. При рассечении скальпелем шейки матки над плоской поверхностью шпателя предупреждается соскальзывание скальпеля с намеченной линии разреза, особенно в области внутреннего зева, и возможное при этом ранение мочевого пузыря; 3) продольный разрез стенки шейки матки производится скальпелем вначале длиной 2,5—3 см в направлении сверху вниз, не

доходя до нижнего края полулунного разреза (рис. 19). Затем извлекают шпатель и на верхние края разреза через всю толщу шейки, симметрично с каждой стороны, накладывают провизорные шелковые лигатуры. Пулевые щипцы снимают с шейки матки и, подтянув шейку матки при помощи лигатур, увеличивают разрез ее кверху на 2—2,5 см выше

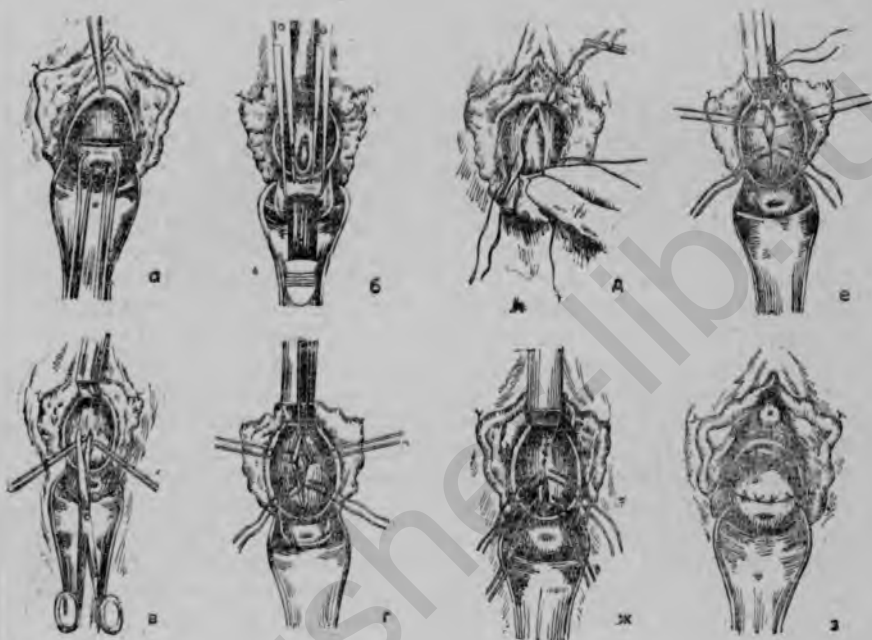


Рис. 19. Влагалищное кесарево сечение в модификации Лейбчика—Гендона, а — полулунный разрез на границе слизистой переднего свода и влагалищной части матки; б — рассечение шейки матки; в — наложение провизорных лигатур на верхние края разреза шейки и рассечение ее стенки ножницами; г — наложение провизорных лигатур на верхние края продолженного разреза шейки матки и на верхний угол раны; д — извлечение плода за ножку; е, ж — наложение узловатых кетгутовых швов на разрез шейки матки; з — полулунный разрез в области свода и шейки матки зашит.

наложенных лигатур. На верхние края разреза накладывают вторую пару лигатур и, подтягивая за них шейку, ножницами удлиняют разрез до внутреннего зева включительно. Над верхним углом разреза накладывают последнюю провизорную лигатуру (рис. 19, а). При зашивании разреза провизорные лигатуры последовательно срезают (рис. 19, ж).

Д. О. Отт и Heinsius (1924) предложили модификацию влагалищного кесарева сечения, при которой переднюю стенку

Влагалища рассекают продольным разрезом, а матку вскрывают выше внутреннего зева без предварительного расширения шейечного канала (из боязни занесения инфекции). Особых преимуществ подобная модификация перед операцией по Лейбчику не имеет, так как при инфицированной шейке и операцию по способу Лейбчика можно произвести без введения расширителей в шейечный канал.

При влагалищном кесаревом сечении по Лейбчику матку вскрывают на небольшом участке выше и ниже внутреннего зева и зашивание операционной раны осуществляют легко, шейка не деформируется. Указанная операция выполнима до 5 месяцев беременности; свыше этого срока (хотя некоторые акушеры и производят ее) технически трудно выполнима.

Операцию *hysterotomia vaginalis anterior*, при которой рассекают всю переднюю стенку шейки и нижний сегмент матки для создания более широкого доступа в матку, применяют для прерывания беременности свыше 6 месяцев. При этой операции рассекают наружный зев, и если шейка заживает вторичным натяжением, передняя губа влагалищной части остается развороченной, а шейечный канал — зияющим.

Предлагавшиеся различными авторами другие модификации влагалищного кесарева сечения не имели преимуществ перед описанными выше и в настоящее время не находят применения. Операция может быть произведена под местной анестезией и наркозом, в зависимости от состояния больной и других условий.

Учитывая все сказанное и принимая во внимание состояние больной, мы решили применить влагалищное кесарево сечение по Ю. А. Лейбчику под местной анестезией. Согласие пациентки получено.

25. III в 10 часов беременной введен под кожу 1 мл 2% пантопона и она взята в операционную. После обычной подготовки наружных половых органов во влагалище введены широкое зеркало и подъемник. Влагалищная часть шейки и своды влагалища протерты спиртом и смазаны 5% настойкой йода. Шейка матки захвачена 2 пулевыми щипцами и оттянута вверх и в стороны, в задне-боковые своды с обеих сторон введено по 50 мл 0,25% раствора новокаина. После этого шейка низведена ко входу во влагалище. Несколькими уколами в переднюю стенку влагалища в область предполагаемого разреза введен раствор новокаина. Шейечный канал расширен бужами до № 12 и последний расширитель оставлен в канале. В области переднего свода влагалища, с отступом от наружного зева на 3 см скальпелем сделан дугообразный разрез. Раствор новокаина введен в предпузырную клетчатку и между мочевым пузырем и шейкой матки. Тупым путем мочевой пузырь легко отодвинут вверх, стала видна блестящая брюшина пузырно-маточной складки, которая также отодвинута вверх и взята на подъемник вместе с мочевым пузырем.

Ориентируясь на расширитель, оператор произвел продольный разрез передней стенки шейки, отступя на 2—2,5 см от наружного зева. Расшири-

тель из шеечного канала удален, разрез (ножницами) продолжен за область внутреннего зева. В раневое отверстие стали выпячиваться оболочки плодного яйца, после разрыва которых околоплодные воды вытекли. Пулевые щипцы сняты, удалены зеркала из влагалища. Оператор ввел через отверстие в шейке 2 пальца в матку и, поддерживая второй рукой дно матки, захватил ножку плода и извлек ее. Удерживая выведенную в рану ножку плода, снова ввел во влагалище зеркала. Шейка захвачена пулевыми щипцами и низведена ко входу во влагалище. Осторожно (за ножку) извлечено туловище плода, головка его стала видна в раневое отверстие. Она перфорирована скальпелем, захвачена пулевыми щипцами и извлечена. После захвачен абортцангом и удален. Матка выскоблена кюреткой, хорошо сократилась. Кровотечение умеренное. В шейку матки введен эрготин. Рана шейки зашита узловатыми кетгутowymi швами. Мочевой пузырь подшит к шейке 3 швами и на разрез влагалища наложен непрерывный кетгутový шов.

Больная перевезена в палату, на низ живота положен лед, назначен эрготетрин.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Выделения были умеренные. Влагалищная рана зажила первичным натяжением. На 8-й день больная выписана под наблюдение терапевта.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина, страдающая тяжелыми и частыми приступами желчнокаменной болезни, поступила для искусственного прерывания беременности при сроке 14—15 недель. Произведено влагалищное кесарево сечение под местной анестезией. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений.

#### **ПРОБОДЕНИЕ МАТКИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ВЫКИДЫШЕ. ЧРЕВОСЕЧЕНИЕ**

**Беременная У.,** 25 лет, поступила в клинику 17. XII 1955 г. для прерывания беременности.

Менструации наступили в 16 лет, через 28 дней, по 3 дня, без болей. Последние месячные были 16. IX. Эта беременность — третья. Первые две беременности закончились нормальными родами; последние роды — 7 месяцев назад.

Общее состояние хорошее. Внутренние органы без отклонений от нормы. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище как у рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев щелевидный, закрыт. Матка в anteversio-flexio, увеличена соответственно 12 неделям беременности, размягчена. Своды свободны, безболезненны. В мазках из выделений влагалища и шейки матки до 7—10 лейкоцитов, палочковая флора.

17. XII в 12 часов больная взята на операционный стол. После обычной подготовки к влагалищной операции шейечный канал расширен расширителями Гегара до № 13. Кюреткой и абортцангом удалена часть плодного яйца. При повторном вхождении в полость матки абортцанг «провалился» в брюшную полость, уйдя за пределы матки. При обратном извлечении абортцанга из шеечного канала выпал кусок сальника. Операция немедленно прекращена.

Итак, при выскабливании беременной матки произошла перфорация ее стенки с выпадением сальника.

Диагноз не вызывает сомнений, и нужно срочно решать, что делать.

1. Ввиду того, что прободение произошло в больничной обстановке, полость матки опорожнена, кровотечения и перитонеальных явлений нет, вести больную консервативно.

2. Во время операции врач пользовался абортцангом, извлек через перфорационное отверстие сальник, и не исключена возможность повреждения внутренних органов — показано срочное чревосечение с удалением поврежденной матки.

3. Необходимо произвести срочное чревосечение, выяснить характер повреждения матки, осмотреть внутренние органы. Рану матки зашить.

Консервативное лечение может применяться при прободении матки, если прободное отверстие небольшое, внутреннее кровотечение отсутствует, нет признаков инфекции и повреждения внутренних органов или их выпадения через перфорационное отверстие. Обычно это возможно при прободении матки зондом, расширителем, иногда малой кюреткой, а также при условии, что вслед за прободением были сразу прекращены все манипуляции. Благоприятным обстоятельством является полное опорожнение матки перед прободением. Задержка в матке частей плодного яйца приводит к кровотечению, мешаает сокращению матки и закрытию перфорационного отверстия. И. И. Яковлев (1966) считает, что опытный клиницист при наличии перфорации может закончить выскабливание. И. Л. Брауде (1959), Г. Г. Гентер (1937), И. Ф. Жордана (1959) придерживаются противоположного мнения.

В подобных случаях при прободении матки операция немедленно приостанавливается, инструменты осторожно удаляются. Больной назначается полный покой, холод на низ живота, пенициллин и сокращающие матку средства (питуитрин, эрготин и др.). За больной проводится строжайшее наблюдение, чтобы не пропустить начинающегося кровотечения или симптомов развивающегося перитонита, требующих оперативного вмешательства. Если пульс не учащен, температура не повышена и симптом Щеткина—Блюмберга в гипогастриальной области отрицательный — можно продолжать консервативное лечение.

Прогноз в этих случаях обычно благоприятный. Образовавшаяся рана матки малых размеров, кровотечение незначительное. Если в дугласовом кармане и образуется небольшое скопление крови в виде замочной кровавой опухоли, то последняя быстро рассасывается. Сильные сокращения ма-

точной мускулатуры способствуют закрытию перфорационного отверстия, что препятствует проникновению инфекции из матки в брюшную полость. Если в перфорационном канале ущемляется сальник, это сопровождается образованием спаек.

Если же оператор не уловил момента, в который произошло прободение, и продолжал выскабливание или вводил абортцанг, корнцанг или большую кюретку в матку, то через прободное отверстие мог попасть инструментом в брюшную полость, нанеся повреждения внутренним органам. В этом случае консервативный метод лечения чрезвычайно рискован и не должен применяться. Большое перфорационное отверстие обычно сопровождается кровотечением, при заживлении образуется широкий рубец, который при последующей беременности таит в себе угрозу разрыва матки. Попадание инфекции в брюшную полость или повреждение внутренних органов (кишки) может вызвать общий перитонит, развитие которого предупреждает только операция, произведенная вслед за прободением матки. Поэтому в подобных случаях и особенно при выпадении через перфорационное отверстие кишки или сальника показанным является немедленное чревосечение.

Больных, доставленных из другого лечебного учреждения с перфорацией матки, произведенной «чужой рукой», необходимо также оперировать. Это поможет спасти от тяжелых осложнений и даже от смерти не одну больную. Оперативное вмешательство вполне оправдано, даже если у больной окажется лишь небольшое перфорационное отверстие без других осложнений.

У нашей больной произошла перфорация матки при аборте и выпал сальник. Во время удаления плодного яйца в полость матки вводили большую кюретку и абортцанг. Отверстие в матке, по-видимому, значительных размеров, не исключена возможность повреждения внутренних органов. Ясно, что необходимо оперативное вмешательство. Пока готовятся к операции, разберем вопрос о диагностике прободений матки.

Распознавание неосложненных перфораций матки в ряде случаев представляет значительные затруднения.

На прободение матки обычно указывает то, что инструмент неожиданно «проваливается», уходит в полость матки на глубину, большую, чем ее длина, и не встречает сопротивления со стороны стенок матки (рис. 20). В редких случаях глубокое проникновение инструмента наблюдается и без прободения при внезапном атоническом состоянии матки и резком увеличении ее полости, что распознается при пальпации матки.

И. Л. Брауде (1959) указывает на то, что подозрение на прободение матки возникает, если во время выскабливания кюретка перестает удалять части плодного яйца, а кровотечение продолжается или усиливается. Такое положение в нача-

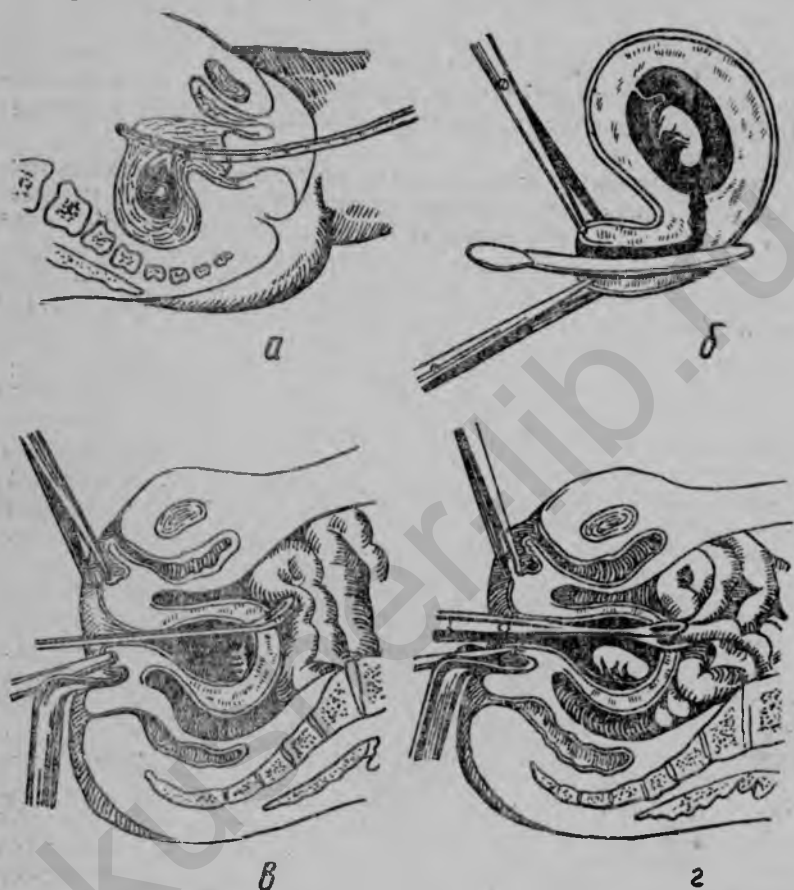


Рис. 20 Прободение матки зондом (а), расширителем (б), кюреткой (в) и abortными щипцами (г).

ле операции, когда плодное яйцо еще находится в матке, весьма подозрительно. Если же в конце операции части плодного яйца кюреткой не удаляются, а кровотечение продолжается, то либо опорожнение матки еще не закончено, либо кюретка экскурсирует в брюшной полости или в клетчатке таза. Острая боль и явления шока подкрепляют диагноз прободения матки.



Приводимый И. Л. Брауде симптом следует учитывать с осторожностью, так как в начале выскабливания неопытный врач может не сразу найти место прикрепления плодного яйца, и начавшееся кровотечение вызовет у него необоснованную тревогу.

Кровотечение в конце операции после полного удаления плодного яйца может зависеть от атонического состояния матки. Только в совокупности с другими признаками описанные И. Л. Брауде симптомы помогают поставить диагноз перфорации матки.

В сомнительных случаях (если возможность инфекции исключена) применяют пробное зондирование. Однако при малой величине перфорационного отверстия его можно и не обнаружить. Не исключена возможность и новой перфорации матки при настойчивом стремлении отыскать подозреваемое прободное отверстие. Пробное зондирование противопоказано при инфицировании полости матки.

Исходя из сказанного, ценность пробного зондирования невелика. При перфорации зондом, расширителем или малой кюреткой отверстие мало, осложнения обычно отсутствуют и так как большинство этих больных ведут консервативно, то пробное зондирование лишь может ухудшить положение. При осложненных перфорациях диагноз чаще всего не вызывает особых затруднений, а поскольку в этих случаях применяется чревосечение, то предварительное зондирование бесцельно.

И. Л. Брауде (1959) в тех случаях, когда имеются все основания подозревать перфорацию матки, а консервативное лечение представляет опасность, рекомендует производить вместо пробного чревосечения заднюю кольпотомию, позволяющую разрешить вопрос о прободении и зашить прободное отверстие.

Несомненно, задняя кольпотомия имеет преимущества перед чревосечением, особенно в инфицированных случаях. Однако в акушерско-гинекологической практике чаще применяют чревосечение, техника которого более знакома широкой массе врачей. Кроме того, при чревосечении осмотр матки и других органов брюшной полости и вмешательства на них при повреждениях осуществляются проще и лучше, чем при кольпотомии.

При осложненных прободениях матки, которые сопровождаются выпадением внутренних органов (сальника, кишки и др.), сильным кровотечением или шоком, диагноз нетруден. При обильном кровотечении можно иногда обнаружить свободную жидкость в брюшной полости или быстро увеличивающуюся гематому в широкой связке,

Признаки шока: бледность кожных покровов, холодный пот, падение пульса и артериального давления — появляются вслед за прободением и чувством сильной боли, связанной обычно с раздражением тазовой брюшины или повреждением, наносимыми инструментами или с натяжением брыжейки кишечника при извлечении петли кишки. Если манипуляции инструментами в брюшной полости прекращаются, признаки шока становятся слабо выраженными и могут остаться незамеченными или объясняться болевыми раздражениями при аборте и кровопотерей.

Неосложненная перфорация матки может пройти для больной незамеченной, — этого нельзя не учитывать.

На совершившуюся перфорацию может указывать извлечение из матки кусочков жировой ткани, свидетельствующих о повреждении сальника, брыжейки или жировых привесков толстой кишки.

Трудно бывает диагностировать прободение матки, если уже развилось воспаление брюшины и, анамнез не дает ясных указаний на возможность перфорации. При тяжелом состоянии больной и перитоните, вызванном прободением матки или другим процессом, с целью лечения показано чревосечение, при котором уточняется и диагноз.

В тех же случаях, когда воспаление захватывает не всю брюшину, правильная диагностика играет очень важную роль. При обычном воспалительном процессе в пределах малого таза наиболее разумным является консервативное лечение, а к операции прибегают лишь при образовании экссудата, да и то не у всех больных.

При воспалении же, вызванном перфорацией матки, наилучшие результаты дает оперативное лечение.

При дифференциальной диагностике помогает анамнез. Если до выскабливания матки не было воспалительного процесса, перитонеальные явления появились непосредственно вслед за выскабливанием и быстро развиваются, то это говорит за перфорацию. Однако такое развитие заболевания наблюдается не всегда при перфорации, явления могут нарастать медленно или же бурное развитие происходит после выскабливания, во время которого произошел прорыв в брюшную полость пиосальпинкса.

При неясности в диагнозе (воспаление или перфорация матки, вызвавшие перитонеальные явления), когда состояние больной не внушает серьезных опасений и прободение является сомнительным, приходится занимать выжидательную позицию. При этом применяется консервативное лечение (покой, холод на живот, антибиотики и т. п.) и строгое наблюдение

в условиях, допускающих применение операции при нарастающих перитонеальных явлениях.

С подобным положением нам пришлось неоднократно сталкиваться при внебольничных абортах, вызванных введением в матку различных жидкостей (мыльный раствор и т. п.). Такие больные поступали с начавшимся или неполным абортom и перитонеальными явлениями, которые при консервативном лечении уменьшались или исчезали в течение 6—12 часов.

Вернемся к нашей больной.

17.XII в 13 часов под общим эфирным наркозом начата операция. Продольным срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. В брюшной полости оказалось около 300 мл крови, которая удалена с помощью марлевых салфеток. Матка увеличена до размеров мужского кулака. На передней стенке матки несколько справа и ближе к внутреннему зеву имеется прободное отверстие размером 2×2 см, в которое втиснут сальник. Под брюшиной пузырно-маточного углубления имеется значительная гематома. В пузырно-маточном углублении лежит головка плода, которая тут же удалена. Сальник извлечен из перфорационного отверстия, он оказался неповрежденным. Вскрыта брюшина пузырно-маточного углубления. Удалены сгустки крови. Перфорационное отверстие расширено с помощью добавочного разреза длиной в 2 см и через него произведено выскабливание матки. Удалены остатки плодного яйца. Матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось. Перфорационное отверстие ушито узловатыми кетгутowymi швами и прикрыто брюшиной пузырно-маточного углубления, подшитой к матке непрерывным кетгутowym швом. Систематически осмотрен кишечник. На одной из петель тонкой кишки обнаружен кровоподтек и дефект серозного покрова 0,3×0,2 см. На этом месте наложено 2 кетгутowych шва. В брюшную полость влито 300 000 ЕД пенициллина. Рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Во время операции перелито 250 мл крови 0 (1) группы и 2 ампулы противошоковой жидкости.

Наша больная хорошо перенесла операцию и быстро поправилась. Однако ей пришлось подвергнуться чревосечению, и на матке остался рубец, снижающий полноценность маточной стенки. Кроме того, не всегда так благоприятно протекает послеоперационный период, описаны тяжелые осложнения и летальные исходы. Поэтому вопрос о профилактике прободений матки является чрезвычайно важным.

Одним из условий предупреждения перфорации матки при искусственном аборте является отказ от прерывания беременности путем выскабливания при сроках ее свыше 12 недель.

Перед операцией аборта необходимо произвести двучручное исследование с целью определения величины и положения матки. Отсутствие представления о величине и положении матки не позволяет врачу правильно избрать направление при введении инструмента и решить вопрос, на какую глубину его следует вводить. Нередко причиной перфорации матки при незнании ее положения являются резко выраженные антефлексия и ретрофлексия. Поэтому, как правило, непосредственно

на операционном столе проводят двуручное исследование, определяя величину и положение матки. Чтобы избежать прободения передней стенки матки при ретрофлексии, шейку матки захватывают пулевыми щипцами за переднюю губу и сильно подтягивают ее ко входу во влагалище по направлению к лонному сочленению, при этом сглаживается угол между телом и шейкой, выпрямляется шеечный канал (И. Л. Брауде).

А. М. Агаронов (1963) рекомендует при ретрофлексии матки захватывать пулевыми щипцами заднюю губу шейки, а при антефлексии — переднюю. Важно хорошо низвести шейку ко входу во влагалище, что выпрямляет шеечный канал, и вводить инструменты в матку с учетом ее положения. Так, при ретрофлексии расширители и кюретку вводят в положении с наклоном изади (книзу) и поднятием рукоятки вверх. При антефлексии рукоятку следует наклонять книзу, а конец инструмента вверх.

Следует избегать грубого форсированного расширения шеечного канала, а также использования расширителей свыше № 12 при беременности до 10 недель. При несоблюдении этого положения шейка матки трескается по расширителю. Разрыв чаще захватывает боковую стенку с той или другой стороны, причем наружная поверхность влагалищной части шейки остается неповрежденной. В разрыв иногда вовлекаются веточки маточных артерий, что сопровождается сильным наружным кровотечением или образованием гематомы между листками широкой связки.

Необходимо избегать применения большой силы при введении расширителя, потому что последний, преодолев сопротивление внутреннего зева и быстро проскальзывая в полость матки, легко может проткнуть ее стенку. Чувствуя сильное сопротивление в области внутреннего зева, следует возвратиться к предыдущему номеру расширителя и, введя его в шеечный канал, оставить в нем на 1 минуту, а затем извлечь и тут же ввести следующий номер. Лучше всего пользоваться расширителями с полуномерами. Весьма облегчает расширение шеечного канала местная анестезия, и, широко применяя этот метод обезболивания, мы обычно не сталкиваемся с трудностями при выполнении этого этапа операции искусственного аборта.

Если чрезмерное расширение шеечного канала чревато повреждениями шейки, то и недостаточное расширение таит в себе известные опасности. Неопытный оператор, стараясь оградить беременную от болезненных ощущений, производит недостаточное расширение шеечного канала, а затем вынужден

пользоваться кюреткой малого размера, а это таит в себе опасность повреждения растянутой и истонченной стенки матки при неудаленном плодном яйце. В иных случаях оператор берет большую кюретку и, стараясь провести ее в матку при недостаточном расширении шеечного канала, вынужден с силой ее проталкивать, травмируя стенки шейки. Плодное яйцо удаляют мелкими кусками, операция затягивается, кровотечение бывает больше чем обычно. В результате страдания оперируемой увеличиваются, оператор начинает нервничать, спешить, и это может только увеличивать опасность прободения матки.

Тщательное соблюдение ряда предосторожностей и умелое пользование инструментом в процессе операции являются необходимыми мероприятиями, предупреждающими прободение матки.

**Краткий эпикриз.** У повторнбеременной женщины, 25 лет, во время выскабливания произошла перфорация матки, был извлечен сальник. Произведено чревосечение. Остатки плодного яйца удалены через перфорационное отверстие, которое затем было зашито. Выздоровление.

**Беременная П.,** 22 лет, 2.1 1956 г. поступила в акушерское отделение для прерывания беременности. До этого была одна беременность, закончившаяся нормальными родами в 1953 г. Последняя менструация 10. XI. Беременность 8—9 недель.

После обычной подготовки к операции (местная анестезия 0,25% раствором новокаина) врач приступил к расширению шеечного канала. Произведено расширение цервикального канала расширителями Гегара до № 15. Несмотря на применение больших номеров расширителей ввести кюретку в полость матки не удалось: мешало какое-то препятствие. Вызванный на консультацию доцент попытался осторожно ввести маточный зонд в полость матки, но это ему не удалось. Зонд свободно проникал на глубину до 8—12 см в различных направлениях, не соответствовавших положению матки.

*Что же произошло? Почему оператор не мог ввести кюретку в полость матки?*

Отсутствие пороков развития матки и данные исследования зондом указывают, что, по-видимому, при расширении шеечного канала образовались ложные ходы, а внутренний зев остался закрытым. К возникновению ложных ходов (несквозной перфорации матки) могло привести нарушение правил при введении расширителей. Кроме того, применение их больших размеров при сроке беременности 8—9 недель могло сопровождаться разрывом стенки шейки с последующим введением расширителей по ложному направлению.

Больная лежит на операционном столе. Состояние ее удовлетворительное.

## Что делать?

Можем предположить несколько вариантов выхода из создавшегося положения.

1. Из-за наличия множественных повреждений стенок шейки, проникающих в параметрий, показано чревосечение.

2. Поскольку операция была начата, может появиться кровотечение. Нужно осторожно закончить расширение шейечного канала и произвести выскабливание матки.

3. Беременность не нарушена. Кровотечения из матки нет. Продолжать операцию при наличии несквозной перфорации матки опасно, перфорационное отверстие можно увеличить, сделать проникающим в брюшную полость.

Состояние больной удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения, ритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Наружного кровотечения нет и гематомы в параметрии не определяются. В данное время оснований для чревосечения нет. За больной необходимо установить строгий контроль, следить, не появятся ли признаки внутреннего кровотечения, связанные с образованием гематомы в параметрии.



Рис. 21. Неполная перфорация шейки матки.

Предложение закончить начатую операцию следует отвергнуть, как слишком рискованное, тем более, что целостность плодного яйца не нарушена и кровотечения из матки нет. Вводить в матку какой-либо инструмент при наличии свежей перфорации очень опасно. При этом расширитель или кюретка легко могут пойти по ложному направлению, увеличить перфорационное отверстие, проткнуть листок брюшины, покрывающий параметрий, и проникнуть в брюшную полость. Еще более опасным является введение в матку абортанга, которым, попав в брюшную полость, можно легко захватить вместо плодного яйца петлю кишки или сальник.

При наличии прободения матки, произведенного бужом во время расширения шейечного канала, тем более не проникающего в брюшную полость (рис. 21), как случилось у нашей

больной, можно ограничиться консервативными мероприятиями. К оперативному вмешательству приходится прибегать лишь в исключительных случаях, если в результате травмы шейки повреждаются артериальные веточки маточной артерии и наблюдается сильное кровотечение с образованием большой гематомы в параметрии.

Труднее решить вопрос, если при перфорации начато было выскабливание. В подобных случаях кровотечение из матки при наличии в последней частей плодного яйца может заставить решиться на продолжение выскабливания, которое в таких случаях следует производить весьма осторожно. При введении кюретки следует учитывать расположение перфорационного отверстия в шейке и всячески стараться миновать опасное место.

Операция прекращена. Больную перевезли в палату. На низ живота положили пузырь со льдом. Назначили инъекции пенициллина по 100 000 ЕД через 4 часа.

**Прободение матки при аборте.** Процент перфораций по данным разных авторов колеблется от сотых долей процента до 2,9 (А. С. Маджугинский, 1931—0,07%; З. Н. Якубова, 1957—0,08; И. С. Розовский, 1960—0,2; Р. Л. Шуб и др., 1961—0,09; Э. И. Мелкс, Г. Р. Бергмане, 1962—0,12; Е. А. Чернуха, 1964—0,08%; Mikulicz—Radecki, 1950—1,5; Schwenzer, 1956—2,9, Arvay и Raics, 1959—1,5%).

Однако эти цифры еще не отражают истины, так как часть перфораций остается нераспознанной или не регистрируется, вследствие того, что по разным причинам о произведенной перфорации умалчивают (С. К. Лесной, 1924; Д. О. Отт, 1929; Д. Е. Шмундак, 1928; Я. И. Русин, 1933, и др.).

По данным А. С. Маджугинского (1933), прободения матки при аборте в московских лечебных учреждениях встречались в 0,06%, в районных же больницах Московской области перфорации матки наблюдались в 0,15%. Lansen, Weil, Strassmann (1926) отмечают прободения матки при абортах в 0,6—0,8% случаев.

По Bisch E. (1950), перфорация матки при искусственном аборте наблюдалась в 0,38% случаев.

Чаще всего происходит перфорация тела матки, которая, по данным А. С. Маджугинского (1933), наблюдается в 91% случаев, Ренат (1926) — в 85, прободение шейки — соответственно в 9 и 15% случаев.

А. С. Маджугинский наблюдал из 69 случаев в 40 перфорацию тела матки в брюшную полость и в 29 — в параметральное пространство, причем у 13 больных из 29 образовались большие гематомы.

Прободение матки при аборте в условиях больницы происходит при внутриматочном применении инструментов. Перфорация матки может быть произведена любым инструментом и даже просто пальцем. Х. И. Барский (1932), А. С. Маджугинский, (1933); Е. А. Чернуха (1964); Рехан (1926) и др. указывают, что чаще всего повреждения матки при аборте наносятся кюреткой, более редко abortцангами щипцами и еще реже — расширителями. Особенно опасно применение дилататоров с острыми концами, маленьких кюреток и корнцанга, которые ни при каких условиях не должны применяться для удаления из матки частей плодного яйца. Abortцангом следует пользоваться лишь для удаления частей плодного яйца, уже раздробленного и отделенного от стенки матки. При сроках беременности до 10 недель обычно введение в полость матки abortцанга излишне, его следует применять для удаления частей плодного яйца, низведенных кюреткой в шейный канал. Из различных модификаций abortцангов лучшими являются щипцы Р. В. Кипарского и Зенгера с круглыми тупыми концами.

Кюретки малых размеров следует применять лишь после того, как большая часть плодного яйца удалена, матка сократилась и стенки ее стали плотными, а до этого используют тупоконечные кюретки больших размеров, которыми плодное яйцо разрушают и отделяют от стенок матки.

И. Л. Брауде (1959) указывает, что при нормальной беременности первых месяцев требуется изрядное усилие, чтобы маточным зондом произвести прободение матки. Для этого, как показали его исследования, затрачивается нагрузка в 1,5—2,5 кг.

Прободение матки более возможно при сроках беременности в 12 недель и больше, когда стенка матки сильно растянута и истончена, а полость ее велика и в ней трудно ориентироваться при выскабливании. Изменения маточной стенки, возникающие при инфантилизме, пороках развития, воспалительных заболеваниях и новообразованиях приводят к чрезмерной хрупкости, дряблости и истончению маточной стенки. При этих условиях прободение матки происходит особенно легко. Введение в полость матки корнцанга, имеющего острый конец, применение малой острой кюретки в начале выскабливания при несократившейся матке, а также неосведомленность о положении матки у данной беременной и неправильная техника операции в результате неопытности или спешки (торопливости) оператора — вот причины, способствующие возникновению перфорации матки.



У нашей больной перфорация была произведена расширителями в результате применения силы и недостаточной опытности оперирующего, который при сроке беременности в 8—9 недель произвел расширение шеечного канала расширителями до № 15.

10. I. Состояние больной хорошее. Пульс 68 ударов в минуту. Температура 36,4—36,8°. Живот мягкий, безболезненный. Выделения серозные, слегка окрашены кровью. Матка увеличена до 8—9 недель беременности, размягчена. Правый свод свободен. Слева от матки определяется тестоватая опухоль (гематома) величиной с куриное яйцо, безболезненная.

В течение последующих дней состояние больной оставалось без изменений. Гематома начала уменьшаться.

Повторная операция искусственного аборта после прободения матки расширителем или зондом при сохранившейся беременности, по мнению К. Н. Жмакина, может быть произведена через 3—4 недели. Некоторые акушеры считают возможной повторную операцию через более короткие сроки.

18. I. Решено было попытаться произвести искусственный аборт. Больная взята на операционный стол, однако из-за наличия множественных ложных ходов от расширения шеечного канала пришлось отказаться. Больную решили выписать с условием, что она придет через 3 недели.

19. I. Появился озноб, температура повысилась до 39,5°, пульс 116—120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Выделения из влагалища серозно-кровянистые, в незначительном количестве. Шейка цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка в антеверзии и слегка наклонена вправо, увеличена до 9 недель беременности, размягчена, безболезненна. В сводах свободно.

Назначен полный покой. Лед на низ живота. Стрептомицин по 250 000 ЕД 2 раза в день и пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа.

20. I. Температура тела 37,4—39,5°, пульс 102 удара в минуту, хорошее наполнения. Выделения из влагалища мажущиеся, кровянистые. Анализ крови: гемоглобина 55%, эритроцитов 3 100 000, лейкоцитов 4200. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 81%, лимфоцитов 18%, моноцитов 1%, РОЭ 26 мм/час по Панченкову.

20. I. В 21 час началось сильное кровотечение из влагалища. При исследовании оказалось, что шеечный канал пропускает палец и над зевом определяются части плодного яйца. Матка плотноватой консистенции, безболезненная, увеличена до 8—9 недель беременности. Своды свободны. Ввиду угрожающего кровотечения больная взята на операционный стол.

После обычной подготовки к операции во влагалище введены зеркала, шейка захвачена пулевыми щипцами. Без расширения шеечного канала в полость матки осторожно введена большая кюретка, которой легко удалено по частям плодное яйцо, уже отделившееся от стенок матки. Стенки матки осторожно проверены кюреткой. После этого матка хорошо сократилась и кровотечение прекратилось. Цервикальный канал смазан настойкой йода.

Больная перевезена в палату. Продолжены инъекции пенициллина и стрептомицина. На низ живота положен пузырь со льдом. Назначен хинин по 0,25 г 4 раза в день.

21. I. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту. Температура 36,5—37,1°. Живот мягкий, безболезненный. Выделения серозные, слегка окрашены кровью. Продолжены инъекции пенициллина и стрептомицина.

В последующие дни послеоперационный период протекал без осложнений. 2. II больная выписана из клиники по выздоровлению.

**Краткий эпикриз.** У повторнобеременной женщины при искусственном аборте во время расширения шейечного канала произошла перфорация стенки шейки, проникающая в параметрий. Операция была прекращена. Назначен лед на живот, пенициллин. На 10-й день повысилась температура до 39,5°, появились ознобы. На 11-й день начался выкидыш. При сильном кровотечении произведено выскабливание матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

### **ПРОБОДЕНИЕ МАТКИ ПРИ КРИМИНАЛЬНОМ ВЫКИДЫШЕ**

**Беременная К.,** 27 лет, доставлена в клинику из сельской участковой больницы 2. XII 1946 г. в 19 часов.

Менструации наступили в 14 лет, через 4 недели по 5 дней, не обильные. Последние месячные 30. VIII. Беременностей было три и все закончились нормальными родами. Считает себя больной с 27 ноября. С целью вызвать выкидыш больная сначала сама пробовала ввести в матку мыльный раствор, а затем ей помогала соседка, которая «раскрывала» матку костяным наконечником от спринцовки. Во время этих манипуляций было очень больно, затем началось кровотечение, которое продолжалось в течение 3 дней. 29. XI у больной повысилась температура до 39°, усилились боли внизу живота, выделения из влагалища стали зловонными. В участковой больнице она находилась 3 дня. Температура была все время высокая. Применялось лечение сульфаниламидными препаратами. Состояние больной становилось все более тяжелым. В клинику доставлена с диагнозом: септический криминальный аборт.

При поступлении в клинику состояние больной тяжелое. На лице лихорадочный румянец, температура 39,2°, пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, мягкий. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в норме, тоны сердца чистые, приглушены. Язык обложен сероватым налетом, сухой. Живот вздут, болезненный в нижнем отделе. Симптом Шеткина—Блюмберга нерезко выражен. В брюшной полости свободной жидкости не определяется. Контуры матки справа неясные, дно ее на 2 поперечных пальца над лоном. Из влагалища обильные кровянисто-гнойные выделения с резким гнилостным запахом. Влагалище свободное. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев свободно пропускает палец. Матка увеличена соответственно 9-недельной беременности, плотноватой консистенции, смещена влево и несколько кверху. Справа и спереди от матки определяется опухоль неравномерной консистенции, выпячивается правый свод. Левый свод свободен. При вхождении в шейечный канал палец сразу же попал в отверстие, ведущее в параметрий. Отверстие с неровными краями, по величине соответствует двум поперечным пальцам. В параметрии определяются части плода.

Перед нами больная с криминальным выкидышем, осложненным прободением матки. Состояние больной тяжелое, в параметрии разлагающиеся части плодного яйца.

*Необходимо принимать срочные меры, но какие?*

1. Необходимо произвести срочное чревосечение. Рассечь передний листок широкой связки, удалить из подбрюшинного пространства части плодного яйца и произвести экстирпацию перфорированной матки.

2. Чревосечение с экстирпацией матки приведет к неизбежному попаданию инфицированного содержимого из параметрия в брюшную полость и вызовет перитонит. Необходимо осторожно удалить части плодного яйца из подбрюшинного пространства и применить консервативное лечение.

3. Произвести чревосечение. Удалить из подбрюшинного пространства разлагающиеся части плода и вывести дренажную резиновую трубку во влагалище. Ввиду тяжелого состояния больной и опасности еще большего распространения инфекции матку не удалять.

Предложение проводить больной консервативное лечение имеет некоторые обоснования. Части плодного яйца можно удалить через имеющееся большое перфорационное отверстие при помощи пальца или абортцанга. В крайнем случае можно рассечь шейку от перфорационного отверстия до наружного зева, предварительно отслоив мочевой пузырь, чтобы расширить доступ к подбрюшинному пространству. Однако удаление «вслепую» частей плодного яйца, лежащего между листками широкой связки, сопряжено с опасностью повреждения маточной артерии или ее ветвей, мочеточника. Кроме того, при этом можно легко проткнуть листок брюшины, инфицированное содержимое выльется в брюшную полость и вызовет разлитой перитонит. Подобным путем нельзя надежно удалить все части плодного яйца, а оставшиеся куски будут продолжать разлагаться и служить в дальнейшем источником инфекции. Нам пришлось однажды наблюдать тяжелое течение заболевания при консервативном лечении у больной с перфорацией матки и выходением частей плодного яйца в подбрюшинное пространство. Ввиду явного развития инфекции и обильных гнойных выделений через перфорационное отверстие были удалены части плода и оболочек. Применены: дренаж подбрюшинного пространства, антибиотики, сульфаниламиды. Гнойное обильное отделяемое из параметрия через перфорационное отверстие увеличивалось с каждым днем, развилась картина септикопиемии, больная умерла. На секции в подбрюшинном пространстве были обнаружены разложившиеся остатки плодного яйца.

Консервативный метод лечения у нашей больной мы отвергаем и считаем, что следует применить чревосечение, которое позволит полностью убрать части плодного яйца из подбрюшинного пространства, обеспечить дренирование последнего и применить другие оперативные вмешательства, сообразуясь с теми изменениями, которые будут обнаружены при лапаротомии.

Пока готовятся к операции, разберем вопрос о методах оперативного вмешательства при прободениях матки во время аборта.

Влагалищные операции — передняя или задняя кольпотомия с осмотром матки и зашиванием прободного отверстия применимы, если нет предположения о возможности ранения других органов брюшной полости. Эти операции легче переносятся больной, менее опасны при наличии инфекции, позволяют хорошо дренировать брюшную полость через заднее кольпотомное отверстие. Однако техника этих операций, особенно осмотр матки и устранение повреждений, требуют определенного навыка в проведении влагалищных операций.

Предпочтение следует все же отдать чревосечению, техника которого более доступна широкой массе врачей. Чревосечение позволяет произвести более тщательный осмотр всех органов брюшной полости, а при подозрении на их повреждение, а также при гематомах в широкой связке лапаротомия является методом выбора.

Вскрыв брюшную полость, производят тщательный осмотр матки и, восстановив нарушенную целостность ее, приступают к осмотру сальника и кишечных петель. При подозрении на сквозное повреждение кишечника лучше сначала осмотреть кишечник и восстановить целостность кишечных петель, выведя поврежденную петлю из брюшной полости и обложив ее салфетками.

В большинстве случаев перфорационное отверстие стенки матки зашивают. Если края отверстия рваные, то их предварительно выравнивают ножницами и зашивают в два этажа узловатыми кетгутowymi швами. После этого ушитое прободное отверстие, расположенное на передней стенке, прикрывают брюшиной пузырно-маточного углубления, которая во время беременности рыхло соединена с мочевым пузырем и весьма подвижна. С этой же целью (если прободное отверстие расположено в верхней части тела матки) можно использовать передний листок широкой связки или круглые связки. При расположении перфорационного отверстия на задней стенке (если его ушивание было трудным — швы прорезывались) для его изоляции от брюшной полости можно воспользоваться куском резецированного сальника. Последний несколькими швами подшивается к стенке матки, прикрывая как заплаткой участок, где расположено ушитое прободное отверстие. Под брюшину в область зашитого прободного отверстия вводят 200 000—300 000 ЕД пенициллина. И. И. Яковлев вводит пенициллин в стенку матки по протяжению шва.

Если предполагается прободное отверстие зашить, то полость матки предварительно должна быть опорожнена от остатков плодного яйца. В большинстве случаев выскабливание матки производят со стороны брюшной полости через перфорационное отверстие, при необходимости несколько увеличив последнее небольшим разрезом.

В тех случаях, когда перфорационное отверстие ведет в подбрюшинное пространство или размеры его очень малы,



Рис. 22. Прободение шейки матки. Гематома широкой связки.

опорожнение матки можно произвести через влагалище. Выскабливание выполняет один из ассистентов, а оператор контролирует его действия со стороны брюшной полости, удерживая матку рукой и обложив ее марлевыми салфетками. Выскабливание матки после ее зашивания и закрытия брюшной полости не следует применять — оно опасно, так как можно нарушить целостность швов и произвести повторно прободение маточной стенки.

Выбирать метод опорожнения матки следует с учетом возраста женщины и ее детородной функции, не применяя в соответствующих случаях специальные разрезы маточной стенки или добавочное рассечение небольшого прободного отверстия. Опорожнение матки в подобных случаях целесообразнее произвести, применив выскабливание через влагалище при контроле со стороны брюшной полости.

При наличии гематомы в подбрюшинном пространстве, чаще всего между листками широкой связки (рис. 22), одни

акушеры предпочитают удалять матку, другие придерживаются противоположного мнения. По нашему мнению, удаление матки при небольших гематомах является необоснованным, а при обширных кровоизлияниях этот вопрос следует решать индивидуально. Если после удаления крови удается хорошо осуществить гемостаз, нет признаков выраженной инфекции и обширных повреждений маточной стенки, — удалять матку нет оснований.

При прободениях матки, осложненных образованием гематомы, производится чревосечение. Вскрыв брюшную полость и, определив расположение гематомы в подбрюшинном пространстве, рассекают над ней брюшину, в разрез вводят пластинчатые зеркала и разводят края раны. Чаще всего над гематомой рассекают передний листок широкой связки, проводя разрез между трубой и круглой связкой в направлении от матки к стенке таза. При надобности такой разрез можно увеличить, проводя его снаружи от воронкотазовой связки. И. Л. Брауде рекомендует предварительно перевязать воронкотазовую связку, пожертвовав придатками с одной стороны, а затем рассечь передний листок широкой связки вплоть до мочевого пузыря. Необходимость в этом возникает при обширных гематомах, доходящих до почечной области. Если гематома располагается в пузырьно-маточном углублении, то рассекают брюшину переходной складки между маткой и мочевым пузырем, увеличивая разрез в сторону широких связок.

После рассечения брюшинного листка марлевыми шариками, захваченными в зажим, удаляют сгустки крови и перевязывают кровотокающие сосуды. Обкалывание кровотокающих мест необходимо производить осторожно, следя за тем, чтобы не поранить мочеточник. С этой целью лучше всего после удаления гематомы проследить ход мочеточника и маточных сосудов, а затем, если они повреждены, перевязать их. Если остановить кровотечение в пропитанной кровью параметральной клетчатке невозможно, приходится перевязывать маточную артерию у места ее отхождения от подчревной или же перевязывать последнюю. У двух больных при обширных гематомах, возникших в результате прободения матки и ранения маточной артерии, нам удалось остановить сильное кровотечение только перевязкой подчревной артерии, так как попытки отыскать поврежденную маточную артерию оказывались безуспешными, а кровотечение при этом принимало профузный характер. Подчревную артерию осторожно, чтобы не повредить вены, постепенно выделяют из клетчатки на протяжении 3—4 см книзу, начиная от бифуркации общей подвздошной артерии. После этого тупой иглой Дешана подводят под арте-

рию толстую шелковую лигатуру и сосуд перевязывают, но ни в ком случае не перерезают (!).

Если прободение матки осложнено явной инфекцией, имеются обширные разрушения стенки матки или ранения маточных сосудов с образованием большой гематомы, а также проникающие ранения кишечника, мочевого пузыря, аппендикса, — больным показано удаление матки. Придатки матки, если они не повреждены, необходимо оставлять, особенно у женщин молодого возраста. Очень бережно следует относиться к сохранению яичников.

Обычно при осложненном прободении матки производят экстирпацию матки, которая предупреждает от повторных поступлений инфекции из матки и создает наилучшие условия для дренирования подбрюшинных пространств. Экстирпацию матки производят и при отсутствии признаков инфекции, если имеются обширные разрывы шейки с образованием больших гематом в параметриях. При локализации таких же повреждений в области тела матки достаточно произвести надвлагалищную ампутацию матки. При экстирпации или ампутации матки отпадает необходимость удалять остатки плодного яйца.

Экстирпацию перфорированной матки производят, как правило, при наличии злокачественных новообразований (рак, хорионэпителиома, деструктирующий пузырный занос). При прободении матки, осложненном перитонитом, большая может быть в таком тяжелом состоянии, что не перенесет экстирпацию матки, тогда лучше ограничиться лишь вскрытием брюшной полости и дренировать ее через задний свод и брюшную рану, обеспечив отток гноя.

При каждом прободении матки, особенно при осложненной перфорации, необходимо произвести тщательный осмотр органов брюшной полости, чтобы обнаружить повреждения кишечника, его брыжейки или сальника. Весь тонкий кишечник, петля за петлей, пропускают между пальцами и осматривают вместе с брыжейкой. После этого производят осмотр слепой кишки с аппендиксом, сигмы и видимой со стороны брюшной полости части прямой кишки. Затем осматривают сальник, повреждение которого может сопровождаться кровотечением.

Если кишечная петля разорвана на значительном протяжении или оторвана от брыжейки, приходится применять резекцию поврежденного участка. Подлежащую резекции поврежденную кишку не следует извлекать через перфорационное отверстие из влагалища ни до, ни после резекции, чтобы не загрязнить брюшную полость.

Д. О. Отт (1929) не рекомендует вправлять извлеченную во влагалище и поврежденную кишку, чтобы не загрязнить брюшную полость и не искать потом между петлями кишечника этот поврежденный участок. Витт (1905) советует резецированную часть кишки оставлять в матке и извлекать ее затем через влагалище.

Небольшие проникающие повреждения кишечника ушивают узловатыми шелковыми швами с помощью круглой (кишечной) иглы. Швы следует накладывать в поперечном направлении по отношению к кишечной трубке, чтобы не вызвать сужения просвета последней. При повреждении только серозного покрова или серозно-мышечного слоя кишки раневые поверхности также следует ушить с помощью узловатых шелковых швов. Кровоточащие сосуды сальника или брыжейки нужно осторожно обколоть и перевязать. При этом проводить иглу следует осторожно, не задевая сосуды, так как повреждение их, особенно в брыжейке, вызывает быстро нарастающую гематому.

При обследовании брюшной полости нужно обращать внимание и на удаление частей плодного яйца, которые при перфорации могли туда попасть.

Перед закрытием брюшной полости в нее и в параметральную клетчатку вводят антибиотики и зашивают брюшную рану. При перитоните дренируют брюшную полость через влагалище или разрезы брюшной стенки. Для дренажа следует пользоваться толстыми резиновыми трубками, через которые в послеоперационный период лучше осуществляется отток воспалительного экссудата, через них же можно вводить в брюшную полость антибиотики.

В послеоперационном периоде больным с перфорацией матки назначают переливание крови, сердечные средства, антибиотики. При перитонеальных явлениях очень хороший эффект оказывает введение капельным методом больших количеств кровозаменяющих жидкостей (до 2 и более литров) с добавлением 250—500 мл крови.

Таким образом, в каждом отдельном случае при операции индивидуально решается вопрос оставить или удалить перфорированную матку, учитывая возраст женщины, наличие у нее детей, обширность повреждения матки, наличие гематомы, повреждений других внутренних органов и признаков инфекции.

2. XII в 20 часов наша больная взята на операционный стол. Под общим эфирным наркозом (120 г) срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. При осмотре в брюшной полости воспалительного экссудата и крови нет, брюшина чистая, блестящая. Матка увеличена



до 8—9 недель беременности, хорошо сократилась, плотная. Придатки с обеих сторон без изменений. К передней стенке матки у правого ребра припаян сальник на участке с 3-копеечную монету. Матка смещена влево и кверху, а справа от матки определяется «опухоль» неравномерной консистенции, расположенная между листками широкой связки.

*Что делать? Какое оперативное вмешательство применить?*

В брюшной полости чисто. Матка хорошо сократилась и впечатление такое, что плодное яйцо 3-месячного срока вышло целиком из матки через перфорационное отверстие в правое параметральное пространство. Если произвести экстирпацию матки, инфицированное содержимое параметрального пространства попадет в брюшную полость, в клетчатку левого параметрия. Кроме того, экстирпация матки может оказаться трудным, а может быть и роковым оперативным вмешательством для нашей больной, состоянием которой и без того является тяжелым. Решаем ограничиться по возможности консервативными мероприятиями, рассечь передний листок широкой связки, удалить разлагающееся плодное яйцо и дренировать параметральное пространство.

Операция продолжена. Верхняя половина брюшной раны зашита послойно, брюшная полость тщательно отгорожена марлевыми салфетками. Передний листок широкой связки захвачен 6 зажимами, приподнят и вскрыт между наложенными на него зажимами. По операционной распостранился зловонный запах. По краям разреза передний листок широкой связки шит в нижний угол раны брюшной стенки. Между листками широкой связки находился плод, по величине соответствующий 3-месячной беременности, и распадающиеся оболочки, плавающие в гнойно-ихорозной жидкости. Плод и оболочки удалены. Марлевыми салфетками осушено параметральное пространство. На правой боковой стенке шейки обнаружено отверстие, пропускающее 2 поперечных пальца. В окружности отверстия ткани покрыты гнойно-фибринозными пленками. При попытках взять края перфорационного отверстия пинцетом ткани легко рвутся. Через перфорационное отверстие и наружный зев выведена во влагалище резиновая трубка, второй конец которой оставлен в параметральном пространстве. Из нижнего угла раны брюшной стенки через отверстие, сделанное в переднем листке широкой связки, в параметрий введена марлевая полоска и засыпано 10 г белого стрептоцида. На разрез брюшной стенки, исключая нижний угол раны, наложены швы.

Состояние больной после операции такое же, как было и до операции. Назначены: переливание капельным методом 500 мл крови, 1000 мл физиологического раствора поваренной соли, 500 мл 5% раствора глюкозы, белый стрептоцид, сердечные средства.

Со следующего дня после операции состояние больной стало быстро улучшаться. Температура держалась в течение 6 дней в пределах 37,7—38,5°, а затем снизилась до нормы. В первые 4 дня из дренажной трубки, выведенной во влагалище, шли обильные гнойные выделения. На 4-й день удалена марлевая полоска из брюшной раны, на 7-й день — дренажная трубка из параметрального пространства, так как выделения стали незначительными и приняли серозно-гнойный характер.

23. XII больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рана брюшной стенки на большем протяжении зажила первичным натяжением. В нижнем углу раны имелся свежий рубец шириной в 2—2,5 см (на месте введения тампона). Из влагалища серозно-слизистые выделения. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка в антеверзии, нормальной величины, смещена вправо. Правый свод сужен, определяется плотноватый инфильтрат толщиной в палец, идущий к стенке таза. Левый свод свободен.

При выписке больная предупреждена, что ей не следует беременеть и рожать. Если же она забеременет, то должна обратиться в клинику.

Через год К. забеременела снова. Учитывая опасность разрыва матки (при наличии 3 живых детей), ей предложили произвести малое кесарево сечение со стерилизацией путем иссечения части труб, на что она и согласилась.

Операцию К. перенесла хорошо и быстро поправилась. В брюшной полости при чревосечении были обнаружены небольшие сращения сальника и париетальной брюшины с передним листком правой широкой связки.

Правильно ли поступил хирург при чревосечении по поводу криминального аборта с обширным перфорационным отверстием в матке, не удалив последнюю?

Несомненно, было бы целесообразнее произвести экстирпацию матки, дренируя малый таз через влагалище. тогда не пришлось бы производить вторичное чревосечение при вновь наступившей беременности, предупреждая неминуемую угрозу разрыва матки по рубцу после обширной перфорации.

Однако хирург имел достаточно оснований для избранного им метода операции: тяжелое состояние больной, связанное с интоксикацией, наличие гнойно-ихорозного распада плодного яйца, вышедшего через перфорационное отверстие в левое параметральное пространство, хорошо сократившееся тело матки, как при полном выкидыше, отсутствие воспалительных изменений и экссудата в брюшной полости.

Экстирпация матки таила в себе опасность распространения инфекции в брюшную полость и в клетчатку левого параметрия, кроме того, большое оперативное вмешательство могло оказаться роковым для больной, состояние которой было тяжелым.

Последующее течение послеоперационного периода было благоприятным. Но у женщины через год наступила беременность и потребовалось, как указано выше, вторичное чревосечение. По-видимому, хирургу, производившему первое чревосечение и отказавшемуся от удаления матки, следовало сначала произвести стерилизацию путем иссечения части труб, а затем перейти к дальнейшим мероприятиям. Врач, спасая больную от непосредственной угрозы ее жизни, не учел этого обстоятельства.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступила в тяжелом состоянии с перфорацией матки, происшедшей

во время криминального аборта. Через прободное отверстие в шейке плодное яйцо вышло из матки в параметральное пространство и подверглось гнилостному разложению. Путем чревосечения, через разрез переднего листка широкой связки плодное яйцо удалено. По краям разреза передний листок широкой связки вшит в нижний угол брюшной раны. Параметральное пространство дренировано через брюшную рану и с помощью перфорационного отверстия в сторону влагалища. Выздоровление. Через год наступила новая беременность, она была прервана малым кесаревым сечением, при котором ввиду опасности разрыва матки при родах произведена стерилизация (иссечение части труб).

### НЕСОСТОЯВШИЙСЯ ВЫКИДЫШ

Беременная Ц., 32 лет, пришла на амбулаторный прием в женскую консультацию 12. IX 1956 г.

Менструации наступили в 14 лет, повторяются через 28 дней, по 8 дня. Последние месячные — 27. VII 1956 г. Замужем с 20 лет. Имела 3 беременности, из которых две закончились нормальными родами и одна — «самопроизвольным» выкидышем в 1953 г. После аборта перенесла воспаление придатков матки, лечилась.

Общее состояние хорошее. Границы сердца в норме, тоны чистые. В легких везикулярное дыхание. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище как у рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, закрыт. Матка в anteversio—flexio, размягчена, увеличена соответственно 6 неделям беременности, подвижна, безболезненна. В сводах свободно. Установлена нормальная беременность 6-недельного срока и женщина взята под наблюдение.

13. X при повторном посещении отмечено увеличение матки соответственно 11-недельной беременности. Анализы мочи и крови без отклонений от нормы. Артериальное давление 115/80 мм рт. ст.

24. XI женщина повторно обратилась в женскую консультацию и заявила, что у нее не растет живот, и она себя перестала чувствовать беременной.

При осмотре оказалось, что матка по величине соответствует 8—9-недельной беременности, плотноватой консистенции, безболезненная. В сводах свободно.

### Что же произошло?

Наша пациентка неоднократно посещала женскую консультацию. Была определена беременность, и увеличение матки соответствовало сроку задержки менструации. При повторном осмотре отмечен был также рост матки, соответствующий нормальному развитию беременности. Но при последнем обращении беременной, через полтора месяца после предыдущего посещения, оказалось, что матка не только не

увеличилась, но уменьшилась в размерах, и женщина перестала чувствовать себя беременной.

Ошибка в установлении диагноза беременности мало вероятна. Повторные наблюдения и данные последнего осмотра не исключают наличие беременности. В настоящее время матка увеличена соответственно 8—9 неделям беременности, а по времени последних месячных и величине матки при первых посещениях должна быть беременностью 17—18 недель.



Если во время беременности плод погибает, выкидыша не наступило и плодное яйцо остается в матке, то возникает патологическое состояние, которое известно под названием несостоявшийся выкидыш (missed abortion).

Все данные наблюдения заставляют предположить, что у нашей пациентки — несостоявшийся выкидыш (рис. 23).

При выкидыше в ряде случаев наблюдается в силу нарушения сократительной деятельности матки возникновение кровяного или мясистого заноса. Это происходит, если кровотечение не достигает большой силы, шейка не раскрывается и изгнание плодного яйца не наступает. Оболочки плодного яйца пропитываются кровью, кровонзлияния разрушают структуру плодного яйца: оно напоминает кровяной сгусток превращается в кровяной занос (*mola haematomatosa*), в котором трудно различить остатки плодного яйца. Кровотечение может продолжаться длительно, до нескольких недель, но бывает обычно умеренным.

При длительном пребывании в матке цвет кровяного заноса вследствие выщелачивания кровяного пигмента из темно-красного переходит в желто-красный, глинистый; возникает так называемый мясистый занос (*mola carnosae*). Обычно после более или менее длительного пребывания в матке занос изгоняется.

Более часто встречается своеобразная форма прерывания беременности при сроках до 28 недель, получившая название несостоявшегося выкидыша. Плодное яйцо при этом погибает, но не изгоняется из матки. Погибшее плодное яйцо, задерживаясь в матке на длительный срок, не приводит к развитию сократительной деятельности матки и, в большинстве случаев, не вызывает никаких симптомов.

При несостоявшемся выкидыше плод погибает в первые месяцы беременности. Начавшееся незначительное кровотечение и схватки прекращаются, шеечный канал закрывается. При сроках первых двух месяцев беременности зародыш может рассосаться бесследно. В более поздние сроки при длительном пребывании плодного яйца в матке плод подвергается мацерации, иногда гнилоственному разложению, сопровождающемуся зловонными грязными выделениями из матки.

В редких случаях происходит мумификация плода. Околоплодные воды рассасываются, плод высыхает, сморщивается и при многоплодии может превратиться в так называемый бумажный плод (*foetus papiraceus*). Иногда происходит пропитывание тканей плода солями кальция и возникает окаменелый плод — литопедион. Описан случай задержания в матке окаменелого плода в течение 46 лет.

Л. Я. Цейтлин (1927) описал случай пребывания плода в матке в течение 5 лет. Причем от плода остались лишь одни кости, а все мягкие части распались и всосались — произошла скелетизация.

Оболочки при раннем изгнании плодного яйца бывают пропитаны кровью, строение ворсистой оболочки на разрезе плохо различимо, амнион имеет бугристый вид. При несостоявшемся выкидыше поздних сроков беременности плацента бывает фиброзно перерождена, превращается в плотную кожистую ткань и пропитывается солями кальция, издавая при разрезе характерный хруст. Материнская поверхность измененной плаценты довольно плотно связана со стенкой матки.

Задержка в матке плодного яйца при несостоявшемся выкидыше может длиться год и более, а затем все же наступает родовая деятельность; нередко в срок доношенных родов появляется кровотечение и происходит изгнание погибшего плодного яйца.

Этиология несостоявшегося выкидыша недостаточно выяснена и до настоящего времени. В основе названного патологического состояния лежит резкое нарушение сократительной деятельности матки.

С. Х. Хакимова (1954), изучавшая рецепцию шейки матки при несостоявшемся выкидыше, показала, что при задержке

неразвивающегося плодного яйца в полости матки имеется понижение чувствительности рецепторного аппарата матки к раздражителям. Указанное нарушение чувствительности, не зависящее от срока беременности и длительности заболевания, по мнению Хакимовой, является, по-видимому, одной из причин длительного отсутствия реакции матки на пребывание в ее полости погибшего плодного яйца.

В. А. Булатов (1901) считал, что пассивное состояние матки при несостоявшемся выкидыше можно объяснить глубокими изменениями в нервно-мышечном аппарате матки. Высказанные Булатовым предположения подтверждаются в своей работе Reyholds и др. (1952). Изучая возбудимость матки с помощью токодинамометрии, эти авторы не наблюдали сокращений матки у женщин с несостоявшимся выкидышем как при однократном введении больших доз эстрогенных гормонов, так и при инъекциях дробных доз питоцина и питунтрина на фоне стилбэстрола.

А. И. Петченко (1954) причину несостоявшегося аборта усматривает в понижении возбудимости подкорковых центров и повышении в них тормозных процессов, что сопровождается изменением гормонального баланса беременной со снижением титра эстрогенных гормонов, приводящего в результате к необычной инертности матки. В нормальных условиях матка всегда реагирует активными схватками на всякое инородное тело, каковым при несостоявшемся выкидыше является погибший плод.

Несостоявшийся выкидыш, по данным В. А. Булатова (1901), наблюдается в 89% случаев у многорожавших. У первобеременных missed abortion чаще встречается при гипоплазии матки.

В литературе имеются указания на самые различные патологические состояния, предшествующие или сопутствующие несостоявшемуся выкидышу: воспалительные процессы, опухоли матки, резкое истончение ее стенок, чрезмерно долгое кормление грудью, заболевания центральной нервной системы, нарушение периферической иннервации матки, гормональные нарушения в организме и т. д.

Причины возникновения несостоявшегося выкидыша, надо полагать, могут быть различными и чаще всего сочетанными. В результате воздействия ряда факторов нарушаются регуляторные функции центральной нервной системы, изменяется нервно-мышечная возбудимость матки. По-видимому, определенное влияние патологического процесса, развивающегося в матке, изменяет чувствительность рецепторного аппарата, который не реагирует совсем или дает слабо выраженную реак-

цию на воздействие гуморальных факторов. Нарушение гормональных соотношений в организме, приводящее к увеличению уровня прогестерона, со снижением титра эстрогенных гормонов, питуитрина, ацетилхолина и др. еще больше усугубляет создавшееся положение, приводя в конечном счете к инертности матки, которая перестает реагировать на пребывание в ее полости погибшего плодного яйца.

Клиника несостоявшегося выкидыша изучена довольно хорошо: при нем исчезают субъективные признаки беременности, молочные железы уменьшаются и становятся мягкими, в ожидаемый срок не отмечается увеличения живота, шевеления плода. Если движения плода были, то они прекращаются. Некоторые беременные женщины при несостоявшемся выкидыше жалуются на общую слабость, понижение работоспособности, познabливание, на потерю аппетита, неприятный вкус во рту, тошноту, иногда появляется кожный зуд. В редких случаях наблюдаются кратковременные, повторяющиеся незначительные кровянистые выделения.

Однако в большинстве случаев женщины с несостоявшимся выкидышем жалоб не предъявляют.

Объективным (обычно длительным) наблюдением устанавливается отставание роста матки от срока беременности, уменьшение ее величины. В молочных железах появляется молоко вместо молозива. Матка менее размягчена, чем при нормальной беременности, консистенция ее бывает тестоватая. Биологические реакции на беременность (реакция Ашгейма—Цондека и др.) спустя 1—2 недели и позднее после гибели плодного яйца дают отрицательный ответ. В некоторых случаях при несостоявшемся выкидыше наблюдаются незначительные кровянистые выделения.

Диагноз несостоявшегося выкидыша устанавливается при длительном наблюдении. Ранний диагноз гибели плода возможен при использовании ультразвукового аппарата, регистрирующего в норме сердцебиение плода с 8 недель беременности. При сроках беременности в 15—18 недель может быть использована и электрокардиография плода.

По вопросу лечения несостоявшегося выкидыша существуют различные взгляды. Некоторые акушеры считают, что при отсутствии кровотечения и инфицирования плодного яйца следует выждать, так как раньше или позже появляются сокращения матки и происходит изгнание плодного яйца. Действительно, в ряде случаев это имеет место. Но задержка плодного яйца может длиться год или больше. Другие акушеры, считая, что длительная задержка в матке погибшего плодного яйца может привести к развитию инфекции, интоксикации, злокаче-

ственному перерождению ворсин, предпочитают опорожнять полость матки.

Обычно применяется консервативный метод терапии, рассчитанный на повышение возбудимости маточной мускулатуры и стимуляцию ее сокращений. Вначале назначают эстрогенные гормоны в течение нескольких дней по 10 000 ед. ежедневно в течение 2—3 дней. А. И. Петченко (1954) рекомендует вводить ежедневно до наступления выкидыша по 20 000—50 000 ед. масляного раствора фолликулина или 2—5 мл 0,1% раствора синэстрола. Применяя данный метод, А. И. Петченко у трети больных наблюдал полное изгнание плодного яйца, у половины только частичное, потребовавшее дополнительно применения выскабливания матки, а у трети больных наблюдались лишь небольшие схваткообразные боли и усиление кровянистых выделений.

После применения в течение 2—3 дней эстрогенных гормонов дают внутрь 30—60 г касторового масла и через полчаса назначают хинин по 0,2 г. через каждые 30 минут 4—6 раз, а затем через каждые 15 минут 4 подкожных инъекции питуитрина по 0,25 мл. Хорошее действие оказывает последующий горячий влагалищный душ с температурой жидкости 38° (или несколько выше, в пределах выносливости больной).

Если произошло лишь частичное изгнание плодного яйца, то производят выскабливание матки. Многие акушеры при несостоявшемся выкидыше, если величина матки соответствует сроку беременности не более 12 недель, производят одномоментное инструментальное опорожнение матки.

Литературные данные и наши клинические наблюдения показывают целесообразность применения эстрогенных гормонов и (при небольшой величине матки) инструментальное ее опорожнение, позволяющее удалить погибшее плодное яйцо путем выскабливания. Эстрогены повышают возбудимость матки, она лучше сокращается и уменьшается кровотечение во время операции и после нее. При несостоявшихся выкидышах могут быть кровотечения, обусловленные нарушениями в свертывающей системе крови, поэтому необходимо предусмотреть соответствующие мероприятия.

При величине матки, превышающей ее размеры при 12 неделях беременности, как правило, следует применять гормональные и другие средства, повышающие возбудимость маточной мускулатуры и стимулирующие ее сокращения. В ряде случаев приходится прибегать к повторным курсам указанного лечения, добиваясь изгнания погибшего плодного яйца. Если этого не происходит и приближается срок, в ко-



торый должны были бы наступить роды при нормальном развитии беременности, и нет показаний к срочному опорожнению полости матки, можно выждать, наблюдая за состоянием женщины.

При чрезмерно длительной задержке погибшего плодного яйца и полной инертности матки, как указывают литературные данные, применяли кесарево сечение и другие оперативные вмешательства, которые в данном случае противопоказаны.

*Какой же метод терапии мы применим у нашей беременной?*

Состояние женщины хорошее. Кровотечения нет, но матка по величине соответствует 8—9 неделям беременности и ее опорожнение не представит больших трудностей. Можно направить больную в стационар и произвести выскабливание матки. Мы объяснили женщине, что беременность у нее не развивается, имеется несостоявшийся выкидыш, и дали ей направление в стационар.

26. XI в 12 часов больная поступила в гинекологическое отделение с направлением женской консультации; отмечается наличие кровянистых выделений с 25. XI.

Общее состояние при поступлении хорошее. Температура 36,6°. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения. Живот мягкий, безболезненный. Из влагалища кровянистые выделения в незначительном количестве. Шейка цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка в антеверзии, плотноватой консистенции, увеличена соответственно 7—8 неделям беременности. В сводах свободно.

Анализ крови 27. XI: гемоглобина 71%, эритроцитов 4 250 000, лейкоцитов 8200. РОЭ по Панченкову 6 мм/час.

Анализ мочи — норма.

27. XI больной после обычной подготовки под местной анестезией новокаином произведено расширение шеечного канала бужами до № 12, большой кюреткой разрушено плодное яйцо и по частям удалено. Отделение частей погибшего плодного яйца от стенок матки производилось с некоторым трудом. Части яйца сильно изменены, серовато-красного цвета, плотноватой консистенции. После опорожнения матки стенки ее проверены кюреткой меньших размеров. Кровотечение при выскабливании было умеренным. Соскоб отослан для гистологического исследования.

После операции больной назначили лед на живот, эргометрин внутримышечно по 1 мл 2 раза в день и норсульфазол по 1 г 4 раза в сутки.

Послеоперационное течение было гладкое и 30. XI больная выписана из клиники в хорошем состоянии.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная находилась под наблюдением женской консультации. Был установлен несостоявшийся выкидыш, больную, направили в стационар. Матка по величине соответствовала 7—8 неделям беременности. Произведено выскабливание матки. Послеоперационное течение гладкое.

## ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

### ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременная П., 39 лет, поступила в гинекологическое отделение городской больницы. 2. II 1954 г. по поводу значительного кровотечения при начавшемся выкидыше. Беременность 8—9 недель. Произведено выскабливание беременной матки. Несмотря на то, что плодное яйцо удалено, кровотечение не прекращалось. Кюреткой проверена полость матки, остатков плодного яйца не обнаружено, стенки тела матки хорошо сократились, плотные, но кровотечение продолжалось. Врач, производивший выскабливание, отметил, что стенки шейки были дряблые, шейечный канал сильно растянут, но не придал этому значения. Инъекции дититрина и эргометрина не дали эффекта. Кровотечение удалось остановить только тампонадой шейечного канала и влагалища. Кровопотеря — 1200 мл.

Больной произведено переливание 500 мл крови, 500 мл кровезамещающей жидкости и 250 мл протившокового раствора. Назначен пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа и холод на живот.

Кровотечения повторялись в последующие дни, применялась повторная тампонада влагалища. Повысилась температура до 38,5—39°, появились ознобы.

С диагнозом септический выкидыш и продолжающееся кровотечение больную 12. II 1954 г. доставили машиной «скорой помощи» в клинику.

Из анамнеза узнаем, что менструации наступили с 19 лет, через 28 дней, по 3—4 дня. Последние месячные были 20. XI. Эта беременность — шестая. Имела 4 нормальных родов и один выкидыш в 1943 г. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Температура 37,9°. Тоны сердца чистые, приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые части развиты правильно. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца.

Контуры надвлагалищной части шейки справа четкие, слева неясные и сливаются с окружающим ее мягковатым инфильтратом, расположенном в параметрии. Инфильтрат безболезненный, величиной с мандарин. Тело матки плотной консистенции, слегка увеличено, наклонено кпереди. Придатки матки без изменений.

Анализ крови: эритроцитов 2 300 000, количество гемоглобина 38%, лейкоцитов 8400; лейкоцитарная формула: нейтрофилов 83%, лимфоцитов 13%, моноцитов 4%. Анализ мочи: в осадке лейкоциты покрывают все поле зрения.

## Каков диагноз? Что нужно делать?

1. Внебольничный выкидыш осложнился переходом инфекции за пределы матки. Имеется левосторонний параметрит. Необходимо проводить консервативное лечение.

2. Выскабливание беременной матки сопровождалось сильнейшим кровотечением с большой кровопотерей. Несмотря на опорожнение матки, кровотечение остановлено было только тампонадой. Повторные кровотечения заставляют предполагать повреждение стенки матки у внутреннего зева с образованием гематомы в параметрии.

В этом случае показано чревосечение и удаление поврежденной и инфицированной матки.

3. Возможно, что имеется прободение стенки шейки матки с повреждением ветви маточной артерии. Однако кровотечения в настоящее время нет, а признаки септической инфекции налицо. Срочных показаний к оперативному вмешательству нет. Показано консервативное лечение, строжайшее наблюдение за больной и уточнение диагноза.

Наличие значительного кровотечения после опорожнения матки, которая хорошо сократилась, а также повторные кровотечения заставляют предполагать, что при аборте произошло прободение шейки матки, проникающее в параметрий. Однако прободение (об этом можно только предполагать) произошло несколько дней назад, кровотечения в течение последних дней и в настоящее время нет. Слева от матки имеется небольшой мягковатый инфильтрат, который может оказаться не гематомой, а начинающимся параметритом. Перитонеальные явления у больной отсутствуют, но наблюдаются признаки септической инфекции. Оперативное вмешательство несомненно тяжело отразится на больной, которая обескровлена и ослаблена септической инфекцией. Поэтому для операции в данный момент нет достаточных оснований, тем более, что и диагноз прободения матки еще не совсем ясен.

Поместим больную в палату, назначим ей строгий постельный режим, антибиотики, лед на низ живота, внутривенные введения 10% хлористого кальция по 10 мл и будем тщательно наблюдать за ней, так как кровотечение может возобновиться.

15. II. началось значительное кровотечение. Больную взяли для осмотра на стол. Во влагалище и шеечном канале сгустки крови. При попытке удалить тупой кюреткой из шеечного канала сгусток крови началось профуз-

ное кровотечение. Шеечный канал представляет из себя значительную полость, стенки шейки дряблые. Тело матки плотное, не увеличено. Кровотечение при осмотре было сильнейшее, струя крови со стороны левого ребра шейки достигала противоположной стенки и вытекала во влагалище. Кровотечение удалось остановить тугой тампонадой шеечного канала при помощи большой марлевой салфетки, смоченной эфиром. После этого произведена тугая тампонада влагалища.

Состояние больной тяжелое. Кожа и видимые слизистые резко бледные, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения. Одышка. При анализе крови: гемоглобина 22%, эритроцитов 1310 000.

Больная лежит на столе в малой операционной, ей переливают кровь и протившоковый раствор.

### *Что произошло? Как проводить дальнейшее лечение?*

Сомнения больше нет: имеется прободение шейки матки с повреждением маточной артерии или одной из ее крупных ветвей. Повторение кровотечения может стать роковым. Необходимо срочно произвести чревосечение и перевязать поврежденный сосуд. Изменения со стороны шейки, однако, нельзя объяснить только прободением ее стенки. Шеечный канал представляет из себя довольно большую полость, которая свободно вместила марлевую салфетку. Стенки шейки, особенно слева, сильно истончены. Тело матки, наоборот, нормальной величины, стенки ее плотные.

### *Чем же можно объяснить подобное состояние шейки матки?*

1. Во время повторных выскабливаний была разрушена значительная часть стенки шейки, шеечный канал сообщается с параметральным пространством, образуя полость.

2. Изменения со стороны шейки объясняются тем, что была шеечная беременность. Плодное яйцо удалили при выскабливании. Повторные кровотечения характерны для шеечной беременности. Прободение истонченной стенки шейки с повреждением сосудов легко могло произойти и усилывало кровотечение.

Анамнез и объективные данные больше указывают на бывшую шеечную беременность.

Решить этот вопрос можно было бы, тщательно обследовав шеечный канал, но из-за опасности повторного кровотечения это невозможно. Кроме того, при создавшемся положении женщине угрожает смертельная опасность, устранить которую можно только путем оперативного вмешательства. При чревосечении будет окончательно уточнен и диагноз. Итак, необходима срочная лапаротомия.

Пока больной переливают кровь и готовятся к операции, разберем вопрос о том, что представляет из себя такая акушерская патология, как шеечная беременность.

Шеечная беременность характеризуется тем, что плодное яйцо имплантируется и развивается в шеечном канале или в области шейки и перешейка матки. Различают истинную шеечную беременность, когда плодное яйцо развивается только в шеечном канале, и перешеечно-шеечную беременность, при которой в плодное ложе вовлекается, помимо шейки, и область перешейка.

Правильное представление о шеечной беременности сложилось в последние 25—30 лет, хотя предположение о возможности подобной акушерской патологии высказано было около ста лет тому назад.

В 1881 г. И. М. Львов впервые описал развитие плодного яйца в канале шейки матки. В 1897 г. Weiss, а затем и другие авторы описывают новые случаи шеечной беременности.

Несмотря на сообщения о случаях шеечной беременности, подтвержденных гистологическими исследованиями, целый ряд зарубежных авторов необоснованно отрицали возможности имплантации плодного яйца в шейке или перешейке (Stoekel, 1931, и др.).

В последние годы в учебниках и пособиях по акушерству начинают появляться краткие сведения о шеечной беременности. Более подробно эту тяжелую акушерскую патологию разбирает И. Л. Брауде (1947).

М. Н. Лехтман до 1954 г. собрал сведения из отечественной и зарубежной литературы о 85 случаях шеечной и шеечно-перешеечной беременности. Однако можно полагать, что шеечная беременность встречается значительно чаще, но не все случаи опубликовываются и, кроме того, у части больных шеечная беременность просто не распознается и проходит под другими диагнозами. Из 42 случаев шеечной беременности, описанных в отечественной литературе, сообщения о 33 напечатаны после 1930 г., то есть когда сведения о данной патологии стали больше распространяться среди практических врачей.

Возникновение шеечной беременности, по-видимому, связано с теми же этиологическими факторами, которые приводят и к предлежанию плаценты. Эндометрит, гипоплазия матки, аборт и другие причины, приводящие к атрофическим и дистрофическим процессам в слизистой оболочке матки, а также гиперсекреция, нарушение мерцательных движений ресничек эпителия могут привести к атипичской имплантации плодного яйца.

Активная роль в имплантации, как известно, принадлежит плодному яйцу, следовательно, задержка в его развитии может привести к малой активности трофобласта во время нахождения яйца в полости матки. В результате яйцо не имплантируется в обычном месте и может опуститься в область перешейка или шейечный канал. Проникновению плодного яйца в шейечный канал благоприятствуют анатомические изменения в области внутреннего зева (опухоль, рубцы, колбовидная форма шейки). Многие авторы придают большое значение повторным выскабливаниям матки при абортах, которые приводят к тому, что возродившаяся слизистая оболочка матки становится неполноценной и не может являться благоприятной почвой для имплантации плодного яйца, приводя в ряде случаев к возникновению шейечной беременности.

Имплантация плодного яйца в области шейки или перешейка приводит к тому, что трофобласт, а затем и ворсины быстро прорастают слизистую оболочку и проникают в мышечные слои стенки шейки матки, не встречая достаточного противодействия. Децидуальная ткань предохраняет от разрушающего действия ворсин. Но децидуальная реакция в слизистой оболочке шейечного канала непостоянна и выражена значительно слабее, чем в теле матки. Это снижает защитную роль децидуальной ткани в шейечном канале и в известной степени объясняет быстрое прорастание ворсинами хориона не только слизистой, но и мышечной оболочек стенки шейки матки, вплоть до параметрия.

Развитие плодного яйца в шейечном канале приводит к тому, что шейка становится колбообразной, вздутой. Вздутие более выражено со стороны той стенки шейки, где произошла прививка плодного яйца. В результате неравномерного растяжения стенок шейки матки наблюдается смещение просвета шейечного канала и эксцентрическое расположение наружного маточного зева. При ранних сроках беременности эксцентрическое расположение маточного зева будет тем яснее выражено, чем ниже расположено место прикрепления плодного яйца в шейке матки. Характерным является резкое истончение краев наружного зева при небольшом его открытии.

Тело матки при шейечной беременности по величине не соответствует сроку беременности и бывает значительно меньше шейки, имеет плотную консистенцию. Во время двуручного исследования тело матки определяется в виде плотного узла, сидящего на раздутой шейке, имеющей мягкую консистенцию.

У ряда больных отмечается нарушение функции мочевого пузыря за счет смещения его резко увеличенной шейкой матки.

Шеечная беременность обычно прерывается в первой половине. Вращание ворсин хориона в мышцы шейки сопровождается расплавлением мышечных элементов и появлением кровянистых выделений или периодических кровотечений. П. А. Белошапко (1954) считает, что появление ранних и упорных кровотечений является одним из характерных признаков шеечной беременности.

При начавшемся выкидыше шеечная беременность может напоминать шеечный аборт, при котором плодное яйцо нахо-

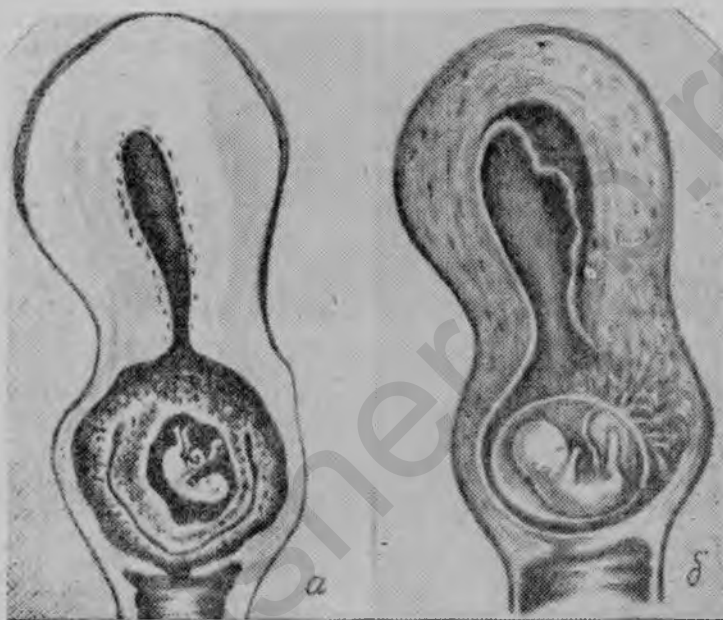


Рис. 24. Шеечный аборт (а) и шеечная беременность (б).

дится в растянутом шеечном канале, а тело матки сокращено и имеет плотную консистенцию (рис. 24).

При шеечном аборте наружный маточный зев располагается в центре, а при шеечной беременности — эксцентрически, приближаясь к лону или задней стенке влагалища. Цервикальный канал при шеечном аборте растянут и введенный в него палец свободно проникает между гладкими стенками шейки и плодным яйцом, которое лежит свободно в канале шейки. При шеечной беременности введение пальца в канал шейки затруднено и иногда и совсем невозможно. Если удастся ввести палец, то он либо совсем не может проникнуть

между стенкой шейки и плодным яйцом, либо проникает на одной стороне, определяя куполообразное выпячивание нижнего полюса плодного яйца. Внутренняя поверхность цервикального канала кажется неровной, как бы изъеденной. Внутренний маточный зев при шеечном аборте приоткрыт, а при шеечной беременности закрыт. Тело матки при шеечном аборте более мягкой консистенции, чем при шеечной беременности.

При начавшемся выкидыше шеечная беременность может быть принята за выкидыш при фибромиоме матки. Плотное тело матки, расположенное над раздутой и размягченной шейкой, принимают нередко за субсерозный фиброматозный узел, а шейку, представляющую из себя плодовместилище, — за беременную матку. Наличие признаков беременности, характерная колбообразно раздутая шейка матки с эксцентрически расположенным наружным маточным зевом помогают поставить диагноз шеечной беременности.

В некоторых случаях шеечную фибромиому матки можно принять за шеечную беременность. Отличием является более плотная консистенция миоматозного узла в шейке матки, отсутствие задержки месячных и других признаков беременности.

Чрезвычайно большие трудности возникают для дифференциальной диагностики между шеечной беременностью и шеечной фибромной, если последняя сочетается с беременностью небольшого срока.

Нам пришлось в 1955 г. наблюдать больную с шеечной фибромиомой и начавшимся выкидышем при беременности в 6 недель. Шейка была раздута, мягковатой консистенции, увеличена до размеров женского кулака, наружный маточный зев располагался эксцентрически, будучи смещен к лону и пропускал кончик пальца. Тело матки определялось сверху над раздутой шейкой, по размерам было значительно меньше шейки и консистенция его была несколько плотнее.

При таком сочетании диагноз мог быть поставлен только при обследовании цервикального канала. Следует учитывать, что при подобном обследовании необходимо иметь полную готовность к чревосечению и экстирпации матки, так как при шеечной беременности может возникнуть сильное кровотечение.

Если шеечная беременность, особенно в более поздние сроки, сопровождается сильным кровотечением, то ее можно спутать с предлежанием плаценты или неполным абортом. Наличие прикрепления плаценты в шеечном канале будет указывать на шеечную беременность. Кроме того, опорожнение



матки при аборте или предлежании плаценты сопровождается остановкой кровотечения или его значительным уменьшением. При шеечной же беременности удаление плаценты из-за ее прочного сращения со стенкой шейки представляет большие трудности и часто не удается; кровотечение усиливается, принимает профузный характер и его не удается остановить или оно останавливается только на короткий срок.

Чаще всего врачи, только наблюдая подобную клиническую картину, начинают думать о возможности шеечной беременности. Непрекращающееся кровотечение, несмотря на тщательное выскабливание или удаление плодного яйца пальцевым методом, а также углубление в стенке шейки, определяемое после опорожнения плодместилища, помогают поставить диагноз шеечной беременности.

Правильный диагноз шеечной беременности, до того, как она начинает прерываться, обычно не ставится. В большинстве случаев шеечная беременность распознается во время выскабливания матки или пальцевого удаления плаценты, производимых по поводу наступившего кровотечения. Так, М. Н. Лехтман (1954), анализируя сообщения о данной патологии, опубликованные в отечественной литературе, указывает, что из 26 случаев шеечной беременности только в двух был правильно поставлен предварительный диагноз. У половины больных с шеечной беременностью был поставлен диагноз неполного или шеечного аборта, у 6 — предлежания плаценты, в остальных случаях предполагалось приращение плаценты, начинающийся аборт, фибромиома матки и даже нормальная маточная беременность.

Можно полагать, что редкость шеечной беременности и недостаточность сведений у практических врачей об этой патологии приводят в большей степени к неправильному и несвоевременному распознаванию, чем трудности в постановке диагноза. Действительно, прав М. Н. Лехтман, когда он пишет, что чаще всего врачи впервые знакомятся с вопросом о шеечной беременности только после того, как им пришлось столкнуться с этой грозной акушерской патологией.

В отношении метода лечения при шеечной беременности в настоящее время уже разногласий нет. Как только диагноз поставлен, следует произвести чревосечение и экстирпацию матки. Лишь таким путем можно надежно остановить кровотечение.

Описаны отдельные случаи шеечной беременности, при которых выскабливание или пальцевое удаление плодного яйца и последующая тампонада, неоднократно применяемая, приводили к выздоровлению больных (М. В. Елкин, 1925;

А. С. Сонкин, 1936). Однако это следует рассматривать как исключение.

По данным М. Н. Лехтмана, из 12 больных леченных без чревосечения умерли 9, выздоровели 3. В то же время из 11 женщин с шеечной беременностью, у которых была произведена экстирпация матки, умерли 4, выздоровели 7. Чрезвычайно важно не только произвести удаление матки, но сделать это своевременно, сразу после постановки диагноза, не применяя вначале другие консервативные методы терапии. И. Л. Брауде пишет, что если тампонация плодместилища не остановит быстро кровотечение, то необходимо, не теряя времени, приступить к экстирпации матки.

Стенки шейки матки, образующие при шеечной беременности плодместилище, чрезвычайно растянуты, истончены и не способны к достаточному сокращению. Ворсины глубоко врастают в ткани стенки шейки, проникая в ряде случаев вплоть до параметрия. Поэтому удаление плодного яйца путем выскабливания или пальцевым методом, даже если его и удается произвести, не приводит к остановке кровотечения. В некоторых случаях кровотечение прекращается на короткий срок, а затем возобновляется снова. Повторное выскабливание также не дает эффекта и может привести к усилению кровотечения в результате повреждения сильно развитых и часто расширенных кровеносных сосудов. Истонченные и растянутые стенки шейки матки, особенно в области прикрепления плодного яйца, легко могут быть и перфорированы, как это имело место в случае, описанном И. Д. Брюхатовым (1929).

С целью остановки кровотечения после удаления плодного яйца пытаются применять тампонацию плодместилища и влагалища. Но и это не дает обычно стойкого эффекта. Кровотечение повторяется неоднократно, обескровливая больную. Повторные кровотечения могут наступать не только в ближайшие часы после удаления плодного яйца, но и спустя длительное время. Описаны случаи возобновления кровотечения через 2—3 недели после выскабливания (М. И. Липкин, 1931). Последующие кровотечения наблюдаются в результате разрушительного действия ворсин, оставшихся между мышечными пучками после удаления или гибели плодного яйца.

В отдельных случаях с целью сохранения матки И. Л. Брауде допускает возможность применения кесарева сечения при шеечной беременности с последующим обкалыванием кровоточащих мест. Однако этот метод, как указывает и сам И. Л. Брауде (1962), является недостаточно надежным и представляет известный риск.

Применение повторных консервативных мероприятий с целью остановки кровотечения наряду с малой их эффективностью, сопровождается нарастающим обескровливанием больной и способствует инфицированию полости матки и клетчатки параметрия.

Врачи чаще всего устанавливают диагноз шеечной беременности во время выскабливания. При этом наиболее правильно будет прекратить выскабливание, плотно затампонировать шейку матки и влагалище и готовиться к чревосечению. Если больная обескровлена, следует сразу же приступить к переливанию крови и кровезаменителей. При отсутствии в больнице, где производилось выскабливание, условий для чревосечения, больную транспортируют в соответствующее учреждение.

Попытки остановить кровотечение путем повторного выскабливания, тампонады, обкалывания кровоточащих мест приводят лишь к потере драгоценного времени и ухудшают состояние больной, продолжающей терять кровь. Нам в 1948 г. пришлось наблюдать при таком лечении летальный исход у многорожавшей беременной (срок беременности 3 месяца) женщины, поступившей в одну из больниц г. Казани, с кровотечением. Поставили диагноз неполного выкидыша и, учитывая наличие сильного кровотечения, срочно приступили к выскабливанию матки. Кровотечение продолжалось и после удаления плодного яйца. Были применены инъекции эрготина, питуитрина, массаж матки и, наконец, тампонада матки и влагалища. Кровотечение было остановлено, но возобновилось через 2 часа. Тампон извлекли и произвели повторное выскабливание, при котором были удалены лишь сгустки крови, и снова плотно затампонировали шейку и влагалище. Оперировавший врач обратил внимание, что плодное яйцо располагалось в шейке, стенки которой были сильно растянуты и дряблы, но не придал этому значения, не имея ясного представления о встретившейся патологии.

Кровотечение продолжалось и, несмотря на повторные переливания крови, больная погибла от острой кровопотери.

На секции установлена типичная шеечная беременность. Удаленная матка имела характерный вид: тело матки значительно меньше шейки, стенки ее плотные, полость матки маленькая, сплюснутая. Шейка матки сильно растянута и представляет из себя дряблый мешок с тонкими стенками. В цервикальном канале на лево-задней стенке имеется вдавление с неровной поверхностью, покрытое небольшими сгустками крови. Стенка шейки матки в этом месте наиболее истончена и пронизана расширенными кровеносными сосудами. При гисто-

логическом исследовании кусочков ткани, взятой из шейки, обнаружены расширенные сосуды, множественные кровоизлияния и ворсины.

Приведенный случай, как и многие другие, опубликованные в литературе, оправдывает радикальное оперативное вмешательство при шейчной беременности, предпринимаемое немедленно после установления диагноза, для спасения жизни больной.

Больная в операционной. Продолжено переливание в вену крови и кровезамещающих жидкостей. Учитывая тяжелое состояние больной и большую кровопотерю, заранее все подготовили для внутриартериального переливания крови, отсепарировали левую плечевую артерию в нижней трети плеча. Под местной анестезией, по А. В. Вишневному была вскрыта брюшная полость и оператор приступил к экстирпации матки. При выделении сосудистого пучка слева началось сильнейшее кровотечение. Стенка шейки матки у левого ребра имела перфорационное отверстие, окруженное некротическими тканями, и ствол маточной артерии у места отхождения влагалищной ветви был поврежден. Кровотечение временно остановлено при помощи тампона, смоченного эфиром.

Состояние больной во время операции резко ухудшилось: она потеряла сознание, пульс на лучевой артерии не определялся, отсепарированная плечевая артерия не пульсировала и при проколе ее иглой показалась едва заметная струйка крови. Артериальное давление не определялось.

Немедленно было начато внутриартериальное пульсаторное переливание плацентарной крови, введено 375 мл 0 (I) группы. Больная пришла в сознание, артериальное давление быстро повысилось до 105/60 мм рт. ст. и затем — до 115/65 мм рт. ст. пульс стал 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения.

Операция продолжена. Отсепарирована левая подчревная артерия и перевязана; затем удалось отыскать поврежденную маточную артерию и закончить операцию. Была произведена простая экстирпация матки с оставлением придатков. Состояние больной продолжало оставаться удовлетворительным. Пульс 96—100 ударов в минуту. Кровяное давление 115/60—120/60 мм рт. ст.

В последующие дни проводили повторные переливания крови в вену, применяли антибиотики. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, и больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии на 32-й день после операции.

Удаленная матка имела характерный вид: тело матки нормальной величины, плотной консистенции с толстыми гладкими стенками. Полость матки сплющена, пуста. Шейка матки значительно увеличена и представляла из себя тонкостенный дряблый мешок. Наиболее выражено истончение стенки слева, в центре истонченного участка находилось перфорационное отверстие, пропускавшее кончик пальца. Края прободного отверстия состояли из некротических тканей, покрытых фибринозным налетом.

При гистологическом исследовании кусочков, взятых из шейки, обнаружены расширенные сосуды, множественные ста-

рые и свежие кровоизлияния, ворсины, очаги некроза и мелкоочечная инфильтрация.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступила в клинику с диагнозом септического выкидыша. В городской больнице было произведено выскабливание, сопровождающееся потерей 1200 мл крови. Кровотечения повторялись многократно, для остановки его применяли тампонаду шейки и влагалища. В клинике появилось профузное кровотечение из матки. Поставлен диагноз шеечной беременности с перфорацией стенки шейки и повреждением маточной артерии. Произведено чревосечение и экстирпация матки. Во время операции больная начала агонировать. Применено внутриартериальное переливание крови. Выздоровление.

### ПОВТОРНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Беременная Д.,** 33 лет, переведена в гинекологическое отделение клиники из областной больницы 10. I 1957 г.

Из расспроса больной и выписки из истории болезни узнаем, что менструации с 14 лет, через 4 недели, по 6 дней. Последние месячные были 14. VIII 1956 г.

Беременностей было 5, из них 2 первые закончились нормальными родами, третья беременность — самопроизвольным выкидышем и четвертая — искусственным абортom — в 1956 г.

В сентябре 1956 г. после задержки очередных месячных на 7—10-й день появились кровянистые выделения из влагалища, периодически повторявшиеся. В дальнейшем появились боли, что заставило женщину обратиться в областную больницу. Врач поставил диагноз неполного выкидыша при беременности в 9 недель и 30. X произвел выскабливание матки. Во время выскабливания было сильное кровотечение и в последующие дни наблюдались кровянистые выделения. Больная выписалась из больницы 9. XI, но кровянистые выделения периодически повторялись, переходя временами в кровотечение. В конце ноября стала повышаться температура, из влагалища появились гнойные выделения и 1. XII больная снова поступила в гинекологическое отделение областной больницы. В течение трех недель больной проводили противовоспалительное лечение (антибиотики, аутогемотерапия, хлористый кальций и др.). Все это время продолжались гнойно-кровянистые выделения. 25. XII началось кровотечение, которое длилось до 29. XII и рассматривалось врачами как менструация.

5. I вновь началось кровотечение и поэтому решено было произвести пробное выскабливание матки. Канал шейки матки был открыт и свободно пропускал кюретку. Длина полости матки оказалась равной 9 см. Стенки матки гладкие, но справа определялся «узел», выступавший в просвет полости. Соскоб не получен, при выскабливании началось сильное кровотечение, которое удалось остановить тампонадой матки и влагалища.

При поступлении в клинику общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура 37°. Пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 90/50 мм рт. ст. Границы сердца в норме, на верхушке прослушивается систолический шум. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно. Выделения серозно-кровянистые. Влагалище широкое, как у рожавшей. Влагалищная часть шейки матки в нижнем отделе имеет цилиндрическую форму.

а по направлению вверх раздута, на стороне правой и задней стенок образовалось выпячивание величиной с куриное яйцо. Консистенция шейки матки **неравномерная**, левая ее половина плотная, а справа и сзади в области выпячивания — мягковатая. Придатки матки не определяются, инфилтратов в сводах нет.

С диагностической целью проведено осторожное зондирование полости матки, длина которой оказалась равной 8 см. Зондом ясно определяется расширение шеечного канала, который имеет как бы добавочную полость в области задне-правой стенки. Внутренний зев узкий, полость тела матки щелевидная. Во время зондирования началось сильнейшее кровотечение, которое удалось остановить тугой тампонадой шеечного канала и влаглища. Артериальное давление 70/50 мм рт. ст. пульс 92 удара в минуту, легко сжимаемый, неравномерного наполнения. Анализ крови: эритроцитов 4 090 000, гемоглобина 58%, лейкоцитов 10 400; РОЭ 40 мм/час по Панченкову.

Ввиду повторной кровопотери и падения артериального давления срочно начато переливание крови (450 мл).

*Каков диагноз? Что следует предпринять для лечения больной?*

1. Имеется прободные стенки матки, проникающее в параметрий, осложнившееся воспалительным процессом. Плодное яйцо было удалено, но кровотечения продолжают, показано оперативное вмешательство — **чревосечение**.

2. У больной была шеечная беременность. Хотя плодное яйцо и удалено при выскабливании 30. XI, но кровотечения повторяются. Показано чревосечение с удалением матки.

Если предположить, что у больной имеется прободение матки, ведущее в параметрий, то наблюдавшиеся кровотечения после удаления плодного яйца можно объяснить повреждением кровеносных сосудов. Ввиду того, что кровотечения продолжают повторяться, показано чревосечение. При лапаротомии следует рассечь передний листок широкой связки, найти поврежденные сосуды, лигировать их или обколоть кровоточащие участки. В зависимости от характера повреждения маточной стенки прободное отверстие может быть ушито или же придется удалить матку.

Однако анамнестические данные и результаты объективного исследования не дают достаточного подтверждения предположительному диагнозу о прободении матки. Трудно представить, чтобы кровотечение после удаления плодного яйца при перфорации маточной стенки продолжалось в течение такого длительного отрезка времени. Более вероятным является **диагноз шеечной беременности**. Сильное кровотечение при выскабливании и повторные кровотечения в последующем характерны для шеечной беременности. **Постановка диагноза**

затруднена тем, что плодное яйцо удалено больше двух месяцев тому назад и ясные признаки беременности отсутствуют. Однако тело матки небольшой величины, плотное, отклонено в сторону и определяется расположенным в виде узла над раздутой шейкой, имеющей неправильную форму и мягкую консистенцию. Эти данные исследования указывают на возможность шеечной беременности. Повторные кровотечения при указанной патологии можно объяснить разрушительным действием ворсин, оставшихся между мышечными пучками после удаления плодного яйца.

Таким образом, мы останавливаемся на диагнозе шеечной беременности и решаем произвести чревосечение. Такое заключение основано на том, что окончательная остановка кровотечения может быть произведена путем удаления матки. Новые попытки повторить тампонацию матки в сочетании с консервативной терапией слишком рискованы для нашей обескровленной больной, у которой к тому же повторяются сильные кровотечения. Еще более рискованным является повторное выскабливание при шеечной беременности, из-за опасности прободения истонченной и измененной стенки шейки в области яйцевого ложа. Лишь в тех случаях шеечной беременности, при которых выскабливание плодместилища и тампонада быстро останавливают кровотечение и оно не возобновляется, можно воздержаться от чревосечения. В литературе имеются указания на благоприятные результаты консервативной терапии при шеечной беременности. В подобных случаях удаление плодного яйца и последующая тампонада приводили к остановке кровотечения. Так, например, М. А. Герасимов (1957) описал случай шеечной беременности, излеченной консервативным методом. Удаление плодного яйца пальцевым методом сопровождалось профузным кровотечением, которое было остановлено выскабливание плодместилища кюреткой и последующей тампонадой шеечного канала и влагалища марлевыми бинтами, смоченными эфиром. Кровотечение больше не повторялось и больная была выписана на 25-й день в удовлетворительном состоянии.

У нашей больной наблюдались многократные кровотечения, консервативная терапия не может быть применена. Срочно готовим операционную для чревосечения. Больная дала согласие на оперативное вмешательство.

В 14 часов под местной анестезией начата операция. Срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. При осмотре оказалось: тело матки небольшой величины, плотной консистенции, отклонено влево. Шейка раздута, правая ее стенка выпячивается в параметрий. Придатки без изменений. Типично произведена простая экстирпация матки с остав-

лением придатков. Гемостаз. Перитонизация. В брюшную полость влито 50 000 ЕД пенициллина и разрез брюшной стенки зашит послойно наглухо.

Во время операции больной перелито 540 мл крови и 400 мл кровезамещающей жидкости. В последующие дни применялись повторные переливания крови и антибиотики. Разрез брюшной стенки зажил первичным натяжением, и на 14-й день после операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Удаленная матка имела характерный вид: тело матки нормальной величины, плотной консистенции с толстыми гладкими стенками. Полость матки щелевидная, выстлана слизистой оболочкой. Шейка матки раздута, имеет неправильную форму, правая и частично задняя ее стенки сильно истончены, местами просвечивают при рассматривании на свет. На внутренней поверхности правой и задней стенок шейки имеется углубление с неровной поверхностью (рис. 25), покрыто фибринозными наложениями, последние легко отделяются.

При гистологическом исследовании кусочков, взятых из области вдавления на правой стенке шейки, обнаружены расширенные сосуды, сгустки.

Рис. 25. Вид матки после ее опорожнения при шейечной беременности.

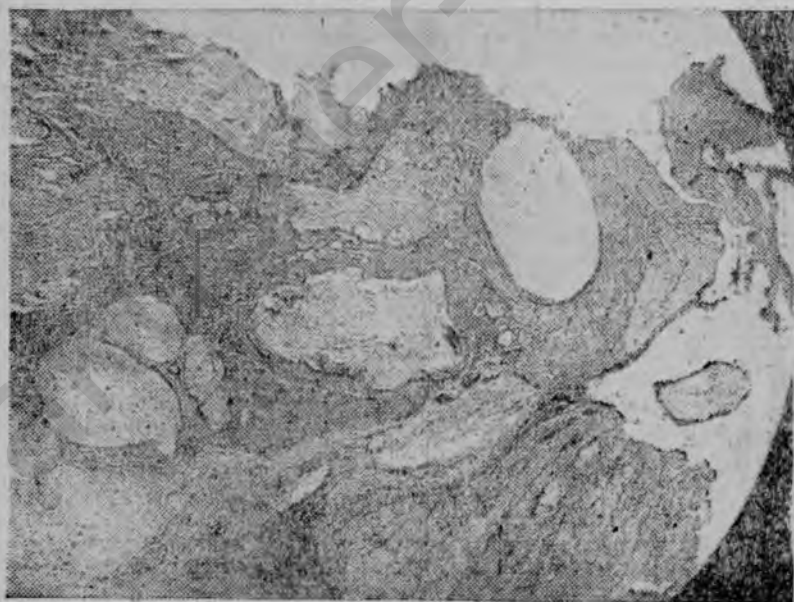


Рис. 26. Участок из стенки шейки, бывшей плодоместилцем. Видны ворсины. Микрофото. Окраска гематоксилин-эозин. (Объектив 3,7, окуляр 10).



фибрина, децидуальная ткань, многочисленные ворсины (рис. 26), проникающие в толщу стенки шейки, очаги кровоизлияний, некроза и мелко-клеточная инфильтрация.

Итак, у больной действительно была шеечная беременность. Оставшиеся после выскабливания плодместилища многочисленные ворсины продолжали свое разрушающее действие, что и приводило к повторным кровотечениям, хотя после удаления плодного яйца прошло свыше двух месяцев.

**Краткий эликриз.** Повторнобеременная женщина поступила в клинику по поводу повторного кровотечения, после выкидыша, закончившегося свыше двух месяцев тому назад выскабливанием матки. Поставлен диагноз шеечной беременности. Произведены чревосечение и экстирпация матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

## ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС И ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

### ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

**Беременная К.**, 28 лет, поступила 5. XI 1951 г. в гинекологическое отделение клиники с кровотечением.

Месячные с 16 лет, через 28 дней, по 3 дня, необильные, без болей. Последняя менструация была 4 месяца тому назад, и больная считает себя беременной. Настоящая беременность третья, первые две закончились срочными родами, последние роды были в 1949 г.

Беременность вначале протекала нормально, но в конце сентября появились кровянистые выделения, две недели лежала в больнице с диагнозом угрожающего выкидыша. Кровотечение было незначительным и не сопровождалось болями. Временами кровотечение прекращалось. 5. XI внезапно началось сильное кровотечение и машина «скорой помощи» доставила больную в клинику.

Больная, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Температура 37,3°. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/65 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, слегка приглушены. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Через брюшные стенки пальпируется беременная матка, дно которой расположено на уровне пупка. Консистенция матки очень мягкая, тестоватая. Части плода, его движения и сердцебиение не определяются. Беременная сама также не ощущает шевелений плода.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище широкое и все заполнено сгустками крови. Шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал пропускает палец, которым определяется какая-то мягкая ткань, расположенная над внутренним зевом. Своды свободны и безболезненны. Части плода через своды также не определяются. В моче белок в количестве 0,132%. Срочный анализ крови показал, что эритроцитов 3 000 000, гемоглобина 50%, лейкоцитов 8600. РОЭ 26 мм/час по Панченкову.

*О какой акушерской патологии можно думать?*

1. У больной имеется начавшийся выкидыш, вызвавший кровотечение.
2. Кровотечение объясняется предлежанием плаценты.

3. Величина матки не соответствует сроку беременности, по-видимому, имеется пузырный занос.

Наиболее частой причиной маточного кровотечения в первую половину беременности является выкидыш. Кровотечение продолжается в течение месяца, но схваткообразных болей беременная не ощущает. Сама женщина указывает на 4-месячный срок беременности, а матка по величине соответствует 6 месяцам и в то же время ни частей плода, ни его сердцебиения определить не удается. Поздний выкидыш протекает чаще всего по типу родов, и при открытии цервикального канала можно определить плодный пузырь или части плода. У нашей больной воды не отходили, а над внутренним зевом определяется какая-то мягкая ткань. Все это не укладывается в картину выкидыша.

Предположение о предлежании плаценты как будто подкрепляется нахождением над внутренним зевом мягкой ткани. Но предлежание детского места при 4-месячной беременности встречается редко. Кроме того, если бы имелось предлежание плаценты, то вызванное им длительное кровотечение уже привело бы к выкидышу. Можно думать, что наша пациентка ошибается в исчислении срока беременности и последняя соответствует 6 месяцам. При таком сроке предлежание плаценты встречается, но тогда мы определяли бы части плода, сердцебиение, и сама беременная, имевшая ранее 2 родов, ощутила бы шевеление плода. Предположение о предлежании детского места также не находит убедительных подтверждающих данных.

Длительное кровотечение, несоответствие величины матки сроку беременности заставляют предполагать пузырный занос (рис. 27).

Пузырный занос (*mola hydatidosa*) представляет своеобразное состояние, при котором происходит перерождение ворсинок и превращение их в гроздевидные образования, состоящие из прозрачных пузырьков, имеющих величину от просяного зерна до виноградины и больше. Пузырьки как бы сидят на тонких стебельках и наполнены светлой жидкостью, в которой содержится альбумин и муцин. Пузырный занос развивается чаще всего в ранние сроки беременности и редко встречается при доношивании ее до срока. Описаны случаи развития пузырного заноса и при внематочной беременности. В первые 3 месяца беременности, когда по всей поверхности яйца имеются первичные ворсинки, перерождение захватывает все ворсинки и возникает полный пузырный занос. Эмбрион в подобных случаях быстро погибает и рассасывается. В центре пузырного заноса можно иногда обнаружить остатки

уменьшенной в объеме яичевой полости и небольшие участки пуповины.

При развитии пузырного заноса в более поздние сроки беременности, после трех месяцев, когда происходит разделение

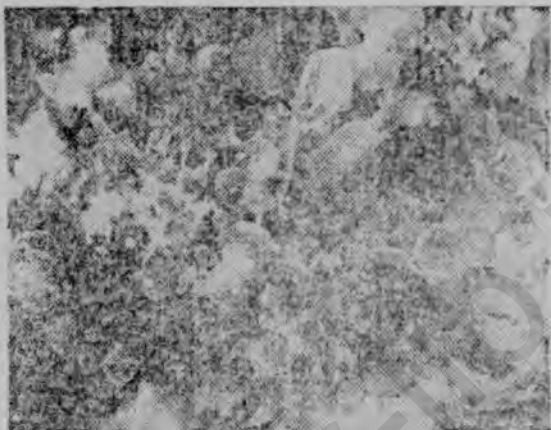


Рис. 27. Пузырный занос.

ворсистой оболочки на *chorion frondosum* и *chorion laeve*, обычно наблюдается перерождение части ворсинок — частичный пузырный занос (рис. 28). Поражение, захватывающее меньше трети плаценты, может не нарушить нормального раз-

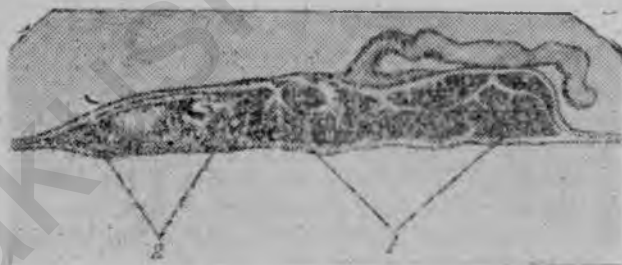


Рис. 28. Частичное перерождение плаценты в пузырный занос:

1 — нормальная ткань плаценты; 2 — перерожденные ворсины.

вития плода, и последний иногда рождается живым и жизнеспособным.

При микроскопическом исследовании пузырного заноса обнаруживается отек стромы и разрастание как синцития, так и

ланггансова слоя ворсинок. Каждый из пузырьков является измененной ворсинкой. На разрезе с внутренней стороны пузырек представляет собой остатки бывшей стромы в виде расплавляющейся соединительной ткани. Снаружи пузырек покрыт большей частью клеточным слоем Лангганса, расположенным в несколько рядов, и толстым слоем синцития в состоянии резко выраженной гиперплазии.

В результате водяночного перерождения образуются многочисленные вакуоли, похожие на кружева. Из-за образования вакуолей клетки хориального эпителия кажутся сильно разбросанными. В клетках синцития и ланггансова слоя можно наблюдать явления дегенерации и некроза. Нередко эти слои перемешиваются между собой. Перерождение, по-видимому, начинается с поражения эмбриональных сосудов (К. П. Улезко-Строганова, 1912, 1939). Обнаруживаемый при этом облитерирующий эндартериит сосудов, очевидно, нарушает отток питательного материала, воспринимаемого эпителиальным покровом ворсин, что сопровождается застоем с последующим водяночным перерождением ворсин. Децидуальная оболочка в местах внедрения пузырьков истончается, атрофируется, на ней бывают видны следы кровоизлияний. Протеолитические ферменты, выделяющиеся при распаде клеток перерожденных ворсинок хориона, приводят к расплавлению отдельных участков децидуальной оболочки.

Иногда наблюдается глубокое врастание перерожденных ворсин в толщу мышечного слоя с прорастанием серозного покрова матки. В таких случаях пузырный занос может проникать в кровеносные сосуды, преимущественно в вены, а также в брюшную полость и поражать расположенные в ней органы. В подобных случаях имеет место разрушающий пузырный занос (*mola hydatidosa destruens*), течение которого принимает злокачественный характер, и над женщиной нависает опасность кровотечения, угрожающего ее жизни (рис. 29). Возникновение разрушающего пузырного заноса, очевидно, связано с потерей слизистой оболочки матки физиологической способности задерживать и ограничивать рост ворсин.

При изучении гистологического строения пузырного заноса чаще пользуются классификацией Hertig и Mansell (1956), в которой различают: доброкачественный, потенциально-злокачественный и, по-видимому, злокачественный пузырный занос.

Г. Г. Ермакова (1962), применив эту классификацию при изучении гистологических данных у 106 больных с пузырным заносом, отмечает, что при доброкачественной форме проли-

ферация хориального эпителия отсутствовала: при потенциально-злокачественном наблюдалась умеренная пролиферация хориального эпителия и у 15 из 63 больных этой группы в препаратах отмечена и некоторая анаплазия эпителия. Причем наличие пролиферирующего хориального эпителия выявлено было лишь на отдельных участках пузырного заноса. Гистологическое строение злокачественных пузырных заносов, по данным Г. Г. Ермаковой, отличалось резко выраженной пролиферацией хориального эпителия, которая наблюдалась



Рис. 29. Разрушающий пузырный занос.

почти во всех участках пузырного заноса, а также более значительной анаплазией хориального эпителия (т. е. изменением формы и величины клеток, гиперхроматозом), чем в предыдущей группе. Кроме того, в ряде пузырных заносов последней группы было выявлено переплетение ланггансовых клеток и синцития, так называемое плексиформное строение хориального эпителия. По данным Г. Г. Ермаковой, к первой группе по гистологическим данным отнесено 12,2% больных, ко второй — 59,6% и к третьей — 28,2%.

Клетки Chaletzky были обнаружены в 42,4% пузырных заносов и чаще встречались при более выраженной пролиферации хориального эпителия.

Г. Г. Ермакова, сопоставив данные гистологического изучения и клинику пузырного заноса, отмечает, что чем более выражены гиперплазия и полиморфизм лаггансовых клеток, а также плексиформное строение хориального эпителия, тем злокачественнее пузырный занос и хуже прогноз заболевания. Пузырные заносы 2 и 3-й группы протекают более злокачественно и дают большой процент деструктивных заносов.

А. А. Кирюхина (1967) при анализе гистологических данных 54 пузырных заносов также отмечает, что прогноз ухудшается при резкой пролиферации и анаплазии хориального эпителия. Поэтому патоморфолог должен указывать особенности гистологической структуры удаленного пузырного заноса, не ограничиваясь стереотипным заключением, что имеется «пузырный занос».

Vojta и Jirasek (1965), тщательно анализируя данные гистологического исследования пузырных заносов, указывают, что картины гиперплазии синцития и трофобласта с одновременно анапластическими формами синцития можно рассматривать как потенциально злокачественные. При злокачественных формах трофобласта определяется анаплазия синцитиотрофобласта, которая характеризуется возникновением тесно связанных друг с другом анастомозирующих пластин. Дегенерация клеток трофобласта выражается в анизоцитозе, анизоуклеозе, в появлении уродливых ядерных форм. Авторы обращают внимание на отношение роста трофобласта к децидуальной оболочке и констатируют, что в окружности деструктирующего пузырного заноса и хорионэпителиомы децидуальная ткань отсутствует или обнаруживается непостоянно. При пузырном заносе имеется строма ворсин, которая отсутствует при хорионэпителиоме. Появление ретикулярных форм трофобласта на поверхности хориальных ворсин указывает на хорионэпителиому.

Voita считает, что при появлении ретикулярного трофобласта следует применять химиотерапию (аминоптерин).

В литературе все больше появляется высказываний о том, что на основании только гистологического исследования соскобов без изучения топографии и гистологического соотношения изучаемой ткани со стенками матки трудно высказаться о степени злокачественности процесса при трофобластических заболеваниях. Эта особенность, а также склонность всех трофобластических опухолей к метастазированию, служат основанием для рекомендации некоторых авторов объединить все трофобластические опухоли под общим наименованием «трофобластическая болезнь».

Этиология пузырного заноса и до настоящего времени

остаётся неясной. Наиболее распространены два взгляда на причину возникновения данного патологического состояния. Одни усматривают причину в наличии децидуального эндометрита, приводящего вторично к перерождению ворсин; другие полагают, что в основе возникновения пузырного заноса лежит заболевание яйца (причем, первичное заболевание яйца развивается еще в яичнике, а затем наступает перерождение ворсин, или же причиной развития пузырного заноса становятся вторичные изменения в яйце, возникающие при остановке его развития). Заболевание яйца, вернее поражение ворсистой оболочки, связывают с изменениями в сосудистой системе ворсин.

В литературе имеются указания о зависимости развития пузырного заноса от гормональных нарушений (Sigmund, 1953; Smalbrak, 1957), перенесенных тяжелых соматических заболеваний в первом триместре беременности (А. А. Кирюхина, 1967 и др.). Некоторые авторы указывают на значение инфекции в этиологии пузырного заноса; R. de Ruyek (1951, 1959), Notake и др. (1963) придают значение хориотропному вирусу.

В настоящее время еще невозможно решить, какой из взглядов, объясняющих причину возникновения пузырного заноса, является наиболее правильным. Кроме того, как указывал В. С. Груздев (1922), наряду с местными процессами, определенную роль играют и общие условия, приводящие к ослаблению защитных реакций в организме беременной.

Пузырный занос встречается чаще у пожилых беременных и притом больше у повторнобеременных, чем у первобеременных. А. Э. Мандельштам (1938) указывает, что в молодом возрасте, до 30 лет, эта патология наблюдается в каждом четвертом случае заболевания.

По данным М. Б. Сабировой (1964), А. А. Кирюхиной (1967) и др., пузырный занос наблюдался наиболее часто у женщин в возрасте до 30 лет. В возрасте 50 лет и старше также описаны случаи пузырного заноса. Нам пришлось наблюдать пузырный занос у многорожавшей женщины в возрасте 53 лет.

И. И. Яковлев (1956) отмечает частоту пузырного заноса в 0,05—0,06% по отношению к числу случаев беременности.

Примерно такую же частоту (от 0,045 до 0,06%) пузырного заноса указывают Rhenerу, Dougherty (1960) и др. Ряд американских авторов исчисляют частоту пузырного заноса по отношению к числу родов от 1:1400 до 1:2000. В восточных странах (Гонконг, Филиппины, Индонезия и др.) пузырный занос встречается часто. Так, Chup и др. (1964) указывают, что один пузырный занос встречается на 242 родов.



Пузырный занос встречается у повторнобеременных в три раза чаще, чем у первобеременных. У некоторых женщин пузырный занос повторяется. В литературе имеются данные о том, что у одной и той же женщины пузырный занос наблюдался даже 11 раз. В то же время хорошо известны многочисленные случаи нормальных беременностей и родов у женщин, перенесших ранее пузырный занос. Описан ряд случаев (В. В. Строганов, 1928, и др.), когда при беременности двойнями одно плодное яйцо превращалось в пузырный занос с гибелью эмбриона, а второй плод жил и нормально развивался.

В начале развития пузырного заноса беременность может протекать без каких-либо особенностей, но чаще развиваются явления токсикоза. Для пузырного заноса характерны атипические кровотечения, которые начинаются чаще со 2-го или 3-го месяца беременности, вначале бывают умеренными и временами стихающими, достигая наивысшей степени ко времени изгнания заноса. У половины больных, как отмечает и Г. Г. Ермакова, кровотечения не сопровождаются болевыми ощущениями. Реже кровотечения сразу достигают значительной силы. При кровотечениях иногда отходят пузырьки, что весьма облегчает диагноз. Кровотечения может совсем не быть или же наблюдаются только грязные, буроватого цвета выделения. Матка растет очень быстро и может значительно превышать размеры, соответствующие сроку беременности.

Однако увеличение размеров матки, превышающее срок беременности, не является постоянным признаком, который, по данным Г. Г. Ермаковой (1962), наблюдался только у половины больных. Нередко отмечается полное соответствие величины матки со сроком беременности, а иногда даже матка бывает меньших размеров, чем должна быть по сроку беременности. В этом случае клиническая картина пузырного заноса напоминает таковую при несостоявшемся выкидыше.

Консистенция матки при пузырном заносе отличается чрезмерным размягчением, своеобразной тестоватостью или бывает туго эластической, напоминая кистомы яичника. Некоторые авторы отмечают неравномерность консистенции матки при этой патологии.

При величине матки, соответствующей двадцати неделям беременности и больше, не удается определить частей плода, выслушать его сердцебиение. Сама беременная не ощущает движений плода.

Ряд авторов указывают, что при пузырном заносе определяются местные сокращения отдельных участков матки.

У нашей больной ряд признаков указывает на пузырный

занос: длительное кровотечение, непомерно быстрый рост матки, достигшей при 4-месячном сроке беременности уровня пупка; части плода не определяются, сердцебиение не прослушивается.

Сильное кровотечение заставляет оказывать срочную помощь.

Больная на операционном столе. Подготовлена для влагалищной операции. Произведено повторное влагалищное исследование, во время которого из цервикального канала выпало несколько пузырьков. Диагноз подтвержден окончательно. Ввиду сильного кровотечения решено произвести удаление пузырного заноса пальцевым методом.

Оперирующий врач пальцем входит в полость матки и, поддерживая через брюшные покровы матку левой рукой, отделяет занос от маточной стенки. При этом во влагалище начинают выпадать гроздья пузырьков.

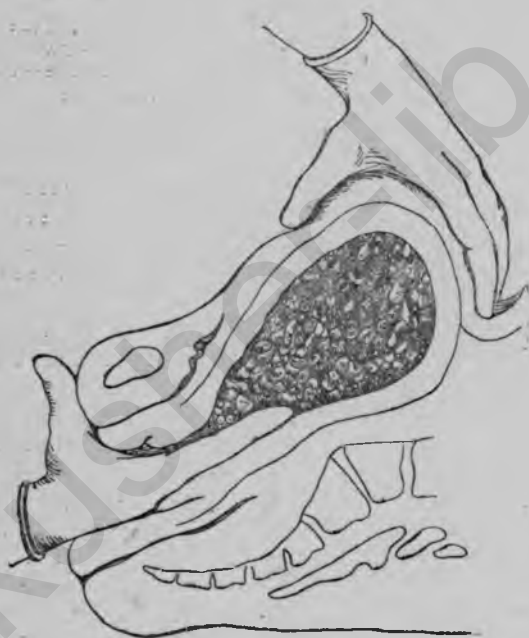


Рис. 30. Пузырный занос. Опорожнение матки пальцем.

После удаления части пузырного заноса с помощью пальцевого метода (рис. 30) оператор большой тупой кюреткой осторожными движениями удаляет оставшиеся в полости матки массы пузырного заноса. Матка хорошо сократилась. Еще раз осторожно большой тупой кюреткой проверены стенки матки. Кровотечение прекратилось. В толщу шейки матки введен 1 мл питуитрина, внутримышечно 2 мл эрготина. Больная перевезена в палату. На низ живота положен пузырь со льдом, назначены

инъекции пенициллина по 100 000 ЕД через каждые 4 часа и переливания 500 мл консервированной крови.

Вечером в день операции температура повысилась до 39°, а в последующие дни оставалась субфебрильной.

8. XI. Состояние удовлетворительное, пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения. Матка хорошо сократилась, дно ее на уровне верхнего края лона. Выделения из половых путей сукровичные, незначительные. При анализе мочи изменений нет. Количество гемоглобина 50%. Назначены повторные переливания крови по 250 мл.

16. XI. Состояние хорошее. При рентгеноскопии легких патологических изменений не обнаружено. Выделения из влагалища серозные. Шейка цилиндрической формы. Наружный зев закрыт. Матка в антеверзии, увеличена соответственно 7—8 неделям беременности. Справа свод свободен. Слева определяется опухоль яичника неправильной бугристой формы, эластической консистенции, величиной с женский кулак, подвижная, безболезненная.

19. XI. При двуручном исследовании: матка нормальной величины. С обеих сторон определяются кистозные опухоли яичников: слева — размером 5×4 см, справа — с женский кулак.

27. XI. Состояние хорошее. Жалоб не предъявляет. Определяются кистозные опухоли яичников, справа — величиной с мужской кулак, слева — размером 8×5 см. Опухоли подвижные, безболезненные. Больная выписана из клиники и за ней установлено наблюдение.

### *Что же это за опухоли яичников?*

Быстрый рост опухоли без повышения температуры, безболезненность, подвижность говорят против их воспалительного происхождения. Скорее всего это не что иное, как своеобразные кистозные образования, нередко сопровождающие пузырный занос.

А. Э. Мандельштам (1938) указывает, что при пузырном заносе в 30—40% случаев наблюдаются своеобразные, обычно двусторонние, изменения в яичниках, приводящие к их увеличению до размеров куриного яйца, кулака и более.

По данным Г. Г. Ермаковой (1962), лютеиновые кисты встретились в 25,4% при пузырном заносе, по А. А. Кирюхиной (1967) — в 18,9%, М. Б. Сабировой (1964) — в 14% случаев. Характерно, что лютеиновые кисты в большинстве случаев определяются спустя 2—3 недели после удаления пузырного заноса. Эти опухолевидные образования яичников состоят из множества тонкостенных кист, наполненных прозрачной жидкостью. Внутренняя поверхность кист выстлана слоем желтоватых лютеиновых клеток, откуда и произошло название этих образований — лютеиновые кисты.

Лютеиновые кисты представляют из себя растянутые растущие или атрезирующиеся фолликулы и частью атретические желтые тела (К. П. Улезко-Строганова, 1939). Если при нормальной беременности наступает гипертрофия только лютеиновых образований от последней овуляции, то при пу-

зырном заносе, помимо этого, гипертрофируются также и лютеиновые клетки, сохранившиеся в рубцах от желтых тел и возникшие вследствие прежних овуляций.

К. П. Улезко-Строганова (1912) считает, что как возникновение пузырного заноса, так и образование лютеиновых кист происходит в результате воздействия одной и той же причины. Некоторые акушеры полагают, что изменения в яичниках являются вторичными и объясняются изменениями свойств хориального эпителия.

Лютеиновые кисты появляются при наличии пузырного заноса, но могут возникать и через несколько недель после рождения или удаления его. При удалении пузырного заноса иногда усиливается рост лютеиновых кист, принимающих шарообразную или колбасовидную форму. Эти кисты развиваются до определенного времени, затем начинают постепенно уменьшаться в размерах и в течение нескольких недель исчезают совершенно. Кисты эти доброкачественные, неоднократно после них наблюдалось наступление нормальной беременности. Поэтому никаких оперативных вмешательств для удаления лютеиновых кист не требуется. Следует относиться осторожно к назначению на операцию больных с кистой яичника при наличии беременности, если имеются подозрения на пузырный занос.

После выписки больной из лечебного учреждения после перенесенного пузырного заноса ее необходимо взять под строгий контроль и проследить за ее состоянием и изменениями со стороны яичников. Кроме того, в 5% случаев наблюдается перерождение пузырного заноса в хорионэпителиому, которая является одним из наиболее злокачественных новообразований половых органов женщины.

Хорионэпителиома появляется чаще всего на 6—8-й неделе после опорожнения матки от пузырного заноса; в редких случаях хорионэпителиома появляется через 1—2 года и более. Поэтому женщина, перенесшая пузырный занос, должна находиться под тщательным наблюдением не менее 6 месяцев и в дальнейшем в течение 2—3 лет показываться врачу через каждые 3 месяца.

В процессе наблюдения необходимо динамическое исследование на содержание в моче хорионального гонадотропина с помощью постановки биологических реакций.

В течение первых 6 месяцев после удаления пузырного заноса определение в моче хорионального гонадотропина следует производить ежемесячно, а при неясности в данных наблюдения и дольше.

Если биологические реакции остаются положительными

при отсутствии лютеиновых кист более 4—6 недель (количество хориального гонадотропина нарастает) или из отрицательных реакций переходят в положительные, женщина должна быть взята под особый контроль ввиду подозрения на хорионэпителиому.

Независимо от сроков предыдущего осмотра при появлении кровянистых выделений или кровотечения из матки, не связанных со срочными месячными, женщина должна немедленно обратиться к врачу.

21. XII 1951 г. больная вновь поступила в гинекологическое отделение клиники с жалобами на боли внизу живота. При осмотре: живот мягкий, безболезненный, кисты яичников такой же величины, как и 27. XI, т. е. справа — с мужской кулак, слева — размером  $8 \times 5$  см. Матка нормальной величины, безболезненная, своды свободны. Выделения серозно-слизистые.

29. XII появились кровянистые выделения из матки.

Прошло почти 2 месяца после удаления пузырного заноса. Лютеиновые кисты не уменьшались, появились сукровичные выделения.

Р. М. Израильсон полагает, что дальнейшее развитие или отсутствие уменьшения величины лютеиновых кист яичника поддерживается остатками хориона в полости матки, независимо от того, произошло их злокачественное перерождение или нет.

Возможно, что и у больной в матке еще имеются остатки измененных ворсин. Наличие сукровичных выделений особенностораживает, так как остатки хориальной ткани могут быть источником развития хорионэпителиомы. Поэтому выскабливание матки у нашей больной является показанным не только с диагностической, но и, возможно, с лечебной целью.

4. I произведено выскабливание матки. Соскоб скудный. При гистологическом исследовании элементов хорионэпителиомы не обнаружено.

9. I больная выписана из клиники. Кисты яичников уменьшились в размерах, и каждая достигает размера  $9 \times 3,5$  см.

25. I у больной вновь появились кровянистые выделения. При осмотре оказалось, что слева киста яичника исчезла, справа уменьшилась до размеров  $4 \times 3$  см. Матка не увеличена, зев закрыт. Выделения сукровичные, умеренные. Произведено повторное выскабливание матки. Гистологическое исследование соскоба: слизистая оболочка матки имеет обычное строение. Явлений перерождения нет. При рентгеноскопии легких патологических изменений не обнаружено.

В дальнейшем больная находилась под систематическим наблюдением. В 1953 и 1955 гг. были нормальные беременности, закончившиеся искусственными абортами.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступает в клинику с сильным кровотечением из матки. Установлен пузырный занос, произведено опорожнение матки пальцевым методом и затем произведено осторожное выскабливание. В послеоперационном периоде и при дальнейшем наблюдении

установлены двусторонние лютеиновые кисты яичников, достигавшие размеров мужского кулака.

По поводу кровянистых выделений из матки дважды произведены пробные выскабливания. Хорионэпителиомы не обнаружено. Лютеиновые кисты стали уменьшаться в размерах через 2 месяца после удаления пузырного заноса и в течение 3-го месяца исчезли совершенно. В дальнейшем женщина имела 2 нормальные беременности, прерванные искусственными абортми.

#### КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ

Беременная X., 27 лет, доставлена в акушерско-гинекологическую клинику санитарным самолетом 5. X 1952 г. из областной больницы.

Месячные с 15 лет, через 30 дней, по 4 дня. Последняя менструация была 15. VII 1952 г. Считает себя беременной 3 месяца. Эта беременность вторая. Первая беременность закончилась срочными родами в 1950 г.

Начиная с 1. IX временами стали появляться небольшие кровотечения и быстро увеличивался живот, по поводу чего и находилась в областной больнице с 23. IX по 5. X.

При поступлении в больницу жаловалась на общую слабость, плохой аппетит и постоянные боли в животе без определенной локализации. Трижды применялись медикаментозные средства с целью вызвать родовую деятельность (фолликулин, питуитрин и хинин), но безуспешно.

При поступлении в клинику 5. X беременная истощена, кожные покровы и видимые слизистые бледные. На стопах и голенях значительная отечность. Пульс 94 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст. В легких — везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые, приглушены, границы в норме. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется беременная матка, дно которой определяется выше лона на 32 см. Ширина матки 29 см. Окружность живота 97 см. Матка при ощупывании имеет очень мягкую, тестоватую консистенцию, безболезненная, части плода не определяются и сердцебиение не прослушивается. Шевелений плода беременная также не ощущает. Анализ мочи: белок 4,35‰; в осадке лейкоциты 30—35 в поле зрения, 4—5 свежих эритроцитов, единичные гиалиновые цилиндры.

#### Каков диагноз?

1. Имеется беременность и многоводие, осложненные нефропатией и угрожающим выкидышем.

2. У беременной пузырный занос с явлениями нефропатии.

Наличие нефропатии не вызывает сомнений, так как имеется повышенное артериальное давление, отеки и белок в моче. Но нефропатия может возникнуть как при нормальной беременности, так и при пузырном заносе.

Пузырный занос сопровождается развитием токсикоза чаще, чем беременность с нормальным развитием плодного яйца; причем наблюдаются не только нефропатия, но даже и эклампсия. Проявления токсикоза при пузырном заносе, выражающиеся в рвоте, отеках конечностей и иногда лица,

в появлении белка в моче и повышенного кровяного давления, наступают при ранних сроках беременности и бывают частыми спутниками этой акушерской патологии. И. И. Яковлев (1944) указывает, что при пузырном заносе нефропатия беременных наблюдается в 30% случаев.

При установлении диагноза пузырного заноса следует учитывать другие состояния, похожие на него, многоплодную беременность, многоводие, самопроизвольный выкидыш.

Пузырный занос отличается от выкидыша тем, что матка, несмотря на продолжающиеся кровотечения, растет и по своей величине нередко бывает больше срока беременности. При прогрессировании выкидыша матка, наоборот, постепенно уменьшается в объеме. При пузырном заносе нередко появляются лютеиновые кисты яичников, а при выкидыше их не бывает. Если матка достигает уровня пупка и больше при обычном выкидыше, можно уже определить части плода, и, если плод не погиб, выслушать сердцебиение. При пузырном заносе эти признаки отсутствуют.

При многоплодной беременности матка растет медленнее, чем при пузырном заносе, кровотечение отсутствует. Во второй половине беременности при многоплодии определяются части плодов и их движения, выслушивается сердцебиение. На рентгенограмме видны скелеты плодов.

Многоводие обычно не сопровождается кровотечением и развивается чаще всего во второй половине беременности. При многоводии матка напряжена, ясно флюктуирует, а при пузырном заносе — нет. При многоводии женщина ощущает движения плода, иногда удается выслушать сердцебиение или определить части плода, «уплывающие» от прикосновения к ним.

Мысль о пузырном заносе может возникнуть при ошибках в диагностике сроков беременности, развивающейся нормально, если матка кажется по своей величине больше, чем должна быть по сроку. Отсутствие патологических явлений позволяет провести наблюдение за беременной и выявить диагностическую ошибку, разрешению которой помогает и отсутствие признаков, характерных для пузырного заноса.

Опухоли матки редко могут дать повод для подозрения на пузырный занос. На наличие опухоли указывают длительные кровотечения, отсутствие признаков беременности. Длительность заболевания и другие признаки, характерные для опухолей, позволяют разобраться в неясных случаях. Труднее бывает дифференцировать с пузырным заносом беременность в матке при наличии фибромиомы. Однако и в этих случаях нахождение отдельных узлов опухоли, указания

в анамнезе на фибромиому матки и, наконец, наблюдение за больной позволяют поставить правильный диагноз.

Неясности в диагнозе пузырного заноса возникают, когда нет типичной для него клинической картины, отсутствуют, например, кровотечения до трех месяцев и позднее (это бывает редко).

При подозрении на пузырный занос следует тщательно следить за характером выделений из матки (нужно, чтобы эти выделения собирались на марлевые прокладки). Нахождение отдельных пузырьков в выделениях делает диагноз точным. В моче больных с пузырным заносом содержится обычно большое количество хориального гонадотропина, поэтому применяются биологические реакции на беременность, при разведении мочи 1:10, 1:50, 1:100 и т. д. А. Э. Мандельштам (1938) рекомендует производить реакцию Фридмана на крольчихах по выработанной им схеме. Ценным дополнительным методом в диагностике пузырного заноса является реакция Ашгейма—Цондека, которая при пузырном заносе дает положительный результат даже при разведении мочи 1:200 и больше.

М. Б. Сабирова (1964) указывает, что реакция Галли—Майнини—Алпатова является ценным методом диагностики пузырного заноса, не уступая по своей точности реакциям Ашгейма—Цондека и Фридмана. С успехом может быть использован иммунологический метод определения хориального гонадотропина в моче.

Положительные реакции при пузырном заносе не всегда наблюдаются при разведении мочи, что необходимо иметь в виду и решать вопрос о диагнозе по совокупности клинических и лабораторных данных. После полного удаления доброкачественного пузырного заноса биологические реакции становятся отрицательными через 5—30 дней (Г. Г. Ермакова, 1962). Наличие положительных реакций длительное время бывает при задержке в матке частей пузырного заноса, лютеиновых кистах и перерождении заноса в хорионэпителиому, а также при деструкующем или метастазирующем пузырном заносе.

Диагноз частичного пузырного заноса, особенно при наличии плода в матке, устанавливается или при отхождении из матки вместе с кровью пузырьков, или при осмотре плаценты после ее рождения.

У больной имеется беременность сроком 3 месяца, а матка по величине соответствует 8 месяцам. Консистенция ее очень мягкая, тестоватая. Движений плода беременная не ощущает. Таких характерных для острогного многоводия признаков, как напряжение матки и ясная флюктуация, нет.



Атипичные кровотечения, появившиеся со 2-го месяца беременности, и рано развившиеся явления выраженного токсикоза говорят также за пузырный занос. Непомерно быстрый рост матки и ее консистенция, отсутствие признаков, указывающих на наличие плода в матке, также характерны для данной патологии.

Итак, ясно, что у пациентки пузырный занос, осложненный токсемикозом беременности.

Прогноз при пузырном заносе очень серьезен. Плод обычно гибнет в самом начале беременности. Женщине угрожает опасность кровотечения и последующего развития инфекции, часто осложняющей течение пузырного заноса. Возможность развития разрушающего пузырного заноса и хорионэпителиомы (по Г. Г. Гентеру (1938) в 5% случаев еще больше омрачает прогноз.

Чем дольше пузырный занос остается в матке, тем больше он прорастает стенки и тем хуже прогноз. В отдельных случаях наблюдается смерть от кровотечения. Более частыми являются септические процессы на почве длительных кровотечений, сопровождающихся задержкой и разложением излившейся крови и фибриновых сгустков, или в результате применения влагалитических манипуляций с целью удаления пузырного заноса. Описаны случаи развития тромбоза и пиемии. Наиболее опасным является разрушающий пузырный занос. Смертельные исходы по старым статистикам, как указывает А. Э. Мандельштам (1938), при пузырном заносе наблюдались в 8—12% случаев, после 1935 г. — около 2%. И. И. Яковлев (1944) приводит цифру летальных исходов в 10% случаев.

В настоящее время летальные исходы при пузырном заносе стали редким явлением. Это связано с улучшением диагностики и своевременным применением лечебных мероприятий. Так, по данным М. Б. Сабировой (1964) из 135 больных умерла одна женщина.

Как только поставлен диагноз пузырного заноса, необходимо немедленно принимать меры к его удалению из матки.

Однако опорожнение матки при пузырном заносе является довольно сложной задачей. Стенки матки растянуты, истончены, часто имеется узура в результате разделения их ворсинками заноса. Насколько глубоко разрушена стенка матки при пузырном заносе, мы не можем заранее сказать. Поэтому с целью удаления заноса следует применять наиболее бережные методы. Особенно опасно применение инструментального опорожнения матки, учитывая ее большую величину и истончение стенок.

По И. И. Яковлеву (1969), выделение перерожденного плодного яйца при пузырном заносе происходит в 50—70%

всех случаев без вмешательства. С целью ускорения изгнания заноса надо усилить лишь сократительную деятельность матки. Если нет кровотечения или оно не сильное, то применяют средства и методы, вызывающие и стимулирующие родовую деятельность.

Обычно применяют питуитрин и хинин. Вначале более целесообразно давать хинин по 0,1 г через 30 минут до 8—10 раз, а затем назначают подкожные инъекции питуитрина или капельное введение окситоцина. Одновременно внутривенно вводят по Хмелевскому 50 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 10% раствора хлористого кальция и внутримышечно — витамин В<sub>1</sub> (60 мг).

При нефропатии вместо питуитрина более целесообразно применять пахикарпин (5% раствор по 3 мл внутримышечно 3 раза с промежутками в 45 минут).

Если кровотечение значительное и имеется раскрытие маточного зева, позволяющее ввести в полость матки 1—2 пальца, производят пальцевым методом опорожнение матки. С этой целью в полость матки вводят указательный палец и, поддерживая матку через брюшные покровы другой рукой, осторожно отделяют пузырный занос от стенок и удаляют, выталкивая его по частям во влагалище. Предварительно, чтобы усилить сокращения матки и уменьшить кровотечение, вводят под кожу 1 мл питуитрина. Если шейный канал закрыт, то его расширяют бужами Гегара до № 18—20, чтобы можно было ввести палец. Применяется также рассечение шейки или, в исключительных случаях, влагалищное кесарево сечение (И. И. Яковлев, 1969).

Г. Г. Гентер (1937) считает целесообразным применение метрейриза, который вызывает схватки, приводит к сглаживанию шейки и раскрытию маточного зева. Если вслед за метрейринтером не рождается пузырный занос, его удаляют пальцевым способом. При величине матки, соответствующей 4 месяцам беременности и больше, следует во влагалище вводить всю кисть руки, а в матку — 1—2 пальца.

После рождения или удаления большей части заноса, когда матка уже сократилась в той или иной степени, при наличии кровотечения допустимо крайне осторожное выскабливание матки большой тупой кюреткой. Если нет такой кюретки или врач не владеет в совершенстве оперативной техникой, разумнее вместо инструмента использовать палец. Не следует добиваться особенно тщательного удаления всех частиц пузырного заноса при выскабливании. Важно, чтобы сократилась матка и прекратилось кровотечение. Если не удалось хорошо опорожнить матку и кровотечение продол-

жаётся, можно полость матки и влагалище затампонировать. Это способствует сокращению матки и изгнанию остатков пузырного заноса. Тампон вводят в матку не более как на 6 часов. Через 7—10 дней после удаления пузырного заноса, когда матка достаточно сократится, производят выскабливание ее и соскоб посылают на гистологическое исследование.

В последнее время привлекает внимание применение вакуум-аспирации при удалении из матки пузырного заноса (А. А. Кирюхина, 1964; Vojta, 1965). Vojta рекомендует применять канюли из прозрачного материала, соответствующие по диаметру 7—9 номерам расширителей Гегара. Канюля продвигается лишь незначительно за внутренний зев матки, что исключает возможность прободения последней. При вакуум-аспирации происходит быстрое опорожнение матки, что исключает большую кровопотерю, и масса пузырного заноса удаляется полностью; при сомнении в опорожнении матки производят ее выскабливание тупой кюреткой, отсылая соскоб и аспирированные массы на гистологическое исследование. Метод вакуум-аспирации, детальная разработка которого в СССР при операции искусственного аборта привела к широкому его внедрению в практику в нашей стране и за рубежом, несомненно имеет явные преимущества перед выскабливанием матки и пальцевым удалением пузырного заноса.

При наличии резкой пролиферации и анаплазии хориального эпителия, также как при деструктивном пузырном заносе ввиду опасности возникновения хорионэпителиомы показана химиотерапия или удаление матки оперативным путем.

Ewing (1945) и Novak (1957) считают, что деструктивный пузырный занос, помимо внутрисосудистого распространения, характеризуется резкой пролиферацией хориального эпителия и проникновением в стенку матки является промежуточным звеном между пузырным заносом и хорионэпителиомой (*chorionadenoma destruens*).

В случаях, когда пузырный занос прорастает до серозного покрова матки, производят ее экстирпацию. Кисты яичников, развивающиеся при пузырном заносе, удалять не следует, так как после рождения заноса они исчезают в течение 2—3 месяцев. Если при прогрессирующем росте лютеиновых кист нарастает кахексия, их удаляют вместе с маткой во избежание развития хорионэпителиомы (И. И. Яковлев, 1969).

После опорожнения матки от пузырного заноса назначают лед на низ живота, препараты спорыньи, стиптицин и

другие средства, вызывающие сокращения матки. Учитывая опасность развития инфекции, следует применять антибиотики и сульфаниламиды. При анемии — переливания крови. При отсутствии в соскобе из матки признаков злокачественного перерождения женщина выписывается под наблюдение женской консультации. Появление межменструальных кровотечений или кровянистых выделений может являться признаком хорионэпителиомы. В таких случаях показано с диагностической целью выскабливание матки с обязательным гистологическим исследованием соскоба, о чем, к сожалению, забывают некоторые врачи.

У нашей больной пузырный занос достигает громадных размеров. Кровотечения в данный момент нет. Наружный маточный зев закрыт. Дно матки на средние расстояния между пупком и мечевидным отростком. Имеется выраженная нефропатия беременных. В день поступления проведена магнезиальная терапия по Бровкину. Артериальное давление в течение суток колебалось между 140/100—160/95 мм рт. ст.

6. X назначены с целью возбуждения схваток: внутрь хинин по 0,1 г через каждые 30 минут 8 раз и затем прозерин по 3 мг (0,003) тоже до 8 порошков. От применения питуитрина ввиду повышенного артериального давления пришлось воздержаться. Схватки не появились.

7. X в 10 часов больную взяли в операционную и решили вначале расширить шейный канал, а затем, смотря по обстоятельствам, применить тот или иной метод для опорожнения матки. Приготовлен метрейринтер и инструменты для любой операции на матке.

При попытке произвести расширение цервикального канала, выпало несколько пузырьков и началось профузное кровотечение, которое остановлено тугой тампонадой влагаллица. Больная анемична: количество гемоглобина 40%, эритроцитов 2 160 000.

### Что делать?

1. Произвести влагалищное кесарево сечение и удалить пузырный занос.

2. Пузырный занос очень больших размеров, имеется тяжелый токсикоз. При таком бурном росте заноса вероятно имеется значительное разрушение стенок матки. Необходимо произвести чревосечение и экстирпацию матки.

3. Ввиду тяжелой клинической картины и больших размеров пузырного заноса произвести чревосечение и кесарево сечение. Если не будет обнаружен разрушающий пузырный занос, — матку оставить.

Женщине 27 лет, у нее только один ребенок и идти на экстирпацию матки при отсутствии разрушающего пузырного заноса нет достаточных оснований.

Опорожнение матки с помощью влагалищного кесарева сечения при таком размере пузырного заноса, обязательно будет сопровождаться сильным кровотечением, а это риско-

ванно для обескровленной больной. В. В. Строганов (1928) высказывает предположение о том, что может быть пузырьки заноса, попавшие при влагалищном кесаревом сечении в клетчатку и зашитые там, поведут в последующем к образованию опухоли, может быть даже и хорионэпителиомы.

Остается единственный путь, который позволит наиболее быстро опоржнить матку с наименьшей потерей крови, это — абдоминальное кесарево сечение. Если стенки матки окажутся не разрушенными пузырьным заносом, матку можно будет сохранить.

Больная срочно подготовлена к чревосечению. Начато переливание крови (225 мл) А (II) группы капельным методом.

Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (800 мл) срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Раствор новокаина введен под брюшину пузырьно-маточного углубления и в левую круглую связку. Брюшная полость тщательно отгорожена от передней поверхности матки марлевыми салфетками. Поперечным разрезом рассечена брюшина в области пузырьно-маточной складки. Мочевой пузырь вместе с брюшиной марлевым тупфером смещен книзу и защищен зеркалом.

Полость матки вскрыта продольным разрезом, захватывающим нижний сегмент и часть тела матки. Началось сильнейшее кровотечение. Оператор немедленно ввел кисть руки в матку, отделил пузырьный занос от стенок и выдвинул его из матки. Матка сразу сократилась и кровотечение остановилось. Тупой кюреткой произведено выскабливание. Стенки полости матки протерты спиртом. Заметных на глаз и при пальцевом обследовании разрушений на стенках матки не обнаружено. Разрез матки зашит в два этажа узловатыми кетгутowymi швами. Брюшина пузырьно-маточного углубления подтянута вверх и пришита к матке, покрыв полностью область разреза маточной стенки. Из брюшной полости удалены марлевые салфетки и в нее влито 500 000 ЕД пенициллина. При осмотре яичников отмечено лишь незначительное их увеличение. Рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Удаленный пузырьный занос весил 3 кг. Больная перевезена в палату. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Назначены: холод на живот, пенициллин по 100 000 ЕД через 6 часов. Внутривенно глюкоза 40% по 50 мл ежедневно.

В первые дни послеоперационного периода температура по вечерам повышалась до 38,1—38,2°. С 14. X температура стала нормальной. В моче исчезли патологические элементы. Заживление раны брюшной стенки произошло первичным натяжением. 25. X больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Матка хорошо сократилась, слегка увеличена. Наружный зев закрыт, выделения серозные. Слева определялась киста яичника величиной с женский кулак.

Через 2 года у больной наступила беременность, которая закончилась срочными родами живым плодом.

В данном случае мы избрали необычный метод для лечения пузырьного заноса. Решение произвести абдоминальное кесарево сечение, по нашему мнению, было наиболее разумным и обеспечило быстрое опорожнение матки при огромном пузырьном заносе, весившем 3 кг. Матка была сохранена, и женщина в последующем имела нормальные роды. Попытка

опорожнить матку через влагалище любым иным методом несомненно вызвала бы при такой величине пузырного заноса сильное кровотечение, которое могло бы оказаться роковым.

Мне, еще раз пришлось произвести абдоминальное кесарево сечение при пузырном заносе, распознанном, правда, только во время операции.

Молодая первобеременная женщина была доставлена машиной «скорой помощи» в акушерскую клинику Казанского института усовершенствования врачей с сильнейшим кровотечением из матки. Состояние беременной было очень тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледные. Холодный пот на лбу. Одышка. Временами кратковременная потеря сознания. Пульс нитевидный, плохо сосчитывается, артериальное давление 50/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется матка, дно ее на 2 поперечных пальца выше пупка. Матка напряжена, части плода не определяются, сердцебиение не выслушивается. Влагалище наполнено сгустками крови. Кровотечение из матки продолжается. Шейка матки конической формы, не укорочена. Наружный зев закрыт, своды свободны и безболезненны.

При колебаниях в диагнозе между преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и центральным предлежанием последней необходимо было срочно приступить к проведению лечебных мероприятий.

Состояние больной очень тяжелое, острая кровопотеря привела к преагональному состоянию. Кровотечение необходимо немедленно остановить, опорожнив матку, но родовые пути закрыты. При таком положении единственным выходом являлось абдоминальное кесарево сечение, которое и было произведено под общим эфирным наркозом. Во время операции беспрерывно переливали кровь.

После вскрытия полости матки обнаружен был пузырный занос, который тут же удален. Произведено выскабливание матки и зашивание разреза.

Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 14-й день больная выписалась из клиники.

У данной больной абдоминальное перешеечно-шеечное кесарево сечение было применено из-за ошибки в диагнозе, но оно спасло женщину от смерти. Любой иной метод не дал бы таких результатов.

Неоднократно вспоминая эту больную и случай, описанный в данном семинаре, я часто задаю себе вопрос, как я поступил бы, если бы встретился снова с подобной климической картиной при пузырном заносе. Я снова бы сделал то же

самое. В литературе мы не встретили указаний на то, чтобы при пузырном заносе применяли адбминальное кесарево сечение. Однако при огромных размерах пузырного заноса, изгнания которого не удастся добиться с помощью назначения стимулирующих матку средств, или при сильнейшем кровотечении у обескровленных женщин и неподготовленных родовых путях кесарево сечение является наиболее приемлемым методом. Эта операция при пузырном заносе может быть применена в порядке исключения и только при указанной выше клинической картине заболевания.

**Краткий эпикриз.** У повторнобеременной женщины установлен диагноз пузырного заноса, имеющего огромные размеры. Вызвать родовую деятельность не удалось. Попытка расширения шейного канала сопровождалась сильнейшим кровотечением. Произведено адбминальное кесарево сечение. Пузырный занос весил 3 кг. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 2 года наступила беременность, закончившаяся нормальными родами.

#### ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ

**Беременная Т.,** 34 лет, поступила в клинику по направлению областной больницы 23.XI.1956 г. в 14 часов.

Из анамнеза узнаем, что менструации у нее с 15 лет, через 28 дней, по 3—4 дня. Последние нормальные месячные были в марте 1956 г. Замуж вышла 18 лет. Было 5 беременностей, из которых 2 закончились нормальными родами, 2 — искусственными выкидышами. При последней беременности в апреле 1956 г. произошел самопроизвольный выкидыш.

Считает себя больной с апреля месяца, когда появилось кровотечение после полуторамесячной задержки менструаций. В июле месяце по поводу непрекращающихся кровянистых выделений из половых путей обратилась к врачу местной больницы. Было произведено выскабливание матки. Через 2 недели после выскабливания началось обильное кровотечение, по поводу чего было произведено повторное выскабливание матки, при котором удалено много частей плодного яйца. Кровотечение и после этого продолжалось в виде мажущихся выделений.

Вскоре после этого больная заметила наличие узелка величиной 1,5×1см на передней стенке влагалища, расположенного вблизи наружного отверстия уретры. Врач, которому больная заявила об этом, посчитал указанный узелок за кисту влагалища воспалительного характера.

31.VIII из узла началось обильное кровотечение, которое было с трудом остановлено наложением обкалывающих швов. После этого больная чувствовала себя удовлетворительно, кровянистых выделений не было, но через 3 недели заметила, что узелок на стенке влагалища увеличился. Больную консультировал ассистент из клиники и направил ее на лечение в республиканскую клиническую больницу.

При поступлении больная жалуется на появившуюся во влагалище опухоль, незначительные кровянистые выделения из влагалища. Кроме того, в течение последнего месяца отмечает небольшой кашель, при котором временами появляется буроватого цвета мокрота. Больная отмечает, что за последнее время она стала чувствовать общую слабость, похудела. До заболевания она была очень полной здоровой женщиной.

Анамнестические данные, полученные от больной и из выписки истории болезни, присланной из больницы, настолько характерны, что сразу же возникает мысль об определенном диагнозе. У больной после самопроизвольного выкидыша в течение трех месяцев продолжалось кровотечение. Дважды производили выскабливание матки, но кровотечение не прекращалось. Затем появился на стенке влагалища узелок синевато-багрового цвета, который в дальнейшем стал распадаться и вызвал сильное кровотечение. В последнее время у больной появился кашель с выделением буроватой мокроты. Кроме того, больная, бывшая здоровой полной женщиной, отмечает общую слабость и исхудание.

Все это вместе взятое заставляет сразу же подумать о хорионэпителиоме.

Хорионэпителиома (chorionepithelioma), описанная впервые М. Н. Никифоровым в 1887 г., — одно из самых злокачественных новообразований половых органов женщины. Возникновению этой опухоли обычно предшествует беременность. Т. А. Бурдзинский (1904), проанализировав 273 случая хорионэпителиомы, собранные им из мировой литературы, указывает, что в 42% случаев развитие новообразования произошло после пузырного заноса, в 33% после выкидыша и в 25% случаев хорионэпителиоме предшествовали срочные или преждевременные роды.

По А. Э. Мандельштаму (1938, 1953), хорионэпителиома развивается примерно в половине случаев после пузырного заноса, в 25% ей предшествует выкидыш, чаще всего ранних сроков, и в остальных — нормальные или преждевременные роды. Реже всего хорионэпителиома развивается из элементов доношенной беременности.

Известны случаи развития хорионэпителиомы и без предшествующих беременностей. В редких случаях это своеобразная опухоль развивается в тератобластамах у никогда не беременевших женщин, а также у девочек и даже у мужчин (А. Э. Мандельштам).

Хорионэпителиома или хорионкарцинома после пузырного заноса встречается значительно чаще в восточных странах. Так, по данным Чуи (1967) в Гонконге наблюдается один случай хорионкарциномы на 2000 беременностей. Пузырный занос превращается в хорионкарциному в 17,7% (Чуй, 1964).

Хорионэпителиома поражает, главным образом, матку. В литературе имеются описания случаев развития хорионэпителиомы в трубе; более редко наблюдалось развитие новообразования в яичнике.

По данным сборной статистики Т. А. Бурдзинского (1904), из 341 случая хорионэпителиомы в 21 новообразование развивалось вне матки, и последняя оставалась непораженной.

Хорионэпителиома характеризуется чрезвычайно высокой



способностью к метастазированию. Излюбленным местом для метастазов являются влагалище и легкие (рис. 31).

Хорионэпителиома поражает главным образом многорожавших женщин. В большинстве случаев (85—90%) заболевание хорионэпителиомой наблюдается в течение первого года после предшествовавшей беременности; причем, как указывает А. Э. Мандельштам (1953), в 75% всех случаев заболевание выявляется в течение первых 3 месяцев. Однако развитие хорионэпителиомы, как показывают литературные данные, может наступить и через более длительный отрезок времени, исчисляемый от 1—2 лет до 15—19 лет и более.

Новообразование поражает женщин в наиболее цветущем возрасте 20—30 лет, значительное число заболеваний наблюдается и в возрасте 31—40 лет. А. Э. Мандельштам отмечает, что возраст больных хорионэпителиомой, колеблется от 17 до 64 лет. Причем, число больных хорионэпителиомой, развившейся после выкидыша или нормальных родов среди женщин старше 40 лет, резко падает. У женщин в возрасте 40—45 лет хорионэпителиома встречается чаще после пузырного заноса. Имеются указания и на развитие этого новообразования через несколько лет после наступления менопаузы (от 3 до 22 лет).

Клиническая картина при хорионэпителиоме является довольно характерной. Спустя несколько месяцев, реже 1—2 года и более, после перенесенного пузырного заноса, выкидыша или родов, появляются беспорядочные, ациклические кровотечения. Кровотечения могут быть скудными, временами достигать значительной силы, даже быть профузными или сменяться сукровичными белями. В результате усиленного распада опухоли при хорионэпителиоме

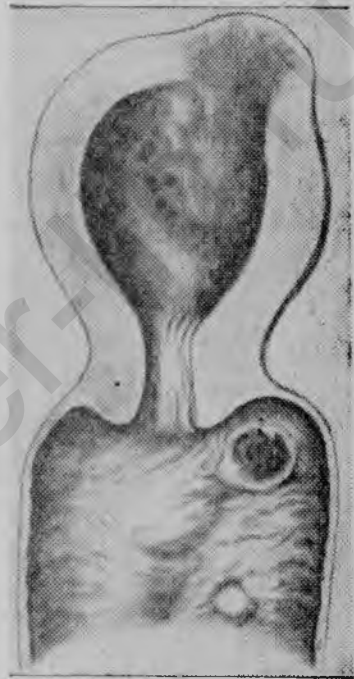


Рис. 31. Хорионэпителиома. Прорастание опухоли в стенку матки. Метастатические узлы в стенке влагалища (один из них — верхний — находится в состоянии распада).

кровянистые выделения становятся грязными, нередко с гнилостным запахом и содержат кусочки или обрывки тканей.

Кровотечения при хорионэпителиоме совсем не прекращаются, но могут ослабевать или прерываться на тот или иной срок. Наружное кровотечение может отсутствовать, если происходит выделение крови через разрушенный участок стенки матки в брюшную полость.

Н. М. Вавилова (1928), В. Г. Бутомо (1931), А. Э. Мандельштам (1938) описывают случаи внутрибрюшинных кровотечений при прорастании стенок матки опухолью. Встречаются разрывы беременной матки в области разрастания опухоли. Длительное кровотечение, интоксикация организма всасывающимися продуктами распада сопровождаются исхуданием больной, приводят к истощению и кахексии.

Нарастающее малокровие объясняется не только кровотечениями, но и интоксикацией, связанной с опухолью. Иногда и при отсутствии значительных кровопотерь развивается тяжелая анемия; количество эритроцитов падает до 1 миллиона, содержание гемоглобина — до 10—15%.

Повторные выскабливания матки, распад тканей опухоли и кровотечения способствуют развитию инфекции как в матке, так и за ее пределами. Поэтому у больных с хорионэпителиомой часто наблюдается лихорадочное состояние. Инфицированная опухоль может явиться и источником тяжелых септических заболеваний, в отдельных случаях приводящих к смертельному исходу.

Болей при хорионэпителиоме обычно не бывает. Это можно объяснить тем, что при размягчении матки и проходимости цервикального канала отток выделений происходит легко, не вызывая сокращений матки. Разрастание опухоли за пределами матки идет главным образом по кровеносным сосудам. Плотных инфильтратов при этом не образуется и сдавливания нервных стволов, как это имеет место при запущенном раке, не происходит.

Изменения со стороны матки не всегда бывают ясно выраженными. По мере развития опухоли отмечается размягчение и увеличение матки, которое постепенно прогрессирует. При образовании значительных по величине узлов хорионэпителиомы матка приобретает бугристую форму. У ряда больных, пораженных опухолью, встречаются лютеиновые кисты яичников, в моче обнаруживается белок.

Однако диагноз хорионэпителиомы довольно часто, особенно в начале заболевания, бывает неясным. Матка может значительное время оставаться нормальной величины и не вызывать подозрений. Единственным симптомом в первое время

является ациклическое беспорядочное кровотечение. Поскольку кровотечение возникает через небольшой промежуток времени после беременности, закончившейся выкидышем или родами, то у врача первая мысль бывает о неполном аборте или плацентарном полипе. Этим и объясняется стремление устранить кровотечение выскабливанием матки. Соскоб из опухоли принимают за остатки плодного яйца и не подвергают гистологическому исследованию. Иногда такая же ошибка допускается и при повторных выскабливаниях матки, производимых при продолжающемся кровотечении.

Во всех случаях кровотечений после выкидышей, родов и, особенно, после пузырного заноса соскоб необходимо подвергать гистологическому исследованию. Каждое атипическое

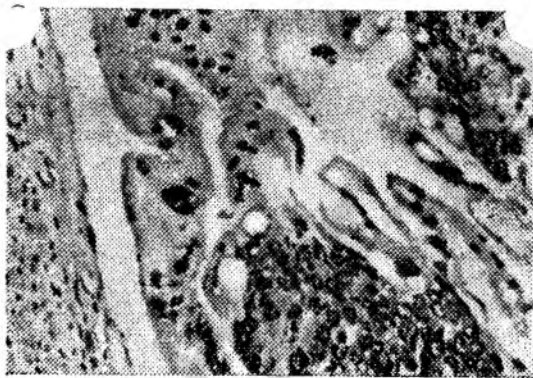


Рис. 32. Микроскопическая картина при хорниоэпителиоме.

кровотечение, особенно длительное, в подобных случаях следует расценивать с большой осторожностью. Пробное выскабливание с исследованием соскоба помогает в выяснении диагноза и позволяет установить наличие хорionoэпителиомы в наиболее ранние сроки (рис. 32).

Для хорionoэпителиомы характерными являются: резко выраженная гиперплазия элементов ворсинчатого слоя, наличие больших скоплений клеток Ланганса, образующих целые пласты и тяжи; громадные глыбы синцития; инфильтрирующий рост этих элементов в мышце матки; обширные некрозы, кровоизлияния и лейкоцитарная инфильтрация по периферии опухоли. В ранней диагностике хорionoэпителиомы оказывает большую помощь постановка биологических реакций Аштейма—Цондека, Фридмана, Галли—Майнини—Алпатова, а также иммунологической реакции по определению хориальной

го гонадотропина в моче. Наличие в моче больных хорионэпителиомой в большом количестве хориального гонадотропина позволяет получить положительный результат при постановке биологических реакций с разведениями мочи в 10, 50, 100 и более раз.

А. В. Савшинская (1949) считает, что биологические реакции играют более существенную роль в диагностике хорионэпителиомы, чем гистологическое исследование соскобов из матки.

При развитии хорионэпителиомы после пузырного заноса, родов или выкидыша биологическая реакция дает положительный результат. У больных, перенесших пузырный занос, биологическая реакция становится отрицательной через 3—6 недель, и если после этого реакция при отсутствии вновь наступившей беременности начинает снова быть положительной, это указывает, обычно, на возникновение хорионэпителиомы. Биологические реакции позволяют распознать и рецидив заболевания. Положительная реакция через 3 месяца после операции при отсутствии лютеиновых кист указывает на наличие метастазов.

При наличии внутривенных узлов при хорионэпителиоме матки в соскобе может оказаться только слизистая оболочка матки без элементов опухоли. Диагноз является точным при наличии в препарате группы лаггансовых клеток, в беспорядке переплетенных синцитиальными тяжами.

Рентгенологическое исследование, помимо выявления метастазов в легких, используется для диагностики хорионэпителиомы матки в виде гистеросальпингографии, гистероскопии и ангиографии.

Однако эти методы применяются сравнительно редко и только в тех случаях, когда, например, гистологические исследования дают отрицательный результат при наличии клинической картины заболевания и т. п.

На гистерограмме может быть увеличение размеров полости матки, неровные ее контуры, дефекты наполнения, иногда проникновение контрастного вещества в толщу маточной стенки. Последнее особенно ясно выявляется на фоне пневмоперитонеума (биконтрастной геникографии).

Ангиография применяется по строгим показаниям как с целью диагностики, так и для контроля за эффективностью химиотерапии.

Л. А. Новикова и Т. М. Григорова (1968) приводят результаты применения ангиографии у 24 больных и указывают, что этот метод позволяет выявить интрамурально расположенные узлы, а также метастазы в параметриях и клетчатке таза.

Ангиографическая картина характеризуется сосудистыми изменениями, отличающимися от нормальной ангиограммы.

Недостаточная осторожность при длительных, беспорядочных кровотечениях после прервавшейся нормальной или патологической беременности, отсутствие гистологических исследований соскобов при этом, не говоря уже о своевременном использовании гормональной диагностики, приводят к запоздалому распознаванию хорионэпителиомы.



Рис. 33. Множественные метастазы в легком при хорионэпителиоме.

Расположение хорионэпителиомы в материнских сосудах и хрупкость ткани опухоли объясняют частое возникновение метастазов. Отторгнувшиеся от опухоли кусочки разносятся кровью, главным образом по венам, в различные участки организма. Наиболее частым местом развития метастазов являются легкие, в которых, как в сите, задерживаются циркулирующие с кровью частицы опухоли (рис 33).

Развитие метастазов в легких сопровождается болями в груди, одышкой, кашлем и выделением ржавой или кровяной мокроты. Вначале в легких объективно никаких признаков не определяется. В дальнейшем появляются рассеянные сухие хрипы, затем звучные хрипы и притупление перкуторного звука: Иногда образуется выпот в плевре, при рентгенологическом исследовании определяются метастазы в легких. **Метастазы**

влагалища, особенно его входа, вызывают у больных жалобы на неприятные ощущения, затруднения при мочеиспускании. Метастазы хорионэпителиомы на стенках влагалища обнаруживаются или самой больной или во время ее осмотра медицинскими работниками. Они имеют вид узлов синевато-багрового цвета, иногда с фиолетовым оттенком и бывают нередко большей величины, чем первичная опухоль. Узлы опухоли во влагалище также склонны к быстрому распаду и могут являться источником значительных, а иногда профузных кровотечений, трудно поддающихся остановке.

Клинические симптомы, говорящие о возникновении метастазов, могут появляться не только одновременно с признаками первичного поражения матки, но нередко бывают первыми проявлениями заболевания. Метастазы в различных других органах, включая эндокринные железы и сердце, встречаются более редко. Так, по данным Т. А. Бурдзинского (1904), из 107 больных метастазы в легких были у 88, во влагалище — у 48, в печени — у 26, в мозгу — у 23 и т. д.

При поражении метастазами мозга наблюдаются: гемиплегия, парез конечностей, сильные головные боли, рвота, затемнение сознания или возбужденное состояние. При поражении кишечника метастазами иногда появляется дегтеобразный стул, при метастазировании в желудок — желудочное кровоотечение.

Течение заболевания при хорионэпителиоме отличается быстротой и через несколько месяцев приводит к смертельному исходу от кахексии и обширного поражения легких. Непосредственной причиной летального исхода могут быть острые кровопотери у ослабленных больных, поражение жизненно важных органов (мозга, сердца) или септические процессы.

Таким образом, наиболее типичными клиническими проявлениями хорионэпителиомы являются: беспорядочные кровотечения после бывшей беременности, увеличение матки, имеющей бугристую поверхность, появление метастазов в легких и влагалище. Исхудание и истощение больной, наличие лютеиновых кист, лихорадочное состояние непостоянны и в начале развития заболевания часто отсутствуют.

У нашей больной имеется ряд признаков, типичных для хорионэпителиомы, а именно: беспорядочные длительные кровотечения, появившиеся после выкидыша и не прекратившиеся после повторных выскабливаний матки; появление узлов во влагалище, имеющих синевато-багровую окраску, быстрый распад которых сопровождался сильным кровотечением; кровохарканье.

Высказав предварительное мнение о диагнозе, осмотрим больную.

Женщина правильного телосложения. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Кожные покровы слегка бледноваты. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Температура 36,7°. Язык влажный, чистый. Границы сердца в норме, тоны — слегка приглушены. В легких везикулярное дыхание, при перкуссии — легочный звук. Живот мягкий, безболезненный.

На передней стенке влагалища вдоль уретры и несколько слева от нее располагается опухоль синевато-багрового цвета размером 2,5×2 см. В центре опухоли имеется поверхностный некроз, рана слегка кровоточит. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный зев пропускает кончик пальца. Матка в anteversio—flexio, с неровной поверхностью, увеличена до размеров женского кулака, мягковатой консистенции, подвижна, безболезненна. Своды свободны. Из матки буро-грязные выделения в небольшом количестве.

Анализ крови 24. XI — гемоглобина 55%, эритроцитов 3 650 000, лейкоцитов 4400. РОЭ по Панченкову 4 мм/час.

При рентгенокопии органов грудной клетки изменений не обнаружено. Анализ мочи — норма.

Наше предположение подтвердилось, у больной несомненно хорионэпителиома с метастазами во влагалище и в легкие.

*Как быть? Какое следует применить лечение?*

1. У больной запущенная форма хорионэпителиомы с метастазами. Показано консервативное лечение.

2. Показано немедленное оперативное вмешательство: удаление матки с придатками и вылушением узла на влагалищной стенке. После операции — рентгенотерапия.

При хорионэпителиоме обычно лечение заключается в экстирпации матки с придатками и верхней третью влагалища. Наличие метастазов не является противопоказанием к операции. Нередко после удаления первичной опухоли они исчезают или поддаются лечению рентгеновыми лучами. Не является противопоказанием к оперативному вмешательству лихорадочное состояние и гнилостные выделения. Удаление омертвевшей и распадающейся опухоли может спасти больную, а длительное выжидание до исчезновения указанных симптомов не дает результатов и ускоряет наступление летального исхода.

Л. А. Новикова (1968) является сторонником применения расширенной экстирпации матки и применяет простую экстирпацию матки с придатками только при обширном местном распространении процесса.

Метастазы во влагалище подлежат вылушению, кроме тех, которые удалить технически невозможно. При ограниченном метастазировании в легких некоторые авторы производят резекцию пораженного участка.

Консервативное лечение является вынужденным в резко запущенных случаях с распространением опухоли матки на

соседние органы (мочевой пузырь, кишечник и др.) или широко распространенным метастазированием. А. Э. Мандельштам (1938) указывает, что в некоторых случаях, даже после нерадикального удаления матки с неполным иссечением узлов, или даже после простого обкалывания периферии опухоли, наблюдалось уменьшение, а подчас и полное исчезновение опухоли.

После операции проводится облучение рентгеновыми лучами грудной клетки и органов брюшной полости.

У нашей больной имеется метастаз во влагалище, но его можно будет удалить. В отношении метастазов в легких определенно еще нельзя высказаться. У больной временами при кашле выделяется буроватая мокрота. Других симптомов, говорящих о поражении легких, нет. Не исключена возможность, что это объясняется наличием «простых» инфарктов (А. Э. Мандельштам) в результате эмболии частицами распавшихся тканей, утратившими свою способность злокачественного роста. Даже если предположить наличие метастазов опухоли в легких, то возможно они после удаления основного очага хорионэпителиомы подвергнутся обратному развитию или исчезнут при рентгенотерапии.

По данным Т. А. Бурдзинского (1904), из 157 больных после оперативного лечения выздоровело 97 (61,8%), умерло 60 (38,2%). Автор отмечает, что при наблюдении после операции в течение 2 лет выздоровление наблюдалось в 40,2%, хотя во многих случаях имелись многочисленные метастазы во влагалище, яичниках, отмечались явления в легких и др.

Siegmund (1953) наблюдал выздоровление после лечения у 50%, а А. К. Первова (1955) — у 40,6% больных, Novak и Seah (1954) отмечают благоприятные результаты более года после лечения только у 17,5% больных.

Значительно лучше результаты лечения больных хорионэпителиомой стали наблюдаться после включения в комплексное лечение химиотерапии. Излечиваемость даже при прогрессирующей хорионэпителиоме достигает 60—75% (Hreshchyshen, 1961; Hertz, 1961; Manahan, 1961; Webb, 1962; Riggs, 1964).

Послеоперационные рецидивы наблюдаются в течение первых двух лет.

В послеоперационном периоде больным следует назначать повторные переливания небольших доз крови (100—200 мл), введение в вену глюкозы с аскорбиновой кислотой. Целесообразно применение гематогена и препаратов железа, усиленного питания, с включением в состав пищевого рациона сырой печени и витаминов.



Учитывая все сказанное выше, мы решили применить оперативное вмешательство у нашей больной.

28. XI больная взята в операционную и подготовлена для чревосечения. Под местной анестезией (2000 мл 0,25% раствора новокаина) произведена операция. Срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Матка увеличена до размеров женского кулака, бугристая, мягкой консистенции. На передней стенке у дна матки определяется выпячивание с резким истончением стенки и обильным развитием и расширением сосудов в этой области. Придатки без изменений, в параметрии инфильтратов нет. У ребра матки на широкие связки наложены с двух сторон длинные клеммы. На воронко-тазовые и круглые связки наложены зажимы, связки пересечены и культы их лигированы кетгутом. После этого матка осторожно подтянута вверх. Ассистент, державший матку за клеммы, наложенные у ее ребер, все время следил, чтобы не разминать матку и не повредить ее истонченную переднюю стенку. Брюшная полость тщательно отгорожена марлевыми салфетками. Пальцами раздвинуты листки левой широкой связки, отсепарована подчревная артерия и перевязана шелковой лагитурой, подведенной под артерию с помощью тупой иглы Дешана. То же произведено и с другой стороны. После этого рассечена брюшина пузырно-маточной складки, мочевого пузыря отделен от шейки матки и верхней трети влагалища. Маточные сосуды, парацервикальная и паравагинальная клетчатка последовательно взяты на зажимы, рассечены и перевязаны кетгутом. Крестцово-маточные связки также пересечены и перевязаны. На влагалище, чтобы не допустить вытекания из матки выделений, наложены клеммы, изогнутые под прямым углом. Ниже наложенных клемм передняя стенка влагалища вскрыта небольшим разрезом. Во влагалище введен марлевый тампон, смоченный спиртом. После этого разрез влагалища продолжен и матка удалена вместе с придатками и верхней третью влагалища. Брюшина пузырно-маточной складки подшита двумя кетгутовыми швами к передней стенке влагалища. Таким же образом соединена брюшина дугласова кармана с задней стенкой влагалища. Над незашитым с боков влагалищем, обеспечивающим отток из подбрюшинных пространств крови и экссудата, произведена перитонизация. В брюшную полость влито 500 000 ЕД пенициллина и брюшная рана зашита послойно наглухо.

\* Больная переведена в положение для влагалищной операции. Под местной анестезией, под контролем катетера, введенного в уретру, произведен разрез слева от узла, и метастаз острым путем вылушен. Левая стенка уретры при этом полностью обнажилась. Произведен гемостаз. Кровотечение было незначительное. Наложены швы на разрез стенки влагалища.

Во время операции перелито 500 мл крови одноименной группы и 500 мл кровезамещающего раствора с добавлением 50 мл 40% раствора глюкозы.

Удаленный препарат представляет матку, придатки и верхнюю треть влагалища. Стенки влагалища и придатки без видимых изменений. Матка бугристая, увеличена до размеров женского кулака. При разрезе ее оказалось, что на передней стенке имеется узел размером 4×3 см темно-красного цвета. Узел имеет рыхлое строение, пропитан кровозалипаниями и прорастает в толщу стенки матки до ее серозного покрова. Противоположная стенка матки, соответствующая расположению узла, неровная, как бы изъеденная.

При микроскопическом исследовании кусочков из тела матки: среди пучков гладкомышечных волокон видны разрастания однородных кубических клеток Ланганса, образующих пласты, гнезда. Клетки представляют с увеличенными в размерах, в ядрах — множественные митозы. Наряду с этим видны в виде тяжей протоплазматические массы синцития с бледной базофильной протоплазмой и гиперхромными ядрами разной величины. Ме-

стами описанные клеточные образования окружены массами свернувшейся крови.

Диагноз: хорионэпителиома матки.

При гистологическом исследовании узла, вылущенного из стенки влагалища, диагноз хорионэпителиомы подтвердился (рис. 34).

После операции состояние больной удовлетворительное. Назначены: холод на живот, антибиотики. Повторные переливания крови.

В послеоперационном периоде до 8-го дня держалась субфебрильная температура, заживление операционных ран произошло первичным натяжением. Выделение кровянистой мокроты прекратилось.

12. XII общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, хорошего наполнения, живот мягкий, безболезненный. Во влагалище,

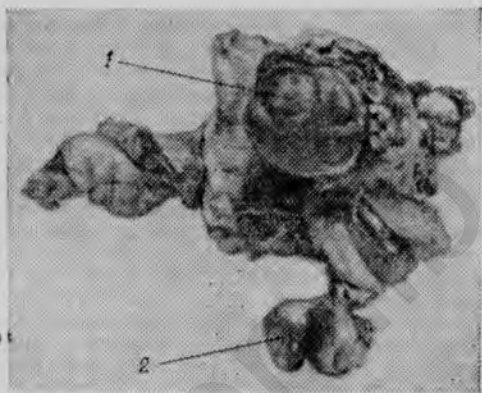


Рис. 34. Препарат удаленной матки больной Т. при хорионэпителиоме:

1 — опухоль, заполняющая полость матки, проросла в ее стенку; 2 — метастаз из стенки влагалища.

представляющем собой слепой мешок, метастазов нет, инфильтратов в тазу не обнаружено. Рентгеноскопия легких показывает норму. Анализ крови: эритроцитов 3 050 000; количество гемоглобина 52%, лейкоцитов 5800.

Больная переведена в онкологическое отделение для проведения рентгенотерапии.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступила в клинику с хорионэпителиомой матки, развившейся после выкидыша. Имеется метастаз во влагалище и подозрение на метастазы в легких. Произведена экстирпация матки с придатками и вылущен метастаз во влагалище. Послеоперационный период протекал с субфебрильной температурой. Переведена в онкологическое отделение для рентгенотерапии.

## ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА ВЛАГАЛИЩА

Беременная М., 27 лет, поступила в клинику 24. VII 1956 г. с кровотечением.

Месячных с 15 лет, через 30 дней по 3 дня, без болей. Дату последних месячных не помнит, но считает себя беременной на 8-м месяце. Настоящая беременность пятая. Первая беременность закончилась нормальными родами, вторая и третья — самопроизвольными выкидышами на 2 и 3-м месяце. При четвертой беременности в 1953 г. был пузырный занос, удален путем выскабливания матки. Во время последней беременности 2 месяца тому назад было обильное кровотечение из влагалища, продолжавшееся два дня. За три дня перед поступлением в клинику вновь появились небольшие кровянистые выделения и из влагалища стала показываться какая-то опухоль. Самочувствие хорошее. Шевеления плода ощущает хорошо.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 86 ударов в минуту, хорошего наполнения. Температура 36,4°. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки, дно которой определяется на два поперечных пальца выше пупка. Положение плода продольное, над входом в таз определяется головка плода. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 120 ударов в минуту, ясное. Родовой деятельности нет. Наружные половые части развиты нормально. Из входа во влагалище свисает опухоль размером 5×4 см, синевато-багрового цвета. Опухоль мягкой консистенции, исходит из задней стенки влагалища у самого входа и располагается от средней линии вправо. На поверхности опухоли имеется изъязвление с некрозом, рана кровоточит и окружена сероватым налетом. Шейка матки цилиндрической формы. Наружный маточный зев закрыт.

У пациентки в настоящее время правильно развивающаяся беременность. Матка соответствует сроку беременности, плод живой. Кровотечение как ранее, так и теперь можно объяснить наличием опухоли влагалища.

Опухоль возникла недавно, но уже достигает значительной величины. Быстрый рост и ее вид характерны для узлов хорионэпителиомы. Если предположить, что это хорионэпителиома, то возникает вопрос, как объяснить ее появление во влагалище при нормально развивающейся беременности.

Женщина 3 года назад перенесла пузырный занос. Известно, что хорионэпителиома может образоваться и через длительное время после пузырного заноса. Возможно, что в матке имеется первичная опухоль, а во влагалище метастаз. Хорошо известно, что может быть и первичная хорионэпителиома влагалища, образовавшаяся вследствие ретроградного переноса ворсин хориона по венам. Продвижению ворсин способствуют обратные токи крови, возникающие в сдавливаемых венах при сокращениях матки. В матке при этом злокачественного перерождения ворсин может не быть и образовавшаяся во влагалище хорионэпителиома является первичной.

Первичную хорионэпителиому влагалища описал В. К. Порембский (1912). Такие же опухоли могут развиваться в трубах, яичнике и других органах. В. К. Порембский считает,

что эти первичные эктопические опухоли развиваются из депортированного за пределы матки первоначально доброкачественного хориона. Развитие первичных эктопических опухолей может произойти при нормальной беременности и в особенности при пузырном заносе.

Нормальное развитие беременности и живой плод указывают, что полного пузырного заноса у беременной нет. Частичное же перерождение плаценты в пузырный занос отрицать мы не можем, но и поставить такой диагноз обычно не удастся до рождения детского места. Решить этот вопрос сейчас невозможно. Хотя узлы во влагалище не всегда являются злокачественной опухолью даже при установленной хорионэпителиоме матки (А. Э. Мандельштам, 1953), их следует как можно раньше удалять. После вылушения узла гистологическое исследование позволит уточнить диагноз и принять решение в отношении дальнейшего лечения.

Мы решаем произвести вылушение узла. Пока готовятся к операции, разберем вопрос об этиологии и патогенезе хорионэпителиомы матки.

Хорионэпителиома чаще всего развивается из элементов плодного яйца, задержавшихся в организме женщины после пузырного заноса, выкидыша или родов. Это новообразование может возникнуть во время как патологической, так и нормальной беременности. Причины развития хорионэпителиомы такие же, как и при пузырном заносе, но при ней понижение защитных реакций организма выражено значительно сильнее.

При физиологической беременности децидуальная оболочка препятствует прорастанию ворсин дальше определенных границ. В организме беременной вырабатываются специфические иммунные тела — синцитиолизины, разрушающие элементы ворсин, занесенные в различные участки тела. При возникновении хорионэпителиомы децидуальная оболочка не в состоянии воспрепятствовать развешающему действию ворсин, так как они обладают повышенной способностью разрушать материнские ткани и разъедать кровеносные сосуды. В результате возникают метастазы в различных органах. При хорионэпителиоме синцитиолизины в организме отсутствуют и сыворотка, полученная от такой женщины, не способна растворять молодые плацентарные клетки (И. И. Яковлев, 1969).

Хорионэпителиома, как показывает само название, развивается из эпителия хориона, на что впервые указала в 1897 г. К. П. Улезко-Строганова. Развиваясь в матке, опухоль внедряется в ее стенку, инфильтрируя ее и разрушая сосуды. Рост опухоли сопровождается кровоизлияниями в ткань и кровоте-

чениями, как наружными, так и внутренними. Прорастая стенку матки, узлы опухоли быстро доходят до серозного покрова и приподнимают его в виде бугра. Питание опухоли происходит за счет материнской крови, последняя же доставляется только со стороны основания опухоли. Поэтому вследствие нарушения питания в опухоли быстро образуются некрозы и распад ткани, приводящие к ее инфицированию.

Узлы опухоли имеют темно-красный или синевато-багровый цвет. На разрезе опухоли в результате кровоизлияний и наличия очагов некроза видны то более светлые, то более темные участки, чередующиеся с местами, окрашенными в сероватый цвет, представляющими собой собственно ткань опухоли. В некоторых случаях при макроскопическом исследовании на разрезе видны серые волокнистые тяжи ткани собственно опухоли или группы ворсин, превратившиеся в пузырчатые образования.

Хорионэпителиома имеет вид либо узла, выпячивающегося в полость матки, либо представляет диффузное разрастание в толще маточной стенки. Размеры опухоли бывают от горошины до мужского кулака. А. Э. Мандельштам (1938) описал случай хорионэпителиомы, при котором опухоль достигала головы взрослого человека. В некоторых случаях хорионэпителиома имеет полипозную форму, располагаясь на небольшом основании.

При микроскопическом исследовании гнезда новообразования состоят из клеток слоя Лангганса и синцитиальных масс, различным образом перемешанных между собой. В клетках Лангганса отчетливо видна вакуолизация, вследствие чего они кажутся прозрачными. Размножение их идет путем митоза, и клетки при этом делаются крупнее, становясь пузыревидными. Форма клеток круглая или угловатая с резкими контурами, ядра их содержат мало хроматина. Элементы новообразования, соответствующие синцитию, представляют протоплазматические массы, которые тянутся в виде различной величины тяжей или лежат в виде изолированных глыб, напоминая многоядерные гигантские клетки. В протоплазматических массах границы клеток отсутствуют, имеются многочисленные ядра. Протоплазма заключает, помимо ядер, множество вакуолей, канальцев и полостей различных форм и размеров. Величина ядер в синцитии крайне разнообразна, иногда они бывают огромных размеров и лежат в виде целых глыб, окрашивающихся гематоксилин-эозином в сине-черный цвет.

В хорионэпителиоме в большом количестве встречаются огромного размера клетки с большим ядром, реже двумя ядрами, с однородной зернистой протоплазмой; ядро имеет сет-

чатое строение. По мнению К. П. Узлек-Строгановой (1939), если синцитиальных масс мало и преобладают лишь клетки Лангансова слоя, то такая форма опухоли наиболее злокачественная и дает многочисленные метастазы. На границах опухоли отмечается наличие лейкоцитарной инфильтрации различной толщины. Эта лейкоцитарная инфильтрация является одним из важных признаков, позволяющих отличить злокачественные разрастания эпителия от простой инвазии ворсин (А. Э. Мандельштам, 1938). Помимо этого, в опухоли видны участки кровоизлияний и некроза.

26.VII в 11 часов 30 минут больная взята на операционный стол и подготовлена к влагалишной операции. Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина произведен разрез стенки влагалища у основания опухоли, последняя легко вылущена. Во время обкалывания ложа опухоли началось профузное кровотечение. Наложение швов с целью гемостаза оставалось без эффекта. Из-за кровопотери (1000 мл) начато срочно переливание крови и кровезамещающих жидкостей. Одновременно продолжались мероприятия для остановки кровотечения. После наложения обкалывающих швов на неизмененную стенку влагалища в окружности раневой поверхности и последующего гемостаза в самой ране кровотечение уменьшилось. Нижняя половина влагалища затампонирована марлевым бинтом. Удаленная опухоль (размером 5×4 см) мягкой консистенции и имеет сивовато-багровый цвет, на разрезе представляется неоднородной, пестрой, пропитанной крововзлияниями. Участки сероватого цвета чередуются с местами, имеющими темно-красную окраску. Препарат послан для гистологического исследования.

Состояние больной в результате острой кровопотери тяжелое. Пульс 100 ударов в минуту, легко сжимаемый. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст. В вену перелито в общей сложности 675 мл консервированной крови 0 (I) группы, 500 мл кровезамещающего раствора и 50 мл раствора глюкозы. Больная перевезена в палату, и за ней установлено постоянное наблюдение.

Вылущение опухоли было легким, но сопровождалось сильнейшим кровотечением, которое с трудом удалось остановить наложением широких обкалывающих швов в окружности раны и тампонадой влагалища.

### *Чем объясняется такое кровотечение?*

Вылущение влагалишных опухолей во время беременности может дать значительное, а иногда и сильное кровотечение. Но обычный гемостаз позволяет его остановить. У нашей же больной обкалывание кровотокающих мест еще более усиливало кровопотерю, принявшую угрожающий характер. Мы предполагаем, что в данном случае опухоль является хорионэпителиомой. Хорошо известно, что узлы опухоли во влагалище могут быть источником сильных кровотечений при их распаде.

А. Э. Мандельштам (1953) описывает наблюдавшийся им случай смертельного исхода у больной, причиной которого являлось не поддававшееся остановке кровотечение из метастатического узла влагалища.

Нам пришлось в 1954 г. столкнуться с сильнейшим кровотечением после вылушения метастатического узла хорионэпителиомы из стенки влагалища. У 20-летней женщины через 3 месяца после нормальных родов при первой беременности развилась хорионэпителиома матки с метастазами во влагалище: Узел на задней стенке верхней трети влагалища был размером 5×4 см, распад узла сопровождался сильным кровотечением. Решено было его удалить и произвести гемостаз. Вылушение произошло необычно легко, но тут же началось профузное кровотечение, которое удалось с трудом остановить тугой тампонадой влагалища с помощью марлевых салфеток, смоченных эфиром.

По-видимому, и в разбираемом случае кровотечение было очень сильным и его с трудом удалось остановить потому, что имелась хорионэпителиома. Наличие беременности большого срока способствовало усилению кровотечения и затрудняло его остановку.

Опухоль влагалища удалена, но состояние больной еще тяжелое. Кроме того, оперативное вмешательство на влагалище, которое еще пришлось затампонировать, может вызвать родовую деятельность и преждевременные роды. Роды вызовут снова кровотечение, так как многократно наложенные обкалывающие швы на стенку влагалища резко его сузили. При прохождении плода швы прорежутся. Повторное кровотечение для больной может оказаться смертельным.

Необходимо предупредить наступление преждевременных родов. Введем беременной 1 мл 2% раствора пантопона с 5 мл 25% сернокислой магнезии и 10 мг прогестерона. В дальнейшем будем продолжать инъекции прогестерона и давать настойку опия по 8 капель 3 раза в день. С целью профилактики развития инфекции — пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа.

27. VII. 6 часов. Состояние больной тяжелое. Жалобы на общую слабость, потемнение в глазах. Артериальное давление снизилось до 60/50 мм рт. ст. Пульс 110 ударов в минуту, нитевидный. Тампон, введенный во влагалище, слегка промок кровью. Появились схваткообразные боли. При пальпации определяются периодические сокращения матки.

Введены повторно пантопон с сернокислой магнезией и начато переливание крови, сначала струйным, а затем капельным методом. В вену введено 500 мл крови и 500 мл кровезаменителей.

9 часов. Состояние больной улучшилось. Артериальное давление 100/65 мм рт. ст. Схватки стали реже. Жалобы на боли в операционной ране. Моченспускание нормальное.

13 часов. Состояние удовлетворительное. Схваток нет. Кровотечение из влагалища прекратилось.

18 часов. Решено удалить тампон из влагалища. При извлечении тампона началось снова сильное кровотечение, которое остановлено вторично тугой тампонадой влагалища. При гистологическом исследовании удаленная опухоль оказалась хорионэпителиомой.

*Что делать? Какое проводить дальнейшее лечение?*

Хорионэпителиома влагалища может быть первичной опухолью. Ее удалили. Кровотечение остановится с помощью

консервативных мероприятий. Возникает мысль о том, что нет основания подвергать женщину в данный момент радикальному оперативному вмешательству.

В 1953 г. мы наблюдали случай излечения женщины при хорионэпителиоме влагалища после ее вылушения.

У многорожавшей женщины при самопроизвольном неполном выкидыше была обнаружена опухоль на задней стенке средней трети влагалища размером 4×3 см. Внешне опухоль напоминала узел хорионэпителиомы, легко была вылушена. Кровотечение при удалении узла было незначительное. При выскабливании матки удалены остатки плодных оболочек, при осмотре которых явлений перерождения не отмечено. Гистологическое исследование соскоба показало наличие элементов плодного яйца также без признаков перерождения. Узел, удаленный из влагалища, оказался хорионэпителиомой. При дальнейшем наблюдении в течение 3 лет женщина оставалась здоровой.

Однако нет полной уверенности, что у нашей больной опухоль влагалища является первичной. В прошлом у нее был пузырный занос, а он, как известно, может повторяться. Из-за беременности матку невозможно проверить. Не исключается частичное перерождение плаценты. Выжидать до родов слишком рискованно. Кроме того, кровотечение из влагалища окончательно не остановлено. Дальнейшее применение тампонады грозит развитием инфекции у обескровленной больной. Да к тому еще каждую минуту могут начаться роды и возобновиться кровотечение.

После удаления хорионэпителиомы целесообразным является последующее применение рентгенотерапии. Наличие же беременности это исключает.

Обсудив на консилиуме врачей создавшееся положение, мы решаем произвести кесарево сечение с последующим удалением матки и придатков. Учитывая наличие окончательно не остановленного кровотечения из влагалища, решаем сделать перевязку подчревных артерий. Кровоснабжение влагалища идет, главным образом, через внутреннюю срамную артерию, которая является ветвью подчревной. Поэтому перевязка последней уменьшит опасность кровотечения. В ранее разобранном нами случае хорионэпителиомы мы видим подтверждение сказанному. У больной при распаде метастаза опухоли наблюдалось сильное кровотечение, которое с трудом было остановлено. Вылушение же узла, достигшего большой величины и расположенного около уретры и клитора, после предварительной перевязки подчревных артерий удалось выполнить без всякой кровопотери.



Большую подготовим к операции на следующий день и перельем ей еще 500 мл крови.

28. VII. Больная взята в операционную. Тампон во влагалище пропитан кровью. От попытки его извлечь пришлось отказаться, так как снова началось кровотечение. Под местной анестезией с добавлением эфирного наркоза (из-за возбужденного состояния больной) произведена операция. Средним разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Матка увеличена соответственно 31—32 неделям беременности. На передней стенке матки — многочисленные варикозные расширения вен. Придатки матки не изменены.

Брюшная полость тщательно отгорожена марлевыми салфетками. У ребер матки на широкие связки до уровня пузырно-маточной складки брюшины наложены длинные клеммы. Матка отведена в сторону лона. Продольным разрезом задней стенки вскрыта полость матки, разорваны оболочки и за ножку извлечен живой плод. Младенец сразу закричал, вес его 2100 г. Плацента тут же удалена при потягивании за пуповину. Внешний вид детского места как у нормальной плаценты. Разрез матки быстро зашит однорядным непрерывным швом. В толщу маточной мышцы перед этим введен 1 мл питуитрина. Матка хорошо сократилась.

Кровотечение при кесаревом сечении было ничтожным, что являлось весьма важным в интересах больной. На круглые и воронко-тазовые связки с обеих сторон наложены клеммы, между ними связки рассечены, и культы их перевязаны кетгутотом. Листки левой широкой связки у стенки таза разведены пальцами, отсепарована подчревная артерия и на 2 см ниже бифуркации общей подвздошной артерии перевязана шелковой лигатурой. То же сделано на правой стороне.

Брюшина пузырно-маточной складки рассечена у переходной складки и разрез продолжен до круглых связок. Мочевой пузырь отделен от шейки и верхней трети влагалища. Маточные сосуды, парацервикальная, паравагинальная клетчатка и крестцово-маточные связки последовательно захвачены лигатурами. Поперечным разрезом вскрыта передняя стенка влагалища и через это отверстие в вагину введен тампон, смоченный спиртом. Разрез влагалища продолжен в циркулярном направлении. Матка с придатками и верхним отрезком влагалища удалена. Пузырно-маточная брюшина подшита двумя швами к передней стенке влагалища, а брюшина дугласова кармана — к задней. Над незашитым по бокам влагалищем произведена перитонизация. В брюшную полость влито 500 000 ЕД пенициллина. Брюшная рана зашита послойно наглухо. Больная переведена в положение для влагалищной операции. Удалены тампоны из влагалища. Раневая поверхность у входа в вагину не кровоточит. Смазана настойкой йода.

Удаленный препарат представляет собой матку, придатки и верхнюю треть влагалища. Наружная поверхность матки неровная, в нескольких местах, соответственно плацентарной площадке, имеются бугристые выпячивания размером 1,5×1 см темно-красного цвета. Стенки матки одинаковой толщины, поверхность стенки со стороны полости ровная, за исключением плацентарной площадки, которая является шероховатой. На разрезе стенок матки в области узловатых образований отмечено лишь расширение сосудов. При непороченной матке до кесарева сечения эта бугристость на стенке матки была более заметна и имела красновато-багровую окраску. Придатки не изменены, увеличения яичников нет.

При гистологическом исследовании в матке хорioniэпителиомы не обнаружено. В срезах, взятых из области бугристости на стенках матки, видны гипертрофированные мышечные волокна, расширенные сосуды, вокруг которых располагаются лейкоцитарные инфильтраты.

Больная хорошо перенесла операцию. Осложнений в послеоперационном периоде не было. 16. VIII женщина с ребенком выписаны были под наблюдение женской консультации.

Женщина приняла курс рентгенотерапии и аккуратно показывалась врачу. Состояние ее и ребенка 11. X 1957 г. было хорошее. В легких при осмотре и рентгеноскопии изменений не обнаружено.

Включение в комплекс лечебных мероприятий при хорионэпителиоме химиопрепаратов (метатрексат, аминоптерин, 6-Меркаптопурин, хризомалин, миотомин С) значительно улучшило прогноз для больных. Л. А. Новикова (1963, 1968) сообщает о лечении 155 больных с хорионэпителиомой, из которых 93 имели метастазы. У 122 из этих больных применено комплексное лечение (хирургическое, химиотерапия и лучевая терапия).

Из 93 больных, имевших метастазы до начала лечения, почти у 50% получены благоприятные результаты при наблюдении в течение 3 лет после комплексного лечения.

33 больных лечились только химиотерапевтическими средствами. После проведенного лечения у 5 больных наступила беременность, а 1 женщина родила здорового доношенного ребенка.

Л. А. Новикова и Т. М. Григорова (1968) рекомендуют при химиотерапии сочетать различные препараты, учитывая возможную устойчивость клеток опухоли к их воздействию, а также с целью уменьшения токсического действия препаратов на организм. Одновременно необходимо проводить мероприятия, направленные на общее укрепление организма (переливание крови, введение витаминов С и группы В, исключая В<sub>12</sub>). В комплексе консервативного лечения используются и андрогены.

Ashiatika (1967), сообщая о лечении 200 больных с хорионаденомой и 200 с хорионкарциномой из ряда учреждений Японии, указывает, что результаты комплексного лечения (химиотерапия и операция) значительно лучше, чем только химиотерапия, так как при одной химиотерапии смертность почти в 3 раза выше.

Paranjothy (1967) указывает, что до применения химиотерапии смертность при хорионкарциноме в Индии составляла 59%, а при использовании метатрексата снизилась до 38%.

Эффективность лечения проверяется, помимо клинических данных, результатами реакций по определению в моче женщины хориального гонадотропина. Иммунологическая реакция позволяет проводить и количественное определение указанного гормона, что особенно показательно при систематическом контроле.

**Краткий эпикриз.** В клинику поступает молодая рожавшая женщина с беременностью 8 месяцев и хоринэпителиомой влагалища. Вылушение опухоли сопровождалось сильнейшим кровотечением, которое временно остановлено обкалывающими швами стенки влагалища и тампонадой. Произведено кесарево сечение с последующей экстирпацией матки и придатков. Во время чревосечения перевязаны подчревные артерии. Кровотечение из влагалища прекратилось. Мать и ребенок выписаны из клиники здоровыми. Женщине назначено облучение рентгеном.

akusher-lib.ru

## ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

### РАЗРЫВ ТРУБЫ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременная С., 27 лет, доставлена в клинику 26. II 1956 г. в 19 часов 35 минут машиной «скорой помощи».

Из анамнеза узнаем, что месячные с 17 лет, через 30 дней по 3—4 дня. Последние месячные были 25. XII 1955 г. Считала себя беременной, обращалась в женскую консультацию (хотела сделать аборт), но при осмотре беременность не была установлена. До этого имела 4 беременности, из которых 2 закончились нормальными родами и 2 внебольничными абортми, последний из них был в ноябре 1955 г. Никакими заболеваниями до этого не страдала.

26. II в 17 часов 30 минут внезапно появились сильные боли внизу живота, потеряла на короткое время сознание. После того как сознание возвратилось, была 2 раза рвота, стала чувствовать все нарастающую общую слабость и головокружение.

Больная в сознании, но слабо реагирует на окружающее, неподвижно лежит на носилках. На вопросы отвечает не сразу и односложно, не стонет. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледные, на лбу — холодный пот. Пульс слабого наполнения, частый, плохо сосчитывается. Артериальное давление 70/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, границы в норме. Дыхание поверхностное. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот равномерно вздут, перистальтика отсутствует. Пальпация брюшной стенки болезненна, особенно в нижних отделах, и здесь же отмечается умеренно выраженное напряжение прямых мышц живота, которое усиливается при пальпации. Симптом Щеткина—Блумберга положительный. В отлогих местах брюшной полости определяется притупление перкуторного звука, который изменяется при перемене положения больной (свободная жидкость!). Наружное кровоотечение отсутствует. Температура 35,5°. При анализе крови: гемоглобина 51%, эритроцитов 3,000 000, лейкоцитов 5600.

Мы видим женщину, заболевшую внезапно. Заболевание протекает бурно, сопровождается явлениями шока и симптомами, указывающими на раздражение брюшины.

#### *Каков предположительный диагноз?*

1. У больной прободной перитонит, сопровождающийся коллапсом.

2. Имеются явления раздражения брюшины, которые могли быть вызваны перекручиванием ножки опухоли яичника.

3. Внематочная беременность с разрывом беременной трубы.

Действительно, внезапное начало заболевания, сопровождающееся сильными болями в животе и обморочным состоянием с потерей сознания, может дать основания для предположения о прободном перитоните. Женщина заболела только 2 часа назад, а уже имеются явления раздражения брюшины, рвота, симптом Щеткина—Блумберга, что также может указывать на перитонит.

Однако до того, как произойдет перфорация язвы желудка, аппендикса, пилосальпинкса, чаще наблюдаются симптомы заболеваний указанных органов брюшной полости. Кроме того, для прободного перитонита характерны сильные, все нарастающие боли в животе и мучительная рвота. Брюшная стенка бывает сильно напряжена и тверда, как доска. Язык сухой и обложен. Температура высокая. Коллапс, выражающийся падением артериального давления, не сопровождается резким уменьшением числа эритроцитов и процента гемоглобина, явления острого малокровия отсутствуют.

У нашей больной такой клинической картины заболевания нет. Она до сегодняшнего дня чувствовала себя хорошо. В анамнезе указаний на заболевание брюшных органов нет, брюшная стенка напряжена лишь в умеренной степени, рвота была всего 2 раза, боли в животе стали беспокоить меньше, чем в первый момент заболевания. Температура 35,5°. Язык влажный. Все это не укладывается в клиническую картину прободного перитонита.

Картину острого живота с рвотой, сильными болями в животе, которые продолжают все усиливаться, и явлениями раздражения брюшины дает и перекручивание ножки опухоли яичника.

Указание в анамнезе на опухоль яичника или нахождение ее при обследовании больной позволяют уточнить диагноз.

Анамнестические данные и наружный осмотр через брюшные стенки пока не дают оснований для диагноза перекручивания ножки опухоли яичника. Но окончательное заключение можно будет сделать лишь после двуручного исследования, так как иногда перекручивание ножки опухоли яичника (имеющей размер 6×4 см и которую нельзя определить при наружном осмотре даже через мягкую брюшную стенку) дает резко выраженную клиническую картину острого живота.

В разбираемом случае имеется указание на задержку месячных, больная считала себя беременной, резко выражено острое малокровие при отсутствии наружного кровотечения. Анемия, падение артериального давления, частый пульс слабого наполнения и наличие свободной жидкости в брюшной полости говорят за внутреннее кровотечение. Наличием кровоизлияния в свободную брюшную полость могут быть объяснены и те нерезко выраженные явления раздражения брюшины, которые мы видим у больной. Все это вместе взятое дает основания предположить, что имеется острое прерывание внематочной беременности по типу разрыва трубы.

С целью окончательного уточнения диагноза закончим обследование больной.

Наружные половые органы развиты нормально. Выделения слизисто-серозные, беловатого цвета. Влагалище как у рожавшей женщины, свободно, слизистая влагалища сочная, слегка цианотична. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Попытки сместить шейку матки исследующими пальцами вызывают сильную болезненность. Пальпировать матку и придатки из-за болезненности и напряжения брюшной стенки не удастся. Однако при попытке пальпировать левые придатки матки болезненность усиливается. Правый свод свободен. Слева в своде определяется небольшая резистентность.

Данные двуручного исследования не противоречат высказанному ранее предположению об остром прерывании внематочной беременности. В подобных случаях обычно анамнестические данные, говорящие за наличие беременности и острое малокровие при картине внутреннего кровотечения, позволяют почти безошибочно высказаться за разрыв плодovместимости при эктопическом развитии беременности. Наличие признаков, указывающих на возможность беременности, и клиническая картина внутреннего кровотечения, сопровождающегося острой кровопотерей и шоком, позволяют остановиться на диагнозе внематочной беременности.

Однако не следует забывать, что внутреннее кровотечение может быть вызвано повреждением других органов (печени, селезенки). Мне пришлось наблюдать чревосечение по поводу предполагаемой внематочной беременности. По вскрытии брюшной полости врач обнаружил разрыв селезенки, о котором узнал только после того, как увидел неизмененные гениталии и произвел осмотр органов брюшной полости в поисках источника кровотечения.

Особенно затруднительно высказаться о причине внутреннего кровотечения, когда в анамнезе нет указаний на задержку месячных и признаки беременности еще не успели развиться. Кроме того, могут наблюдаться кровоизлияния в

брюшную полость при повреждении различных органов и нормально развивающейся маточной беременности.

Описаны также редкие случаи разрыва беременной матки или прободение ее стенки ворсинами нормальной плаценты, а также при пузырьном заносе. У таких больных наличие признаков беременности и внутреннего кровотечения нередко приводит к ошибочным диагнозам внематочной беременности. Однако неточность диагноза во всех вышеуказанных случаях имеет больше академическое, теоретическое значение, так как внутреннее кровотечение независимо от причины, его вызвавшей, требует оказания экстренной оперативной помощи.

При чревосечении уточняется диагноз и в соответствии с этим производится операция. В то же время врач не должен пренебрегать дифференциальной диагностикой при остром кровоизлиянии в брюшную полость, даже если диагноз, а иногда и два диагноза будут только предположительными. С одной стороны, это приучает врача к клиническому мышлению, углубляет его знания; с другой же стороны, он будет заранее предполагать возможность других заболеваний, могущих вызвать кровотечение в брюшную полость, и сумеет продумать, как он поступит, если придется оперировать по поводу не обычной трубной беременности, а например, разрыва матки или селезенки. Особенное значение это имеет для менее опытных операторов, которые как раз и бывают более смелыми в постановке окончательных диагнозов, не задумываясь над тем, чтобы дифференцировать внематочную беременность с другими заболеваниями. В результате нередко у таких врачей при неожиданном диагнозе во время чревосечения чрезмерная первоначальная решительность сменяется растерянностью с потерей дорогого времени для обескровленной больной.

Дифференцируя внематочную беременность, не следует забывать и то обстоятельство, что иногда непроходимость кишечника при беременности может сопровождаться рядом признаков, имеющих место и при внематочной беременности с разрывом плодместилища. Общими признаками для указанных заболеваний будут: симптомы, характерные для беременности, болезненность, метеоризм и резистентность живота, задержка газов. В то же время при завороте кишок нет острого малокровия, сильнее выражено вздутие живота, который становится неровным, бугристым. Рвота, задержка кала и газов резко выражены при непроходимости. Одновременно наблюдается усиленная перистальтика, сопровождающаяся приступами схваткообразных болей, и раздутые кишечные петли, придающие асимметрию животу, становятся в этот момент более видимыми. При пальпации раздутая кишечная петля

определяется как упругое эластическое тело цилиндрической формы (симптом Валя), при перкуссии в этом месте определяется тимпанит. При аускультации слышно урчание, звук падающей капли (симптом Спасокукоцкого). В неясных случаях при кишечной непроходимости используют рентгеноскопию. На снимке в положении стоя у больной бывают видны «опрокинутые чашки Клаубера», как результат скопления газов в петлях кишечника с горизонтальным уровнем жидкости в них.

Разрыв плодместилища при внематочной беременности сопровождается прежде всего острым малокровием, раздражение брюшины излившейся кровью приводит к парезу кишечника с отсутствием перистальтики, живот равномерно вздут. Нередко наблюдаются позывы к мочеиспусканию и дефекации, появляется «френикус-симптом».

В настоящее время бесспорным является положение, что при установлении диагноза внематочной беременности показана лапаротомия. У больной, поступившей в клинику с острым малокровием и кровоизлиянием в брюшную полость, чревосечение должно быть произведено немедленно. Даем указание о подготовке к экстренной операции, хирург и помощники уже моют руки.

Больная находится в тяжелом состоянии. Резкая бледность кожных покровов, особенно заметная на мочках ушей, артериальное давление 70/50 мм рт. ст., пульс до 120 ударов в минуту, едва ощутим, но ритмичный. До начала операции даже при наличии хорошей организации работы и постоянном дежурстве операционной сестры пройдет 20—25 минут, а чаще на это уходит 40—45 минут.

*Нужно ли проводить до операции какое-либо лечебное мероприятие?*

Тяжелое состояние больной объясняется не только (а подчас и не столько) кровопотерей, но и перитонеальным шоком.

При внематочной беременности с кровоизлиянием в брюшную полость клиническая картина иная, чем, например, при острой кровопотере, вызванной атонией матки. Кто из акушеров-гинекологов не наблюдал, как «инсульт» при внематочной беременности сопровождается погружением больной в состояние прострации: она лежит спокойно, безучастна к окружающему. Резкая бледность кожных покровов, падение температуры ниже нормы, скованность больной — все это является выражением в первую очередь шокового состояния. При внематочной беременности одним из симптомов являются боли, которые могут быть различной силы. Момент разрыва



плодовместилища сопровождается обычно сильными, резкими болями, обморочным состоянием вследствие внезапного раздражения брюшины при разрыве органа и излитии крови в брюшную полость, а затем уже происходит все возрастающая кровопотеря. Сочетание болей с внутрибрюшным кровоизлиянием приводит к развитию шока. Нервно-болевого фактор часто предшествует кровопотере и делает организм особенно чувствительным к ней.

Разнообразием клинических форм прерывания внематочной беременности, различной чувствительностью организма и выраженностью шоковых явлений объясняется то, что в одном случае и при большой кровопотере женщина остается в более или менее удовлетворительном состоянии и, наоборот, малая кровопотеря сопровождается тяжелейшим состоянием.

В. А. Покровский (1954), подчеркивая значение шоковых явлений при внематочной беременности, указывает, что он неоднократно наблюдал понижение кровяного давления при небольшом кровоизлиянии в брюшную полость. В. А. Покровский рекомендует проводить противошоковые мероприятия до операции, в частности, следует, по его мнению, перелить ампулу крови.

И. Л. Брауде (1952) полагает, что следует немедленно приступить к операции и до остановки кровотечения не применять мер, повышающих кровяное давление. Переливание крови непосредственно перед началом операции он считает допустимым.

Клинические наблюдения показывают, что удаление разорванного плодовместилища, остатков плодного яйца и, по возможности, крови из брюшной полости являются лучшим средством для борьбы с перитонеальным шоком. Состояние больной во время операции еще до применения средств, улучшающих сердечную деятельность и повышающих кровяное давление, начинает улучшаться, хотя борьба с кровопотерей еще не проводилась.

Общепринято, что тяжелое состояние больной в результате разрыва плодовместилища при внематочной беременности, падение сердечной деятельности и кровяного давления не должны являться противопоказанием к немедленной операции. Наличие внутреннего кровотечения действительно требует экстренной помощи. Энергичное применение сердечных средств, форсированное переливание крови могут усилить продолжающееся кровотечение или привести к его возобновлению, если при падении артериального давления оно приостановилось. Такие мероприятия могут дать нежелательные результаты и ухудшить состояние больной. Поэтому и считается

противопоказанным при остром прерывании внематочной беременности применять до операции различные средства, улучшающие сердечную деятельность и приводящие к повышению артериального давления.

Больная в тяжелом состоянии. Приступая немедленно к подготовке для экстренной операции, берем женщину в операционную, под кожу вводим 1 мл 2% пантопона и начинаем капельное переливание крови или кровезаменителей в вену со скоростью до 40—60 капель в 1 минуту, даем кислород. После того, как будут наложены зажимы на трубу и ее брыжейку, переливание крови производим струйным методом, вводим 40% раствор глюкозы в вену и сердечные средства под кожу.

По вопросу о методе обезболивания при операции по поводу внематочной беременности нет единого мнения. А. И. Тимофеев (1928), И. Ф. Козлов, В. В. Дьяконов (1934) и др. считают резкое раздражение брюшины вследствие внутрибрюшного кровоизлияния при внематочной беременности противопоказанием для местного обезболивания. Многие акушеры предпочитают пользоваться ингаляционным эфирным наркозом, отмечая улучшение состояния больной, как только она засыпает. Действительно, часто, как это указывает и И. Л. Брауде (1952), с началом наступления наркоза пульс у больной с внематочной беременностью становится полнее и реже. Это можно объяснить частичным снятием явлений шока при выключении коры головного мозга во время наркоза.

Но каждый из акушеров-гинекологов, проработавший длительное время, мог наблюдать и обратное явление, когда с началом эфирного наркоза состояние больной с внематочной беременностью резко ухудшалось. Известны случаи и смертельных исходов, объяснить которые можно не только тяжелой острой кровопотерей, но и применением эфирного наркоза.

Хорошо известно, что при операциях у больных, находящихся в состоянии тяжелейшего шока, в преагональном состоянии или агонии, применение глубокого эфирного наркоза приводит к чрезмерному углублению торможения центральной нервной системы и еще большему снижению уровня окислительных процессов. В результате при подобных условиях применение больших доз наркотиков ведет к повторной и уже смертельной травме угасающего организма.

Нам пришлось наблюдать 15. XI 1954 г. как у больной К., 27 лет, оперируемой по поводу внематочной беременности с разрывом трубы, во время эфирного наркоза состояние резко ухудшилось и наступила агония. Из терминального состояния больная была выведена применением внутриаортального переливания кровезаменителей и гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы.

В. А. Покровский (1954) полагает, что при внематочной беременности с тяжелым шоком наименее опасной является местная анестезия по А. В. Вишневному. Он рекомендует широко применять при внематочной беременности местное обезболивание, сочетая его с поперечным надлобковым разрезом. В. А. Покровский считает, что при таком разрезе кишечные петли не мешают и облегчается доступ к матке и ее связкам. Рвота у больных при этом наблюдается редко.

Г. М. Новиков (1932), Б. С. Пойзнер (1948), П. В. Манейков (1956) и др. с успехом пользовались местной анестезией при операциях по поводу эктопической беременности.

По нашему мнению, в вопросе о применении местного обезболивания при прервавшейся или прерывающейся внематочной беременности не может быть как полного отрицания, так и абсолютного утверждения приемлемости местной анестезии. Местная анестезия обычно хорошо выполняема, когда в брюшной полости не более литра крови. Чаще всего это имеет место при трубном выкидыше. Удовлетворительное состояние больной не требует и особой спешки при проведении операции.

При остром прерывании внематочной беременности с большой кровопотерей брюшная полость заполнена кровью, органы малого таза не доступны осмотру и местную анестезию технически трудно выполнять. Нередко оператор, вскрыв брюшную полость, не проводя анестезии в малом тазу, захватывает рукой матку, выводит ее в рану и только после этого производит анестезию, чаще всего неполную. В результате тяжелая больная получает добавочную травму, кишечные петли в ответ на раздражение выпирают в рану, больная кричит или стонет, наблюдается тошнота, рвота. Такая «операция» производит весьма тягостное впечатление, и все сказанное трудно совместить с понятием безболезненного оперирования и гуманного бережного отношения к больному человеку. Поэтому, при внематочной беременности и большом кровоизлиянии в брюшную полость более целесообразно применение наркоза. Тем более, что при сильнейших кровотечениях для спасения жизни больной буквально дорога каждая минута.

Наиболее целесообразно применение современного комбинированного наркоза. Однако, учитывая наличие коллапса и то, что барбитураты могут вызвать дальнейшее падение артериального давления, наркоз следует начинать с ингаляции кислорода. Затем подключают эфир. После выключения сознания внутривенно вводят релаксанты короткого действия и производят интубацию.

Целесообразно наркоз поддерживать на уровне I<sub>3</sub>—III.

При отсутствии анестезиолога операцию производят под

поверхностным масочным эфирно-кислородным наркозом в сочетании с местным обезболиванием.

Сочетание местной анестезии с общим обезболиванием выгодно еще и потому, что при наркозе полностью не прерывается импульсация из операционной раны и в центральную нервную систему продолжают поступать импульсы при сильных раздражениях. «Даже полный наркоз не гарантирует от возможности возникновения рефлексов с внутренних органов, что может явиться причиной тяжелых осложнений во время хирургических операций» — пишет В. В. Закусов (1953).

Наблюдения, проведенные в нашей клинике (И. А. Макаренко, 1955) с использованием таких объективных методов, как плетизмография и пневмография, показали, что полностью импульсация из операционной раны не прерывается и при глубоком эфирном наркозе. При хорошо выполненной местной анестезии прекращается поступление импульсов в центральную нервную систему из операционного поля.

Весьма чувствительными являются круглая и воронко-тазовые связки, больная дает рефлекторные реакции на их раздражение и особенно натяжение. Поэтому, производя операцию при внематочной беременности даже под наркозом, весьма целесообразно влить 30 мл 0,25% раствора новокаина непосредственно в воронко-тазовую связку и затем, направляя иглу по ее внутренней поверхности, влить еще 40 мл. Добавочными уколами иглы вводится по 20 мл раствора новокаина под передний листок широкой связки и в толщу круглой связки на стороне пораженной трубы (рис. 35).

Чревосечение при внематочной беременности чаще всего производят с помощью срединного продольного разреза от лона и по направлению к пупку. Этот разрез технически проще, более доступен широкому кругу врачей, требует мало времени и создает хороший доступ в брюшную полость.

Многие врачи (В. А. Покровский, 1954; Л. С. Персианинов, 1955, 1965, и др.) применяют поперечный надлобковый разрез. Стронником этого метода, даже при острой форме прерывания внематочной беременности, является М. С. Александров (1957). В клинике, которой он руководил, поперечный разрез брюшной стенки был применен в 96,4% операций при эктопической беременности. Метод этот имеет ряд преимуществ (прочность рубца, косметичность), но является более сложным, требует большего времени, чем продольный разрез. Доступ в брюшную полость при нем ограничен, а поэтому в запущенных случаях внематочной беременности при наличии заматочной кровяной опухоли или обширных спаек не следует пользоваться поперечным надлобковым разрезом.

В преобладающем большинстве случаев встречается трубная беременность и операция состоит в удалении пораженной трубы.

Однако, учитывая молодой возраст женщины, сохранение возможности последующих беременностей, особенно при отсутствии детей, заставляют искать пути к более консервативным операциям с сохранением маточной трубы. В нашей стране и за рубежом в подобных случаях удаляют плодное яйцо путем его осторожного выдавливания (выжимания) из ампулярного конца трубы или предварительно надрезается стенка трубы, если плодное яйцо расположено далеко от ее ампулярного конца. Ложе, где располагалось плодное яйцо, осторожно



Рис. 35. Схема местной анестезии при внематочной беременности.

очищается с помощью маленькой кюретки. При консервативной операции производят освобождение из спаек матки и придатков, чтобы по возможности восстановить нормальные топографические соотношения. По имеющимся в литературе сведениям по этому вопросу нередко наблюдаются повторные беременности в трубе.

Более целесообразной, по нашему мнению, может быть пересадка трубы в матку при истмической трубной беременности, когда остальная (большая) часть трубы оказывается в хорошем состоянии и произвести подобную операцию можно без риска для больной. Конечно, тяжелое состояние оперируемой при шоке и большой острой кровопотере является противопоказанием для подобных операций.

Вопрос о консервативных операциях при внематочной беременности у молодых, бездетных женщин, еще требует изучения. Подобные операции не могут быть рекомендованы для широкой практики. При недавно происшедшем разрыве трубы оперативное вмешательство весьма несложно. Обычно производят срединный продольный или поперечный надлобковый разрез брюшной стенки. По вскрытии брюшины начинается выливаться кровь из брюшной полости. Разрез брюшины расширяют, вводят руку в полость таза, нащупывают матку, а затем измененные придатки и выводят их в рану; при этом в ране показывается угол матки, а затем и ее дно.

При малых сроках беременности, когда обычно и происходит разрыв трубы, последняя настолько мало увеличена, что наощупь этого можно и не заметить. При больших сроках беременности труба вместе с яичником определяется в виде мягковатой опухоли большей или меньшей величины. Если в рану по ошибке выведена труба, в которой нет беременности, то ее опускают в брюшную полость и извлекают вторую.

Наиболее часто встречается разрыв трубы в ее истмической части, которая и представляется увеличенной в этом месте. На стенке трубы имеется чаще всего небольшое отверстие, из которого выступают ворсинки хориона. Иногда утолщение трубы не превышает размеров горошины, узора ее стенки ничтожна и только внимательный осмотр позволяет увидеть указанные изменения. Мне довелось наблюдать, как растерявшийся врач, видя у больной до 2 литров крови в брюшной полости, долго не мог найти источника кровотечения. Оказалось, что при осмотре половых органов он вместе с круглой связкой захватил клеммой трубу, закрыв полностью место прободения стенки последней ворсинками хориона. Только после снятия клеммы стало заметно утолщение величиной с горошину и точечное отверстие в серозном покрове трубы, из которой струйкой полилась кровь. Остальная часть трубы была без изменений.

Осмотрев трубу и удостоверившись, что в ней развилась беременность, накладывают один зажим Кохера или клемму на трубу у самого угла матки. При этом в зажим захватывают и небольшой участок брыжейки трубы. Необходимо следить, чтобы концом зажима не взять собственно связку яичника. Следующий зажим накладывают на мезосальпинкс у ампулярного конца трубы, параллельно последней. Мезосальпинкс до конца зажима надсекают, затем накладывают 1—2 зажима на оставшуюся часть мезосальпинкса и трубу удаляют (рис. 36). Захватывать в один зажим весь мезосальпинкс нецелесообразно, так как при наложении лигатур

Средний участок захваченного в зажим мезосальпинкса может выскользнуть или нежная брыжейка трубы прорезается. Это создает ненадежный гемостаз, который может не сопровождаться кровотечением в момент операции из-за низкого кровяного давления, а проявит себя в последующем. Зажим заменяют кетгуговыми лигатурами. Особенно тщательно следует наложить лигатуру на маточный конец трубы, так как иначе она может легко соскользнуть. Лучше всего, накладывая лигатуру, обколоть культю трубы, проводя шов сверху у дна матки и под концом зажима.

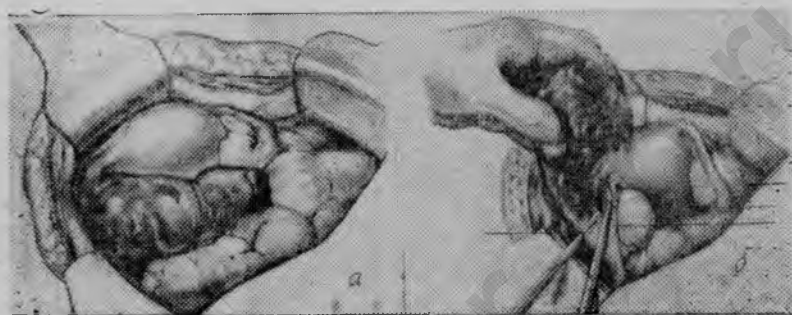


Рис. 36. Трубная беременность. Удаление беременной трубы:

а — общий вид органов малого таза при чревосечении; б — наложение зажимов на брыжейку трубы.

Р. В. Кипарский (1908), И. И. Фейгель (1928) и другие считают целесообразным в целях предупреждения повторной внематочной беременности производить глубокую клиновидную резекцию интерстициальной части трубы из угла матки. В литературе встречаются отдельные сообщения о развитии беременности в культе трубы. Но такие случаи являются очень редкими и могут быть предупреждены тщательной перитонизацией культи маточного конца трубы. К тому же клиновидное иссечение интерстициальной части трубы может сопровождаться осложнениями при последующих беременностях и родах. Е. А. Майзель (1952), А. В. Ланковиц (1953 и др. сообщают о разрывах беременной матки по рубцу после клиновидного иссечения трубы при внематочной беременности.

Большинство акушеров-гинекологов применяют клиновидное иссечение трубы только при интерстициальной беременности или в тех случаях истмической беременности, когда плодное яйцо располагается у самого угла матки и невоз-

можно наложить зажим на маточный конец трубы. Мы придерживаемся такого же мнения, для тщательной перитонизации культи трубы используем круглую связку (см. рис. 38).

Круглую связку, захваченную у маточного конца, подшивают над культей трубы к углу матки. Следующими стежками непрерывного кетгутового шва круглую связку соединяют с маткой, собственной связкой яичника и остатками брыжейки трубы. При необходимости перитонизирующим швом может

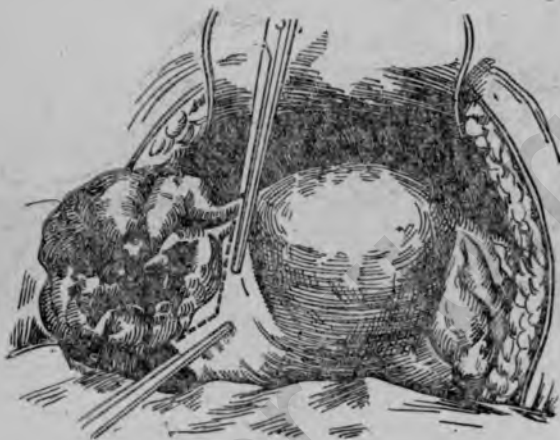


Рис. 37. Удаление трубы вместе с измененным яичником при внематочной беременности.

быть подхвачен и яичник, но следует избегать повреждения или прокола желтого тела, что обычно сопровождается кровотечением, требует наложения добавочных швов или даже резекции яичника.

Яичник при внематочной беременности с разрывом трубы обычно не изменен и его необходимо сохранять. Удаление яичника может быть показано только при его заболеваниях (опухоль и др.). В таких случаях вместе с трубой удаляют и яичник. Один зажим накладывают у угла матки на трубу и собственную связку яичника, другие зажимы — последовательно на воронко-тазовую связку и верхнюю часть широкой связки, параллельно яичнику (рис. 37). Зажимы заменяют обкалывающими лигатурами. Культю трубы и связок перитонизируют с помощью круглой связки, которую подшивают к углу матки и затем сшивают с задним листком широкой связки. Перитонизирующий непрерывный шов заканчивают полукисетом, погружая *lig infundibulo—pelvicum* (рис. 38).



При большой спешке во время операции из-за очень тяжелого состояния больной можно не производить тщательную перитонизацию, применяя непрерывный обивной шов на брыжейку, оставшуюся после отсечения трубы (И. Л. Брауде, 1947, 1952).

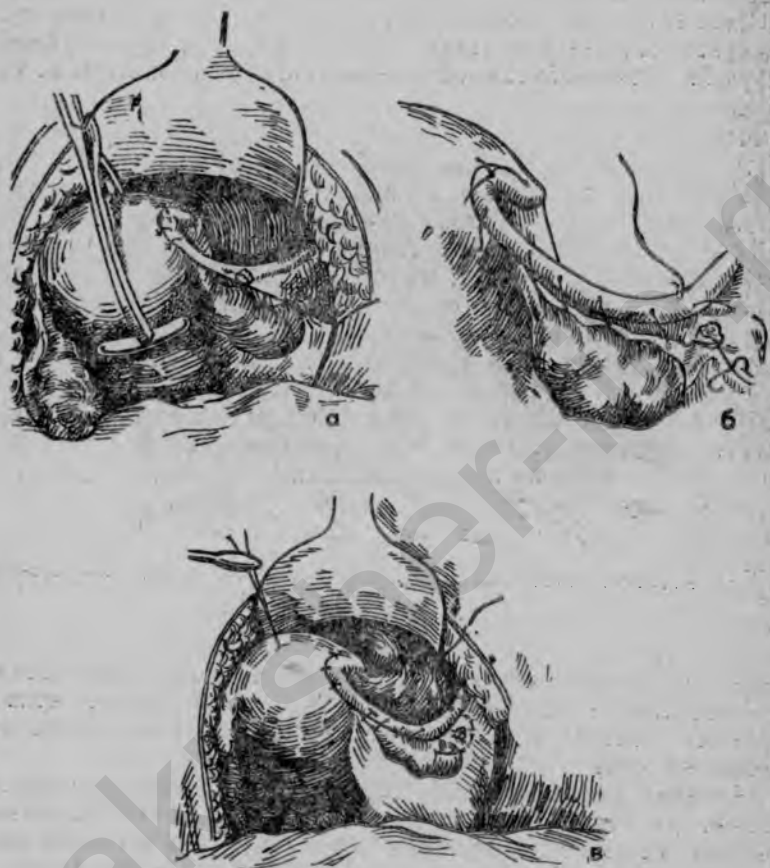


Рис. 38. Перитонизация при операции по поводу трубной беременности (а и б). Если брыжейки трубы осталось так мало, что пришить к ней круглую связку трудно, то связку пришивают к яичнику и заканчивают непрерывный шов полукисетом (в).

В тех случаях, когда для спасения больной дорога каждая минута, по нашему мнению, следует только хорошо наложить лигатуры на культю трубы у угла матки и мезосальпинкс.

Однако это следует применять как редчайшее исключение, так как отсутствие перитонизации может вызвать спайки с последующей кишечной непроходимостью. Мы наблюдали подобное осложнение у двух больных после операции внематочной беременности в результате спаек при плохой перитонизации культей.

Оперируя больных с острым прерыванием внематочной беременности, можно использовать для трансфузии кровь, полученную из брюшной полости. Это важно в тех условиях, когда нет консервированной крови или запасы ее слишком малы. Вскрывают брюшину небольшим разрезом, края последнего берут на 4 зажима и приподнимают. Из брюшной полости кровь собирается с помощью чашки, банки, большой ложки. Получаемая таким образом кровь процеживается через 6—8 слоев стерильной марли, смоченной 4% раствором лимонно-кислого натрия, в сосуд, в который налит этот же раствор цитрата из расчета 10 мл его на 100 мл крови. Удобнее всего кровь собирать в стандартную банку для переливания крови, в которую вставлена большая воронка, прикрытая стерильной марлей в 6—8 слоев.

Обратное переливание крови с успехом применяли многие авторы в дозах от 500 до 1000 мл и более. А. Н. Филатов и М. Е. Депп (1947) на основании сводных данных указывают, что из 815 случаев обратного переливания крови в 744 (91%) оно применено при внематочной беременности. Переливать можно при отсутствии признаков инфекции в организме только свежую недавно излившуюся кровь (не свыше 24 часов), внешний вид которой не изменился. При длительном пребывании в брюшной полости происходит гемолиз крови, возможно и ее инфицирование.

Особенно большое распространение получил метод реинфузий-негемолизированной крови при прервавшейся внематочной беременности. Заслуга в усовершенствовании метода обратного-переливания крови, излившейся в брюшную полость, и пропаганде его принадлежит гинекологической клинике Научно-исследовательского института им. Н. В. Склифосовского (М. С. Александров, К. И. Ковалева-Крюкова, Л. Ф. Шинкарева (1957), где этот метод применяется с 1930 г. как обязательное мероприятие при экстренном пособии больным с внематочной беременностью.

М. С. Александров, сообщая о 12734 больных с внематочной беременностью, рекомендует широко применять реинфузию крови; удаленной из брюшной полости. Реинфузия была применена у 25% больных. Реинфузии почти не сопровождались реакциями; позволяли использовать большие количества кро-

ви (до 2,5 л) и не требовали времени на определение группы крови и проверки на совместимость по Rh-фактору и др.

К. И. Ковалева-Крюкова на основе морфологических, биохимических и бактериологических исследований доказала биологическую полноценность излившейся в брюшную полость крови, однако обнаружила в ней понижение гемоглобина, уменьшение количества форменных элементов, анизоцитоз, пойкилоцитоз, повышение содержания билирубина; заметных изменений в белковом составе нет.

По нашим данным, в такой крови повышена фибринолитическая активность, снижен или отсутствует фибриноген. Таким образом, в крови, излившейся в брюшную полость, происходит некоторый распад. В то же время клинические наблюдения над больными, которым производили реинфузию крови, показывают стойкое улучшение их общего состояния и отсутствие существенных реакций в результате вливаний собственной крови. По данным М. С. Александрова с соавторами, только в 1,8% случаев наблюдались незначительно выраженные посттрансфузионные реакции. При широком распространении метода обратных переливаний крови на 10245 операций по поводу внематочной беременности не было ни одного смертельного случая, связанного с реинфузией. Количество вливаемой собственной крови доходило до 3 л.

Внедрение метода реинфузии дало возможность экономить значительное количество донорской крови. С 1941 по 1954 г. в гинекологической клинике Научно-исследовательского института им. Н. В. Склифосовского были выполнены реинфузии 1856 больным, им перелито 1600 л их собственной крови. В отделении оперативной гинекологии клиники II Московского медицинского института с 1961 по 1966 г. оперировано 1518 больных по поводу трубной беременности, и у 420 (27,7%) из них с успехом применено переливание собственной крови. Не возникло ни одной тяжелой реакции.

Данные, касающиеся реинфузий крови при прервавшейся внематочной беременности, показывают необоснованность ранее существовавшего мнения ряда акушеров-гинекологов о возможности и целесообразности применения этого метода только в случае крайней необходимости, при отсутствии донорской крови.

Вопрос об удалении крови из брюшной полости является спорным: Одни считают, что жидкую кровь следует оставлять, так как она всасывается брюшиной через лимфатические сосуды. Другие рекомендуют убирать излившуюся кровь во избежание возникновения обширных спаек и развития инфекции. И. Л. Брауде (1952), И. Ф. Жордания (1954) и др. полагают,

что кровь по возможности следует удалять, производя это с помощью водоструйного насоса или марлевых салфеток. Особенно тщательно удаляют сгустки крови.

Больная уложена на операционном столе и начато капельное переливание крови 0(1) группы.

В 20 часов под общим эфирным наркозом начата операция. Средним разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость, в которой обнаружено до 1000 мл крови.

Оператор ввел руку в малый таз и вывел матку в рану. При осмотре придатков матки оказалось, что левая труба в средней ее трети веретенообразно утолщена и имеет отверстие, через которое выступают ворсинки хориона и течет кровь. Левый яичник и правые придатки без изменений. На трубу у угла матки наложен зажим Кохера. Второй зажим наложен на брыжейку трубы у ее ампулярного конца. До конца зажима брыжейка рассечена куперовскими ножницами и после этого наложен на мезосальпник второй зажим и конец его достигает кончика зажима, захватывающего трубу у угла матки. Брыжейка, а затем и труба отсекаются ножницами. Жимы заменяются обкалывающими лигатурами. Перитонизация произведена с помощью круглой связки, которая сначала пришта к углу матки над культей трубы, а затем к собственной связке яичника и остаткам брыжейки трубы. Из брюшной полости удалены сгустки и часть жидкой крови. Разрез брюшной стенки зашит послойно наглухо. Наложена повязка-наклейка.

Во время операции перелито 440 мл крови и 250 мл протившокового раствора. К концу операции артериальное давление стало 100/60 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Послеоперационный период протекал без осложнений, и 12. III больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Немедленная помощь, заключающаяся в удалении беременной трубы и переливании крови, спасли больную от смертельной опасности.

В настоящее время в нашей стране летальные исходы от острой кровопотери при внематочной беременности являются исключительной редкостью. Общая летальность, включая все виды эктопической беременности, по данным Л. А. Кривского, (1932), А. Д. Аловского (1954) и др., равна 1,5—2%. Смерть наступает от кровопотери и шока при несвоевременном оказании помощи или от инфекции, осложняющей застарелые случаи внематочной беременности. В акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института за 1951—1956 гг. на 410 случаев внематочной беременности было 2 летальных исхода (0,5%). Одна больная умерла от перитонита при рецидивирующей кишечной непроходимости, развившейся после операции по поводу 6-месячной брюшной беременности, и второй летальный исход был обусловлен кровопотерей и пневмонией, возникшей до операции.

**Краткий эпикриз.** У повторнобеременной женщины внематочная беременность сопровождалась разрывом трубы и острой кровопотерей. Экстренно произведено чревосечение с

удалением беременной трубы и переливание крови. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выздоровление.

### ТРУБНЫЙ ВЫКИДЫШ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

**Беременная С.**, 25 лет, доставлена в гинекологическое отделение клиники 18. III 1956 г. в 16 часов 15 минут машиной «скорой помощи».

Из анамнеза узнаем, что месячные с 14 лет, через 30 дней, по 3 дня, без болей. Последние месячные были 26. I 1956 г. и протекали как обычно.

Беременностей было 2, из которых первая закончилась нормальными родами, а вторая в 1953 г. — внебольничным выкидышем. От беременности не предохранялась, считала себя здоровой и к врачу не обращалась.

4. III 1956 г. появились боли внизу живота, которые носили приступообразный характер и продолжались три дня. После этого лишь временами больная ощущала ноющие боли внизу живота, а когда они прекращались, то чувствовала себя совершенно здоровой. 14. III появились мажущиеся кровянистые выделения темного цвета, которые продолжались все время.

18. III снова повторились сильные боли внизу живота и один из приступов болей сопровождался кратковременным обморочным состоянием. По этому поводу был вызван врач со станции «Скорой помощи», который и доставил больную в клинику.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые слегка бледноваты. Температура 37,1°. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Границы сердца в норме, тоны чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот не вздут, мягкий. При пальпации определяется умеренная болезненность в нижних отделах живота без определенной локализации. Наружные половые органы развиты правильно. Из влагалища — мажущиеся темно-красные выделения. Влагалище как у рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, закрыт. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшного цвета. Матка в anteversio—flexio, имеет обычную грушевидную форму, слегка увеличена, мягковатой консистенции. Матка подвижна, но ее смещения во время исследования вызывают резкую болезненность. Такая же болезненность наблюдается при движениях шейки. Пальпировать придатки не удается из-за болезненности и напряжения брюшной стенки, возникающих во время исследования. Своды влагалища не выпячены, но пальпация их болезненна.

#### *Какие заболевания можно предполагать у больной?*

На основании анамнеза и первичного осмотра возникает мысль о нескольких диагнозах.

1. Начавшийся внебольничный выкидыш, осложненный воспалительным процессом.

2. Воспаление придатков матки с явлениями дисфункции яичников.

3. Перекручивание ножки опухоли яичника.

4. Кровотечение из яичника.

5. Внематочная беременность, прерывающаяся по типу трубного выкидыша.

Далеко не всегда внематочная беременность диагностируется легко, допускаются немало ошибок в диагнозе. М. С. Александров (1957) на 12734 случая внематочной беременности отмечает 5,7% ошибочных диагнозов. Чаще всего диагностические ошибки наблюдаются у тех больных, у которых прерывание беременности протекает менее бурно, по типу трубного выкидыша. Задержка менструаций может отсутствовать, что наблюдается в 30% случаев внематочной беременности (М. С. Малиновский); температура и пульс остаются нормальными, боли бывают резко выраженными, анемия отсутствует или мало заметна.

В подобных случаях сигналом тревоги М. С. Малиновский (1957) считает наличие кровянистых выделений темного цвета, имеющих вид кофейной гущи и сопровождающихся болями. Боли обычно наступают внезапно, приступами, носят схваткообразный характер и локализуются внизу живота справа или слева. Боли могут сопровождаться иррадиацией в область плеча или лопатки (Френикус-симптом). Во время приступа болей нередко наблюдается чувство дурноты или шоковые явления и признаки раздражения брюшины, выраженные в той или иной степени; при двуручном исследовании во время приступа пальпация матки и придатков вызывает болезненность. Характерна болезненность при попытках вызвать смещение шейки матки или при пальпации заднего свода влагалища (симптом «крик Дугласа»), который обычно податливый и мягкий. В одном из сводов определяется резистентность и пульсация сосудов. Матка бывает несколько увеличена и имеет мягковатую консистенцию. В области придатков может пальпироваться тестоватой консистенции, ограниченная в подвижности опухоль, имеющая неясные контуры, болезненная во время приступа и вскоре после него.

В период между приступами больная часто чувствует себя совершенно здоровой. Жалобы на боли исчезают, бимануальное исследование становится безболезненным или малоболезненным.

При перитубарной гематоме А. А. Коган (1947) предлагает использовать следующий прием: наружной рукой глубоко заходят за опухоль и фиксируют руку на месте; через соответствующий свод влагалища направляют навстречу пальцы второй руки; при наличии перитубарной гематомы пальцы руки, введенной со стороны влагалища, ясно ощущают «расступающуюся» в обе стороны от пальцев какую-то густую массу, которая при обратном отведении пальцев внутренней руки снова возвращается в образовавшееся пространство.

Для распознавания кровоизлияния, происшедшего в брюшную полость, А. А. Коган предложил использовать «симптом колпачка». Сущность этого признака состоит в том, что при двуручном исследовании палец, введенный во влагалище, приподнимает задний свод спереди. Затем медленно в течение 2—3 минут больную переводят на гинекологическом кресле из горизонтального положения в вертикальное. При наличии крови в брюшной полости последняя скапливается в прямокишечно-маточном пространстве и свод нависает над введенным пальцем. Получается ощущение, как будто на палец опустился мягкий колпачок или подушечка.

В неясных случаях внематочной беременности необходимо бывает дифференцировать ее с рядом заболеваний, используя вспомогательные диагностические методы.

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
<p>1. Нарушение трубной беременности начинается большей частью рано (между 4-й и 6-й неделями).</p>	<p>1. Самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделями).</p>
<p>2. Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей и имеют вначале тянущий, а затем и схваткообразный характер. Припадок болей носит более бурный характер (внезапное начало их, шок, коллапс, обморочное состояние, явления раздражения брюшины).</p>	<p>2. Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются, главным образом, внизу живота, посредине и в крестце. Медленное, постепенное нарастание регулярных болей, по характеру напоминающих схватки.</p>
<p>3. Наружное кровотечение незначительное, цвет выделений коричневый, иногда выделяются пленки; выделения начинаются обычно лишь после появления болей.</p>	<p>3. Наружное кровотечение более обильное, кровь нередко ярко-красного цвета, часто со сгустками; возникает до появления болей.</p>
<p>4. Степень малокровия не соответствует количеству крови, выделяемой наружу.</p>	<p>4. Степень малокровия соответствует количеству теряемой наружу крови.</p>
<p>5. Наблюдается отхождение десцидуальной оболочки целиком или в виде мелких обрывков. Если выделившуюся ткань рассмотреть в стакане воды на свет, то характерных тонких колеблющихся в воде ворсинок не видно.</p>	<p>5. Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стакане с водой.</p>
<p>6. Увеличенная матка имеет грушевидную форму, но увеличение не вполне соответствует сроку задержки менструаций. Наружный маточный зев закрыт.</p>	<p>6. Увеличенная матка соответствует сроку задержки месячных имеет шарообразную форму; при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки располагается на нем в виде небольшой шапки. Наружный зев приоткрыт.</p>

Если врач видит перед собой больную, у которой имелась задержка менструаций, кровянистые выделения или кровотечение из матки, то прежде всего возникает мысль о наиболее частой акушерской патологии — обычном маточном выкидыше, хотя эти же признаки бывают и при нарушенной трубной беременности.

Дифференцируя трубный и маточный выкидыш, следует учитывать отличительные признаки этих заболеваний, приведенные в таблице (по И. Л. Брауде и А. Д. Аловскому, 1945, 1953).

При отхождении из матки вместе с кровью пленок, а иногда и всей децидуальной оболочки, напоминающей по форме слепок полости матки (рис. 39), необходимо вышедшую ткань подвергнуть гистологическому исследованию. Нахождение децидуальной ткани при микроскопическом исследовании указывает на наличие беременности и, чаще всего, внематочной. Нахождение в вышедших из матки кусочках ткани ворсин свидетельствует об обычной маточной беременности (рис. 40).

Применение пробного выскабливания с целью диагностики внематочной беременности не рекомендуется, так как оно может вызвать новый инсульт. Кроме того, если децидуальная оболочка уже отошла ранее, то в соскобе может не оказаться децидуальных элементов. Иногда при персистирующем фолликуле или лютеиновой кисте в соскобе могут быть обнаружены децидуальные элементы (рис. 41).

При маточном полном выкидыше, осложненном воспалением придатков, в соскобе могут отсутствовать хориальные элементы. Наличие элементов плодного яйца в матке также не является безусловным доказательством отсутствия внематочной беременности, потому что наблюдаются случаи одновременной маточной и внематочной беременности, частота

которых по данным М. И. Конухеса (1927) колеблется от 0,6 до 4% случаев.

Novac до 1926 г. собрал в литературе 278 подобных случаев. Neugebauer из собранных им в 1913 г. 244 случаев в 35 отметил развитие плодов в матке и трубе до полной зрелости. Описаны случаи, когда после удаления оперативным путем внематочной беременности маточная беременность продолжала развиваться и заканчивалась срочными родами.

Нам пришлось наблюдать случай прерывания внематочной беременности на 4-м месяце у женщины, которой был перед этим произведен искусственный аборт на 11-й неделе. Прерывание трубной беременности происходило с образованием гематомы в окружности трубы. Сильные боли схваткообразно-





Рис. 39. Слпок отпадающей оболочки, вышедшей из матки при внематочной беременности.

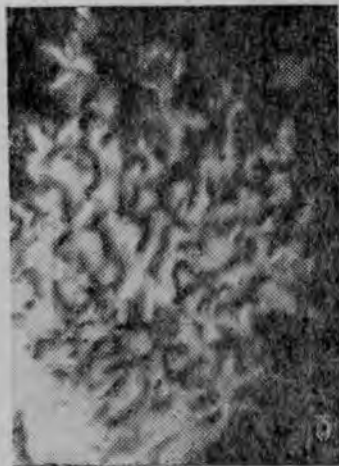


Рис. 40. Вид децидуальной (а) и ворсистой (б) оболочек при рассмотрении их на свет в стакане с водой.

го характера, сопровождавшиеся появлением опухоли придатков, сначала заставили подумать о воспалительном процессе после аборта. Однако слабо выраженные явления воспаления и положительная реакция Ашгейма—Цондека позволили установить диагноз внематочной беременности, подтвержденный на операционном столе.

Этот случай показывает несостоятельность пробного выскабливания с целью распознавания внематочной беременности.

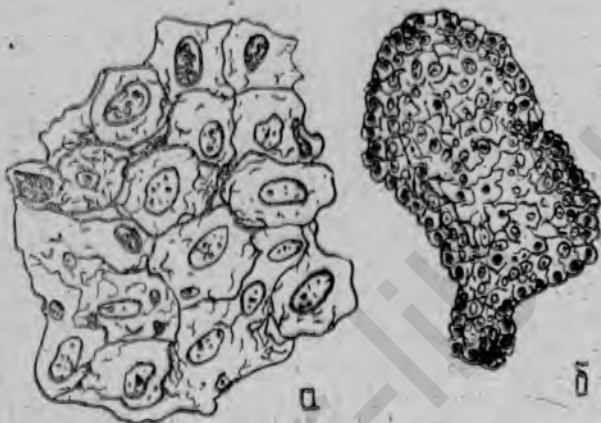


Рис. 41. Микроскопическая картина децидуальной оболочки (а) и отдельной ворсины хориона (б).

Если выскабливание применяется при маточном выкидыше и соскоб получается скудный, то его обязательно нужно исследовать.

Помимо указанных признаков нередко случается обнаруживать еще небольшую опухоль придатков матки. При наличии трубного выкидыша эта опухоль располагается с одной стороны матки, пульсирует, имеет мягкую консистенцию и чаще всего колбасовидную форму с неясными контурами. Пальпация опухоли вне приступов более безболезненна. Рядом с опухолью иногда можно определить и яичник. При маточном выкидыше сопутствующая опухоль может быть воспалительного происхождения или являться кистой яичника. Кисты яичника имеют хорошо очерченные контуры, эластическую консистенцию и шарообразную или овоидную форму.

У нашей больной после задержки месячных наблюдались сильные боли приступообразного характера, а затем появились мажущиеся кровянистые выделения. Матка лишь слегка уве-

личена, типичных признаков ранних сроков беременности нет. Наружный зев закрыт. Пальпация живота в нижних отделах болезненна. Из-за болезненности не удается пальпировать и придатки матки. Смещения матки и ее шейки вызывают болевую реакцию исследуемой женщины.

Все эти данные не соответствуют признакам, характерным для маточного выкидыша, и скорее указывают на внематочную беременность, протекающую по типу трубного аборта.

Однако ряд симптомов, имеющих у нашей больной (боли, болезненность при пальпации нижних отделов живота и придатков матки), может наблюдаться и при воспалительных заболеваниях придатков матки.

Нарушения менструального цикла, кровянистые выделения могут быть в результате дисфункции яичников при воспалительных процессах. Поэтому случаи внематочной беременности, протекающие по типу трубного выкидыша, приходится дифференцировать с хроническим или обострившимся воспалением придатков матки. Оба этих патологических состояния имеют много одинаковых признаков, весьма затрудняющих правильное распознавание заболевания и приводящих к постановке ошибочных диагнозов. Указания в анамнезе на предшествующий воспалительный процесс часто имеют место и при внематочной беременности. Длительные кровянистые выделения наблюдаются как при воспалительных заболеваниях, так и при внематочной беременности. В обоих случаях может наблюдаться как одностороннее увеличение придатков матки, так и двустороннее. Субфебрильная температура бывает и при воспалении, и при внематочной беременности как реакция организма на всасывание белков излившейся крови.

В отдельных случаях при внематочной беременности может наблюдаться высокая температура вследствие присоединившейся инфекции. В то же время при хронических воспалениях придатков матки температура обычно бывает нормальная. Пульсация сосудов в сводах наблюдается не только при внематочной беременности, но и при обострении воспаления. Если при трубном выкидыше погибло плодное яйцо, то биологические реакции на беременность дают такой же отрицательный результат, как и при хронических воспалениях.

Все сказанное объясняет трудности в дифференциальном диагнозе трубного выкидыша с воспалением придатков матки. Однако внимательное собирание анамнестических данных, тщательное объективное исследование, а при больших сомнениях в диагнозе и наблюдение за больной в течение некоторого времени позволяют в большинстве случаев поставить правильный диагноз.

При внематочной беременности матка размягчена и несколько увеличена, а при воспалении придатков размеры матки нормальные или она увеличена, но консистенция матки плотная. При трубном выкидыше опухоль чаще располагается в ампулярной части трубы и утолщения трубы у места отхождения ее от матки не определяется. Воспалительная опухоль придатков широко отходит от угла матки, сливаясь с ней нередко в одно целое; место отхождения трубы от матки при пальпации утолщено и болезненно. При внематочной беременности яичник нередко определяется отдельно от опухоли, а при воспалении он сливается с ней. Подвижность матки при трубном выкидыше сохранена, а при воспалении вследствие спаек матка неподвижна или ограничена в подвижности.

Опухоль воспалительного происхождения неподвижна или малоподвижна, имеет плотную консистенцию. Гидросальпинксы имеют продолговатую форму, тугоэластическую консистенцию, лучше контурируются, чем опухоль при трубном выкидыше. Последняя обычно имеет мягкую консистенцию, неясные контуры, чаще колбасовидную форму, ясно пульсирует.

Внематочная беременность может прерываться в ранние сроки и симптомы появляются до срока ожидаемых месячных, затрудняя диагностику, но если в анамнезе имеется задержка менструации, то это несколько облегчает постановку диагноза.

Eisenstedter (1927) указывает как на признак внематочной беременности на отклонение матки в сторону, противоположную увеличенным придаткам.

Г. Е. Гофман (1940) на основании своих, многолетних наблюдений признаком нарушенной внематочной беременности раннего срока считает лишь такое смещение матки в противоположную сторону, при котором во время внутреннего исследования матку легко и почти без боли можно установить в нормальное положение и если после исследования она снова отклоняется в сторону.

Наши наблюдения показывают, что признак Г. Е. Гофмана встречается довольно часто. В тех случаях, когда имеющееся смещение матки в сторону при односторонней опухоли не обусловлено величиной последней или другими изменениями в области половых органов, указанный симптом следует учитывать как один из признаков внематочной беременности.

При прогрессирующей внематочной беременности биологические реакции (Ашгейма—Цондека и др.) дают положительный ответ и, если можно исключить, маточную беременность, облегчают диагноз. Л. Ф. Шинкарева (1949) указывает, что из 233 случаев прогрессирующей беременности, правильный диагноз до операции был поставлен в 81,7% случаев при

использовании биологических реакций. Однако Э. М. Каплун (1947) и др. указывают, что в первые 10 дней после задержки менструаций при беременности гормональные реакции, включая и иммунологическую, дают большое число отрицательных ответов, которые при увеличении срока беременности сменяются положительными. Этим же обстоятельством объясняются отрицательные ответы указанных реакций при свежепрервавшихся внематочных беременностях ранних сроков.

При хроническом прерывании внематочной беременности гормональные реакции дают выраженные положительные результаты только при наличии жизнеспособного хориона, связанного со стенкой плодместилища. При гибели значительной части хориона реакция становится слабopоложительной, а при отсутствии жизнеспособных ворсин или их малом количестве дает обычно отрицательный ответ. Это обстоятельство необходимо учитывать, исходя из времени, прошедшего с момента первых клинических симптомов прерывания беременности.

К. М. Фигурнов (1929) отметил, что при внематочной беременности уже на 8—14-й день после начала ее прерывания у части больных наблюдается отрицательная реакция Ашгейма—Цондека, а через 3—4 недели отрицательный ответ при этой реакции бывает у большинства женщин с внематочной беременностью.

Положительные биологические реакции на беременность (реакция Ашгейма—Цондека, Фридмана, Галли—Майнини—Алпатова) и иммунологическая реакция позволяют отличить внематочную беременность от воспалительного заболевания придатков.

В неясных случаях наблюдение за больной в условиях стационара позволяет уточнить диагноз. Для внематочной беременности характерно увеличение опухоли, сопровождающееся повторными припадками болей — «трубными коликами». Увеличение размеров опухоли и ухудшение общего состояния больной не сопровождаются значительным повышением температуры и другими признаками, характерными для обострения воспалительного процесса. Количество лейкоцитов остается обычно нормальным, реакция оседания эритроцитов умеренно ускорена. Между приступами болей состояние больной удовлетворительное, жалоб меньше или нет совсем. Повторные инсульты увеличивают кровопотерю, нарастает анемия, что выражается в побледнении кожных покровов и видимых слизистых, уменьшении числа эритроцитов и количества гемогло-

бина У некоторых больных появляется желтушное окрашивание склер.

Если увеличение опухоли придатков матки связано с обострением воспаления, то появляется повышение температуры, увеличение количества лейкоцитов, изменяется лейкоцитарная формула, резко увеличивается скорость оседания эритроцитов. При исследовании больной отмечается увеличение опухоли придатков, резкая болезненность и другие признаки, свойственные воспалению.

Исключить полностью воспаление придатков матки у нашей больной без лабораторных данных и повторного гинекологического исследования невозможно. Но признаки беременности (задержка менструации, увеличение и размягчение матки) заставляют более склоняться к предположительному диагнозу внематочной беременности.

Клиническую картину внематочной беременности можно принять за явления раздражения брюшины при перекручивании ножки опухоли. Острое начало заболевания, указания в анамнезе или данные обследования, говорящие за наличие опухоли, которая хорошо контурируется и болезненна при пальпации, позволяют поставить диагноз.

У нашей пациентки нет выраженного раздражения брюшины, рвоты или тошноты, опухоль не определяется и предположение о перекручивании ножки опухоли яичника маловероятно. Яичниковые кровотечения из разрыва фолликула или желтого тела дают клиническую картину, весьма схожую с таковой при внематочной беременности. Разрыв фолликула происходит чаще всего между 12 и 18-м днем менструального цикла, а разрыв желтого тела — в течение последней недели цикла или во время самой менструации.

Распознавание облегчает отсутствие признаков, соответствующих беременности. При яичниковых кровотечениях не бывает задержки менструации, нет синюшной окраски слизистой оболочки влагалища и шейки матки, матка не увеличена и не размягчена. При внематочной беременности самых ранних сроков указанные симптомы тоже могут отсутствовать и тогда окончательный диагноз при наличии внутреннего кровотечения, шока или коллапса устанавливается во время необходимого в таких случаях срочного чревосечения.

При отсутствии показаний к немедленной операции больную оставляют под наблюдением, так как при небольшом кровотечении из фолликула или желтого тела в большинстве случаев целесообразно провести консервативное лечение, которое в основном заключается в покое.

У пациентки заболевание началось после задержки месячных, имеются некоторые признаки беременности, поэтому предположение о яичниковом кровотечении также можно отбросить.

Остается наиболее вероятным предположение о внематочной беременности. Как уже говорилось ранее, необходимы дополнительные лабораторные исследования и наблюдение, чтобы исключить воспалительный процесс придатков матки.

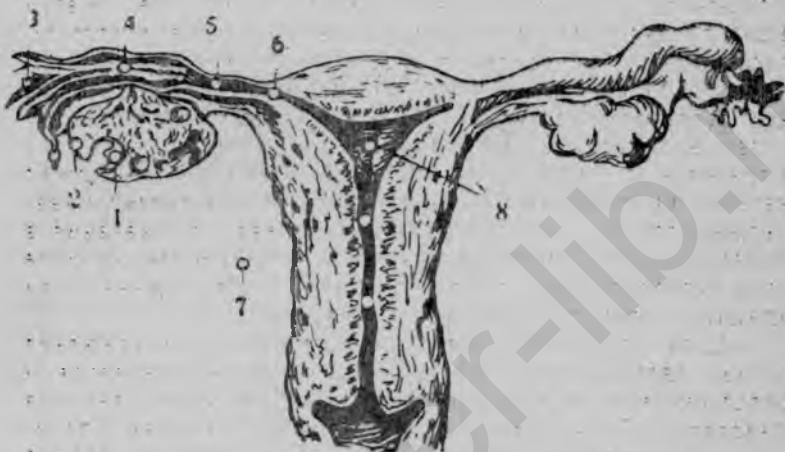


Рис. 42. Возможные варианты прививки оплодотворенного яйца: 1 и 2 — яичниковая беременность; 3 и 4 — трубная ампулярная беременность; 5 — беременность в истмической части трубы; 6 — интерстициальная беременность; 7 — первичная брюшная беременность; 8 — нормальная беременность.

Больная помещена в палату, ей предписан постельный режим; наблюдение и назначены исследования крови и мочи на общий анализ.

Остановимся на некоторых вопросах, связанных с понятием внематочной беременности (рис. 42).

Внематочная беременность (*graviditas extrauterina seu ectopica*) — это такое состояние организма, когда внедрение и развитие плодного яйца происходит вне полости матки. В зависимости от места прикрепления плодного яйца принято различать следующие виды внематочной беременности: трубную, яичниковую, брюшную и в рудиментарном роге матки.

Частота внематочной беременности по отношению к общему числу гинекологических больных, по данным Л. Я. Цейглина (1927), Л. И. Канторовича и В. Н. Шатерника (1936),

Г. Г. Гентера (1937), Н. М. Какушкина (1941), А. Д. Аловского (1945) и других, колеблется от 1,2 до 3%.

Beacham, Webster и Beacham (1956) исчисляют частоту внематочной беременности по отношению к родам равной 0,72—0,79%.

Из различных видов внематочной беременности наиболее часто встречается трубная беременность, которая, по данным А. Д. Аловского, на 1134 случая эктопической беременности наблюдалась в 1117, или 98,5% случаев; беременность в рудиментарном роге была у 10 женщин (0,9%), брюшная — у 5 (0,4%) и яичниковая — у 2 больных (0,2%).

Трубная беременность (*graviditas tubaria*) несколько чаще встречается в правой трубе (Л. А. Кривский, 1932; А. Д. Аловский, 1945). Принято различать в зависимости от места внедрения яйца в трубу: истмическую или перешеечную (*graviditas istmica*), ампулярную (*graviditas ampullaris*) и наиболее редкую из них — интерстициальную или межуточную (*graviditas interstitialis*) трубную беременность.

При внематочной беременности в организме женщины происходят изменения, которые наблюдаются и при нормальной маточной беременности: наступает задержка менструации, женщина испытывает субъективные ощущения, свойственные беременной, матка несколько увеличивается и размягчается, появляется синюшная окраска слизистых оболочек влагалища и шейки матки. В слизистой оболочке матки происходят децидуальные изменения, отпадающая оболочка достигает толщины 1 см.

При внематочной беременности наблюдаются различные формы токсикозов. Неоднократно описаны случаи эклампсии при внематочной беременности. Ebeler до 1916 г. собрал описанные в литературе 50 случаев эклампсии при внематочной беременности со сроками до 5 месяцев. Этот же автор описывает случай эклампсии при 7—8-недельной трубной беременности.

И. Ф. Козлов (1935) впервые в отечественной литературе описал случай тяжелейшего раннего токсикоза в форме *hyperemesis gravidarum* при внематочной (трубной) беременности, соответствовавшей по сроку третьему месяцу. Рвота прекратилась сразу после операции, и больная быстро выздоровела. Geist (1932) и Seidemeier (1934) также опубликовали сообщения о случаях ранних токсикозов при внематочной беременности, причем рвота прекращалась после разрыва беременной трубы и произведенного по этому поводу оперативного вмешательства.



Развитие беременности в трубе происходит совершенно в иных условиях, чем в матке, где имеется мощно развитая слизистая оболочка. В трубе тонкая мышечная оболочка, неспособная к такой гипертрофии, как в матке, еще подвергается и растяжению по мере увеличения размеров плодного яйца.

Децидуальные изменения в слизистой оболочке наблюдаются не всегда и не на всем протяжении трубы, а лишь на отдельных ее участках (В. С. Груздев, 1932). Отсутствие децидуальной реакции на слабое развитие последней приводит к тому, что ворсины хориона быстро разрушают слизистую оболочку и, проникая глубже, разъедают не только ее, но и тонкий мышечный слой вплоть до серозного покрова. Труба, растянутая растущим плодным яйцом, принимает веретенообразную форму. Со стороны просвета трубы яйцо покрыто не мощной отпадающей оболочкой, а тонким слоем растянутой слизистой оболочки. Этот слой вскоре прорастает ворсинками и исчезает, а последние приходят в тесное соприкосновение с противоположной стенкой трубы. Из сказанного ясно, что ворсинки хориона по мере внедрения в глубину стенки трубы разрушают ее, проедавая до серозного покрова: «Яйцо роет себе в стенке трубы не только гнездо, но и могилу» (Wert, 1904).

Вполне понятно, что трубная беременность редко донашивается до конца и чаще всего нарушается на 4—6-й неделе беременности, сопровождаясь внутренним кровотечением, угрожающим здоровью и жизни женщины. Прерывание трубной беременности происходит вследствие нарушения целостности плодовместилища. Если ворсинки хориона проедают ту часть плодовместилища, которая обращена в просвет трубы, происходит внутренний разрыв плодовместилища (рис. 43). Плодное яйцо при этом отслаивается от своего ложа, происходит кровотечение в просвет трубы. В дальнейшем плодное яйцо погибает, пропитывается кровью. Труба, растянутая плодным яйцом и излившейся в ее просвет кровью, начинает сокращаться и выталкивает плодное яйцо в брюшную полость — происходит трубный выкидыш (*abortus tubarius*). Такой исход трубной беременности чаще всего наблюдается при расположении яйца в ампулярной части трубы или вблизи этого отдела. Плодное яйцо, попавшее в брюшную полость, подвергается медленному рассасыванию (рис. 44).

В редких случаях плодное яйцо, извергнутое в брюшную полость, может имплантироваться, если оно до этого не погибло, и, развиваясь, ведет к возникновению вторичной брюшной беременности. При этом плод, покрытый целиком или

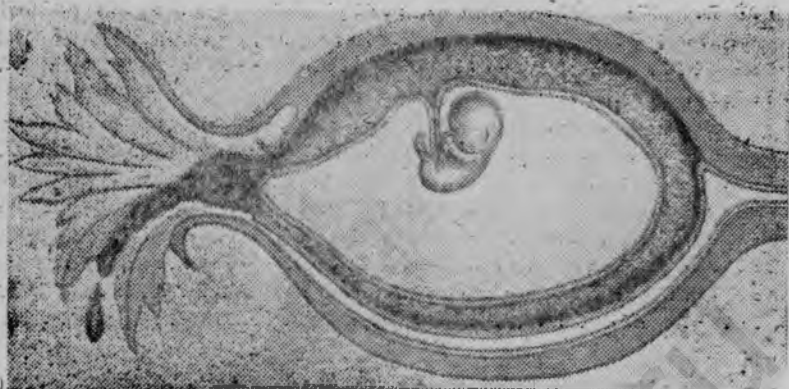


Рис. 43. Трубная беременность. Внутренний разрыв плодместилища (схема).

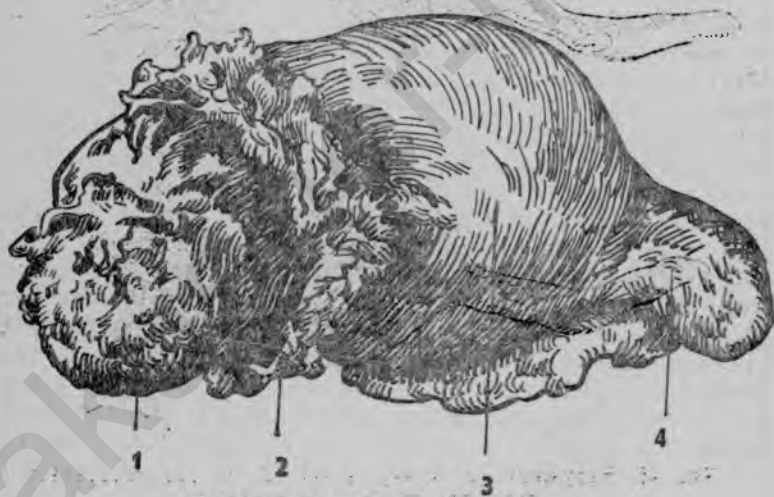


Рис. 44. Трубный выкидыш. Плодное яйцо, пропитанное кровью, выталкивается из трубы в брюшную полость:

1 — яйцо; 2 — бахромки; 3 — ампулярная и 4 — истмическая части трубы.

частично оболочками, располагается между органами брюшной полости, образуя вокруг него нечто вроде капсулы. Плацента прикрепляется к органам, окружающим плод, который продолжает развиваться, и беременность может донашиваться до срока.

Если развитие плодного яйца происходит в истмической части трубы, то из-за очень узкого просвета этого отдела рост яйца происходит в сторону стенки трубы, представляющей наружную капсулу плодместилища. Под влиянием растяжения стенка трубы истончается, ворсины хориона быстро прорастают мышечную оболочку, а затем и серозный покров — наступает наружный разрыв плодместилища (рис. 45), или разрыв трубы (*ruptura tubae gravidae*).

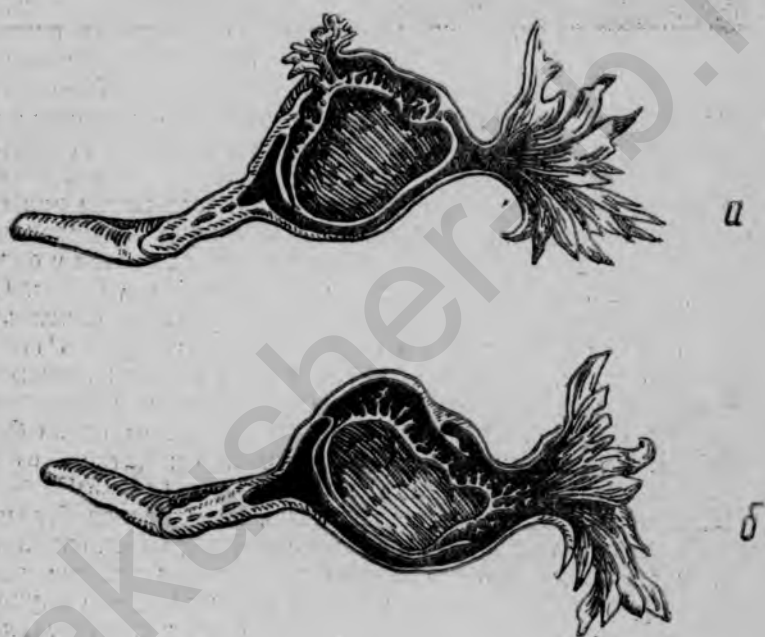


Рис. 45. Наружный (а) и внутренний (б) разрыв плодместилища при трубной беременности.

Из поврежденных сосудов стенки трубы происходит кровотечение в брюшную полость. Перфорационное отверстие в стенке трубы может быть точечным или представлять из себя обширную рану. Кровопотеря при этом зависит не столько от размеров разрыва, сколько от обилия сосудов, питающих

поврежденный участок трубы, и от величины разорванных кровеносных сосудов.

Клиника внематочной беременности чрезвычайно разнообразна и зависит от стадии ее развития и характера прерывания.

Развивающаяся, или ненарушенная, внематочная беременность ранних сроков обычно сопровождается такими же изменениями в организме, как и нормальная маточная беременность. В анамнезе часто имеются указания на воспалительные заболевания и на более или менее длительное бесплодие, по поводу чего женщина подвергалась лечению. Нередко наблюдается большой перерыв между предыдущей внутриматочной беременностью и временем наступления данной беременности.

В первые недели беременности матка увеличена соответственно сроку ее, но в дальнейшем становится заметным отставание роста матки от срока беременности. Тело матки слегка увеличено, но не соответствует по величине сроку беременности, консистенция его мягковатая. Признак Горвица — Гегара отсутствует или слабо выражен.

В отличие от внутриматочной беременности матка при внематочной беременности сохраняет обычную грушевидную форму и при двуручном исследовании не сокращается и уплотняется, как это наблюдается при развитии яйца в матке. При податливой и тонкой брюшной стенке удается определить рядом с маткой мягковатую безболезненную опухоль колбасовидной формы. Опухоль в той или иной степени подвижна, в основании параметриев часто определяется выраженная пульсация сосудов. Величина опухоли зависит от срока беременности, а расположение ее по отношению к матке — от места развития плодного яйца в трубе.

Если имеется интерстициальная или истмическая беременность, опухоль располагается рядом с маткой, плотно прилегая к ней. При ампулярной трубной беременности опухоль пальпируется отдельно от матки. Следует учитывать, что опухоль, расположенная рядом с маткой, может быть воспалительного характера или являться ретенционной кистой яичника или желтым телом беременности.

Точная диагностика ненарушенной внематочной беременности в ранние ее сроки обычно невозможна, и при подозрении на внематочную беременность женщину обязательно помещают для наблюдения в стационар, где ей при надобности может быть оказана и оперативная помощь.

Если при повторных осмотрах у больной отмечается отставание роста матки от срока задержки месячных, а опухоль

придатков увеличивается при отсутствии воспалительных явлений, подозрение на внематочную беременность увеличивается. Практически пальпировать ненарушенную трубную беременность удастся после 2—3-месячного срока. При этом определяется сбоку от несколько увеличенной и мягковатой матки продолговатая опухоль и пульсация со стороны бокового влагалищного свода. В более поздние сроки можно определить через своды влагалища части плода и его движения. Если при этом пальпируется отдельно и матка, то постановка диагноза весьма облегчается.

При установлении диагноза развивающейся (ненарушенной) внематочной беременности показана немедленная операция.

Так как чаще всего внематочная беременность прерывается на 4—6-й неделе, то практически диагноз устанавливается после появления симптомов, связанных с прерыванием ее.

Обычно в клинико-диагностическом отношении принято различать развивающуюся или прогрессирующую внематочную беременность, т. е. ненарушенную и прервавшуюся (или нарушенную). В первом случае происходит рост беременности без нарушения целостности плодместилища или прикрепления плодного яйца к своему ложу; во втором случае наблюдаются клинические признаки того или иного вида нарушения.

Однако нередко мы можем наблюдать, что рост беременности продолжается, несмотря на нарушение целостности плодместилища (иногда даже вместе с яйцевыми оболочками) или связи между плодным яйцом и его ложем.

Указанные изменения сопровождаются теми или иными признаками происшедшего нарушения. Примерами подобных состояний являются внематочная беременность с экстрембразным ростом, случаи трубного выкидыша, протекающие с симптомами повторных кровоизлияний и завершающиеся, в конце концов, острым кровоизлиянием в брюшную полость от так называемого разрыва плодместилища и т. д. При таком «хроническом прерывании» нам неоднократно приходилось во время чревосечения находить хорошо сохранившиеся плодные оболочки и плод, хотя патологоанатомические данные и клиническая картина указывали на бесспорные признаки прерывания и кровоизлияния в просвет трубы и брюшную полость, приступы болей, наружное кровотечение и отхождение децидуальной оболочки.

Учитывая, что прогрессирование внематочной беременности может быть и при наличии признаков указанного выше нарушения, И. Ф. Козлов (1935) предложил помимо терминов «прогрессирующая и прервавшаяся внематоч-

ная беременность» внести термин «прерывающаяся внематочная беременность». При этом И. Ф. Козлов считал, что название «прервавшаяся внематочная беременность» следует оставить для тех случаев, при которых не только произошли те или иные патологоанатомические изменения, связанные с нарушением беременности, но и совершенно прекратился рост плацентарной ткани, гестр, синцития (при этом клинически не наблюдаются повторные приступы прерывания беременности).

«Прерывающаяся внематочная беременность» — состояние, при котором, хотя и произошло нарушение роста беременности, сопровождающееся теми или иными патологоанатомическими изменениями и клиническими признаками, но где рост плацентарной ткани, гестр, синцития продолжается независимо от того, жив плод или мертв. В подобных случаях наблюдаются повторные приступы прерывания («хроническое прерывание») и растущие ворсины продолжают свое разрушительное действие, сопровождающееся кровотечением и приводящее к разрыву плодовместилища или увеличению его, если разрыв уже произошел ранее.

Нам кажется целесообразным различать, помимо развивающейся (прогрессирующей) и прервавшейся внематочной беременности, еще и прерывающуюся эктопическую беременность, которая имеет свои определенные патологоанатомические и клинические признаки. Прерывание внематочной беременности при развитии плодного яйца в трубе чаще происходит по типу трубного выкидыша.

Вернемся к больной.

19. III. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,6—37,1°. Пульс 76 ударов в минуту. Жалобы на боли внизу живота ноющего характера, продолжают. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при глубокой пальпации справа внизу слегка болезненный. Выделения из половых органов кровянистые, мажущиеся, темного цвета. При двуручном исследовании: шейка цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка в anteversio-flexio слегка увеличена, мягковата и отклонена влево. Левый съед свободен. Справа придатки слегка увеличены и по ходу их определяется болезненность. Анализ крови: эритроцитов 3 100 000, гемоглобина 56%, лейкоцитов 4800; лейкоцитарная формула: сегментированных нейтрофилов 57%, лимфоцитов 36%, моноцитов 5%, эозинофилов 2%. РОЭ по Панченкову 9 мм/час. В моче патологические изменения не обнаружены. Назначены аутогемотерапия и внутривенное введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

20. III. Состояние такое же, как и 19. III. Несколько усилились боли справа внизу живота и пальпация этой области болезненна. Из половых органов продолжают мажущиеся выделения коричневого цвета.

Итак, наблюдение за больной в течение 3 дней показывает, что по-прежнему остается подозрение на внематочную

беременность. Лабораторные данные и клиническое наблюдение позволяют отбросить вопрос об остром или обострившемся воспалении придатков матки. Однако хроническое воспаление правых придатков матки исключить нельзя.

Продолжим наблюдение за больной. Дифференциальный диагноз в этом случае облегчается благодаря наличию ряда признаков, характерных для беременности. Однако нередко задержка месячных отсутствует, другие признаки беременности еще не выявились и распознавание беременности бывает весьма затруднено. При наличии приступообразных болей с локализацией их справа внизу живота, появлении рвоты

Отличительные признаки между трубной беременностью и аппендицитом (по М. С. Майиновскому и А. Д. Алевскому, 1945, 1957)

Внематочная беременность	Аппендицит
<p>1. Признаки беременности налицо</p> <p>2. Кровянистые мажущиеся выделения, резкая боль схваткообразного характера, часто сопровождающаяся обморочным состоянием, тошнота и рвота слабо выражены или отсутствуют, температура нормальная или субфебрильная, редко выше 38°.</p>	<p>1. Признаков беременности нет.</p> <p>2. Кровянистые выделения отсутствуют. Боли не такие острые, тошнота и рвота более резко выражены, лихорадка.</p>
<p>3. Напряжение мышц передней стенки слабо выражено, часто совсем отсутствует. Френикус-симптом налицо или отсутствует.</p>	<p>3. Напряжение мышц брюшной стенки обязательно, особенно справа. Симптомы Блюмберга—Щеткина, Ровзинга налицо. Френикус-симптом, как правило, отсутствует.</p>
<p>4. Характерный <i>habitus</i> больной: резкая бледность лица, нередко обморочное состояние, синюшность губ и ногтей.</p>	<p>4. Больная находится скорее в состоянии возбуждения (покраснение лица).</p>
<p>5. Лейкоцитоза нет. Картина крови обычная для вторичной анемии.</p>	<p>5. Обычно всегда лейкоцитоз. Картина красной крови нормальная.</p>
<p>6. Матка часто увеличена. Задний свод опущен, выпячен, в нем часто определяется тестоватость или через боковой свод определяется опухоль, низко расположенная, малоподвижная, нередко болезненная.</p>	<p>6. Матка и придатки нормальные. Своды свободны. Инфильтрат располагается значительно выше, над пупартовой связкой, и обычно через влагалище трудно достигается и не ограничивает подвижности матки.</p>
<p>7. РОЭ как при маточной беременности.</p>	<p>7. РОЭ ускорена.</p>
<p>8. При пункции заднего свода получают жидкую кровь.</p>	<p>8. При пункции заднего свода крови не получают.</p>
<p>9. Отхождение <i>decidua</i>.</p>	<p>9. <i>Decidua</i> не отходит.</p>

и напряжения брюшной стенки при пальпации правой подвздошной области приходится дифференцировать внематочную беременность от аппендицита. С этой целью можно воспользоваться приведенной схемой.

Отличить внематочную беременность от аппендицита помогает и признак Промптова. При аппендиците исследование больной через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области дугласова кармана, в то время как смещение матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть шейки, почти безболезненно. При внематочной беременности во время инсульта или вскоре после него поднятие матки пальцем вызывает резкую боль, а чувствительность дна дугласова кармана незначительная. В неясных случаях проводят наблюдение за больной в условиях стационара.

Применение аутогемотерапии в период наблюдения за больной может иметь не только лечебное действие, если у больной окажется воспалительное заболевание придатков матки, но является в известной степени и дифференциально-диагностической пробой. При воспалительных заболеваниях вливание собственной крови больной в течение 5 дней приводит к остановке кровотечения, при внематочной же беременности кровянистые выделения продолжают (И. Л. Брауде, 1959).

Р. А. Бакшт (1925) считает, что при восходящем гонорейном процессе кровотечение также не уступает действию аутогемотерапии.

По нашим наблюдениям, в большинстве случаев при воспалительных заболеваниях применение аутогемотерапии в сочетании с внутривенными вливаниями 10 мл 10% раствора хлористого кальция приводит к прекращению кровотечения, а при внематочной беременности последнее продолжается. Мы охотно и широко пользуемся этим методом, который является и лечебным, и диагностическим.

21. III в 10 часов 30 минут женщина стала жаловаться на сильные боли внизу живота схваткообразного характера. Живот мягкий, безболезненный в нижних отделах и при попытках глубокой пальпации брюшная стенка напрягается. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. При двуручном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка слегка увеличена. Движения матки и шейки вызывают резкую болезненность. Придатки из-за напряжения брюшной стенки и болезненности не удается пальпировать, в правом и заднем своде определяется резистентность.

Больной в операционной произведена пункция заднего свода влагалища. Получено 3 мл темной крови с мелкими сгустками.

Итак, изменившаяся клиническая картина указывает на повторный инсульт, а полученный пунктат при пробной пункции заднего свода — на ста-



рое кровоизлияние в брюшную полость. Эти данные и вся клиническая картина позволяют поставить диагноз внематочной беременности в правой трубе, прерывающейся по типу трубного выкидыша. Ясно, что необходима срочная операция.

Хирургическое лечение внематочной беременности, по данным отечественных авторов, заканчивается выздоровлением в 98—99% случаев. Летальные исходы наблюдаются при несвоевременном оказании помощи и при осложнении внематочной беременности инфекцией или кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде.

Большой выпущена катетером моча, под кожу введен 1 мл 2% пантопона и она перевезена в операционную.

После обычной подготовки операционного поля под общим эфирным наркозом (150 г) произведена операция. Срединным разрезом длиной в 10 см от лона по направлению к пупку была вскрыта брюшная полость, в которой оказалось около 600 мл крови. Кровь была жидкая и в виде темных сгустков. Матка несколько увеличена. Левые придатки и правый яичник без изменений, в последнем имелось желтое тело. Правые придатки в спайках. Ампулярная часть правой трубы раздута, сине-багрового цвета и из отверстия трубы выступают сгустки крови и части оболочек плодного яйца, пропитанные кровоизлияниями. Придатки выделены из спаек. На трубу у угла матки и мезосальпикс наложены клеммы. Труба отсечена. Произведен гемостаз с помощью кетгутовых лигатур. Культы перитонизированы при помощи круглой и собственной связки яичника. Из брюшной полости удалены по возможности излившаяся кровь и особенно тщательно — сгустки. В брюшную полость влито 300 000 ЕД пенициллина, растворенного в 50 мл 0,25% новокаина и рана брюшной стенки зашита послойно наглухо.

Во время операции больной перелито 250 мл консервированной крови 0 (I) группы. Послеоперационный период протекал без осложнений, и 31. III больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** 25-летняя женщина поступила в клинику с сильными болями внизу живота и мажущимися кровянистыми выделениями, появившимися после задержки месячных. Подозрение на внематочную беременность, и за больной установлено наблюдение. Через три дня приступ болей повторился, появилась резистентность в сводах влагалища. Произведенная пробная пункция заднего свода влагалища подтвердила диагноз внематочной беременности, прерывающейся по типу трубного выкидыша. Чревосечение. Удаление правой беременной трубы.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

### **ЗАМАТОЧНАЯ КРОВЯНАЯ ОПУХОЛЬ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Больная К.,** 28 лет, поступила в гинекологическое отделение клиники 28. II 1956 г. с направлением из районной больницы.

Из анамнеза узнаем, что у пациентки месячные с 13 лет, через 4 недели, по 3—5 дней, без болей. Последние нормальные месячные были 19. XI 1955 г. Замужем 8 лет, беременностей не было. Обращалась к вра-

чу-гинекологу по поводу бесплодия, но никаких изменений со стороны половых органов не было обнаружено. Сперма мужа при обследовании также оказалась нормальной.

22. XII 1955 г. После задержки менструации на 6-й день появились боли внизу живота, а в последующие дни — мажущиеся кровянистые выделения темного цвета из половых органов, по поводу чего обращалась к врачу местной больницы.

Вначале больная лечилась амбулаторно, а затем с 17 по 27. II 1956 г. находилась в стационаре с диагнозом воспалительная опухоль левых придатков матки. Отмечалась общая слабость, временами головокружение. Температура была субфебрильная, боли приступообразного характера прекратились. Общее состояние улучшилось, головокружения перестали повторяться.

Несмотря на применение пенициллина, сульфаниламидных препаратов и др. средств, применяемых при лечении воспаления, опухоль не уменьшалась в размерах, темно-красные выделения из матки продолжались.

При поступлении в клинику больная жалуется на кровянистые выделения из половых органов, чувство тяжести внизу живота и ощущение давления на низ.

Больная среднего роста, правильного телосложения и удовлетворительного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Заметно небольшое желтушное окрашивание склер. Пульс 84 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Температура 37,8°. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких везикулярное дыхание.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется опухоль, выступающая куполообразно из малого таза. Наружные половые органы развиты правильно, волосистость на лобке — по женскому типу.

Из половых путей небольшие кровянистые выделения, темного дегтеобразного цвета. Влагалище узкое, как у нерожавшей женщины. Шейка матки конической формы, наружный зев закрыт. Матка смещена вправо вверх и вперед, плотная, слегка увеличена. Отдельно контурировать ее не удается, так как слева и сзади к матке интимно прилежит опухоль, имеющая величину с мужской кулак. Опухоль выпячивает задний и левый своды влагалища, имеет мягковато-эластическую консистенцию, неподвижная, безболезненная, контуры ее неясны. Стенка влагалища над опухолью подвижная.

### *Какое заболевание может быть у нашей пациентки?*

1. Воспалительная опухоль левых придатков матки.
2. Прервавшаяся внематочная беременность с образованием заматочной кровяной опухоли.

Начало заболевания после задержки месячных, возникновение значительных размеров опухоли без выраженных признаков воспаления, явления малокровия дают основание предполагать прервавшуюся внематочную беременность, в результате чего образовалась заматочная кровяная опухоль (haematocoele tetrauterina).

Если внематочная беременность прерывается по типу трубного выкидыша, то кровотечение из трубы чаще всего бывает умеренное, а иногда и незначительное. Лишь изредка при

трубном аборте наблюдается сильное кровотечение, кровь из просвета трубы поступает в брюшную полость непрерывной струей, больная быстро впадает в тяжелое состояние, клиническая картина как при разрыве трубы. У части больных при наличии типичного трубного выкидыша может произойти последующий разрыв трубы, разрушенной сохранившимися ворсинками хориона.

Если при трубном выкидыше кровотечение бывает значительным, то кровь, вытекающая из просвета трубы, свертывается и скапливается около трубы, не стекая в дугласов карман. К возникшему кровоизлиянию припаиваются близлежащие брюшные органы и вокруг него образуется фибринозная капсула. В результате рядом с маткой и чаще сбоку от нее появляется продолговатая опухоль, состоящая из растянутой, пропитанной кровью трубы и окружающих ее кровяных сгустков с фибринозными наслоениями. Подобное образование принято называть перитубарной гематомой (haematoma peritubaria).

В последующем, когда внематочная беременность уже прервалась и плодное яйцо полностью погибло, происходит рассасывание продуктов бывшей внематочной беременности и излившейся крови. Рассасывание это происходит очень медленно и в трубе, при последующих операциях, применяемых по различным поводам, находят остаточные явления бывшей внематочной беременности. В некоторых случаях кровоизлияние происходит только в просвет трубы, расширяя ее до размеров 8×4 см или меньше. Подобное явление происходит при частичном заращении отверстия трубы или при закрытии его сгустками крови, которая не может вытекать в брюшную полость и, скапливаясь в ней, образует кровяную опухоль трубы (haematosalpinx). Такие случаи внематочной беременности не вызывают грозных явлений, проходят с неясной клинической картиной и остаются нераспознанными, заканчиваясь выздоровлением без операции.

При значительных повторных кровотечениях во время трубного выкидыша кровь в силу тяжести стекает в дугласов карман, вытесняя из него кишечные петли. Кровь, вначале жидкая, сгущается и образует сгустки. Раздражение брюшины излившейся кровью вызывает появление фибринозного выпота, кишечные петли и сальник слипаются между собой вокруг образовавшейся кровяной опухоли. Последняя смещает матку кпереди, вверх и нередко еще в ту или иную сторону, прижимая ее к симфизу. Опухоль отдавливает задний свод влагалища книзу, выпячивая его в той или иной степени в просвет влагалища. Сверху над опухолью образуется фибри-

нозная пленка в виде довольно толстой капсулы. Замоточная кровяная опухоль обычно интимно спаяна с маткой, кишечными петлями и сальником и может достигать больших размеров, поднимаясь своей верхней границей до уровня пупка.

В гематоме, кроме сгустков крови, находится и плодное яйцо, которое чаще всего настолько разрушено, что его трудно бывает обнаружить. В состав кровяной опухоли входит и измененная расщипленная труба, из которой произошло изгнание плодного яйца.

Замоточную кровяную опухоль при внематочной беременности приходится дифференцировать с воспалительной опухолью придатков матки и тазовым перитонитом с образованием выпота в дугласовом пространстве.

Наличие выраженных явлений воспаления (высокая температура, болезненность при исследовании, резкое ускорение РОЭ, лейкоцитоз и др.), отсутствие признаков беременности и выраженного малокровия характерны для воспалительного процесса. Указание в анамнезе на воспаление придатков матки с обострениями или возникновение заболевания вскоре после аборта также говорит больше о воспалительном процессе. При распространении воспалительных явлений на параметральную клетчатку слизистая влагалища становится неподвижной над инфильтратом, который нередко доходит до стенок таза. Болезненная опухоль неравномерной консистенции обычно воспалительного происхождения.

Замоточная кровяная опухоль бывает мягко-эластической консистенции, безболезненная при пальпации и сопровождается явлениями анемии, длительными мажущимися дегтеобразными выделениями крови из матки, а в анамнезе имеются указания на начало заболевания после задержки месячных. Пробная пункция заднего свода влагалища позволяет окончательно подтвердить диагноз.

Если наступает нагноение заматочной кровяной опухоли, общее состояние ухудшается, температура становится высокой с большими ремиссиями по утрам, пульс частый; в этих случаях без пробной пункции нельзя решить вопрос дифференциального диагноза между пельвеоперитонитом и заматочной кровяной опухолью.

В некоторых случаях трубного выкидыша, когда кровяная опухоль располагается только в дугласовом кармане, ее можно принять за маточный выкидыш при ретрофлексированной беременной матке. При внематочной беременности с образованием haematocoele retrouterina определяется значительная болезненность при исследовании через задний свод. Над ло-

ном определяется тело матки, а при ректальном исследовании место отхождения крестцово-маточных связок от матки лежит низко. Мочеиспускание обычно не нарушается. Боли и кровянистые выделения появляются в первые недели трубной беременности, как только начинается ее нарушение.

При начавшемся маточном выкидыше тело беременной матки, расположенное при ретрофлексии в дугласовом кармане, безболезненно при исследовании со стороны заднего свода влагалища. Над шейкой, там где в норме должно быть тело матки, последнее не определяется. Место отхождения крестцово-маточных связок от матки, определяемое через прямую кишку, лежит выше. На 3-м месяце беременности наблюдаются дизурические явления, выражающиеся, главным образом, в затрудненном мочеиспускании. В это же время появляются кровянистые выделения. Боли отсутствуют или бывают незначительными. При маточной беременности контуры ретрофлексированной матки определяются ясно, а при заматочной опухоли границы ее нечеткие.

Предполагая у нашей больной заматочную кровяную опухоль, возникшую в результате трубного выкидыша, для уточнения диагноза необходимо произвести прежде всего исследование крови и затем сделать пункцию опухоли через задний свод влагалища. Пока поместим больную в палату, назначим ей покой и будем наблюдать.

1. III. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,8—37,3°. Пульс 74 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Кровянистые выделения из матки продолжают. Анализ крови: эритроцитов 3 000 000, гемоглобина 50%, лейкоцитов 8 000; лейкоцитарная формула: нейтрофилов 78%, лимфоцитов 17%, моноцитов 3%, эозинофилов 2%. РОЭ по Панченкову 22 мм/час. При исследовании мочи патологических изменений не обнаружено.

Анализ крови показывает явления малокровия и умеренное ускорение РОЭ, что лишний раз подтверждает наше предположение о заматочной кровяной опухоли. С целью окончательного решения вопроса о диагнозе произведем пробный прокол через задний свод влагалища.

Пока подготавливают инструменты и больную, остановимся на диагностическом значении пробной пункции заднего свода влагалища при внематочной беременности.

При сильном внезапном кровотечении в брюшную полость с выраженными явлениями острого малокровия, шока или коллапса нет никакой надобности в пробной пункции через задний свод влагалища. Состояние больной требует немедленного оказания оперативной помощи, и всякая задержка с операцией может лишь увеличить опасность для здоровья и жизни женщины. Кроме того, состояние больной в результате внутреннего кровотечения таково, что и отрицательный ре-

зультат пробной пункции не позволяет отказываться от операции. Следует также учитывать, что при остром кровоизлиянии и горизонтальном положении больной кровь скапливается в боковых отделах брюшной полости и пробный прокол может не дать положительного результата. При наличии небольшой перитубарной гематомы или образовании кровяной опухоли впереди матки (haematocoele anteuterina) в дугласовом пространстве скопления крови нет и пункцию заднего свода применять не следует.

Иное положение создается при хроническом прерывании внематочной беременности, протекающей со значительным кровотечением. Кровь, изливающаяся из трубы при повторных инсультах, стекает в дугласов карман и, скапливаясь там, вызывает выпячивание или уплощение заднего свода. В таких случаях ценным диагностическим методом является пробная пункция через задний свод влагалища.

Большую подготавливают как к любой влагалищной операции, с соблюдением правил асептики и антисептики. Мочевой пузырь опорожняют с помощью катетера. Влагалище и шейку матки протирают марлевым или ватным тупфером, смоченным спиртом, и затем смазывают 5% настойкой йода. Заднюю губу шейки захватывают двумя пулевыми щипцами. Зеркало-подъемник, которым приподнимали переднюю стенку влагалища, удаляют; вторым ложкообразным зеркалом оттягивают вниз заднюю стенку влагалища и, удерживая левой рукой пулевые щипцы, наложенные на шейку матки, последнюю низводят несколько на себя и впереди. При этом хорошо обнажается задний свод влагалища.

Прокол производят толстой иглой, имеющей длину не менее 10—12 см и насаженной на 10—20-граммовый шприц. Перед проколом необходимо проверить проходимость иглы и вдвинуть полностью поршень шприца. Иглу вкалывают в задний свод по средней линии (рис. 46), отступя на 1—1,5 см от шейки матки. Чтобы не проколоть прямую кишку, иглу следует направлять несколько впереди. При скоплении крови в дугласовом пространстве опасность повреждения прямой кишки при пункции через задний свод исключают. При отсутствии крови в дугласовом кармане и особенно при его заражении в результате воспалительного процесса иглой можно проколоть и стенку прямой кишки.

Иглу продвигают в глубину обычно на 3—4 см, пока не появляется ощущение, что она попала как бы в пустоту. После этого правой рукой поршень шприца начинают медленно оттягивать назад, а левой рукой удерживают иглу на месте насадки ее на шприц. Если при этом жидкость в шприце не

появляется, то начинают медленно извлекать иглу и при этом все время продолжают вытягивать поршень. При появлении в шприце жидкости извлечение иглы приостанавливают и продолжают отсасывать содержимое пунктированной полости. Если пункция не дала результатов, то ее можно повторить, проводя иглу несколько глубже или слегка изменяя ее направление в сторону расположения обнаруженной при исследовании опухоли.

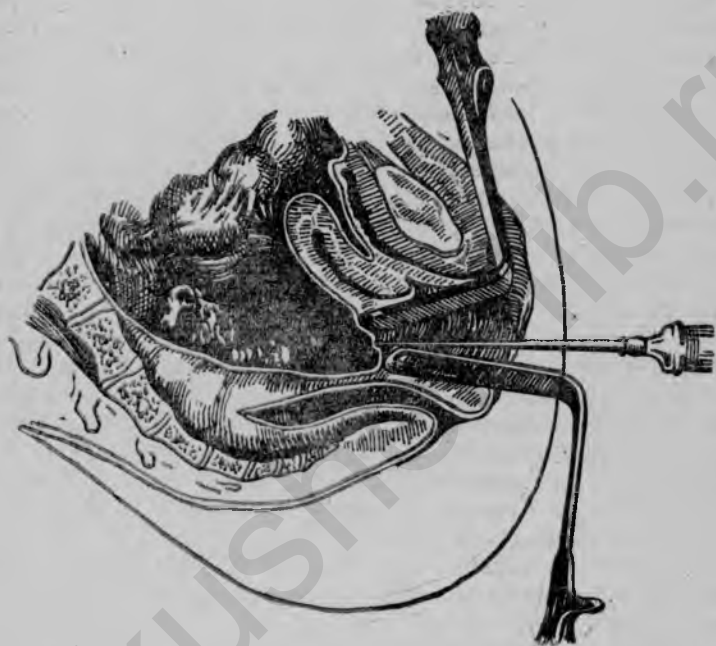


Рис. 46. Заматочная кровяная опухоль при внематочной беременности. Диагностическая пункция через задний свод влагалища.

Пункцию боковых сводов влагалища, из-за опасения поранить кровеносные сосуды или мочеточник, не применяют. В некоторых случаях при старой внематочной беременности и явном наличии заматочной опухоли пункция не дает результата, так как игла встречает только сгустки крови, закупоривающие просвет иглы. При создавшемся положении введение через иглу 3—5 мл стерильного физиологического раствора и повторное отсасывание жидкости нередко приводят к положительным результатам и в пункте обнаруживается

не только раствор, окрашенный кровью, но и мелкие темные кровяные сгусточки.

Прокол через переднюю брюшную стенку при скоплении крови впереди матки и непосредственно позади брюшной стенки лишь в отдельных случаях может быть использован опытным клиницистами как диагностический метод. Мочу перед пункцией выпускают катетером. Место для прокола избирают над лоном в области приглушения перкуторного звука при опорожненном мочевом пузыре. Пунктировать следует лишь неподвижные опухоли и перед этим необходимо произвести тщательное исследование через влагалище. И. Л. Брауде (1959) рекомендует применять пробный прокол через переднюю брюшную стенку в соответствующих случаях, а И. И. Яковлев (1966) считает его применение недопустимым.

Характерным для внутрибрюшного кровоизлияния, наиболее часто возникающего при нарушении внематочной беременности, будет появление в шприце темной крови с мелкими сгусточками, имеющими вид темных крупинок. Старая кровь имеет темный или кофейный цвет. Полученную кровь нужно вылить на белую тарелку и тогда ее темный, нередко дегтеобразный цвет и крошковатые включения особенно хорошо заметны.

Жидкая темная кровь может быть получена из вены. Нам пришлось наблюдать, как у 2 больных при пункции заднего свода влагалища было получено по 10 мл темной жидкой крови, а кровоизлияния в брюшной полости не оказалось. Поэтому значение имеет не количество крови, а ее измененное состояние и наличие в полученной крови крошковатых включений (сгусточков). При микроскопическом исследовании жидкости, полученной при пункции, на старое кровоизлияние указывают отсутствие монетных столбиков и наличие измененных эритроцитов.

Полученная кровянистая жидкость без темных сгустков крови не характерна для прервавшейся внематочной беременности.

Пункция заднего свода влагалища при соблюдении соответствующих условий является ценным диагностическим методом и не представляет опасности для больной. При пункции заднего свода влагалища имеется некоторая опасность занесения инфекции из влагалища в кровяную опухоль, но она устраняется в результате применения немедленного чрезвращения после установления диагноза внематочной беременности.

Больная подготовлена для пункции через задний свод влагалища. Врач левой рукой удерживает пулевые щипцы, наложенные на заднюю губу



шейки матки, а сестра оттягивает книзу ложкообразным зеркалом заднюю стенку влагалища. Задний свод хорошо обнажен и ясно выступает его выпячивание в просвет влагалища. Захватив правой рукой 10-граммовый шприц с насаженной на него длинной иглой, врач осторожно, но быстрым движением вкалывает иглу в стенку заднего свода по средней его линии и несколько отступая от шейки матки. При продвижении иглы в глубину острие ее направляется несколько впереди. Продвинув иглу на 2—3 см, врач ощущает, что она как бы провалилась в пустоту. Пулевые щипцы врач передает сестре, которая удерживает их в первоначальном положении, а сам левой рукой, удерживая иглу на месте насадки на шприц, правой осторожно оттягивает поршень. Шприц наполняется темной кровью. Полученный пунктат выливают на тарелку, и на ее белой поверхности видна темная дегтеобразная кровь с многочисленными крошковатыми включениями.

С шейки матки сняты пулевые щипцы, влагалище протерто ватным шариком. Место укола в области заднего свода и шейка матки смазаны настойкой йода. Зеркало извлечено из влагалища. Больная переведена в горизонтальное положение и снята со стола. Дано указание подготовиться для чревосечения.

Операция при прервавшейся внематочной беременности с наличием заматочной кровяной опухоли сложная и проведение ее доступно хирургу, хорошо владеющему оперативной техникой. Поэтому при установлении диагноза заматочной кровяной опухоли в условиях участковой или районной больницы, где может не оказаться достаточно опытного хирурга, больную следует направить в акушерско-гинекологическое учреждение, располагающее более квалифицированными кадрами.

Транспортировка обычно не представляет опасности для больной, так как внематочная беременность давно уже прервалась. При наличии в больнице соответствующих условий и квалифицированного хирурга-гинеколога больную должны оперировать там, где и поставлен первоначальный диагноз.

С целью обезболивания чаще всего применяют общий эфирный или эфирно-кислородный наркоз. При старой внематочной беременности можно применять местное обезболивание, комбинируя его при надобности с эфирным наркозом.

Чревосечение лучше производить с помощью продольного срединного разреза брюшной стенки, идущего от лона до пупка. Такой разрез обеспечивает хороший доступ в брюшную полость и свободу манипуляций при оперативном вмешательстве. Нередко заматочная кровяная опухоль, выступая над лоном, приводит к смещению вверх мочевого пузыря, окружена многочисленными спайками и сращениями с брюшными органами. При таких условиях чревосечение с помощью надлобкового поперечного разреза является технически трудно выполнимым и создает ограниченный доступ в брюшную полость, усложняя оперативное вмешательство.

Перед вскрытием брюшины больной придают положение с приподнятым тазом. Вскрывать брюшину следует осторожно и в верхнем углу раны, расширяя в дальнейшем разрез под контролем зрения, потому что могут быть сращения органов брюшной полости с париетальной брюшиной и их легко можно поранить.

После вскрытия брюшной полости становится видна заматочная кровяная опухоль, сращенная с маткой, кишечными



Рис. 47. Общий вид заматочной кровяной опухоли при чревосечении:

1 — кишечные петли; 2 — бахромки трубы; 3, 5 — левая маточная труба; 4 — часть маточной трубы, переходящая в haematocoele; 6 — дно матки; 7 — правая маточная труба; 8 — заматочная кровяная опухоль; 9 — слепая кишка; 10 — червеобразный отросток.

петлями и сальником (рис. 47). Вначале следует ориентироваться в расположении органов, взяв за исходный пункт матку и захватив ее у ребер клеммами за круглые связки. Некоторые берут матку в области дна пулевými щипцами или накладывают временную шелковую лигатуру. Если матка не видна, приступают к выделению опухоли из сращений. Перед этим тщательно отгораживают марлевыми салфетками операционное поле от верхних отделов брюшной полости.

Плотные сращения кишечных петель и сальника с опухолью рассекают осторожно куперовскими ножницами, рыхлые спайки разделяют с помощью тупфера или пальцев. При интимном сращении с кишечником выгоднее оставить частицы капсулы опухоли на стенке кишки, чем повредить послед-

ною: Сальник (при затруднениях во время его выделения) может быть частично резецирован. Во многих случаях удается вначале высвободить матку из сращений, что облегчает последующее постепенное выделение и всей опухоли. Не всегда удается выделить всю опухоль целиком, часто капсула разрывается и из полости опухоли начинают выделяться старые сгустки крови. При этом следует опорожнить опухоль от сгустков крови и затем выделить по возможности оставшуюся капсулу, достигающую нередко значительной толщины. Если капсулу кровяной опухоли из-за обширных и плотных сращений выделить невозможно, то производят опорожнение опухоли от сгустков крови, извлекают из мешка придатки и удаляют их или одну трубу, если яичник можно сохранить. После этого удаляют по частям и капсулу, если это возможно.

При удалении опухоли, включающей в себя не только трубу и сгустки крови, но и яичник, последний необходимо попытаться выделить из опухоли и сохранить его полностью или частично. При больших патологических изменениях яичника его приходится удалять вместе с опухолью.

При удалении заматочной опухоли отсекается и пораженная труба. После этого производят гемостаз в области мезосальпинкса и культи трубы у угла матки, а при удалении опухоли вместе с яичником лигируют и воронко-тазовую связку.

Паренхиматозное кровотечение в области сращений останавливают временным прижатием тампона, смоченного эфиром, сильно кровоточащие участки осторожно обкалывают кетгутowymi швами. При невозможности остановить паренхиматозное кровотечение дренируют марлевой полоской полость малого таза через кольпотомное отверстие, сделанное со стороны заднего влагалищного свода. Может быть применен и дренаж через брюшную рану. Перитонизацию производят с помощью круглой и широкой связок, а при обширных раневых поверхностях можно с успехом воспользоваться куском предварительно резецированного сальника. Последний подшивают отдельными тонкими кетгутowymi швами с таким расчетом, чтобы прикрыть участки, не заперитонизированные с помощью вышеуказанных связок.

При перитубарных гематомах, окруженных рыхлыми сращениями, опухоль легко удается выделить целиком вместе с фибринозной капсулой, образовавшейся вокруг кровоизлияния. Матку выводят в операционную рану вместе с опухолью (трубой), и последнюю после наложения зажимов на трубу у угла матки и мезосальпинкс удаляют. В брюшную полость вливают 500-000 ЕД пенициллина, растворенного в 50 мл

0;25% новокаина, и брюшную рану обычно зашивают наглухо.

При инфицированной и нагноившейся заматочной кровяной опухоли, обычно отграниченной от брюшной полости плотной капсулой, чревосечение противопоказано из-за опасности разлитого перитонита. Опорожнение опухоли производят с помощью задней кольпотомии. Больная готовится для влагалищной операции. Целесообразно дать кратковременный рауш-наркоз (хлорэтил, эфир). Шейку матки обнажают с помощью зеркал, захватывают пулевými щипцами за заднюю губу и оттягивают осторожно вверх. Скальпелем производят поперечный разрез заднего влагалищного свода длиной в 3—4 см, отступя от шейки на 1—2 см. Можно предварительно произвести пункцию опухоли и, получив гной, удалить шприц, оставив иглу на месте; после этого производят разрез по верхнему краю иглы. Брюшину дугласова кармана вскрывают концом корнцанга, направляя его кпереди, или ножницами. Отверстие расширяют с помощью корнцанга, выводя его из раны с широко раскрытыми браншами. Как только вскрыется брюшина, сейчас же начинает вытекать, нередко в виде струи, кровянисто-гнойная жидкость или гной. При наличии кровяных сгустков их следует осторожно, чтобы не повредить капсулы, удалить марлевым тупфером, зажатым в корнцанг. После опорожнения опухоли через кольпотомное отверстие вводят толстую дренажную трубку, которую через два-три дня заменяют новой. Дренаж не следует удалять до тех пор, пока имеются значительные выделения, так как после удаления трубки кольпотомное отверстие быстро зарастает и это приводит к скоплению инфицированного содержимого в полости опухоли с вытекающими отсюда осложнениями. Чаще всего дренажную трубку удаляют через 6—8 дней.

1. III в 11 часов начата операция под ингаляционным эфирным наркозом (100 г.).

Брюшная полость вскрыта срединным разрезом от лона до пупка. При осмотре оказалось: матка слегка увеличена и смещена вверх, кпереди и вправо. Сзади и слева от матки расположена опухоль, занимающая почти весь малый таз и сращенная с кишечными петлями, сальником и задней стенкой матки. Правые придатки без изменений, окружены рыхлыми спайками. Левые придатки, входя в состав опухоли, не определяются. Ножницами и тупфером выделена опухоль вместе с левыми придатками из сращений. На трубу и собственную связку яичника у угла матки наложены клеммы. Жажимы наложены также и на воронко-тазовую связку.

Опухоль удалена вместе с левыми придатками. Произведены гемостаз и перитонизация с помощью круглой и широкой связок. Ложе опухоли и травмированная при отделении сращений задняя поверхность матки перитонизированы с помощью резецированного куска сальника. В брюшную полость влило 500 000 ЕД пенициллина и рана брюшной стенки зашита послойно наглухо.

Удаленная кровяная опухоль представляла собой толстую капсулу, толщина которой местами достигала 0,5 см, полость была наполнена темными кровяными сгустками. Труба и яичник резко изменены, увеличены и пропитаны кровоизлияниями, плотно сращены с капсулой опухоли.

В послеоперационном периоде применяли пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 6 часов. Температура в течение 3 дней по вечерам повышалась до 37,6—38°, а потом оставалась нормальной. Заживление раны брюшной стенки произошло первичным натяжением, и на 12-й день после операции больная была выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Внематочная беременность часто развивается на фоне бывшего воспалительного процесса. Кроме того, прерывание внематочной беременности, особенно по типу трубного выкидыша, а также оперативное вмешательство могут сопровождаться спаечным процессом или обостряют бывшее воспаление. В большинстве случаев через 10—15 дней после операции больные выписываются из стационара и при удовлетворительном состоянии их дальнейшее лечение не проводится.

С позиций профилактики повторных внематочных беременностей и сохранения здоровья женщины, перенесшей операцию, целесообразно проведение курса физиотерапевтического лечения (ионофорез с хлористым кальцием, индуктотермия, озокератотерапия и др.) для ликвидации остаточных явлений. Лечение может быть начато, в зависимости от состояния больной, на 10—15-й день после операции. Наш клинический опыт показывает целесообразность подобной терапии.

**Краткий эпикриз.** Молодая женщина, страдавшая первичным бесплодием, поступает в клинику по поводу опухоли в малом тазу. Возникновению опухоли предшествовала задержка месячных, приступы болей и длительные мажущиеся кровянистые выделения. Заболевание продолжалось свыше двух месяцев, температура была субфебрильной и имелись признаки малокровия. При подозрении на прервавшуюся внематочную беременность и заматочную кровяную опухоль произведена пункция через задний свод влагалища. В пунктате — темная кровь со сгустками. Чревосечение, удаление опухоли вместе с левыми придатками. Послеоперационный период протекал без осложнений.

## ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

**Беременная М.,** 24 лет, поступила в гинекологическое отделение клиники. 27. X. 1953 г.

Из анамнеза узнаем, что в детстве перенесла корь и в 1952 г. холецистит, других заболеваний не было.

Месячные с 14 лет, через 21 день, по 3—4 дня, безболезненные. Последние месячные были 28. VII 1953 г. Замужем второй год. В данное время считает себя беременной, до этого беременностей не было.

7. X появились кровянистые выделения из влагалища и боли внизу живота, по поводу чего поступила в гинекологическое отделение городской

больницы и находилась там до 18. X с диагнозом угрожающий выкидыш. Выписана домой в удовлетворительном состоянии после того, как прекратились кровавые выделения.

22. X снова начались боли и кровавые выделения из половых органов.

При поступлении в клинику 27. X больная жаловалась на боли внизу живота и мажущиеся кровавые выделения. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Язык чистый, влажный. Температура 36,6°. Пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище узкое. Шейка матки конической формы, наружный зев округлой формы. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшна. Из матки мажущиеся кровавые выделения темного цвета. Матка в anteversio-flexio, подвижная. Тело матки мягковатой консистенции, увеличено соответственно 7—8-недельной беременности. Признака Горвица—Гегара нет. Тело матки отклонено влево, справа от матки определяется мягко-эластическая опухоль, достигающая величины мужского кулака. Опухоль интимно прилегает к матке в области правого угла. Пальпация опухоли слегка болезненна. На стороне опухоли ясно определяется нормальной величины яичник.

Клиническая картина у больной дает основания предположить о редко встречающейся интерстициальной трубной беременности. Точно распознать эту разновидность внематочной беременности до операции обычно не удается.

В. С. Груздев (1932) в отечественной литературе до 1914 г. нашел 13 опубликованных случаев интерстициальной внематочной беременности. По данным Г. Е. Гофмана (1940), из 1039 больных с внематочной беременностью интерстициальная беременность встретила только у 4.

За 26 лет работы мне пришлось видеть 12 случаев интерстициальной внематочной беременности, из которых только у 2 больных она была ненарушенной, остальные же поступали в клинику с явлениями острого кровоизлияния в брюшную полость и перитонеального шока.

Труба в интерстициальной ее части окружена тканями маточной стенки, которые принимают участие в образовании плодовместилища. В результате этого последнее является более мощным, чем при развитии беременности в истмической и ампулярной частях трубы. Интерстициальная беременность чаще всего нарушается на 3—5-м месяце и обычно при этом происходит наружный разрыв плодовместилища, сопровождающийся явлениями острого малокровия и перитонеального шока. Сильное, а иногда и смертельное кровотечение Д. А. Абуладзе (1927) объясняет не только величиной разрыва, но и нарушением сократительной функции маточной стенки вследствие врастания в ее толщу ворсин хориона. На величину

разрыва при прерывании интерстициальной беременности обращает внимание и Tait.

Реже встречаются случаи этой разновидности внематочной беременности с наличием небольшой величины разрыва или незначительным кровотечением. Как исключение при интерстициальной беременности встречается внутренний разрыв плодместилища с отхождением плодного яйца в полость матки.

Диагностическими признаками интерстициальной беременности, устанавливаемыми обычно при операции или во время осмотра препарата, являются: косое расположение дна матки вследствие более сильного развития той его части, которая находится на стороне беременной трубы; круглая маточная связка и труба отходят от наиболее выдающейся части вздутя угла матки и расположены на пораженной стороне выше, чем на стороне, где развивается междуточной беременность (признак Ruge—Simon); плодместилище имеет широкое основание, являясь как бы продолжением угла матки.

В пользу диагноза интерстициальной беременности говорят полная подвижность матки, безболезненность сводов влагалища и отсутствие в них какой-либо опухоли.

При беременности в зачаточном роге матки плодместилище не является продолжением матки, как это бывает при интерстициальной беременности, а определяется в виде отдельного образования и связано с нормальным рогом матки (рис. 48), ясно выраженной ножкой на уровне внутреннего зева.



Рис. 48. Топографические соотношения при интерстициальной вне-маточной беременности (а) и при беременности в зачаточном роге матки (б).

Труба при беременности в рудиментарном роге матки на всем протяжении оказывается нормальной, место отхождения придатков и круглой связки расположено у основания плодместилища, т. е. гораздо ниже, чем при интерстициальной беременности.

При исследовании женщины с беременностью в зачаточном роге матки определяется рядом с беременным рогом другой, небеременный, который расположен наискось, отклоняется постепенно в сторону, бывает меньшей величины и более плотной консистенции. Между обоими рогами определяется перемычка, расположенная в области перешейка. Прогрессирующая беременность в зачаточном роге редко диагностируется и правильные диагнозы до операции по данным Юсти были поставлены лишь в 15% всех случаев, в остальных же предполагалась трубная, преимущественно интерстициальная беременность, беременность и фибромиома или киста яичника.

Обнаружив во время операции перфорационное отверстие на стенке матки у одного из ее углов, можно спутать его с прободным отверстием при искусственном аборте. Однако анамнез, односторонняя деформация матки с выпячиванием одного из углов и неизменные ворсины, выступающие из перфорационного отверстия, помогают установлению истинного положения дела. При неясности происхождения перфорационного отверстия можно применить зондирование, которое покажет, имеется ли отверстие, ведущее в полость матки или в плодместилище при эктопической беременности.

Обычно до операции интерстициальная беременность не диагностируется. В отдельных случаях при установлении диагноза внематочной беременности может быть высказано предположение о развитии последней в интерстициальной части трубы (рис. 49).

Беременность в зачаточном роге матки часто достигает поздних сроков, а нередко и донашивается до конца. Одна-



Рис. 49. Разрыв плодместилища при интерстициальной беременности.



ко опасность разрыва неполноценного плодместилища настолько велика из-за возникающего при этом сильного кровотечения, что при установлении диагноза показано хирургическое лечение с удалением беременного зачаточного рога и прилегающей к нему трубы.

У нашей больной имеется ряд клинических данных, позволяющих поставить диагноз внематочной беременности, развивающейся, по-видимому, в интерстициальной части трубы. Больной каждую минуту грозит опасность разрыва плодместилища и ее необходимо срочно оперировать. Пока готовятся к операции, разберем вопрос об этиологии внематочной беременности.

В нормальных физиологических условиях оплодотворенное яйцо беспрепятственно продвигается по трубе в полость матки. Этому помимо нормального анатомического строения трубы способствуют ее перистальтические сокращения.

При патологических условиях продвижение яйца замедляется или приостанавливается совершенно и, достигнув определенной стадии развития, оплодотворенное яйцо прививается там, где оно в это время находится, т. е. чаще всего в трубе. Причиной оседания яйца вне матки может быть и повышение трофобластической его способности.

Анатомо-физиологические изменения, приводящие к задержке яйца в трубе, могут быть различного характера. Длинные, извилистые трубы с узким просветом и слабыми их сокращениями при инфантилизме, а также добавочные трубы или слепые ходы по их протяжению вследствие аномалий эмбрионального развития являются одной из причин внематочной беременности. Наиболее часто возникает эктопическая беременность в результате воспалительных изменений в трубе, вызывающих сужение просвета, перегибы, склеивание дупликатур слизистой оболочки трубы.

В большинстве случаев изменения в трубах, ведущие к возникновению внематочной беременности, являются результатом перенесенных легких (катаральных) воспалительных процессов различной этиологии. Подобные воспаления связаны с перенесенными в детстве инфекционными заболеваниями или, что бывает чаще, с послеродовыми и послеабортными септическими процессами. Гонорейные заболевания значительно реже приводят к внематочной беременности, так как при гонорейном воспалении труб часто происходит заращение брюшного отверстия последних, ведущее к бесплодию.

Существенное значение в этиологии внематочной беременности имеет и нарушение иннервации трубы при ее воспалении и нарушении функции труб, выражающееся в слабых со-

крашениях их или антиперистальтических движениях (А. И. Осякина-Рождественская, 1947). Спастические сокращения труб в связи с нарушениями нервно-психического состояния женщины, особенно в первые дни после зачатия, могут задерживать продвижение к матке оплодотворенного яйца.

Причиной внематочной беременности могут оказаться эндосальпингиты и стойкие рубцово-спаечные процессы.

Наружное странствование оплодотворенного яйца по заматочному пространству сопряжено с попаданием его в трубу противоположной стороны. В результате этого наступает развитие трофобластических свойств во время продвижения по трубе и имплантация яйца в последней.

Опухоли половых органов, ведущие к нарушению анатомических связей между ними и вызывающие затруднения в передвижении плодного яйца, могут также быть причиной развития внематочной беременности.

Обычно наблюдается беременность в одной трубе и редко встречается одновременно в обеих трубах.

Двустороннюю трубную беременность описывают Г. А. Колпаков и А. С. Бирман (1956), Döhman (1956), и многие другие.

Опубликовано немало сообщений о многоплодной беременности как при развитии ее в трубе (В. С. Груздев, 1932; М. Л. Выдрин, 1936; Fill и Ross и др.), так и в брюшной полости (Б. К. Квашенко, 1953 и др.).

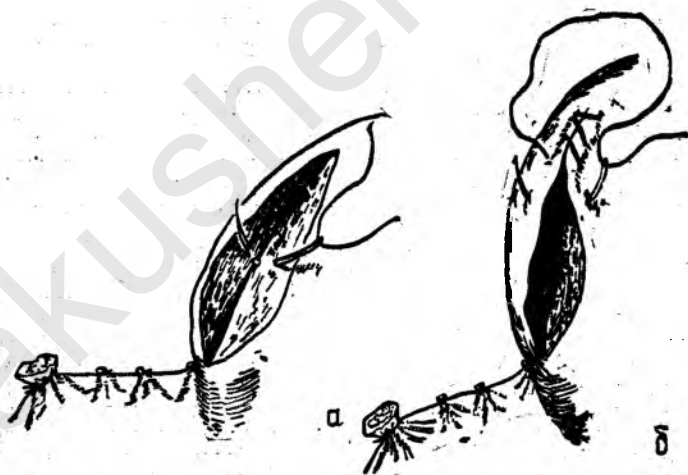


Рис. 50. Операция при интерстициальной беременности. После клиновидного иссечения плодместилища из угла матки с одновременным удалением трубы на разрез маточной стенки накладываются в 2 этапа кетгутовые швы (а и б).

Повторная внематочная беременность во второй трубе наблюдается в 4—6% случаев (Г. Е. Гофман, 1940; А. Д. Аловский, 1945; И. И. Яковлев, 1953, и др.). А. Д. Аловский сообщает о трёхкратной внематочной беременности, развившейся в культе трубы.

Интерстициальная трубная беременность после распознавания должна быть оперирована. Операция состоит в клиновидном иссечении плодместилища из угла матки с одновременным удалением трубы. При этом иногда вскрывают и маточную полость. Стенку матки ушивают в два этажа кетгутowymi швами, перитонизируют с помощью круглой связки (рис. 50). В порядке исключения, особенно при повторной внематочной беременности и удовлетворительном состоянии больной, может быть применена имплантация трубы в матку. При этом предварительно иссекают плодместилище и имплантируют оставшийся неизменным отрезок трубы.

При тяжелом состоянии больной и обширных разрывах плодместилища иногда приходится применять надвлагалищную ампутацию или дефундацию матки с удалением пораженной трубы. Учитывая большую кровопотерю и явления перитонеального шока при разрыве плодместилища, необходимо начинать переливание крови и противошоковых жидкостей перед операцией капельным методом. После остановки кровотечения переходят на струйный метод трансфузии.

27. X в 15 часов 30 минут начата операция. Под общим эфирным наркозом (100 г) срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость.

При осмотре оказалось: матка отклонена влево, левый угол расположен значительно ниже правого и последний увеличен до размеров мужского кулака; стенки его истончены. Правые придатки матки и круглая связка этой же стороны отходят от наиболее выдающейся части правого угла матки и расположены значительно выше, чем на левой стороне. Левые придатки и правый яичник без изменений. Правая труба несколько укорочена.

В брюшной полости крови нет. Последовательно наложены клеммы на мезосальпник справа до ребра матки. Наложены зажимы на трубу, яичниковую и круглые связки; последние отсечены от угла матки. Маточные сосуды у ребра матки под основанием плодместилища захвачены в зажим. По передней и задней стенке плодместилища у его основания произведено два разреза и произведено клиновидное иссечение угла матки. Во время разреза плодместилище вскрылось, удален плод, длина его 14 см.

При иссечении угла матки удалено целиком плодместилище вместе с оболочками плодного яйца и правой трубой. Разрез в области угла защит в два этажа узловатыми кетгутowymi швами. Собственная связка лигирована и подшита к углу матки. Произведена перитонизация с помощью круглой связки, последняя предварительно прикреплена к углу матки. Рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений.

**Краткий эпикриз.** 24-летняя женщина была направлена в клинику с явлениями угрожающего выкидыша. При обследовании заподозрена прогрессирующая интерстициальная беременность. Чревосечение. Диагноз подтвердился. Произведено клиновидное иссечение правого угла матки с удалением плодместилища и плодного яйца. Послеоперационный период протекал без осложнений.

## ДОНОШЕННАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

В родильное отделение районной больницы меня вызвали 20.XI 1947 г. на консультацию к беременной К., 32 лет с доношенной беременностью и неясными акушерскими данными.

Из анамнеза узнаем, что месячные наступили с 15 лет, через 4 недели по 3—4 дня. Последние месячные были 10. II. Данная беременность четвертая. Первые 2 беременности закончились нормальными родами, третья беременность в 1943 г. — самопроизвольным выкидышем на 3-м месяце.

Во время последней беременности 15. IV появились боли внизу живота и мажущиеся кровянистые выделения. В районной больнице поставили диагноз выкидыша и произвели выскабливание матки. Домой выписалась на 4-й день после выскабливания, но затем неоднократно обращалась к врачу по поводу приступообразных болей внизу живота, больше выраженных слева. Предполагали наличие воспалительного процесса в придатках матки после аборта, но так как явления воспаления были выражены нерезко, температура по вечерам повышалась не более как до 37,2—37,3°, лечение проводилось амбулаторное. В последующем боли уменьшились, и женщина перестала посещать врача.

С июня месяца женщина заметила увеличение живота, а 2. VII ощутила движение плода. В консультации у нее была установлена беременность сроком в 18—19 недель. В последующем беременная часто посещала консультацию и жаловалась на боли в животе, усилившиеся при движениях плода, временами была рвота. Врач не находил при исследовании беременной какой-либо патологии и выдал больничный лист лишь с того времени, когда был положен дородовой отпуск.

19. XI появились схватки, и женщина поступила в родильное отделение. На следующий день схватки продолжались, но роды не продвигались, стало меняться сердцебиение плода, а к утру 20. XI исчезло. Женщина перестала ощущать движение плода. Прекратились и схватки.

При осмотре 20. XI — женщина правильного телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Температура 37,4°, пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 115/70 мм. рт. ст. Тоны сердца чистые, в легких — везикулярное дыхание. Живот увеличен как при доношенной беременности. Брюшная стенка слегка напряжена и болезненна.

Части плода прощупываются как бы непосредственно под брюшной стенкой. Плод в косом положении, головка в левой подвздошной области, а спина определяется неподвижное тело, напоминающее по форме матку и достигающее своей верхней границей до уровня, расположенного на 2 пальца ниже пупка. Сердцебиение плода отсутствует.

При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка отклонена вправо; но границы ее нечеткие. Через левый и задний свод влагалища определяется мягковатая опухоль, над которой исследующий палец ощущает высоко расположенную головку плода. При зондировании матки зонд уходит спереди и влево на глубину 12 см.

Итак, перед нами необычная клиническая картина у женщины с доношенной до срока беременностью, поступившей рожать в больницу. Ясно, что мы видим перед собой женщину с тяжелой акушерской патологией. Ряд признаков заставляет думать о наличии доношенной внематочной беременности.

Внематочная беременность поздних сроков встречается редко. В. Г. Бекман до 1914 г. собрал описанные в литературе 230 случаев внематочной беременности последних месяцев. В последующие годы число опубликованных случаев возрастает, что связано с улучшением диагностики данного заболевания.

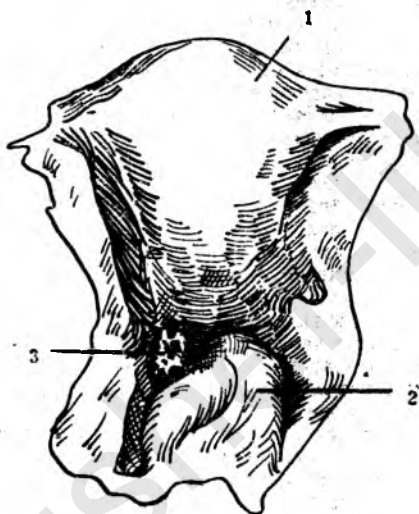


Рис. 51. Первичная брюшная беременность:

1 — матка; 2 — прямая кишка; 3 — ядро.

ния. Доношенная трубная беременность встречается очень редко. Описаны случаи яичниковой беременности, развивавшейся до срока родов. Яичниковая беременность наблюдается крайне редко и клиническая картина при ней ничем не отличается от трубной. Беременность в зачаточном роге матки также может достигать поздних сроков.

Большой интерес представляет брюшная беременность. Крайне редко бывает первичная брюшная беременность, т. е. такое состояние, когда с самого начала происходит имплантация плодного яйца к одному из

органов брюшной полости (рис. 51). Чаще развивается вторичная брюшная беременность; при этом первоначально яйцо прививается в трубе, а затем, попав в брюшную полость при трубном выкидыше, прививается вновь и продолжает свое дальнейшее развитие. Плод при внематочной беременности поздних сроков нередко имеет те или иные уродства, возникающие в результате неблагоприятных условий для его развития.

М. С. Малиновский (1910) и Sittner (1901) считают, что частота уродств плода преувеличена и составляет не более 5—10%.

При брюшной беременности в первые месяцы определяется опухоль, расположенная несколько асимметрично и напоминающая матку. В отличие от матки плодместилище при внематочной беременности не сокращается под рукой. Если удастся определить при влагалищном исследовании матку отдельно от опухоли (плодместилища), постановка диагноза облегчается. Но при интимном сращении плодместилища с маткой врач легко впадает в ошибку и ставит диагноз маточной беременности. Следует иметь в виду, что опухоль чаще всего шарообразной или неправильной формы, ограничена в подвижности и имеет эластическую консистенцию. Стенки опухоли тонкие, при пальпации не сокращаются и части плода иногда поразительно легко определяются при исследовании пальцем через влагалищные своды.

Если маточная беременность исключается или плод погиб, может быть применено зондирование полости матки, позволяющее уточнить ее размеры и положение.

Вначале брюшная беременность может не вызывать особых жалоб со стороны беременной женщины. Но по мере развития плода появляются в большинстве случаев жалобы на постоянные мучительные боли в животе, являющиеся результатом спаечного процесса в брюшной полости вокруг плодного яйца, вызывающего реактивное раздражение брюшины (хронический перитонит). Боли усиливаются при движении плода и причиняют мучительные страдания женщине. Отсутствие аппетита, бессонница, частая рвота, запоры ведут к истощению больной. Все указанные явления бывают особенно ярко выражены, если плод после разрыва оболочек находится в брюшной полости, окруженный спаявшимися вокруг него кишечными петлями. Однако бывают случаи, когда боли носят умеренный характер.

К концу беременности плодместилище занимает большую часть брюшной полости. Части плода, в большинстве случаев, определяются под брюшной стенкой. При пальпации

стенки плодовместилища не сокращаются под рукой и не становятся более плотными. Иногда удается определить отдельно лежащую, несколько увеличенную матку. При живом плоде определяются его сердцебиение и движения. При рентгенографии с наполнением матки контрастной массой выявляется величина полости матки и ее соотношение с расположением плода. При донашивании внематочной и, в частности, брюшной беременности появляются родовые схватки, но раскрытие зева не наступает. Плод погибает. Если наступает разрыв плодовместилища, развивается картина острого малокровия и перитонеального шока. Опасность разрыва плодовместилища больше в первые месяцы развития беременности, а в дальнейшем уменьшается. Поэтому ряд акушеров, стремясь получить жизнеспособный плод, считают возможным в тех случаях, когда беременность превышает 6—7 месяцев и больная находится в удовлетворительном состоянии, выждать с операцией и делать ее близко к предполагаемому сроку родов (В. Ф. Снегирев, 1905; А. П. Губарев, 1928; Pinard, 1895; Second, Fraenkel, 1887, и др.).

М. С. Малиновский (1910) на основании своих данных считает, что операция в конце прогрессирующей внематочной беременности технически не труднее и сопровождается не менее благоприятными результатами, чем в ранние месяцы.

Однако большинство авторитетных акушеров-гинекологов, как отечественных, так и зарубежных, полагают, что всякая диагностированная внематочная беременность должна быть немедленно оперирована.

Разрыв плодовместилища при поздних сроках беременности представляет огромную опасность для жизни женщины. Но в литературе опубликован ряд сообщений, когда внематочная беременность прекращала свое развитие, из матки выделялась отпадающая оболочка, начинались регрессивные явления и наступали регулярные месячные. Плод подвергается в таких случаях осумкованию, мумификации или, пропитываясь солями кальция, окаменеет. Такой окаменелый плод (литопедион) может находиться в брюшной полости долгие годы. Описан даже случай пребывания литопедиона в брюшной полости в течение 46 лет. Иногда погибшее плодное яйцо подвергается нагноению, и абсцесс вскрывается через брюшную стенку, во влагалище, мочевого пузыря или кишечника. Вместе с гноем через образовавшееся свищевое отверстие выходят части распадающегося скелета плода.

При современной постановке медицинской помощи подобные исходы внематочной беременности являются редчайшим исключением. Наоборот, стали чаще публиковываться случаи

своевременного диагноза внематочной беременности поздних сроков.

Операция при прогрессирующей брюшной беременности, производимая путем чревосечения, представляет значительные трудности. После вскрытия брюшной полости рассекают стенку плодместилища и извлекают плод, а затем удаляют плодный мешок. Если плацента прикреплена к задней стенке матки и листку широкой связки, то ее отделение не представляет больших технических трудностей. На кровоточащие места накладывают лигатуры или обкальвающие швы. Если кровотечение не останавливается, приходится перевязывать основной ствол маточной артерии или же подчревную артерию.

При сильном кровотечении до перевязки указанных сосудов помощник должен прижать рукой брюшную аорту к позвоночнику. Наибольшие трудности представляет отделение плаценты, прикрепленной к кишечнику или печени. Операция при внематочной беременности поздних сроков доступна только опытному хирургу и должна заключаться в чревосечении, удалении плода, плаценты и остановке кровотечения. Оперирующий должен быть готов произвести резекцию кишки, если плацента прикреплена к ее стенкам или брыжейке, и по ходу операции в этом возникнет необходимость.

В прежние времена из-за опасности кровотечения во время отделения плаценты, прикрепленной к кишечнику или печени, применяли так называемый метод марсупиализации. При этом края плодного мешка или его части шивали в брюшную рану и в полость мешка вставляли тампон Микулича, покрывающий оставшуюся в брюшной полости плаценту. Голость постепенно уменьшалась, происходило медленное, в течение 1—2 месяцев, выделение некротизирующейся плаценты.

Способ марсупиализации, рассчитанный на самопроизвольное отторжение плаценты, является антихирургическим и при современных условиях он может быть применен опытным оператором лишь в крайнем случае, а также при условии, если операцию производит в порядке неотложной помощи недостаточно опытный хирург. При инфицированном плодместилище марсупиализация является показанной.

Во время операции при поздней прогрессирующей внематочной беременности, несмотря на хорошее состояние больной, необходимо заранее приготовить к проведению трансфузии крови и противошоковых мероприятий.

В процессе операции может внезапно возникнуть сильнейшее кровотечение, и задержка в оказании срочной помощи увеличивает опасность для жизни женщины.



В 1955 г. в нашей клинике у больной С. был поставлен диагноз ненарушенной внематочной беременности, которая оказалась при чревосечении брюшной. Плацента прикреплялась к брыжейке сигмовидной кишки и в меньшей степени к заднему листку широкой связки и левому яичнику. Беременность была сроком 20 недель и во время отделения плаценты началось сильнейшее кровотечение, состояние больной резко ухудшилось. Из терминального состояния больную удалось вывести с помощью внутриартериального переливания крови, к которому все было приготовлено до начала операции.

Если плод погиб, то отделение плаценты и удаление плодместилища сопровождается меньшим кровотечением, что подтверждается и нашими наблюдениями.

В клинике в 1954 г. была оперирована **больная Ш.**, 25 лет, с доношенной внематочной беременностью, поступившая в родильное отделение с уже погибшим плодом. Беременность первая и в первой половине протекала без каких-либо жалоб. Во второй половине беременности временами появлялись незначительные боли в животе. Врач женской консультации при повторных осмотрах не заметил патологически протекавшей беременности. Со 2. X беременная перестала ощущать движения плода. При операции, произведенной в клинике по поводу подозрения на внематочную доношенную беременность и начинающегося перитонита, обнаружен плод, свободно лежавший в брюшной полости. Плацента находилась в расширенной трубе, имевшей разрыв стенки, через который шла пуповина от плаценты к плоду. Кровотечение при удалении трубы вместе с плодместилищем было умеренное.

Внематочная беременность поздних сроков встречается в акушерской практике, хотя является и редкой патологией. Врач акушер-гинеколог должен быть знаком с диагностикой этого заболевания и методами лечения.

*Какие признаки внематочной беременности имеются у нашей больной?*

Прежде всего беременная жаловалась на боли в животе, особенно при движении плода, наблюдалась рвота в последние месяцы беременности. В срок родов появилась родовая деятельность, которая продолжалась в течение суток, а открытия наружного зева не было. Плод погиб. Части плода определялись как бы непосредственно под брюшной стенкой и рядом с плодместилищем определялась матка, оттесненная влево и имевшая небольшую величину. Зондирование полости матки показало ее расположение и небольшую величину. Через своды влагалища, слева и сзади от матки определялась мягковатая опухоль, тестоватой консистенции и непосредст-

венно над ней головка плода. Все это вместе взятое дало основание поставить диагноз доношенной внематочной беременности. Приступообразные боли и кровотечение, имевшие место на 3-м месяце беременности, по-видимому, можно объяснить трубным выкидышем, который был принят за обычный маточный аборт. Эти данные позволяют предположить о брюшной или трубно-брюшной беременности.

20. XI под общим эфирным наркозом произведено чревосечение с помощью срединного разреза от лона до пупка. Стенка плодного мешка рассечена, извлечен мертвый плод весом 3450 г без видимых признаков уродства. Плацента, прикрепленная к задней поверхности матки, листку левой широкой связки и частично в брыжейке сигмы, отделена.

Плодный мешок удален вместе с плацентой и левыми придатками матки, последние были сильно изменены и интимно сращены со стенками плодместилища. Матка оказалась величиной с кулак, правые придатки нормальны. Кровотечение было умеренное. Гемостаз произведен с помощью лигатур и обкалывающих швов. Ложе, где прикреплялась плацента, перитонизировано с помощью резецированного куска сальника. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками, в нее влито 500 000 ЕД пенициллина и рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Во время операции перелито в вену 500 мл консервированной крови 0 (I) группы и 250 мл протившоковой жидкости. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 16-й день больная была выписана из больницы в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** У повторнобеременной женщины, поступившей в родильное отделение со схватками, через сутки погиб плод. Клиническая картина и наблюдение позволили поставить диагноз доношенной внематочной беременности. При чревосечении обнаружена брюшная беременность. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений.

## ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

### КРАЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ РАЗРЫВ ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

**Беременная Б.**, 24 лет, поступила в родильное отделение клиники 14. I 1956 г.

Месячные с 15 лет, через 28 дней, по 3—4 дня. Дату последних месячных не помнит. Беременность первая, протекала без особенностей. С 1. I беременная находится в дородовом отпуске. 14. I ночью появились кровянистые выделения из влагалища, заставившие ее обратиться к врачу женской консультации, который и направил ее в клинику.

*Какие причины могли вызвать кровотечение у нашей пациентки?*

1. Эрозии и полипы шейки матки, кольпит.
2. Рак шейки матки и влагалища.
3. Хорионэпителиома влагалища.
4. Разрывы варикозного узла или травма влагалища, шейки матки.
5. Пузырный занос.
6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
7. Предлежание плаценты.

Эрозия, полипы и рак шейки матки так же, как опухоли влагалища и разрыв варикозного узла могут сопровождаться кровотечением, выраженным в той или иной степени. Наличие кровотечения в конце беременности вызывает у врача мысль прежде всего об осложнениях беременности, сопровождающихся кровотечением и связанных с предлежанием плаценты или преждевременной отслойкой нормально расположенного детского места.

Однако в акушерской практике неоднократно наблюдались случаи, когда врачи кровотечение относили за счет предлежания плаценты и просматривали рак шейки матки. Если **ошибка** в диагностике при разрыве варикозного узла, эрозии

или слизистом полипе шейки матки не имеет большого значения для беременной женщины, то запоздалая диагностика рака чревата тяжелыми последствиями.

Мы наблюдали у трех родильниц запущенные формы рака шейки матки. Во время беременности у них наблюдались кровянистые выделения, врачи подозревали предлежание плаценты, но в родах этот диагноз не подтверждался и причина кровотечения, наблюдавшегося до родов, оставалась невыясненной. Кровянистые выделения в послеродовом периоде были незначительные и, лишь когда они слишком затягивались или появлялись боли, женщина подвергалась влагалищному исследованию и осмотру в зеркалах; при этом и устанавливался диагноз рака шейки матки.

Если у женщины кровотечение во время беременности, всегда необходимо произвести в зеркалах осмотр влагалища и шейки матки. Это позволяет обычно сразу же исключить кольпит, эрозии, полипы, и рак шейки матки, опухоли влагалища и разрыв варикозного узла. При осмотре исключаются и травматические повреждения, о которых сведения в анамнезе могут и отсутствовать.

Если при осмотре окажется, что кровотечение не исходит из поверхности влагалища или шейки, тогда необходимо исключить преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты и пузырный занос. Отслойка плаценты сопровождается постоянным кровотечением, кровь более темного цвета, в то время, как для предлежания детского места характерны периодические, повторяющиеся кровотечения, кровь алого цвета. Кроме того, при отслойке нормально расположенной плаценты превалирует картина внутреннего кровотечения, матка бывает увеличена с выпячиванием одной из стенок, напряжена и болезненна, части плода плохо определяются, плод терпит асфиксию или погибает; у беременной женщины появляются острые боли в животе, рвота и развиваются явления шока или коллапса.

Пузырный занос чаще наблюдается в первую половину беременности, матка имеет эластическую консистенцию. Если к тому же отмечается выделение из матки вместе с кровью пузырьков, то диагноз становится сразу ясным.

Диагноз у нашей пациентки на основании анамнеза установить нельзя. Необходимо произвести тщательный наружный осмотр, влагалищное исследование и осмотр шейки и влагалища в зеркалах.

Женщина правильного телосложения и удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура 36,6°. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление

120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Через брюшные стенки пальпируется беременная матка, дно ее у подреберья. Пальпация матки безболезненная. Положение плода продольное, предлежащая часть — головка подвижная над входом в таз. Спинка — слева. Сердцебиение плода ясно выслушивается слева ниже пупка, 124 удара в минуту. Размеры таза: 26, 28, 30, 20 см. Окружность живота 94 см. Высота матки над лоном, измеренная сантиметровой лентой, — 33 см. Родовая деятельность отсутствует. Из влагалища незначительное кровотечение.

Произведено влагалищное исследование: шейка матки не сглажена, наружный зев закрыт. При пальпации через своды неясно определяется предлежащая часть высоко над входом в таз; последняя подвижна, напоминает головку. Мыс исследующим пальцем не достигается. При осмотре в зеркалах: стенки влагалища и шейки без изменений, кровь в незначительном количестве выделяется из мочевого канала.

Данные исследования позволяют исключить травматические повреждения, опухоли шейки и влагалища, а также кровотечение из эрозии шейки и варикозного узла. Клиническая картина не характерна и для преждевременной отслойки нормально расположенного детского места. Путем исключения мы подошли к тому, что остается предположить наличие предлежания плаценты. На этот вид акушерской патологии у нашей пациентки указывают: появление кровянистых выделений в конце беременности, высокое стояние предлежащей части у первобеременной с нормальными размерами таза и неясные контуры предлежащей части при пальпации через влагалищные своды.

Состояние беременной хорошее. Кровотечение незначительное, родовая деятельность отсутствует. Никаких показаний к вмешательству нет. Поэтому поместим ее в предродовую палату, назначим постельный режим, исследования крови и мочи, будем вести тщательное наблюдение.

Предлежание плаценты (*placenta praevia*) является одним из серьезнейших видов акушерской патологии, угрожающих здоровью и жизни женщины в результате возникающего кровотечения. При физиологической беременности плацента располагается в области тела матки, развиваясь чаще всего в слизистой оболочке задней ее стенки. Более редким является прикрепление детского места на передней стенке матки и еще реже — в области дна. Прикрепляясь в нормальных условиях в области тела матки, плацента своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на 7 см и более. Если плацента прикрепляется к области нижнего сегмента над внутренним зевом, прикрывая его в той или иной степени, то такое состояние называют предлежанием плаценты. При вла-

галищном исследовании плацента обнаруживается впереди предлежащей части плода.

Предлежание плаценты, по данным Н. И. Побединского (1899), на 147 698 родов встретилось у 665 женщин, или 1 раз на 222 родов. По подсчетам М. А. Бульиной (1952), предлежание плаценты наблюдалось в 0,77% случаев, С. М. Гольденберга (1939), А. И. Петченко (1954) — 0,28% и т. д.

Reich в 1956 г. сообщил о 310 случаях предлежания детского места на 69 815 родов (0,44%). По W. Stoeckel (1956), эта аномалия прикрепления плаценты встречается в 0,2% случаев, или 1 раз на 500 родов. J. Granzow приводит статистические данные о 11 840 случаях предлежания плаценты на 13 499 999 родов, что составляет 0,88%. По последним сводным сведениям 297 больниц США предлежание детского места на 172 290 родов встретилось у 1197 женщин, что составило 0,69%.

Таким образом, приведенные литературные данные показывают, что частота предлежания плаценты по отношению к общему числу родов колеблется от 0,2 до 0,8% случаев.

В акушерской клинике Минского медицинского института на 63 637 родов у 294 женщин (0,46%) было предлежание плаценты, или 1 случай на 216 родов, что и соответствует средним литературным данным, выражающимся цифрой 0,5%. Разница в исчислении частоты предлежания детского места, по-видимому, объясняется отсутствием общепринятой единой классификации. Кроме того, обычно выключаются из учета случаи предлежания плаценты при поздних выкидышах.

Предлежание плаценты чаще встречается у повторнобеременных женщин, особенно после перенесенных ранее абортот и послеродовых заболеваний. Так, по данным Н. И. Побединского (1899), при предлежании плаценты повторнобеременные женщины составляли 89,7%, первобеременные — 10,3%, по Rapkow (1927) соответственно — 88,2% и 11,8%, Reich (1956) — 89,7% и 10,3% и т. д. Е. Б. Деражкова (1931) указывает, что процент первобеременных при предлежании плаценты составляет 25,7, такое же соотношение (1:3) приводит и И. Ф. Жордания (1955; 1961).

С числом родов у повторнобеременных женщин возрастает и количество предлежаий детского места. По данным Reich (1956), из 278 повторнобеременных с предлежанием плаценты 120 в анамнезе имели по 5 и больше беременностей. Особенно часто встречается предлежание плаценты у женщин в возрасте между 20 и 30 годами, что объясняется наибольшей частотой родов в этот период жизни женщины.

Предлежание плаценты может возникнуть в результате прививки оплодотворенного яйца в отпадающей оболочке, которая выстилает полость нижнего отдела матки. При развитии плодного яйца вблизи внутреннего зева образуется так называемое первичное предлежание плаценты. В других случаях прививка и развитие плодного яйца происходит в области тела матки, но при дальнейшем разрастании плацента переходит в область перешейка и достигает внутреннего зева, прикрывая его в той или иной степени. Подобным образом возникает вторичное предлежание плаценты (рис. 52).

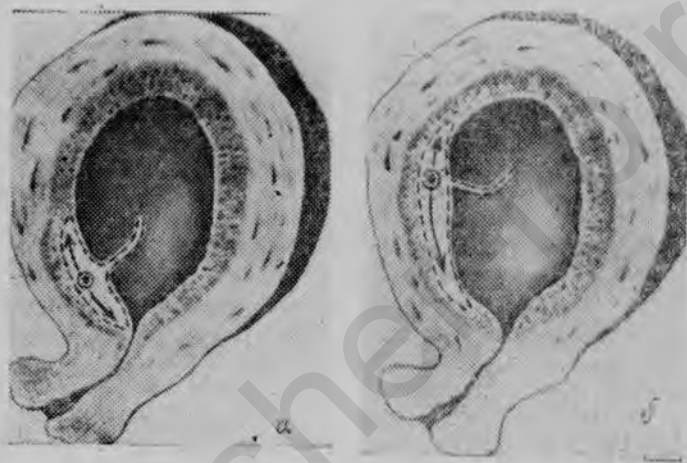


Рис. 52. Возникновение предлежания плаценты: а — первичного; б — вторичного.

Принято различать несколько форм предлежания детского места в зависимости от того, насколько прикрыт бывает плацентой внутренний зев. Вполне понятно, что окончательное решение вопроса о степени предлежания плаценты может быть сделано только при достаточном открытии внутреннего зева.

Обычно различают (рис. 53) центральное предлежание плаценты (*placenta praevia centralis*), боковое (*placenta praevia lateralis*) и краевое предлежание детского места (*placenta praevia marginalis*).

Г. Г. Гентер (1937) считал центральным предлежанием плаценты такое ее расположение, когда центр детского места находился над внутренним зевом. Однако большинство акушеров считает предлежание плаценты центральным, если внутренний зев полностью перекрыт плацентой и при исследовании пальцем в области внутреннего зева всюду определяется плацентарная ткань, независимо от расположения центра детского места. Вполне понятно, что точность определения степени предлежания плаценты находится в зависимости от величины открытия внутреннего зева. Исходя из этого, одни

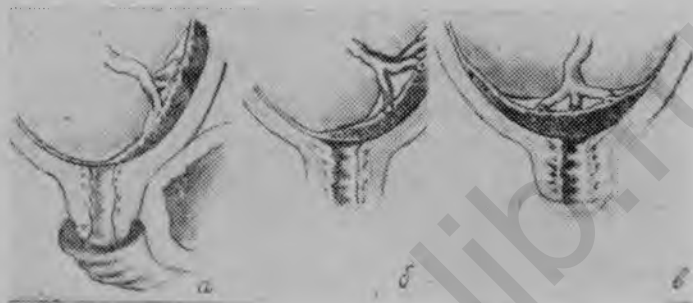


Рис. 53. Виды предлежания плаценты: а — краевое; б — боковое; в — центральное.

акушеры считают возможным выяснение вопроса о степени предлежания при полном или почти полном открытии зева, другие — при открытии на 2—3 пальца.

И. И. Яковлев (1966) полагает, что при любом открытии, если в области внутреннего зева всюду определяется плацентарная ткань, следует думать о центральном предлежании плаценты. Конечно, как об этом указывает сам И. И. Яковлев, при большей степени открытия зева может не оказаться центрального предлежания плаценты, но лечение должно начинаться при placenta praevia еще до полного открытия, и с практической точки зрения некоторая неточность в определении степени предлежания плаценты окупается возможностью сохранить здоровье и жизнь женщины.

Ошибки более редки при увеличении раскрытия внутреннего зева, и правы те акушеры, которые считают возможным решение вопроса о центральном предлежании плаценты при



открытии на 2—3 пальца. Если при этом над зевом определяется только плацентарная губчатая ткань и исследующим пальцем плодные оболочки не обнаруживаются, то следует говорить о центральном предлежании плаценты.

В тех случаях, когда над внутренним зевом определяется одна — две доли плаценты, но одновременно рядом с ними обнаруживаются плодные оболочки, предлежание плаценты будет боковым. О краевом предлежании детского места можно говорить, если нижний край плаценты находится у краев внутреннего зева, в области же последнего определяются только одни плодные оболочки.

Существует и более простая классификация, в которой центральное предлежание плаценты называется полным (*placenta praevia totalis*), а боковое и краевое — неполным или частичным (*placenta praevia partialis*). Эта классификация является менее распространенной.

К аномалиям прикрепления плаценты относится и низкое прикрепление детского места (рис. 54). При этом плацентарная площадка расположена в нижнем сегменте матки, но ее край не доходит до внутреннего зева. И. И. Яковлев (1962) считает низким прикреплением плаценты такое состояние, когда плацента хотя бы некоторой своей частью располагается ближе чем на 7 см от внутреннего зева. При нормально прикрепленной плаценте нижний ее край расположен не менее чем на 7 см от нижнего полюса яйцевого мешка (верхушки яйца).

Вид предлежания плаценты может быть проверен и после рождения последа. Кстати сказать, врачи иногда неправильно употребляют термин «предлежание последа» вместо того, чтобы говорить о предлежании плаценты или детского места. Под последом понимают все то, что родится после плода и состоит из детского места (плаценты), оболочек и пуповины. При низком прикреплении плаценты разрыв оболочек отстоит от ее края на 3—4 см, при *placenta praevia margi-*



Рис. 54. Низкое прикрепление плаценты.

nalis разрыв располагается по краю детского места. Если же имелось нормальное прикрепление плаценты, разрыв оболочек находится на 7—10 и более см от ее края. В редких случаях наблюдается врастание края плаценты в шейный канал (placenta cervicalis), что является тяжелейшим осложнением во время беременности и родов.

В. М. Малявинский (1920) предложил свою классификацию, по которой он различает три вида прикрепления плаценты в полости матки: в границах тела матки (placenta corporalis); полностью или частично в области перешейка (placenta isthmica); в канале шейки (placenta cervicalis). Эта классификация В. М. Малявинского не получила признания среди акушеров-гинекологов.

Из общего числа неправильных прикреплений плаценты ее низкое прикрепление встречается в 60—70% случаев (И. И. Яковлев, 1966), частичное предлежание наблюдается значительно чаще, чем полное.

Приведем данные ряда авторов о частоте видов предлежания плаценты, указывающие на преобладание бокового предлежания детского места.

Фамилия автора	Вид предлежания плаценты (%)		
	центральное	боковое	краевое
В. М. Михайлов	24,3	54,0	21,7
Е. Б. Деранкова	19,3	59,3	21,3
С. М. Гольденберг	20,0	51,5	28,5
Н. Н. Чукалов	15,6	20,5	63,9
Doranth	26,7	59,0	14,3
Findley	29,8	37,1	32,9

Вернемся к пациентке.

В течение семи дней она находилась под наблюдением в клинике; кровянистые выделения прекратились на следующий день после прибытия в клинику. Состояние хорошее. Жалоб нет. Родовая деятельность не появлялась. При исследовании крови и мочи патологических изменений не обнаружено.

21. I в 17.00 появились схваткообразные боли внизу живота и в пояснице. При пальпации матки определяются ее сокращения. Сердцебиение плода 128 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Кровянистых выделений из родовых путей нет.

22. I, 7 часов. Всю ночь были слабые схватки, к утру они усилились и стали повторяться через 10 минут по 25 секунд. Из родовых путей появились кровянистые выделения, усиливающиеся при схватках.

Произведено влагалищное исследование. Во влагалище сгусточек крови. (25 г.) Шейка резко укорочена, наружный зев пропускает один палец, которым определяются оболочки. Плодный пузырь во время схватки наливается. Плацентарной ткани над зевом не обнаружено.

Итак, у нашей беременной начались и идут роды. Кровянистые выделения прекратившиеся во время пребывания в клинике, возобновились в родах и несколько усилились. Во время исследования при открытии зева на 1 палец плацентарной ткани не обнаружено, но предположение о предлежании плаценты, возможно краевом, остается. Кровотечение незначительное. Состояние роженицы и плода хорошее. Будем наблюдать за ними и назначим переливание небольшой дозы крови с гемостатической целью и в предвидении возможного усиления кровотечения.

В вену локтевого сгиба произведено переливание 150 мл консервированной крови 0 (I) группы.

10 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Схватки через 4—5 минут по 30 секунд. Головка плода плотно стоит во входе в таз малым сегментом. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Из родовых путей усилилось кровотечение, из влагалища течет жидкая кровь.

Ввиду усилившегося кровотечения необходимо произвести повторное влагалищное исследование и, если окажется частичное предлежание плаценты, принять меры для остановки кровотечения.

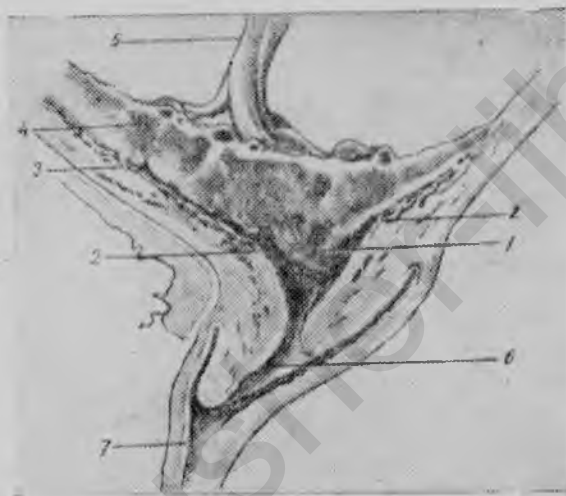


Рис. 55 Источники кровотечения при предлежании детского места:

1 — кровотокающая плацентарная ткань; 2 — внутренний маточный зев; 3 — место, до которого дошло отслоение; 4 — плацентарная ткань; 5 — пуповина; 6 — наружный маточный зев; 7 — влагалище.

Кровотечение при предлежании плаценты происходит в результате нарушения целости межворсинчатых пространств (рис. 55), происходящего при сокращениях матки и растяжении ее нижнего сегмента. Пока детское место может следовать за маточной стенкой, отслойки его не происходит и нарушения целости маточноплацентарных сосудов не наблюдается. С того же момента, когда плацента не может приспособиться,

к новым условиям, связанным с ретракцией маточной мускулатуры, не может следовать за сокращающейся стенкой матки, происходит разрыв сосудов, наступает кровотечение. Кровь вытекает наружу. Чем ниже расположено место прикрепления плаценты, тем раньше появляется кровотечение и тем оно бывает сильнее.

При частичном предлежании детского места, особенно краевом, кровотечение появляется чаще всего в родах и усиливается по мере растяжения нижнего отдела матки и увеличения открытия маточного зева. Нижний полюс плодного яйца



Рис. 56 При целом плодном пузыре во время раскрытия маточного зева плацента отслаивается и обнажается:

1 — место, до которого слоилась плацента; 2 — внутренний маточный зев; 3 — наружный маточный зев.

(при частичном предлежании плаценты это обычно плодный пузырь) во время схваток по мере повышения внутриматочного давления все больше вставляется, вклинивается в приоткрытый зев. Одновременно при ретракции маточной мускулатуры стенки нижнего отдела матки смещаются по нижнему полюсу яйца вверх. В результате происходит отслойка прикрепленной в нижнем сегменте плаценты от подлежащей стенки матки, начинается кровотечение (рис. 56).

При разрыве плодного пузыря происходит изменение во взаимоотношениях между плодным яйцом и стенкой матки. Во время последующих сокращений матки стенки нижнего сегмента будут смещаться по поверхности плода вверх уже вместе с плодными оболочками, в том числе и с плацентой.

При этом детское место остается в связи со стенкой матки. Вступление головки в таз после разрыва пузыря ведет к прижатию не только кровотокающих участков плаценты, но и всего детского места к стенкам родового канала — кровотечение прекращается. На этом и основан терапевтический эффект искусственного разрыва плодного пузыря при частичном, особенно краевом, предлежании плаценты.

Разрыв плодного пузыря при хорошей родовой деятельности и соответствии величины предлежащей части плода размерам таза оказывает очень хороший лечебный эффект при краевом или боковом предлежании плаценты и обеспечивает в большинстве случаев бескровное течение родового акта. При поперечных и косых положениях плода, при наличии узкого таза, препятствующего вставлению головки, разрыв плодного пузыря является бесцельным мероприятием, только осложняющим течение и без того патологических родов. Разрыв плодного пузыря может не привести к остановке кровотечения при слабости родовой деятельности и высоком стоянии предлежащей части.

Разрыв оболочек может быть произведен при раскрытии зева на полтора пальца или больше и применяется обычно при наличии хорошей родовой деятельности и затылочном предлежании, но может быть с успехом применен и при тазовом предлежании плода.

Учитывая опасность занесения инфекции в родовые пути при наличии предлежания плаценты с низким расположением плацентарной площадки, разрыв плодного пузыря должен производиться со строжайшим соблюдением правил асептики и антисептики. С целью предупреждения дальнейшей отслойки предлежащей плаценты от стенок матки, необходимо все манипуляции производить как можно бережнее и сам разрыв оболочек лучше всего выполнять с помощью бранши пулевых щипцов под контролем пальцев, введенных в родовые пути (рис. 57, 58).

Кровотечение у нашей роженицы значительное, произведем влагалищное исследование.

Шейка сглажена полностью. Наружный зев открыт на 3 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, при схватке «наливается». Слева над краем маточного зева определяется губчатая, плацентарная ткань. Плодный пузырь разорван с помощью бранши пулевых щипцов. Плацента отошла вверх, головка опустилась в полость таза. Стреловидный шов стоит в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Кровотечение прекратилось. Схватки усилились (рис. 59).

12 часов. Состояние роженицы удовлетворительное. Появились потуги. Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ясное. Головка стоит в выходе таза. Кровотечения нет.



Рис. 57. Разрыв плодного пузыря пупевыми щипцами при предлежании плаценты.

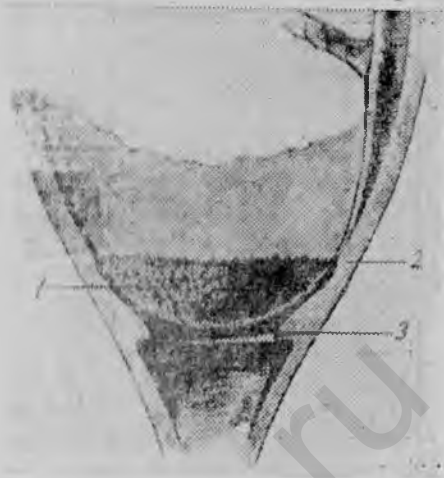


Рис. 58. После разрыва плодного пузыря детское место оттягивается вверх вместе со стенкой матки, оставаясь прикрепленным к плацентарной площадке:

1 — головка плода; 2 — внутренний маточный зев; 3 — наружный зев матки.

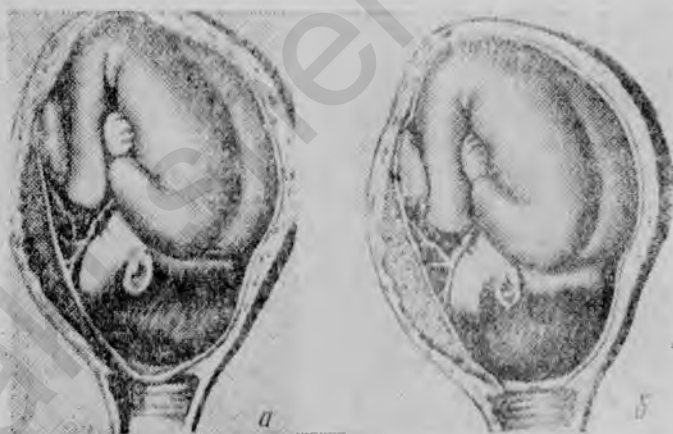


Рис. 59. Боковое предлежание плаценты:

*а* — до вскрытия пузыря. Из обнажившейся части плацентарной площадки — кровотечение; *б* — после вскрытия плодного пузыря. Кровотечение прекратилось.

В 12 часов 50 минут родился плод женского пола, без признаков асфиксии. Вес плода 3000 г.

В 13 часов 30 минут выдেলлся послед. При осмотре дефектов плацентарной ткани не обнаружено. Оболочки все, разрыв оболочек — у края плаценты. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружен небольшой боковой разрыв слева. Наложено 3 кетгутовых шва. Матка хорошо сократилась. Общая кровопотеря в родах 350 мл.

Течение послеродового периода — гладкое, без повышения температуры. Родильница выписалась на 10-й день с ребенком.

**Краткий эпикриз.** Первобеременная поступила в клинику в конце беременности с небольшими кровянистыми выделениями.

Высказано предположение о предлежании плаценты. В родах кровотечение усилилось, обнаружено краевое предлежание детского места. Произведен разрыв плодного пузыря. Кровотечение прекратилось. Произошли самопроизвольные роды живым плодом, весом 3000 г. Послеродовой период протекал гладко. Родильница выписана на 10-й день с ребенком.

#### **БОКОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. МЕТРЕИРИЗ. ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ.**

**Беременная 3.**, 42 лет, поступила 20. VI 1954 г. в родильное отделение больницы по поводу кровотечения при беременности 31—32 недели.

Кровотечение впервые появилось в начале июня, и беременная дважды госпитализировалась, с 7 по 12. VI находилась в клинике, а с 17 по 19. VI — в районной больнице.

Из анамнеза узнаем, что месячные с 14 лет, через 4 недели по 3—4 дня. Замуж вышла в 20 лет, имела одни нормальные роды и 4 самопроизвольных выкидыша, последний 5 лет назад. Лечилась по поводу воспаления придатков матки. Настоящая беременность вначале протекала без особенностей, а затем появилось кровотечение, что и заставило беременную обратиться к врачу.

Общее состояние хорошее. Кожа и видимые слизистые слегка бледноваты. Температура 36,4°. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Высота стояния дна матки над лоном 32 см. Окружность живота 104 см. Положение плода поперечное, головка справа. Сердцебиение в области пупка, 130 ударов в минуту, прослушивается глухо. При осмотре в зеркалах: поверхность стенок влагалища и шейки чистые. При влагалищном исследовании: шейка матки не сглажена, зев закрыт. Предлежащая часть не достигается. Выделения — кровь в незначительном количестве.

*Каков диагноз? Какова должна быть терапия?*

Наиболее вероятным является предположение о предлежании плаценты. Ввиду хорошего состояния беременной и плода, незначительного кровотечения необходимости в срочных лечебных мероприятиях нет. Беременную поместим в палату,

предпишем ей постельный режим и будем вести тщательное наблюдение, которое позволит уточнить диагноз и применить наиболее целесообразный метод лечения.

Основанием для предположительного диагноза предлежа- ния плаценты являются: повторные кровотечения, наступа- вшие у нашей пациентки без всякой видимой причины во вто- рой половине беременности; отсутствие травматических повреждений и других каких-либо заболеваний шейки и вла- галища, которые могли бы сопровождаться кровотечениями.

Остановимся на вопросе клинической картины при ано- малиях прикрепления плаценты. Предлежание детского места прежде всего характеризуется кровотечением, которое появ- ляется во второй половине беременности, чаще в последние ее месяцы; или в родах. Чем раньше начинается кровотечение, тем оно опаснее.

По литературным данным кровотечение до 28 недель на- блюдается в 10—12% всех случаев предлежания плаценты. По данным Holmes (1949), из 238 летальных исходов при предлежании детского места кровотечение на 13-й неделе бе- ременности наблюдалось в 7 случаях, на 13—26-й неделе — в 31, на 27—39-й неделе — в 201 и на 40-й неделе — в 49 слу- чаях.

Для центрального или полного предлежания более типич- но внезапное появление кровотечений во время беременности. Причем первое кровотечение чаще бывает незначительным, но может и сразу достигать большой силы, приводя к тяжелей- шим кровопотерям. Реже при центральном предлежании пла- центы вначале наблюдаются повторные, небольшие кровоте- чения, переходящие, по мере увеличения срока беременности или при появлении сокращений матки, в профузные. Иногда, как исключение, при полном предлежании плаценты впервые появляется кровотечение только при наступлении родовой дея- тельности.

При боковом предлежании плаценты кровотечение появ- ляется в самом конце беременности или в родах. Обычно, чем бо́льшая часть детского места расположена над внутренним зевом, тем раньше наступает кровотечение и тем сильнее оно бывает выражено. При краевом предлежании или низком прикреплении плаценты кровотечение чаще всего появляется в родах в конце периода раскрытия, но в виде исключения на- блюдается и во время беременности.

По данным В. М. Малявинского (1920), кровотечение во время беременности наблюдалось у 34%, а в родах — у 65,7% женщин с предлежанием детского места.



Плацента не обладает способностью к сокращению, поэтому во время растяжения нижнего сегмента, и особенно при сокращениях матки, отстает своей материнской поверхностью от плацентарной площадки. В результате связь между детским местом и плацентарной площадкой начинает нарушаться, из разрушенных маточных сосудов, главным образом вен, и вскрывшихся межворсинчатых пространств начинается кровотечение. Кровь течет материнская, обескровливанию подвергается женщина. Лишь в тех редких случаях, когда одновременно с отслойкой плаценты происходит ее разрыв, возникает опасность кровопотери и для плода.

Кровотечение временами останавливается из-за прекращения сокращений матки и тромбирования сосудов. Растяжение нижнего отдела матки или появление новых сокращений (предвестники родов, ложные схватки, родовая деятельность) приводит к возобновлению кровотечения. Первое кровотечение часто незначительное, но повторное может быть сильным. При надрыве краевой вены плаценты или большой венозной пазухи кровопотеря сразу может быть значительной даже и при частичном предлежании детского места.

В результате повторных кровопотерь во время беременности развивается постепенно нарастающее малокровие. Повторная кровопотеря на фоне развившейся анемии быстро приводит к острому малокровию. У женщин с предлежанием плаценты тяжесть состояния не всегда находится в прямой зависимости от величины кровопотери. Нередко можно наблюдать, как беременная или роженица при относительно небольшой кровопотере впадает в очень тяжелое состояние. По-видимому, при предлежаниях плаценты повторные кровотечения с понижением устойчивости организма и его компенсаторных защитных реакций приводят к такому положению. Это необходимо учитывать при оказании помощи данной группе женщин. Кровотечение при предлежании плаценты может временами ослабевать или прекращаться, но окончательно останавливается лишь после опорожнения полости матки от плодного яйца. При схватках кровотечение усиливается, в паузы — ослабевает.

Некоторые авторы полагают, что появление кровотечения во время беременности связано с наступлением родовой деятельности и этим объясняют большой процент преждевременного прерывания беременности. Б. Г. Саядян (1947), анализируя свои данные о недонашиваемости, указывает, что предлежание детского места является одной из причин преждевременных родов. Другие авторы высказывают мнение о том, что кровотечение способствует появлению сокращений

матки. Если при предлежании детского места появляется кровотечение в ранние месяцы беременности, оно может явиться причиной выкидыша; если же кровотечение появляется в последние три месяца беременности, то часто наступают преждевременные роды. Так, В. М. Малявинский (1920) отмечает наличие преждевременных родов у беременных женщин с предлежанием плаценты в 54,7% случаев, Е. М. Поволоцкая и В. В. Строганов (1928) — 57,9%, Я. Н. Волков (1936) — в 62,1%, М. А. Бульина (1952) — в 45,6%, Tankow (1927) — в 44,3% случаев. Особенно часто преждевременные роды наблюдаются при центральном предлежании плаценты (Н. И. Побединский, 1899; В. А. Мишин, 1926; Е. М. Поволоцкая и В. В. Строганов, 1928, и др.).

По мнению И. И. Яковлева (1966) большой процент преждевременных родов при аномалии прикрепления плаценты объясняется повышением возбудимости маточной мускулатуры и рыхлостью соединения плаценты с маточной стенкой. При предлежании плаценты наблюдаются более часто неправильные положения плода, так как предлежащая ткань плаценты мешает правильному вставлению головки или тазового конца, которые отклоняются в сторону. В результате этого возникают косые или поперечные положения плода, а также тазовые предлежания и неправильные вставления головки. Возникновению неправильных положений способствует снижение тонуса матки и брюшной стенки, имеющее место у многорожавших женщин, среди которых предлежание плаценты встречается чаще. Этому моменту В. В. Строганов (1928) придает первостепенное значение.

Частота различного расположения плода в матке при предлежании плаценты

Автор	Число случаев предлежания плаценты	Поперечное положение плода в %	Тазовое предлежание плода в %	Головное предлежание плода в %
Д. Е. Шмундак, 1953	140	16,8	16,4	66,8
В. А. Мишин, 1926	145	10,3	9	80,7
Findley, 1937	935	15,6	13,9	70,5
Reich, 1956	310	11,6	14,1	74,3
Müller, 1919	1148	23,8	9,3	66,9

По сборной статистике В. В. Строганова, на 3000 случаев предлежания плаценты головное предлежание встретилось в 72,5% случаев вместо 96,4% при нормальных отношениях,

тазовое — в 11,5% вместо 3—4% и поперечные положения плода — в 16% вместо 0,5% случаев.

Наличие плоского пузыря или его отсутствие приводят к удлинению периода раскрытия. Отсутствие предлежащей части плода или ее высокое стояние над входом в таз являются одним из моментов, ведущих к слабости родовой деятельности.

Плод в результате кровотечения, вызванного прогрессирующей отслойкой детского места при его предлежании, подвергается кислородному голоданию. Асфиксия внутриутробного плода наступает в результате уменьшения дыхательной поверхности плаценты при ее отслойке и выключении значительной части сосудов из маточно-плацентарной системы кровообращения.

Диагноз предлежания плаценты обычно не представляет особых трудностей. Кровотечение, внезапно появившееся во вторую половину беременности, особенно же в последние три недели или в родах, в большинстве случаев указывает на предлежание плаценты. Время появления кровотечения и величина кровопотери позволяют предположительно высказаться о виде предлежания детского места.

Высокое стояние предлежащей части, косые и поперечные положения плода, а также тазовые предлежания более часто встречаются при *placenta praevia* и могут быть косвенным указанием на неправильное прикрепление плаценты.

Если плацента прикрывает предлежащую часть плода, то последняя неясно определяется при наружном исследовании. Г. Г. Гентер (1937) полагал, что неясное определение контуров и консистенции головки или ягодиц при наружном исследовании указывает на возможность прикрепления плаценты на передней стенке матки. В этих случаях предлежащая часть как бы прикрыта чем-то мягким, мешающим определению ее контуров и консистенции. Р. А. Черток (1939) указывал на ощущение пастозности при пальпации предлежащей части плода на той стороне, где располагается плацента. В литературе имеется указание на смещение вперед предлежащей части, которая при этом выступает над лоном, а смещение ее кзади в сторону мыса вызывает ощущение сопротивления, если плацента прикреплена в области задней стенки матки. При этом, как указывает Palm (1914), место отхождения круглых связок от матки при веретенообразной форме последней располагается на одной высоте и на небольшом расстоянии друг от друга, если же плацента прикреплена на передней стенке, это расстояние увеличивается.

Влагалищное исследование при соблюдении правил асептики и антисептики, а также при наличии антибиотиков не представляет опасности развития инфекции. Его следует применять с целью установления диагноза и состояния родовых путей, чтобы правильно решить вопрос о выборе метода терапии. После исследования во влагалище следует влить раствор риванола или фурациллина.

Влагалищное исследование необходимо производить с большой осторожностью (во время исследования может резко усиливаться кровотечение), а при подозрении на центральное предлежание плаценты или если женщина обескровлена повторными кровотечениями, необходимо заранее подготовить все для оказания срочной помощи. Нам пришлось неоднократно наблюдать при центральном, а иногда и боковом предлежании детского места, как влагалищное исследование сопровождалось таким увеличением кровопотери, что лишь срочно произведенное кесарево сечение спасало жизнь женщины. Однако боязнь усилить кровотечение при влагалищном исследовании не должно приводить к отказу от этого метода. Наоборот, его следует применять, но только в условиях стационара, и, предвидя опасность последующей кровопотери, необходимо заранее продумать, что следует предпринять для остановки кровотечения, подготовить инструментарий и все необходимое для борьбы с острой кровопотерей. Особенно важны указанные мероприятия при подозрении на центральное предлежание плаценты и у женщин уже обескровленных. В этом случае жизнь женщины зависит не столько от уточнения диагноза о виде предлежания плаценты, сколько от подготовленности к оказанию экстренной помощи. Если еще не все готово, не торопитесь с влагалищным исследованием, а форсируйте подготовку операционной. Mikulicz—Radec-ki (1933) указывает на необходимость срочной операции из-за усиления кровотечения при влагалищном, особенно грубо производимом, исследовании у 10% женщин с предлежанием плаценты.

При закрытом маточном зеве во время внутреннего исследования через своды влагалища определяется между исследующими пальцами и предлежащей частью плода мягковатая толстая прослойка тканей, имеющая тестоватую консистенцию. Контуры предлежащей части плода неясные или совсем не определяются. В некоторых случаях кровяные сгустки можно посчитать за плацентарную ткань, но они отличаются тем, что скользкие, имеют гладкую поверхность и легко раздавливаются исследующими пальцами. Ткань плаценты определяется в виде губчатой довольно плотной массы с

щероховатой или бугристой поверхностью. Ощупывая предполагаемую плацентарную ткань, нужно быть особенно осторожным, не смещать ее вверх или в сторону; можно усилить отслойку детского места и увеличить кровотечение. В некоторых случаях при влагалитном исследовании уродства плода, особенно апенсепhalus, могут быть приняты за предлежание плаценты. Но отсутствие кровотечения и тщательное исследование позволяют избежать ошибок.

Ректальный метод исследования, применявшийся ранее широко, сейчас имеет мало сторонников и используется лишь как дополнительный метод для определения высоты стояния предлежащей части и ее подвижности, величины открытия зева, если диагноз предлежания плаценты более или менее ясен.

М. А. Телал в 1952 г. предложил использовать в диагностике предлежаний плаценты ректо-флюктуационный симптом. Сущность этого признака заключается в том, что палец, введенный в прямую кишку, ощущает волну околоплодных вод при поколачивании пальцем другой руки у дна матки. Если предлежит плацента, такого ощущения не будет. По-видимому, симптом Телала позволит высказаться о предлежании плаценты, расположенной на задней стенке матки.

Наиболее просто диагностировать предлежание плаценты при раскрытии зева. Определение губчатой плацентарной ткани над внутренним зевом не вызывает сомнений в правильности диагноза. Кровотечение при пальпации плаценты усиливается. Если исследующим пальцем всюду определяется только плацентарная ткань, а оболочки не достигаются, то имеется центральное предлежание плаценты. Если же над внутренним зевом определяется большей или меньшей величины часть плаценты и одновременно плодные оболочки, то имеет место боковое предлежание детского места. При краевом предлежании плаценты ее край обнаруживается у края зева. Если имеется низкое прикрепление детского места, то плацентарная ткань не определяется и диагноз ставят при кровотечении в родах по наличию плотности оболочек, имеющих шероховатую поверхность. После рождения последа обнаруживают близкое расположение разрыва оболочек от края плаценты.

При затруднениях в диагнозе предлежания плаценты, что обычно наблюдается при закрытом зеве, может быть использован метод рентгено-везикографии, предложенный в 1934 г. Ude, Uгner и разработанный в дальнейшем М. А. Телал (1949). Сущность метода заключается в изучении на рентгенограмме теней, получаемых от нижнего края выпуклой части головки и мочевого пузыря, заполненного контрастной жидкостью

(40—60 мл 20% сергозина). Между верхним краем вогнутой тени, образуемой мочевым пузырем и нижним краем выпуклой тени головки, в норме имеется расстояние (пузырно-головное пространство) от 0,6 до 1 см. М. А. Телал считает, что размеры пузырно-головного или ягодично-пузырного пространства при отсутствии предлежания плаценты могут достигать до 2 см, будучи несколько большими при тазовых предлежаниях. Если же имеется предлежание плаценты, то между предлежащей частью плода и вогнутостью мочевого пузыря расстояние увеличивается до 2 см и более (рис. 60, 61, 62, 63).

М. А. Телал (1949) применил указанный метод у 37 беременных женщин с предположительным диагнозом предлежания плаценты. Неправильный диагноз на основе рентгеноцистограммы имел место лишь у одной женщины при тазовом предлежании плода. Автор точно установил с помощью рентгено снимков у 15 женщин отсутствие и у 21 наличие предлежания плаценты. Кроме того, М. А. Телал почти во всех случаях мог установить и вид предлежания детского места, что позволяло заранее продумать метод терапии указанной акушерской патологии. При центральном предлежании плаценты расстояние между предлежащей частью и тенью мочевого пузыря составляет более 2 см и во всех точках будет одинаковым. Если же указанное расстояние на одной стороне больше, а на другой меньше, можно высказаться о боковом или краевом предлежании плаценты. Пузырно-головное пространство будет шире на стороне предлежания плаценты, которая мешает головке опуститься; на противоположной же стороне вследствие того, что головка опустилась ниже, ее тень и контрастная тень мочевого пузыря сближаются — расстояние между ними будет меньше.

Метод рентгено-везикографии позволяет уточнить диагноз предлежания плаценты до родов при еще закрытом зеве. Применение метода не представляет сложности, исключает опасность внесения инфекции в родовые пути и усиления кровотечения во время исследования.

Применение рентгеновых лучей в дозах необходимых для снимка не наносит вреда организму матери и плода.

С. А. Рейнберг (1964) указывает, что при производстве снимков исключается биологическое повреждение плода.

П. Н. Демидкин (1968) указывает, что по литературным данным суммарная доза на гонады матери при 2—3 снимках колеблется в пределах 0,5—3 рентгена в зависимости от технических условий, качества рентгеновских пленок и усиливающих экранов, мощности рентгеновской аппаратуры и других

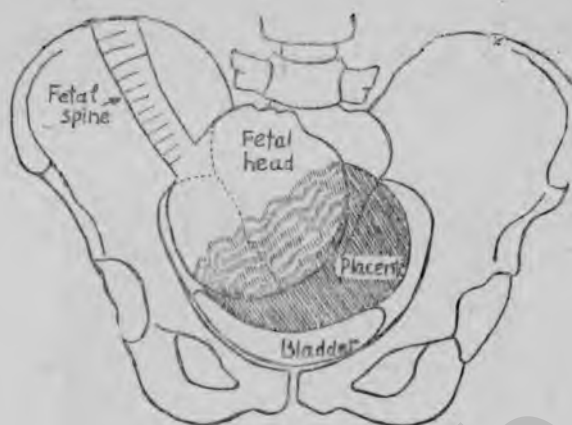


Рис. 60. Схема определения предлежания плаценты с помощью рентгеновезикографии по Ude—Unger



Рис. 61. Пузырно-головное пространство нормальных размеров. Густая тень, образованная мочевым пузырем, заполненным контрастной жидкостью, охватывает половину головки.

факторов, что на современном уровне знаний при рентгенографии живота и таза матери в последней трети беременности не представляет опасности для матери и плода. Использование свинцово-баритовых экранов вместо обычно применяемых из вольфрамата кальция позволяет в 2—2,5 раза уменьшить дозу облучения.

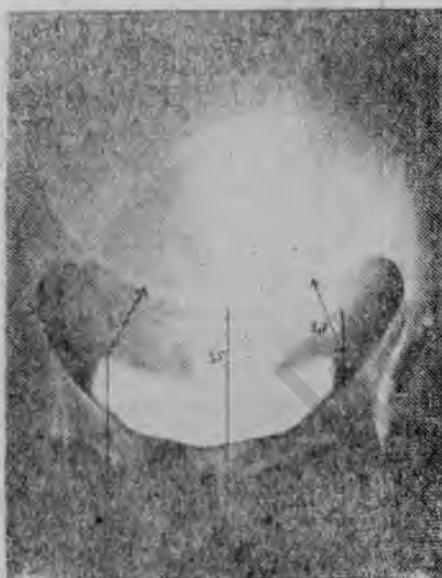


Рис. 62. Центральное предлежание плаценты. Видно большое пространство между верхним краем вогнутой тени мочевого пузыря и нижним краем выпуклой тени головки, достигающее до 3,5 см.

Метод рентгенодиагностики не может быть применен при поперечных и косых положениях плода, менее точен при тазовых предлежаниях и при сроках беременности до 7 месяцев из-за неясности контуров скелета плода.

В последнее время вместо контрастных веществ в мочевой пузырь для цистографии вводят 120—150 см<sup>3</sup> воздуха или кислорода, которые не раздражают слизистую пузыря и на фоне газа отчетливее видны контуры предлежащей части плода. Несомненный интерес представляет метод рентгенографии мягких тканей матки для определения места расположения



плаценты, предложенный Snow и Powell в 1934 г. В последующем Vaughan, Weaver и Adamson (1942), применив клиновидный фильтр, поглощающий избыточные излучения, падающие на передние отделы живота, получили более отчетливую тень плаценты. Эта методика получила значительное распространение за рубежом и в СССР (Ю. Л. Каган, 1963; П. Н. Демидкин, 1969).



Рис. 63. Краевое предлежание плаценты. Пузырно-головное пространство шире на той стороне, где расположена плацента.

П. Н. Демидкин применяет комбинированную методику при диагностике предлежания плаценты, используя рентгенографию мягких тканей живота, воздушную цистографию и рентгенографию таза с элементами гравитационного метода.

Вначале производят боковую рентгенограмму мягких тканей живота после предварительного наполнения мочевого пузыря 120—150 см<sup>3</sup> кислорода с помощью резинового катетера и шприца Жане. На снимке должно получаться изображение всей беременной матки и предлежащих к ее нижнему сегменту нижнепоясничных позвонков, мыса крестца и симфиза, что возможно при размере пленки 42×42 см.

Боковую рентгенограмму производят с применением клиновидного фильтра в строго боковом положении женщины, нижние конечности ее находятся в состоянии умеренного разгибания в тазобедренных и сгибания в коленных суставах.

Если на боковом снимке выявляется нормальное расположение плаценты (рис. 64, а, б), то в дальнейшем обследовании нет необходимости. Если же на боковой рентгенограмме живота имеются признаки предлежания плаценты (рис. 64 в, г), то производят цистограмму при расположении плаценты на передней стенке матки и дополнительный боковой снимок таза при локализации плаценты на задней стенке.

Цистограмму производят в положении женщины лежа на спине.

Дополнительную боковую рентгенограмму таза также выполняют в положении лежа на спине с целью определения величины расстояния от предлежащей части до крестцового мыса и V поясничного позвонка. Сравнивают величины указанного расстояния на боковой рентгенограмме живота и латерограмме, снятой при положении лежа на спине. Уменьшение расстояния от предлежащей части до мыса крестца указывает на отсутствие расположения плаценты в нижнем сегменте задней стенки матки. Эта методика основана на том, что под действием силы тяжести плод (при положении беременной на спине) приближается к задней стенке матки, вследствие чего расстояние между ним и мысом крестца уменьшается. Расположение плаценты на задней стенке матки препятствует приближению плода к последней и расстояние не изменяется.

Комбинированная методика для определения предлежания плаценты, применяемая П. Н. Демидкиным, позволяет определить все виды предлежания плаценты, проста, нетравматична, применение клиновидного фильтра снижает дозу облучения передних отделов живота беременной на 35—80%.

Использование свинцово-баритовых усиливающих экранов (вместо таковых из вольфрамата кальция) уменьшает дозу облучения матери и плода в 2—3 раза.

Используются и такие методы диагностики предлежания плаценты, как ангиография с введением контрастных веществ через аорту или бедренную артерию и метод применения радиоактивных изотопов. Несмотря на точность этих методов, в особенности ангиографии, они не получили широкого распространения из-за сложности и возможных тяжелых осложнений для матери и плода.

В последнее время для определения расположения плаценты с успехом применяются ультразвуковые аппараты,

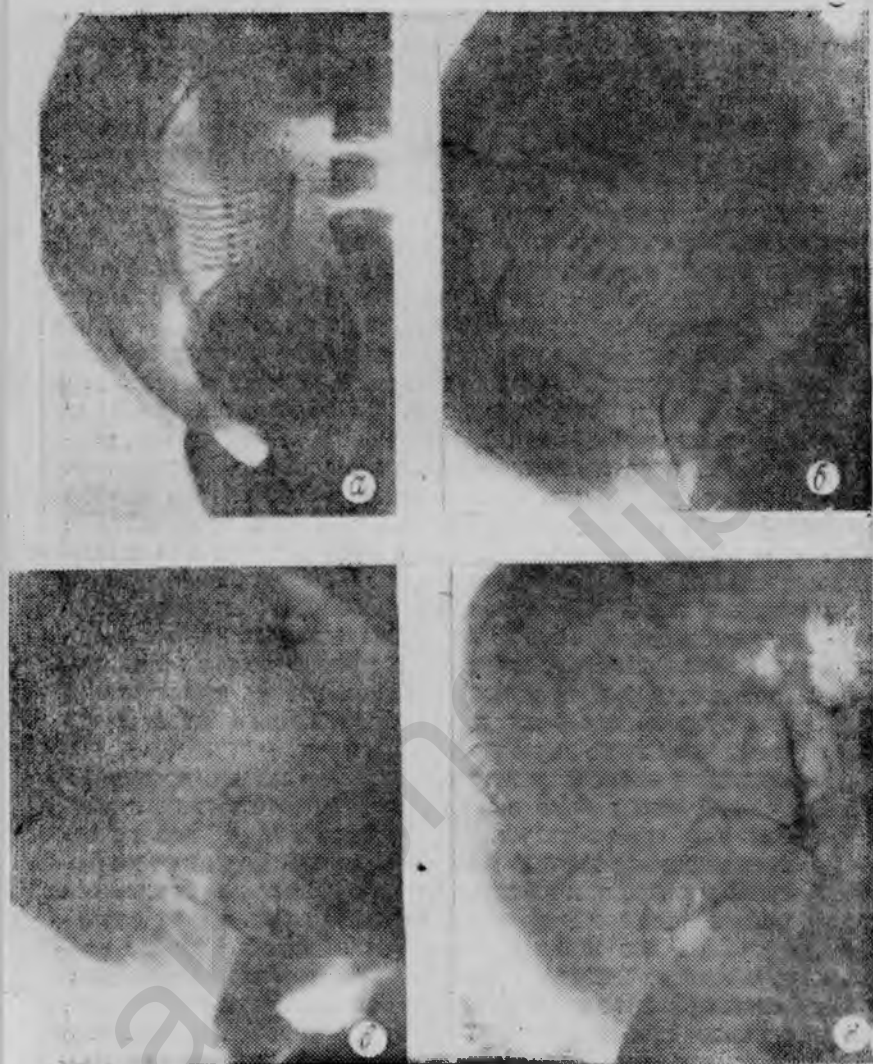


Рис. 64. Боковая рентгенограмма. Нормальное расположение плаценты:  
а — на передней стенке; б — на задней стенке матки; в — частичное предлежание плаценты; г — полное предлежание плаценты.

позволяющие легко и очень быстро установить место прикрепления плаценты, благодаря изменению звука в области расположения плаценты, имеющей более мощную сосудистую сеть.

При проведении дифференциального диагноза необходимо исключить на основании анамнеза и осмотра влагалища и шейки в зеркалах кольпит, эрозии, полипы и опухоли шейки матки, хорионэпителиому влагалища, разрыв варикозного узла и случайные травматические повреждения. Затем исключают пузырный занос и преждевременную отслойку нормально расположенного детского места, о чем мы говорили при разборе предыдущего случая предлежания плаценты.

В родах причиной кровотечения могут быть разрыв сосудов при плевистом прикреплении пуповины и разрыв матки.

Если сосуды пуповины проходят по оболочкам, особенно в участке, расположенном над внутренним зевом, то при разрыве оболочек повреждаются и сосуды, вызывая кровотечение. Характерным для такого кровотечения является его начало после разрыва оболочек, в то время как при предлежании плаценты кровотечение начинается до отхождения вод и прекращается или уменьшается после разрыва плодного пузыря. При разрыве сосудов в результате плевистого прикрепления пуповины плод гибнет вскоре после разрыва плодного пузыря даже при небольшой кровопотере. В противоположность этому, гибель плода при предлежании плаценты наблюдается лишь при резком обескровливании роженицы и независимо от разрыва плодного пузыря.

Начавшийся или совершившийся разрыв матки, протекающий типично, имеет ярко выраженную симптоматику и распознается по предшествующему беспокойному поведению роженицы, перерастяжению матки с высоким стоянием контракционного кольца, при наличии бурной родовой деятельности после отхождения вод и др. признакам. Вряд ли в этих случаях может быть допущена ошибка в диагностике. Более возможным является неправильный диагноз при атипичном разрыве матки, происходящем во время беременности или в самом начале родов при целых водах. В установлении диагноза разрыва матки помогает анамнез, указывающий на неполноценность маточной стенки (кесарево сечение, перфорации при абортax и др.), боли в области рубца на матке, появление головокружения, тошноты, рвоты и болей в подложечной области. Наружное кровотечение при разрыве матки обычно незначительное, и преимущественно наблюдаются явления шока и внутреннего кровотечения. Плод погибает сразу после разрыва. Предлежание же плаценты имеет совершенно дру-

гие признаки, и кровотечение является только наружным. Наружное и внутреннее исследования позволяют уточнить диагноз разрыва матки, о котором уже можно бывает предположить по анамнестическим данным. При влагалищном исследовании за губчатую ткань плаценты может быть принят край разрыва маточной стенки, но детальное исследование с учетом совокупности всех данных анамнеза и осмотра позволяет избежать ошибки в диагнозе и в таком случае.

Длительные, незначительные кровянистые выделения при беременности могут наблюдаться при несостоявшихся выкидыше или родах, но анамнез и несоответствие размеров матки сроку беременности, отсутствие сердцебиения плода обычно сразу же направляют мысль о диагнозе на правильный путь. В трудных случаях помогает постановка биологической реакции на беременность, результат которой при погибшем плодном яйце будет отрицательным.

К. К. Скробанский (1937) при невозможности установить причину кровотечения во время беременности при самом тщательном обследовании относил такие случаи к хроническим воспалительным процессам децидуальной оболочки, в которой при воспалении развивается обширная сеть тонкостенных кровеносных сосудов, последние легко рвутся и дают незначительные кровотечения. Подтверждение подобного диагноза возможно в процессе родов и при осмотре последа, что позволяет исключить аномалию прикрепления плаценты.

Вернемся к нашей беременной. В течение 10 дней она находится в клинике. Состояние ее продолжает оставаться хорошим. Перелито было 120 мл консервированной крови с гемостатической целью. Анализ крови от 28. VI — эритроцитов 3 300 000, гемоглобина 61%, лейкоцитов 7200; лейкоцитарная формула: нейтрофилов 81%, лимфоцитов 16%, моноцитов 3. РОЭ 40 мм/час по Панченкову. В моче белка 0,033 ‰. За прошедшие 10 дней два раза были небольшие кровотечения.

1. VII при отсутствии родовой деятельности появилось кровотечение, но было кратковременным; кровопотеря около 100 мл.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту. Артериальное давление 100/70 мм. рт. ст. Положение плода II поперечное. Сердцебиение плода ясное, 126 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: шейка не сглажена, наружный зев пропускает лишь кончик пальца. Предлежащая часть не определяется.

Произведено повторное переливание консервированной крови в количестве 120 мл.

Прошло еще 4 дня. Состояние беременной и плода оставалось удовлетворительным. Кровотечения не было.

5. VII в 21 час появилась родовая деятельность и в 22 часа отошли воды. Состояние роженицы хорошее. Кровотечения нет. Положение плода II поперечное. Сердцебиение 126 ударов в минуту, ясное. При влагалищном исследовании: шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал и внутренний зев пропускает один палец. Плодного пузыря нет, слева у края зева определяется губчатая плацентарная ткань. Предлежащая часть плода не достигается.

У беременной на 34—35-й неделе начались роды, отошли воды при открытии зева на I палец. Имеется частичное предлежание плаценты, по-видимому, краевое, но кровотечения в данный момент нет. Однако положение осложняется еще и тем, что имеется поперечное положение плода. Следовательно, у одной роженицы имеется сочетание различных видов акушерской патологии: частичное предлежание плаценты, поперечное положение плода и отхождение вод в самом начале периода раскрытия.

Если предлежание плаценты в данный момент не требует вмешательства, то отхождение вод при раскрытии зева на I палец при поперечном положении плода является показанием к нему, так как при дальнейшем выжидании плод потеряет подвижность и может возникнуть запущенное поперечное положение. Кроме того, если в настоящее время кровотечения нет и при открытии зева в один палец определяется краевое предлежание плаценты, то при дальнейшем течении родов положение может измениться; краевое предлежание детского места может перейти в боковое и вызвать кровотечение. Даже если предлежание плаценты останется в последующем и краевым, то при наличии поперечного положения плода кровотечение может возобновиться в результате того, что при поперечном положении плода отсутствует предлежащая часть, которая после отхождения вод могла бы играть роль тампона, прижимая отслаивающуюся часть детского места к стенкам родового канала.

Следовательно, у нашей роженицы необходимо провести такие мероприятия, которые исправили бы поперечное положение плода на продольное и могли бы предотвратить опасность возникновения в родах кровотечения, связанного с предлежанием плаценты.

С этой целью могут быть применены внутренний поворот плода на ножку с низведением последней; наружный поворот плода на головку с последующим наложением кожно-головных щипцов по Уилт-Уванову (1932); кесарево сечение, метрейриз.

Наружный поворот плода в родах, да еще после отхождения вод обычно не удается произвести.

Поворот плода на ножку может быть выполнен при открытии зева на 2—2,5 пальца или больше. У нашей роженицы зев открыт только на I палец. Но кровотечение отсутствует и можно выждать некоторое время, чтобы открытие зева увеличилось до 2—2,5 пальцев. Однако поворот по Брэкстон—Гиксу дает неблагоприятные для плода исходы и в настоящее

время при жизнеспособных плодах применяется исключительно редко. Кроме того, при малом открытии зева и рано отошедших водах эта операция технически очень трудно выполняется и требует известного опыта и умения.

Сочетание поперечного положения плода с отхождением вод при раскрытии зева на I палец и частичном предлежании плаценты может явиться показанием к проведению кесарева сечения для спасения плода. Но перед врачом повторнорожающая женщина, имеющая ребенка и недоношенную беременность. Он решил отказаться от кесарева сечения. Тем более, что есть надежда провести родоразрешение влагалищным путем, которое может закончиться благоприятно и для плода, имеющего небольшие размеры.

Одним из методов, позволяющих подготовить родовые пути для последующего самостоятельного родоразрешения или окончания родов с помощью акушерской операции, является метрейризм. Указанный метод позволяет добиться и лучших результатов для плода, чем, например, поворот плода на ножку при неполном открытии зева. Кроме того, метрейризм может быть применен и при неподготовленных родовых путях.

Метрейризм при предлежании плаценты начали применять в прошлом столетии (Madurowicz, 1864; Dührssen, 1893).

По этому вопросу имеется значительная литература (В. В. Строганов, 1902; Г. Л. Грауэрман, 1907; М. М. Гинзбург, 1939; С. М. Гольденберг, 1939; И. М. Старовойтов, 1953; В. Vocek, 1924; G. Bauer, 1925; F. Schulte, 1935, и др.).

Tompson (1936) на основании анализа ведения родов у 1000 рожениц с предлежанием плаценты получил наиболее благоприятные результаты при метрейризе.

Dührssen (1904), сообщая также о хороших результатах метрейриза при предлежании детского места, рекомендовал вводить метрейринтер в полость плодного яйца (интраовулярно). Наряду с положительными данными ряда авторов имеются указания на частые осложнения (инфекция, мертворождения и др.) при метрейризе у рожениц с предлежанием плаценты (R. Arnell и W. Cuerrier, 1940).

Ряд акушеров полагают, что метрейризм является особенно целесообразным мероприятием при неподготовленных родовых путях и частичном предлежании детского места. Этот метод дает значительно лучшие результаты для матери и плода, чем поворот на ножку при неполном открытии (А. В. Марковский, В. В. Строганов, 1902; И. И. Яковлев, 1935; И. М. Старовойтов, 1953).

Если в литературе и имеются указания о внеоболочечном (экстраамниальном) введении метрейринтера при предлежании плаценты (Dührssen, 1904; Falk, 1923, и др.), то в настоящее время существует определенное мнение о том, что баллон должен вводиться только в полость плодного яйца (интраамниально), после предварительного разрыва оболочек. Введение метрейринтера внеоболочечно, т. е. между плодным яйцом и стенкой матки, приведет не к остановке кровотечения, а к его усилению вследствие увеличения отслойки плаценты. Кроме того, при экстраамниальном введении метрейринтера

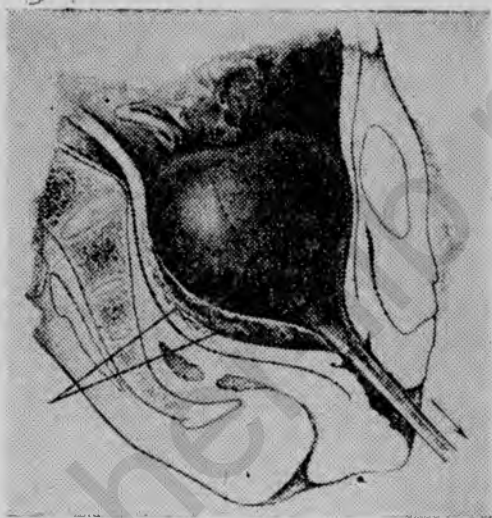


Рис. 65. Частичное предлежание плаценты. Внутриоболочечно введен метрейринтер, прижимающий к стенке матки кровоточившие маточно-плацентарные сосуды.

рейринтера возрастает опасность развития инфекции, так как баллон непосредственно будет прилегать к плацентарной площадке. При внутриоболочечном введении метрейринтера он большей своей поверхностью соприкасается с оболочками плода.

Метрейриз позволяет не только остановить кровотечение, но вызывает или усиливает сокращения матки и приводит к открытию маточного зева. Метрейриз особенно показан в тех случаях частичного предлежания плаценты, когда не подготовлены родовые пути для поворота.



При центральном предлежании детского места наиболее целесообразным является кесарево сечение. Однако в виде исключения при отсутствии условий и возможностей произвести чревосечение, может быть применен и метрейризм (рис. 65). При этом приходится предварительно пробуравливать довольно плотную плацентарную ткань, усиливая кровотечение. И. И. Яковлев (1966) рекомендует в подобных случаях лучше отделить край плаценты с одной стороны, переводя таким образом полное предлежание в неполное, а затем разорвать у края детского места оболочку. Если это не удастся выполнить, тогда прибегают к пробуравливанию ткани плаценты непосредственно над зевом. Н. Н. Феноменов (1906) последний способ считал более целесообразным. Ведь совершенно неизвестно, с какой стороны ближе будет расположен край плаценты. Попытка отделения плаценты от стенки матки с целью дойти до оболочек может привести к отсылке большей части детского места, прежде чем будет достигнута цель. Подобная манипуляция будет сопровождаться более сильным кровотечением, чем пробуравливание плаценты непосредственно над зевом.

Метрейризм не всегда надежно останавливает кровотечение. Применение метрейризма противопоказано при сильном обескровливании женщины. Метрейринтер можно ввести в матку при открытии зева на 1—1,5 пальца; при закрытом зеве производят предварительно осторожное расширение шейечного канала металлическими дилататорами Герара. Не следует прибегать при предлежании плаценты к пальцевому расширению зева, так как при этом ткани шейки легко разрываются и кровотечение усиливается.

Техника метрейризма такова: после подготовки наружных половых частей как для любой влагалищной операции в вагину вводят зеркала. Шейка матки захватывается пулевыми щипцами и по возможности низводится ко входу во влагалище, чтобы предупредить соприкосновение метрейринтера со стенками влагалища.

Метрейринтер, простерилизованный и проверенный на целостность его стенок, складывают сигарообразно и захватывают специальными щипцами или мягким кишечным жомом. В сложенном виде метрейринтер вводят через шейечный канал за внутренний зев интраамниально. Затем трубку метрейринтера соединяют с помощью наконечника и резиновой трубки с кружкой Эсмарха, наполненной раствором риванола 1:2000 или физиологическим раствором. Разжав бранши инструмента, которым вводили метрейринтер, баллон медленно наполняют стерильной жидкостью, а щипцы извлекают.

В нашей клинике мы заполняем метрейринтер по методу И. М. Старовойтова через 2 ампулы, соединенные с баллоном по типу сообщающихся сосудов. После наполнения метрейринтера одну из ампул выключают, а вторую соединяют с баллоном, устанавливая на 45—100 см выше уровня кровати, на которой лежит роженица. Во время сокращений матки жидкость из метрейринтера устремляется в сообщающуюся с ним ампулу и поступает обратно в баллон после прекращения схватки. В результате меняющегося объема метрейринтер оказывает на матку и ее рецепторный аппарат как бы прерывистое действие, вызывая развитие физиологических сокращений матки, которые приводят к сглаживанию шейки и открытию зева. Постоянный объем и натяжение метрейринтера подвешенным грузом в 300—400 г вызывает непрерывное раздражение рецепторного аппарата матки, может сопровождаться беспорядочными схватками со спастическими сокращениями матки. Кроме того, при подвешивании груза к метрейринтеру более возможны разрывы шейки матки, которая особенно легко травмируется при предлежании плаценты.

Метрейринтер не должен оставаться в матке более 6—8 часов, а по мнению И. И. Яковлева (1966), — более 4—6 часов. Применяя трубчатый метрейринтер И. М. Старовойтова, через дополнительную трубку следует вводить в матку пенициллин в количестве 300 000—500 000 ЕД.

После рождения метрейринтера при головных предлежаниях головка плода опускается, прижимает плаценту к стенкам родового канала и роды заканчиваются по И. И. Яковлеву (1966) в 50% случаев самостоятельно. Если же головка не опускается и начинается кровотечение, приходится производить поворот плода на ножку и предоставлять роды естественному течению. При полном открытии зева после поворота допускается и осторожное (разрыв шейки!) извлечение плода за тазовый конец. Вместо поворота плода на ножку могут быть применены и кожно-головные щипцы по Уилт-Иванову (1932) (рис. 66).

При поперечных положениях плода после рождения метрейринтера производят поворот плода на ножку. Указанием на то, что метрейринтер опустился во влагалище, служат появление у роженицы позывов к потугам и удлинение части трубки метрейринтера, выступающей из родовых путей наружу.

С учетом всех особенностей родов у пациентки решено применить метрейриз, а после рождения метрейринтера произвести поворот плода на ножку.

В 22 часа 30 минут роженица взята на стол и подготовлена для влагалищной операции. Во влагалище введены зеркала. Шейка захвачена пуле-

выми щипцами и низведена ко входу во влагалище. В полость плодного яйца введен сигарообразно сложенный трубчатый метрейринтер Старовойтова, который наполнен раствором риванола через ампулу, соединенную с баллоном по типу сообщающихся сосудов. Через дополнительную трубку в матку введено 300 000 ЕД пенициллина. Вскоре появились правильно чередующиеся схватки, повторяющиеся через 10 минут. В течение ночи продолжалась хорошая родовая деятельность. Состояние роженицы оставалось удовлетворительным, кровотечения не было. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, ясное.

В 6 часов 40 минут появились потуги. Метрейринтер при легком потягивании за трубку извлечен из влагалища. Произведено внутреннее исследование: шейка матки сглажена, открытие зева на 4—4,5 пальца, над зевом у левого края нависает доля плаценты; предлежащая часть не достигается. Во время исследования началось сильное кровотечение.

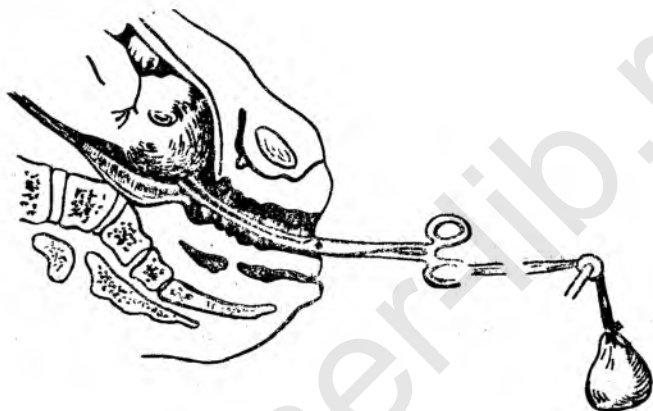


Рис. 66. Предлежание плаценты. Наложение кожно-головных щипцов по Уилт-Иванову.

Дан ингаляционный эфирный наркоз и произведен поворот плода на ножку. При полном открытии зева начато медленное извлечение плода за тазовый конец. Извлечен плод мужского пола в синей асфиксии, оживлен по методу Легенченко. Вес плода 2750 г. Через 1 час 50 минут при неотделившемся после началось кровотечение. Послед выжат по Лазаревичу—Креде. Полость матки обследована рукой, удалены небольшие остатки плацентарной ткани. Матка хорошо сократилась. При осмотре в зеркалах разрывов шейки не обнаружено. Кровопотеря в родах 500 мл. Послеродовой период протекал гладко. 14. VII, на 10-е сутки после родов, женщина с ребенком выписана была домой.

Ведение родов у данной женщины окончилось благоприятно для матери и плода. Однако, несмотря на благополучный исход в этом случае, более правильной тактикой будет применение кесарева сечения при сочетании предлежания плаценты и поперечного положения жизнеспособного плода.

Дело в том, что, во-первых, влагалишные родоразрешающие операции при предлежании плаценты грозят опасностью глубоких разрывов шейки и увеличением кровопотери; во-вторых, поворот плода на ножку с последующим его извлечением при наличии даже самых благоприятных условий (полное открытие зева, хорошая подвижность, соответствие между размерами таза и плода) не всегда заканчивается благоприятно для ребенка. Хорошо известно, что классический акушерский поворот при полном открытии зева сопровождается гибелью половины детей, а при наличии неполного открытия процент мертворождений достигает не менее 80 %.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступила в клинику на 32-й неделе беременности по поводу кровотечения и поперечного положения плода. Высказано предположение о предлежании плаценты. Назначены: постельный режим, наблюдение и повторные переливания небольших доз крови. Кровотечения из родовых путей наблюдались дважды, но были кратковременными и необильными. Через 2 недели начались роды, отошли воды при открытии зева на 1 палец. При влагалищном исследовании обнаружено краевое предлежание плаценты. Применен метрейриз. После рождения метрейринтера оказалось открытие зева на 4—4,5 пальца и боковое предлежание плаценты. Началось кровотечение. Произведен поворот плода на ножку с последующим его извлечением за тазовый конец. Послед выжат по Лазаревичу—Креде. Послеродовой период протекал гладко. На 10-й день после родов женщина с ребенком выписана из клиники.

#### **БОКОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПОВОРОТ НА НОЖКУ ПО БРЭКСТОН—ГИКСУ.**

**Беременная С.,** 32 лет, поступила в родильное отделение клиники в 19 часов 40 минут 25. II 1950 г. в связи с тем, что при беременности в 32—33 недели дома начались роды и стали отходить воды с примесью крови.

Из анамнеза узнаем, что месячные с 16 лет, через 4 недели, по 3 дня. Последние месячные были 18. VII 1949 г. Имела 2 беременности, из которых первая окончилась нормальными родами, а вторая — выкидышем, после которого перенесла воспаление матки. Лечилась.

Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,7°. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки пальпируется на 2 пальца выше пупка. Положение плода поперечное, головка слева. Сердцебиение плода 100 ударов в минуту, глухое. Подтекают воды с примесью крови. Схватки через 5—6 минут, по 20 секунд, слабые.

Влагалищное исследование — шейка матки частично сглажена, открытие зева на 3 пальца. Плодного пузыря нет. Над внутренним зевом определяются плечико плода и нависающая доля плаценты. Кровотечение при исследовании усилилось.

Итак, у нашей пациентки начались преждевременные роды на 32-й неделе беременности при поперечном положении плода. Открытие зева на 3 пальца. Предлежит часть плаценты. Кровотечение началось в родах. Плод живой, но недоношенный, сердцебиение глухое, брадикардия.

*Диагноз ясен. Следует решить вопрос, нужны ли терапевтические мероприятия и если да, то какие?*

Предлежание детского места, сопровождающееся кровотечением во время беременности или родов, требует применения тех или иных акушерских мероприятий. Выбор метода терапии при предлежании плаценты у каждой роженицы должен определяться рядом обстоятельств, исходя из необходимости остановки кровотечения и сохранения здоровья, жизни матери и плода. Лишь в тех случаях, когда женщине угрожает смертельная опасность и нет возможности спасти мать и ребенка, применяют акушерские мероприятия, направленные на спасение женщины.

При решении вопроса о методе лечения учитывают: общее состояние роженицы и степень ее обескровливания, вид предлежания плаценты, характер родовой деятельности, положение и предлежание плода, соответствие между размерами плода и таза, расположение предлежащей части плода по отношению к тазу, подготовленность родовых путей к родоразрешению, возраст женщины и наличие у нее детей, состояние плода (живой или мертвый) и его жизнеспособность (доношенный, недоношенный), наличие признаков инфекции, заинтересованность матери в сохранении жизни плода.

При несглаженной шейке матки, закрытом зеве и угрожающем для жизни женщины кровотечении методом выбора, независимо от жизни и смерти плода, является кесарево сечение. Чаще всего это наблюдается при центральном предлежании детского места. Абдоминальное кесарево сечение может быть применено и в более легко протекающих случаях предлежания плаценты, если спасение жизни вполне жизнеспособного ребенка является главной целью матери или если, помимо предлежания детского места, имеются другие осложнения родов, препятствующие влагалищному родоразрешению: узкий таз, крупный плод, пожилой возраст первородящей женщины с неподатливыми или измененными тканями, фибромиомы матки и др.

Акушерские мероприятия, направленные на остановку кровотечения при влагалищном родоразрешении, применяют обычно при частичном предлежании плаценты и удовлетворительном состоянии женщины.

7. В прежние времена применяли форсированное родоразрешение; воскрешенное в 1829 г. Delmas. Последний рекомендовал его производить под спинномозговой анестезией, облегчавшей расширение зева и выполнение других манипуляций. Однако в нашей стране этот метод не нашел последователей, потому что угрожает гибелью плоду и серьезными осложнениями для матери.

Тампонада влагалища, предложенная Legou еще в 1776 г. и проводившаяся в прошлом столетии (Ф. Г. Гугенбергер, 1875 и др.) с целью остановки кровотечения, в настоящее время всеми оставлена. По данным некоторых авторов при тампонаде влагалища у женщин с предлежанием плаценты смертность матерей достигала 20%, а мертворождения — до 63%.

Остановка кровотечения при тампонаде влагалища ненадежна: увеличивается опасность занесения инфекции в родовые пути. Кроме того, тампонада вследствие оказываемого ею раздражения вызывает или усиливает сокращения матки, увеличивая кровотечение. В порядке исключения тампонада влагалища не более как на 2—2,5 часа может быть применена с целью временной остановки кровотечения, если беременную с предлежанием плаценты необходимо транспортировать для операции в родовспомогательное учреждение (И. И. Яковлев, 1966). Тампонада влагалища более эффективна при головке, плотно прижатой ко входу в таз, и хорошо выраженной родовой деятельности. В одном случае и в условиях клиники нам пришлось применить тампонирование влагалища стерильным бинтом. У женщины с центральным предлежанием плаценты после влагалищного исследования усилилось кровотечение, кровопотеря стала угрожающей. Для спасения жизни дорога была каждая минута. Тампонада остановила кровотечение, беременная была тут же взята в операционную для кесарева сечения.

Вскрытие плодного пузыря в родах при краевом и реже боковом предлежании плаценты и продольном положении плода может оказаться вполне достаточным мероприятием для остановки кровотечения. В ряде случаев, особенно при слабой родовой деятельности и высоко стоящей предлежащей части, вслед за разрывом плодного пузыря приходится в целях остановки кровотечения прибегать к наложению кожно-головных щипцов по Уилт-Иванову, к метрейризу, низведению ножки при тазовых предлежаниях или повороту на ножку при поперечных положениях плода (рис. 67).

После поворота плода на ножку при неполном открытии зева не может быть сразу произведено извлечение плода за тазовый конец. Вынужденное же выжидание после поворота при-

водит к очень большому проценту мертворождений. Поэтому поворот при неполном открытии зева производят, главным образом при мертвом или нежизнеспособном плоде. Дети погибают почти в 100% случаев. в связи с тем, что само оперативное вмешательство и последующее прижатие плаценты приводят к асфиксии и гибели плода.

У нашей пациентки роды преждевременные, на 32-й неделе беременности. Плод недоношенный, в состоянии выраженной гипоксии, мало жизнеспособный. Из акушерских меропри-



Рис. 67. Предлежание детского места. Поворот на ножку и тампонада кровоточащего участка плацентарной площадки ягодицами.

ятий может быть применен поворот на ножку при имеющемся открытии зева на 3 пальца.

Решаем произвести поворот плода на ножку. Пока подготавливают роженицу к влагалищной операции, остановимся на некоторых вопросах методики поворота на ножку при неполном открытии. Операцию производят под глубоким, обычно эфирно-кислородным, наркозом. Во влагалище вводят всю кисть руки. Если плодный пузырь цел, его разрывают с помощью бранши пулевых щипцов под контролем пальцев. При предлежании плаценты, прикрывающей частично

зев, находят край оболочек и также разрывают их с помощью бранши пулевых щипцов.

Два пальца через шейечный канал вводят в полость матки. При головном предлежании отталкивают головку в сторону, соответствующую расположению спинки плода. При поперечном или косом положении плода сразу приступают к отысканию и захватыванию ножки. С этой целью одной рукой, положенной на брюшную стенку, надавливая через стенки матки на ягодичи плода, приближают их ко входу в таз, пальцами, введенными в матку, стараются проникнуть по возможности глубже и найти одну из ножек. Захватив ножку выше лодыжек, подтягивают ее книзу. Как только ножка захвачена, рукой, лежащей на брюшной стенке, головку отводят кверху.

Врач, прежде чем производить поворот, должен убедиться в том, что он захватил пальцами именно ножку, а не ручку. На ножке определяется большой пяточный бугор, короткие пальчики, расположенные все вместе. На ручке пальцы более длинные, между большим и остальными четырьмя пальцами на кисти руки имеется большой угол, а на стопе все пальцы вместе. При затруднении во время захватывания ножки и ее проведения через раскрытый зев на 2 пальца ножку можно захватить под контролем пальцев марлевой петлей, а при мертвом плоде пулевыми щипцами и затем низвести ее. Поворот следует производить медленно. Ножку извлекают до тех пор, пока из влагалища не появится подколенная ямка. Головка отходит ко дну матки и при неполном открытии зева на этом операции заканчивают. Ягодицы, опустившиеся в нижний сегмент матки, прижимают кровотокащие сосуды на месте отслойки плаценты от маточной стенки. Если кровотечение не останавливается, что чаще бывает при слабой родовой деятельности, на ножку накидывают марлевую петлю и подвешивают, перекинув шнур через блок или край кровати, груз весом в 300—400 г, снимая его при прорезывании ягодиц.

При предлежании плаценты шейка и стенка нижнего сегмента легко разрываются, сопровождаясь сильнейшим кровотечением, поэтому нельзя форсировать извлечение плода за тазовый конец даже при полном открытии, а если зев еще не открыт полностью, извлечение плода строго противопоказано. Следует хорошо помнить слова Н. Н. Феноменова (1906): «Разрывают пузырь, низводят ножку и не торопятся с извлечением».

Трудность техники поворота по Брэкстон—Гиксу, мертворождаемость не менее 80%, возможность повреждений шейки и нижнего сегмента матки привели к тому, что эта операция



при предлежании плаценты применяется редко; наложение кожно-головных шипцов и метрейриз являются более простыми по технике выполнения и сопровождаются более благоприятными исходами для плода.

За последние годы и такие операции как метрейриз, наложение кожно-головных шипцов при предлежании плаценты стали применяться реже, уступая место кесареву сечению не только при центральном предлежании плаценты, но и боковом, если больная обескровлена, имеется сильное кровотечение в данный момент и влагалищное, родоразрешение приведет к усилению кровотечения.

Применение влагалищного родоразрешения более уместно при частичном, чаще краевом предлежании плаценты, которое не сопровождается большим кровотечением. Кроме того, при выборе влагалищных операций следует учитывать и интересы плода. При мертвом или нежизнеспособном плоде могут быть осторожно применены, если нет сильного кровотечения, влагалищные методы родоразрешения при наличии соответствующих условий.

В 20 часов роженица подготовлена для влагалищной операции. Дан глубокий эфирный наркоз. Оператор, разведя половые губы роженицы пальцами левой руки, кисть правой руки сложил конусообразно и ввел во влагалище.левой рукой, положенной на брюшную стенку, оперирующий, надавливая на ягодицы плода, приблизил их ко входу в таз. Одновременно указательным и средним пальцами, введенными в матку, удалось захватить ножку выше лодыжек. Во время низведения ножки к зеву и проведения ее через шейку, наружная рука медленно отодвигала головку вверх ко дну матки. Ножка низведена и извлечена из родовых путей наружу до подколенной ямки. Поворот закончен. Наркоз прекращен. Сердцебиение плода не выслушивается. Кровотечения нет. За роженицей установлено наблюдение. Дано указание при появлении кровотечения к ножке подвесить груз весом в 300 г.

Пока нет показаний к активному вмешательству, разберем вопрос об этиологии предлежании плаценты. Большинство авторов полагают, что причины, приводящие к возникновению предлежания плаценты, заключаются или в изменениях слизистой оболочки матки или в изменениях самого плодного яйца. Несомненно, что воспалительные процессы, а также атрофические и дистрофические изменения слизистой оболочки матки после родов, абортотворений являются предрасполагающим фактором для первичной атипической прививки плодного яйца.

Субмукозные фибромиомы, недоразвитие матки при инфантилизме, прижигание слизистой оболочки матки химическими веществами, хронические интоксикации могут приводить к тому, что плодное яйцо, попав в полость матки, не находит под-

ходящих условий для имплантации в измененной слизистой оболочке и спускается книзу, где и прививается.

Механизм соскальзывания яйца в нижний отдел матки объясняют увеличением секрета при воспалении слизистой оболочки матки (Р. А. Черток, 1939). Оплодотворенное яйцо не в состоянии быстро расплавить увеличенный слой секрета и имплантироваться в области тела матки, в силу тяжести оно скатывается вниз. Соскальзыванию плодного яйца в нижний отдел матки способствует и уменьшение или исчезновение складчатости слизистой оболочки, возникающее под влиянием воспалительных и атрофических процессов.

Указанные выше процессы несомненно ведут к нарушениям в развитии децидуальной ткани, и плодное яйцо не прививается вовсе или прививается несовершенно и в результате отсутствия прочных связей с маткой гибнет и изгоняется. Если эндометрий изменен только в верхних отделах, то имплантация яйца может произойти в области нижнего сегмента, децидуальная оболочка которого оказывается неизменной.

Влияние воспалительных изменений слизистой оболочки матки на возникновение предлежания плаценты подтверждает и то обстоятельство, что *placenta praevia* чаще встречается у повторноремеменных женщин, особенно перенесших многократные аборт и послеродовые заболевания.

В. С. Груздев (1922) допускал, что предлежание плаценты может возникнуть в результате появления нормального оплодотворенного яйца в полости матки во время менструации, в силу чего оно током крови смывается в нижние отделы матки. Высказываются мнения о том, что имплантация плодного яйца в области нижнего сегмента происходит при позднем или пониженном проявлении трофобластической способности яйца. При пониженных протеолитических свойствах яйцо продвигается в полости матки до тех пор, пока приобретет возможность внедряться в децидуальную оболочку и в результате имплантация яйца происходит не в верхних отделах полости матки, а в области нижнего сегмента.

Г. Г. Гентер (1937) полагает, что при возникновении предлежания детского места прививка плодного яйца чаще происходит в области тела матки, а в дальнейшем при развивающейся плацентации детское место, разрастаясь, захватывает вторично и нижний сегмент.

Ряд других авторов (Zweifel, 1916) также утверждают, что при измененной децидуальной оболочке ворсинки ищут «благоприятной почвы для своего питания» и плацента, прикрепленная на нормальном месте, разрастается на большей площади и в соответствующих случаях достигает области вну-

тренного зева. Плодное яйцо в таких случаях уподобляется кустарнику, растущему на бесплодной почве, корни которого в поисках питательных соков распространяются вширь и вглубь. Детское место при этом бывает истонченным и увеличенных размеров. Иногда изменения в слизистой оболочке и неподготовленность ее к прививке яйца приводят к глубокому проникновению ворсин до мышечного слоя или даже к врастанию их между мышечными пучками (placenta praevia accreta). М. В. Елкин (1925) наблюдал прорастание ворсин через всю толщу стенки матки с проникновением их в параметрий.

Hofmeier (1905) объясняет образование предлежания детского места тем, что при неблагоприятных условиях для развития плаценты (эндомиотрит и т. д.) в области прививки плодного яйца плацента формируется и на капсулярной децидуальной оболочке разрастается в нижнем сегменте матки, прикрывая область внутреннего зева.

Наличие многих причин и разнообразие их при объяснении этиологии предлежания детского места показывают, что этот вопрос еще недостаточно выяснен. Однако наиболее обоснованными являются теории, объясняющие возникновение предлежания плаценты неполноценностью децидуальной оболочки тела матки.

У нашей роженицы в анамнезе имеются указания на воспалительный процесс со стороны матки после выкидыша. Она лечилась, в течение нескольких лет не беременела. Вероятнее всего в данном случае этиологическим моментом возникновения предлежания плаценты являются изменения децидуальной оболочки, приведшие к ее неполноценности.

21 час 30 минут. Прошел 1 час 30 минут после поворота плода на ножку. За это время роженица проснулась от наркоза, развилась энергичная родовая деятельность.

В 21 час 40 минут при потужной деятельности прорезались ягодицы, выпала вторая ножка и при очередной потуге родился мертвый плод, вес его 1900 г. Кровотечения в последовом периоде не было, послед вышел через 1 час 20 минут после рождения ребенка. Осмотрена шейка матки в зеркалах — разрывов не обнаружено. Назначен пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 6 часов. Послеродовой период протекал без осложнений, и родильница выписана из клиники 6. III, на 10-е сутки после родов в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эликриз.** Повторнородящая женщина с недоношенной беременностью поступила с кровотечением, появившимся при начавшихся родах после отхождения вод. Установлено боковое предлежание плаценты. Произведено поворот на ножку по Брэкстон—Гиксу. Кровотечение прекрати-

лось. Через 1 час 40 минут родился мертвый плод весом 1900 г. Последовый и послеродовой периоды протекали без осложнений.

### ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Беременная Р., 30 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в родильное отделение клиники 26. XI 1956 г. в 18 часов 40 минут.

Эта беременность шестая. Предыдущие 2 беременности (2 и 3) закончились срочными родами, остальные три беременности — абортми. Последние месячные были 24. II 1956 г. Последняя беременность протекала нормально, самочувствие было хорошее. 23. XI без всякой видимой причины появились кровянистые выделения из половых органов, но самочувствие по-прежнему оставалось хорошим, болей беременная не испытывала. В последующие два дня мажущиеся кровянистые выделения продолжались, и беременная по этому поводу обратилась к врачу женской консультации, который и направил ее в клинику, вызвав машину «скорой помощи». По дороге в клинику началось сильное кровотечение.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Артериальное давление 80/50 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Температура 36,2°. Тоны сердца глухие. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный; увеличен соответственно доношенной беременности. Дно матки определяется на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Родовой деятельности нет. Воды не отходили. Положение плода косое, головка подвижна и стоит высоко над входом в таз, отклонена вправо. Сердцебиение плода ясно прослушивается слева на уровне пупка, 134 удара в минуту. Одежда, наружные половые части и бедра в крови. Кровопотеря приблизительно составляет 600—700 мл, кровотечение продолжается.

#### *Что можно предположить?*

1. Преждевременное отделение детского места.
2. Предлежание плаценты.

Внезапное появление сильного кровотечения из родовых путей у женщины в последние дни беременности и клиническая картина при наружном исследовании заставляет прежде всего подумать о возможности предлежания детского места. С целью уточнения диагноза необходимо провести влагалищное исследование, но так как оно может усилить кровотечение, то нужно быть готовым к оказанию оперативной помощи в целях остановки кровотечения. Поэтому дадим указание о том, чтобы женщину срочно доставили в родильный зал, определили группу крови и приготовили все для переливания крови. Одновременно необходимо готовить и операционную для кровосечения.

Беременная уложена на родильной кровати и подготовлена для влагалищного исследования. Одновременно из-за тяжелого состояния больной начато внутривенное переливание консервированной крови.

Из родовых путей стекает стружкой кровь, влагалище заполнено сгустками (300 мл). Шейка матки слегка укорочена, зев свободно пропускает один палец, которым ясно определяется мягковатая, губчатая ткань, расположенная над внутренним зевом. Оболочки при исследовании не достигаются. Емкость таза хорошая, мыс не достижим.

Итак, наше предположение о предлежании плаценты подтвердилось.

### Что делать?

1. Перелить кровь, вывести беременную из тяжелого состояния.

2. Применить метрейриз, который остановит кровотечение и, подготовив родовые пути, позволит закончить роды.

3. Произвести кесарево сечение.

Родовой деятельности пока еще нет, но беременность доношенная и схватки могут появиться в любую минуту. С началом родов кровотечение усилится. Выждать нельзя, даже если кровотечение временно остановится. Ведь женщина уже потеряла 800—900 мл крови и повторная большая кровопотеря может оказаться опасной для жизни. Родовые пути закрыты и из влагалищных акушерских операций можно применить метрейриз, введя баллон интраамниально, но для этого придется пробуравить предлежащую плаценту, что вызовет усиление кровотечения и ухудшение и так уже тяжелого состояния беременной. Кроме того, положение плода косое, и если после метрейриза оно не перейдет в продольное, то неизбежен поворот на ножку.

Пробуравливание плаценты, метрейриз и поворот на ножку окажутся для плода настолько тяжким испытанием, что он может погибнуть. Для матери две операции с неизбежным усилением кровотечения во время оперативного вмешательства и в период между метрейризом и низведением ножки после поворота, представляют большую опасность (надо учитывать уже имеющуюся тяжесть общего состояния).

Все это вместе взятое является достаточным основанием для отказа от влагалищного родоразрешения и заключения о необходимости применения кесарева сечения. Мы сказали наше мнение беременной и получили ее согласие на операцию абдоминального кесарева сечения. Больную перевезли в операционную и, продолжая переливание крови в вену капельным методом, готовятся к чревосечению.

Кесарево сечение при предлежании плаценты впервые было произведено в 1893 г. Lodemann и получило у зарубежных акушеров быстрое признание. В иностранной

литературе имеется много данных, говорящих о том, что очень часто при терапии предлежания детского места отдается явное предпочтение кесареву сечению.

Так, по сообщению Reich (1956), в Беллеведудской больнице в период с 1919—1941 гг. кесарево сечение было применено у 18% женщин с предлежанием плаценты, а в течение 1941—1954 гг. у 85% и лишь у 15% женщин с предлежанием детского места роды разрешены влагалищным путем.

Taylor (1963) указывает, что на 291 случай предлежания плаценты не было ни одного случая материнской смертности, но приблизительно у 75% женщин с этой патологией было произведено кесарево сечение.

К. Н. Савватеев (1959), проводивший наблюдения в нашей клинике, не отметил летальных исходов у матерей при предлежании плаценты, хотя родоразрешение абдоминальным путем было произведено из 163 женщин только у 47 (28,8%).

Наши отечественные акушеры-гинекологи всегда осторожно подходили к применению кесарева сечения, учитывая ближайшие и отдаленные последствия этой операции для здоровья женщины и ее детородной функции. Кесарево сечение является, по общепринятому положению, наилучшим методом лечения при центральном предлежании плаценты, а также при боковом предлежании, если оно сопровождается сильным кровотечением при закрытой шейке матки. Кесарево сечение при предлежании детского места имеет ряд преимуществ перед влагалищными методами родоразрешения: при нем можно быстро остановить кровотечение независимо от степени раскрытия зева; меньше опасность инфицирования, так как оперирующий вводит инструмент в матку, минуя родовые пути, содержащие бактерии. Родоразрешение с помощью кесарева сечения дает наилучшие результаты для плода и позволяет избежать растяжения нижнего сегмента и разрывов шейки матки, что нельзя не учитывать при предлежании плаценты.

При сочетании предлежания плаценты с другими видами акушерской патологии (поперечное положение плода, узкий таз, неправильные вставления головки и др.) родоразрешение путем чревосечения также будет наиболее целесообразным. В каждом отдельном случае предлежания плаценты вопрос о кесаревом сечении должен разрешаться индивидуально, после серьезного обсуждения. Нельзя применять указанную операцию без достаточных оснований. Противопоказанием для кесарева сечения является лихорадочное состояние и смерть плода. Однако, если женщине угрожает смертельная опас-

ность и родовые пути не подготовлены к родоразрешению, приходится и при этих условиях идти на чревосечение.

У нашей беременной кесарево сечение показано, так как имеется сильное кровотечение, вызванное вероятнее всего центральным предлежанием плаценты, а родовые пути не подготовлены к влагалищному родоразрешению.

По вопросу о методе операции при placenta praevia имеются различные мнения. Одни акушеры считают наиболее правильным производить рассечение матки в нижнем сегменте, что сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода, лучшим заживлением разреза матки, уменьшает опасность разрыва маточной стенки при последующих беременностях и родах. Кроме того, при операции, произведенной в нижнем сегменте, в случаях кровотечения из области плацентарной площадки может быть применено обкалывание кровоточащего участка восьмиобразными швами. О подобном случае сообщил И. Л. Брауде (1959).

Другие акушеры предпочитают классическое кесарево сечение при предлежании плаценты, так как рассечение нижнего сегмента, особенно если детское место прикрепляется в области передней стенки матки, часто сопровождается сильным кровотечением. Конечно, быстрым рассечением стенки матки вместе с тканью плаценты можно предупредить сильное кровотечение. Но если детское место не рассекается сразу после разреза стенки нижнего сегмента и при попытках ввести руку интравулярно происходит отслойка плаценты, кровотечение резко усиливается и промедление с опорожнением матки в это время увеличивает опасность для жизни женщины и угрожает гибелью плоду. Поэтому при предлежании плаценты кесарево сечение в нижнем сегменте производят лишь опытные акушеры-гинекологи, хорошо владеющие оперативной техникой.

Для многих врачей, особенно в условиях участковой или районной больницы, более правильным будет избрать для операции метод классического кесарева сечения. Разрез в области тела матки следует, по нашему мнению, применять независимо от опытности оператора, если женщина резко обескровлена и находится в тяжелом состоянии или если плацента прикрепляется на передней стенке матки и в области нижнего сегмента заметна обильно развитая сеть кровеносных сосудов.

По данным Marshall (1954), за 1943—1947 гг. материнская летальность после корпорального кесарева сечения у 343 женщин при предлежании плаценты составляет 2,04%,

а после кесарева сечения с поперечным рассечением нижнего сегмента — у 399 беременных и рожениц — 0,25%.

А. С. Слепых (1968) отмечает, что материнская летальность после корпорального кесарева сечения при предлежании плаценты в три раза выше, чем при перешеечном кесаревом сечении. Эти данные и наши многолетние наблюдения указывают на целесообразность более широкого применения кесарева сечения в нижнем сегменте при предлежании плаценты.

Беременные с предлежанием плаценты весьма чувствительны к повторным кровопотерям и при значительном новом кровотечении у них быстро развивается тяжелое состояние, из которого трудно бывает вывести больную. Поэтому весьма целесообразно начинать переливание крови еще до операции, продолжая его во время оперативного вмешательства. При наличии сильного кровотечения следует начинать трансфузию крови капельным методом, переходя на струйное переливание после остановки кровотечения. Вернемся к нашей больной.

19 часов 30 минут. Продолжается переливание крови в вену. С момента поступления в клинику уже введено 400 мл крови и 40 мл 40% раствора глюкозы. Кожные покровы и видимые слизистые слегка порозовели. Артериальное давление 90/70 мм рт. ст. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, легко сжимаемый. Кровотечение из родовых путей уменьшилось, но продолжается.

После подготовки операционного поля произведена послынная анестезия брюшной стенки 0,25% раствором новокаина. Средним разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Продолжено местное обезболивание. Раствор новокаина введен под париетальную брюшину в окружности разреза. Вслед за этим обезболивающий раствор введен под брюшину пузырно-маточного углубления и под передний листок широкой связки у ребра матки с обеих сторон. Брюшная полость отгорожена марлевыми салфетками. Поперечным разрезом вскрыта брюшина в области пузырно-маточной складки и мочевого пузыря с помощью тупфера легко отодвинут книзу и защищен с помощью широкого полукруглого зеркала. Скальпелем продольным разрезом длиной в 10—12 см рассечена передняя стенка нижнего сегмента и частично тела матки. Разрез на небольшом участке захватил плацентарную площадку, поэтому быстро рассечена и предлежащая часть детского места. При этом вытекли околоплодные воды. С помощью пальцев руки, введенных в полость матки, оператор быстро вывел головку и затем извлек живого ребенка женского пола, который сразу закричал. Пуповина пересечена между зажимами и ребенок передан акушерке. Вес плода 2900 г, длина 48 см.

В толщу маточной стенки введен 1 мл питуитрина и 1 мл эрготина. Послед отделен рукой и удален из матки. Стенки матки проверены большой тупой юркеткой, при этом удалены мелкие частицы плацентарной ткани. Плацентарная площадка располагалась в нижнем сегменте, окружая со всех сторон внутренний зев. На разрез стенки матки наложены в два этажа узловатые кетгутовые швы. После этого непрерывным кетгутовым швом подшит к матке край пузырно-маточной складки брюшины; при этом



защитный разрез маточной стенки полностью оказался прикрыт и перитонизирован.

Матка хорошо сократилась. Удалены марлевые салфетки из брюшной полости. Под брюшину пузырьно-маточного углубления в области разреза влито 300 000 ЕД пенициллина. Брюшная полость зашита послойно наглухо. Во время операции было перелито еще 450 мл консервированной крови 0 (I) группы и 250 мл протившокового раствора. Общая кровопотеря 1500 мл.

Состояние больной к концу операции улучшилось. Пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 105/70 мм рт. ст. Из родовых путей — незначительные кровянистые выделения. Матка хорошо сократилась.

Больная перевезена в палату. На низ живота положен пузырь со льдом. Назначен пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 4 часа. Послеоперационный период протекал гладко, температура была нормальная, заживление операционной раны произошло первичным натяжением. 8. XII женщина с ребенком, имевшим вес 3200 г, выписана из клиники в хорошем состоянии.

После кесарева сечения, произведенного по поводу предлежания плаценты, также как и при наклонности к гипотонии матки в других случаях, по нашим наблюдениям, целесообразно дополнительное капельное внутривенное введение (20—30 капель в минуту) окситоцина или питуитрина из расчета 3 ед. препарата на 500 мл 5% раствора глюкозы. Мы обычно в подобных случаях капельное введение окситоцина начинаем перед разрезом матки и продолжаем его на протяжении всего оперативного вмешательства и после операции.

Следует учитывать, что питуитрин и окситоцин оказывают свое действие на сокращения матки сравнительно короткий отрезок времени. Более длительное воздействие оказывают водные алколоиды спорыньи, из которых наиболее распространенными являются эрготал, эргометрин, эргобазин, гинофорт. Указанные препараты назначают в виде подкожных и внутримышечных инъекций по 1 мл или внутрь по 1 таблетке 3 раза в день. Целесообразно в раннем послеuroдовом и послеоперационном периоде сочетанное применение препаратов спорыньи и окситоцина.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступает в клинику с сильным кровотечением, появившимся в конце беременности. Установлено предлежание плаценты. Начато переливание крови. При наличии неподготовленных родовых путей произведено под местной анестезией перешеечно-корпоральное кесарево сечение. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 14-й день женщина с ребенком выписаны из клиники в хорошем состоянии.

## ШЕЕЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.

Беременная Н., 32 лет, поступила в родильное отделение клиники 3. XII 1945 г. с начавшейся родовой деятельностью.

Эта беременность четвертая. Первые две беременности закончились нормальными родами, последняя — абортom в 1944 г. Беременность доношенная, протекала без осложнений. 3. XII в 16 часов появились схватки.

Общее состояние хорошее. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура 36,6°. Пульс 72 удара в минуту. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких выслушиваются единичные сухие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки у мечевидного отростка. Положение плода продольное, предлежит подвижная головка, расположенная высоко над входом в таз. Спина плода слева. Сердцебиение плода 124 удара в минуту, выслушивается ясно слева ниже пупка. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Схватки слабые, через 18—20 минут по 20 секунд. Воды не отходили.

Итак, перед нами повторнородящая женщина, поступившая в клинику при первых схватках, с нормальными размерами таза и правильным положением плода. Состояние роженицы и плода хорошее, пока нет никаких данных для неблагоприятного прогноза. Поместим роженицу в предродовую палату и будем за ней наблюдать.

Как бы ни были хороши акушерские данные при осмотре роженицы, мы не можем забывать о том, что в родах с их многочисленными и разнообразными особенностями могут возникать неожиданные осложнения, омрачающие нередко прогноз для матери и плода. Поэтому роженица должна находиться под постоянным наблюдением врача и акушерки.

23 часа. Состояние роженицы хорошее. Схватки через 10 минут по 25 секунд, средней силы. Воды не отходили. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное. Артериальное давление 135/75 мм рт. ст.

В 24 часа 45 минут внезапно началось сильнейшее кровотечение из родовых путей. Роженицу взяли в родильный зал и дежурный врач срочно произвел влагалищное исследование. Влагалище заполнено сгустками крови, которые удалены. Шейка матки укорочена, открытие внутреннего зева на 2—2,5 пальца. Над зевом слева и сзади определяется мягкая, губчатая ткань плаценты, свисающая в виде языка в шейный канал. Справа над зевом достигаются оболочки и определяется подвижная головка, стоящая над входом в таз.

Во время исследования кровотечение усилилось, роженица побледнела и стала жаловаться на общую слабость и головокружение. Артериальное давление снизилось до 100/60 мм рт. ст.

С целью остановки кровотечения врач браншей пулевых щипцов под контролем пальцев разорвал оболочки, наложил щипцы Мюзо на кожу головки плода и подвесил к щипцам груз в 400 г. Кровотечение прекратилось. Кровопотеря 700 мл. Начато переливание консервированной крови. Состояние роженицы улучшилось. Пульс 90 ударов в минуту. Артериальное давление 95/65 мм рт. ст. Схватки через 10 минут по 30 секунд, средней силы, сердцебиение плода 136 ударов в минуту, ясное.

Так нередко бывает в акушерской практике. Роды проходят нормально, а затем вдруг возникает патологическое состояние, быстро меняющее сло-

жающую обстановку и требующее немедленного оказания помощи. У нашей роженицы так и получилось. Внезапно возникло сильнейшее кровотечение в родах, она потеряла до 700 мл крови. При влагалищном исследовании обнаружено боковое предлежание плаценты; с целью остановки кровотечения разорваны оболочки и наложены кожно-головные щипцы. Кровотечение удалось остановить. Роды продолжаются.

### *Каков прогноз? К чему нужно быть готовым при родах с предлежанием плаценты?*

Предлежание плаценты при беременности и в родах может сопровождаться помимо острой кровопотери и шока и такими тяжелыми осложнениями, как эмболия и септические заболевания. Прогноз для матери и плода омрачается еще и применением оперативных вмешательств, вызванных необходимостью остановки кровотечения. Наиболее неблагоприятные исходы наблюдаются при центральном предлежании плаценты и влагалищных методах родоразрешения при этом.

По данным сводной статистики Rankow (1927), общая материнская смертность при предлежании плаценты достигает 7% (при частичном предлежании — 3%, при полном — 13%), по Я. Н. Волкову (1936) — 6,8, по И. Ф. Жордана (1955) материнская смертность колеблется от 0 до 3%. Несомненно, что в настоящее время при наличии антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и своевременном применении в показанных случаях кесарева сечения материнскую смертность можно свести к нулю.

Так, И. А. Покровский (1956) на 72 случая предлежания плаценты не наблюдал ни одной смерти матери. Этот же автор в предыдущие годы отмечал 6,3% материнской смертности при предлежании плаценты.

Эмболии в настоящее время встречаются очень редко при предлежании плаценты, но о них не следует забывать, особенно при внутриматочных манипуляциях во время остановки кровотечения. Отслойка значительной части плаценты при влагалищных операциях, атоническое состояние матки в последовом и раннем послеродовом периоде с наличием зияющих сосудов плацентарной площадки, расположенной близко к влагалищу, способствуют возникновению эмболии.

Применение антибиотиков в родах, при операциях и в послеродовом периоде с профилактической и лечебной целью позволяет значительно уменьшить число и тяжесть послеродовых заболеваний.

Отказ от поворота на ножку по Брэкстон—Гиксу при живых и жизнеспособных плодах у женщин с предлежанием плаценты, своевременное применение кесарева сечения при-

вели к снижению и мертворождаемости. Если раньше мертворождаемость по Л. А. Гусакову (1910) достигала 64,9%, по данным Д. А. Парышева (1914) — 60,5% и Ф. Н. Полушева (1938) — 50%, то в последние годы она снизилась до 20%.

По данным И. А. Покровского (1943), мертворождаемость достигала 59,2%, а в 1956 г. он уже указывает 22,2%.

В акушерской клинике Минского медицинского института за 1951—1958 гг. из 163 женщин с предлежанием плаценты ни одна не погибла, а из 168 родившихся детей 33 (19,4%) было мертворожденных, из них 15 доношенных и 18 недоношенных.

По данным Taylor (1963), при предлежании плаценты умирал каждый пятый ребенок.

Наши наблюдения показывают, что большое значение в системе профилактики и борьбы с кровотечением и малокровием при предлежании плаценты имеют повторные переливания крови, которые являются одним из эффективных средств в комплексном лечении. При отсутствии больших кровопотерь повторные трансфузии крови производили небольшими дозами по 120—150 мл. Повторными переливаниями крови удавалось не только предупредить падение содержания гемоглобина в крови, но даже повысить его. Состояние плода оставалось хорошим и при своевременной госпитализации женщин с предлежанием плаценты для лечения, удалось снизить мертворождаемость в этой группе до 14,5%.

При сильной степени обескровливания применяли сочетанные переливания крови и кровезамещающих жидкостей, количество которых устанавливалось в зависимости от состояния больной и величины кровопотери. При терминальных состояниях у 8 женщин было применено с успехом внутриартериальное переливание крови.

Учитывая опасность развития инфекции при предлежании плаценты, в связи с анемией, низким расположением плацентарной площадки, частыми оперативными вмешательствами, мы стремились тщательно соблюдать асептику и антисептику, применяли антибиотики и сульфаниламиды в сочетании с назначением витаминов. Лихорадочное течение и послеродовые заболевания наблюдались из 163 женщин у 29 (17,78%).

Анализ литературных данных и наших личных наблюдений показывает, что смерть женщин при предлежании плаценты чаще всего наступает в результате кровопотери и шока при наличии неостановленного кровотечения или несвоевременного и неполноценного проведения лечебных мероприятий, направленных на остановку кровотечения и на борьбу с кровопетерей.

Последовый и ранний послеродовой периоды у женщины с предлежанием плаценты таят в себе большую опасность и могут сопровождаться значительным, а иногда и сильным кровотечением, в результате атонии матки или разрыва шейки. Смерть от кровопотери чаще всего наступает не перед рождением ребенка, а после него. Предлежание плаценты нередко приводит к глубокому вращению ворсин в стенку матки, что нарушает процесс отделения и выделения плаценты. При наличии кровотечения, следует учитывать состояние женщины и предыдущую кровопотерю, не допуская новой, которая может оказаться роковой. И. Ф. Жордания рекомендует сразу после рождения плода отделить детское место и одновременно обследовать состояние стенок нижнего сегмента и шейки матки.

Мы полагаем, что при удовлетворительном состоянии роженицы и отсутствии кровотечения можно 30—40 минут подождать самопроизвольного отделения последа. Но врач должен быть наготове и находиться непосредственно у роженицы, чтобы сразу вмешаться, если появится кровотечение. У сильно обескровленных женщин послед удаляют тотчас же после рождения ребенка, прибегая к ручному отделению плаценты. Послед при более или менее удовлетворительном состоянии женщины при начавшемся кровотечении выжимают по Лазаревичу—Креде и, если это не удастся, тут же приступают к ручному отделению и выделению плаценты. После этого осматривают шейку в зеркалах и при наличии разрывов их немедленно зашивают. Назначают инъекции питуитрина и эргометрина.

В послеродовом периоде может наблюдаться кровотечение в результате того, что не сокращается стенка нижнего сегмента в области плацентарной площадки. При этом тело матки может быть хорошо сократившимся и плотным. Если обычные общепринятые мероприятия (холод на низ живота, инъекции питуитрина и внутривенное капельное введение окситоцина, массаж матки, прижатие аорты) не останавливают кровотечения, то нужно быть готовым к чревосечению и экстирпации матки. При продолжающемся кровотечении после проведения всех других мероприятий экстирпация матки является единственным способом, могущим надежно остановить кровотечение. Но эту операцию, применяемую как последнее средство, следует производить своевременно, так как при позднем ее применении не удастся спасти женщину от смерти.

Экстирпацию или ампутацию матки в некоторых случаях применяют после кесарева сечения, если кровотечение не останавливается. Поэтому, прежде чем зашивать рану брюшной

стенки; необходимо убедиться в том, что матка хорошо сократилась и кровотечение остановлено.

Вместо удаления матки при ее атонии за последнее десятилетие чаще стали прибегать к перевязке основных, питающих матку сосудов, что сопровождается остановкой кровотечения и при этом не происходит значительного нарушения функций матки (Д. Р. Цицишвили, 1957—1962; Е. К. Александров, 1962, и др.).

Н. С. Бакшеев (1963) сообщил о 36 женщинах, которым при атонических кровотечениях были перевязаны маточные и яичниковые сосуды; из них 12, находившиеся в момент операции в очень тяжелом состоянии, погибли. После перевязки основных сосудов матка сокращается и становится плотной, в течение ближайших нескольких минут кровотечение полностью прекращается.

Отдаленные наблюдения за оперированными больными показывают, что перевязка маточных и яичниковых сосудов матки не приводит к гибели органа. Функция матки сохраняется. Однако следует учитывать, что операция перевязки сосудов, так же как и удаление матки при ее атонии должны быть применены своевременно. Кроме того, при опасности развития инфекции (эндометрит в родах и т. п.) более целесообразно удаление матки, чем перевязка сосудов, которая в условиях инфекции может сопровождаться тяжелыми осложнениями в послеоперационном периоде.

В первые часы после родов (операции) за родильницей, имевшей предлежание плаценты, должно быть установлено строжайшее наблюдение. При этом необходимо следить не только за кровотечением, но и за общим состоянием, проверяя многократно пульс и артериальное давление.

Все сказанное показывает, что при предлежании плаценты врач должен быть готов в течение всего родового акта и в первые часы после него к использованию всех методов и средств, направленных на остановку кровотечения и на борьбу с кровопотерей и шоком.

4. XII, 4 часа 30 минут. Состояние роженицы удовлетворительное. Головка опустилась в полость таза. Схватки сопровождаются потугами, которые повторяются через 3—4 минуты и длятся по 40 секунд. Сердцебиение плода 146 ударов в минуту, приглушено, но ритмичное. Кровотечения из родовых путей нет.

5 часов. Головка в выходе таза. Сердцебиение плода глухое, аритмичное, 100 ударов в минуту. Из-за тяжелой асфиксии плода (после безуспешного применения бинта Вербова и инъекции 1 мл питуитрина) без применения наркоза наложены выходные акушерские щипцы. Плод извлечен в синей асфиксии, которая быстро прошла. Плод — мальчик, вес 3600 г., длина 51 см.,

Через 5 минут после рождения плода началось сильнейшее кровотечение. Врач, стоявший у кровати роженицы с вымытыми руками, немедленно приступил к выделению последа. Одновременно начато переливание крови. Плацента легко отделилась от стенки матки и тут же удалена. Рукой проверена полость матки, остатков плацентарной ткани не обнаружено. Тело матки сократилось, кровотечение прекратилось.

В зеркалах осмотрена шейка матки, разрывов нет. Шейка матки очень дряблая. Слева и сзади на внутренней поверхности ее стенки имеется шероховатая поверхность, переходящая за внутренний зев на нижний сегмент. Местами на этой поверхности видны глазом неровности и кусочки ткани, напоминающие плацентарную ткань, которые без особого труда снимаются пинцетом. Кровотечения нет. Состояние роженицы несколько ухудшилось после операции и в результате повторной кровопотери. Пульс 90 ударов в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт. ст.



Рис. 68. Шеечно-перешеечное предлежание плаценты.

*Каков окончательный диагноз? Что делать?*

1. Было боковое предлежание плаценты, сопровождавшееся кровотечением в родах и в послеродовом периоде. Показано переливание крови и тщательное наблюдение.
2. Предлежание плаценты не обычное, имеется *placenta isthmico-cervicalis* — необходима экстирпация матки. *Placenta praevia cervicalis* является редкой, но наиболее тяжелой акушерской патологией и представляет смертельную опасность для женщины ввиду угрозы сильней-

шего кровотечения. Чаше при шеечном предлежании детского места плацентарная ткань развивается не только в шейке, но и перешейке матки (placenta praevia isthmico—cervicalis). Вероятнее всего, что имплантация яйца происходит в нижнем сегменте матки, а развившаяся плацента частично опускается за внутренний зев, и шейка матки превращается в добавочное плодоеместилище (И. И. Яковлев). Д. И. Гимпельсон (1936) гистологическими исследованиями доказал развитие плаценты в слизистой оболочке шеечного канала.

При шеечном или шеечно-перешеечном предлежании плаценты наблюдаются очень сильные кровотечения, и терапия должна заключаться в удалении матки (рис. 68). Казалось бы ясно, как проводить лечение у нашей родильницы. Но кровотечения нет. Матка хорошо сократилась и после переливания 500 мл крови общее состояние значительно улучшилось. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 115/65 мм рт. ст.

### *Что же делать?*

По имеющимся литературным данным при шеечном предлежании плаценты показана экстирпация матки. Врачи, проводившие роды, впервые столкнулись с этим редким видом акушерской патологии. Состояние родильницы удовлетворительное. Кровотечения нет. Возникает мысль, нужна ли экстирпация матки, не подвергнется ли напрасно добавочной тяжелой травме женщина, перенесшая уже много осложнений и операций.

Так мы рассуждали, стремясь найти наиболее правильный выход из положения. Решили выждать некоторое время, приготовившись на всякий случай к чревосечению.

Прошло еще полчаса. В состоянии роженицы изменений не наблюдается, кровотечения нет.

Операционная сестра, оператор и ассистент сидят в стерильных халатах у операционного стола. В стойке приготовлены ампулы для переливания крови.

6 часов 15 минут. Появилось значительное кровотечение, подкладная простынка сразу пропиталась кровью. Кровопотеря 200 мл. Родильница побледнела. Пульс стал слабого наполнения.

Решено тут же приступить к чревосечению. Больная уложена на операционный стол, быстро подготовлено операционное поле, и хирург начал анестезию брюшной стенки. Одновременно приступили к переливанию крови в вену. Не успел еще хирург ввести второй шприц новокаина, как состояние больной стало тяжелое. Затем началась агония. Переливание крови: введение 50 мл 40% раствора глюкозы в вену и нагнетание крови в заднюю большеберцовую артерию, начатое при остановке дыхания и прекращении



сердечной деятельности, остались безуспешными. Наступила смерть от острой кровопотери и шока.

После совершившегося трагического исхода сразу же возникла мысль о том, что следовало бы сразу, как только поставлен был диагноз шеечного предлежания плаценты, произвести чревосечение и удалить матку, тогда, вероятно, удалось бы предупредить повторную кровопотерю и последующий летальный исход. Стало ясно, что следовало применить чревосечение, не успокаиваясь тем, что кровотечение прекратилось. Не было учтено то обстоятельство, что защитные силы организма уже подвергались неоднократно тяжелым испытаниям при повторных кровотечениях в родах и во время операций. Компенсаторные механизмы при таком положении могут быстро оказаться несостоятельными, функция их резко нарушается. При таком состоянии даже небольшое неблагоприятное воздействие на организм (кровопотеря и др.) резко сказывается на организме и может привести к тяжелым последствиям.

Больная, которая хорошо справлялась до этого с большой кровопотерей и после переливания крови находилась в удовлетворительном состоянии, погибла в результате повторной кровопотери в 250—300 мл.

**Краткий эпикриз.** Повторнородящая женщина поступила в клинику в родах. В периоде раскрытия внезапно началось сильное кровотечение. Установлено боковое предлежание плаценты. Произведен разрыв оболочек и наложены кожно-головные щипцы. Кровотечение остановилось. В последовом периоде возобновилось сильное кровотечение. Произведено ручное отделение плаценты и переливание крови. После временной остановки кровотечения опять возобновилось. Приступили к чревосечению, но больная умерла в начале операции.

#### **ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. АГОНИЯ. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ**

**Беременная П.**, 33 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в родильное отделение клиники 22. I 1954 г. в 20 часов 35 минут по поводу сильнейшего кровотечения при беременности в 37—38 недель.

Эта беременность третья. Предыдущие беременности закончились нормальными родами.

22. I в 20 часов внезапно началось сильное кровотечение из родовых путей.

При поступлении в клинику: общее состояние очень тяжелое, резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых, пульс и кровяное давление не определяются, дыхание поверхностное, прерывистое. Зрачки расширены, сознание затемнено. Из влагалища вытекает в большом количестве жидкая кровь, отмечается произвольное отхождение мочи и кала.

Годовой деятельности нет.

Матка увеличена соответственно 37—38-недельной беременности, положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Срочно произведено влагалищное исследование. Влагалище заполнено сгустками крови, последние удалены. Шейка матки слегка укорочена. Открытие маточного зева на 1,5 пальца, над зевом везде определяется мягкая губчатая ткань (плацента).

Диагноз не вызывает сомнений. Состояние беременной угрожающее.

### *Что делать?*

Прежде всего даем указание подготовить срочно операционную и хирургов для чревосечения, а также все необходимое для переливания крови и кровезамещающих жидкостей. Пока переносят женщину в операционную, быстро разберемся в создавшемся положении и наметим план лечебных мероприятий.

Беременная находится в агональном состоянии. Необходимо срочно и с наименьшей потерей остановить кровотечение. При неподготовленных родовых путях сделать это можно, применив кесарево сечение. Плод мертв, но операция показана в интересах спасения жизни матери. Возникает мысль, не следует ли попытаться вывести женщину из агонии с помощью переливания крови, а потом сделать операцию. Но кровотечение продолжается, жизнь с каждой минутой угасает. Если применять массивное переливание крови, то при неостановленном кровотечении это только увеличит кровопотерю и может лишь ускорить наступление летального исхода. Кроме того, следует учитывать, что возместить предельно большую кровопотерю внутривенным переливанием крови и спасти больную от неминуемой гибели можно лишь при кровопотере с ненарушенной функцией компенсаторных механизмов, когда еще сохраняется координированный закономерный характер патофизиологической реакции на кровотечение, когда даже при очень низком уровне кровяного давления сразу после внутривенного переливания крови наступает значительно улучшение общего состояния, быстрое повышение уровня кровяного давления.

Если компенсаторные механизмы резко нарушены, внутривенное переливание является нецелесообразным, так как оно или сопровождается чрезвычайно медленно нарастающим положительным эффектом (кровяное давление длительное время остается на низких цифрах, что является далеко не безразличным для организма, уже пострадавшего от гипоксии), или же внутривенное переливание крови оказывает отрицательное действие на гемодинамику, переполняя венозную систему кровью при ослабленной деятельности сердца, может ухуд-

шить состояние больной и представлять опасность для ее жизни.

Литературные данные (Х. Д. Гаджиев, 1949; В. А. Неговский, 1954; Б. В. Петровский, 1954; А. В. Гудяев, 1954, и др.), наши клинические наблюдения и экспериментальные исследования ассистента клиники С. Ф. Автюхович (1955) показывают, что при наличии преагонального состояния или агонии, наступивших в результате острой кровопотери и шока, внутривенные переливания крови не могут восстановить резко ослабленную сердечную деятельность. В подобных случаях можно полагаться только на внутриаартериальное переливание крови, которое является наиболее эффективным методом лечения при терминальных состояниях.

При артериальном переливании крови не происходит перегрузки малого круга кровообращения, не создается непосильной нагрузки для правого сердца и внутриаартериальное переливание не ложится балластом на венозные магистрали — нижнюю полую вену, а косвенным путем — на воротную и верхнюю полую вену.

Помимо этого «пассивного» преимущества артериального переливания перед внутривенным, внутриаартериальное переливание обладает другим механизмом действия, в основе которого лежит мощное воздействие на рецепторный аппарат артериальной стенки. Ритмическое растяжение артериальных стенок во время внутриаартериального переливания крови приводит к возобновлению недостающей при шоке и острой кровопотере импульсации, посылке этих импульсов к центрам, регулирующим кровообращение и дыхание, в результате чего восстанавливается нормальная рефлекторная регуляция кровообращения и дыхания.

Метод внутриаартериального переливания является весьма эффективным, сопровождается быстрым повышением кровяного давления, улучшением деятельности сердца и дыхания. Но внутриаартериальное переливание при неостановленном кровотечении усилит последнее, что также не даст эффекта или он будет кратковременным.

У нашей агонирующей больной нельзя применять ни пассивное переливание крови в вену, ни внутриаартериальную трансфузию. До остановки кровотечения можно начать капельное переливание крови в вену, которое не выведет больную из агонии, но в какой-то степени будет поддерживать угасающие жизненные функции организма. Как только будет остановлено кровотечение, необходимо начать внутриаартериальное переливание крови.

Несмотря на всю тяжесть состояния больной, единственно правильным методом остановки кровотечения является кесарево сечение, с разрезом в области тела матки с целью уменьшения кровопотери. При терминальном состоянии общий наркоз опасен, лучше всего использовать местную анестезию. При необходимости местную анестезию сочетают с эфирно-кислородным наркозом. При кесаревом сечении местная анестезия легко выполнима, требует мало времени и дает хороший обезболивающий эффект.

План лечебных мероприятий у нашей больной таков: классическое кесарево сечение под местной анестезией при капельном переливании крови в вену. После того как хирург подготовится к разрезу матки, начать переливание крови в артерию, отсекаровав последнюю заблаговременно.

21 час. Больная на операционном столе. Хирург приступил к местной анестезии. Одновременно проводят капельное переливание крови в вену. Под местной анестезией отсекарована правая плечевая артерия в нижней ее трети, подготовлена система с кровью для артериального переливания. Больной все время дают вдыхать кислород. Быстро выполнив местную анестезию, хирург срединным разрезом выше и ниже пупка вскрыл брюшную полость. Сосуды жировой клетчатки не кровоточат. Закончена анестезия брюшной стенки и раствор новокаина введен в левую круглую связку у угла матки. Брюшная полость отгорожена марлевыми салфетками. Операция длится 12 минут.

Кровотечение из родовых путей во время операции было незначительное, но кровопотеря уже составляет около 2 литров. В период подготовки к операции и во время оперативного вмешательства перелито в вену 400 мл крови (первая ампула крови введена струйным методом) и 250 мл кровезамещающей жидкости. Состояние больной продолжает оставаться тяжелым. Сознание отсутствует, кровяное давление и пульс на периферических артериях не определяются, дыхание аритмичное, редкое, зрачки расширены, наблюдается повторное непроизвольное отхождение мочи и кала.

В 21 час 15 минут без выведения матки сделан срединный разрез по ее передней стенке. Разорваны оболочки и за ножку извлечен мертвый плод, а затем и послед, пеликом прикрепившийся в нижнем сегменте. После извлечения плода и последа из матки начато внутриаrтериальное пульсаторное переливание крови. После введения в артерию 225 мл крови больная начала слабо реагировать на окружающее, дыхание стало глубже и ровнее, но пульс и давление не определялись. После вливания второй ампулы крови (225 мл) на лучевой артерии появился едва ощутимый пульс. Максимальное артериальное давление стало определяться на уровне 30 мм рт. ст. Внутриаrтериально введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция и еще одна ампула крови; артериальное давление повысилось до 60/20 мм рт. ст.

В артерию введено две ампулы противошоковой жидкости, артериальное давление 90/50 мм рт. ст., пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Общее состояние больной значительно улучшилось. Сознание ясное. В течение всей операции продолжалось внутривенное переливание крови капельным методом. Разрез матки был зашит в два этажа узловатыми кетгутowymi швами и затем непрерывным кетгутowym швом. Матка хорошо сократилась. В толщу маточной мышцы введен 1 мл питуит-

рина и 1 мл эрготина. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками и в нее введено 500 000 ЕД пенициллина, растворенного в 50 мл 0,25% раствора новокаина. Разрез брюшной стенки зашит послойно наглухо.

Больная перевезена в палату, обложена грелками. Около нее оставили дежурить опытную медицинскую сестру. Снова налажено переливание крови в вену капельным методом. Дано указание ввести 1,5 л кровезамещающих жидкостей, 60 мл 40% раствора глюкозы и 225 мл крови, под кожу препараты спорыни.

Резко обескровленная больная, находившаяся в агонии, выведена из этого состояния, кровотечение остановлено. Без применения внутриартериального переливания крови не удалось бы спасти женщину от смерти и восстановить угасающие жизненные функции организма.

Заслугой наших отечественных ученых является глубокое изучение проблемы восстановления жизненных функций организма, находящегося в состоянии тяжелого шока, агонии и клинической смерти.

От первых попыток оживления организма при помощи внутриартериальных переливаний крови в 70-х годах прошлого века (С. И. Костарев, 1871—1872; Н. И. Студенский, 1874; С. П. Коломнин, 1874, и др.) изучение указанной проблемы подходит к исследованию Ф. А. Андреева, опиравшегося на опыт предыдущих авторов по оживлению изолированных органов вообще и сердца в частности (А. Кулябко, 1902; Л. Попельский, 1902; Н. И. Кулебякин, 1913; Дж. Ф. Гейманс, К. Гейманс, 1934, и др.).

Экспериментальные исследования Ф. А. Андреева (1913) являются новым этапом изучения вопроса по восстановлению жизненных функций организма. Ф. А. Андреев предложил с этой целью метод нагнетания в артерию по направлению к сердцу жидкости Рингер—Локка с адреналином.

И. А. Бирилло, работавший под руководством Ф. А. Андреева, в 1937 г. в Минске (БССР) впервые применил этот метод внутриартериального нагнетания при агональных состояниях у больных.

Исследования названных выше авторов, а также глубокое изучение вопросов патофизиологии и терапии терминальных состояний С. С. Брюхоненко (1928, 1937), В. А. Неговским (1943—1954), И. Р. Петровым (1952), Г. А. Ионкиным (1952), И. А. Бирилло (1939), Г. В. Савостенко (1939) и рядом других позволили перейти к систематическому лечению больных, находящихся в состоянии шока, агонии и клинической смерти.

Многочисленные наблюдения наших отечественных ученых и практических врачей (Х. Д. Гаджиев, 1949; В. М. Прохоров, 1952; Б. В. Петровский, 1954; А. Н. Бакулев, 1954; А. В. Гуляев, 1954; Л. О. Кетлер, 1954, и мн. др.) показывают

высокую эффективность метода внутриартериальных переливаний крови при агональных состояниях, вызванных, главным образом, шоком и острой кровопотерей.

В иностранной печати, особенно в период с 1943 г., опубликовано значительное количество наблюдений о внутриартериальном переливании крови при восстановлении жизненных функций организма (Kohlsteadt a. Page, 1944; Binet et Strumsa, 1947; Seeley, 1949; и др.).

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения показали, что восстановление жизненных функций возможно не только при агонии, но и в первые 5—6 минут после остановки дыхания и прекращения сердечной деятельности, т. е. в состоянии так называемой клинической смерти.

По сводным статистическим данным В. А. Неговского (1954), в отечественной литературе описано 1822 случая применения артериального переливания крови для лечения терминальных состояний, наступивших от различных причин. Применение данного метода при тяжелом шоке у 1253 больных позволило сохранить жизнь 56,9% из них. Применение внутриартериального переливания крови в агональном состоянии у 258 больных сопровождалось в 85% случаев положительным эффектом и 39,2% остались в живых. Наконец, у 134 больных внутриартериальное переливание крови применялось в состоянии клинической смерти и в 20,9% случаев были не только на короткое время восстановлены жизненные функции организма, но больные остались живы.

В акушерской практике довольно часто встречаются при патологической беременности и родах сильнейшие кровотечения, приводящие в отдельных случаях к смертельному исходу, несмотря на все принятые меры и массивные переливания крови в вену.

На современном уровне наших знаний мы не можем мириться с тем, что гибнет человек, обладающий полноценной нервной системой, здоровыми сердцем и легкими, только потому, что произошла большая кровопотеря, нарушившая нормальную деятельность этих органов.

О высокой эффективности внутриартериального переливания крови при острой кровопотере и шоке в акушерско-гинекологической практике показывают наши наблюдения 1952—1955 гг., а также Д. М. Волоха (1952), В. А. Покровского (1952), И. Т. Мильченко и Н. П. Калашниковой (1954), С. Ф. Автюхович (1955), Н. С. Бакшеева (1963), Я. П. Сольского (1963) и др.

В акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института за период 1952—1956 гг. был применен метод

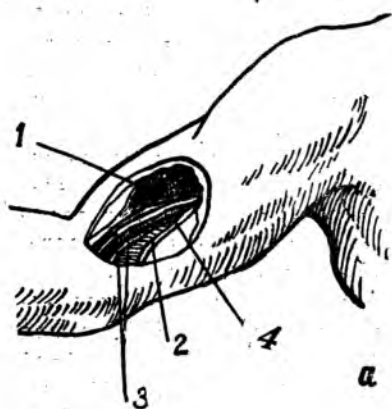


Рис. 69. Топография артерий:  
 плечевой (а): 1 — двуглавая мышца; 2 — срединный нерв; 3 — вены, сопровождающие артерию; 4 — плечевая артерия;  
 лучевой (б): 1 — лучевая артерия; 2 — вены, сопровождающие лучевую артерию.

внутриартериального переливания крови у 54 больных, из которых 33 находились в преагональном и агональном состояниях. Из 18 женщин, бывших в состоянии агонии, 15 выписались в последующем из клиники здоровыми. Только у 3 в результате неостановленного кровотечения наблюдался лишь временный лечебный эффект.

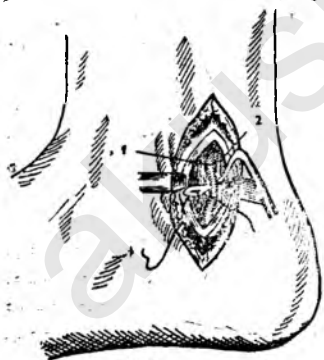


Рис. 70. Топография задней большеберцовой артерии позади внутренней лодыжки:

1 — задняя большеберцовая артерия; 2 — задний большеберцовый нерв.

Каждый акушер должен владеть этим методом, и в операционной, и родовой комнате должна быть всегда в полной готовности система для внутриартериального переливания, кровь и кровезамещающие жидкости.

Обычно для введения крови используют периферические артерии — плечевую в нижней трети, лучевую и заднюю большеберцовую (рис. 69, 70), которые предварительно после кожного разреза обнажаются, и пункцию их иглой производят под контролем зре-

ния. Реже используют путем закрытой пункции бедренную артерию, так как повреждение магистрального сосуда может сопровождаться тяжелыми осложнениями со стороны конечности.

Иглу, введенную в артерию по направлению к сердцу, удерживают в сосуде с помощью пальцев или временной шелковой лигатуры. Мы переливание производили под меняющимся давлением по методике, модифицированной В. М. Прохоровым (1952). Первоначально в ампуле с кровью давление доводят до 160—180 мм рт. ст. Во время вливания крови производят сильное ритмическое сжимание резиновой груши в темпе около 40 раз в минуту (рис. 71). В результате введение крови в артерию происходит под меняющимся давлением в пределах от 60—100 до 220 мм рт. ст.

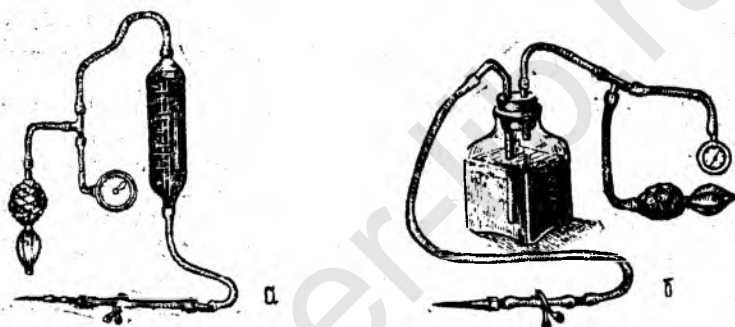


Рис. 71. Система для внутриартериального переливания крови под меняющимся давлением:

*а* — с ампулой, *б* — со стеклянной банкой типа ЦИПК для внутриартериального переливания крови.

Переливание крови прекращается после появления пульса удовлетворительного наполнения и глубокого ровного дыхания на фоне быстро нарастающего максимального артериального давления до 100—120 мм рт. ст. с систоло-диастолической разностью, достигающей нормальных величин (около 40 мм рт. ст.). Это и определяет количество вливаемой крови, которое в большинстве случаев колеблется от 250 до 750 мл. При большой кровопотере назначается последующее внутривенное переливание крови и кровезамещающих жидкостей, которое лучше производить капельным методом.

По окончании вливания крови иглу удаляют из артерии, кровотечение останавливается прижатием места прокола сосуда марлевым шариком на 3—5 минут. Разрез кожи защи-



вают и накладывают повязку. После введения крови в плечевую артерию иногда пульсация на лучевой артерии вначале не определяется, появляясь через 2—3 дня. Гематом или каких-либо других осложнений в области вливания крови в различные артерии мы не наблюдали.

Во время внутриартериального переливания необходимо тщательно следить, чтобы в артерию не попал воздух (эмболия!), а также меньше травмировать сосуд как при отпрепаровке, так и в последующем.

Д. М. Волох (1952) описал единственный случай гангрены голени вследствие тромбирования бедренной артерии после артериального нагнетания крови в этот сосуд.

По нашему мнению, переливание крови в артерию при острой кровопотере показано при агонии и клинической смерти, а также при кровяном давлении ниже 60 мм рт. ст. у тех больных, у которых переливание 250—500 мл крови не дает заметного положительного эффекта или, несмотря на внутривенное переливание, наблюдается прогрессирующее падение кровяного давления.

Наши клинические наблюдения и экспериментальные исследования, проведенные совместно с К. С. Шадурским и С. Ф. Автюхович (1956), показали, что внутриартериальное введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция увеличивает и ускоряет наступление лечебного эффекта при внутриартериальном переливании крови или кровезаменителей, примененном при терминальном состоянии.

При отсутствии крови следует применять введение в артерию кровезамещающих и противошоковых жидкостей, усиливая лечебный эффект внутриартериальным вливанием 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 40—50 мл 40% раствора глюкозы. Гипертонические растворы хлористого кальция и глюкозы, наряду с другими благоприятными влияниями на организм, оказывают как химические раздражители сильное воздействие на рецепторный аппарат артерий, усиливая лечебный эффект внутриартериального переливания крови или кровезаменителей.

Вернемся к нашей больной, находившейся всю ночь под наблюдением врача и не отходившей от нее ни на шаг дежурной медицинской сестры.

23.1 в 9 часов. Общее состояние удовлетворительное. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Дыхание ровное, глубокое. Анализ крови: эритроцитов 1 890 000, гемоглобина 30%, лейкоцитов 15 900. РОЭ 19 мм/час по Панченко.

В последующем применяли повторные переливания крови, антибиотики. 13. II больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. При выписке гемоглобина было 42%. Операционная рана зажила первичным натяжением. Пульсация правой плечевой и лучевой артерий нормальная.

**Краткий эпикриз.** Женщина доставлена в клинику на 37—38-й неделе беременности с сильнейшим кровотечением в агональном состоянии. Установлено центральное предлежание плаценты. Начато внутривенное переливание крови и произведено классическое кесарево сечение под местной анестезией. После извлечения из матки плода и последа больная выведена из агонии внутриаартериальным переливанием крови. Выздоровление.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

### ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. АМПУТАЦИЯ МАТКИ

Беременная Ж., 40 лет, доставлена в клинику из района 27. X 1950 г. в 17 часов в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью.

Ввиду тяжелого состояния быстро собираем анамнез, из которого удастся узнать, что эта беременность седьмая; родов 4, при последних была двойня, самопроизвольных выкидышей — 2. После абортов лихорадила. Последние месячные 17. I. Во время беременности были отеки на ногах, которые то исчезали, то появлялись.

27. X в 9 часов внезапно при отсутствии родовой деятельности появились боли в животе и кровотечение, вытекло, по словам больной, около 2 стаканов крови. Одновременно появилась общая слабость, одышка, была рвота. После этого была отвезена в клиническую больницу.

При поступлении в 17 часов состояние очень тяжелое. Кожные покровы резко бледные. На лбу холодный пот. На ногах небольшие отеки. Больная в сознании, временами стонет. Пульс нитевидный, не сосчитывается, артериальное давление не определяется. Температура  $35,3^{\circ}$ , тоны сердца чистые, но глухие. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот вздут, брюшная стенка напряжена и болезненна. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. Пальпация матки вызывает сильную болезненность. Матка плотной консистенции, стенки ее напряжены, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется предлежащая часть, напоминающая головку. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение. В моче при кипячении — белок.

*Что произошло? Каков диагноз?*

1. Произошел разрыв матки.
2. Более вероятно преждевременное отделение нормально расположенного детского места. Для уточнения диагноза необходимо влагалищное исследование.
3. Не исключается и предлежание плаценты, необходимо внутреннее исследование.

Кровотечение в самом конце беременности всегда заставляет предполагать предлежание плаценты или преждевремен-

ную отслойку нормально расположенного детского места. Причиной кровотечения в одном и другом случае является отделение плаценты от стенки матки, но для предлежания детского места характерно наружное кровотечение, при отслойке же плаценты, расположенной в теле матки, преобладает внутреннее кровотечение. У нашей больной мало данных за то, чтобы предполагать предлежание плаценты. Наружное кровотечение умеренное и не соответствует тяжести кровопотери. Кроме того, при предлежании плаценты матка имеет нормальную консистенцию, части плода хорошо определяются, явления раздражения брюшины и боли отсутствуют. У нашей же больной боли очень сильные, имеется раздражение брюшины, матка напряжена, плотная, части плода не определяются.

Внезапность заболевания, тяжелая клиническая картина с выраженными перитонеальными явлениями может наблюдаться при разрыве матки. Правда, разрыв матки чаще всего происходит в родах, но может наступить и во время беременности. Женщина многорожавшая, в анамнезе имеются указания на выкидыши с лихорадочным состоянием после них, маточная стенка, вероятно, неполноценная и мог произойти ее разрыв при повышении внутриматочного давления, наступающем в конце беременности. Боли в животе, кровотечение, явления шока и раздражение брюшины, болезненность при пальпации матки могут быть при разрыве ее. Однако напряжения стенок матки и плотной консистенции ее не будет, части плода при пальпации матки удаётся определять, но смещение их усиливает боли. Контуры матки могут быть неясны или приобретают неправильную форму при выхождении частей плода в брюшную полость. Если плод вышел из матки в брюшную полость, живот принимает неправильную форму с бугристыми выпячиваниями, части плода определяются непосредственно под брюшной стенкой. При разрыве матки, сопровождающемся сильным кровотечением, определяется свободная жидкость в брюшной полости или мягковатая неподвижная опухоль, расположенная сбоку от матки и идущая к стенкам таза.

Разрывы матки во время беременности встречаются, по нашим данным, лишь в 9% из общего числа разрывов. Кроме того, они происходят до родов при явно неполноценной маточной стенке, чаще всего при наличии рубцов после кесарева сечения и других операций. На это указаний у нашей больной нет. Известная неполноценность маточной стенки возможно и имеется после повторных родов и выкидышей, но вряд ли эти изменения могли привести к разрыву матки при отсутствии родовой деятельности.

Труднее было бы решать вопрос при родах. В отдельных случаях трудно бывает дифференцировать разрыв матки от преждевременной отслойки плаценты, и тогда вопрос о диагнозе решается при чревосечении, которое показано и в том, и в другом случае. Быстро наступившая анемия, напряженная, плотная матка, не позволяющая пальпировать части плода, более характерны для преждевременной отслойки детского места. Поэтому мы склоняемся к диагнозу преждевременной отслойки плаценты.

Но вернемся к нашей больной и произведем влагалищное исследование.

В 17 часов 15 минут. Беременная лежит на родильной кровати, подготовлена для внутреннего исследования. Из родовых путей незначительное кровотечение, влагалище широкое. Шейка матки не укорочена. Цервикальный канал пропускает палец. Плодный пузырь цел, напряжен. Высоко над входом в таз определяется подвижная головка. Плацентарная ткань нигде не определяется.

Влагалищное исследование показывает, что женщина не в родах, предлежания плаценты нет.

Состояние женщины таково, что необходимо немедленно принимать решительные меры для спасения жизни.

Кровотечение можно остановить, лишь опорожнив матку, произведя родоразрешение. При неподготовленных родовых путях наиболее надежный и быстрый метод родоразрешения — кесарево сечение.

Операция необходима, и ее следует произвести как можно скорее. Но перенесет ли больная, находящаяся в таком тяжелом состоянии, оперативное вмешательство? Да, операция представляет большой риск, но иного выхода нет. Без операции больная, наверняка, погибнет.

В операционной идет подготовка к чревосечению с момента поступления больной в клинику.

Женщина взята на операционный стол, начато медленное переливание крови в вену.

Решение вопроса о лечении при преждевременной отслойке нормально расположенного детского места зависит от характера клинической картины и степени подготовленности родовых путей.

Консервативный метод терапии (полный покой, переливание небольших доз крови, витамины К и С, хлористый кальций) может быть применен лишь при незначительных кровотечениях, не угрожающих жизни женщины. В огромном большинстве случаев при отслойке нормально расположенной плаценты необходимо бывает применять акушерские мероприятия, ведущие к опорожнению матки.

При выраженных и особенно нарастающих явлениях острого малокровия и шока, угрожающих жизни женщины, необходимо немедленно родоразрешить женщину и, если естественные родовые пути не подготовлены, применяется кесарево сечение для спасения жизни матери. Кесарево сече-

ние показано и при полном открытии зева, если имеется сильное внутреннее кровотечение и подозрение на повреждение матки.

Если во время чревосечения обнаруживаются множественные обширные кровоизлияния в толщу маточной стенки, трещины серозного покрова, производят надвлагалищную ампутацию матки. Оставление матки при указанных изменениях угрожает атонией после операции или возникновением тяжелых послеродовых заболеваний.

При незначительном или умеренном кровотечении в результате преждевременной отслойки плаценты и открытии зева на 2—3 пальца при хорошей родовой деятельности вскрывают плодный пузырь. Если же схватки слабые, можно использовать интраамниальное введение метрейринтера или наложение кожно-головных щипцов.

При тазовых предлежаниях после вскрытия плодного пузыря низводят ножку и привешивают к ней груз до 400 г. Если шейка сглажена, но зев мало открыт, то можно произвести пальцевое расширение, а затем разорвать плодный пузырь. При сглаженной шейке и полном или почти полном раскрытии зева в зависимости от акушерских условий применяют поворот на ножку с последующим извлечением плода, наложение акушерских щипцов при живом плоде и перфорацию головки с последующей краниоклазией при мертвом. Во время извлечения мертвого плода за тазовый конец производят перфорацию последующей головки.

При родоразрешении через естественные родовые пути после извлечения ребенка производят ручное удаление последа и обследование полости матки с целью исключения нарушения целостности ее стенок и удаления остатков ткани детского места и сгустков крови.

В раннем послеродовом периоде могут быть атонические кровотечения. Поэтому после опорожнения матки вводят питуитрин под кожу или внутримышечно эргометрин или эрготал, назначают внутривенное капельное (по 20—30 капель в 1 минуту) введение окситоцина, из расчета 3 ед. препарата на 500 мл 5% раствора глюкозы.

Следует учитывать, что при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты кровотечение может возникать вследствие гипо- или афибриногенемии. Процессы свертывания крови представляют собой сложную ферментативную реакцию, в которой принимают участие множество различных факторов. Конечное образование сгустка происходит, благодаря специфическому превращению белка плазмы фибриногена в фибрин, нерастворимый в обычных условиях. Кроме

свертывающей системы крови, в организме имеется и не менее сложная антисвертывающая система. Ее различные факторы действуют на определенные субстанции свертывающей системы, либо нейтрализуя их, либо разрушая в той или иной степени. При появлении в крови избыточных количеств факторов свертывающей системы антисвертывающая система рефлекторно активируется. Благодаря динамическому взаимодействию этих двух систем кровь в сосудистом русле постоянно находится в жидком состоянии.

Исследования последних лет показали, что децидуальная оболочка, плацента, околоплодные воды при определенных условиях обладают выраженной тромбопластической или фибринолитической активностью. Под тромбопластической активностью подразумевается резкая активация процесса свертывания крови, под фибринолитической — инаktivация, разрушение ряда факторов свертывающей системы и замедление свертывания крови.

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты образуется ретроплацентарная гематома (рис. 72), сосуды плацентарной площадки при этом зияют, в области гематомы создается большое давление. В результате всего этого создаются условия для проникновения тромбопластических веществ в общий кровоток матери.

Механизм возникновения афибриногенемии сложен и недостаточно изучен. Согласно тромбопластической теории (Käser, 1956; Legoux, 1956, и др.), проникновение в общий кровоток тромбопластических веществ приводит к распространенному процессу тромбообразования; фибриноген при этом переходит в фибрин, кровь лишается фибриногена и перестает свертываться. Сторонники фибринолитической теории (Cohen, Sikkel, 1958; Н. А. Шилко, 1963) полагают, что в кровоток проникают фибринолитические субстанции, разрушающие фибриноген, фибрин и другие факторы свертывающей системы. Wille (1958) считает, что развитие афибриногенемии во время родов протекает двухфазно: сначала возникает тром-



Рис. 72. Преждевременная отслойка плаценты. Ретроплацентарная гематома.

бопластическая фаза, переходящая затем в фибринолитическую.

В результате указанных процессов снижается содержание фибриногена до полного его исчезновения в крови и последняя теряет способность свертываться. При отсутствии фибриногена в крови говорят о афибриногемии, а при снижении его ниже критического уровня (150—100 мг%) — о гипофибриногемии. При развитии гипо- и афибриногемии происходит снижение и других факторов свертывающей системы. Однако их обычно бывает достаточно для процесса свертывания крови.

Клиническая картина при гипо- и афибриногемии во многом зависит от того, какая причина вызвала это состояние: преждевременная отслойка нормально расположенного детского места, эмболия околоплодными водами или какое-либо иное нарушение. Геморрагический синдром может быть выражен в разной степени и проявляться в ряде случаев только в виде маточного кровотечения. Могут наблюдаться кровоизлияния в полости и различные органы и, кроме того, подкожную клетчатку. У больных, помимо этого, может наблюдаться кровавая рвота, мелена. Любая инъекция, любое оперативное вмешательство сопровождается повышенной кровоточивостью тканей. В раннем послеродовом периоде в отличие от случаев атонических и гипотонических геморрагий матка обычно удовлетворительно сокращена, но, несмотря на это, кровотечение продолжается.

Диагноз гипо- и афибриногемии устанавливается на основании клиники заболевания. При маточном кровотечении в связи с дефицитом фибриногена кровь, вытекающая из половых путей во время родов или в послеродовом периоде, не свертывается и не содержит сгустков. Когда содержание фибриногена достаточно, вытекающая из половых путей кровь обладает повышенной свертываемостью, благодаря непосредственному воздействию на нее тромбопластических веществ, в избытке содержащихся в децидуальной оболочке и околоплодных водах. В связи с этим, в поставленном под таз роженицы лотке в последовом и раннем послеродовом периодах обычно образуется кровяной сгусток.

Венозная кровь также не свертывается. Практически принято считать, что если 3—4 мл венозной крови, налитой в пробирку, не свертываются в течение 5—10 минут, то у больной имеется гипо- или афибриногемия. Нарастающее удлинение времени свертывания крови дает возможность предположить начинающееся дефибринирование. Более точные данные дает определение коагулограммы, но этот метод до-



вольно длительный и сложный, обычно производят его в биохимических лабораториях.

В последние годы получает распространение в акушерской практике метод тромбозластографии, позволяющий судить об основных фазах процесса свертывания крови. Наш опыт (Л. В. Терская, 1970, и др.) показал, что метод тромбозластографии является простым, не требует большой затраты времени и позволяет вести систематическое наблюдение за состоянием свертывающей и антисвертывающей системы крови и осуществлять контроль за эффективностью проводимой терапии.

На рис. 73 показаны динамические изменения на тромбозластограммах у беременной с поздним выкидышем, начавшимся при мертвом плоде и истинном приращении плаценты при частичном шеечном ее прикреплении. При профузном кровотечении и массивной кровопотере, связанной с возникшей афибриногемией, целенаправленной терапией (введение фибриногена, трансфузии крови и др.) больная была выведена из тяжелого состояния и резкие нарушения в свертывающей системе крови, о чем свидетельствовали тромбозластограммы, были устранены (см. рис. 73).

Для борьбы с анемией применяют повторные переливания крови и кровезаменителей, а в целях профилактики инфекции назначают антибиотики.

В 17 часов 45 минут под эфирным наркозом приступили к операции. Средним разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Подкожная жировая клетчатка при разрезе не кровоточит, резко обескровлена. В брюшной полости кровянистая жидкость. На матке в области передней стенки имеются многочисленные подсерозные кровоизлияния и трещины брюшинного покрова. Произведен разрез передней стенки тела матки, и сразу обнаружено большое количество темных сгустков крови, которые сдавливали отслоившуюся плаценту в полость матки. После удаления части кровяных сгустков разорваны оболочки у края плаценты и за ножку извлечен мертвый плод, который был прижат куполообразно выпяченной пла-

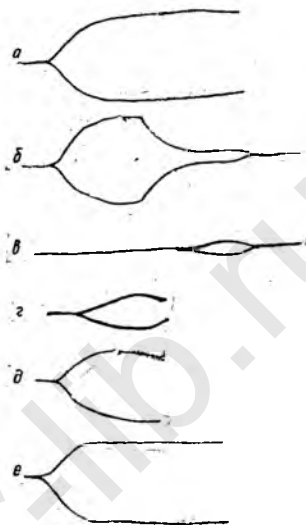


Рис. 73. Тромбозластограммы:

*a* — при сроке беременности 24 недели; *b* — на 3-й день после внутриутробной смерти плода; *c* — во время операции, когда кровопотеря достигла 3500 мл; *d* — через 30 мин. после начала введения препаратов, повышающих свертываемость крови; *e* — через 4 часа; *e* — через 12 часов.

центой к задне-правой стенке матки. Послед легко удален при потягивании за пуповину, матка опорожнена от сгустков крови и осмотрена. Стенки матки дряблые, пропитаны кровью, ткани в области разреза расползаются.

Произведена типичная надвлагалищная ампутация матки. Придатки без изменений, они оставлены. Культи шейки зашита кетгутowymi швами и перитонизирована с помощью брюшины пузырно-маточного углубления. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками, разрез брюшной стенки зашит послойно наглухо. Наложена повязка. Большая перевезена в палату, где продолжено переливание крови в вену капельным методом.

Во время операции больной перелито 600 мл крови, введены в вену 40 мл 40% раствора глюкозы и 220 мл протившокового раствора, под кожу — камфора, кофеин, но состояние остается очень тяжелым. Пульс слабого наполнения, плохо сосчитывается, артериальное давление 60/20 мм рт. ст.

Больная обложена грелками, снова введен кофеин под кожу и 50 мл 40% раствора глюкозы в вену, приподнят ножной конец кровати. У постели оперированной дежурят врач и сестра, непрерывно капельным методом переливают кровь и кровезамещающую жидкость.

Операция прошла без осложнений, кровотечение остановлено, но борьба за жизнь еще не закончилась, она продолжается.

Мы видим тяжелейший случай акушерской патологии.

*В чем же сущность наблюдаемого нами патологического состояния?*

Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места (*separatio placentae normaliter insertae spontanea*) с выраженными клиническими явлениями встречается редко и наблюдается преимущественно у многорожавших женщин. Так, по данным Г. Г. Гентера (1913—1937), указанная акушерская патология наблюдалась 1 раз на 816 родов, по Р. В. Кипарскому (1911) — 1:389, по Л. А. Кривскому (1912) — 1:652 и т. д. Зарубежные авторы также указывают различные цифры. Если по данным Dago (1956) преждевременная отслойка встречается в 1 случае на 182 родов, по Rankow (1927) — в 1 на 243 родов. По-видимому, различие в цифровых соотношениях зависит от того, какие случаи отслойки плаценты учитываются, насколько тщательно фиксируются данные о небольших кровоизлияниях, обнаруженных на плодовой поверхности плаценты после ее рождения.

Различие в статистических данных может зависеть в некоторой степени и от того, что в одно из учреждений больше направляется женщин с акушерской патологией, в другое — меньше. По статистике, собранной Г. Г. Гентером (1913) на 568 736 родов, преждевременная отслойка наблюдалась в 0,12% случаев.

Исходя из литературных данных, можно сказать, что преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, при которой необходимо бывает врачебное вмешательство,

встречается редко и в среднем частота этой патологии равна 0,1—0,2%. Обычно преждевременная отслойка нормально расположенного детского места встречается в конце беременности и родах. Так, по данным Г. Г. Гентера, отслойка детского места при 5 месяцах беременности наблюдалась в 2,3% всех случаев, при 7 месяцах — в 13,7%, на 8—9 месяце — в 35,5% и при срочных родах — в 48%.

При нормальном течении беременности и родов плацента отделяется от места своего прикрепления к стенке матки лишь спустя некоторое время после рождения плода. Губчатое строение детского места позволяет приспособливаться к изменениям давления при сокращениях матки и к уменьшению или увеличению размеров плацентарной площадки. Прикрепление плаценты в области тела матки, которое не подвергается растяжению, а также противодействующее давление со стороны околоплодных вод и плода препятствует преждевременной отслойке детского места при физиологически протекающих беременности и родах.

Отслойка плаценты возникает при нарушении ее связей с маточной стенкой. В результате нарушения этих связей повреждаются маточно-плацентарные сосуды и появляется кровотечение, приводящее к образованию ретроплацентарной гематомы, которая, постепенно увеличиваясь, усиливает процесс отслойки. Если кровь не находит для себя выхода, что обычно наблюдается при плотном прикреплении краев плаценты к стенкам матки, увеличивающаяся ретроплацентарная гематома (рис. 74) начинает выпячивать плодовую поверхность плаценты в сторону амнионального мешка и приводит при целых водах к повышению внутриматочного давления. В результате скопления крови в маточной полости увеличивается ее содержимое и стенки матки подвергаются растяжению, особенно в области плацентарной площадки. Место прикрепления детского места растянуто, выпячивается бугром в брюшную полость, изменяя контуры матки. При сильном растяжении маточной стенки на последней возникают трещины, которые могут доходить до серозного покрова и даже приводить к нарушению его целостности. Ткани маточной стенки становятся отечными и пропитываются кровоизлияниями, наружная поверхность матки приобретает пестрый, пятнистый вид. При наличии трещин серозного покрова матки, что встречается редко, в брюшной полости обнаруживается серозно-кровоянистая жидкость или кровь. Наружное кровотечение отсутствует.

В некоторых случаях кровь, отслаивая нижний полюс плаценты, пробивает себе путь между оболочками и стенкой

матки, тогда появляется и наружное кровотечение. Иногда кровь при нарушении целостности оболочек попадает в околоплодные воды, повышая давление внутри плодного мешка и сопровождаясь напряжением плодного пузыря.

Тяжелые случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, к счастью, встречаются редко. Большой редкостью являются и множественные кровоизлияния в стенке матки, названные Couvelair (1911) *apoplexies utero — placentaris*. По мнению ряда авторов, причиной таких

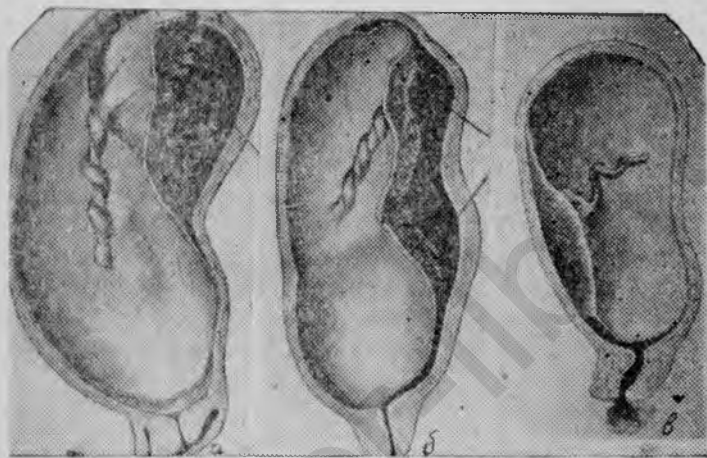


Рис. 74. Преждевременная отслойка плаценты:

а — ретроплацентарная гематома; б — кровоизлияние между плацентарной и маточной стенкой (кровотечение внутреннее и наружное); в — отслойка началась с периферии.

апоплексий является не перерастяжение матки, а глубокие патологические изменения в организме в результате интоксикации.

В акушерской практике гораздо чаще наблюдаются такие случаи, когда отслойка плаценты, начавшаяся на небольшом участке, прекращается, не получая дальнейшего распространения. Кровяной сгусток постепенно рассасывается, на месте отслойки плаценты образуются инфаркты и отложения солей, которые обнаруживаются при осмотре последа. Беременность и роды протекают нормально, если отслоился небольшой участок плаценты. Плод погибает от асфиксии в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения, если отслойка захватила больше одной трети материнской поверхности детского места. Отслойка всей плаценты приводит к быстрой гибели плода. При родах с поперечным и косым поло-

жением плода или высоком стоянии предлежащей части, если имеется достаточное раскрытие маточного зева и плодный пузырь вскрыт, может наблюдаться выпадение плаценты (*prolapsus placentae*) раньше рождения плода. Это, как указывает Г. Г. Гентер (1913), собравший из мировой литературы и описавший 27 подобных случаев, наблюдается не только при центральном предлежании плаценты, но и при отслойке нормально расположенного детского места.

Плацента при преждевременной отслойке имеет характерный вид. На материнской поверхности расположены плотно прижатые к ней темные кровяные сгустки. После удаления сгустков крови обнаруживаются тарелкообразные углубления в плацентарной ткани, которая в участках расположения сгустков сильно истончена. Углубление кольцом окружает нормальная губчатая ткань детского места. В области вдавления ткань плаценты более плотная и имеет бледный, желтоватый цвет, границы между дольками сглажены.

В плаценте в результате кровонизлияний и нарушения питания образуются дегенеративные очаги, нередко встречаются инфаркты.

На маточной стенке в области плацентарной площадки также могут наблюдаться вдавления (рис. 75, 76), покрытые организовавшимися сгустками крови, которые, будучи плотно спаянными с тканью стенки матки, могут напоминать частицы плаценты и являться причиной кровотечений и послеродовых заболеваний.

Преждевременная отслойка большого участка нормально расположенного детского места не только вызывает гибель плода, но угрожает и жизни матери. По данным Е. И. Поволоцкой-Введенской (1927), смертность матерей достигает 4,35%. По данным зарубежных авторов, материнская смертность колеблется от 5,1% (Irwing, 1924) до 8,7% (Al-deck, 1934) и 9,1% (Weymeerich, 1937).

По данным Taylor (1963), на 786 случаев преждевременной отслойки плаценты материнской смертности не было, детей погибло около 25%, чаще в родах, кесарево сечение было предпринято в 25% всех случаев.

Обычно смерть матерей наступает в результате острой кровопотери и шока, и при современном уровне наших знаний своевременно и правильно оказанная помощь позволяет материнскую смертность довести до нуля.

Наиболее тяжело протекают случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при токсикозах беременности. В послеродовом периоде может наблюдаться атония матки, трудно поддающаяся лечению, гипо- и афибри-



Рис. 75. Преждевременная отслойка плаценты, на которой в центре видна гематома (а) и кратерообразное углубление после извлечения сгустка (б).



Рис. 76. Поперечный разрез плаценты при ее преждевременной отслойке. Видны ретроплацентарная гематома и истонченные ткани детского места в участке расположения кровяного сгустка.

ногемия, в последующем нередко встречаются тромбофлебиты.

Прогноз для плода значительно хуже, чем для матери. Внутриутробная гибель плода, по данным Е. И. Поволоцкой-Введенской (1927), наблюдалась от 48,9 до 90% случаев в зависимости от того, в каком периоде родов наступила отслойка плаценты. По данным Г. Г. Гентера (1913) при отслойке детского места в периоде раскрытия частота смертности плодов достигает 85,7%, а в периоде изгнания — 35,7% случаев.

Особенно же неблагоприятна для плода отслойка плаценты во время беременности, которая почти во всех случаях заканчивается гибелью плода.

Больная перенесла тяжелую операцию по поводу преждевременной отслойки плаценты в конце беременности, которая протекала с явления-

ми токсикоза. В результате бурно протекавшей отслойки детского места и сильного кровотечения плод погиб и мать была в тяжелейшем состоянии.

28. X. 6 часов утра. Всю ночь больной производили капельное переливание крови и кровезамещающих жидкостей. Она получила с момента поступления в клинику (за 12 часов) 1100 мл крови, свыше 3 л физиологического раствора поваренной соли, 5% раствора глюкозы и других жидкостей, введенных внутривенно. Повторно применяли камфору, кофеин.

В данный момент состояние больной значительно улучшилось. Кожа и видимые слизистые порозовели. Температура 37,2°. Пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 105/60 мм рт. ст. — Эритроцитов 2 700 000, гемоглобина 51%. Назначен пенициллин по 50 000 ЕД через каждые 4 часа. В последующие дни применяли повторные переливания крови по 250 мл. В течение 5 дней температура держалась по вечерам до 37,8—38°, затем снизилась до 37,2—37,3° и с 10-го дня после операции стала нормальной. Заживление раны брюшной стенки произошло первичным натяжением, и на 23-й день после операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** Многорожавшая 40-летняя женщина доставлена в клинику в тяжелейшем состоянии с доношенной беременностью без родовой деятельности. Поставлен диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Плод погиб, но для спасения жизни матери решено произвести кесарево сечение. При чревосечении обнаружены множественные кровоизлияния в стенках матки и трещины серозного покрова. Произведена надвлагалищная ампутация матки. С момента поступления в клинику проводилось переливание крови и кровезамещающих жидкостей струйным и капельным методом. Выздоровление.

### ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ. ПОВОРОТ НА НОЖКУ И ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

**Беременная П.,** 35 лет поступила в клинику 30. XI 1954 г. в 7 часов в родах при доношенной беременности.

Месячные с 16 лет, через 4 недели, по 3 дня. Дату последних месячных не помнит. Эта беременность седьмая, протекала без осложнений. Все предыдущие беременности закончились нормальными родами.

29. XI в 23 часа появились схватки. Воды не отошли.

Состояние при поступлении хорошее. Температура 36,6°. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Пульс 78 ударов в минуту. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки у мечевидного отростка. Окружность живота 118 см. Положение плода продольное, головка над входом в таз. Сердцебиение плода ясное, 120 ударов в минуту, хорошо выслушивается слева ниже пупка. Одновременно выслушивается справа выше пупка второе сердцебиение с частотой до 128 ударов в минуту. Но определить положение второго плода не удается. Схватки хорошей силы, повторяются через 4—5 минут, длятся до 35 секунд. Размеры таза: 25, 28, 32, 21 см.

Произведено влагалищное исследование: шейка матки соглажена, открытие зева до 4 пальцев, плодный пузырь цел, наливается при схватках. Над входом в таз определяется подвижная головка. Мыс не достигается.

В 10 часов отошли воды, началась потужная деятельность, в 11 часов 30 минут родился живой мальчик весом 4250 г. При осмотре через брюшные покровы ясно определяется второй плод, расположенный в матке в поперечном положении, головка — слева. Сразу после рождения первого плода началось обильное кровотечение из родовых путей.

*Что произошло? Каков диагноз? Что следует предпринять?*

Вот вопросы, которые возникли неожиданно перед акушером, ведущим роды. Кровотечение в родах после рождения первого плода может возникнуть при разрывах родовых путей и, в частности, шейки матки. Это могло произойти: плод крупный, весит 4250 г. Пока не опорожнена матка от второго плода, установить или исключить разрывы шейки можно только при осмотре в зеркалах или при влагалищном исследовании.

Второй причиной кровотечения может быть отслойка плаценты от стенки матки, в результате того, что после рождения первого, более крупного плода, при быстром опорожнении матки последняя сильно уменьшилась в своих размерах и распластанное детское место не могло в такой степени изменить свои размеры, чтобы следовать за сократившейся плацентарной площадкой. Влагалищное исследование необходимо произвести в целях выяснения диагноза. Кроме того, второй плод находится в поперечном положении. Родовые пути после рождения первого плода позволяют не только произвести классический поворот на ножку, исправив поперечное положение на продольное, но и сразу же извлечь плод после поворота. Правда, при двойнях быстрое опорожнение матки не следует делать во избежание атонии. Но у нашей роженицы к проведению этого мероприятия вынуждает начавшееся кровотечение. Диагноз отслойки плаценты после рождения первого плода из двойни не всегда можно точно установить, и тогда вопрос решается путем исключения других причин, которые могли бы вызвать кровотечение.

Итак ясно, что необходимо прежде всего влагалищное исследование, и, если не окажется разрывов родовых путей (шейки), сразу же следует произвести поворот на ножку.

Дан эфирный наркоз. Роженица подготовлена для влагалищной операции. При исследовании обнаружен лежащий во влагалище послед первого плода, который сразу же и удален. Разрывов шейки нет. Плодный пузырь второго плода цел, предлежит ручка и плечико. Пузырь разорван. Оперировавший врач полной рукой вошел в матку и, отыскав ножку, быстро и легко совершил поворот плода, выведя ножку из родовых путей до подколенной ямки. После поворота произведено извлечение плода за тазовый конец. Извлечена живая девочка, вес 3600 г.

После второго плода тут же пришлось отделить и выдуть рукой, как после извлечения ребенка началось кровотечение. Матка хорошо со-



кратилась. Кровотечения нет. При осмотре в зеркалах повреждений родовых путей не обнаружено. Общая кровопотеря в последовом периоде 600 мл. Родильнице введен под кожу 1 мл питуитрина и внутримышечно 2 мл эрготина. На низ живота положен пузырь со льдом. Родильница проснулась после наркоза. Состояние ее удовлетворительное. Мать, только что родившая с помощью акушера 2 детей с общим весом 7850 г, лежит на родильной кровати, и за ней установлено тщательное наблюдение, так как может быть атония матки, которая была сильно перерастянута и быстро опорожнена от содержимого.

В акушерстве чаще, чем в других отраслях клинической медицины возникают неожиданности, много бывает сомнений о том, правильно или неправильно проведены акушерские мероприятия, все ли возможное выполнено и вовремя ли. Особенно много бывает мучительных сомнений и вопросов при неблагоприятных исходах для матери или плода. Сколько тревожных мыслей возникает во время проведения патологических родов, и после них в течение бессонных ночей. Особенно трудно бывает разрешать задачи, стоящие перед акушером, ведущим роды, когда он один работает в условиях участковой сельской больницы.

Но как велико моральное удовлетворение врача, когда он оказался на высоте, разрешив трудную задачу.

Явления патологии в родах у нашей роженицы быстро нарастали. Отслойка плаценты после рождения первого плода, поперечное положение второго плода и кровотечение в последовом периоде сразу после извлечения второго ребенка. Все это заставило прибегнуть к удалению первого последа, повороту второго плода с последующим его извлечением, и, наконец, к ручному отделению и выделению второго детского места. Быстрое и правильное выполнение перечисленных акушерских мероприятий обеспечило благоприятный исход родов для матери и ее двух младенцев.

Однако далеко не всегда это бывает при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, этиология которой весьма разнообразна.

Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места наиболее часто возникает при наличии дегенеративных и воспалительных изменений в матке и плаценте. В результате указанных изменений связь между плацентой и стенкой матки является менее прочной и при других соответствующих условиях легко нарушается. Это обычно встречается при метрэндометритах, подслизистых фибромиомах, при гиповитаминозах и т. п.

Особенно предрасполагают к отслойке детского места изменения со стороны маточно-плацентарных сосудов, стенки которых, становясь ломкими и хрупкими, легко повреждаются

и приводят к кровоизлияниям. Подобные изменения со стороны сосудистой системы обычно наблюдаются при поздних токсикозах беременности и хронических нефритах. Хронические инфекции (туберкулез, сифилис), тиреотоксикозы, гипертоническая болезнь также часто сопровождаются изменениями сосудистых стенок и могут привести к их хрупкости и обусловить, особенно при повышении кровяного давления, последующие разрывы сосудов со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Предрасполагающим фактором к преждевременной отслойке детского места является и чрезмерное перерастяжение матки при многоводии, многоплодии или крупном плоде. В связи с перерастяжением матки стенки ее истончаются, поверхность плацентарной площадки увеличивается. Одновременно увеличивается и истончается плацента, которая при быстром опорожнении матки не может следовать за сократившейся плацентарной площадкой.

Имеется ряд причин, которые при наличии предрасполагающих факторов могут вызвать преждевременную отслойку плаценты. К этим причинам относятся физические травмы: удар в живот или падение на живот, грубо произведенные акушерские манипуляции, связанные с давлением на матку во время наружного поворота плода выжимания плода по Кристеллеру и т. п., а также психические травмы (испуг, нервное потрясение), приводящие к сужению периферических сосудов и перемещению крови к органам брюшной полости и матке, в частности. В результате быстрого изменения в наполнении кровеносных сосудов их хрупкие стенки не выдерживают повышенного давления и легко разрываются.

Отслойка плаценты может наблюдаться при абсолютной или относительной короткости пуповины, что приводит к потягиванию за плаценту при продвижении плода по родовому каналу. Если при полном открытии зева не разрывается плодный пузырь из-за плотности оболочек, то при продвижении нижнего полюса плодного яйца во влагалище и даже наружу начинает отделяться и нижний край плаценты от стенки матки, сопровождаясь болями и кровотечением.

Иногда может наступить преждевременная отслойка плаценты при наличии бандлевского угрожающего разрыва матки в результате судорожных сокращений маточной мускулатуры и резкого сокращения тела матки, приводящего к значительному уменьшению поверхности плацентарной площадки. Одновременно плод, рождаясь в перерастянутый нижний сегмент, может натягивать и пуповину, увеличивая опасность отслойки плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места, образовавшаяся на небольшом участке и вызвавшая незначительное кровотечение, обычно не вызывает заметных признаков и не распознается до осмотра родившегося последа. Такая отслойка плаценты не опасна для здоровья матери и плода. Отслойка значительной поверхности детского места от стенки матки сказывается на состоянии плода и проявляется признаками внутриутробной асфиксии (изменение сердцебиения, усиление движений, отхождения мекония). При пальпации матки нередко можно обнаружить на ее поверхности выпячивание, имеющее эластическую консистенцию, изменение контуров, принимающих неправильную форму. Женщина начинает жаловаться на боли, общую слабость, головокружение, тошноту, проявляются выраженные в той или иной степени признаки острого малокровия (учащение пульса и уменьшение его наполнения, побледнение кожных покровов, понижение уровня кровяного давления).

Особенно характерной бывает клиническая картина при полной отслойке нормально расположенной плаценты, диагноз не вызывает затруднений и редко бывает ошибочным. Сильные боли в животе. Тошнота, рвота, острая анемия и шок при наличии признаков внутреннего кровотечения. Наружное кровотечение отсутствует или бывает менее выражено, чем внутреннее. Живот резко болезненный, вздут. Матка плотной консистенции, болезненная, стенки ее напряжены. Части плода не определяются, сердцебиение не выслушивается.

По данным Даго (1956), на 306 случаев преждевременной отслойки нормально расположенного детского места в 158 (51,6%) наблюдались легкие, а в 50 (16,3%) умеренно выраженные проявления указанной патологии; в 98 (32,1%) случаях отслойка плаценты сопровождалась тяжелым состоянием женщин.

Дифференцировать преждевременную отслойку детского места приходится чаще всего с предлежанием плаценты и разрывом матки. Необходимо бывает также исключить разрыв плодовместилища при внематочной беременности поздних сроков и разрыв селезенки.

Ряд заболеваний органов брюшной полости, возникающих во время беременности (прободной перитонит, непроходимость кишечника и т. п.) и дающих клиническую картину острого живота, также приходится учитывать при дифференциальном диагнозе преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Правильно поставить диагноз преждевременной отслойки помогают: внезапное увеличение и напряжение матки, изменение контуров матки при появлении выпячивания

на ее поверхности, гибель плода или признаки его асфиксии при наличии симптомов острого малокровия у женщины, плотная консистенция матки и невозможность определить части плода. Диагноз становится еще более легким, если появляется и наружное кровотечение.

Анамнестические данные с указаниями на травму, заболевания почек или нефропатию также помогают в постановке правильного диагноза. При неясной причине наружного кровотечения во время беременности необходимо при осмотре влагалища и шейки в зеркалах исключить разрыв варикозного узла, опухоли и травмы родовых путей.

Послеродовой период у роженицы протекал без осложнений. Состояние матери и детей все время оставалось хорошим, и 9. XII, на 10-й день после родов, женщина с двумя здоровыми детьми выписана из клиники.

**Краткий эпикриз.** В клинику поступает в родах многоплодная женщина с многоплодной доношенной беременностью. Первый ребенок родился с весом 4250 г, сразу же началось кровотечение. При внутреннем исследовании удален из влагалища отделившийся послед первого плода. Произведен поворот второго плода, находившегося в поперечном положении. Извлечен плод весом 3600 г и произведено отделение второго последа. Послеродовой период протекал без осложнений, и на 10-й день женщина с двумя здоровыми детьми выписана из клиники.

## КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

### ПРИРАЩЕНИЕ ДЕТСКОГО МЕСТА. РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА

**Беременная К.**, 34 лет, поступила в клинику 2. X 1956 г. в 7 часов с начавшейся родовой деятельностью при доношенной беременности.

Эта беременность вторая. Первая беременность закончилась нормальными родами в 1946 г. Последние месячные были 23. XII 1955 г.

Схватки начались дома в 3 часа 2. X. Воды не отходили. При поступлении в клинику общее состояние хорошее. Температура  $36,4^{\circ}$ . Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Высота дна матки над лоном 33 см. Окружность живота 130 см. Положение плода продольное, над входом в таз определяется подвижная головка. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, ясно выслушивается слева ниже пупка. Схватки через 6—7 минут, по 30 секунд. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см.

При влагалищном исследовании: шейка почти сглажена, открытие зева на 3,5—4 пальца. Пузырь цел. Мыс не достижим.

Схватки продолжались с той же силой. В 9 часов отошли воды и появились потуги. Головка опустилась в таз. В 10 часов 45 минут родился плод женского пола, весом 4050 г, сразу закричал.

12 часов 45 минут. Прошло два часа после рождения ребенка, но признаков отделения последа не появилось, кровотечение не превышает 200 мл. Состояние роженицы хорошее.

*Что случилось? Как быть? Нужно ли вмешиваться?*

1. Имеется приращение детского места. Необходимо произвести ручное отделение плаценты.

2. Послед отделился, но задержался в матке из-за спазма внутреннего зева. Необходимо устранить спазм зева и удалить послед с помощью наружных приемов.

3. Послед еще не успел отделиться, следует выжидать, так как кровотечения нет и состояние роженицы хорошее.

Несомненно, что имеется задержка последа в матке. При нормальном течении родового акта последовый период продолжается от 15 минут до 2 часов, чаще всего 30 минут.

Отделение плаценты от стенки матки при физиологически протекающем последовом периоде происходит в силу того, что матка после рождения ребенка и излития задних вод сильно сокращается. При этом плацентарная площадка перестает соответствовать размерам плаценты, внутриматочное давление резко падает, и в результате наступает постепенное отделение плаценты от стенки матки.

А. Я. Красовский (1889) полагал, что отделение плаценты начинается во время последней изгоняющей потуги. Wagners (1925) считает, что отделение детского места начинается при первой схватке после рождения ребенка. При отслойке плаценты обнажается плацентарная площадка, представляющая из себя раневую поверхность с зияющими просветами сосудов. В результате происходит известная кровопотеря, которая в нормальных условиях не превышает 250 мл, средняя кровопотеря в раннем послеродовом периоде составляет 120—150 мл.

При обсуждении в 1954 г. на V пленуме Совета акушерско-гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР вопроса о течении и ведении последового и раннего послеродового периодов принято было считать допустимой физиологическую кровопотерю не свыше 250 мл, кровопотерю же от 250 до 400 мл — пограничной между физиологической и патологической. В решениях этого же пленума было записано, что кровопотеря в 400 мл и больше является патологической. Там же было указано, что отсутствие признаков отслойки плаценты по истечении 2 часов после рождения плода, даже если при этом отсутствует кровотечение, также следует рассматривать как патологическое явление.

В большинстве случаев плацента начинает отделяться с центра, а периферические части отслаиваются последними. У других рожениц отделение плаценты начинается с нижнего края и постепенно продолжается по направлению к центру. Кровотечение при физиологических условиях останавливается после рождения последа из матки в результате сдвигания просветов кровеносных сосудов при сокращениях маточной мускулатуры и тромбоза сосудов.

Отделившаяся от стенки матки плацента под влиянием собственной тяжести опускается в нижний сегмент, а отсюда с помощью сокращений мышц брюшной стенки и влагалища выталкивается из родовых путей наружу.

Если нарушается физиологический процесс отделения и выделения последа, то задержка его в матке чаще всего сопровождается увеличением кровопотери.

Отделившийся послед может задержаться в матке при нарушении ее сократительной функции, сопровождающейся гипотоническим или атоническим состоянием ее сократительной функции при слабости брюшного пресса, а также при спазме внутреннего зева. Переполнение мочевого пузыря, вызванное паретическим его состоянием, также может привести к задержке отделившегося последа. В подобных случаях даже только опорожнение мочевого пузыря приводит к выделению плаценты. Если понижение сократительной способности матки, зависящее от самых различных причин, является результатом предшествующих патологических изменений или связано с осложнениями, возникающими во время родового акта, то спазм внутреннего зева часто зависит от неправильного ведения родов и необоснованного применения манипуляции и лекарственных веществ.

Клинические наблюдения показывают, что всякое вмешательство в течение физиологически протекающего последового периода нарушает отслойку плаценты, сопровождается спазмом внутреннего зева и ущемлением плаценты. Во избежание подобных осложнений последовый период необходимо вести строго выжидательно, при постоянном наблюдении за роженицей врача или акушерки. Поспешные и несвоевременные попытки удаления последа, как массажирование матки, выжимание неотделившегося последа, потягивание за пуповину, применение препаратов спорыньи, питуитрина, пахикарпина, вызывающие схваток рефлекторным путем (раздражение сосков и т. п.), часто ведут к нарушению нормально протекающего последового периода и нередко сопровождаются кровотечением.

Вмешательства с целью удаления последа при его задержке в матке показаны, если наступает кровотечение и кровопотеря превышает 250 мл или если послед находится в матке свыше 2 часов.

В тех случаях, когда установлено по соответствующим признакам (изменение формы и положения матки, признак Чукалова—Кюстнера, Клейна, Альфельда и др.), что плацента отделилась от своего ложа и последовый период продолжается уже 15—20 минут, то и при отсутствии кровотечения отделившийся послед удаляют из родового канала, применяя бережные методы: искусственно вызываемые потуги, метод Д. А. Абуладзе или рекомендованное Н. Н. Чукаловым давление ладонью руки на дно матки по направлению оси таза.

У нашей роженицы признаков отделения плаценты нет, кровопотеря незначительная (200 мл), общее состояние хорошее. Если бы плацента отделилась от своего ложа и задер-

жалась в матке из-за спазма внутреннего зева, то наблюдалось бы кровотечение.

Следует всегда иметь в виду, что в некоторых случаях наружное кровотечение может отсутствовать при спазме внутреннего зева или закупорке его плацентарной тканью и оболочками, несмотря на то, что плацента отделилась от своего ложа и кровь скапливается в полости матки. При подобном

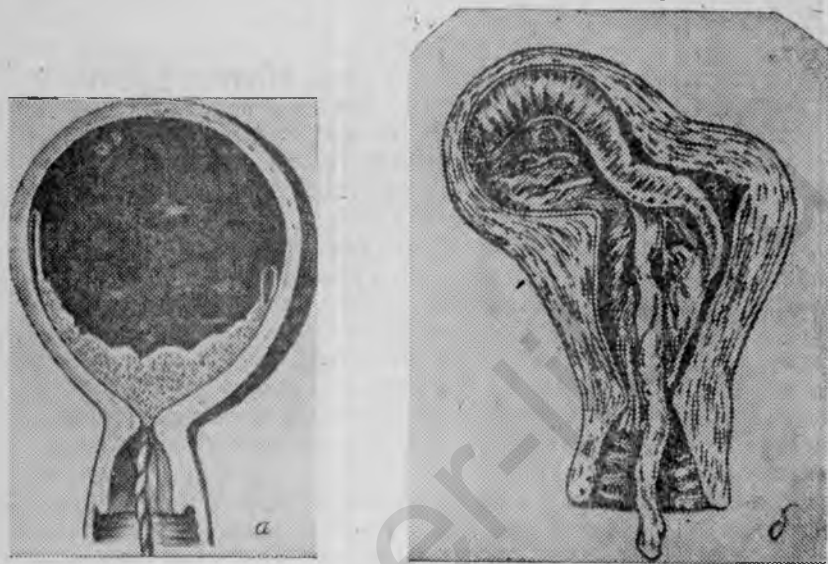


Рис. 77. Последовый период:

*а* — внутриматочное кровоизлияние при спазме внутреннего зева матки. Стенки матки растянуты кровью, заполнившей ее полость; *б*) — частичная отслойка плаценты при ущемлении последней в тазовом углу.

состоянии матка увеличивается в объеме, приобретает шаровидную форму (рис. 77) и становится напряженной. У роженицы наблюдаются явления острой анемии, выражающиеся в побледнении лица, головокружении, падении и учащении пульса и т. п.

При спазме внутреннего зева или рогов матки с ущемлением отделившейся плаценты производят инъекцию морфина и атропина или дают наркоз, чтобы устранить спазм, после чего нередко плацента отделяется без выжимания последа.

Состояние нашей роженицы и отсутствие признаков патологического наружного или внутриматочного кровотечения го-



ворят против задержки плаценты в матке из-за спазма внутреннего зева.

Кровотечение обычно отсутствует, если плацента еще не начала отслаиваться и полностью прикреплена к своему ложу. Это наблюдается при чрезмерно прочных связях между детским местом и стенкой матки, в результате глубокого врастания ворсинок хориона, проникающих через всю толщу компактного слоя отпадающей оболочки или даже за его пределы

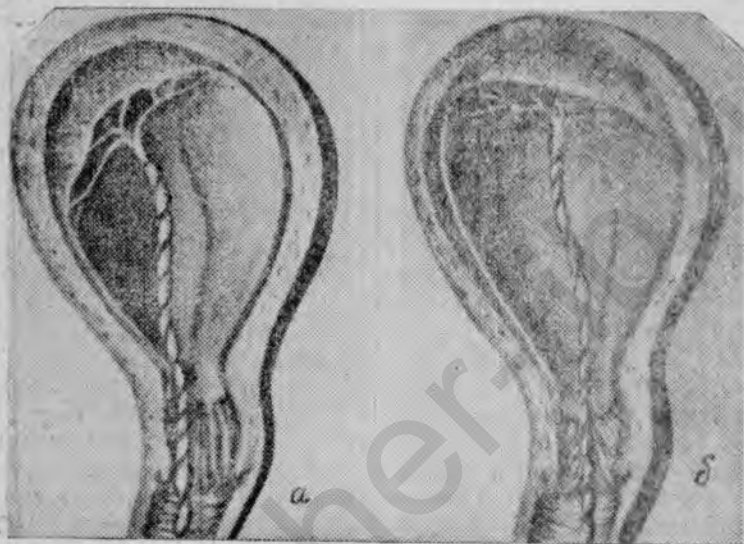


Рис. 78. Приращение детского места:  
а — относительное; б — истинное.

с проникновением в мышечный слой. Чаще всего наблюдается относительное, или ложное, приращение плаценты (*placenta adhaerens, seu accreta spuria*), при котором ворсины хориона не врастают в мышечный слой (рис. 78, а).

Истинное приращение детского места (*placenta accreta seu increta*) может быть полным или частичным (*placenta accreta totalis et partialis*; рис. 78, б) является тяжелым осложнением родов и встречается один раз на 10 000 родов. Особенно редко бывает истинное полное приращение детского места, которое, по данным А. Д. Дмитриева (1931), встретилось один раз на 24 506 родов.

Причинами глубокого врастания ворсин являются: 1) повышенная протеолитическая способность хориона, что, по-ви-

димому, связано с уменьшением в крови веществ, угнетающих действие ферментов, образующихся в трофобласте плодного яйца; 2) пониженная способность децидуальной оболочки матки противостоять чрезмерному врастанию ворсин хориона. Приращение плаценты чаще всего наблюдается при изменениях слизистой оболочки матки, вызванных воспалительными изменениями (метро-эндометритами), рубцами после операции на матке и повреждений ее стенок при выскабливаниях, при подслизистых фибромиомах и слабо развитой неполноценной слизистой оболочке при инфантилизме и пороках развития матки. Повышенная прочность связи между плацентой и стенкой матки может наблюдаться при предлежаниях детского места, при хронических инфекциях (малярия, сифилис и др.), нефритах, токсикозах беременности, при перенашивании беременности и др.

Кровотечение при наличии приращения детского места появляется, когда отслаивается часть плаценты и бывает тем сильнее, чем большая поверхность плацентарной площадки обнажена. Пока послед находится в матке, последняя не может сократиться, и кровотечение продолжается, нередко становясь угрожающим для жизни женщины.

Пока нет кровотечения, истинное приращение плаценты не вызывает никаких симптомов и не распознается. При *placenta accreta* во время беременности может наступить разрыв (узура) матки с внутрибрюшинным кровотечением в результате прорастания ее стенки ворсинами (Ф. В. Абрамович и Г. В. Шор, 1913; Л. И. Канторович и К. Шатерник, 1932; С. М. Клейн, 1947); в родах иногда наблюдается слабость схваток. Однако чаще всего диагноз приращения плаценты устанавливается при ручном отделении плаценты, предпринятом по поводу кровотечения или задержки последа в матке в третьем периоде родов.

При относительном приращении плаценты (*placenta adhaerens*) отделение детского места не вызывает особых затруднений, но, если имеется *placenta accreta*, то отделить ее бывает невозможно или чрезвычайно трудно. Если имеется приращение плаценты, то попытка выжать послед по Лазаревичу—Креде или Гентеру не удается и приходится прибегать к ручному отделению детского места, которое с успехом осуществляется при *placenta adhaerens*.

Операцию ручного отделения последа должны производить с соблюдением строжайшей асептики под общим наркозом. Наркоз не только является методом обезболивания, но и предупреждает спазм маточного зева, который иногда не позволяет ввести руку в полость матки или же так сильно

сдавливает руку оперирующего, введенную в матку, что делает невозможным проведение дальнейших манипуляций. Ручное отделение и выделение плаценты (*solutio et extractio manualis placentae*) лучше всего производить в тонких резиновых перчатках (рис. 79).

Л. Л. Окинчиц (1928) с целью предупреждения заноса микроорганизмов с нижележащих отделов родовых путей в матку предложил применять специальный матерчатый рукав из плотной бязи. Рукав смачивают раствором лизола и надевают на руку таким образом, что конец рукава захватывают изнутри пальцами введенной в него руки, и в таком виде вводят руку во влагалище. После того как оперирующий достигнет внутреннего зева, он перестает зажимать отверстие в рукаве и кисть руки вводит в матку, а помощник оттягивает несколько рукав назад. Оперирующий, вводя руку в полость матки и скользя ею по пуповине, доходит до края плаценты и пилообразными движениями пальцев, держа их ладонной стороной к плаценте, отделяет детское место от стенки

матки. В это время левая рука, надавливая со стороны брюшной стенки на дно матки, помогает в проведении операции. После того как послед отделен, его извлекают потягиванием за пуповину и подталкивая пальцами руки, введенной в матку. Затем тщательно проверяют полость матки, удаляют остатки плацентарной ткани и сгустки крови. Следует иметь в виду, что плацентарная площадка представляет собой несколько возвышающуюся шероховатую поверхность, отличающуюся от гладкой поверхности остальной части матки. М. С. Малиновский (1967), предостерегая от попыток «отделить» плацентарную площадку, указывает, что при параличе ее, т. е. при истончении и плохой сократимости плацентарной площадки, встречающейся у старых первородящих, или повтор-



Рис. 79. Ручное отделение детского места.

ных приращениях плаценты, легко можно перфорировать маточную стенку.

При истинном приращении плаценты во время ручного ее отделения можно пробуровать стенку матки.

Кроме того, отделение плаценты при истинном ее приращении сопровождается сильным кровотечением. Поэтому, как только установлено истинное приращение плаценты, немедленно прекращают операцию ручного отделения вросшего в мышечный слой матки детского места и приступают к чревосечению с удалением матки путем ампутации или экстирпации. При невозможности немедленно начать чревосечение и обильном кровотечении применяется тампонация матки, прижатие аорты к позвоночнику.

Лишь при наличии приращения небольшого участка плаценты и сравнительно неглубоком вращении ворсин в мышечный слой удается ручное отделение, после которого допустимо прибегнуть к осторожному применению тупой юретки. Если при отделении приросшей плаценты произошла перфорация матки, приходится тут же прибегать к чревосечению и удалению матки (резекция, ампутация, экстирпация).

Вернемся к роженице. По всем клиническим данным у нее имеется приращение плаценты. Прошло свыше 2 часов, а признаков отделения детского места нет, кровопотеря достигла 300 мл. Необходимо удалить послед из матки.

Роженица подготовлена для влагалищной операции. Дан эфирно-кислородный наркоз. Попытка выжать послед наружными приемами оказалась безрезультатной.

Оперирующий надел тонкие резиновые перчатки и, раздвинув широко левой рукой половые губы, кисть правой руки, сложенную конусообразно, ввел во влагалище. После этого левую руку положил на брюшную стенку и, поддерживая ею дно матки, ввел правую руку в полость матки и, руководствуясь пуповиной, достиг края плаценты. Ощущая пальцами губчатую мягкую ткань плаценты и более плотную маточную стенку, оператор вытянутыми пальцами, обращенными ладонной поверхностью к плаценте, начал пиллообразными движениями ее отделять от стенки матки. Во время отделения плаценты наружная рука поддерживала матку, оказывая на нее умеренное давление. Отделение произошло легко, и вскоре плацента полностью отслоилась от плацентарной площадки. Потягиванием левой рукой за пуповину послед удален из матки, полость ее проверена рукой, остатков плаценты не обнаружено.

Наркоз прекращен. Оператор извлек руку из родовых путей. Матка хорошо сократилась. Под кожу введен 1 мл питуитрина, внутримышечно 2 мл эрготина. При осмотре в зеркалах повреждений родовых путей не обнаружено. Кровопотеря в последовом периоде 400 мл. Назначен пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа и холод на низ живота.

Послеродовой период протекал без осложнений, и 9. X женщина с ребенком выписана из клиники.

Гладкое течение послеоперационного периода после ручного отделения последа в настоящее время при наличии антибиотиков стало довольно обычным явлением, и тяжелые осложнения наблюдаются редко. Так, по акушерской клинике Минского медицинского института за 1952—1956 гг. на 25 736 родов примерно 455 (1,7%) ручных отделений последа, после которых не было ни одного тяжелого септического заболевания в послеродовом периоде и летального исхода. До введения в практику антибиотиков по М. С. Малиновскому ручное отделение последа сопровождалось в 50% случаев заболеваемостью и 11% — смертностью.

М. С. Романов (1933), приводя данные по клинике В. С. Груздева за 18 лет, при ручном отделении последа отмечает заболеваемость в 42,8% случаев, причём в 13,8% имел место тяжелый послеродовой сепсис; в 2,6% наблюдались смертельные исходы.

Ручное отделение плаценты является одной из самых частых акушерских операций, и, несмотря на современные успехи в предупреждении и лечении инфекции, нельзя забывать об опасностях, сопряженных с проведением данного оперативного вмешательства, следует стараться их избежать (занесение инфекции, травматизация маточной стенки).

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступила в клинику в родах. Роды протекали вначале нормально. В третьем периоде послед не отделялся свыше 2 часов, началось кровотечение. Произведено ручное отделение плаценты, назначены сокращающие матку средства и пенициллин. Послеродовой период протекал без осложнений.

## ГИПОТОНΙΑ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

**Беременная К.,** 38 лет, поступила в клинику в родах 1. X 1956 г. в 11 часов 20 минут.

Из анамнеза узнаем, что эта беременность вторая, протекала с осложнением хронического калькулезного холецистита, часто были рвоты и приступы болей. В 1945 г. лечилась по поводу туберкулеза легких, состояла на учете в туберкулезном диспансере.

Первая беременность закончилась в 1945 г. срочными родами, которые сопровождалась слабостью схваток и наложением акушерских щипцов. После родов перенесла эндометрит и длительно страдала эрозией шейки матки. Перед поступлением в клинику был сильный приступ болей в области печени с кратковременной потерей сознания.

При поступлении состояние удовлетворительное. Жалуется на боли в области правого подреберья. Пульс 60 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий. При пальпации небольшая болезненность в области желчного пузыря. Высота дна матки над лоном 32 см. Окружность живота 104 см. Положение плода продольное, головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода

ясное, 120 ударов в минуту. Схватки редкие, слабые. Воды не отходили. В моче при кипячении белка не обнаружено. Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см.

При влагалищном исследовании: шейка укорочена, открытие зева на 2 пальца. Плодный пузырь цел. Головка стоит высоко, подвижна. Мыс недостижим.

Назначены: наблюдение, исследование крови и определение ее групповой принадлежности.

19 часов. Состояние удовлетворительное. Схватки через 5—6 минут по 30 секунд, слабые. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Воды не отходили. Анализ крови — эритроцитов 3 050 000, гемоглобина 50%, лейкоцитов 12 600. Группа крови А (II).

В 23 часа отошли воды. Схватки через 3—4 минуты по 40 секунд. Головка плода прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, с прежней частотой.

В 24 часа при влагалищном исследовании: шейка почти полностью сглажена. Открытие зева полное, плодного пузыря нет. Головка малым сегментом во входе в таз, стреловидный шов расположен в поперечном размере таза, малый родничок слева.

2. X в 3 часа родилась живая девочка весом 3250 г. Через 30 минут отошел послед, без дефектов, со всеми оболочками.

Сразу после рождения последа началось обильное кровотечение из родовых путей.

### *Что произошло? Что следует предпринять для остановки кровотечения?*

1. Роды протекали без осложнений, послед отошел через 30 минут и оказался без дефектов. Вероятно, имеется разрыв шейки. Необходимо произвести осмотр в зеркалах и, если имеется разрыв, зашить его.

2. Кровотечение объясняется гипотонией матки. Необходимо срочно провести дополнительное обследование и вызвать сокращение матки.

Кровотечение после отхождения последа может объясняться задержкой частей плаценты в матке, гипотоническим ее состоянием, нарушением свертываемости крови (гипо- и афибриногенемия) или разрывами родовых путей.

При разрывах шейки, которые чаще всего могут сопровождаться сильным кровотечением, тело матки плотное, хорошо сократившееся. Массаж матки кровотечение не уменьшает, кровь течет нередко струей и имеет алый цвет. Диагноз окончательно устанавливается при осмотре в зеркалах.

Задержка частей плаценты в матке является частой причиной кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах. Тщательный осмотр родившейся плаценты позволяет лучше всего установить наличие дефектов плацентарной ткани. Многочисленные пробы, предлагавшиеся для определения целостности плаценты (молочная, плавательная, ошпаривание кипятком по Щербаку и др.), не дают во всех случаях

надежных результатов и мало применяются в акушерской практике, уступая место осмотру плаценты и оболочек.

При подозрении или сомнениях на задержку частей плаценты в матке немедленно производят обследование ее полости и удаление задержавшихся в ней частиц детского места и кровяных сгустков. При наличии выраженной гипотонии и кровотечения производят массаж матки на кулаке по Н. М. Максимовичу-Амбодику.

Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде обычно связаны с наличием гипотонии и атонии матки.

Эти два состояния не являются одинаковыми как по клиническому течению, так и, особенно, по методам лечения.

Атония матки — наиболее грозное осложнение и характеризуется полной потерей тонуса и неспособностью к сокращению маточной мускулатуры. Атония матки очень редкое явление, но очень часто является причиной летальных исходов.

Гипотония матки проявляется значительным снижением ее тонуса и выраженным в различной степени уменьшением сократительной деятельности матки.

Кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде (называемом за рубежом 4-м периодом родов), по данным Н. С. Бакшеева (1966), в стационарах городского типа на 200 000 родов за 1963 г. наблюдались в 9,2% случаев. Автор отмечает увеличение частоты кровотечений с 4,89% в 1956 г. до 9,2% в 1963 г.

По сводным данным ряда роддомов Белоруссии, кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде наблюдались в 6,5% к числу всех родов (И. М. Старовойтов, 1962). В городских родильных домах РСФСР частота кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах за 1961 г. составила 6,3%, в 1962 — 6,9% (К. Н. Жмакин, 1963).

Родильнице необходимо оказывать срочную помощь. Врач вымыл руки, родильница подготовлена для влагалищного исследования и возможной операции.

3 часа 40 минут. Общее состояние женщины ухудшилось, она побледнела. Пульс 96 ударов в минуту, артериальное давление 80/60 мм рт. ст. Матка большая, дно ее выше пупка, стенки дряблые, плохо контурируются. Кровотечение продолжается, кровопотеря уже достигла 500 мл.

Срочно произведено под эфирно-кислородным наркозом ручное обследование полости матки, при котором удалено много сгустков крови. Затем, не вынимая руки из матки, врач произвел массаж на кулаке. Матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось. Под кожу введен 1 мл питуитрина, внутримышечно — 2 мл эрготина. На низ живота положен пузырь со льдом. Общая кровопотеря 700 мл. Перелито в вену 250 мл консервированной крови А (II) группы и 225 мл противошокового раствора. До трансфузии проверена кровь на совместимость по групповой принад-

лежности и резус-фактору, а во время переливания проведена биологическая проба. Кровь оказалась совместимой. Реакции на переливание не было.

4 часа. Общее состояние родильницы удовлетворительное. Пульс 80 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Матка плотная, дно ее на I поперечный палец ниже пупка. Кровотечения нет. При осмотре родовых путей в зеркалах обнаружен поверхностный разрыв промежности в области задней спайки. Под местной анестезией наложено 3 кетгутовых шва.

В послеродовом периоде осложнений не было, и на 8-й день женщина с ребенком выписалась из клиники в хорошем состоянии.

Гипотонические кровотечения в послеродовом периоде представляют большую опасность для здоровья и жизни женщины. От умелой и правильной борьбы с гипотоническим кровотечением зависит очень многое. Поэтому акушер-гинеколог в любую минуту должен быть готов к оказанию помощи при гипотонии матки. Несвоевременная и неправильная помощь может привести к гибели женщины.

Во многих случаях уже заранее можно предполагать опасность возникновения гипотонического состояния матки, зная причины, способствующие или обуславливающие наступление указанной патологии в раннем послеродовом периоде.

Возникновение гипотонии матки связано как с неполноценностью маточной мускулатуры, так и с нарушением нейро-гуморальной регуляции ее сократительной деятельности. И. И. Яковлев (1966) придает большое значение гормональному балансу в организме и полагает, что разлаженность в работе регулирующих механизмов нарушает нормальный гормональный баланс. В конечном счете происходят сдвиги в количественных соотношениях гонадотропных (пролан) и эстрогенных гормонов, появляются качественно новые фракции последних.

Нарушения в гормональных соотношениях сказываются не только на сократительной функции, проявляясь в форме гипотонии, но при этом нарушается и гемодинамика, усиливается кровопотеря. Нарушение нейро-гуморальной регуляции сократительной функции маточной мускулатуры с последующей гипотонией может наблюдаться в результате истощения сил организма родильницы и особенно ее нервной системы, при длительных и осложненных родах, расстройствах мозгового кровообращения при тяжелых формах нефропатии и эклампсии при кровотечениях и гипертонической болезни.

Причиной гипотонии может быть неполноценность маточной мускулатуры в результате ее слабого развития у женщин при инфантилизме, при пороках развития (двойная, двуорогая матка), опухолях (фибромиомы), обширных воспа-



лительных и дегенеративных изменениях (метро-эндометри-ты, травмы при абортах, рубцы после операций).

Длительное перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде, а также быстрое опорожнение матки при оперативном родоразрешении, особенно после наложения акушерских щипцов, нередко сопровождается гипотоническим состоянием вследствие того, что матка не успевает из-за быстро изменившихся условий сократиться.

Причиной кровотечения могут быть также очень быстрое окончание родов, особенно оперативным путем; ненормальное прикрепление плаценты (*placenta praevia*, *placenta secvicalis*), когда нижний сегмент матки не в состоянии сократиться настолько, чтобы сжать зияющие сосуды. В последнем случае под рукой определяется плотно сократившаяся матка, но вследствие атонии нижнего сегмента кровотечение продолжается.

Препятствием для сокращения матки может явиться скопление сгустков крови в полости матки после рождения последа.

Перенашивание беременности, возникающее в результате нарушений нейро-гуморальной регуляции сократительной деятельности матки, в ряде случаев сопровождается гипотоническим кровотечением, трудно поддающимся лечебным мероприятиям.

Гипотонические кровотечения нередко имеют место при предлежаниях плаценты, особенно при наличии обширной плацентарной площадки. Спаечные процессы в брюшной полости, особенно сращения матки со смежными органами, препятствуют нормальной сократительной деятельности маточной мускулатуры и могут способствовать развитию гипотонии матки.

Целый ряд заболеваний общего характера, нарушающих деятельность различных органов и систем, изменяющих функцию эндокринных желез, обмен веществ, могут предрасполагать к появлению гипотонического кровотечения. Весьма тяжело протекает атония матки при сочетании нескольких причин. Атонии матки часто предшествуют длительные роды и слабость родовой деятельности.

При гипотонии матки механические, физические и медикаментозные воздействия вызывают реакцию сокращения маточной мускулатуры, выраженную в различной степени. Иногда ответная реакция матки не соответствует силе раздражителя и может быть парадоксальной, т. е. чем сильнее раздражитель, тем меньше реакция сокращения и наоборот.

При атонии матки ее нервно-мышечный аппарат не отве-

чает на различные раздражения и воздействия медикаментозного характера, так как он находится в состоянии полной нечувствительности, паралича.

У нашей родильницы в анамнезе имелись указания на патологические роды в прошлом и воспаление матки. Во время последней беременности часто обострялся калькулезный холецистит, и сильный приступ болей с потерей сознания наблюдался перед самыми родами. Все это вместе взятое и могло явиться причиной возникновения гипотонии матки. Своевременно проведенные акушерские мероприятия предупредили большую кровопотерю, которая могла бы тяжело отразиться на состоянии женщины, имевшей до родов проявления анемии.

Большое значение имеет профилактика акушерских кровотечений.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на обеспечение полноценной моторной функции матки и их следует начинать с заботы о здоровье будущей женщины еще в антенатальном периоде, чтобы ребенок родился здоровым с полноценно развитыми системами организма.

Профилактические мероприятия в препубертатном и пубертатном периодах должны быть направлены на гармоничное развитие организма в период его формирования, становления менструальной функции. В этот период огромное значение имеет правильное физическое развитие, регулирование физических и психических нагрузок, закалка организма, предупреждение острых и хронических инфекций, а при их возникновении быстрое и эффективное лечение.

При наступлении беременности большое значение имеет рациональное питание беременной, насыщение ее организма витаминами В и С, а также галаскорбином, обладающим С- и Р-витаминной активностью. Галаскорбин (соединение аскорбиновой и галловой кислот) назначают повторными курсами на протяжении 10—14 дней по 1—1,5 г 3 раза в день и, по данным В. Т. Каминской (1959—1963) и Н. С. Бакшева (1963), он стимулирует накопление сократительного белка в мышце матки, что является одним из профилактических мероприятий нарушения сократительной деятельности матки.

Особого внимания заслуживает своевременное выявление беременных с неблагоприятным акушерским анамнезом, наличием патологии в период данной беременности и своевременное лечение выявленных патологических состояний, которые прямо или косвенно могут сказаться на моторной функции матки и увеличении кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде.

Г. М. Лисовская (1962) проводила за две недели до родов профилактическое лечение беременных с неблагоприятным акушерским анамнезом и наблюдала у них уменьшение гипотонических кровотечений по сравнению с группой неподготовленных женщин. Лечение состояло в назначении глюкозы (40 мл 40% раствора ежедневно), витамина В<sub>1</sub> в 6% растворе АТФ (Sol. 1% Natrii adenosintriphosphorici, 1 мл в ампуле) по 1—2—мл 1 раз в 3 дня, глютаминовой кислоты по 1 г 3 раза в день до еды (в капсулах).

Д. А. Верхратская и Г. В. Асмольский (1961) рекомендуют с целью профилактики нарушений моторной функции матки применять вместе с витаминами 2% раствор хлористого кобальта по 20 капель на молоке в последний месяц беременности.

В профилактике акушерских кровотечений имеют особое значение методы ведения родов вообще и, особенно, при осложнении их слабостью родовой деятельности. Необходимо учитывать неблагоприятное влияние на сократительную функцию матки интенсивной и длительной стимуляции родовой деятельности матки. С целью профилактики маточных кровотечений при слабости родовой деятельности целесообразно проводить отдых роженицы с исключением схваток и насыщение ее организма витаминами, калорийное питание, назначение хлористого кобальта и кальция. При повышенной болевой чувствительности — парацервикальную новокаиновую анестезию (80—100 мл 0,25% новокаина).

Н. С. Бакшеев (1963) указывает, что боль и травма родовых путей может приводить к функциональному истощению надпочечников, часто сопровождается нарушением моторной функции матки и снижением свертываемости крови.

Исходя из этого, все внутриматочные вмешательства необходимо проводить с применением средств и способов, полностью снимающих или снижающих болевые ощущения. Грубые и многократно проводимые внутриматочные вмешательства могут быть причиной гипотонии и атонии матки, приводят к болевому шоку, резко снижают приспособительные реакции организма к кровопотере и увеличивают опасность наступления коллапса.

После родоразрешения при предлежании плаценты или ее преждевременной отслойке при расположении на нормальном месте, а также при наклонности к гипотонии необходимо начинать внутривенное капельное введение (20—30 капель в 1 минуту) питуитрина или окситоцина из расчета 3 ед. препарата на 500 мл 5% раствора глюкозы.

При кровотечении, превышающем 300 мл, необходимо своевременное, быстрое, но планомерное проведение мероприятий по остановке кровотечения и по борьбе с кровопотерей, не допуская обескровливания женщины.

**Краткий эпикриз.** У повторнородящей женщины вскоре после рождения последа началось гипотоническое кровотечение. Произведено ручное обследование послеродовой матки, удалены сгустки крови. Применены массаж матки на кулаке, питуитрин, эрготин. Кровотечение прекратилось. Послеродовой период протекал без осложнений.

#### АТОНИЯ МАТКИ. ТАМПОНАЦИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

**Беременная К.,** 26 лет, поступила в клинику 28.XI 1953 г. без родовой деятельности.

Месячные с 14 лет, через 4 недели, по 4 дня. Последние месячные были 28.II. Замужем 3 года. Эта беременность первая, протекала без осложнений. Шевеление плода заметила 12.VII.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Рост 163 см. Вес 79 кг. Температура 36,4°. Пульс 72 удара в минуту. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Окружность живота 102 см. Высота стояния дна матки над лоном — 38 см. Положение плода продольное. Над входом в таз определяются подвижные ягодичцы плода. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту, ясное.

Родовой деятельности нет. Размеры таза: 27, 29, 31, 20 см. При влагалыщном исследовании: шейка сформирована. Открытие зева на 1 палец. Плодный пузырь цел. Ягодичцы плода над входом в таз. Емкость таза хорошая, мыс недостижим.

При кипячении мочи с добавлением уксусной кислоты белка не обнаружено. При анализе крови: эритроцитов 3 800 000, гемоглобина 67%.

Беременная помещена в предродовую палату, и за ней установлено наблюдение.

30.XI 9 часов. Состояние женщины удовлетворительное. Появились слабые схватки. Ягодичцы прижаты ко входу в таз. Сердцебиение плода 120 ударов в минуту.

Для повышения тонуса матки профилактически назначены две внутримышечные инъекции фолликулина по 10 000 ЕД через 6 часов.

13 часов. Схватки слабые, редкие. С целью сохранения околоплодных вод и стимуляции родовой деятельности во влагалыще введен кольпейринтер, наполненный раствором риванола 1:2000.

15 часов. Схватки через 10—12 минут по 12—15 секунд, слабые. Ягодичцы прижаты ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 120 ударов в минуту.

19 часов. Родовая деятельность по-прежнему остается слабой. Удален кольпейринтер и произведено влагалыщное исследование. Шейка частично сглажена, цервикальный канал свободно пропускает один палец. Ягодичцы плода прижаты ко входу в таз.

19 часов 25 минут. Отошли воды в количестве 0,5 л. Сердцебиение плода ясное, 122 удара в минуту.

## Какие имеются особенности течения родов? Каков прогноз?

Женщина первый раз рождает в 26 лет, имеется тазовое предлежание плода. В таких случаях следует ожидать слабость родовой деятельности (она уже начала проявляться). Кроме того, отхождение вод при открытии зева на 1 палец также является неблагоприятным фактором. Можно предполагать, что роды будут длительными, придется стимулировать схватки. Затяжные роды могут сказываться как на состоянии матери, так и плода. Необходимо начинать профилактические мероприятия для предотвращения внутриутробной асфиксии плода. Следует назначить пенициллин с целью профилактики развития эндометрита в родах.

19 часов 30 минут. Роженце назначен прозерин в порошках по 0,003 г, через 1 час до 8 раз. «Триада» (глюкоза, кислород, кордиамин) по А. П. Николаеву и пенициллин по 100 000 ЕД через каждые 4 часа.

21 час 20 минут. Схватки через 4—5 минут по 30 секунд, средней силы. Сердцебиение плода ясное, 136 ударов в минуту. Отходят воды. Ягодицы плода прижаты ко входу в таз.

24 часа. Схватки через 5—6 минут по 30 секунд, средней силы. Сердцебиение плода 136 ударов в 1 минуту.

1.XII 1 час 50 минут. Схватки через 3—4 минуты по 30 секунд. Сердцебиение плода 138 ударов в минуту. Повторно применена «триада» Николаева.

6 часов 20 минут. Всю ночь родовая деятельность продолжалась с прежней силой. Роженица утомлена, вялая. Схватки через 5 минут по 30 секунд, слабые. Сердцебиение плода ясное, 138 ударов в минуту. Произведено влагалищное исследование: шейка полностью сглажена, открытие зева на 4 пальца, ягодицы в широкой части полости таза, межвертельная линия — в поперечном размере.

В 9 часов с целью дать отдых роженице введены внутримышечно 1 мл 2% пантопона и 5 мл 25% сернокислой магнезии. Вскоре роженица уснула.

13 часов. Роженица проснулась, жалуется на общую слабость, усталость. Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. Сердцебиение плода 116—120 ударов в минуту, ясное. Родовая деятельность слабая, схватки повторяются через 5—7 минут и длятся 15—20 секунд.

Назначены: слабительное (30 г сернокислой магнезии), клизма и повторно прозерин в сочетании с хинином (по 0,1) поочередно через каждые 30 минут. Внутривенно введены 20 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

15 часов. Схватки слабые, повторяются через 7—10 минут и длятся 15—20 секунд. Роженице дают вдыхать кислород через каждые 5 минут.

21 час 30 минут. Роженица измучена, температура 37,7°. Родовая деятельность слабая, схватки повторяются через 10—15 минут, длятся по 20 секунд. Сердцебиение плода 112 ударов в минуту. При влагалищном исследовании: открытие зева полное, края не определяются, предлежание ягодично-ножное, задний вид, ягодицы стоят в широкой части таза.

*Как протекают роды? Есть ли необходимость  
в акушерских вмешательствах?*

Роды длятся 36 часов 30 минут, родовая деятельность, несмотря на проводимую стимуляцию схваток, остается слабой. За это время произошло полное открытие зева, но в течение 15 последних часов предлежащая часть плода не продвигается. Появились явления эндометрита в родах. Первые признаки асфиксии плода. Надеяться на благоприятное течение родового акта не приходится, так как если роды предоставить естественному течению, то быстро начнут нарастать явления эндометрита у матери и внутриутробная асфиксия у плода. Необходимо закончить роды, а это можно сделать путем извлечения плода за тазовый конец после предварительного низведения ножки.

Итак, мы решаем произвести родоразрешение. Надежды на благоприятное самопроизвольное родоразрешение нет. Роженицу готовят к влагалищной операции. Одновременно сестра подготавливает систему для переливания крови, так как при таком характере родовой деятельности могут быть осложнения в последовом и раннем послеродовом периодах. Маточная мускулатура, проявив свою несостоятельность в первые два периода родов, может оказаться и в последующем неспособной к достаточному сокращению. В подобных случаях при длительно затянувшихся родах у измученных, уставших рожениц всегда следует подумать о возможности атонии матки.

21 час 45 минут. Роженице дан эфирный наркоз, и она подготовлена для влагалищной операции. Оперирующий врач, сложив конусообразно кисть правой руки, ввел ее во влагалище, захватив пальцами ножку над голеностопным суставом, легко вывел ее наружу. После этого, покрыв ножку стерильной пленкой, врач захватил ее рукой за голень, располагая большой палец вдоль икроножных мышц, охватывая остальными голень спереди. Во время потягивания за ножку из половой щели показалось бедро. Ножка захвачена двумя руками, и продолжены тракции по направлению вниз.

Во время тракций врач стремился переводить ножку в такое положение, чтобы подколенная ямка и пятка были обращены кпереди, что и удалось сделать. После прорезывания ягодиц легко удалось типично извлечь туловище плода. Головка выведена без затруднений по методу Смелли—Фейт. Извлечен плод — девочка в синей асфиксии, быстро оживлена по методу Легенченко. Вес плода 3700 г, длина 52 см.

После извлечения плода началось кровотечение, кровопотеря 500 мл. Тут же произведено выжимание последа по Лазаревичу—Креде. При осмотре последа дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки все. Начато переливание крови в вену. Под кожу введен 1 мл питуитрина, внутримышечно — 2 мл эрготина. Матка плохо сокращается, дряблая. Кровотечение продолжается. Произведены: массаж матки через брюшную стенку, прижатие аорты кулаком к позвоночнику. Кровотечение остано-

вилось. Кровопотеря 700 мл. Женщина побледнела. Пульс 94 удара в минуту, легко сжимаемый. Артериальное давление 95/50 мм рт. ст. Продолжается переливание крови (250 мл) и протившокового раствора (225 мл).

Мы были правы, ожидая атонию матки, и подготовились к переливанию крови. Кровотечение остановлено, но оно может возобновиться каждую минуту.

Акушер-гинеколог, проводя роды, всегда должен быть готов к оказанию срочной помощи при атоническом кровотечении. Атония матки может привести в течение нескольких минут к острой и даже смертельной кровопотере, если не будет оказана своевременно надлежащая помощь. Кровотечение при атонии матки нередко бывает настолько сильным, что врачи и акушерки могут растеряться, если они не готовы к оказанию помощи, а в этих случаях дорога каждая минута, и поистине здесь «промедление смерти подобно».

Первой задачей является остановка кровотечения, и лечебные мероприятия следует производить последовательно, изменяя вначале более простые.

Прежде всего, тщательно осматривают послед, выясняют, не осталось ли частей плаценты в полости матки. При задержке в матке частей детского места или при сомнениях в его целостности немедленно производят обследование полости матки. Какой метод применять для обследования полости послеродовой матки, до сих пор нет еще единого мнения.

У ведущих акушеров нашей страны имеется определенная склонность применять, главным образом, ручное обследование матки после родов, но инструментальный метод распространен еще довольно широко.

Следует сказать, что сообщенные рядом авторов результаты о применении инструментального метода являются явно неблагоприятными, указывая на повреждения мышечного слоя и даже перфорации матки (В. И. Тайгро, 1954; И. Ф. Панцевич и С. Д. Амстиславский, 1956). К оценке инструментального метода обследования нельзя подходить без глубокого анализа полученных авторами результатов, в связи с показаниями к обследованию матки, техникой операции и применяемым инструментарием. Несомненно, что использование острых кюреток приводит к большой травматизации стенки матки, наличию в соскобах мышечной ткани и последующим дистрофическим процессам в половых органах женщины. Этому вопросу, к сожалению, многие не придают должного значения, и он даже не учитывается при оценке различных методов обследования матки.

И. Ф. Панцевич и С. Д. Амстиславский (1956), как и ряд других авторов, не анализируют отдельно результаты инстру-

ментального обследования матки, произведенные в первые часы после родов и в последующие дни. Результаты не могут быть тождественными, так как применение выскабливания матки через несколько дней после родов уже происходит нередко при наличии повышения температуры, начавшихся послеродовых заболеваний и при изменениях мускулатуры матки, свойственных периоду инволюции. Кроме того, задержавшиеся в матке частицы плацентарной ткани нередко более плотно прикреплены к стенкам матки, и их удаление сопряжено с применением больших усилий и с большой опасностью травматизации матки. В этих условиях опасность осложнений при операции и после нее резко возрастает. Выскабливание в этот период уже вынужденно и из-за недостаточного открытия маточного зева, а подчас и сформирования шейки производят кюретками небольших размеров и, как правило, острыми.

В Минской акушерской клинике, которой до 1951 г. руководил М. Л. Выдрин, очень широко применяли выскабливание матки после родов. Опубликованные в печати М. Л. Выдриным и Л. И. Рахманчиком (1951) данные показывали, что при выскабливании в раннем послеродовом периоде ни разу не было перфораций матки, в соскобах при гистологическом исследовании ни в одном случае не обнаружена мышечная ткань, послеродовые заболевания наблюдались в 5,2% случаев.

Не являясь сторонниками инструментального обследования матки, мы решили провести тщательные наблюдения, чтобы выяснить преимущества и недочеты как инструментального, так и ручного обследования матки в раннем послеродовом периоде. Подобная работа и была выполнена ассистентом нашей клиники Н. М. Матрусовой.

На 16 024 родов в 530 случаях (3,3%) применено обследование матки в последовом и раннем послеродовом периодах, причем у 357 женщин использован инструментальный метод и у 173 — ручное обследование матки. Кроме того, у 44 женщин выскабливание матки применяли в последующие дни (от 2-го до 18-го) послеродового периода. Соскобы и частицы тканей, удаленные из матки с помощью инструмента или руки, подвергали гистологическому исследованию. Выскабливание производили без наркоза специальной большой тупой кюреткой, диаметром 2,5 см, толщина петли 2 мм (рис. 80). При гистологических исследованиях в соскобах найдена плацентарная ткань в 33,3%. Ни в одном случае не обнаружено мышечной ткани.



При гистологических исследованиях тканей, удаленных при ручном обследовании матки, мышечной ткани не найдено, плацентарная обнаружена в 49,25% случаев.

Нормальное течение послеродового периода после выскабливания матки из 357 женщин наблюдалось у 286 (80,11%); при ручном обследовании из 173 у 137 (77,45%). Послеродовые заболевания после ручного обследования матки имели место в 6,89% случаев, а при инструментальном — в 5,32%, т. е. разница составляет 1,5%.

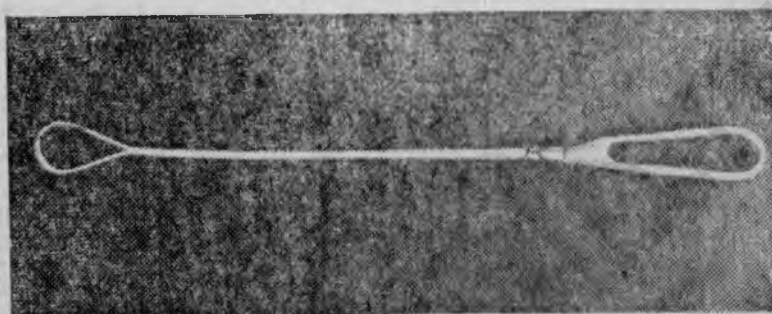


Рис. 80. Большая тупая кюретка для выскабливания матки в раннем послеродовом периоде.

У 90 женщин (70 из них перенесли выскабливание матки в раннем послеродовом периоде) прослежены отдаленные последствия. При обследовании этих женщин ни у одной не было обнаружено каких-либо стойких изменений со стороны половых органов. Половина женщин уже имела последующие беременности, закончившиеся нормальными родами или искусственными абортами, часть из них была беременна в момент осмотра.

Совершенно иные данные получены при выскабливаниях матки, произведенных через несколько дней после родов. Операцию выполняли кюретками, которые имеются в обычных акушерских наборах. При гистологических исследованиях 32 соскобов в 12 обнаружена мышечная ткань и только в 5 — плацентарная. Наличие более чем в одной трети соскобов мышечной ткани — показатель явно неблагоприятный, свидетельствующий о большой травме, наносимой стенкам матки при выскабливании. Из 44 женщин, перенесших выскабливание матки, у 21 наблюдалось лихорадочное течение послеродового периода и у 7 из них имели место послеродовые заболевания (эндометрит и др.). В последующем у одной трети

женщин имели место те или иные нарушения со стороны менструальной функции, причем у 3 женщин наблюдалась длительная аменорея, у 3 были скудные месячные.

Наблюдения нашей клиники позволяют сказать, что оба метода обследования матки в раннем послеродовом периоде, как ручное, так и инструментальное, могут быть применимы в зависимости от имеющихся показаний.

Ручное обследование матки более опасно в смысле заноса инфекции в матку с нижележащих отделов родовых путей. Но как показывают данные нашей клиники, при тщательном соблюдении правил асептики и антисептики в сочетании с применением антибиотиков эта опасность не столь велика.

По нашему мнению, ручное обследование матки следует применять при гипотонии матки, при задержке в матке больших частей плаценты и, кроме того, при отсутствии надлежащего инструмента для выскабливания, т. е. по-настоящему тупой большой кюретки.

Инструментальное обследование матки не требует обычно применения наркоза; операцию производят более асептично, так как кюретку вводят непосредственно в матку, минуя нижележащие отделы родовых путей. Выскабливание матки позволяет тщательно удалить мелкие частицы плацентарной ткани и, кроме того, являясь сильным раздражителем, приводит к сокращению матки.

Мы считаем, что выскабливание матки в первые часы после родов можно применять при отсутствии выраженной гипотонии матки, при задержке незначительных частиц плацентарной ткани или сомнении в целостности плаценты, а также при задержке оболочек, сопровождающейся кровотечением. Обязательным условием для применения инструментального обследования матки в раннем послеродовом периоде, по нашему мнению, является наличие специальной большой тупой кюретки. Соблюдение этого условия предупреждает травматизацию маточной стенки и появление в соскобах мышечной ткани.

И. И. Яковлев (1966), ссылаясь на клинико-физиологические исследования, показывающие изменение характера рефлекторных реакций в результате применения выскабливания матки после родов считает, что при использовании инструментального обследования матки необходима большая осторожность при выскабливании стенок матки, чтобы не травмировать периферические нервные окончания.

Применяя выскабливание матки в различные дни послеродового периода, необходимо использовать только тупые кюретки, даже если они меньших размеров, чем инструмент,

применяемый для операции в первые часы после родов. Применение «обычных кюреток», более или менее острых, сопряжено с опасностью травматизации стенок матки и даже прободения последней.

По данным И. Ф. Панцевича и С. Д. Амстиславского (1956) из 4 перфораций матки 2 прободения произошли при выскабливании матки, предпринятом по поводу кровотечения спустя несколько дней после родов.

В нашей клинике наблюдался один случай несквозного прободения матки в области внутреннего зева в результате повторного выскабливания матки на 14-й день после родов. При этом было настолько сильное кровотечение, что пришлось произвести экстирпацию матки.

В клинику неоднократно поступали для обследования и лечения женщины, страдающие стойкой аменореей, зарастанием полости матки или цервикального канала, бесплодием, наступивших после выскабливания матки в послеродовом периоде, произведенного в других родовспомогательных учреждениях.

При тщательном выяснении анамнестических данных и из сведений, полученных от врачей, производивших операцию, оказывалось, что выскабливание производили через несколько дней после родов с применением обычных, т. е. острых кюреток. Наиболее неблагоприятные и стойкие изменения со стороны матки наблюдались после повторных выскабливаний в послеродовом периоде.

Все это вместе взятое показывает, что при необходимости произвести выскабливание матки через несколько дней после родов, операцию должны производить очень осторожно и бережно. Кроме того, следует серьезно продумывать в подобных случаях показания к выскабливанию, применяя его, в основном, при наличии данных, указывающих на задержку частиц плаценты (увеличение размеров матки, открытие шеечного канала и маточного зева, определение частиц плаценты).

Нередко только наличие небольшого кровотечения или затянувшихся дольше обычного срока кровянистых выделений побуждает врача произвести выскабливание матки. Обычно в соскобах, полученных при выскабливании матки спустя несколько дней после родов, плацентарная ткань обнаруживается редко. Выскабливание матки не всегда оказывает хороший лечебный эффект, а у многих ведет к травматизации стенок матки. У некоторых рожениц, у которых в соскобах не было плацентарной ткани, можно было провести и консервативное лечение.

Таким образом, к решению вопроса о выскабливании матки спустя несколько дней после родов у родильниц, у которых, кроме кровотечения, нет других признаков, указывающих на задержку частиц плаценты, следует подходить осторожно. В подобных случаях вначале следует применять консервативные методы терапии и прибегать к выскабливанию матки при сильном кровотечении или производить эту операцию с диагностической целью при длительно затянувшихся кровотечениях (хорионэпителиома).

Если сомнений по поводу задержки частей плаценты в матке нет, то при гипотонии матки необходимо остановить кровотечение, начиная с простых мероприятий, а при их безуспешности перейти к более сложным. Вначале следует опорожнить мочевой пузырь; на нижнюю часть живота положить пузырь со льдом, ввести внутримышечно 1—2 мл эргометрина и 1—2 мл питуитрина и произвести бережно массаж матки через брюшные покровы.

В большинстве случаев этого бывает достаточно, чтобы вызвать сокращение маточной мускулатуры и остановить кровотечение. При безуспешности указанных мероприятий или если возникают подозрения на задержку частиц плаценты, вводят руку в матку с целью обследования ее полости и через брюшные покровы производят массаж матки, сжав предварительно в кулак руку, введенную в полость матки.

Массаж матки должен быть прерывистым с промежутками в 2—3 минуты и общей продолжительностью до 15—20 минут. Н. А. Шилко (1961) указывает, что непрерывный наружный массаж матки не дает длительных сокращений, не вызывает стойкой ретракции маточной мускулатуры и сжатия сосудов. Массаж матки на кулаке целесообразно дополнить манипуляцией, рекомендуемой Greenhill (1961). Рукой, находящейся в матке, последнюю прижимают к передней брюшной стенке и, проколотив ее, производят инъекцию 1 мл питуитрина или окситоцина (3 ед.) непосредственно в толщу маточной стенки (рис. 81).

Мы неоднократно при упорных гипотонических кровотечениях использовали с успехом это мероприятие, но считаем, как и Greenhill (1961), что эта процедура может применяться только опытными специалистами.

Рациональным, можно полагать, является предложение Greenhill, предусматривающее сдавление матки между наружной рукой, расположенной на брюшной стенке у дна матки, и другой рукой, введенной в передний свод влагалища и сжатой в кулак.

А. П. Николаев (1964) считает, что этот прием целесообразно применять после массажа матки на кулаке, перемещая кулак то в передний, то в задний свод влагалища и сжимая матку между кулаком и наружной рукой, которая еще и массирует матку.

Рекомендуя такой комбинированный метод, А. П. Николаев считает, что при его применении происходит универсальное раздражение чувствительных рецепторов матки и влагалища, обладающего обширными рефлексогенными зонами.

Если указанные выше мероприятия не дают успеха и кровотечение продолжается, то через брюшные покровы прижимают аорту кулаком к позвоночнику (рис. 82). Этот прием не только уменьшает прилив крови к тазовым органам, но и вызывает малокровие матки, которое является для нее сильным раздражителем и приводит к сокращению маточной мускулатуры, в результате наступает уменьшение или прекращение кровотечения. Аорта должна быть сдавлена настолько, чтобы исчез пульс на бедренной артерии.

В прежнее время применялось наложение жгута по Момбургу. Толстый резиновый жгут, наложенный вокруг талии и затянутый до исчезновения пульса бедренной артерии, надежно оста-



Рис. 81. Введение питуитрина непосредственно в стенку матки,



Рис. 82. Прижатие аорты кулаком к позвоночнику через брюшную стенку при атоническом кровотечении.

навливал кровотечение, сдавливая аорту и яичниковые артерии. Но при наложении жгута сдавливаются мочеточники, травмируется кишечник и наблюдаются тяжелые осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы. В настоящее время жгут Момбурга не применяют. С целью прижатия аорты предлагали различные приборы, но они не нашли широкого применения в акушерской практике.

В нашей стране В. Е. Роговин (1962) предложил для борьбы с гипотоническими кровотечениями специальный аппарат «метрогемостат».

Остановка кровотечения достигается взаимным сдавливанием кровотокающих поверхностей ее стенок, сдавливание матки осуществляется между поясничной частью позвоночника и чашей метрогемостата. Н. С. Бакшеев (1966), подробно описавший методику применения метрогемостата, дает положительную оценку на основании опыта многих родильных домов Украины, как самому аппарату, так и методу его применения.

Прижатие аорты к позвоночнику с помощью кулака легко осуществимо в любых условиях, хорошо останавливает кровотечение, но требует значительной силы. Рука обычно скоро устает, а прижатие аорты необходимо производить 10—15 минут. Поэтому следует прибегать к помощи второй руки, захватывая ею область лучезапястного сустава той руки, кулаком которой прижата аорта к позвоночнику. Попеременно усиливая давление то одной, то другой рукой, удается продлить прижатие аорты на необходимый отрезок времени.

К прижатию аорты следует прибегать и во время остановки сильного кровотечения различными методами, производимыми со стороны влагалища (зашивание разрывов, обследование матки и др.).

М. В. Бирюков (1962) в клинике и эксперименте показал, что прижатие аорты при гипотонии матки пальцами более эффективно, чем кулаком. Брюшную аорту на протяжении 10 см сдавливают пальцами обеих рук, причем пальцы одной руки располагают между пальцами другой (рис. 83). Сокращения матки при таком прижатии аорты происходят рефлекторно и связаны с раздражением рецепторов и брюшноаортального сплетения. В условиях эксперимента М. В. Бирюков показал, что после блокады новокаином брюшноаортального сплетения и основания рога матки прижатие аорты пальцами не вызывает сокращения матки.

Применяя метод Бирюкова в нашей клинике, мы неоднократно наблюдали хороший эффект при остановке гипотонического кровотечения.

При остановке гипотонического кровотечения может быть применен шов по В. А. Лосицкой (рис. 84). Сущность



Рис. 83. Пальцевое прижатие аорты по Бирюкову.

этого мероприятия заключается в сильном механическом раздражении шеечно-маточного нервного сплетения, расположенного на заднебоковой поверхности шейки матки и над задним сводом влагалища и снабжающего своими ветвями большую часть матки.

В. А. Лосицкая рекомендует накладывать этот шов следующим образом: шейку матки подтягивают по направлению к лону пулевыми щипцами, наложенными на заднюю губу шейки, в шеечный канал вводят средний и указательный пальцы левой руки и их концами слегка выпячивают заднюю стенку шейки. На границе перехода слизистой оболочки влагалища на шейку матки в поперечном направлении накладывают толстый кетгутовый шов с помощью большой крутой иглы.

Автор рекомендует вкалывать иглу слева со стороны влагалища, проводя ее в шеечный канал, и выкалывать из последнего во влагалище справа на расстоянии от места вкола на 4—4,5 см. Шов, наложенный в поперечном направлении, за-



Рис. 84. Наложение поперечного шва на шейку матки по В. А. Лосицкой.

тягивают и завязывают. На задней стенке шейки при этом образуется массивная продольная складка. Матка сокращается, становится плотной и кровотечение останавливается.

Наложение поперечного шва нередко оказывало хороший эффект и по нашим наблюдениям при гипотонии матки. Мы, в отличие от автора, не стремились прокалывать всю толщу шейки матки с прохождением в цервикальный канал, захватывая большую часть мышечной оболочки. Несколько раз мне удалось наблюдать хороший эффект от наложения поперечного шва при гипотонии матки после кесарева сечения. В этих случаях шов накладывали на задней стенке матки непосредственно над крестцово-маточными связками, при отведении матки к лону.

По поводу применения при гипотонических кровотечениях клеммирования параметриев по методике Генкеля—Тиканадзе нет единого мнения, имеются сторонники (К. Н. Жмакин, 1965, и др.) и противники этого метода (И. Ф. Жордания, 1959; А. П. Николаев, 1964).

К. Н. Жмакин, обобщив собранный им материал, сообщает об остановке кровотечения у 257 женщин из 290 (88,6%) при использовании ущемления параметриев. К. Н. Жмакин рекомендует накладывать мягкие длинные зажимы Бильрота на 3—4 часа. Повреждений мочевых путей не было, из 290 женщин у 10 отмечались резкие боли при наложении клемм и пиелостит.

Методика ущемления маточных артерий по Генкелю—Тиканадзе такова: широкими зеркалами обнажают шейку матки, отгесняя переднюю стенку влагалища и мочевой пузырь кверху; двумя парами щипцов Мюзо захватывают вместе обе губы шейки матки и последнюю низводят книзу и резко отводят вправо. На левый параметрий через влагалищный свод накладывают кишечный жом с надетыми на него резиновыми трубками; затем шейку отводят влево и зажим накладывают на правый параметрий.

Сущность метода заключается в выключении кровообращения через маточные артерии, при этом возникающая ишемия матки приводит к ее сокращению и остановке кровотечения. В литературе описаны единичные случаи повреждений мочеточников и мочевого пузыря, однако эта опасность не столь велика при наложении мягких зажимов и правильном выполнении этого метода.

Н. С. Бакшеев (1966) предложил для остановки маточного кровотечения в послеродовом периоде накладывать по 3—4 абортцанга на боковые поверхности матки с таким расчетом, чтобы одна ветвь щипцов ложилась на внутреннюю по-



верхность боковой стенки матки, вторая — на боковой свод (рис. 85). После наложения зажимов их подтягивают книзу, смещая тем самым книзу и матку. Сдавление боковых стенок матки в их нижнем отделе вызывает рефлекторное возбуждение сокращения и, кроме того, уменьшает кровотоечение за счет значительной внутренней поверхности матки, а возможно и маточных артерий. По данным автора, этот метод оказывается эффективным.



Рис. 85. Наложение абортангов на боковые поверхности матки по Н. С. Бакшееву.

Переязка маточных сосудов через влагалище у ребер матки на уровне внутреннего зева является более рискованным мероприятием и не получила распространения.

Г. Г. Гентер в 1924 г. предложил метод для остановки гипотонического кровотечения, при котором комбинируется двойной прием Piskacek, Lajos—Goth и прижатие аорты. Метод заключается в следующем: опорожняется мочевого пузыря, роженице придают положение с приподнятым тазом и опущенным головным концом; разведенными пальцами левой руки через брюшные покровы захватывают и зажимают нижний сегмент матки, а затем сильно поднимают матку вверх и сжатый между пальцами ее участок прижимают к поясничным позвонкам. Матку удерживают в таком положении 5—15 минут до остановки кровотечения. Одновременно целесообразно применять и наружный массаж матки.

Способ Г. Г. Гентера сочетает в себе несколько моментов и основан, главным образом, на обескровливании матки и прижатии аорты. Применяя метод Гентера при остановке гипотонических кровотечений, мы неоднократно убеждались в

его положительном действии, простоте и доступности выполнения как для врача, так и для акушерки (рис. 86).

Предложен еще ряд модификаций методов сдавления и перегиба матки и при этом основных ее кровеносных сосудов (Губарева—Рачинского, Снегирева, Соколова, Цвейфеля), детально описанных Н. С. Бакшеевым. При этих механических методах матка перемещается резко кпереди, перегибается над верхним краем лона и сдавливается на уровне внутреннего зева или над ним; в других модификациях матка перегибается и сдавливается между двумя руками, одна из

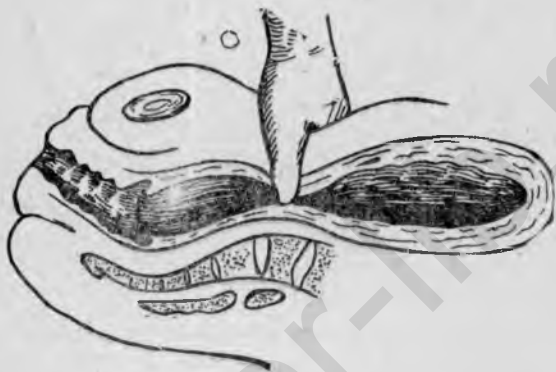


Рис. 86. Прием Г. Г. Гентера для остановки атонического кровотечения.

которых находится во влагалище, другая на брюшной стенке.

При атонии матки указанные выше методы остановки кровотечения обычно не дают желаемого результата и матка на различные раздражения не отвечает сокращениями своей мускулатуры.

З. А. Чиладзе (1963) для восстановления сокращений матки применил дефибрилятор. Автор в эксперименте и клинике доказал, что при атоническом и гипотоническом состоянии матки кратковременным пропусканием постоянного тока через матку восстанавливается ее тонус и сократительная способность. З. А. Чиладзе с этой целью использовал дефибрилятор, применяемый для восстановления нормальной функции сердца. Электроды накладывают на переднюю брюшную стенку в области расположения матки и поясницу. Напряжение постоянного тока равно 4000 в, продолжительность воздействия 0,01 секунды. При непосредственном приложении

электрода к матке во время чревосечения или при введении электрода в матку со стороны влагалища напряжение тока уменьшается до 2000 в.

Автор применил данный метод у 17 тяжелых больных после безуспешности других консервативных мероприятий, и всех больных удалось спасти от гибели без оперативного вмешательства.

М. И. Медведева и Б. И. Ласков (1963) разработали метод остановки маточных кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах, основанный на применении фарадического тока с помощью специального аппарата. Последний имеет универсальное питание: от сети переменного тока (127—220 в) и батареи карманного фонаря. Тетаническое сокращение матки и прекращение кровотечения наступает через 15—20 секунд от момента подачи тока, не сопровождаясь болевыми ощущениями. Метод простой, и противопоказаний к его применению авторы не выявили.

По-видимому, электротонизация матки заслуживает большого внимания и применения в акушерской практике.

Последним средством при безуспешной борьбе с атонией матки является чревосечение с удалением последней по типу надвлагалищной ампутации или экстирпации.

Но эта операция должна быть сделана своевременно, так как значительное число летальных исходов при атонических кровотечениях с декомпенсированной кровопотерей связаны с поздним, а потому и бесполезным чревосечением (обычно это происходит при бессистемном или длительном, но безуспешном применении других мероприятий).

М. С. Малиновский (1967) подчеркивает необходимость строгого последовательного проведения мероприятий по борьбе с атоническим кровотечением, без излишних интервалов при переходе от одного метода к другому, с отбрасыванием при этом всех средств, не действующих быстро и надежно. Если кровотечение продолжается, необходимо перевести женщину в заранее подготовленную для чревосечения операционную.

Удаление матки является калечащей операцией для женщины, она лишает ее детородной и менструальной функций. Кроме того, это серьезное оперативное вмешательство и женщина, находящаяся в очень тяжелом состоянии, нередко не может вынести его и погибает на операционном столе или вскоре после операции.

В последние годы в нашей стране при атонических кровотечениях стали применять перевязку основных сосудов, снабжающих матку кровью (Д. Р. Цицишвили, 1957—1962;

Т. Котурбаш, 1959; Е. К. Александров, 1962; М. С. Цирульников, 1962, 1963, и др.).

В большинстве случаев производят перевязку маточных и яичниковых сосудов. Операция заключается в чревосечении под наркозом или местной анестезией и перевязке маточных и яичниковых артерий (рис. 87).

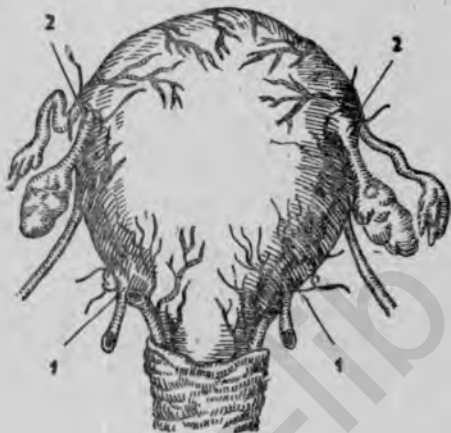


Рис. 87. Схема наложения лигатур на маточные и яичниковые сосуды по Д. Р. Цицишвили (1—1, 2—2).

После вскрытия брюшной полости левую руку подводят под матку и несколько смещают кпереди листок широкой связки у места вхождения маточной артерии в матку. Сосудистый пучок при этом становится хорошо видимым через брюшину; пульсирующую артерию легко определяют и перевязывают кетгутом чуть выше внутреннего зева матки; то же самое производят с другой стороны. Если лигатура наложена правильно, прекращается пульсация в периферическом конце маточной артерии. Сосуды лигируют без высепаровки их и рассечения листков брюшины путем прокола тканей иглой. Яичниковые артерии перевязывают у основания собственных связок яичников.

М. С. Цирульников (1962) рекомендует перевязывать сосуды и у основания широких связок. Однако перевязка 6 сосудов может привести к резкому нарушению кровообращения в области дна матки с последующим некрозом тканей.

Н. С. Бакшеев (1966) приводит данные о 50 больных, которым в роддомах Украины произведены были операции пе-

рвязки маточных и яичниковых сосудов при атонических кровотечениях, в ряде случаев сочетавшихся с афибриногемией. Из 50 оперированных 37 женщин выздоровели, 13 погибли во время или вскоре после операции вследствие тяжелых гемодинамических расстройств или родового шока.

В некоторых случаях при атонии матки и терминальном состоянии достаточно бывает только наложить клеммы на маточные и яичниковые сосуды, чтобы остановилось кровотечение. Затем переходят к мероприятиям по выведению больной из терминального состояния. Если после снятия зажимов начинается кровотечение, то немедленно производят перевязку сосудов.

Тампонаду матки с целью остановки кровотечения при ее гипотонии в настоящее время применяют все реже.

Большинство советских акушеров отвергают тампонаду матки как неэффективный способ остановки кровотечения. Тампонация матки ведет к промедлению с применением более радикальных вмешательств (перевязка сосудов, надвлагалищная ампутация матки).

М. С. Малиновский (1967) полагает, что тампонада матки может быть использована при отсутствии условий для чревосечения и как временная мера в процессе подготовки к нему.

Н. С. Бакшеев (1966) проводит в подобных случаях тампонаду матки тампоном, смоченным раствором тромбина (1 г тромбина на 200 мл физиологического раствора поваренной соли). Вместо тромбина может быть использована гемостатическая губка, которая как и тромбин, введенный в полость матки, приводит к быстрому свертыванию крови и образованию плотных пристеночных тромбов.

Прибегая к тампонаде матки следует помнить, что при атонии матки она не дает желаемого эффекта. Вначале, пока еще тампон не пропитается кровью, создается обманчивое впечатление об остановке кровотечения. Когда эта иллюзия исчезает, бывает упущено время для спасения больной. При гипотонии матки правильно выполненная тампонада матки может в некоторых случаях привести к остановке кровотечения. Для тампонады используют стерильные широкие (10—12 см) марлевые бинты длиной в 15—20 м.

Тампонацию матки и влагалища производят марлевым бинтом, который смачивают раствором риванола 1:4000 или 3% раствором хлористого кальция. При тампонации необходимо соблюдать строжайшую асептику. Захваченные пулевыми щипцами края зева матки низводятся ко входу во влагалище и марлевый бинт, не давая ему соприкасаться с наружными половыми частями и стенкой влагалища

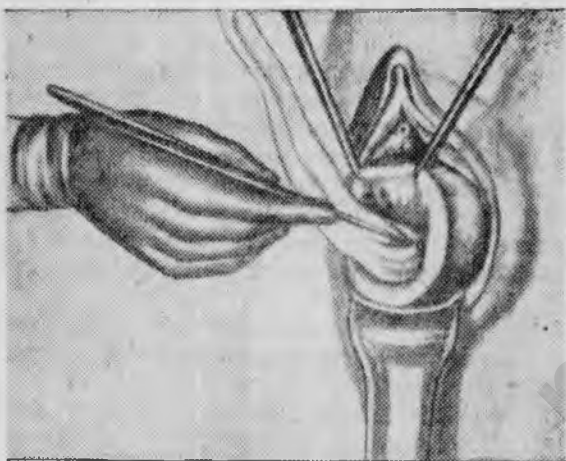


Рис. 88. Тампонация матки и влагалища при атоническом кровотечении. Введение тампона в матку.



Рис. 89. Правильно выполненная тампонация матки и влагалища (а); плохо выполненная тампонация матки и влагалища (б).

(рис. 88), вводят в матку до дна ее. Затем последовательно туго тампонируют матку и влагалище (рис. 89). Тампон остается в матке на 6—12 часов. Если кровотечение не останавливается, необходимо переходить к ампутации или экстирпации матки, не дожидаясь, когда роженица начнет агонировать, так как запоздалое чревосечение и удаление матки не дадут положительных результатов.

Более рациональным чем обычная тампонада матки может быть применение тракционной тампонады матки по Muller. При этом в полость матки вводят с помощью корнданга центральную часть марлевой салфетки, имеющей размер 30×70 см, концы которой свисают из влагалища. «Мешок», получившийся из салфетки, туго заполняют бинтами, образующими в полости матки подобие шара. Концы салфетки продевают в отверстие кольцевидного пессария, который помощник прижимает ко входу во влагалище. Подтягивая на себя концы салфетки, хирург марлевым шаром прижимает подвздошные и маточные сосуды к костям таза, что и приводит к остановке кровотечения. Не получил распространения метод введения в матку тампонов, смоченных эфиром, который, по наблюдениям ряда авторов (П. А. Гузиков, 1934; Н. И. Фролова, 1954, и др.), дает хороший кровоостанавливающий эффект, но при использовании этого метода возможна газовая эмболия при испарении эфира. У одной роженицы во время введения в матку тампона, смоченного эфиром, при атоническом кровотечении после ручного отделения плаценты при краевом ее предлежании нам пришлось наблюдать летальный исход от газовой эмболии.

При гипотонии матки, если не было предлежания плаценты, для остановки кровотечения может быть в отдельных случаях использовано введение смоченного эфиром тампона не в полость матки, а во влагалище. Как указывает Н. С. Бакшеев (1966), подобное мероприятие во многих случаях гипотонии матки оказывает положительный эффект.

При остановке гипотонического кровотечения необходима строгая последовательность мероприятий, проводимых после рождения последа.

1. При кровопотере 250—300 мл после опорожнения мочевого пузыря с помощью катетера и осмотра в зеркалах шейки, влагалишных стенок и сводов производят легкий прерывистый массаж матки через брюшную стенку. Вводят внутримышечно сокращающие матку средства (эргометрин, окситоцин, питуитрин и т. п.). Холод (лед, снег) на нижнюю часть живота и начинают внутривенное капельное введение 5% раствора глюкозы и окситоцина (3 ед. на 500 мл глюкозы).

2. Ручное обследование полости матки для удаления обрывков оболочек, сгустков крови. Во время этой манипуляции производят осторожно массаж матки на кулаке или применяют другие приемы для остановки кровотечения (шов по Лосицкой, прижатие матки к лону, способ Гентера и др.).

Одновременно, если продолжается кровотечение, производят пальцевое прижатие аорты по Бирюкову и начинают переливание крови.

3. При продолжающемся гипотоническом кровотечении могут быть применены наложение абортангов на боковые поверхности матки или клеммирование параметриев, электротонизация матки по Чиладзе или Медведевой.

При атонии матки методы консервативной терапии обычно не дают благоприятного эффекта и, не теряя времени, применяют хирургические методы остановки кровотечения (перевязка сосудов, ампутация или экстирпация матки). В процессе подготовки к операции может быть применена электротонизация матки.

Большое значение имеет вид обезболивания при выполнении оперативных вмешательств у резко обескровленных больных, находящихся в тяжелом, нередко терминальном состоянии.

Масочный глубокий эфирно-кислородный наркоз резко угнетает адаптацию организма к кровопотере и усугубляет гипоксию.

Наиболее целесообразным методом общего обезболивания является эндотрахеальный вид наркоза с применением релаксантов короткого действия. Подобный наркоз позволяет ограничивать количество вводимых наркотических веществ, обеспечивает достаточную оксигенацию организма оперируемой женщины и возможность в условиях управляемого дыхания принятия всех мер при остановке сердца и отеке легких.

При невозможности применить эндотрахеальный метод наркоза используют местную анестезию или ее сочетание с поверхностным масочным наркозом.

При гипо- и атоническом кровотечении всегда одновременно с остановкой кровотечения необходимо начинать борьбу с острой кровопотерей, о чем иногда забывают врачи.

Вернемся к нашей родильнице.

22 часа 30 минут. Снова началось кровотечение. Пульс 92 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 85/45 мм рт. ст. Повторно применен наружный массаж матки, прижатие аорты к позвоннику кулаком. Продолжено переливание крови в вену. Кровопотеря 600 мл, без учета предыдущего кровотечения.



23 часа. Кровотечение уменьшилось, но все еще продолжается. Состояние родильницы тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледные. Пульс 160 ударов в минуту. Артериальное давление 60/30 мм рт. ст. Под кожу введен 1 мл 0,1% раствора сернистого атропина и произведено ручное обследование полости матки, при этом удалены большие сгустки крови и применен массаж матки на кулаке. Матка плохо сокращается, стенки ее дряблые.

24 часа. Ввиду продолжающегося кровотечения произведена тампонация матки и влагалища стерильными бинтами, смоченными раствором риванола 1:2000. Одновременно дано указание о подготовке операционной для чревосечения.

2.XII, 1 час. Тампоны пропитались кровью, но матка сократилась, стала плотной. Все время продолжается переливание крови в вену.

Возможно, что тампонация матки остановит кровотечение, и тогда основной задачей будет продолжение борьбы с острой кровопотерей, чтобы вывести родильницу из тяжелого состояния. Если же кровотечение возобновится, то нужно будет, не выжидая, произвести чревосечение и перевязку сосудов или удаление матки.

Как ни тяжело решиться на подобную операцию у молодой женщины, но если другие мероприятия являются безуспешными, то другого выхода нет.

Итак, все готово к чревосечению, хирург и сестра у операционного стола, готовые к оперативному вмешательству, а в родильном зале продолжается борьба с кровопотерей.

В настоящее время вопрос о переливании крови при кровопотерях в последовом и послеродовом периодах не вызывает никаких разногласий и трансфузии стали обыденным явлением, вошли в практику работы. Однако совсем еще недавно у многих акушеров было сдержанное отношение к переливанию крови. Это объясняли тем, что женщины, якобы, более выносливы к большим кровопотерям в связи с тем, что их кроветворные органы, благодаря ежемесячным кровотечениям, более способны к быстрому восстановлению потерянной крови. Однако А. Н. Филатов (1955) при исследовании регенерации крови у доноров мужчин и женщин показал, что регенерация у женщин происходит медленнее. Надежды на компенсирование кровопотери за счет того, что общая масса крови у беременных женщин больше и происходит поступление жидкости в кровяное русло из гидремических тканей, также оказываются мало состоятельными.

Острые кровопотери являются одной из самых частых причин материнской смертности. По данным официальной государственной статистики США, летальные исходы от кровотечения в 1945 г. составили 43,7% от всех случаев материнской смертности, в 1946 г. — 41,7%, в 1947 г. — 30,8%.

Маточные кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде занимают ведущее место среди причин материнской смертности. Удельный вес смертельных исходов от кровотечений в 1959—1963 гг. колебался от 30,1 до 34,5% (Н. С. Бакшеев, 1966).

В Чехословакии, по данным Kotasek, Sech, Cervenka, на 369 случаев материнской смертности за 1957—1961 гг. наблюдался 91 (23%) случай смерти от кровотечений.

В ГДР (1958—1961) Rothe и Jaluvka отметили из числа всех летальных исходов у матерей 19,5% случаев от кровотечения.

В Чикаго атонические кровотечения занимали первое место среди других причин материнской смертности в третьем триместре беременности (Lane, Angelman, 1963).

Последние данные литературы указывают, что во всем мире кровотечения в родах занимают одно из первых мест среди причин материнской смертности.

По статистике акушерского госпиталя в Глазго, 25% всех смертельных исходов после родов зависят от кровопотери, причем 75% из всех умирающих больных могли быть спасены своевременным переливанием крови.

Е. П. Романова (1939) собрала из отечественной, а также немецкой, французской и английской литературы за 1925—1937 гг. материалы лишь о 795 переливаниях крови в акушерской практике, которые в 91,8% случаев сопровождались хорошим лечебным эффектом.

В. И. Саложников (1947), приводя данные о переливаниях крови в 22 родильных домах г. Москвы за 1946 г., указывает, что трансфузии применялись лишь у 33% женщин, имевших кровопотери, причем в 85—90% случаев переливались малые и средние дозы крови (250—400 мл). Трансфузии крови были применены в 1,1% по отношению ко всем родившим, а кровопотери свыше 500—700 мл наблюдались в 3,48% к числу всех родов.

По данным Л. И. Канторовича (1957), кровопотери у женщин, находившихся в 7 родовспомогательных учреждениях Белоруссии в 1950—1951 гг., составляли от 2,5% до 4,5% от общего числа женщин.

В акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института мы широко пользовались переливаниями крови, чему способствовало и наличие постоянного запаса плацентарной крови, сбор которой в течение года достигал 250 л.

Л. И. Канторович (1963), детально изучавший вопросы сбора плацентарной крови и использования ее в акушерской

практике, показал, что взятие плацентарной крови не оказывает никакого вредного влияния ни на течение послеродового и послеродового периодов, ни на развитие ребенка. Одновременно Л. И. Канторович на основании многолетнего опыта, проведя свыше 8000 наблюдений, показал высокую эффективность трансфузий плацентарной крови при острых кровопотерях в акушерской практике. При кровотечениях в послеродовом и раннем послеродовом периодах были произведены 1446 трансфузий 1056 больным, причем при 966 переливаниях применялась плацентарная и при 480 — донорская кровь.

По данным Н. С. Бакшеева (1966), при анализе 46 350 историй родов, патологическая кровопотеря (свыше 400 мл) имела место у 9434 женщин (20,8%). Удельный вес больших кровопотерь (свыше 700 мл) составляет 22,05% от числа женщин, имевших кровопотери свыше 400 мл.

По данным В. И. Сапожникова (1947), на 64 397 родов кровопотеря свыше 500 мл составила 3,48%, а по материалам А. И. Евдокимовой (1966) на 15 000 родов — 10,7%. М. С. Соловьева (1967), анализируя данные о 246 621 родах за 1951—1965 гг., патологические кровопотери отмечает в 7,3% случаев, при этом из 18 116 рожениц и родильниц кровопотеря была 500—600 мл у 78,4%, 600—800 мл — у 15,7%, 900—1000 мл — у 4,8% и свыше 1 л — у 1,1%.

За последние годы (1962—1966) в одном из акушерских отделений нашей клиники на 17 218 родов количество переливаний крови составило 1462 и применялось в 8,5% случаев по отношению ко всем родам и в 37,5% случаев по отношению к кровопотерям свыше 500 мл. Перелито 545 л донорской крови.

Мы считаем, что при острой кровопотере переливание крови следует начинать как можно раньше, используя до остановки кровотечения введение крови капельным методом. После того, как кровотечение будет остановлено, трансфузию производят струйным методом. С 1951 г. в нашей клинике применяется и метод внутриаартериальных переливаний крови, если в результате острой кровопотери у женщины наблюдается агональное или предагональное состояние, а также в тех случаях, когда максимальное артериальное давление падает ниже 60 мм рт. ст. и переливание в вену 250—500 мл крови не дает заметного эффекта.

При массивных кровопотерях и резком обескровливании больных после выведения женщины из тяжелого состояния необходимо вводить капельным методом не только кровь, но и кровезаменяющие и противошоковые жидкости в общей сложности до 3—5 л. Это позволяет возместить кровопотерю,

избежать повторного падения сердечно-сосудистой деятельности при повторении кровотечения и добиться стойкого лечебного эффекта. Клинический опыт показывает, что медленно происходящая кровопотеря даже до 1 л переносится больными лучше, чем потеря того же или даже меньшего количества крови в короткий промежуток времени.

Влияние кровопотери на организм женщины зависит от предшествующего состояния больной, ее реактивности и силы кровотечения. Поэтому в одних случаях у женщины развивается тяжелое состояние при потере 500—600 мл крови, а многие другие женщины быстро компенсируют кровопотерю в 1000 мл.

Г. Г. Гентер (1937) наблюдал выздоровление женщин при кровопотере в 2400—2600 мл, а в литературе имеются описания даже таких случаев, когда женщины выздоравливали при кровопотере до 3600 мл. Однако необходимо учитывать, что кровопотеря в 1000—1500 мл и больше угрожает жизни женщины и, ослабляя защитные силы организма, приводит к увеличению числа послеродовых заболеваний и их более тяжелому течению.

Учитывая значение индивидуальных особенностей организма женщины и ее реакции на кровопотерю, нельзя руководствоваться только величиной последней при оценке тяжести общего состояния. Необходимо различать компенсированную и декомпенсированную кровопотерю.

В ответ на острую кровопотерю организм мобилизует компенсаторные механизмы. Координированная реакция физиологических систем помогает организму приспособиться к новым, патологическим условиям кровообращения и обмена. В кровяное русло поступает жидкость из тканевых пространств, возмещая потерянную кровь. Сокращение просвета кровеносных сосудов уменьшает емкость сосудистого русла, что компенсирует понижение кровенаполнения и поддерживает уровень кровяного давления. Происходит мобилизация депонированной крови из селезенки, печени, мезентериальных сосудов, мышечной системы. Деятельность сердца приспосабливается к новым условиям: учащается ритм сердечных сокращений, изменяется минутный объем и т. д.

Организм располагает очень большими компенсаторными возможностями, но они не беспредельны и после определенной, различной для каждого организма величины кровопотери возникают клинические признаки декомпенсированной кровопотери: побледнение кожных покровов и видимых слизистых оболочек, учащение пульса, снижение его наполнения, спадение подкожных вен, падение кровяного давления.

При декомпенсированной кровопотере нарушается снабжение органов и тканей кровью и кислородом, возникает гипоксия и накопление в крови недоокисленных продуктов обмена веществ. Центральная нервная система и особенно кора головного мозга наиболее чувствительны к кислородному голоданию и нарастанию ацидоза. В условиях продолжающейся гипоксии сначала возникает запредельно-охранительное торможение с нарушением корковой регуляции физиологических функций с последующим истощением центров головного мозга и в дальнейшем деструктивными изменениями, которые делают уже невозможным восстановление функций коры головного мозга. Клинические наблюдения показывают, что кора головного мозга способна переносить полную анемию 5—6 минут, в течение которых еще возможно полностью восстановить ее функции.

Следует учитывать, что необратимые нарушения в коре головного мозга наступают не только при полной анемизации, но и при длительном кислородном голодании с расстройством кровообращения при артериальном давлении в 50 мм рт. ст. нарушается деятельность коры головного мозга.

Недостаточное кровоснабжение тканей, особенно мозга, обуславливает появление в начальной стадии кровотечения, возбуждения, беспокойства больной, а затем появление общей слабости, головокружения, шума в ушах. При дальнейшем нарастании кровопотери черты лица обостряются, глаза западают, больная временами теряет сознание, испытывает сильную жажду, наблюдается тошнота и рвота, пульс становится нитевидным, затем исчезает. Снижение артериального давления до 80 мм рт. ст. указывает на угрожающее состояние больной.

Декомпенсированная кровопотеря при переутомлении, голодании, травме нередко возникает и при сравнительно небольшой кровопотере.

Острая кровопотеря, особенно в акушерской практике, имеет огромное значение и требует принятия немедленных и решительных мер, включающих остановку кровотечения и борьбу с острой кровопотерей.

По нашему мнению, переливание крови следует производить при кровопотере в 500—700 мл или если наступает ухудшение общего состояния, падение пульса и артериального давления при потере меньшего количества крови. По данным акушерской клиники Минского медицинского института (Л. И. Канторович, 1963), из 1020 женщин, у которых были кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах, кровопотеря в пределах 300—600 мл наблюдалась у 149 (14,6%),

от 700 до 1000 мл — у 760 (74,5%), от 1100 до 1600 мл — у 92 (9%) и от 1700 до 2000 мл и более у 19 (1,9%) женщин.

Благодаря своевременному применению внутривенных переливаний крови и кровезамещающих жидкостей, удавалось выводить женщин из тяжелейших состояний при декомпенсированной кровопотере. Многие женщины были возвращены к жизни из терминальных состояний с помощью внутриартериальных трансфузий. Летальные исходы были единичными и обычно наблюдались при неостановленных кровотечениях.

По данным Л. И. Канторовича, при кровотечениях в последовом и послеродовом периодах переливали кровь в следующих дозах: 250 мл в 43,8% случаев, от 300 до 550 мл — в 39%, 600—800 мл — в 11,7% и, наконец, 850—1000 мл и более — в 5,5% случаев. Причем трансфузии по жизненным показаниям были произведены в 24,9% случаев.

Помимо переливания крови и специальных кровезамещающих растворов, следует использовать физиологический раствор поваренной соли, 5% раствор глюкозы, которые всегда могут быть под рукой.

При компенсированных и субкомпенсированных кровопотерях объем переливаемой крови или жидкости должен составлять 50—100% потерянной крови, а при декомпенсированной кровопотере, характеризующейся стойкими нарушениями гемодинамики, объем переливаемой крови должен достигать 110—130% (Н. С. Бакшеев, 1966).

При повторных кровопотерях, даже полностью возмещенных при трансфузиях крови, часто наблюдаются тяжелые гемодинамические расстройства вследствие истощения компенсаторных механизмов, особенно функции надпочечников.

Поэтому наряду с переливаниями крови и плазмозаменителей следует шире использовать препараты надпочечников (50—100 мг гидрокортизона в 5% растворе глюкозы и 1 мл норадреналина, сначала 0,3—0,5 мл одномоментно, остальное каплями).

При переливании больших количеств консервированной крови всегда вводятся большие количества свободного калия, накапливающегося в плазме в процессе консервации. Для профилактики токсического действия калия следует вводить внутривенно глюконат кальция или хлористый кальций. Токсическое действие лимонно-кислого натрия, вызывающего спазм коронарных сосудов и капилляров легочной артерии, снимается введением в вену 0,5—1% раствора новокаина по 10—15 мл до и после переливания крови.

При обильной кровопотере, переливании донорской крови и кровезаменителей происходит вторичное снижение содер-

жания основных факторов свертывающей системы крови и особенно фибриногена, развивается состояние гипофибриногенемии, что может поддерживать или усиливать кровотечение. В подобных случаях целесообразно наряду с трансфузиями крови вводить концентрированный раствор сухой плазмы, фибриноген.

Если внутривенные трансфузии крови не дают эффекта, и максимальное артериальное давление падает до 70 мм рт. ст. и ниже, показано внутриартериальное переливание крови.

Одновременно обескровленной женщине придают положение с приподнятыми ногами и опущенной вниз головой и верхней частью туловища. С этой целью поднимают ножной конец кровати, устанавливая его на специальную подставку или на табуретку. Такое положение способствует лучшему кровоснабжению мозга. Одновременно дают вдыхать кислород. Хорошо давать больной небольшими глотками крепкий сладкий чай с добавлением в него винного спирта из расчета столовая ложка на стакан. Согревание обескровленной женщины с помощью грелок, лампы соллюкс также способствует выведению больной из тяжелого состояния. После остановки кровотечения вводят под кожу сердечные средства: камфору, кофеин, кордиамин и др.

За женщиной, перенесшей острую кровопотерю, после того как она вышла из тяжелого состояния, должно проводиться в течение первых суток тщательное наблюдение, потому что при этом деятельность сердечно-сосудистой системы еще неустойчива и даже небольшое повторное кровотечение может привести к резкому падению пульса и артериального давления. В целях предупреждения развития инфекции в ослабленном кровопотерей организме назначают антибиотики.

Учитывая острую кровопотерю и связанную с этим анемию женщины, необходимо в послеродовом периоде проводить повторные трансфузии крови и лечение анемии.

По данным Э. Н. Синдеевой (1962), у 24% рожениц с кровопотерей свыше 400 мл постгеморрагическая анемия не исчезает не только к моменту выписки из акушерского отделения, но и к 6—8-й неделе после родов.

2.XII, 1 час 30 минут. Общее состояние больной несколько улучшилось, но еще остается тяжелым. Пульс 126 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 60/20 мм рт. ст. Кровотечения нет. Больной придано положение Тренделенбурга, она обложена грелками, и ей дают пить горячий сладкий чай с вином и вдыхать кислород. Переливание крови в вену производят капельным методом.

До 5 часов утра продолжалось переливание крови и кровезамещающих растворов. Женщине было перелито 1600 мл крови и 1200 мл кровезамещающих жидкостей. Артериальное давление последовательно повышалось с 65/30 мм до 75/40, 80/40, 100/60 мм рт. ст. и, наконец, достигло

уровня 105/65 мм рт. ст. Частота пульса со 126 ударов снизилась до 96, и наполнение его стало удовлетворительным.

2.XII, 10 часов. Состояние больной удовлетворительное. Температура 37,1°. Пульс 86 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Удален тампон из матки и влагалища, матка хорошо сократилась, кровотечения нет. Общая кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периодах составила 1900 мл. Эритроцитов 2 620 000, гемоглобина 48%.

Назначены: инъекции 1 мл питуитрина под кожу 2 раза в день, пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа, повторные переливания крови по 200—300 мл.

Послеродовой период протекал без осложнений, но температура до 12.XII оставалась субфебрильной. 16.XII женщина с ребенком были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

У пациентки, выписавшейся с ребенком из клиники на 16-й день после родов в удовлетворительном состоянии, в последующем развились явления нарушения психики и гипопитуитаризма; она длительное время лечилась у психиатров и эндокринологов.

Больная перенесла массивную кровопотерю в послеродовом и раннем послеродовом периодах и в течение нескольких часов артериальное давление было на низком уровне. Известно, что отдаленным последствием массовых кровопотерь в родах может быть развитие тяжелого заболевания — гипопитуитаризма, или синдрома Шихана. Возникновение этого заболевания связано с некрозом передней доли гипофиза вследствие тромбоза сосудов.

Проявлением синдрома Шихана могут являться: агалактия, аменорея, атрофия половых органов, слабость, апатия. В. Н. Серов (1970), проведя обследование через 1 год после родов 102 женщин с кровопотерей свыше 800 мл, выявил у 2 женщин аменорею, гипоплазию половых органов и у одной из них еще и уменьшение веса тела на 11 кг, у третьей женщины аменорея сочеталась с ожирением и плюригландулярными нарушениями.

На III международном конгрессе акушеров-гинекологов (1961) синдром Шихана был детально освещен в докладах автора и ряда ученых разных стран. Эти данные показывают, что одной из причин синдрома Шихана являются акушерские кровотечения.

Одновременно указывалось, что далеко не все случаи заболевания учитываются, особенно те формы, которые протекают при менее выраженной клинической картине, одновременно приводился ряд наблюдений, где синдром Шихана заканчивался летальными исходами. Так, Cheehan (1961) сообщил о 55 подобных случаях, из которых 25 были его собственными наблюдениями.

Все это указывает на необходимость настойчивой борьбы



с кровопотерей и принятие более решительных мер, если кровотечение надежно не останавливается.

У нашей пациентки роды были длительные, развилась упорная слабость родовой деятельности, отошли воды при открытии зева на I поперечный палец. Можно было ожидать гипо- или атонию матки со всеми вытекающими отсюда последствиями; поэтому следовало обсудить вопрос о методе родоразрешения в интересах матери и ребенка. При сложившихся неблагоприятных обстоятельствах мог быть поставлен и вопрос о кесаревом сечении после отхождения вод.

При возникшем в последовом периоде кровотечении необходимо было проводить более энергичные меры по остановке кровотечения (ручное обследование полости матки, массаж ее на кулаке и др.). Вместо тампонады матки следовало прибегнуть к перевязке основных сосудов, снабжающих матку кровью, а в процессе подготовки к операции использовать клеммирование параметриев или, как теперь применяют, электротонизацию матки.

**Краткий эпикриз.** У первобеременной 26-летней женщины с тазовым предлежанием плода наблюдалась слабость родовой деятельности: Медикаментозная стимуляция схваток и отдых не дают эффекта, период изгнания затягивается. Извлечение плода за тазовый конец производится под эфирным наркозом. Вес плода 3700 г.

Послед из-за начавшегося кровотечения выжат по Лазаревичу—Креде. Возникает тяжелая атония матки. Применение сокращающих матку средств — массаж ее как наружный, так и на кулаке, прижатие аорты к позвоночнику — дают лишь кратковременный эффект. Применена тампонация матки, которая способствовала окончательной остановке кровотечения. Общая кровопотеря составила 1900 мл. Одновременно с остановкой кровотечения капельным и струйным методом переливали кровь (1600 мл) и кровезамещающие растворы (1200 мл). В послеродовом периоде применяли антибиотики и повторные трансфузии крови. На 16-й день женщина с ребенком в удовлетворительном состоянии выписалась из клиники.

## ГИПОФИБРИНОГЕМИЯ

**Беременная Р.,** 34 лет, поступила в родильный дом 2.XII 1967 г. в 11 часов 40 минут, в связи с наличием родовой деятельности и кровянистых выделений. Температура — 36,4°. Артериальное давление 105/70 мм рт. ст. Диагноз при поступлении: missed abortion — поздний самопроизвольный аборт 25 недель. Менструации с 12 лет, установились сразу, через 28 дней, по 3 дня. Последняя менструация 28.III 1967 г. Шеление плода заметила в начале августа. Эта беременность четвертая.

Первая беременность закончилась в 1960 г. срочными родами, вес новорожденного 3500 г. Имело место кровотечение в раннем послеродовом периоде, переливание крови. Вторая беременность в 1963 г и третья в 1966 г., закончившиеся искусственным абортom, протекали без осложнений.

Последняя беременность до середины октября протекала без осложнений. 24.X впервые отмечено отставание величины матки от срока беременности. Шевеления плода прекратились. До 2.XII 1967 г. находилась под наблюдением женской консультации. 2.XII начались схватки, по поводу чего женщина поступила в родильный дом. Состояние при поступлении удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, хорошего наполнения. Артериальное давление — 105/70 мм рт. ст. Схватки через 5—7 минут. Матка увеличена до 25—26 недель беременности. Воды не отходили. При влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие — 1,5—3 пальца, края тонкие. Плодный пузырь цел. Предлежит головка.

*Какие имеются особенности течения беременности?  
Каков диагноз и прогноз?*

Из данных анамнеза, наблюдения в период беременности и осмотра в настоящее время мы узнаем, что последняя беременность протекала до середины октября, т. е. приблизительно до 27—28 недель беременности без осложнений. Затем женщина перестала ощущать шевеление плода, а врач, наблюдавший ее в женской консультации, стал замечать отставание увеличения матки от срока беременности. Эти данные могли указывать на внутриутробную гибель плода. Женщина продолжала оставаться под наблюдением женской консультации, так как отказывалась от направления в стационар.

Диагноз в настоящее время не вызывает сомнений. Плод погиб около двух месяцев назад. Был несостоявшийся выкидыш (missed abortion). В настоящее время происходит самопроизвольный поздний выкидыш, протекающий по типу преждевременных родов.

Родовая деятельность хорошая, в ближайшее время должен родиться плод.

Однако известно, что длительная задержка мертвого плода в матке может сопровождаться возникновением кровотечения, обусловленного гипо- или афибриногенемией.

В отечественной и зарубежной литературе имеется много сообщений о кровотечениях в родах и послеродовом периоде, связанных с нарушением свертывающей способности крови, в частности, при гипо- и афибриногенемиях. Наиболее часто подобные кровотечения возникают при длительной задержке мертвого плода в матке, преждевременной отслойке плаценты, эмболии околоплодными водами.

Возникновение гипо- и афибриногенемии при беременности и в родах связывают с тем, что в кровеносную систему проникают тромбопластины, в большом количестве содержащиеся

ся в плаценте, децидуальной оболочке и околоплодных водах. В результате цепной реакции происходит внутрисосудистое свертывание крови, из крови осаждаются фибриноген, наступает гипо- или афибриногенемия и кровь, лишенная фибриногена, вытекает, не свертываясь, струей. Проникновению тромбопластинов в кровеносное русло матери способствует отслойка нормально расположенной плаценты, задержка умершего плода в матке и эмболия околоплодными водами (З. С. Шунева, 1960; А. И. Дмитриева, 1961; Willson, 1946; Weiner, Reid, Roby, Diamond, 1950; Schneider, 1955, и др.).

Гипо- и афибриногенемии могут наступить при фибринолизе в результате попадания в материнское кровеносное русло фибринолитического фермента, разрушающего фибриноген, или же при уменьшении синтеза фибриногена в организме, который происходит преимущественно в печени.

Содержание фибриногена в крови во время беременности увеличивается (Е. П. Романова, 1939; А. Н. Помаскина, 1954; Kotasek, 1959, и др.), а в послеродовом периоде и в первые дни после родов содержание фибриногена уменьшается (Zinser, 1950; Bieniarez, 1957; Koutsky, 1958; Kgaul, 1950). Последние данные не подтвердились в исследованиях Michalkiewicz. По данным нашей клиники (К. В. Порай-Кошиц, 1964), имеется определенная зависимость между величиной кровопотери во время родов и содержанием в плазме фибриногена. Многократные исследования у 200 рожениц показали, что у 85,5% из них в первом периоде родов содержание фибриногена колеблется от 351 до 550 мг%; по мере понижения содержания фибриногена возрастает величина кровопотери. Кровопотеря в раннем послеродовом периоде, превышающая 150 мл, чаще наблюдается у женщин с низким содержанием фибриногена в крови.

Повышение содержания фибриногена во время беременности, в первом и втором периодах родов, ускорение свертываемости крови во время родов следует рассматривать как физиологические процессы, направленные на остановку кровотечения в послеродовом периоде. Нарушение этих процессов приводит к кровотечению. Поэтому при замедленной свертываемости крови, а также при преждевременной отслойке плаценты, задержке мертвого плода в матке, поражениях печени с нарушением ее функции следует помнить о возможности гипофибриногенемии; в этих случаях нужно по возможности определить содержание фибриногена в крови, а самое главное — подготовиться к борьбе с кровотечением, зависящим от гипо- или афибриногенемии. Подобные кровотечения возникают и при поздних токсикозах беременности, при кото-

рых содержание фибриногена в крови может снизиться за счет отслойки плаценты или поражения печени.

При значительном снижении содержания фибриногена или полном его исчезновении в крови, последняя теряет способность свертываться. Снижение фибриногена до 150—100 мг% уже приводит к выраженному нарушению процесса свертывания крови. При отсутствии фибриногена говорят об афибриногенемии, а при снижении его ниже критического уровня (150—100 мг%) — о гипофибриногенемии. При развитии гипо- и афибриногенемии происходит снижение и других факторов свертывающей системы, однако их обычно бывает достаточно для процесса свертывания крови.

В акушерской практике гипо- и афибриногенемия чаще всего развиваются при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, эмболии амниотической жидкостью, длительной задержке в полости матки мертвого плода.

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты образуется ретроплацентарная гематома; сосуды маточно-плацентарной площадки при этом зияют, кроме того, в области гематомы развивается большое давление. В результате всего этого создаются условия для проникновения тромбопластических веществ в общий кровоток матери (подробнее об этом сказано в разделе о преждевременной отслойке плаценты).

При эмболии околоплодными водами проникновение их в кровь матери возможно после вскрытия плодного пузыря. Чаще эта патология возникает при высоком боковом разрыве плодного пузыря, когда околоплодные воды, просочившиеся между амниотической оболочкой и стенкой матки, достигают обнажившихся сосудов и могут проникнуть в общий кровоток матери. Благоприятствуют проникновению околоплодных вод глубокие разрывы шейки матки, разрез матки при кесаревом сечении в области плацентарной площадки и т. п.

При длительной задержке (в течение 5 недель и более) в полости матки мертвого плода продукты его распада, богатые тромбопластическими веществами, попадают в материнский круг кровообращения. Их проникновение облегчается благодаря наступающему в результате лизиса плаценты обнажению кровяных синусов стенки матки.

При всех указанных состояниях проникновению тромбопластических веществ способствуют схватки, так как они приводят к повышению внутриматочного давления.

В литературе имеются указания на возможность развития гипофибриногенемии и афибриногенемии после обычных родов, при эклампсии, предлежании плаценты, резус-конфликте.

и ряде других состояний. При нормальных родах в послеродовом периоде образуется ретроплацентарная гематома, имеющая много общего с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; в этом случае возможно проникновение тромбопластических веществ из децидуальной оболочки. Как показали исследования К. В. Порай-Кошиц (1963), у большинства рожениц в этот период наблюдается снижение содержания фибриногена, однако оно, как правило, не достигает критических цифр, при которых кровь теряет способность свертываться.

Патогенез развития гипо- и афибриногемии свидетельствует о том, что эти состояния развиваются остро в результате проникновения тромбопластических веществ.

Итак, у нашей пациентки не исключается возможность гипофибриногемии и это следует учитывать.

Вернемся к пациентке.

В 12 часов 10 минут родился мацерированный плод, по величине соответствующий 17—18 неделям беременности. Вслед за плодом родился резко измененный послед. Сразу же после его рождения началось кровотечение. Внутривенно медленно введен 1 мл метилэргометрина и больная взята в операционную и подготовлена для инструментального обследования полости матки. В процессе подготовки к операции начато внутривенное введение концентрированного раствора сухой плазмы крови.

При осмотре в зеркалах повреждены стенки влагалища и шейки матки не обнаружено. Шейка матки захвачена щипцами Мюзо и большой тупой кюреткой произведено осторожное выскабливание стенок матки. При этом удалены обрывки плодных оболочек. Матка хорошо сократилась, но кровотечение продолжается. Внутривенно введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция, внутримышечно — 1 мл 1% викасола. Продолжается введение сухой плазмы.

В 12 часов 30 минут кровотечение не останавливается. При снятии с губы шейки матки щипцов Мюзо из места уколов течет кровь. Отмечается медленное образование мелких сгустков крови. Общая кровопотеря — 800 мл.

### *Что произошло? Что необходимо предпринять для остановки кровотечения?*

1. Кровотечение обусловлено гипотонией матки. Необходимо проводить мероприятия по остановке кровотечения и борьбе с кровопотерей.

2. Наиболее вероятной причиной кровотечения является гипофибриногемия. Поэтому мероприятия по остановке кровотечения должны проводиться в этом направлении с одновременным возмещением кровопотери.

Конечно, кровотечения в раннем послеродовом (послеабортном) периоде чаще всего связаны с гипотонией матки. Но у нашей больной матка хорошо сократилась, признаки

гипотонии отсутствуют. В то же время была длительная задержка мертвого плода в матке, что могло обусловить возникновение гипофибриногенемии. Вытекающая из матки кровь плохо свертывается.

12 часов 40 минут, больная побледнела, пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление — 105/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ясные. Число дыханий 24 в минуту. Дыхание везикулярное. Кровотечение продолжается. Вытекающая из родовых путей кровь не свертывается. При срочно произведенном исследовании крови получены следующие данные: эритроцитов 3 710 000, гемоглобина 48%, лейкоцитов 18 200, тромбоцитов 218 300; лейкоцитарная формула: нейтрофилов 87% (сегментированных 55%, палочкоядерных 31% и юных 1%), лимфоцитов 10,5%, моноцитов 2,5%. Время свертывания крови по Бюркеру 12 минут. Время кровотечения по Дукэ 2 минуты 30 секунд. Протромбинированный индекс — 80%.

Начато внутривенное введение фибриногена, до этого был введен протамин-сульфат и ипсилон-аминокапроновая кислота.

Кровотечение продолжается. В 13 часов 30 минут приступили к свертыванию операционной и, как временную меру, врач произвел тампонацию матки и влагалища сухим тампоном. Тампон быстро пропитался кровью, кровотечение продолжается. Внутривенно вводят фибриноген и концентрированный раствор сухой плазмы, продолжается внутривенное переливание консервированной крови.

Диагноз гипо- и афибриногенемии основывается на наличии неблагоприятных показателей со стороны свертывающей системы крови (удлинение времени свертывания, понижение количества фибриногена, уменьшение протромбинового индекса и др.). Весьма важно подобные показатели определять в динамике во время беременности у женщин, где можно думать о возможности возникновения гипо- и афибриногенемии.

Во время начавшегося кровотечения следует помнить, что при гипо- и афибриногенемии кровь не свертывается. Можно использовать и тест со сгустком. В пробирку берут 2—3 мл крови из вены роженицы. В норме в течение нескольких минут образуется плотный и прочный сгусток, не изменяющийся в течение длительного времени. При значительном снижении содержания фибриногена в крови или его отсутствии сгусток не образуется, или, если он образовался, легко распадается, разжижается и даже растворяется совсем. Содержание фибриногена в крови быстро падает ниже 100 мг%.

Клинические данные, кровотечение при плотной, хорошо сократившейся матке и отсутствии разрывов родовых путей исключают гипотоническое кровотечение или из разрыва и указывают на возможность гипо- или афибриногенемии.

При кровотечениях, обусловленных гипо- и афибриногенемией, обычные трансфузии консервированной крови не дают

эффекта, так как при хранении крови фибриноген в ней разрушается. Наиболее эффективным методом терапии послеродовых кровотечений, связанных с гипо- и афибриногенемией, является внутривенное введение 3—10 г фибриногена. При его отсутствии используют содержащую фибриноген свежую («теплую») кровь, взятую у донора не более чем за 3 часа перед переливанием, а также консервированный раствор сухой плазмы при разведении ее физиологическим раствором. Раствор сухой плазмы применяют и наряду с введением фибриногена (1 л плазмы содержит около 3 г фибриногена).

Для того, чтобы предотвратить дальнейшее разрушение фибриногена, рекомендуется внутривенное дробное введение 5—20 мл 1% раствора протамина-сульфата. Протамин-сульфат обладает антитромбопластическим и антифибринолитическим действием. Следует помнить, что он связывает гепарин и при передозировке могут возникнуть значительные нарушения механизма свертывания крови.

Тормозит фибринолиз и ипсилон-аминокапроновая кислота, которую вводят внутривенно капельным методом (50—100 мл 6% раствора).

Для улучшения гемодинамики и восполнения кровопотери применяют трансфузии консервированной крови, однако при ее хранении фибриноген разрушается, и такая кровь не восполняет его содержание. Гораздо целесообразнее переливать «теплую» кровь, взятую непосредственно от донора.

Для предотвращения дальнейшего поступления из полости матки веществ, разрушающих фибриноген, желательны возможно быстрое родоразрешение. Если скорого родоразрешения различными манипуляциями добиться не удастся, надо ставить вопрос о кесаревом сечении. При преждевременной отслойке нормально расположенного детского места целесообразно вскрытие плодного пузыря, уменьшающее внутриматочное давление.

Удаление матки применяется как крайняя мера, когда кровотечение не удается остановить указанными выше средствами.

А. И. Дмитриева (1960) сообщила о спасении жизни родильницы, погибавшей от кровотечения при афибриногенемии, повторными переливаниями свежей («теплой») донорской крови.

Taylor (1965) указывает, что за 10 лет наблюдал 101 случай гипофибриногенемии у беременных, преимущественно при преждевременной отслойке плаценты и после внутриутробной гибели плода. Введение 3—6 г фибриногена быстро останавливало кровотечение.

14 часов. У больной общая кровопотеря достигла 1100 мл, но кровотечение стало незначительным. Продолжается внутривенное введение фибриногена, раствора сухой плазмы и переливание крови. Она уже получила внутривенно ипсилон-аминокапроновую кислоту, протамин-сульфат и 1000 мл донорской крови. Общее состояние улучшилось, пульс 84, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 105/70 мм рт. ст.

14 часов 30 минут. Введено 6 г фибриногена. Кровотечение прекратилось. Общее состояние улучшилось. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут. Кровь, стекавшая ранее с тампона свернулась и образовала плотные сгустки. Время свертывания крови по Ли—Уайту 2,5 минуты.

Итак, проведенные мероприятия помогли остановить кровотечение, связанное с нарушением свертываемости крови.

Однако вопрос о применении тампонации матки в данном случае требует обсуждения.

Если причиной кровотечения является гипо- или афибриногенемия, тампонация матки не дает благоприятного эффекта и более того, она способствует скоплению в матке крови и проникновению в кровяное русло веществ, разрушающих свертывающие компоненты, что может привести к усилению кровотечения.

Восполняя потерянную кровь, необходимо использовать такую донорскую кровь, в которой при консервации плазма не заменена консервантом. В процессе трансфузии больших количеств консервированной крови необходимо вводить хлористый кальций или глюконат кальция, о чем указывалось в разделе об атонических кровотечениях.

16 часов. Больная в полном сознании. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Кровотечения из родовых путей нет. Живот мягкий, не вздут. Матка хорошо сократившаяся и по величине соответствует 16 неделям беременности.

18 часов. Внутривенно начато капельное введение окситоцина и затем удален тампон из влагалища и матки. Матка хорошо сокращена. Кровотечения нет. Моча выпущена катетером 350 мл, светлая. Время свертывания крови по Бюркеру 4 минуты 25 секунд. Время кровотечения по Дукэ 2 минуты 30 секунд.

Больная переведена в палату и за ней установлено постоянное наблюдение. Назначены антибиотики.

Послеродовой период протекал без осложнений, и на 12-й день женщина выписана в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** У повторнобеременной женщины установлена внутриутробная смерть плода на 27—28-й неделе беременности. Через 1,5 месяца после этого произошел самопроизвольный поздний выкидыш, сопровождающийся кровотечением при нарушении свертываемости крови. Кровопотеря при гипофибриногенемии достигла 1100 мл. Кровотечение



остановлено при введении фибриногена и других препаратов, кровопотеря возмещена трансфузиями крови. Послеродовой период протекал без осложнений.

## РАЗРЫВЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Беременная К., 26 лет, поступила в клинику 5.X 1952 г. в 11 часов в родах.

Последняя беременность третья, первые 2 закончились нормальными родами. Дату последних месячных не помнит. Схватки появились в 8 часов утра. Воды не отходили.

Общее состояние хорошее. Пульс 78 ударов в минуту, артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких — везикулярное дыхание. В моче при кипячении белка не обнаружено.

Родовая деятельность хорошая. Схватки через 5—7 минут по 35 секунд. Положение плода продольное. Головка прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное. 124 удара в минуту. Размеры таза: 25, 28, 30, 20 см.

В 22 часа 50 минут отошли воды, появилась потужная деятельность и через 5 минут родился живой плод, вес его 3900 г.

Вслед за рождением ребенка началось сильнейшее кровотечение.

*Что произошло? Какова причина кровотечения?*

*Что следует предпринять?*

1. Кровотечение связано с задержкой в матке частично отделившегося последа. Необходимо срочно удалить послед из матки.

2. Стремительное течение периода изгнания при крупном плоде могло привести к разрывам родовых путей. Необходимо срочное обследование и зашивание разрывов после предварительного удаления последа.

Кровотечение в последовом периоде может зависеть или от задержки последа в матке при наличии частичной отслойки плаценты, или от разрыва родовых путей. Необходимо срочно выяснить причину кровотечения и одновременно удалить послед из матки. Если кровотечение связано с задержкой последа в матке, то его удаление явится лечебным мероприятием, а если кровь течет из разрыва, то его необходимо зашить, и предварительное выделение последа из родовых путей также будет целесообразным мероприятием. В случае задержки последа отделение и выделение его могут привести к нарушению целостности швов в области разрыва.

Послед выжат по Лазаревичу—Креде. При осмотре последа дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки вышли целиком. Матка хорошо сократилась, плотная, а кровотечение продолжается с прежней силой, кровь алого цвета. Ясно, что причиной кровотечения является разрыв. Ввиду сильного кровотечения аорта прижата кулаком к позвоночнику. При осмотре обнаружены множественные разрывы в области

наружных половых органов. Разрывы поверхностные, по типу глубоких трещин, но сильно кровоточащие, особенно в области клитора, где наблюдается артериальное кровотечение. Шейка матки цела.

Под местной анестезией сосуды лигированы, на разрывы наложены кетгутовые швы. При зашивании разрывов около уретры в последнюю для контроля был введен металлический катетер.

Общая кровопотеря составляет 1300 мл. Родильница бледна, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 70/40 мм рт. ст. В вену перелито 230 мл крови, 225 мл протившоковой

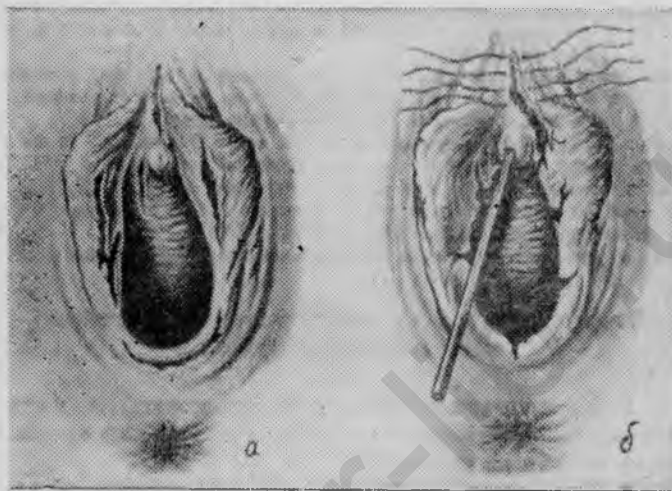


Рис. 90 Разрыв в области наружных половых частей (а) и зашивание разрыва в области клитора. В уретру введен металлический катетер (б).

жидкости и 40 мл 40% раствора глюкозы, под кожу введено 500 мл физиологического раствора поваренной соли, камфора, кофени. Общее состояние улучшилось, артериальное давление 90/60 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения.

Разрывы в области вульвы и входа во влагалище (рис. 90) во время родов встречаются довольно часто и обычно наблюдаются у первородящих. Поверхностные трещины и надрывы слизистой оболочки, если они не сопровождаются кровотечением, не требуют врачебного вмешательства. При глубоких трещинах, особенно в области клитора и уретры, могут наблюдаться сильные и даже угрожающие жизни кровотечения. Во время беременности преддверие влагалища представляет настоящую кавернозную ткань и разрывы в этой области дают сильные кровотечения.

Причиной разрывов наружных половых органов чаще всего являются: наложение акушерских щипцов, неумелая защита промежности. Разрывы могут возникать и при самопроизвольных родах крупным плодом, у пожилых первородящих и при стремительных родах.

Диагноз легко устанавливается при осмотре, а лечение заключается в обкалывании кровоточащих мест и наложении швов на разрыв. При зашивании разрывов в области уретры в последнюю необходимо вводить металлический катетер для контроля. При значительной или большой кровопотере проводятся переливание крови и другие мероприятия.

У нашей больной разрывы произошли при самопроизвольных родах. По-видимому, стремительное течение периода изгнания и крупный плод привели к указанным повреждениям и большой кровопотере.

24 часа. Состояние родильницы стало быстро ухудшаться, артериальное давление 60/40 мм рт. ст., пульс слабого наполнения, временами не определяется. Дыхание учащено, поверхностное. Кровотечения из родовых путей нет. В бедренную артерию путем пункции введено 10 мл 10% раствора хлористого кальция, и начата подготовка к переливанию крови. Общее состояние больной несколько улучшилось, пульс стал полнее, дыхание глубже.

После кратковременного улучшения у больной опять появилась апатия, безучастное отношение к окружающему, дыхание перешло в поверхностное, пульс на лучевой артерии перестал определяться. Под местной анестезией отсепарирована правая лучевая артерия; она не пульсировала, и после прокола ее стенки иглой кровь из нее не вытекала. Начато пульсаторное ритмическое переливание в лучевую артерию донорской крови и в вену протившоковой жидкости. После вливания 450 мл крови, 250 мл протившоковой жидкости и 500 мл физиологического раствора поваренной соли состояние родильницы стало удовлетворительным. Артериальное давление 100/65 мм рт. ст., пульс 110 ударов в минуту, хорошего наполнения, слизистые губ стали розовые, исчезли скованность и апатия. Послеродовой период протекал без осложнений, и 20.X женщина с ребенком в хорошем состоянии выписалась из клиники.

Описанное наблюдение показывает, что при самопроизвольных родах произошли разрывы в области наружных половых частей, вызвавшие кровопотерю в 1300 мл. Остановка кровотока и переливание крови вывели женщину из тяжелого состояния, но доза введенной крови и жидкостей оказалась недостаточной. Следовало продолжить трансфузию, тогда, возможно, не развились бы явления тяжелого шока, к возникновению которого привела не только кровопотеря, но и травма в области наружных половых частей, имеющих высокую чувствительность. Внутриартериальное переливание крови и жидкостей сопровождалось стойким и хорошим лечебным эффектом.

**Краткий эпикриз.** У повторнородящей женщины при стремительном течении периода изгнания произошли множественные разрывы в области наружных половых частей. Кровопотеря 1300 мл. Кровотечение остановлено зашиванием разрывов. Переливание крови и противошоковой жидкости вывело женщину из тяжелого состояния. Через час развился тяжелый шок. Внутривенное переливание. Выздоровление.

## РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ

**Беременная Т.,** 23 лет, поступила в клинику 28.III 1957 г. в 8 часов в родах.

Данная беременность первая. Дату последних месячных не помнит. Схватки начались дома в 3 часа 28.III.

Состояние роженицы хорошее. Пульс 76 ударов в минуту, артериальное давление 130/65 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких — везикулярное дыхание. В моче белка нет. Окружность живота 98 см, высота стояния дна матки над лоном 30 см. Положение плода продольное, головка плотно прижата ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 24, 27, 30, 20 см. Схватки через 8—10 минут по 30—40 секунд, сильные. Воды не отходили.

В 24 часа отошли чистые воды.

29.III в 1 час 30 минут начались потуги, и в 2 часа 20 минут родился живой мальчик весом 3900 г. Через 20 минут самостоятельно выделился послед, при осмотре которого дефектов плацентарной ткани не обнаружено, оболочки — все. Матка хорошо сократилась, плотная. Кровопотеря 150 мл. Но в послеродовом периоде кровотечение усилилось.

### *Что произошло? Какова причина кровотечения?*

О гипотонии матки вряд ли приходится думать, так как она хорошо сократилась, плотная. Свертываемость крови не нарушена, так как вытекающая из половых путей кровь быстро свертывается. Вероятнее всего кровотечение из разрыва родовых путей, тем более, что роды были первые и плод довольно крупный. Необходимо осмотреть в зеркалах шейку матки и влагалище и, если есть разрыв, зашить его.

Пока врач готовится к операции, остановимся на вопросе о разрывах шейки матки, имеющем большое практическое значение не только по своим ближайшим (кровотечение), но и отдаленным последствиям для здоровья женщины.

При первых родах, как правило, происходят поверхностные боковые надрывы края маточного зева. В результате этих надрывов, не превышающих обычно 1 см, наружный зев приобретает в последующем щелевидную форму, являющуюся признаком бывших родов. Подобные разрывы сопровождаются

ся лишь незначительными кровянистыми выделениями в родах.

Более глубокие разрывы шейки могут захватывать не только влагалищную часть шейки на большем или меньшем протяжении, но распространяться вверх на надвлагалищную часть шейки, в бок на параметрий и вниз на влагалищные своды. Такие разрывы обычно сопровождаются кровотечением и требуют оказания неотложной помощи. Сильные кровотечения наблюдаются редко, и поэтому в прежнее время в послеродовом периоде разрывы шейки часто не диагностировались.

Массовые профилактические осмотры женщин в Советском Союзе показали, что значительные по размерам разрывы шейки встречаются чаще, чем на это указывали прежние статистики. Кроме того, разрывы шейки в дальнейшем часто приводят к развитию хронических эндоцервицитов, эрозий шейки матки, сопровождаются выворотами слизистой оболочки шеечного канала, которая часто эрозируется.

Виднейшие отечественные гинекологи К. Ф. Славянский (1886), И. Н. Грамматикати (1911), Н. Ф. Толочинов (1923) придавали и раньше большое значение разрывам шейки в возникновении эрозий, а в настоящее время это подтверждено целым рядом исследований и наблюдений различных авторов.

До последних лет в литературе указывалась частота разрывов шейки матки от 0,5 до 3% к числу всех родов. Но эти цифры не соответствуют действительности, потому что частота разрывов устанавливалась лишь на основании осмотров шейки при кровотечениях и при подозрении на разрыв.

В последние годы родовспомогательные учреждения стали применять систематический осмотр шейки матки сразу после родов.

Н. А. Мельников (1930), сообщая о результатах обследования шейки матки у 650 родильниц, пришел к выводу о необходимости осматривать шейку и при разрывах восстанавливать ее целостность.

По данным И. Ф. Жордания (1950), разрывы шейки матки в родах возникают у первородящих в 10% случаев, у повторнородящих встречаются в 4 раза меньше.

Н. А. Мельников (1930), А. И. Вележева, В. Г. Котельникова и Ф. И. Ханина (1933) обнаружили у первородящих разрывы шейки матки в 28% случаев. Л. И. Кротова и С. С. Роговенко (1948) наблюдали разрывы шейки у первородящих в 21,7%, у повторнородящих в 15,3% случаев. Е. П. Бондаревская (1950), сообщая об осмотре 1064 первородящих, отмечает наличие разрывов в 21,1% случаев. По

сообщению Л. И. Кротовой (1950), разрывы шейки матки у первородящих наблюдались в 14,9%, по Д. А. Новицкому (1952) — в 13,2% случаев.

По данным акушерско-гинекологической клиники Минского медицинского института (Л. Д. Шебеко, 1956), при осмотре 2445 родильниц разрывы шейки матки обнаружены у 25% (осмотр шейки производился у первородящих и у всех женщин после оперативного родоразрешения).

Разрывы шейки матки разделяют на самопроизвольные и насильственные.

«Целость шейки во время родов, — писал Н. З. Иванов (1926), — сохраняется при нормальном количестве эластических волокон, которые анастомозируют друг с другом, как бы сцепливают мышечные пучки».

Уменьшение в тканях шейки свойства эластичности, растяжимости, замена соединительной тканью гладкомышечных волокон при хронических воспалительных процессах, при рубцовых изменениях после операций, у старых первородящих, при инфантилизме чаще приводит к разрыву шейки. В. С. Груздев (1922) указывал на изменение с возрастом коллоидной структуры клеток в тканях шейки. По данным Е. П. Бондаревской (1950), разрывы шейки у первородящих женщин в возрасте более 30 лет встречаются в два раза чаще, чем у более молодых.

Разрыхление шейки матки при предлежании детского места является также одной из причин самопроизвольных ее разрывов.

При разгибательных предлежаниях головки, крупном плоде, чрезмерно плотной головке при перенесенной беременности шейка матки подвергается большому растяжению и чаще разрывается. Стремительно протекающий период изгнания, во время которого не успевает проявиться растяжимость тканей шейки, также сопровождается более частыми разрывами шейки, чем нормально протекающие роды. Затяжные роды с длительным ущемлением шейки между костями таза и головкой, сопровождаясь обескровливанием тканей шейки, приводят к увеличению числа разрывов; при этих условиях иногда даже наблюдается кольцевидная ампутация шейки матки.

Н. А. Мельников (1930) и Е. П. Бондаревская (1950) указывают, что при отхождении вод за 24 часа до рождения младенца число разрывов шейки возрастает в два раза.

Наличие узкого таза приводит к затяжным родам, преждевременному и раннему разрыву плодного пузыря и нередко сопровождается ущемлением шейки матки между костями

таза и головкой, способствует ее разрывам, на что указывал в свое время еще И. П. Лазаревич (1892).

Разрывы шейки матки встречаются при тазовых предложениях несколько чаще, чем при головных.

Насильственные разрывы шейки матки обычно возникают в результате оперативного родоразрешения, которое сопровождается извлечением плода при неполном раскрытии зева или его спастическом сокращении. Разрывы в подобных случаях возникают как при наложении щипцов или краниотомии, так и при извлечении плода за тазовый конец.

Особенно легко возникают разрывы при наличии предложения детского места. При этом разрыв может наступить даже при таком небольшом усилии, как попытка пальцевого расширения зева, подвешивание к кожно-головным щипцам, метрейринтеру или низведенной ножке плода груза в 0,5 кг.

В литературе, как отечественной, так и зарубежной, описан ряд случаев сильных и даже смертельных кровотечений, возникших при разрывах шейки, наступивших при повороте и последующем извлечении плода при предложении плаценты и неполном раскрытии зева (К. А. Липский, Н. А. Мельников, 1930, и др.).

Насильственные разрывы возникают скорее и бывают чаще, если имеются патологические изменения тканей шейки матки в результате дегенеративного и соединительнотканного перерождения. Однако насильственные разрывы могут произойти и без этих предрасполагающих факторов.

Наиболее частыми являются боковые радиальные разрывы шейки матки, и обычно они происходят в направлении снизу вверх, начинаясь от края наружного зева. В обратном направлении, т. е. сверху вниз, разрывы шейки возникают редко и являются продолжением разрыва нижнего сегмента матки. Разрывы почти всегда бывают продольными и чаще всего баковыми; иногда разрывы имеют звездчатую форму, резко деформируют шейку.

Изредка наблюдается некротизация и отторжение передней губы и очень редко встречается циркулярный отрыв влагалищной части шейки матки.

При преждевременных родах и поздних выкидышах иногда встречаются «центральные» разрывы шейки, при которых разрыв располагается на задней стенке шейки на 1,5—2 см выше наружного зева, который остается неповрежденным. Плод в таких случаях рождается через образовавшийся ложный ход. В последующем на месте разрыва остается шеечно-влагалищная фистула.

Принято считать патологическими разрывы шейки матки протяженностью свыше 1 см. И. Ф. Жордания рекомендует, учитывая глубину разрыва, различать три степени их: к первой степени относятся разрывы шейки матки с одной или обеих сторон, имеющие длину не более 2 см; ко второй степени — больше 2 см, но не доходящие на 1 см до свода; и к третьей степени относятся глубокие разрывы, доходящие до свода или переходящие на него.

Разрывы шейки матки, переходящие на своды влагалища, иногда распространяются до внутреннего маточного зева и сопровождаются кровоизлиянием в параметральную клетчатку. И. Л. Брауде (1947) разрывы шейки, проникающие глубоко в параметрий с образованием в клетчатке гематомы, относит к неполным разрывам матки, что в большинстве случаев и соответствует действительному положению дела, так как обычно подобный разрыв переходит в большей или меньшей степени на нижний сегмент матки.

Кровотечение является одним из признаков разрыва шейки матки. Однако, по данным Е. П. Бондаревской (1950), правильный диагноз разрыва шейки по характеру кровотечения был установлен лишь в 8% случаев, а при осмотре шейки в зеркалах разрывы обнаружены в 27,7% случаев. Е. П. Бондаревская указывает, что кровопотеря у родильниц, имевших разрывы шейки матки, была свыше 1000 мл в 1,6% случаев, свыше 500 мл — в 15,8% и свыше 300 мл встречалась в 33,2% случаев. Поэтому по одному наличию кровотечения и нельзя поставить диагноз во многих случаях, так как далеко не все разрывы шейки матки сопровождаются кровотечением, а если последнее появляется после рождения плода, его нередко относят за счет атонии матки.

Кровотечение обычно сопровождается глубокими разрывами шейки, и «иногда постепенно рождающиеся части плода уже покрыты кровью» (И. Л. Брауде, 1947). Однако место разрыва чаще придавливается предлежащей частью, и кровотечение до рождения плода может отсутствовать. В последовом же периоде кровотечение из разрыва можно принять за кровотечение при атонии матки. Для кровотечения из разрыва характерны ярко-красный цвет крови, иногда вытекающей струйкой, хорошо сократившаяся матка, дно которой при опорожненном мочевом пузыре стоит ниже уровня пупка.

Кровотечение происходит вследствие разрыва шейечно-влагалищной веточки маточной артерии и может принять профузный характер, угрожая жизни женщины. При глубоких разрывах шейки, доходящих до свода влагалища, может воз-



никнуть обильное кровоизлияние в параметральной клетчатке.

Разрывы шейки вследствие размождения тканей при их длительном сдавлении не сопровождаются кровотечением или оно бывает незначительным в результате тромбирования сосудов или повреждения участков шейки, на которых нет крупных ветвей сосудов.

Распознавание разрыва шейки матки основывается на наличии кровотечения, которое возникает в периоде изгнания и усиливается после рождения плода и особенно последа. В послеродовом периоде кровотечение может зависеть и от гипотонии матки, но тогда матка дряблая, контуры ее расплывчатые и дно поднимается выше пупка.

Если кровотечение незначительное или оно отсутствует, распознать разрыв шейки матки можно только при осмотре шейки с помощью влагалишных зеркал. В настоящее время в нашей стране считают, что необходимо осматривать шейку матки в зеркалах сразу после родов, подвергая осмотру всех первородящих и тех повторнородящих, у которых применялось оперативное родоразрешение или течение родового акта вызывает какие-либо подозрения на разрыв шейки.

Осмотр следует производить при хорошем освещении и с помощником. Во влагалище вводят широкие зеркала и затем захватывают шейку матки геморроидальными или пулевыми щипцами сначала за заднюю и переднюю губу, затем перекладывая их и растягивая края зева, осматривают шейку во всех ее складках.

Осмотр зеркалами шейки матки при правильном его проведении (строгое соблюдение асептики, осмотр шейки и зашивание разрыва сразу после рождения последа) является безвредным и не повышает послеродовую заболеваемость (И. Ф. Жордания, 1950; Е. П. Бондаревская, 1950; Л. Д. Шебеко, 1956, и др.).

Лечение разрывов шейки матки должно заключаться в их зашивании сразу же после родов (рис. 91). Если разрыв сопровождается сильным кровотечением, выжимают послед и приступают к наложению швов. Зашивание разрыва приводит к остановке кровотечения, препятствует развитию параметрита, который часто возникает при незашитом разрыве. Кроме того, незашитые разрывы сопровождаются в последующем развитием эндоцервицита, эрозий и эктропионов шейки матки.

Зашивание разрыва производят с соблюдением строгой асептики. Во влагалище вводят зеркала, шейку захватывают за переднюю и заднюю губу пулевыми щипцами, низводят насколько возможно наружу и оттягивают в сторону, противопо-

ложную расположению разрыва. Первый шов следует наложить на верхний угол раны, захватывая в шов всю толщу ткани влагалищной части шейки матки, за исключением слизистой цервикального канала. Обычно для наложения швов пользуются кетгутом № 3—4 и круто изогнутой режущей иглой.

Если не удастся сразу первым швом захватить верхний угол раны, то накладывают один-два шва возможно ближе

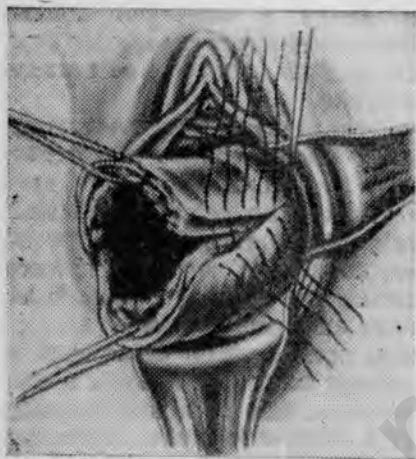


Рис. 91. Разрыв шейки матки. Наложение швов на разрыв.

к верхнему углу разрыва и затем, потягивая за нити этих швов, зашивают и самый верхний угол. Обычно первый шов останавливает кровотечение, а последующими швами, расположенными друг от друга на расстоянии 1—1,5 см, зашивается остальная часть разрыва до наружного зева. Вкол и выкол иглы на каждой стороне разрыва делается на расстоянии 0,5—1 см от края, чтобы швы при затягивании не прорезывались.

При разрывах шейки матки, распространяющихся выше внутреннего зева или сопровождающихся обширным кровоизлиянием в параметральную клетчатку, через влагалище очень трудно произвести зашивание разрыва и надежно остановить кровотечение. Поэтому в подобном случае наиболее целесообразным является применение чревосечения, при котором можно надежно остановить кровотечение, удалить гематому и затем произвести зашивание разрыва.

Если при разрыве, переходящем в надвлагалищную часть шейки, нет гематомы в параметрии, то разрыв можно зашить и через влагалище. Для этого на границе прикрепления переднего свода проводят подковообразный разрез стенки влагалища, мочевого пузырь отделяют от шейки матки и смещают вверх, особенно на стороне разрыва. Шейку с помощью пулевых щипцов как можно больше низводят книзу и отклоняют в сторону, противоположную разрыву. На верхний угол разрыва через все слои стенки шейки накладывают первый шов. Этот

шов наиболее ответственный, так как его накладывают в месте наибольшего кровотока.

Когда первый шов не останавливает кровотечения, то накладывают еще один в виде восьмерки выше первого, чтобы захватить ушедший в глубину поврежденный кровеносный сосуд. Если глубокий разрыв шейки сопровождается сильным кровотечением, то, прежде чем будут наложены швы, следует применить прижатие аорты к позвоночнику кулаком.

При распространении разрыва шейки на влагалищный свод и отсутствии значительного кровоизлияния в клетчатку параметрия, после зашивания разрыва шейки накладывают швы и на разрыв влагалищного свода. Однако целесообразно оставить небольшой участок раны влагалища незашитым для обеспечения оттока крови и экссудата из близлежащей клетчатки. Влагалище с целью остановки кровотечения туго тампонируют, особенно в области разрыва свода.

Зашивание разрывов шейки, произведенное сразу после родов, сопровождается первичным заживлением по данным Е. П. Бондаревской (1950) в 82,1%, Л. Д. Шебеко (1956) — в 87% случаев.

Профилактика разрывов шейки матки должна заключаться в правильном ведении родов, бережном оперативном родоразрешении, производимом только при наличии соответствующих акушерских условий. Нельзя производить извлечение плода при недостаточном раскрытии зева. Если возникают серьезные показания к наложению щипцов при неполном раскрытии зева, то предварительно в целях профилактики разрыва шейки рассекают ножницами края зева в направлениях, соответствующих на часовом циферблате II, V, VIII и XI часам.

Особенно бережным должно быть родоразрешение при предлежании детского места. Поворот при неполном открытии маточного зева при предлежании плаценты ввиду крайне неблагоприятного прогноза для плода применяют редко и обычно при глубокой недоношенности. Если поворот все же применяют, то следует помнить правило, высказанное Н. Н. Феноменовым (1910): «При предлежании плаценты делайте поворот, низводите ножку, но не извлекайте». Г. Г. Гентер (1937), Freund (1927) считают и привешивание груза к ножке противопоказанным, но если кровотечение не останавливается после выведения ножки, то приходится подвешивать груз (200 г).

Родильница уже лежит на столе и подготовлена для осмотра и влагалищной операции. Кровопотеря в последовом и послеродовом периодах достигла 400 мл.

При осмотре наружных половых частей и влагалища обнаружена глубокая трещина слизистой входа во влагалище. На шейке матки имеется правый боковой разрыв, доходящий почти до свода влагалища. Из верхнего угла разрыва течет кровь, при разведении краев разрыва возникает небольшое артериальное кровотечение. На разрыв шейки, начиная с верхнего угла, наложено 6 кетгутовых швов. Кровотечение прекратилось. На разрыв слизистой входа во влагалище под местной анестезией наложено 4 шва из кетгута. Состояние роженицы хорошее. Назначен пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа. Послеродовой период протекал без осложнений, и на 9-й день женщина с ребенком выписана из клиники в хорошем состоянии.

**Краткий эпикриз.** У первобеременной после самопроизвольных родов началось кровотечение. Установлен разрыв шейки матки, который тут же зашит. Кровотечение прекратилось. Послеродовой период протекал без осложнений.

## РАЗРЫВЫ МАТКИ УГРОЖАЮЩИЙ РАЗРЫВ МАТКИ. КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

**Беременная Г.**, 27 лет, доставлена в родильное отделение клиники из районной больницы 18.III 1954 г. в 10 часов 40 минут в родах.

Последняя беременность третья. Предыдущие 2 беременности закончились нормальными родами. Дату последних месячных не помнит. Схватки начались дома 16.III в 20 часов, и вскоре после этого женщина поступила в районную больницу. Воды отошли 17.III в 11 часов, родовая деятельность все время была хорошая, но продвижения головки плода не наблюдалось. 18.III в 9 часов 20 минут в районной больнице при наличии сильных схваток ввели роженице 2 мл 1% раствора морфина и срочно доставили на автомашине в сопровождении акушерки в клинику.

При поступлении: женщина ведет себя беспокойно, мечется, жалуется на сильные распирающие боли внизу живота. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 135/75 мм рт. ст. Температура 37,3°. Тоны сердца чистые.

Беременность доношенная, положение плода продольное, головка прижата ко входу в таз. Признак Вастена положительный. Нижний сегмент матки резко перерастянут, пальпация его болезненна. Ретракционное кольцо определяется на уровне пупка. Полный мускул сильно сокращен и почти не расслабляется во время пауз между схватками, которые следуют одна за другой и сопровождаются потугами. Сердцебиение плода справа ниже пупка 100—110 ударов в минуту, аритмичное, глухое. Размеры таза: 25, 27, 29, 18 см.

При влагалищном исследовании: шейка полностью сглажена, открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в таз, и на ней определяется небольшая родовая опухоль. Мыс легко достигается пальцем при исследовании. Измерена диагональная конъюгата, размер ее 11 см. Воды окрашены меконием.

*Имеется ли патология в родах, и если да, то в чем она заключается?*

Роды глубоко патологичны: у повторнородящей женщины при хорошей родовой деятельности период изгнания длится 24 часа, а головка остается над входом в таз.

При ведении родов следует помнить о том, что после того, как наступило полное раскрытие зева и продолжается регу-

лярная и хорошо выраженная родовая деятельность, роды у первородящей должны закончиться в течение 3—4 часов, а у повторнородящей — не позже 2 часов. Если за это время плод не родится, то в большинстве случаев будет показано с целью родоразрешения кесарево сечение или влагалищная операция в зависимости от конкретных условий.

Указание на то, что у женщины предыдущие роды протекали нормально и заканчивались рождением детей с хорошим весом, нас успокаивать не должно. Следует учитывать, что при каждом последующих родах часто имеет место увеличение веса плода. Кроме того, у повторнородящих, благополучно рожавших ранее, не исключена при следующих родах возможность несоответствия между размерами головки и таза.

Более частое возникновение разрывов матки наблюдается при умеренных степенях сужения таза. Это объясняется, по-видимому, тем, что резко выраженные формы узкого таза легче диагностировать и при этом своевременно принимаются необходимые меры.

Проведенное исследование роженицы указывает на уменьшение прямого размера входа в таз. Диагональная конъюгата равна 11 см, а исходя из этого, предположительный размер истинной конъюгаты будет 9—9,5 см, что соответствует сужению таза I степени. Течение родов также указывает на наличие препятствия для родоразрешения. Несмотря на хорошо выраженную родовую деятельность и затылочное предлежание, отсутствует продвижение головки плода в течение 24 часов после отхождения вод при полном открытии маточного зева. Признак Вастена положительный.

Таким образом, анамнестические данные о течении данных родов и результаты обследования роженицы указывают на наличие анатомически и клинически узкого таза. В свою очередь, механическое препятствие для родоразрешения и развившаяся бурная родовая деятельность после отхождения вод привели к появлению ряда грозных признаков. Роженица ведет себя беспокойно, мечется, кричит, хватается руками за живот. При объективном исследовании мы видим: бурную родовую деятельность, контракционное кольцо матки, расположенное на уровне пупка, нижний сегмент напряжен и болезнен, произвольная и безрезультатная потужная деятельность при головке, стоящей над входом в таз, признаки асфиксии плода.

Все эти данные указывают на тяжелую акушерскую патологию, известную под названием «угрожающий разрыв матки», представляющую состояние, предшествующее самопроиз-

вольному разрыву матки, требующую применения немедленных мер с целью предупреждения наступления катастрофы.

Итак, перед нами клиническая картина угрожающего разрыва матки.

*Правильно ли велись роды до поступления в клинику, не были ли допущены ошибки при этом? Каков прогноз родов и как их следует вести в дальнейшем?*

Признаки угрожающего разрыва матки, конечно, имелись еще при нахождении роженицы в родильном отделении районной больницы. При таком состоянии транспортировать роженицу нельзя, ее необходимо было оперировать на месте, а не переправлять в клинику, отдаляя оказание экстренной помощи.

Если такой диагноз устанавливается вне лечебного учреждения (при родах на дому), то приходится бережно транспортировать роженицу в сопровождении акушерки или врача в ближайшую больницу, введя ей под кожу морфин или дав кратковременный, но глубокий эфирный наркоз. В отдельных случаях плодоразрушающая операция может быть применена врачом и в условиях оказания помощи на дому.

Следует учитывать, что применение морфина с целью ослабления бурной родовой деятельности малодейственно и его назначение является лишь предварительным мероприятием и само по себе не предупреждает наступления разрыва матки. Бурная родовая деятельность у роженицы, несмотря на применение морфина, продолжается.

Роженицу необходимо немедленно родоразрешить. Для подготовки к операции требуется известное время, а ведь при каждой новой схватке перерастянутая матка может разорваться. Спешно готовим инструментарий и одновременно даем роженице тут же на кровати глубокий эфирный наркоз с целью выключить родовую деятельность.

Пока идет подготовка к операции, разберем сущность данной акушерской патологии.

Угрожающий разрыв матки (!) — это состояние, предшествующее самопроизвольному разрыву матки, когда ни разрыва матки, ни надрывов в ее стенке не произошло.

Во время родов продвижение плода по родовому каналу требует значительной мускульной силы, развиваемой маткой и брюшным прессом. Следствием этого является растяжение нижнего сегмента. Перерастяжению нижнего сегмента шейки и влагалища препятствуют защитные приспособления — связки, в первую очередь круглые, а затем широкие и крестцово-

маточные. Связки противодействуют перерастяжению, отвлекая часть растягивающей силы на себя. Подобным же образом действует и брюшной пресс. При этом связки удерживают контракционное кольцо на уровне плоскости входа в таз, брюшной же пресс давит на матку, оттесняя ее в направлении таза и создавая таким образом функциональное равновесие.

Такое равновесие нарушается в тех случаях, когда воды отошли и имеется пространственное несоответствие между тазом и подлежащей частью (механическое препятствие). Матка безостановочно функционирует, ретракция полого мускула достигает высших степеней, контракционное кольцо поднимается все выше и выше, плод рождается в растянутый нижний сегмент, стенки которого при этом чрезвычайно истончаются. Возникает угрожающий разрыв матки.

При физиологических родах перерастяжения не происходит, так как сглаженная и полностью открытая шейка уходит вверх по головке, беспрепятственно продвигающейся во влагалище. При механическом препятствии для родоразрешения (узкий таз и др.) головка фиксируется в тазовом входе, что приводит к ущемлению шейки в области тазового кольца. Нижний сегмент перестает играть роль выходной трубки, становится плодовместищем и в дальнейшем при чрезмерном растяжении разрывается. Если ущемления шейки между головкой и тазовым кольцом не происходит, зев успевает отойти по подлежащей части вверх, то растяжению подвергается верхний отдел влагалища и тогда разрывается не нижний сегмент, а своды влагалища, как обладающие наиболее тонкими стенками.

Особенно ярко выявляется клиническая картина готовности к разрыву матки в тех случаях, когда возникает чрезмерное растяжение выходной трубки, т. е. нижнего сегмента матки, шейки и влагалища.

У роженицы, имеющей пространственные несоответствия таза и подлежащей части плода, при затаившихся родах и бурной родовой деятельности после отхождения вод развиваются явления перерастяжения нижнего сегмента. Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону. Контракционное (ретракционное) кольцо на уровне пупка или выше, матка принимает форму песочных часов (рис. 92).

Верхняя часть матки, сильно сократившаяся, плотная, легко контурируется и располагается в области одного из подреберьев, обычно правого; нижней отдел матки имеет более широкую и несколько расплывчатую форму. Крутые связки, особенно левая, напряжены и болезненны. При паль-



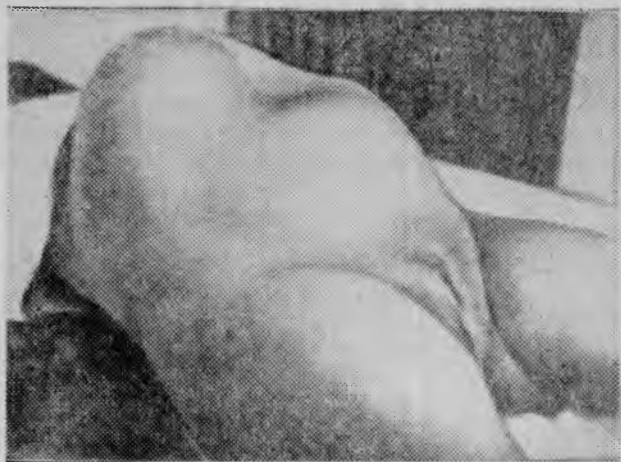


Рис. 92. Угрожающий разрыв матки.

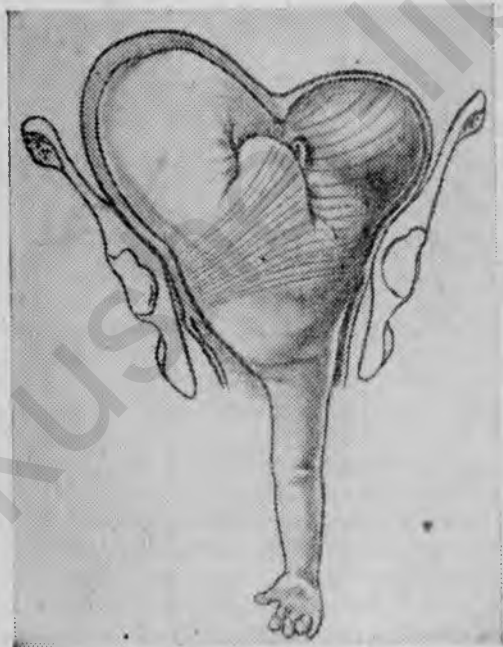


Рис. 93. Чрезмерное растяжение нижнего сегмента матки при запущенном поперечном положении плода.

пации живота в области нижнего сегмента матки определяется напряжение и резкая болезненность. Вследствие болезненности не удается определить части плода, тело которого почти целиком располагается в перерастянном нижнем сегменте матки. При влагалищном исследовании обнаруживается отсутствие плодного пузыря, полное открытие зева, а высоко над входом или во входе в таз — предлежащая часть.

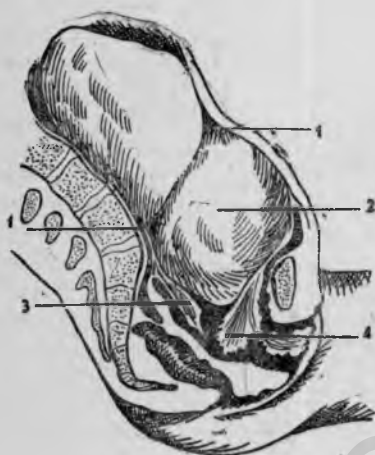


Рис. 94. Чрезмерное растяжение нижнего сегмента и шейки матки при плоско-рахитическом тазе:

1 — контракционное кольцо; 2 — чрезмерно растянутый нижний сегмент; 3 — ущемленные влагалищной части шейки; 4 — отечная передняя губа влагалищной части шейки матки.



Рис. 95. Шеечная фибромиома, приведшая к угрожающему разрыву матки:

1 — тело матки; 2 — разрыв при кесаревом сечении; 3 — опухоль задней губы шейки.

В части случаев, несмотря на высокое стояние головки, все влагалище бывает занято большой родовой опухолью. При поперечных положениях плода влагалище заполнено вколотившимся плечиком (рис. 93). При ущемлении губы маточного зева между стенкой таза и вколоченной головкой отмечается выраженный отек губы зева, которая в виде мягкой, багрово-синей лопасти свешивается в просвет влагалища (рис. 94, 95).

Бурные схватки следуют одна за другой, матка почти не расслабляется и вне схваток. Роженица чрезвычайно беспокойна, чувствует в животе распирающую боль, хватается

руками за живот, просит вынуть ребенка, кричит не только при схватках, но и в паузы, не поддается никаким увещаниям. Лицо у нее покрасневшее, язык и губы сухие, в глазах страх, пульс учащен, температура повышена. Ухудшается или исчезает сердцебиение плода.

Такая картина угрожающего разрыва соответствует механизму разрыва матки, описанному Бандлем; подобные разрывы и получили название «бандлевских».

Классическая картина угрожающего разрыва матки настолько типичная и ясна, что ее нельзя не заметить, и происшедшие разрывы в этих случаях объясняются лишь отсутствием наблюдения за течением родов или акушерской неграмотностью врачей и среднего медицинского персонала, ведущих роды.

В сообщениях различных отечественных авторов о разрывах матки угрожающий разрыв с типичной картиной, описанной Бандлем, за последнюю четверть века встречается все реже и реже. Несомненно, что уменьшение количества бандлевских разрывов зависит от системы советского родовспоможения и связано с развитием сети женских консультаций, увеличением числа родильных коек, медицинской помощью при родах, своевременной диагностикой и квалифицированной акушерской помощью при несоответствиях между величиной плода и тазом матери или при неправильных положениях и предлежаниях плода. В результате проводимых мероприятий акушеры предотвращают появление угрожающих, а тем более совершившихся разрывов матки.

Картина угрожающего разрыва матки будет ярко выражена при механическом препятствии для родоразрешения, бурной родовой деятельности после отхождения вод и здоровой, неизменной маточной стенке (бандлевские разрывы).

При патологических изменениях маточной стенки (рубцы, воспалительные изменения и т. п.) симптомы угрожающего разрыва матки будут варьировать в зависимости от характера и силы этих изменений. В одних случаях будет наблюдаться большинство симптомов, но слабее выраженных, чем при классической картине бандлевского разрыва, в других — будут налицо лишь отдельные признаки.

Измененная маточная стенка под влиянием тех или иных причин не даст возможности развиться всем симптомам угрожающего разрыва. В подобных случаях и нельзя ожидать появления полной, выраженной картины типичного угрожающего разрыва матки.

Совокупность патологических изменений маточной стенки и механического препятствия для родоразрешения, хотя бы

и незначительного, особенно предрасполагает к разрыву матки. В этих случаях механическое препятствие будет фактором выявляющим, а изменение маточной стенки — фактором, предрасполагающим к разрыву.

Диагностика атипично протекающего угрожающего разрыва матки требует внимательного изучения анамнеза и постоянного, тщательного наблюдения за течением родового процесса. Если в анамнезе имеются указания на разрывы матки, операции на матке (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов и т. п.), перфорации при абортах, воспалительные заболевания, патологические роды (оперативное родоразрешение, ручное отделение последа) или длительные «трудные» роды, то от врача требуется особое внимание. Необходимо продумать вопрос о полноценности матки в каждом отдельном случае, взять такую беременную или роженицу под особый контроль, во время родов путем тщательного наблюдения постараться уловить факты и симптомы, которые заставляют думать о возможности угрожающего разрыва матки.

Часто в подобных случаях имеет место не бурная, а слабая родовая деятельность, зависящая от патологически измененной маточной стенки. «Не сила, а слабость есть источник разрыва», — писал Я. Ф. Вербов (1911). Затяжные, вяло протекающие роды у повторнородящей после отхождения вод всегда должны вызвать настороженность у врача, особенно при появлении несоответствия между головкой и тазом.

Врачи иногда недоучитывают опасность родов у многорожавших женщин, узнав из анамнеза о благополучно протекавших предыдущих родах. Нередко при тщательном расспросе об имевшихся и благополучно закончившихся родах выясняется, что роды были длительными, «трудными», хотя и завершились самопроизвольно рождением живого плода. В таких случаях можно думать об известной неполноценности матки, пострадавшей при предыдущих родах. К этому присоединяется второй отягощающий момент у повторнородящих, а именно, наличие более крупных плодов при последующих беременностях.

Поэтому у повторнородящих, благополучно рожавших ранее, не исключена возможность несоответствия между головкой и тазом. Эти два момента — известную неполноценность матки у многорожавших и увеличение плода при каждой последующей беременности — всегда необходимо помнить. В тех же случаях, когда имеется хотя бы незначительное уменьшение анатомических размеров таза, возможность угрозы разрыва матки возрастает.

Болезненные схватки, вызывающие беспокойство роженицы даже при объективно слабых сокращениях матки, являются одним из симптомов угрожающего разрыва. Непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке является важным и довольно часто встречающимся признаком угрозы разрыва матки. Появление выпячивания или припухлости над лоном вследствие отека клетчатки вокруг мочевого пузыря, перерастяжение мочевого пузыря, распластанного на перерастянном нижнем сегменте матки, затрудненное мочеиспускание также имеют место при угрожающем разрыве матки.

Болезненность внизу живота, напряжение нижнего сегмента, наличие высоко стоящего контракционного кольца облегчает диагноз угрожающего разрыва матки.

М. С. Малиновский (1939) в отличие от пограничного кольца при нормальных родах, называет кольцо при угрожающем разрыве матки не контракционным, а ретракционным (кольцо перерастяжения) и отмечает, что оно имеет вместо поперечного косое направление.

За последнее время появилось стремление разграничивать симптомы угрожающего и начавшегося (И. Ф. Жордания, 1950; Л. С. Персианинов, 1952) или совершающегося (А. П. Николаев, 1932) разрыва матки.

Начавшийся разрыв характеризуется наиболее выраженной картиной угрожающего разрыва матки с наложением новых симптомов, зависящих от надрыва маточной стенки. Схватки становятся резко болезненными и принимают судорожный характер, появляются кровянистые выделения из родовых путей. Припухлость над лоном увеличивается, в моче обнаруживается примесь крови. Резко ухудшается состояние плода: замедляется или ускоряется сердцебиение, сердечные тоны становятся приглушенными, появляются очень активные движения плода и отхождение мекония при головных предлежаниях. Особенно характерна при этих условиях внезапная смерть плода.

Многие акушеры не разграничивают начавшийся разрыв от угрожающего и все симптомы этих двух состояний описывают в картине угрожающего разрыва.

В большинстве случаев промежутки времени от появления симптомов начавшегося разрыва до момента совершившегося разрыва матки исчисляется минутами, и только срочная помощь может предотвратить надвигающуюся катастрофу — разрыв матки.

При угрожающем разрыве матки условия для поворота уже упущены, а для наложения

шипцов их еще нет, поэтому обычно применяют кесарево сечение или плодоразрушающие операции. Плод при угрожающем разрыве матки часто бывает мертвым или умирающим вследствие асфиксии при тетанусе матки, ведущем к стойкому и сильному сужению сосудов; поэтому в большинстве случаев приходится решаться на плодоразрушающие операции, особенно в условиях участковой больницы, чтобы предотвратить смертельную опасность, грозящую матери.

Кесарево сечение при угрожающем разрыве матки за последние годы стали применять значительно чаще. Это объясняется более ранним диагностированием угрожающего разрыва матки, когда еще плод не так сильно пострадал в результате затяжных и трудных родов, а у роженицы отсутствуют выраженные признаки инфекции.

В настоящее время при наличии живого плода и угрожающего или начавшегося разрыва матки производят кесарево сечение, преимущественно с рассечением нижнего сегмента. В подозрительных на инфекцию и инфицированных случаях опасность кесарева сечения уменьшается при применении разреза матки в нижнем сегменте.

В тех случаях, когда матери угрожает разрыв матки, а плод мертвый или его жизнеспособность находится под большим сомнением вследствие травмы при патологическом течении родов, применяется плодоразрушающая операция.

Могут быть и такие случаи, когда акушерские условия и живой плод позволяют применить кесарево сечение, но в данном учреждении нет возможности его произвести; тогда для спасения жизни матери приходится производить плодоразрушающую операцию на живом плоде. Улучшение организации акушерской помощи позволит не допускать этого.

При запущенном поперечном положении плода показана эмбриотомия. Об этом иногда забывают некоторые участковые врачи, применяя недопустимый в данном случае акушерский поворот. «Акушерский поворот и настоящее запущенное поперечное положение — столь же несовместимые понятия, как лед и огонь», — говорит Г. Г. Гентер (1937). Кто забывает это золотое правило, тот увеличивает число насильственных разрывов.

Эмбриотомия применяется чаще всего в виде декапитации (Г. Г. Гентер), непременным условием которой является доступность шейки плода для пальцев руки, введенной в родовую канал. Учитывая, однако, перерастяжение нижнего сегмента и то обстоятельство, что декапитация является грубой операцией, могущей привести к разрыву перерастя-

нутой матки, некоторые авторы (А. В. Марковский, 1892; В. Штеккель, 1933) считают более целесообразным применение эмбриотомии в полном смысле слова (удаление внутренностей, рассечение позвоночника). Кроме того, в ряде случаев при запущенном поперечном положении плода декапитация не может быть произведена вследствие недоступности высоко расположенной шейки плода, что вынуждает применять другие виды эмбриотомии.

Наши наблюдения показывают, что в большинстве случаев при запущенном поперечном положении и угрожающем разрыве матки уместнее производить не декапитацию, а рассечение позвоночника после предварительного удаления внутренностей. Применяя такой метод операции, мы не наблюдали перехода угрожающего разрыва матки в совершившийся; после же декапитации в 3 случаях мы диагностировали разрыв матки, хотя до операции не наблюдали признаков совершившегося разрыва. Вполне возможно, что декапитация явилась последним толчком, приведшим к катастрофе.

В отдельных случаях при запущенном поперечном положении плода и угрожающем разрыве матки может быть применено кесарево сечение в интересах плода или если спастически сокращенная матка плотно охватывает плод, не расслабляясь даже под наркозом. Однако следует учитывать опасность этой операции для матери, особенно при явной инфекции.

При головных предлежаниях из плодоразрушающих операций обычно применяют перфорацию головки плода с последующим бережным извлечением ее краниокластом. При тазовых предлежаниях, угрожающем разрыве матки и мертвом плоде производят бережное извлечение за тазовый конец с перфорацией последующей головки.

Роженица спит под наркозом. Родовая деятельность прекратилась, и опасность угрозы разрыва матки на время миновала. Сердцебиение плода несколько улучшилось, стало ритмичным, но остается приглушенным, частота его в минуту 110—120 ударов. Явных признаков инфекции нет, и мы решаем произвести кесарево сечение с рассечением нижнего сегмента матки.

В 11 часов 20 минут начата операция. Срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. Поперечным разрезом рассечена брюшина в области пузырно-маточной складки, мочевого пузыря вместе с покрывающей его брюшиной тупфером отслоен от матки книзу на 2—3 см. В нижнем сегменте произведен поперечный разрез длиной в 3—4 см. Пальцами, введенными в этот разрез, увеличена рана путем раздвигания ее в поперечном направлении соответственно величине головки. Извлечен плод мужского пола, весом 3400 г, в асфиксии, рефлексы резко ослаблены. Ребенок отделен от матери и передан врачу для оживления. В толщу маточной стенки впрыснут 1 мл питуитрина. На углы раны наложено по

2 узловатых кетгутовых шва, и они взяты на зажимы Кохера. Послед при потягивании за пуповину удален из матки, при осмотре оказался без дефектов.

Разрез матки несколько растянут при потягивании за лигатуры, наложенные по углам, и зашит в два этажа кетгутовыми швами, причем вначале были наложены узловые швы, а затем непрерывный шов. Область разреза орошена пенициллином, прикрыта брюшиной пузырно-маточного углубления, и разрез последней зашит непрерывным швом из тонкого кетгута. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками, и в нее влито 500 000 ЕД пенициллина, растворенного в 50 мл 0,25% раствора новокаина. Брюшная рана зашита послойно наглухо.

Мать спасена от угрожающей ей катастрофы — разрыва матки, но плод извлечен в асфиксии. Посмотрим, что произошло с ним.

Ребенок сразу же после отделения от матери помещен был в ванночку с теплой водой, произведено отсасывание слизи из дыхательных путей с помощью мягкого резинового катетера, под кожу введен кофеин. В пупочную артерию введено 3 мл 10% раствора хлористого кальция. Во время вливания появились дыхательные движения, кожные покровы порозовели, стали определяться рефлексы, ребенок открыл глаза и начал кричать. Через 10 минут новорожденный передан в детское отделение в удовлетворительном состоянии.

Послеродовой период протекал без осложнений, и I. IV родильница выписана домой с ребенком. Ребенок здоров, вес его при выписке из клиники 3900 г.

**Краткий эпикриз.** Повторнородящая женщина поступает в клинику с угрожающим разрывом матки. Под глубоким эфирным наркозом произведено кесарево сечение. Плод извлечен в асфиксии и оживлен вливанием в пупочную артерию хлористого кальция. Послеродовой период протекал без осложнений. Мать и ребенок выписались из клиники в хорошем состоянии.

#### ПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ

Беременная Н., 41 года, доставлена в акушерскую клинику 9.X 1949 г. в 6 часов 45 минут. Эта беременность пятая. Четыре предыдущих беременности закончились срочными родами. Роды происходили дома, протекали нормально, дети родились живыми. Считает, что последняя беременность доношенная. Консультацию не посещала. Роды начались дома 8.X в 17 часов; в 20 часов отошли воды и появились сильные потуги. В 24 часа схватки и потуги внезапно прекратились, появились боли внизу живота, больше слева, которые все усиливались и заставили ее поехать в клинику.

При поступлении жалуется на боли внизу живота, которые при перемене положения усиливаются. Температура 37°, пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Кровяное давление 110/90 мм рт. ст. Язык обложен, влажный. Родовой деятельности нет, движений плода роженица не ощущает. Таз 23, 26, 29, 19,5 см. Живот вздут, при пальпации разлитая болезненность внизу живота. Контуры матки неясны, пальпация живота болезненна. Под брюшной стенкой определяются спинка плода и неясно мелкие части. Предлежащая часть — головка — расположена малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода не выслушивается. При вагинальном исследовании: кровотечения нет, открытие полное, плодный пузырь отсутствует, головка малым сегментом во входе в таз, большая родовая опухоль.



## Что произошло? Каков диагноз?

У повторнородящей женщины в периоде изгнания внезапно прекратилась родовая деятельность, бывшая до этого энергичной, появились боли внизу живота, усиливающиеся при перемене положения. Роженица перестала ощущать движения плода.

Данные анамнеза позволяют заподозрить самопроизвольный разрыв матки, наступивший при родах, проходивших без медицинской помощи. При осмотре обнаружены явления метеоризма, резкая болезненность при пальпации живота, неясные контуры матки. Непосредственно под брюшной стенкой определяются части плода.

Перед нами типичная картина полного разрыва матки с выходом плода в брюшную полость. Нужно срочно готовиться к чревосечению.

Пока идет подготовка к операции, разберем некоторые вопросы о разрывах матки.

Разрыв матки (*Ruptura uteri*) является тяжелейшим осложнением во время беременности и родов.

Впервые разрыв матки во время родов был распознан и подтвержден на вскрытии в XVI веке, но научное исследование этого вопроса начинается с XIX века (*Baudelocque, Michaelis, Bandl*).

Особенно большие заслуги в изучении грозного осложнения родов — разрыва матки принадлежат нашим отечественным ученым, посвятившим этому вопросу ряд работ в прошлом столетии и в начале XX века (*И. Дубенский, 1884; Г. Л. Давыдов, 1895; М. Порошин, 1897; И. Н. Александров, 1900; А. А. Поленов, 1902; Я. Ф. Вербов, 1913; Н. З. Иванов, 1926, и др.*). В этих работах подвергаются всестороннему рассмотрению этиология, диагностика и лечение разрывов матки.

Не ослабевает интерес к этому вопросу и в дальнейшем. В ряде работ обобщаются значительные клинические наблюдения по разрывам матки во время беременности и родов (*М. Н. Киреевский, 1930; В. С. Лисовецкий, 1930; Н. В. Жилов, 1931; Б. В. Азлецкий, 1932; В. М. Малявинский, 1933; А. А. Терехова, 1949; И. Ф. Жордания, 1950; Л. С. Персианов, 1952, и др.*).

На 3-м пленуме Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР (1950) был детально обсужден вопрос о травматизме женщины в родах. В решениях пленума было указано, что одной из важных за-

дач советского родовспоможения является ликвидация травматизма женщины в родах, в частности, разрывов матки.

О частоте разрывов матки во время беременности и родов в литературе приводятся самые разнообразные данные. Большинство авторов указывают, что разрывы матки встречаются один раз на 1000 родов, или в 0,1% случаев.

Система советского родовспоможения позволила резко снизить количество тяжелых родовых травм, которые продолжают уменьшаться с каждым годом. Разрывы матки исчисляются в настоящее время сотнями долями процента.

В работах иностранных авторов (Bill, Barney, Melody, 1944; Morrison и Douglass, 1945; D. Fraser, 1954, и др.) сведения о частоте разрывов матки указывают на то, что количество последних в настоящее время остается на том же уровне, как было 25—30 лет назад.

Brighton (1950) приводит сводные данные ряда авторов о 368 разрывах матки на 733 932 родов, что составляет 1 разрыв на 1994 родов.

Примерно такие же цифры приводят Вак и Hayden (1955), указывая, что, по данным ряда американских учреждений, на 945 674 родов было 517 разрывов матки, или 0,062%.

Разрывы матки наблюдаются, главным образом, у многорожавших женщин. По нашим данным, из 262 женщин, у которых произошел разрыв матки, только 7 были первородящими, а во всех остальных случаях разрывы матки имели место у женщин многорожавших. Наиболее часто разрывы матки встречаются у женщин в возрасте от 30 до 40 лет.

Разрывы матки при беременности бывают значительно реже, чем при родах, и составляют 9,1% по отношению ко всем разрывам (Л. С. Персианов, 1954). Особенно редко они встречаются в первую половину беременности.

Принято различать разрывы матки самопроизвольные (*ruptura uteri spontanea*), происходящие без внешнего воздействия, и насильственные (*ruptura uteri violenta*), возникающие в результате постороннего вмешательства во время родов или трубой травмы в период беременности.

Самопроизвольные разрывы встречаются чаще, чем насильственные. По данным В. И. Ледомского (1909), из 128 описанных им разрывов 99 были самопроизвольными, В. М. Михайлова (1895) из 98—60, по наблюдениям Е. Е. Матвеевой (1962) из 470 разрывов матки самопроизвольные отмечены в 75,1% случаев, по нашим данным, из

262 случаев разрывов матки в 232 (88,6%) отмечались самопроизвольные разрывы.

Если в результате механического препятствия для родоразрешения здоровые ткани маточной стенки подвергаются чрезмерному растяжению и это приводит к разрыву, то такой самопроизвольный разрыв матки механический и является типичным. Наоборот, возникновение самопроизвольного разрыва в результате патологических структурных изменений в маточной мышце протекает атипично.

Однако наиболее часто встречается комбинированная (механически-гистопатическая) форма самопроизвольного разрыва матки; разрыв в этом случае происходит от совместного действия двух факторов: механического препятствия для родоразрешения и патологического изменения маточной стенки (мышцы). Эти разрывы также часто протекают атипично; клиническая картина разрыва зависит от того, какой из упомянутых факторов преобладает. При относительно незначительных изменениях маточной мышцы и несоответствии между подлежащей частью и тазом разрыв матки по своему течению будет приближаться к типичным разрывам механического характера, при преобладании же патологических изменений маточной мускулатуры разрыв будет носить характер гистопатического.

Анализируя данные, опубликованные в отечественной литературе, мы видим резкое снижение количества насильственных разрывов матки. Если за период с 1909 по 1941 гг. на 262 разрыва матки было 30 насильственных (11,4%), то за последние 15 лет, как показывает наша сборная статистика, насильственные разрывы встретились только в 5,6% случаев. Это можно объяснить улучшением организации родовспоможения, повышением квалификации врачей и акушеров, отказом от рискованных операций (высокие щипцы, поворот при запущенном поперечном положении плода и т. п.). И в этом факте ярко отразились преимущества системы советского родовспоможения.

Насильственные разрывы матки чаще всего возникают в результате дополнительного растяжения нижнего сегмента при постороннем вмешательстве. Чаще всего в подобных случаях насилие является лишь добавочным фактором на фоне имеющегося перерастяжения матки при угрожающем ее разрыве.

Более редкими являются насильственные разрывы матки при родах и во время беременности в результате грубо нанесенной травмы (удар в живот, падение на живот и т. п.) при отсутствии перерастяжения матки.

Таким образом, насильственные разрывы матки можно разделить на разрывы, происходящие от постороннего вмешательства при растяжении нижнего сегмента, и разрывы, возникающие только от воздействия травмы.

По степени повреждения различают полный (сквозной разрыв матки (*ruptura uteri completa*), захватывающий все слои маточной стенки и проникающий в брюшную полость, и неполный, не проникающий в брюшную полость (*ruptura uteri incompleta*) (рис. 96, 97).

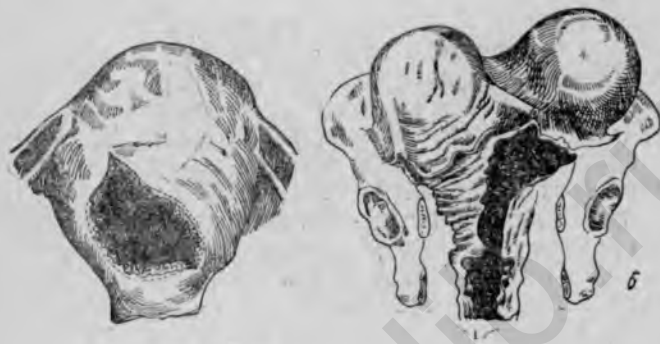


Рис. 96. Разрыв матки:

а — полный; б — неполный с кровотечением из влагалища и большой левосторонней внутрисвязочной гематомой.

Полные разрывы происходят чаще всего в тех местах, где серозный покров матки крепко спаян с подлежащими тканями маточной стенки.

При неполных разрывах обычно разрывается слизистая и мышечная оболочка матки, а брюшинный покров остается ненарушенным. Такой разрыв проникает в подбрюшинное пространство, чаще в параметральное, где образуется гематома. Неполный разрыв может захватывать слои маточной стенки на небольшую глубину. Иногда имеется лишь трещина (надрыв) маточной стенки, и при этом повреждение может располагаться как со стороны слизистой оболочки, так и со стороны брюшинного покрова.

Полные разрывы матки встречаются в 10 раз чаще, чем неполные.

Нарушение целостности маточной стенки встречается обычно по типу настоящего разрыва, но может быть и по типу «перитирания» ткани в результате раздавливания и размозжения ее (*usura uteri*), на что указывал в свое время Н. З. Иванов (1926).

Наиболее часто разрывы матки встречаются в нижнем сегменте и в большинстве случаев имеют продольное направление, располагаясь по передней стенке или сбоку, притом чаще слева. Типичным местом для неполных разрывов матки является передняя и боковая стенки нижнего сегмента. Разрывы в дне и теле матки обычно возникают по рубцу после операций или перфораций при абортах. В ряде случаев, особенно при поперечных положениях плода, происходит отрыв

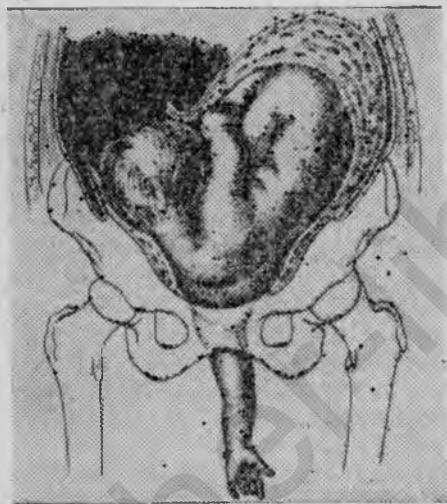


Рис. 97. Полный разрыв матки в нижнем сегменте.

матки от сводов, дающий клиническую картину разрыва матки.

Отрыв матки от влагалищных сводов впервые описал в 1875 г. отечественный акушер Ф. Г. Гугенбергер, предложивший для отрыва рукава название кольпопорексис (*colporrhexis*) с прибавлением *antica*, *postica* и т. д., смотря по месту повреждения. Отрыв сводов влагалища может быть полным, проникающим в брюшную полость. В других случаях оказывается поврежденной только стенка влагалища и разрыв проникает в забрюшинное пространство.

Отрыв сводов влагалища обычно происходит вблизи шейки матки, где влагалищная стенка наиболее тонкая, и может быть самопроизвольным или насильственным.

Совершившийся разрыв матки сопровождается ясно выраженной клинической картиной, и диагноз в огромном большинстве случаев не представляет затруднений. Особенно легко диагностируется полный совершившийся разрыв матки в тех случаях, когда до этого имелась бурная, типичная картина угрожающего разрыва.

В момент разрыва роженицы нередко ощущают сильную режущую боль; некоторые из них отмечают, что в животе что-то «лопнуло» или «разорвалось». Обычно на высоте одной из схваток роженица вскрикивает, хватается руками за низ живота, поведение ее резко изменяется. «Симптомы разрыва матки зловещи. Буря сменяется жуткой тишиной» (Г. Г. Гентер, 1937). Увидев хоть раз это поразительное превращение, его уже нельзя забыть. Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной, перестает кричать. Одновременно с угнетенным состоянием у роженицы бледнеют кожные покровы, нарастает учащение пульса и падение его наполнения, холодный пот, тошнота, рвота, икота. При пальпации и перкуссии определяется болезненность всего живота, особенно нижней его половины, симптом Щеткина—Блюмберга. После разрыва матки наблюдается быстрое появление и нарастание метеоризма в результате атонии кишечника. Умеренное кровотечение из влагалища, усиливается при отодвигании вверх подлежащей части. Последнее не рекомендуется делать ввиду опасности увеличить разрыв. Плод, если он еще был жив, погибает; сердцебиение его не выслушивается.

При выхождении плода в брюшную полость установить диагноз чрезвычайно просто, так как при этом живот приобретает неправильную бугристую форму и через брюшные покровы легко прощупываются мелкие части плода. Одного этого симптома достаточно для постановки диагноза совершившегося разрыва матки. Однако отсутствие этого симптома при нераспознанных разрывах матки не может являться ссылкой на отсутствие признаков, достаточных для диагноза разрыва, на «бессимптомные» разрывы. При отсутствии выхождения плода в брюшную полость имеется много симптомов для постановки диагноза совершившегося разрыва матки. Если плод лишь частично вышел в брюшную полость через разрыв и спинка плода обращена кпереди, то некоторые врачи принимают ее за тело матки. В этих случаях при внимательном осмотре можно обнаружить как бы двурогость матки, возникшую за счет смещенного в сторону, сократившегося тела матки и крупной части плода, выступающей из разрыва. Резкая болезненность в нижних отделах живота при

пальпации матки и живота наводит на мысль о разрыве; это подозрение подтверждается рядом указанных симптомов.

В тех случаях, когда плод целиком остается в матке, родовая деятельность может прекращаться не сразу, а постепенно замирая. Симптомы развиваются не так бурно, но в огромном большинстве случаев они всегда имеются и поставить диагноз вполне возможно.

Явления нарастающего внутреннего кровотечения и шока, симптомы, указывающие на раздражение брюшины, гибель плода, кровотечение из влагалища до рождения плода обычно имеют место и при подобных совершившихся разрывах матки. При влагалищном исследовании предлежащая часть, которая стояла плотно во входе в таз или была прижата к нему, отошла вверх и стала подвижной. В моче часто определяется примесь крови вследствие венозного полнокровия слизистой мочевого пузыря или в результате поврежденной его стенки (надрыв, разрыв).

При полных разрывах матки нередко при перкуссии живота в брюшной полости определяется свободная жидкость (кровь). Внезапное появление наружного кровотечения после родоразрешения и выделения последа при хорошо сократившейся матке также должно навести врача на мысль о возможности происшедшего разрыва.

Подозрение на происшедший разрыв матки может вызвать задержка последа и безуспешность выжимания его по Лазаревичу—Креде при наличии других неясных признаков разрыва.

В неясных случаях, при подозрении на разрыв матки, а также после трудных плодоразрушающих операций, после поворота плода на ножку, который долго не удавался и вдруг легко был совершен, а также при влагалищном родоразрешении по поводу угрожающего разрыва необходимо произвести внутриматочное обследование. При наличии разрыва его удается определить рукой. Если предлежащая часть плода находится в полости таза и нет ясных симптомов чаще всего неполного разрыва матки, то необходимо произвести возможно бережнее плодоразрушающую операцию, извлечь плод и затем рукой обследовать полость матки. Шейку и влагалищные своды необходимо осмотреть при помощи зеркала.

Поздние симптомы происшедшего разрыва матки (через сутки и более) характеризуются признаками нарастающего перитонита. Состояние роженицы или родильницы тяжелое, кожные покровы бледны, черты лица заостряются, глаза западают. Язык сухой, обложен. Пульс частый, слабого наполнения. Боли в животе, напряжение и

резкая болезненность брюшной стенки, симптом Шеткина—Блюмберга, тошнота, икота, рвота, парез кишечника.

Единственно правильной тактикой врача при установлении разрыва матки является немедленное чревосечение без предварительного родоразрешения. Лучше для больной произвести операцию в том же учреждении, где обнаружен разрыв матки. Если в данной больнице нет врача, могущего произвести такую операцию, то следует обеспечить выезд врача-специалиста и операционной сестры с необходимым инструментарием, стерильным материалом и т. п. Лишь в крайнем случае больная бережно (самолетом, автомобилем) транспортируется в другое учреждение в сопровождении медицинского работника. Перед транспортировкой больной с целью ограничения подвижности плода, чаще всего находящегося в брюшной полости, следует произвести плотную тампонаду влагалища и бинтование живота, ввести под кожу морфин. По нашему мнению, перед транспортировкой родоразрешение через естественные родовые пути производить нецелесообразно, даже если плод еще находится и в матке.

При наличии условий для чревосечения больная с разрывом матки должна быть немедленно оперирована. Чем раньше распознан разрыв и произведена операция, тем лучше будут результаты; наоборот, поздний диагноз и запоздалая операция приводят к печальным результатам. Особенно неблагоприятные исходы операции наблюдаются при разрывах матки, если больные подвергались транспортировке, так как при этом не только теряется дорогое время, но и наносится дополнительная травма больной, находящейся и так в тяжелом состоянии.

Как при головных предлежаниях, так и запущенном поперечном положении плода предварительное родоразрешение через влагалище при установлении разрыва матки не должно применяться, потому что оно обычно сопровождается увеличением разрыва и ухудшает состояние больной, которая подвергается подобной операции без всякой к тому необходимости. В части случаев предлежащая часть оказывает тампонирующее действие на разорванные ткани и, сдавливая поврежденные сосуды, уменьшает, а иногда почти останавливает кровотечение. После влагалищной родоразрешающей операции в подобных случаях может наступить сильнейшее кровотечение нередко со смертельным исходом от острой кровопотери, прежде чем будет произведено чревосечение.

Как исключение, предварительное родоразрешение может быть применено при разрыве матки, если головка плода находится в полости или в выходе таза, что встречается



крайне редко. В этих случаях непосредственно перед чревосечением плод извлекают после перфорации головки при помощи краниокласта.

У больной с разрывом матки обычно наблюдаются явления шокового состояния, выраженные в той или иной степени, которые усугубляются еще и кровопотерей.

Кровотечение всегда сопровождает разрыв матки, но тяжелое состояние больных, падение артериального давления и пульса объясняется не только кровопотерей, но и шоком. Нередко кровотечение бывает умеренным и тяжелое состояние роженицы при разрыве матки объясняется лишь наличием типичного травматического шока.

Вначале шоковое состояние проявляется бледностью кожных покровов, заторможенностью психики роженицы, учащением пульса. В последующие часы роженица становится апатичной, вялой, кожные покровы мертвенно бледные, лицо покрывается холодным потом; женщина не стонет, лежит как бы скованная, на вопросы отвечает не сразу, кратко и шепотом. Артериальное давление падает, и по его уровню определяется степень тяжести шока.

В. А. Покровский (1954) отмечает, что из 18 подобных больных у 11 был шок III степени, причем у 5 женщин с разрывом матки артериальное давление совершенно не определялось. Подобную картину приходилось наблюдать неоднократно и нам.

Учитывая наличие кровопотери и шокового состояния, следует до операции приступить к переливанию крови, противошокового раствора и кровезаменителей.

Боязнь усиления кровотечения при проведении этих мероприятий обычно преувеличена. При разрывах матки кровотечение останавливается не столько под влиянием падения кровяного давления, сколько вследствие сокращения опороженной матки.

Переливание крови до 500 мл следует произвести струйным методом, переходя в дальнейшем на введение жидкости капельным методом. Если при разрыве матки продолжается внутреннее или наружное кровотечение, то переливание крови начинают капельным методом, из расчета 60—80 капель в минуту. Как только во время операции будет остановлено кровотечение, трансфузию крови продолжают струйным методом.

Положительное значение переливания крови при разрывах матки и снижении летальности в группе женщин, которым применяли трансфузии крови, отмечают Е. Е. Матвеева (1962) и В. Г. Хренова (1963). По данным Е. Е. Матвеевой,

из 113 оперированных женщин, которым переливали кровь, умерло 14 (12,4%).

Весьма целесообразно, особенно во время операции и в послеоперационном периоде, применять внутривенное введение противошоковых жидкостей и комплексных растворов, употребляемых с этой же целью. Применение названных растворов способствует нормализации процессов в центральной нервной системе и оказывает благотворное воздействие на состояние больной. Улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы, дыхание.

В части случаев при тяжелом шоке и коллапсе внутривенное переливание крови на фоне угасающей сердечной деятельности не вызывает заметного эффекта и состояние больных продолжает ухудшаться, несмотря на продолжающееся вливание крови в вену.

Литературные данные и наш опыт показывают, что в тех случаях шока и геморрагического коллапса, когда введение 250—500 мл крови не дает заметного положительного эффекта или состояние больной ухудшается, несмотря на трансфузию, необходимо срочно переходить на внутриартериальное переливание крови. В преагональном состоянии и при агонии сразу следует начинать с внутриартериального переливания крови, которое оказывает могучее лечебное действие при лечении смертельной кровопотери и шока.

Но вернемся к нашей больной, так как операционная подготовлена для чревосечения.

В 7 часов 30 минут под эфирным наркозом (100 мл) произведено чревосечение. Из брюшной полости извлечен мертвый плод (вес 4000 г, длина 52 см) и послед. На передней стенке матки в области нижнего сегмента имеется поперечный разрыв, который продолжается вверх по левому ребру. Длина разрыва 16—18 см. Передний листок левой широкой связки и круглая связка разорваны. Мочевой пузырь отслоился, цел. Слева имеется гематома в параметрии. Гематома удалена, кровоточащие сосуды лигированы. Местами края разрыва освежены. Разрыв зашит двухэтажными узловатыми кетгутовыми швами. В параметрий введено 500 000 ЕД пенициллина. Брюшина пузырно-маточного кармана подшита к матке над зашитым разрывом. Произведена стерилизация путем резекции труб. Брюшная рана зашита послойно наглухо. Произведено переливание 500 мл консервированной крови.

После операции применялся пенициллин по 100 000 ЕД через 3 часа в течение 6 дней. Послеоперационный период протекал с повышением температуры до 37,8° в первые три дня и наличием незначительного параметрального инфильтрата слева.

На 20-й день после операции больная выписана в хорошем состоянии из клиники с незначительными остатками левого параметрального инфильтрата в виде тяжа.

Вопрос о выборе того или другого метода хирургического вмешательства при разрыве матки должен решаться индиви-

дуально с учетом времени наступления разрыва, признаков инфекции, характера разрыва и т. д.

Большинство акушеров-гинекологов считает целесообразным прибегать при разрывах матки к надвлагалищной ампутации или полному ее удалению (Г. Г. Гентер, 1937; К. К. Скробанский, 1937; И. Л. Брауде, 1959, и др.). Они исходят из того, что удаление тяжело травмированной, инфицированной матки способствует надежной остановке кровотечения, предохраняет от последующих повторных поступлений инфекции из пуэрперальной матки и создает наилучшие условия для дренирования обширных подбрюшинных пространств. Зашивание разрыва матки обычно рекомендуется в более «легких» случаях, при разрыве в теле и дне матки, особенно по рубцу после кесарева сечения.

Pfort (1921) указывает, что смерть при разрыве матки наступает в 40% случаев от острой анемии и в 60% — от перитонита и сепсиса. По мнению Sigwart (1927), угроза смерти от инфекции еще больше, так как часть больных, погибших от анемии вскоре за разрывом, вероятно, погибла бы в дальнейшем от инфекции.

По литературным данным последнего времени летальные исходы при разрывах матки наступают чаще от шока и кровопотери, а не от перитонита и сепсиса. Так, по сборным данным из отечественной литературы (Л. С. Персианинов, 1947), материнская смертность от шока и геморрагического коллапса составляет 66,6%. По данным И. Ф. Жордания (1950), летальные исходы при разрывах матки имели место в 45,8% случаев от анемии, в 23,1% — от шока и лишь в 29,8% случаев причиной материнской смертности была инфекция. Из числа умерших от разрыва матки в московских родильных домах за 1945—1949 гг. (О. В. Макеева, 1957) погибли от кровотечения 55%, от шока — 22,5% и от инфекции — 22,5% женщин.

Gordon и Rosental (1943) указывают, что из 30 умерших при разрывах матки 20 погибли от кровотечения и шока, 6 — от перитонита, 3 — от бронхопневмонии и 1 — от анурии. Bill (1944), описывая 23 разрыва матки, сообщают о 5 летальных исходах, и из них лишь одна больная умерла от перитонита, а 4 погибли от шока и кровопотери.

По данным Е. Е. Матвеевой (1962), 67% женщин, умерших при разрывах матки, погибли от анемии и шока и 33% — от перитонита и сепсиса. В. Г. Хренова (1963) указывает на кровопотерю и шок как причину летальных исходов в 82,4% случаев.

Литературные данные показывают, что смерть при разрывах матки наступает чаще всего или в конце операции, или в первые часы после нее. Весьма вероятно, что для женщины, находившейся в тяжелом состоянии, такая большая добавочная травма, как ампутация или экстирпация матки, может предрешить летальный исход. Исходя из этого, становится понятным стремление некоторых акушеров-гинекологов (Л. С. Персианинов, 1947; А. А. Терехова, 1949; В. А. Покровский, 1952; Н. Е. Сидоров, 1953; Schmid, 1952, и др.) чаще применять зашивание разрывов матки и не только при их локализации в теле матки, но и в нижнем сегменте.

Из 58 больных, которым, по нашим данным (1952), было произведено зашивание разрыва матки, погибло 12, из них от анемии и шока в первые часы после операции — 6, от перитонита — 4, от гнойного периметрита — 1 и от уремии — 1 при обширном разрыве мочевого пузыря, осложнившим разрыв матки. Разрыв был в дне или в теле матки у 28 больных и располагался в области нижнего сегмента у 30.

Н. Е. Сидоров (1953) при зашивании разрывов матки у 30 женщин летальные исходы наблюдал у 5 (около 16%). Morrison и Douglas (1945), разбирая результаты лечения 46 больных с разрывами матки, указывают, что наилучшие результаты дало зашивание разрыва матки; все 11 рожениц, у которых произвели зашивание разрыва, выздоровели.

По собранным нами данным (1961), из 1000 женщин с разрывами матки зашивание разрыва было применено у 38,4% (с летальным исходом в 14,7% случаев), ампутация матки — у 46,2% (летальность 25,3%) и, наконец, экстирпация матки — у 15,4% больных (с летальным исходом в 33,3% случаев).

Таким образом, литературные данные показывают, что ушивание разрыва матки больные, находящиеся в тяжелом шоковом состоянии, переносят гораздо лучше, чем радикальные операции.

Применение антибиотиков, сульфаниламидных препаратов позволяет уменьшить опасность развития инфекции при зашивании разрыва матки. Но следует учитывать, что применение антибиотиков при более тяжелых радикальных операциях не дает значительного снижения летальных исходов, так как причиной их чаще является не инфекция, а шок и кровопотеря.

И. Ф. Жордания (1950) считает показанным зашивание разрыва с сохранением органа при недавно происшедшем разрыве, а надвлагалищную ампутацию матки или ее полное

удаление в тех случаях, если от момента разрыва прошло более 18 часов и матка изуродована разрывами, разможнением тканей, обширными кровоизлияниями и т. п.

По нашему мнению, зашивание разрыва безусловно следует применять при разрывах по рубцу после кесарева сечения, при расположении разрыва в дне и теле матки. Кроме того, следует шире ставить показания к зашиванию разрыва и при локализации его в нижнем сегменте, применяя указанный метод операции в первые 24 часа после происшедшего разрыва. Зашивание разрыва, независимо от его характера и расположения, приемлемо и в тех случаях, когда больная

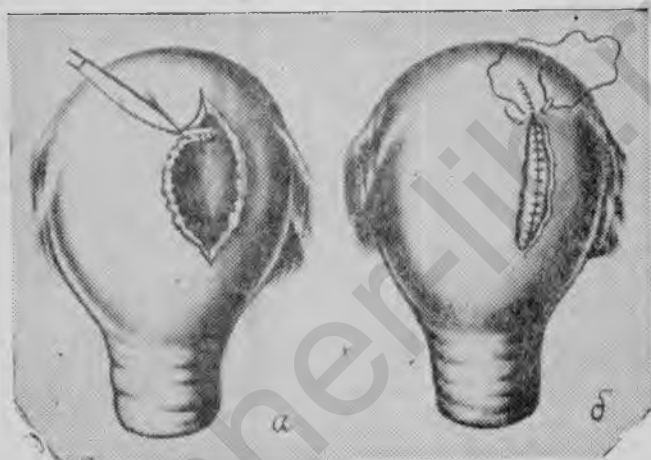


Рис. 98. Зашивание разрыва матки, расположенного в области тела и нижнего сегмента матки (а, б).

находится в очень тяжелом состоянии и не может перенести ампутацию или экстирпацию матки.

Техника операции при зашивании разрыва должна заключаться в лапаротомии, остановке кровотечения и наложении швов на разрыв. Разможенные края разрыва по возможности сглаживают и освежают острыми ножницами или скальпелем, иссекают старый рубец, если он имеется, и накладывают кетгутовые швы в два этажа на мышцу и брюшинный покров матки (рис. 98). Перитонизацию производят непрерывным кетгутовым швом, захватывающим брюшину и поверхностный слой мышечной ткани. Разрывы матки чаще всего располагаются в области нижнего сегмента, и поэтому зашитый разрыв хорошо перитонизируется.

вать брюшиной пузырно-маточного углубления и передним листком прилегающей к разрыву широкой связки. В результате зашитый разрыв полностью покрывается брюшиной.

Зашивание разрыва матки представляет наименее травматичный метод хирургического вмешательства для больной, находящейся обычно в тяжелом состоянии. Эта операция проста по технике и при хорошем соединении краев раны в маточной стенке во всю ее толщину дает возможность сохранить в будущем нормальную функцию матки.

У большинства больных при зашивании разрыва следует произвести стерилизацию, применяя резекцию труб на протяжении. У некоторых женщин, учитывая их настойчивое желание иметь в дальнейшем ребенка, стерилизацию не производят. При наступившей беременности они должны находиться под строгим наблюдением, и за 10—14 дней до срока родов им следует произвести кесарево сечение. Подобные случаи с благоприятными исходами мы наблюдали неоднократно.

Экстирпацию матки большинство акушеров производят при разрыве нижнего сегмента с образованием большой гематомы в клетчатке, а также у больных, у которых разрыв в заведомо инфицированных случаях переходит на шейку матки или влагалищные своды. В остальных случаях чаще всего применяют надвлагалищную ампутацию матки с оставлением придатков. При отрыве матки от влагалищных сводов применяют экстирпацию матки.

Техника экстирпации или ампутации матки при ее разрыве обычная.

При разрывах матки могут наблюдаться разрывы мочевого пузыря. Так, на 262 разрыва матки, по нашим данным, в 9 случаях имел место разрыв и мочевого пузыря.

Разрыв мочевого пузыря, происшедший одновременно с разрывом матки, зашивают при чревосечении со стороны брюшной полости. Рану мочевого пузыря зашивают тонким кетгутовым швом в два этажа. При наложении первого ряда узловатых швов тщательно соединяют края разрыва, не захватывая при этом слизистой. После операции вводят на 5—7 дней постоянный катетер и ежедневно промывают мочевой пузырь малыми порциями (50—70 мл) раствора фурацилина (1:5000) или борной кислоты (2%).

Если разрыв мочевого пузыря не распознают и не зашивают, то возникает пузырно-влагалищный или пузырно-шеечный свищ. Поэтому всегда необходимо исключить повреждение мочевого пузыря, на которое обычно указывают отсутствие мочи при катетеризации или кровь в моче и наличие

раневого отверстия. Если при осмотре из-за обширного кровоизлияния и разможнения тканей разрыв мочевого пузыря не удастся исключить, то следует с помощью катетера, введенного через уретру, налить в мочевой пузырь стерильный физиологический раствор; вытекающая жидкость укажет место разрыва, если он имеется.

Разрывы матки обычно сопровождаются кровопотерей и шоком, поэтому необходимо продолжать повторные переливания крови и противошоковых жидкостей в послеоперационном периоде.

В забрюшинное пространство целесообразно перед закрытием влить 500 000 ЕД пенициллина и 0,5 г стрептомицина (их назначают больной и в послеоперационном периоде).

Применение сердечных средств, питание и внимательный уход за этими тяжелобольными имеют большое значение и являются необходимыми звеньями в цепи лечебных мероприятий при разрывах матки.

Следует учитывать, что в первые дни послеоперационного периода у этих больных легко могут возникнуть пролежни в области крестца, если не будет принято надлежащих мер к их предупреждению.

Внедрение в лечебную практику сульфаниламидных препаратов, особенно антибиотиков, применение переливания крови и кровезаменителей, а также более раннее распознавание и проведение оперативного лечения позволили несколько снизить процент летальных исходов для матери. По нашим данным, за 1909—1941 гг. смертельные исходы при разрывах матки составляли 47%, по И. Ф. Жордания (1948), — 35% и по московским родильным домам (О. В. Макеева, 1957) за 1945—1949 гг. — 36,6%.

В. Г. Хренова (1963) на 500 женщин с разрывами матки летальные исходы отмечает в 26,4% случаев.

**Краткий эпикриз.** У многорожавшей женщины при родах на дому, проходивших без медицинской помощи, произошел самопроизвольный разрыв матки с выходением плода в брюшную полость. При поступлении в клинику сразу устанавливают диагноз и производят чревосечение с ушиванием разрыва, расположенного в нижнем сегменте. Выздоровление.

## НЕПОЛНЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ

Беременная Б., 30 лет, поступила в городской родильный дом № 2 г. Казани 29.XII 1949 г. в 20 часов 5 минут в родах.

Эта беременность третья. Первая беременность в 1947 г. закончилась на 3-м месяце самопроизвольным выкидышем. Вторую беременность доносила до срока, но роды закончились плодоразрушающей операцией — краннотомией. Месячные с 19 лет, через 4 недели, по 3 дня. Дату послед-

них месячных не помнит. Беременность протекала без осложнений. Схватки появились 29.XII в 9 часов.

При поступлении состояние женщины удовлетворительное. Температура 36,3°. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание.

Окружность живота 102 см. Высота стояния дна матки над лоном 35 см. Положение плода продольное, над входом в таз определяется подвижная головка. Сердцебиение плода выслушивается справа ниже пупка, 130 ударов в минуту. Схватки средней силы, через 10—12 минут, по 25 секунд. Воды не отходили. Размеры таза: 25, 27, 31, 18,5 см. В моче при кипячении белка не обнаружено.

Роженица помещена в предродовую палату, и за ней установлено наблюдение дежурной акушерки и врача.

24 часа. Состояние роженицы без изменений, схватки сильные, через 7—8 минут по 35 секунд. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Головка прижата ко входу в таз.

30.XII в 1 час отошли воды, грязноватые.

7 часов. Всю ночь продолжалась хорошая родовая деятельность. Головка плода стоит малым сегментом во входе в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту.

7 часов 30 минут. Появились потуги. Роженица взята из предродовой на родильную кровать. Подтекают воды; окрашенные меконием. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ясное.

8 часов 30 минут. Все время продолжают сильные болезненные схватки, которые сопровождаются потугами, но головка не продвигается. Из родовых путей появились кровянистые выделения. Над лоном появилась выпячивающаяся припухлость, принятая врачом за переполненный мочевой пузырь, но при катетеризации мочи в пузыре не оказалось.

### *Какие особенности в течении родов? Правильно ли проводятся роды?*

В анамнезе рожавшей женщины имеются неблагоприятные данные. По-видимому, были явления инфантилизма половых органов, на что указывают позднее (в 19 лет) наступление менструальной функции и прерывание первой беременности, которая закончилась самопроизвольным выкидышем. Следующую беременность женщина уже доносила до срока, но роды закончились краниотомией. Наружные размеры таза несколько уменьшены, особенно в прямом размере. По каким показаниям была произведена краниотомия, неизвестно, но можно предположить, что анатомическое сужение таза являлось препятствием для родоразрешения. Кроме того, несостоятельность маточной мускулатуры в результате инфантилизма могла также иметь значение, и даже небольшое препятствие со стороны таза в подобных случаях оказывается непреодолимым.

Однако на все эти моменты из анамнеза дежурный врач родильного отделения не обратил должного внимания и не учел даже того обстоятельства, что наружные размеры таза уменьшены.



В результате не было произведено необходимого в таких случаях влагалищного исследования, не измеряли диагональную конъюгату и не определяли емкость таза, что позволило бы более ясно и правильно составить представление о соотношениях между размерами головки плода и таза. Роды по существу вели «вслепую». Короче говоря, врач, собирая анамнестические данные и осматривая роженицу, не составил примерный прогноз родов, не учел, какие осложнения могут возникнуть и как их следует предупредить.

Ведение родов было пассивным, без анализа происходящих явлений. Врач в данном случае лишь отмечал в истории родов течение родового акта, являясь просто регистратором событий. Этим и объясняется, что даже появление у многорожавшей женщины при хорошей родовой деятельности и отсутствии продвижения головки болезненных схваток и потужной деятельности при головке, стоящей во входе в таз, не вызвало каких-либо опасений у врача, хотя роды уже длились целые сутки. Не вызвали тревоги у врача асфиксия плода, кровянистые выделения из родовых путей и припухлость над лоном, появившиеся в периоде изгнания у повторнородящей женщины на фоне всей указанной клинической картины.

9 часов. Произведено влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие полное, плодного пузыря нет. Головка прижата ко входу в таз и на ней определяется родовая опухоль. Мыс сильно вдается в полость таза и легко достигается пальцем при исследовании. Измерена диагональная конъюгата, размер ее 9 см. Во время потуг головка в таз не опускается, а выпячивается над лоном. Потуги сильные, частые. Роженице под кожу введен 1 мл 1% морфина, и она переведена в предродовую.

9 часов 30 минут. Потуги слабые, но роженица жалуется на боли, беспокойна. Живот имеет неправильную форму. Дно матки определяется на 2 поперечных пальца выше пупка, а слева у подреберья — опухоль плотной консистенции величиной с кулак. Введен под кожу еще 1 мл 1% морфина.

10 часов 30 минут. Боли постепенно стихли, родовая деятельность прекратилась и состояние женщины стало ухудшаться. Сердцебиение плода с перебоями, 92 удара в минуту. Врач решил вызвать консультанта из акушерской клиники, но не указал, что необходима срочная консультация.

13 часов. Общее состояние роженицы тяжелое. Она апатичная, слабо реагирует на окружающее, кожные покровы и видимые слизистые резко бледные, черты лица заострившиеся, на лбу — холодный пот. Была повторная рвота. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст.

Живот вздут, имеет неправильную форму, контуры матки неясны. Слева у подреберья определяется тело величиной с кулак, плотной консистенции, связанное с маткой. Пальпация матки и брюшной стенки в нижних отделах живота болезненна. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется, но слева у ребра матки имеется мягковатая неподвижная опухоль, идущая к стенке таза. Из родовых путей незначительное наружное кровотечение. Сердцебиение плода не выслушивается.

Совершенно ясно, что произошла катастрофа — наступил разрыв матки. Роды были патологическими. Имелось анатомическое сужение таза II степени, но оно не было своевременно распознано и учтено, несмотря на отягощенный акушерский анамнез.

Затянувшиеся роды в периоде изгнания при хорошей родовой деятельности у повторнородящей женщины, появление признаков угрожающего разрыва матки (беспокойное поведение роженицы, болезненные схватки, потуги при головке, стоящей во входе в таз, и появление припухлости над лоном) и затем начавшегося разрыва (кровотечение, гибель плода) также не обратили на себя должного внимания со стороны врача. Повторное введение морфина с целью ослабления бурной потужной деятельности и успокоения более не предотвратило наступления разрыва, а лишь несколько затемнило картину совершившегося разрыва. В результате врач, проводивший роды, даже решив вызвать консультанта из акушерской клиники, не указал на необходимость срочной консультации.

Анамнез, течение родового акта и данные, полученные при обследовании роженицы, позволяют поставить диагноз совершившегося разрыва матки. На это указывают следующие симптомы: прекратившаяся родовая деятельность при наличии механического препятствия для родоразрешения, кровотечение из половых путей, гибель плода, явления шока, рвота, резкая болезненность в нижних отделах живота при пальпации матки и брюшной стенки. Мягковатая опухоль, расположенная рядом и сбоку от матки, идущая к стенке таза, представляет не что иное, как подбрюшинную гематому.

Явления шока и раздражение брюшины нерезко выражены, в брюшной полости свободной жидкости не определяется, но имеется большая забрюшинная гематома. Эти признаки могут указывать на неполный разрыв матки, и тогда плотное образование, определяемое слева у подреберья, по-видимому, является резко сокращенным телом матки, сидящим в виде шапки на перерастянном нижнем сегменте, прикрывающем части плода, вышедшие в подбрюшинное пространство. Поскольку диагноз совершившегося разрыва ясен, то нет необходимости во влагалищном исследовании.

Единственно правильной тактикой врача при установлении диагноза разрыва матки будет немедленное чревосечение без предварительного влагалищного родоразрешения.

Даем указание о срочной подготовке операционной для чрезвасечения и переливании большой 250 мл крови до операции.

Пока идет подготовка к операции, поговорим об этиологии разрывов матки.

Как известно, матка состоит из тела, перешейка и шейки. Во время каждой схватки при родах сокращается главным образом мускулатура тела и дна матки, составляющая полый маточный мускул, который является главным мотором родового акта.

Из перешейка и шейки формируется нижний сегмент матки, который во время родов настолько растягивается и истончается, что представляет к концу периода раскрытия и во время периода изгнания как бы продолжение влагалища. Нижний сегмент вместе с влагалищем образует проходной канал или проходную трубку; полость матки и влагалища превращаются в единый родовой канал.

Границей между полым мускулом и нижним сегментом является пограничное или контракционное кольцо, которое располагается поперечно над лоном и представляется в виде борозды, окаймленной сверху кольцевидным валиком.

П. В. Занченко (1933) указывал, что пограничное кольцо можно определить уже в конце беременности, когда оно располагается на один—полтора пальца выше лона. Однако отчетливо начинает выступать пограничное кольцо во время родов и особенно после отхождения вод.

Чем сильнее сокращается полый маточный мускул и чем сильнее растягивается нижний сегмент, тем выше поднимается пограничное кольцо. При полном раскрытии маточного зева пограничное кольцо стоит на 8 см выше лона. Если пограничное кольцо, находящееся на ширину ладони выше лона, во время схватки начинает подниматься еще выше, надо думать о чрезмерном растяжении нижнего сегмента (П. В. Занченко, 1933).

При физиологических родах перерастяжения нижнего сегмента не происходит, так как сглаженная и полностью открытая шейка уходит вверх по головке, беспрепятственно продвигающейся во влагалище. При механическом препятствии для родоразрешения (узкий таз и др.) головка фиксируется во входе в таз, что приводит к ущемлению шейки в области тазового кольца. Нижний сегмент перестает играть роль проходной трубки, становится плодовместилищем и подвергается чрезмерному растяжению, что в дальнейшем может привести к его разрыву. Если ущемления шейки между голов-

кой и тазовым кольцом не происходит, зев успевает пройти по предлежащей части вверх, то растяжению подвергается верхний отдел влагалища, и тогда разрывается не нижний сегмент, а своды влагалища, как обладающие наиболее тонкими стенками.

В объяснении этиологии разрывов матки имеется 2 направления. Одни акушеры являются сторонниками механистической теории и признают причиной разрывов матки пространственные несоответствия между предлежащей частью и тазом. Другие усматривают причину разрывов в патологических изменениях маточной стенки.

Наиболее ярким представителем механистической теории происхождения разрывов матки был Bandl, описавший в 1875 г. в своем трактате «О разрыве матки и его механике» условия и механизм разрыва. Сущность теории Bandl сводится к следующему. Матка разделена на два отрезка-сегмента: верхний активный, сокращается и утолщается, вбирая в себя мышцы из нижних отделов органа; нижний, пассивный, растягивающийся и истончающийся. Границей между ними является контракционное кольцо. Перерастяжению нижнего сегмента препятствуют защитные приспособления — связки: в первую очередь круглые, а затем широкие и крестцово-маточные. Связки противодействуют перерастяжению, отвлекая часть растягивающей силы на себя. Подобным же образом действует и брюшной пресс. При этом связки удерживают контракционное кольцо на уровне плоскости входа в таз, брюшной же пресс давит на матку, отгесняя ее в направлении таза и создавая таким образом функциональное равновесие. Стоит только нарушиться данному механизму, и равновесие теряется. Это бывает в тех случаях, когда воды отошли и имеется пространственное несоответствие между тазом и предлежащей частью (механическое препятствие). Матка безостановочно сокращается, ретракция полого мускула достигает высших степеней, контракционное кольцо поднимается все выше и выше, плод рождается в растянутый нижний сегмент, стенки которого при этом чрезвычайно истончаются. Если не будет своевременно оказана помощь, матка разрывается, возникает самопроизвольный разрыв матки. Если же в момент наибольшего растяжения имеет место внешнее воздействие (акушерское исследование, операция и т. п.) и при этом произойдет разрыв, то это уже будет разрыв насильственный.

Необходимой предпосылкой разрыва по теории Бандля должно быть механическое препятствие для родоразрешения (узкий таз, неправильные положения и предлежания

плода, уродства и пр.) и бурная родовая деятельность после отхождения вод.

И действительно, при узком тазе нередко встречаются разрывы матки. Так, В. М. Михайлов (1895) при разрывах матки установил наличие узкого таза в 37,3% случаев, Mezg и Zweifel (1925) — в 30%. Мы обнаружили, что узкий таз имелся при разрывах матки в 16,4% случаев.

Характерно более частое возникновение разрывов матки при умеренных степенях сужения таза. Это можно объяснить тем, что резко выраженные формы узкого таза легко диагностируются, а потому при них и принимаются своевременно необходимые меры. Незначительным же уменьшениям анатомических размеров таза не придается должного значения, особенно при указаниях на благоприятные исходы предыдущих родов. В то же время у повторнородящих часто наблюдается наличие более крупных плодов при последующих беременностях, что и при небольшом сужении таза может иметь в возникновении разрыва матки большое значение, если это не будет своевременно учтено.

Поперечные положения плода встретились при разрывах матки по И. Ф. Жордания (1950) в 17%, по нашим данным — в 14,4% случаев.

В литературе имеются указания о разрывах матки при гидроцефалии плода, при разгибательных и асинклитических вставлениях.

Причиной разрыва матки могут явиться гигантские и переносные плоды с чрезмерно твердой и крупной головкой, стеноз влагалища (после родовых травм, язвенных процессов, операций), сужение и ригидность наружного зева. К разрыву могут повести и ущемившиеся в малом тазу опухоли, особенно кисты яичника. Фибромиомы во время беременности размягчаются, делаются эластичнее, но если они исходят из шейки матки, то также нередко являются непреодолимым препятствием для родоразрешения.

Неправильное положение матки в результате антефиксированных операций и отвислый живот, дающие неправильное направление изгоняемому плоду, могут стать причинами разрыва.

К числу этиологических факторов возникновения разрывов матки относят также действие питуитрина, особенно при узком тазе, так как питуитрин, вызывая бурную родовую деятельность, при наличии механического препятствия для родоразрешения, способствует перерастяжению матки и может привести к разрыву. По нашим данным, в 7 из 262 слу-

чаев (2,7%) произошли разрывы матки при неправильном применении питуитрина.

Наличие механических препятствий для родоразрешения, которые, по нашим данным, имелись у 38,9% женщин, однако, еще не дает права сделать вывод, что именно эти моменты (узкий таз, поперечное положение и т. д.) являются причиной разрыва.

Наблюдения из практики показывают, что у женщин с узким тазом иногда роды продолжаются несколько суток при хорошей родовой деятельности и разрыва не происходит или (что встречается крайне редко и только там, где плохо организовано родовспоможение) при поперечном положении плода бурная родовая деятельность доводит до запущенного поперечного положения и, несмотря на это, роды заканчиваются самопроизвольно, изгнанием плода сдвоенным телом. Иногда роженица, поступив в больницу, подвергалась недопустимой в данном случае операции поворота, и разрыва не произошло.

Несомненно, что несоответствие между тазом и плодом, а также неправильные положения плода в общем комплексе условий, способствующих возникновению разрывов матки, играют важную роль.

Однако нельзя безоговорочно признать этиологическим моментом встречающиеся при разрывах те или другие отклонения со стороны родовых путей или плода; на них можно указывать лишь при отсутствии других сопутствующих причин.

Все вышеперечисленные причины, ведущие к разрывам, отпадают, если разрывы матки имеют место при целом плодном пузыре, когда еще нет места механическим препятствиям с пространственными несоответствиями, а родовая деятельность отсутствует или слабо выражена.

В подобных случаях теория Бандля совершенно неприменима и причину разрыва матки следует искать в патологических изменениях маточной стенки, которая становится настолько хрупкой и слабой, что достаточно напряжения брюшного пресса или слабых, еще только наступающих родовых схваток, чтобы произошел разрыв патологически измененной маточной стенки.

Вполне понятно, что механистическая теория Бандля не могла полностью объяснить этиологию разрывов матки.

Наши отечественные авторы — Н. З. Иванов и Я. Ф. Вербов — в начале XX века выдвинули свою теорию о причинах разрывов матки.

Н. З. Иванов (1904), основываясь на своих данных о строении матки и ее связок, считал неправильным деление матки на сокращающуюся (активную) и растягивающуюся (пассивную) часть; он полагал, что во время родов обе части матки активны. В то же время, если в передней и задней стенках тела матки и в задней стенке шейки имеется особый, довольно толстый наружный слой мышц, то передняя стенка в области нижнего сегмента совершенно лишена наружного слоя; эта самая тонкая, менее прочная часть матки более всего способна растягиваться во время беременности и в родах, поэтому в данном месте матка легче всего и разрывается во время родов. Н. З. Иванов при микроскопических исследованиях 20 маток после их разрыва нашел во многих препаратах обширные рубцовые изменения стенки на месте разрыва с атрофией мышечных элементов. Он придает большое значение рубцовому изменению стенок матки на почве некроза вследствие сдавления шейки между подлежащей частью плода и тазом; этому способствуют экзостозы и выпячивания со стороны промотория. Образовавшиеся участки омертвения, замещаясь в дальнейшем рубцовой тканью, являются *locus minoris resistentiae*. Иногда же такое «перетирание» стенки матки ведет сразу к разрыву (узуре).

Я. Ф. Вербов (1911) совершенно отрицает учение Бандля и полагает, что здоровая ткань матки не разрывается. Причиной разрыва, по его мнению, является не перерастяжение нижнего сегмента и сила маточных сокращений, а чрезмерная хрупкость и слабость маточной стенки (мышцы), которая уже при незначительном механическом воздействии разрывается. По Я. Ф. Вербову, верхний сегмент функционирует не только не сильно, а наоборот, слишком слабо, нижний же отрезок является не истонченным, а парализованным. Он указывает: «Самопроизвольные разрывы матки происходят единственно от того, что хрупкая ткань не выдерживает повышения внутриматочного давления..., изменение мышечной ткани, кроме хрупкости органа, обуславливает также функциональную недостаточность мускулатуры матки».

Большая заслуга Н. З. Иванова и Я. Ф. Вербова заключается в правильном подходе к этиологии и патогенезу самопроизвольного разрыва матки с точки зрения функциональной теории. Они с несомненностью показали, что основными причинами разрывов являются глубокие патологические изменения в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера, возникшие до последней беременности, во время нее или даже при родах, во время которых произошел разрыв матки.

Однако полностью отрицая механистическую теорию Бандля, Я. Ф. Вербов отбросил и симптомы угрожающего разрыва матки, связанные с ее перерастяжением и описанные Бандлем. Я. Ф. Вербов указывал, что симптомы появляются, когда разрыв уже произошел. В дальнейшем это привело к учению о «бессимптомных» разрывах матки, получившему известное распространение.

Последующие исследования и наблюдения многих отечественных авторов подтвердили правильность взглядов Н. З. Иванова и Я. Ф. Вербова на значение изменений маточной стенки в возникновении разрывов матки.

Самым мощным слоем маточной стенки является ее мускулатура, изменения которой и считали причиной разрыва.

Если матка первородящей женщины — еще сильный и выносливый орган, то матка многорожавшей женщины уже пострадала от предыдущих родов, ее мышца перерастянута, местами заменена менее способной к растяжению соединительной тканью, местами рубцово перерождена. Поэтому она во много раз чаще рвется, чем у первородящей при тех же условиях.

В этом отношении чрезвычайно интересен случай, сообщенный В. М. Малявинским (1933). В 1925 г. он наблюдал первобеременную с запущенным поперечным положением плода. Роды закончились самостоятельно двоянным телом. В 1927 г. при второй беременности у этой женщины было применено ручное отделение последа; в послеродовом периоде отмечалась лихорадочное состояние. В 1929 г. при третьей по счету беременности на 7-м месяце у нее произошел без всякой видимой причины разрыв матки.

Таким образом, полноценная матка первородящей вынесла роды двоянным телом плода, однако патологически протекавшие первые двое родов не могли не сказаться на состоянии матки; поэтому третья беременность повлекла за собой разрыв матки еще до начала родовой деятельности.

При гистологических исследованиях в стенках матки при разрывах обнаружили разрыхление мышечных волокон, обильное развитие соединительной ткани при обеднении эластическими волокнами, значительное развитие сосудов, их расширение и тромбоз, а также круглоклеточную инфильтрацию (В. Г. Бекман, 1893; К. Бронникова, 1914; Н. В. Жиллов, 1931; А. П. Николаев, 1932, и др.).

А. В. Вицкая (1937), Б. В. Азлецкий (1939), А. Я. Блиндер (1940) и др. установили в области разрыва значительное развитие рубцовой ткани, гиалиновое перерождение мышц, гнездную воспалительную инфильтрацию и отек миометрия.



В. С. Лисовецкий (1950), детально исследовавший матку при разрывах, отметил довольно однообразную патоморфологическую картину во всех случаях; наряду с уже указанными изменениями в сосудах со стороны перемизиума обнаружил явления отека и реактивного воспаления (в одних случаях — продуктивного, в других — экссудативного), в мышечных элементах мутное набухание протоплазмы и вакуольное перерождение клеток. Он полагает, что отчетное состояние тканей матки является следствием тромбоза вен и в качестве явления первичного, основного должно было вызвать альтеративно-атрофические процессы в тканях матки.

Изменения в тканях сводов при их разрыве были изучены М. Порошиным (1897) и др., которые отметили гиалиновое перерождение, склероз тканей при обеднении мышечными волокнами, а также отек, экстравазаты и развитие венозных сосудов.

Многочисленные литературные данные и наши наблюдения показывают, что пролиферация соединительной ткани и замена ею мышечной является результатом воспалительных процессов. Кроме пролиферативных хронических процессов, имеют, хотя и меньшее, значение острые воспаления. Б. В. Азлецкий (1935) сообщил о 3 случаях, когда причиной разрыва матки явился общий сепсис с воспалительными изменениями мышечной стенки матки, возникший во время родов.

Рубцы после перфорации при абортах, консервативного удаления фибромиом, кесаревых сечений и предшествовавших разрывов матки, приводя к неполноценности маточной стенки, могут в дальнейшем способствовать наступлению разрыва.

С. М. Миронова (1913) собрала из литературы 28 случаев повторных разрывов матки. Рядом авторов описаны разрывы матки после кесаревых сечений, перфораций матки при абортах.

Предлежание плаценты приводит к истончению стенки матки и, кроме того, вследствие сильного кровенаполнения делает тонкостенный нижний сегмент еще менее устойчивым, предрасполагая к разрывам.

Инфантилизм и пороки развития матки, в основе которых лежит слабость маточной стенки, а именно бедность мышечной и относительно большое развитие соединительной ткани, могут предрасполагать к разрыву.

Многоплодие и многоводие, повышая внутриматочное давление и чрезвычайно растягивая стенки матки, могут при неполноценности маточной мышцы привести к разрыву матки.

По нашим данным, на 262 разрыва матки в 55,4% случаев

наблюдались изменения маточной стенки (в 74 случаях они были доказаны гистологическими исследованиями).

В ряде случаев гистологические данные показывали на свежий воспалительный процесс, развившийся при длительном течении родов и присоединении инфекции. На это указывала выраженная воспалительная реакция с круглоклеточной инфильтрацией, отек и скопление лейкоцитов в лимфатических сосудах.

В огромном большинстве гистологические исследования показывали пролиферацию соединительной ткани, рубцовые изменения и гиалиновое перерождение маточной мышцы, явившиеся результатом ранее перенесенных заболеваний, травм и операций.

При истинном приращении плаценты также происходит истончение стенки матки, которое может привести к разрыву при повышении внутриматочного давления или к узуре маточной стенки при прорастании ее ворсинами плаценты, сопровождающемся сильным кровотечением в брюшную полость.

Причинами насильственных разрывов матки является чаще всего добавочное растяжение нижнего сегмента при постороннем вмешательстве во время родов. Такой разрыв может возникнуть во время акушерской операции, произведенной при отсутствии надлежащих акушерских условий и наличии противопоказаний к ней или же при грубом и неумелом оперировании. Обычно подобные разрывы матки возникают в результате поворота на ножку или попытки поворота при запущенном поперечном положении плода, а также при наложении высоких щипцов, особенно при некотором несоответствии головки размерам таза.

Неумелое применение питуитрина, вызывающего бурную родовую деятельность, может при несоответствии головки и таза или при неполном раскрытии маточного зева также привести к насильственному разрыву матки.

Извлечение плода при неполном открытии маточного зева, особенно при наличии предлежания плаценты, также может привести к насильственному разрыву, который, начавшись с шейки матки, распространяется и выше внутреннего зева.

Легче всего возникают насильственные разрывы при угрожающем разрыве матки, если при этом грубо производят влагалитическое исследование или кесарево сечение без глубокого наркоза. Насильственный разрыв может произойти вследствие грубой травмы (удар в живот, падение на живот и т. п.) и при отсутствии родовой деятельности.

Литературные данные, наши клинические наблюдения и многолетнее изучение вопроса о разрывах матки позволяют сказать, что этиология разрывов матки не может быть полностью объяснена ни с точки зрения механистической теории Бандля, ни с позиций Н. З. Иванова и Я. Ф. Вербова.

Клинические наблюдения и многочисленные гистологические исследования, проведенные различными авторами, свидетельствуют о том, что при механическом препятствии для родоразрешения и бурной родовой деятельности после отхождения вод разрыв может наступить и при неизменной, здоровой маточной стенке. Подобные разрывы матки при хорошей организации родовспоможения не должны иметь места, и неудивительно, что число их за последние 10—15 лет значительно уменьшилось. С другой стороны, разрывы матки наблюдаются в результате глубоких патологических изменений маточной мускулатуры и наступают при отсутствии механических препятствий для родоразрешения, нередко во время беременности или в самом начале родов. Такие разрывы, особенно по рубцу после кесарева сечения, за последние годы стали встречаться чаще.

Кроме того, многие разрывы матки происходят при одновременном наличии патологических изменений маточной стенки и механического препятствия для родоразрешения. При этом изменение стенки матки следует рассматривать как фактор предрасполагающий, а механическое препятствие как фактор выявляющий, непосредственное воздействие которого, вызывая перерастяжение неполноценной маточной стенки, приводит к разрыву.

Можно полагать, что при сочетании структурных изменений в маточной мышце и механического препятствия для родоразрешения патологоанатомические изменения маточной стенки имеют большое, а часто и решающее значение в происхождении разрыва матки.

По нашим данным, при анализе 262 случаев разрывов матки в 16,8% случаев причиной разрыва явились только механические препятствия для родоразрешения, а в 11,4% — насилие, в 55,4% — изменения маточной стенки, в 11% имело место сочетание нескольких причин и в 5,4% случаев причины выяснить не удалось.

Таким образом, основной причиной, ведущей к возникновению разрывов матки, являются патологические изменения ее мышцы.

В разбираемом нами случае основной причиной разрыва матки, по-видимому, явилось несоответствие между размера-

ми узкого таза и величиной плода, вызвавшее перерастяжение нижнего сегмента матки. Предрасполагающим фактором могла быть слабость маточной стенки в результате инфантилизма и последующих ее изменений при выкидыше и, особенно, предшествующих патологических родах, закончившихся краниотомией.

Вернемся к нашей роженице.

14 часов. Под эфирным наркозом (150 г) начата операция. Брюшная полость вскрыта срединным разрезом от лона и выше пупка на 4 см. Сразу же стало видно обширное кровоизлияние под брюшинной пузырно-маточного углубления и в области левой широкой связки. Плод расположен в межсвязочном пространстве под отслоившейся и растянутой брюшиной пузырно-маточного углубления и переднего листка широкой связки.

Тело матки, сильно сократившееся, находилось слева у подреберья. При попытке вывести тело матки в брюшную рану брюшина пузырно-маточного углубления начала разрываться и из разрыва показались ягодичцы плода. Оператор прекратил выведение матки и поперечным разрезом рассек брюшину над плодом и извлек последний за ножку. Плод женского пола, мертвый, вес его 3400 г. На головке плода большая родовая опухоль в области малого родничка и правой теменной кости. Отделившийся послед находился в межсвязочном пространстве, откуда легко извлечен при потягивании за пуповину. Из полости матки и забрюшинного пространства удалены сгустки крови (700 г), произведен гемостаз с помощью обкалывающих швов. Разрыв матки располагался вдоль левого ребра и переходил на переднюю стенку нижнего сегмента. После опорожнения матки длина разрыва была 12 см.

Мочевой пузырь оказался отслоившимся от матки, повреждений его при осмотре и контрольном введении катетера не обнаружено. Размозженные края разрыва матки по возможности сглажены с помощью острых ножиц. В полость матки засыпано 5 г белого стрептоцида, и на разрыв наложены в два этажа узловатые кетгуттовые швы. Защищенный разрыв матки прикрыт брюшиной пузырно-маточного углубления и передним листком широкой связки, подшитыми кетгуттовыми швами к передней поверхности матки. Произведена стерилизация путем иссечения частей маточных труб на протяжении. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками, и разрез брюшной стенки зашит послойно наглухо.

Во время операции было перелито 250 мл консервированной крови 0(I) группы и под кожу обоих бедер введен 1 л физиологического раствора поваренной соли, а также камфора и кофенин.

Состояние больной после операции улучшилось. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Больная перевезена в палату, обложена грелками, назначены инъекции пенициллина по 200 000 ЕД через каждые 3 часа, ежедневные внутривенные введения 40 мл 40% раствора глюкозы и в первые два дня впрыскивания пантопона по 1 мл 2% раствора 2 раза в сутки.

Итак, наш предположительный диагноз неполного разрыва матки оправдался. Диагностика при неполном разрыве матки несколько сложнее, чем при разрывах, проникающих в брюшную полость.

При неполных разрывах матки родовая деятельность может и не прекращаться, а в части случаев даже наступают

**самопроизвольные роды** (И. Л. Брауде, 1941; Л. С. Персианов, 1947; Golly и др.).

Golly (цит. по Freund, 1918) собрал в литературе сообщения о 26 случаях разрывов матки, в которых после происшедшего неполного или полного разрыва продолжалась регулярная родовая деятельность и в некоторых случаях произошли самопроизвольные роды.

По нашим данным (1947), у 25 женщин из 262 при разрывах матки произошли самопроизвольные роды, причем 11 плодов родились живыми. В большинстве случаев это наблюдалось при неполных разрывах матки.

При неполных разрывах, т. е. тогда, когда разорвалась только мышца матки, а брюшинный покров уцелел, плод целиком или частично остается в полости матки. Вышедшая через разрыв часть плода вместе с кровью, излившейся в клетчатку, отслаивает брюшину и остается в межсвязочном пространстве. В этих случаях плод прощупывается менее ясно, чем при полных разрывах. В отдельных случаях мы наблюдали, что под отслоившейся и растянутой брюшиной лежал весь плод, а сильно сократившееся тело матки находилось сбоку у подреберья. Характерна для неполных разрывов нарастающая забрюшинная гематома, которая возникает рядом с маткой, оттесняя ее в противоположную сторону, и определяется в виде мягкой опухоли. Забрюшинная гематома увеличивается по направлению к стенке таза и вверх до почечной области.

Явления шока и внутреннего кровотечения при неполных разрывах могут быть слабо выражены, а иногда даже отсутствуют. Наружное кровотечение, отхождение вверх предлежащей части, которая становится подвижной, помогают распознать разрыв.

При отодвигании вверх предлежащей части (этого не следует делать!) во время влагалищного исследования усиливается кровотечение за счет вытекания наружу скопившейся крови.

И. Л. Брауде (1947) указывает на появление резких болей в области крестца, отдающих в ногу, соответствующую местоположению забрюшинной гематомы.

Г. Г. Гентер (1937), И. Л. Брауде (1947) и др. указывают на ощущение «хруста снега» во время пальпации живота при неполных разрывах матки (эмфизема клетчатки).

В отдельных случаях неполные разрывы матки проявляются лишь в первые дни послеродового периода, а до этого симптомы отсутствуют или слабо выражены, а благополучно закончившиеся роды не вызывают сомнений. Медленно нара-

стающая гематома будет вызывать учащение пульса и увеличивающуюся с каждым днем картину малокровия (бледность кожных покровов, падение содержания гемоглобина и т. п.) при отсутствии значительного наружного кровотечения. Могут появиться и нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины (запоры, икота, тошнота, рвота). Внимательный врач их сумеет заметить. Отсутствие строгого наблюдения может в подобных случаях привести к слишком запоздалому диагнозу, или же диагнозу устанавливается на секции.

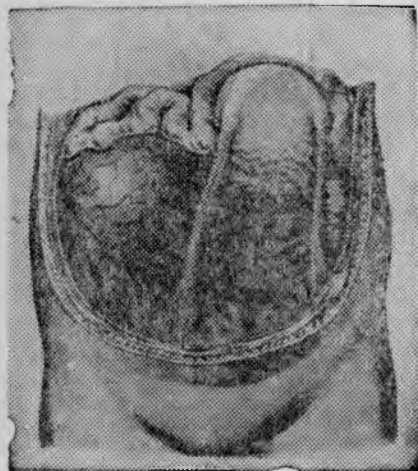


Рис. 99. Общий вид при чревосечении при неполном разрыве матки с наличием обширной подбрюшинной гематомы в правой широкой связке.

Во всех неясных случаях при подозрении на неполный разрыв матки необходимо произвести рукой внутриматочное обследование и осмотр шейки и влагалищных сводов с помощью зеркал.

Неполные разрывы матки и отрывы влагалищных сводов часто наблюдаются при запущенных поперечных положениях плода, что необходимо учитывать при установлении диагноза. При подобных состояниях плечико плода вколочено в таз. Полый мускул, сильно сократившийся, обхватывает лишь ягодицы плода, сидя на них «капором» (Г. Г. Гентер, 1937). При отрыве сво-

дов влагалища клиническая картина как при разрыве матки и правильный диагноз устанавливается чаще всего при осмотре до или после операции.

Разрыву сводов обычно предшествует бурная родовая деятельность, контракционное кольцо бывает резко выражено и стоит высоко. При начавшемся разрыве сводов появляется кровотечение из влагалища.

Разрыв сводов влагалища роженицы обычно не улавливают. Родовая деятельность может продолжаться некоторое время и после разрыва, особенно если он не проникает в брюшную полость. В трех случаях при запущенном поперечном положении плода и типичной картине угрожающего раз-

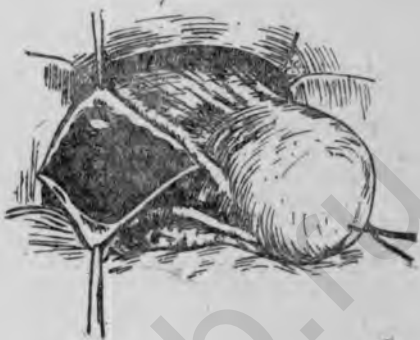
рыва матки мы обнаружили совершившийся разрыв сводов влагалища.

Лечение при неполном разрыве матки, так же как и при полном, должно быть хирургическим и заключается в чревосечении (рис. 99). Следует неполного разрыва, особенно учитывать, что в диагнозе но до родоразрешения, нельзя быть вполне уверенным.

Предварительное влагалищное родоразрешение только увеличивает разрыв и ухудшает состояние больной. Обычно применяют чревосечение. Над гематомой рассекается брюшина, удаляется жидкая кровь и сгустки, лигируются поврежденные сосуды (рис. 100) или обкалываются диффузно кровоточащие ткани. В отдельных случаях, если не удается отыскать кровоточащий сосуд, для остановки кровотечения перевязывают подчревную артерию или маточную артерию у места ее отхождения от подчревной. После этого производят зашивание разрыва, ампутацию или экстирпацию матки в зависимости от характера разрыва, его величины, наличия признаков инфекции и т. д.

Послеоперационный период у больной осложнился параметритом, который постепенно начал уменьшаться, и ко дню выписки из клиники в параметрии остался инфильтрат в виде тяжа толщиной в палец. Разрез брюшной стенки зажил первичным натяжением. На 26-й день после операции больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

**Краткий эпикриз.** У повторнородящей, имевшей сужение таза второй степени, произошел неполный разрыв матки в пе-



*a*



*b*

Рис. 100. Операция при неполном разрыве матки: *a* — брюшина над гематомой рассечена вдоль левой круглой связки; *b* — перевязка маточных сосудов при их разрыве после удаления гематомы.

риоде изгнания. Произведено чревосечение и зашивание разрыва. Послеоперационный период осложнился параметритом. Родильница выписана из родильного дома на 26-й день в удовлетворительном состоянии с остаточными явлениями параметрита.

#### НАЧАВШИЙСЯ РАЗРЫВ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ. ПОВТОРНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

**Беременная Т.**, 33 лет, поступила в отделение патологии беременности акушерской клиники 20.XII 1952 г. для стационарного наблюдения.

Первая беременность закончилась в 1945 г. классическим кесаревым сечением по поводу узкого таза. В послеоперационном периоде былогноение брюшной раны и тромбоз левого бедра, выписалась домой через два месяца после кесарева сечения. Эта беременность — вторая.

При осмотре — общее состояние хорошее. Пульс 72 удара в минуту, артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Беременность 35 недель, на брюшной стенке имеется широкий, местами втянутый рубец после кесарева сечения. Через брюшную стенку ясно пальпируется широкий рубец на передней стенке матки. Рубец спаян с брюшной стенкой, при пальпации во время сокращения матки ясно определяется в виде валика граница между истонченным рубцом и неизменной стенкой матки, а в области рубца при этом становится заметным углубление.

Женщина поступила в клинику для наблюдения. Рубец, да еще неполноценный, после кесарева сечения таит в себе опасность разрыва матки не только в родах, но и в конце беременности.

Необходимо составить прогноз беременности и родов, наметить план ведения их, исходя из прогноза и возможных осложнений.

Прежде всего необходимо учитывать наличие рубца на матке.

За последние годы участились разрывы матки по рубцу после кесарева сечения, что особенно заметно по литературным данным зарубежных авторов. Объяснение этого явления, прежде всего, следует искать в росте числа кесаревых сечений. Так, по данным Colvin (1952), у 2% всех женщин США роды завершаются кесаревым сечением, причем в крупных родовспомогательных учреждениях эта операция в среднем составляет 6% к числу родов. Большинство женщин, перенесших ранее кесарево сечение, подвергается этой операции повторно.

Wilson (1951) приводит данные о 498 родах у женщин, перенесших в прошлом кесарево сечение, и указывает, что повторное кесарево сечение было применено у 66,4% женщин. Аналогичные данные приводят и другие авторы.

В нашей стране кесарево сечение применяют во много раз реже, чем в зарубежных странах, и отечественные авторы не располагают таким большим числом наблюдений. Однако и они указывают на большое число повторных кесаревых сече-



ний, которое, по данным Я. Н. Полонского (1939), производят у 33,3% женщин, перенесших ранее эту операцию.

Н. С. Бакшеев приводит сводные данные 24 авторов о 2466 беременных и роженицах, из которых у 1570 (63,7%) произведено повторное кесарево сечение.

По данным И. В. Ильина (1958), из 95 рожениц и беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение, у 60 применена повторная операция.

А. С. Слепых (1968) по собранной им статистике зарубежных авторов, охватывающей 24012 кесаревых сечений, указывает 29,2% повторных операций.

В. А. Покровский и Я. С. Рабинович (1930) при гистологических исследованиях рубцов, иссеченных при повторных кесаревых сечениях, показали, что полное восстановление мышечной ткани в области разреза наблюдалось в 54%, частичное — в 29% и образование фиброзного рубца — в 17%.

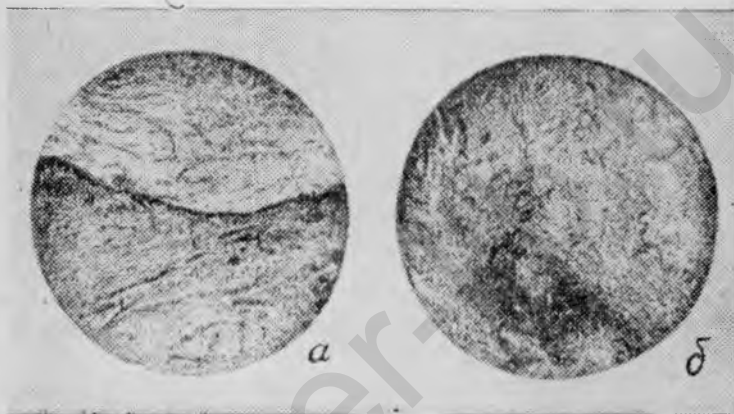
Н. С. Бакшеев указывает, что гистологическое исследование тканей, иссеченных при повторном кесаревом сечении в области бывшего разреза матки, обнаруживает во всех случаях наличие рубцовой ткани, которая определяется и макроскопически почти у всех женщин, перенесших указанную операцию.

По данным нашей клиники (И. В. Ильин), при гистологических исследованиях 26 рубцов, иссеченных при повторных кесаревых сечениях, ни в одном случае не было обнаружено полного восстановления мышечной ткани в области разреза матки. Обычно имело место обильное развитие соединительной ткани, которая часто была гиалинизированная (рис. 101). В ряде случаев в области рубца мышечная ткань полностью отсутствовала.

Phaneuf (1936), Schwarz, Paddock a. Bortnick (1947) считают, что при заживлении разреза на матке совсем не наступает регенерация мышечной ткани, а имеет место развитие фиброзной ткани.

Гистохимические исследования маточных рубцов после кесарева сечения, проведенные А. С. Слепых (1968), показали, что сначала при формировании маточного рубца возникают процессы регенерации мышечной ткани с последующей мускуляризацией рубца, выраженной в различной степени, а также разрастание эластических волокон в рубцовой соединительной ткани. Одновременно было выявлено нарушение обменных процессов в рубце, что характеризуется комплексом общепатологических явлений в виде мукоидного набухания, фибриноидного изменения и, наконец, гиалиноза соединительной ткани рубца и его сосудов. В ряде случаев наблюдалось

разрушение коллагена с освобождением его белковых и полисахаридных компонентов. Процессы дезорганизации в соединительной ткани рубца и его сосудах приводят к прогрессирующему склерозу. Процессы деполимеризации, о чем свидетельствует появление комплекса мукополисахаридов, усиливаются при вращении в рубец хорiona. Нарушение обменных процессов в рубце, прогрессирующий склероз приводят к последующей атрофии и гибели мышечных волокон вплоть до демускуляризации рубца, распаду эластических волокон, что может привести к потенциально неполноценному рубцу даже при гладком послеоперационном течении.



Фиг. 101. Участок стенки матки из области рубца после кесарева сечения:

*а* — хорошо видна граница между рубцом и мышечной тканью. Окраска по Ван-Гизону; *б* — при начавшемся разрыве. Соединительная ткань с гиалинизированными волокнами и кровоизлиянием. Окраска гематоксилин-эозином (объектив 20, окуляр 7).

Вполне понятно, что рубцово измененная стенка матки представляет из себя *locus minoris resistentiae* и при последующих беременностях и родах предрасполагает к разрывам матки.

Brierlon (1950) приводит сводные данные ряда американских авторов о 368 разрывах беременной матки, из которых 124 (33,7%) произошли по рубцу после кесарева сечения. Bill, Barney, Melody (1944) отмечают, что 56% из всех разрывов матки произошли по рубцу после кесарева сечения.

Я. Н. Полонский (1939) указывает на разрывы матки при последующей беременности и родах после кесарева сечения в 7,3% случаев.

По нашим данным, из 262 разрывов матки разрыв по рубцу после кесарева сечения наблюдался у 29 женщин.

Далеко не безразличным в отношении частоты разрывов является вид разреза матки при кесаревом сечении.

Наибольшее число разрывов наблюдалось при донном разрезе, который теперь почти не применяется. На втором месте стоит классический разрез передней стенки тела матки и меньше всего предрасполагает к разрыву разрез матки в нижнем сегменте, особенно при поперечном его рассечении.

Так, Wetterwald (1926) на 3600 цервикальных кесаревых сечений отмечает разрывы по рубцу в 3% случаев; а при классическом кесаревом сечении разрывы составляли 25%.

Brierton (1950) указывает, что из 26 разрывов матки по рубцу 19 наблюдались при классическом разрезе и 7 при рассечении нижнего сегмента. По данным Wilson (1951) из 15 разрывов 11 произошли по рубцу после классического кесарева сечения и 4 после операции в нижнем сегменте. При этом следует учитывать, что кесарево сечение с разрезом в нижнем сегменте является наиболее распространенным.

Васег (1955) при родах у 100 женщин, перенесших ранее кесарево сечение с поперечным рассечением нижнего сегмента, наблюдал разрыв матки лишь у одной.

Siegel (1952), анализируя сборную статистику, установил, что после корпорального кесарева сечения разрыв матки наблюдался в 4%, а после операции с рассечением нижнего сегмента — в 0,25% случаев. По сообщению Dewhurst (1957), разрыв матки по рубцу после классического кесарева сечения из 762 женщин произошел у 2,2%, а из 1530 женщин, имевших операцию в области нижнего сегмента, разрыв матки наблюдался у 0,5%.

По А. С. Слепых (1968), из 545 беременных рожениц после корпорального кесарева сечения разрывы матки наступили у 11,2%, а из 15 019 женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным рассечением нижнего сегмента, разрывы матки наблюдались в 1,78% случаев.

Интерес представляют и следующие данные, приводимые А. С. Слепых: из 511 женщин у 83,8% разрыв матки наблюдался после корпорального кесарева сечения, у 15,2% — после перешеечного.

По данным А. М. Тугановой (1956), из 60 женщин, рожавших после предшествующего корпорального кесарева сечения, у 13 произошел разрыв матки.

Литературные данные показывают, что рубцы после всех видов кесарева сечения могут при последующих беременностях и родах предрасполагать к разрыву матки; однако наи-

менее опасным является оперативное вмешательство с рассечением нижнего сегмента матки. Интересен случай Baish: женщина дважды перенесла кесарево сечение — первое с донным разрезом, второе — с ретровезикальным. При третьей беременности произошел разрыв матки по рубцу в дне матки, рубец же в нижнем сегменте остался цел.

Наличие рубца в матке, создавая *locus minoris resistentiae*, способствует, кроме того, приращению плаценты в области рубца с врастанием ворсин хориона в стенку матки, что еще больше ослабляет ее. В некоторых случаях ворсины могут врастать в брюшинный покров и даже разрушать его, приводя к разрыву.

Большое значение в смысле прогноза будущих родов имеет определение состояния рубца на матке после кесарева сечения еще до наступления следующей беременности. В зарубежной литературе имеется ряд сообщений по этому вопросу (Vaser, 1955; Poidevin и Vockner, 1958; Lepage с соавторами, 1959; Polischuk с соавторами, 1963; Waniorek, 1966 и др.).

В нашей стране детальное изучение рубца на матке после кесарева сечения с помощью гистерографии выполнено П. Н. Демидкиным (1963). Автор заполнял полость матки преимущественно водными растворами контрастных веществ (диодон 50 и 70%, кардиотраст 70% и др.) и сразу же производил снимки в боковой и прямой проекции. Он считает, что при снимке в боковой проекции создаются более благоприятные условия для определения изменений в послеоперационном рубце и, кроме того, боковая гистерограмма позволяет точнее определить степень смещения матки кверху и отклонения ее кпереди или кзади.

По снимку, сделанному в прямой проекции, определяются величина и форма полости матки, а также смещение ее в сторону от средней линии крестца (рис. 102, а).

П. Н. Демидкин рекомендует производить гистерографию не ранее 6 месяцев после операции. На основании гистерографических исследований у 207 женщин П. Н. Демидкин выявил смещение матки кверху в 80,7% случаев, преимущественно после повторного кесарева сечения и после корпорального разреза на матке. Смещение матки кверху сопровождалось удлинением шейного канала в 56% случаев. Изменение просвета канала шейки матки наблюдалось у 50 женщин из 139 обследованных, причем расширение имело место у 38, сужение — у 11 и полная облитерация канала — у 1 женщины, перенесшей после операции септического метроэндометрит. Смещение матки в сторону наблюдалось у 207 женщин у 93



Рис. 102. Гистерограммы:

*а* — поворот матки вправо и перегиб ее; *б* — нишеподобное углубление на передней стенке матки; *в* — смещение матки вправо. Два нишеподобных углубления в верхней трети шейки матки; *г* — в верхней трети шейечного канала нишеподобные углубления, а выше дефект наполнения 1,2X0,8 см.

(45%), преимущественно после повторных операций и корпоральных разрезов матки при кесаревом сечении. Изменение формы полости матки имело место в 62,8% случаев.

Наибольший интерес представляют данные П. Н. Демидкина о неполноценности рубца на матке, выявленной при гистерографии.

Весьма важное значение имеют выявленные при гистерографии у 27% обследованных женщин нишеподобные углубления в сторону мышечной оболочки (рис. 102, б, в, г) матки, которые у большинства женщин имели клиновидную форму с широким основанием, обращенным в сторону мышечной ткани матки и достигали 3—6 мм и более.

По сообщениям Obolensky и Lurcher (1963), Waniorek (1966) и др. углубления в стенке матки в области рубца могут иметь мешкообразную форму.

Можно полагать, что образование нишеподобных углублений связано с неполными сращениями раневых поверхностей в отдельных участках разреза матки при кесаревом сечении. Кроме того, определенную роль в возникновении этих изменений в области бывшего разреза матки играют погрешности в наложении шва на внутренние слои маточной стенки.

П. Н. Демидкин и другие авторы считают, что при наличии нишеподобных углублений, особенно превышающих по величине 3—6 мм, рубец является неполноценным и показано плановое повторное кесарево сечение во избежание разрыва матки.

П. Н. Демидкин отмечает на гистерограммах наличие зазубренности контуров полости матки, в виде небольших остроконечных выступов, несколько напоминающих эндометриоидные поражения у 31,4% женщин. Автор, также как Poidevin (1961), Pasetto (1962), Waniorek (1966) и другие, указанные изменения в области рубца на матке относят к наиболее легким и считают возможным вести роды выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей и полной готовности к чревосечению.

П. Н. Демидкин у 5,3% обследованных женщин выявил дефекты наполнения величиной от 2 до 12 мм в области рубца на матке и объясняет их избыточным разрастанием соединительной ткани в виде полипозных образований. Такое же мнение высказывают и другие авторы.

Приведенные данные гистерографии указывают на изменения положения матки и неполноценность рубца после кесарева сечения, особенно при корпоральном разрезе матки и повторных операциях.

Кроме того, дефекты при заживлении раны в области разреза матки возникают как при осложнении инфекцией, так и в результате плохой кооптации краев раны при зашивании последней.

Из сказанного вытекает необходимость строжайшего соблюдения условий асептики и антисептики при кесаревом сечении, тщательного наложения швов. На глубокие слои мышечной стенки следует накладывать узловатые швы, не захватывающие слизистой оболочки, но проходящие непосредственно под ней и расположенные на расстоянии 1 см один от другого. Второй этаж узловатых швов на верхние слои стенки матки необходимо располагать между швами первого этажа. Несомненное преимущество поперечного разреза нижнего сегмента матки перед корпоральным разрезом по данным клиники и гистерографии указывает на целесообразность применения кесарева сечения с рассечением нижнего сегмента.

При наличии рубца на матке обычных симптомов угрожающего разрыва матки нет и такой разрыв часто называют бессимптомным.

Однако это не совсем правильно. Разве явная неполноценность маточной стенки не является указанием на угрозу разрыва? Нужно уметь предвидеть, предугадать разрыв матки и своевременно его предупредить, не выжидая появления обычных симптомов угрожающего разрыва, которых может и не быть. В тех же случаях, когда разрыв происходит в ранние сроки беременности, появляются признаки начинающегося разрыва (расползания тканей) и своевременно произведенная операция предупреждает наступление разрыва матки.

Проведенное нами изучение большого числа разрывов матки по рубцу после кесарева сечения, а также наблюдения И. В. Ильина (1958) показывают, что у многих беременных или рожениц, прежде чем наступила катастрофа, имелись признаки, позволяющие поставить диагноз угрожающего или начавшегося разрыва матки и принять своевременно необходимые меры.

Боли в области рубца после кесарева сечения, особенно наряду с задержкой продвижения плода по тем или другим причинам при полном открытии зева, отошедших водах и удовлетворительной или хорошей родовой деятельности, должны рассматриваться как признак угрожающего разрыва матки.

При растяжении рубца на матке появляются боли в области бывшего разреза, нередко определяется истончение рубца. После кесарева сечения рубец удаётся пальпировать че-

рез брюшную стенку. Смещая рубец передней брюшной стенки, следует попытаться определить, нет ли на передней стенке матки вдавления в области бывшего операционного разреза. В области неполноценного рубца стенка матки бывает более тонкой, чем соседние участки, и через нее части плода легко определяются. Нередко между неизменной стенкой матки и растянутым рубцом определяется граница в виде валика или гребешка, а в области рубца появляется ясно заметное вдавление большей или меньшей величины. Это особенно заметно при сокращениях матки, которое можно вызвать осторожными поглаживаниями ее.

Заметное и особенно увеличивающееся истончение рубца на матке является вторым признаком угрожающего разрыва. В ряде случаев нам удавалось установить истончение рубца по ходу бывшего разреза при кесаревом сечении, появившееся в конце беременности и нараставшее при появлении родовой деятельности. При лапаротомии, произведенной в этих случаях, подтверждались данные, полученные при пальпации.

В дальнейшем, при продолжающемся растяжении рубцово измененной ткани, начинается ее разрыв, постепенно прогрессирующий. Быстрота перехода от угрозы разрыва до наступления катастрофы будет различной и находится в зависимости от степени патологических изменений маточной стенки и силы сокращений матки. Обычно у беременной женщины или роженицы при начавшемся надрыве тканей в области рубца, помимо болей, появляются: общая слабость, головокружение или обморочное состояние, боли в подложечной области, тошнота, рвота. Все эти явления вначале могут носить кратковременный характер, и при их исчезновении врач или акушерка не думают о приближающемся разрыве, объясняя указанные симптомы сердечной слабостью или нарушениями со стороны желудочно-кишечного тракта.

В последующем расхождение рубца увеличивается, снова появляются указанные выше симптомы, которые нарастают, иногда появляются кровянистые выделения из матки. Подозрительным следует считать ухудшение состояния плода, замедление или ускорение сердечных тонов и приглушение их, чрезмерно активные его движения, отхождение мекония. При наступившем разрыве матки по рубцу, особенно с выходением плода в брюшную полость, появляются признаки шока и геморагического коллапса.

Симптомокомплекс Бандля при наличии рубца на матке не проявляется, и при диагнозе угрожающего разрыва следует учитывать другие данные и прежде всего состояние маточной стенки.



Особое внимание должно быть обращено на выяснение вопроса о состоянии рубца на матке. Неполюценный рубец маточной стенки имеет место при плохом заживлении разреза после кесарева сечения, осложнившегося воспалительными процессами в малом тазу, длительным лихорадочным течением, обширным нагноением раны брюшной стенки, а также после бывших разрывов матки, излеченных консервативными методами или ушитых при обширном размозжении ткани.

Литературные данные показывают, что после кесарева сечения последующие роды очень часто заканчиваются оперативным родоразрешением. Так, по сообщению Я. Н. Полонского (1946), только у 51,4% женщин, перенесших кесарево сечение, были самопроизвольные роды, а у 33,3% произведено повторное кесарево сечение и у 15,3% — влагалищные операции.

Васег (1955), приводя данные о родах у 100 женщин, перенесших ранее кесарево сечение с поперечным разрезом нижнего сегмента матки, указывает о том, что лишь у 47 из них наблюдались самопроизвольные роды, у 27 применены акушерские щипцы и у 26 произведено было повторное кесарево сечение.

По данным нашей клиники (И. В. Ильин, 1956), из 95 рожениц и беременных, перенесших ранее кесарево сечение, влагалищное родоразрешение имело место у 35, причем у 9 из них были применены операции (щипцы и др.); повторное кесарево сечение было произведено у 60.

Самопроизвольные роды обычно наблюдались у женщин с нормальными размерами таза и при благоприятном течении послеоперационного периода при ранее произведенном кесаревом сечении. Роды протекали у этих женщин при хорошей родовой деятельности и заканчивались благоприятно для матери и новорожденного.

Все беременные, перенесшие кесарево сечение, должны быть госпитализированы за 2—3 недели до срока родов, а при наличии неполноценного рубца на матке за 4—5 недель.

Ведение родов после предшествовавшего кесарева сечения необходимо строго индивидуализировать. Если послеоперационный период при кесаревом сечении протекал гладко, без осложнений и нет признаков несоответствия между плодом и тазом, то роды можно вести консервативно, тщательно наблюдая за роженицей и своевременно принимая меры при выявившихся признаках несоот-

ветствия подлежащей части и таза или при затянувшемся периоде изгнания.

В тех случаях, когда рубец после кесарева сечения не вызывает сомнений в своей прочности, но имеется выраженное несоответствие подлежащей части и таза, следует, по нашему мнению, произвести кесарево сечение при первых схватках, а при сомнениях в прочности рубца — до начала родов.

При наличии неполноценного рубца на матке обычно разрыв наступает в последние дни беременности или в самом начале родовой деятельности.

Мы считаем, что в подобных случаях является показанным повторное кесарево сечение за 10—12 дней до срока родов. В. А. Покровский (1970) рекомендует повторное кесарево сечение в последние дни беременности, если женщина в прошлом подверглась этой операции и послеоперационный период осложнился инфекцией и вторичным заживлением раны.

Williamson, Barchet (1932), Wilson (1951) высказываются за целесообразность применения повторного кесарева сечения за 7—10 дней до срока родов у беременных женщин, перенесших кесарево сечение, которое сопровождалось воспалительными процессами половых органов, длительным лихорадочным состоянием, или если имеется узкий таз.

Атипичные разрывы матки, возникающие при глубоком вращении ворсин хориона, до момента полного прорастания ворсинками мышечного и серозного покрова не имеют симптомов или они нам еще неизвестны. Поэтому угрозу разрыва диагностировать не удастся, но при внимательном наблюдении за состоянием беременной или роженицы можно установить начавшийся разрыв (узуру) матки и спасти мать и ребенка.

При современном уровне развития акушерской науки и организации родовспоможения бандлевские разрывы матки вообще не должны иметь места, а угроза атипичного разрыва матки может и должна быть установлена при условиях хорошо собранного анамнеза, учета его особенностей, обуславливающих течение родов, и внимательного наблюдения за процессом родов.

Исходя из всего изложенного выше и данных обследования, приходим к выводу, что у нашей беременной рубец на матке после кесарева сечения является неполноценным и показанным является повторное кесарево сечение, не дожидаясь срока родов.

Решено было произвести повторное кесарево сечение за 10 дней до срока ожидаемых родов. Больной предписан стро-

гий постельный режим, а дежурному персоналу дано указание следить за больной и в случае ухудшения общего состояния немедленно сообщить ответственному дежурному.

До 9.I 1953 г. состояние беременной оставалось хорошим. 9.I в 13 часов 30 минут появились жалобы на головокружение, шум в ушах, тошноту, боли внизу живота, была однократная рвота и кратковременное обморочное состояние. Указанные симптомы вскоре исчезли. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., пульс 94 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, 120 ударов в минуту.

В 15 часов 30 минут лечащий врач предположил, что указанные явления объясняются пищевой интоксикацией, но о состоянии больной доложил заведующему клиниккой, который на основании тех же симптомов поставил диагноз начинающегося разрыва матки по рубцу.

Больная на носилках доставлена в операционную, под местной анестезией срочно произведена лапаротомия. При вскрытии брюшной полости оказалось: передняя стенка матки сращена с париетальной брюшиной и сальником. Рубец на матке после кесарева сечения широкий и неровный. В средней части рубца на протяжении 4—5 см имеется расползание тканей с мелкими кровоизлияниями и резким истончением маточной стенки, от которой в этом месте остался лишь брюшинный покров. Произведен продольный разрез передней стенки матки по краю рубца с последующим иссечением его. Извлечен живой плод — мальчик, весом 2850 г, длиной 49 см. Разрез матки зашит в три этажа кетгутowymi швами: первые два этажа — узловатые швы, третий этаж — непрерывный шов. Рана брюшной стенки зашита послойно наглухо. Назначен пенициллин по 100 000 ЕД через 4 часа.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. На 14-й день после операции женщина с ребенком выписана из клиникки в хорошем состоянии.

Приведенный нами случай ясно показывает, что применение срочной повторной операции при начавшемся разрыве матки по рубцу после кесарева сечения предотвратило наступление катастрофы, позволило спасти женщину от угрожавшей ей опасности и плод от верной гибели.

Неоднократные наблюдения нашей клиникки и анализ случаев разрывов матки, происходивших во время беременности по рубцу после кесарева сечения, показывают, что от момента появления признаков начавшегося разрыва до наступления совершившегося разрыва проходит обычно от 2 до 6 часов. Во время родов этот промежуток времени укорачивается и длительность его зависит от степени патологических изменений в области рубца и силы сокращений матки.

Наши наблюдения, подтвержденные в дальнейшем И. В. Ильиным (1958), свидетельствуют о возможности распознавания угрожающего и начавшегося разрыва матки по рубцу, позволяющего своевременным применением операции предупредить наступление совершившегося разрыва.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная, перенесшая ранее кесарево сечение, поступила в клинику за 5 недель до срока родов. По данным анамнеза и обследования установлено наличие неполноценного рубца на матке и намечено произвести повторное кесарево сечение за 10 дней до срока родов. За 14—15 дней до срока родов появились признаки начавшегося разрыва по рубцу. Произведено срочное кесарево сечение. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 14-й день после операции женщина с ребенком выписана из клиники в хорошем состоянии.

### РАЗРЫВ МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

**Беременная А.,** 31 года, поступила в районную больницу 23.VII 1954 г. в 3 часа 40 минут в родах.

Эта беременность вторая, доношенная, протекала без осложнений. Первая беременность в 1951 г. закончилась классическим кесаревым сечением по поводу эклампсии. Послеоперационный период сопровождался длительной лихорадкой. Рана брюшной стенки зажила вторичным натяжением. Схватки начались дома 23.VII в 2 часа. Воды не отходили.

Общее состояние роженицы удовлетворительное. Температура 36,7°. Пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Границы сердца в норме, на верхушке выслушивается систолический шум. В легких — везикулярное дыхание.

Живот мягкий, безболезненный, на коже брюшной стенки имеется широкий рубец после кесарева сечения, связанный с подлежащими тканями. Матка увеличена соответственно доношенной беременности. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка, слегка прижатая ко входу в таз. Сердцебиение плода ясное, 130 ударов в минуту. Размеры таза: 25, 23, 30, 19 см. Схватки редкие, слабые и болезненные. Роженица постоянно жалуется на боли в животе, которые усиливаются при схватках.

В 10 часов роженица стала жаловаться на тошноту, головокружение и общую слабость.

В 10 часов 30 минут наблюдалась кратковременная потеря сознания, после чего роженица стала жаловаться на резкие и сильные боли в животе. Вскоре после этого боли уменьшились и одновременно прекратилась родовая деятельность.

*Какие особенности течения родов? Что произошло в родах?*

Женщина перенесла кесарево сечение с неблагоприятным течением послеоперационного периода, что позволяет предположить наличие неполноценного рубца на матке после бывшей операции. Во время родов наблюдались болезненные схватки, боль не исчезала и в паузы между ними. В дальнейшем роженица стала жаловаться на головокружение, тошноту и общую слабость. Все эти симптомы, при наличии рубца на матке, указывали сначала на угрожающий, а затем и на начавшийся разрыв матки. Однако акушерка и врач, ведущие

роды, не учли имевшиеся симптомы и, не придав им должного значения, не оказали своевременную помощь.

Через полчаса роженица потеряла сознание, а затем почувствовала резкие боли в животе, родовая деятельность прекратилась. По-видимому, произошел разрыв матки.

10 часов 35 минут. Состояние роженицы резко изменилось. Она безучастна к окружающему. Кожные покровы резко бледные, на лбу холодный, липкий пот. Пульс слабого наполнения. Артериальное давление 70/50 мм рт. ст.

Живот приобрел неправильную форму, под брюшной стенкой определяются бугристые выпячивания. Пальпация матки и брюшной стенки резко болезненна, особенно в нижних отделах. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Сердцебиение плода не прослушивается.

Осмотр роженицы ясно подтверждает предположение о разрыве матки. На это указывают: явления шока и внутреннего кровотечения, резкая болезненность при пальпации брюшной стенки и матки, прекратившаяся родовая деятельность и смерть плода.

Необходимо немедленное чрезвсечение, но больная в тяжелом состоянии, которое может быть обусловлено как шоком, так и острой кровопотерей. Поскольку имеется кровотечение, длительное выжидание приведет только к увеличению кровопотери. Операцию следует начать по возможности быстрее. Для выведения больной из шокового состояния целесообразно начать переливание крови до операции, но трансфузию крови до остановки кровотечения проводить медленно и в дозе не более 500 мл.

Пока готовятся к операции, остановимся на некоторых вопросах, связанных с лечением разрывов матки.

Немаловажное значение имеет вопрос о методах обезболивания при операциях по поводу разрыва матки. Учитывая, что больная обычно находится в тяжелом состоянии в результате шока и кровопотери, применяют эндотрахеальный наркоз или, если нет специалиста-анестезиолога, — местную анестезию. Литературные данные (А. А. Терехова, 1949; В. А. Покровский, 1954, и др.) и наши многочисленные наблюдения показывают, что при шоковом состоянии у обескровленных больных местная анестезия является лучшим методом обезболивания во время операции при терминальном состоянии и шоке, чем глубокий масочный наркоз.

В случае, если местную анестезию не удастся полностью осуществить, добавляют ингаляционный эфирно-кислородный наркоз и продолжают инфильтрацию раствором новокаина, чтобы полностью прервать импульсацию из операционной раны и области разрыва в центральную нервную систему. Как известно, общий и, в частности, эфирный наркоз не дает угасания всех рефлексов, не устраняет полностью импульсацию из операционной раны в центральную нервную систему. Акушеры-гинекологи, применяющие наркоз, должны учитывать это положение.

Исходя из сказанного, независимо от вида наркоза, мы считаем целесообразным применять новокаиновую блокаду рефлексогенных зон в малом тазу. Как показывает наш многолетний опыт, разумное сочетание наркоза с дополнительной новокаиновой блокадой рефлексогенных зон, позволяет обеспечить полноценное обезболивание и благоприятное течение послеоперационного периода при наиболее травматичных оперативных вмешательствах и тяжелых родовых травмах, сопровождающихся шоком.

При разрывах матки по рубцу после кесарева сечения, особенно если при операции разрез производили в области тела матки, следует применять зашивание разрыва. Р. А. Черток (1939), Б. В. Азлецкий (1939), И. Л. Брауде (1947) и др. сообщают о хороших результатах наложения швов на разрыв матки, происшедший по рубцу после кесарева сечения. Да это и вполне понятно. Разрыв по рубцу в области тела матки позволяет хорошо иссечь рубцово измененные разможенные ткани, и зашивание разрыва напоминает зашивание разреза после кесарева сечения. По нашему мнению, удаление матки при разрывах ее по рубцу должно быть редким исключением. При зашивании разрыва в большинстве случаев (с согласия женщины) производят стерилизацию, чаще всего путем иссечения части маточных труб на протяжении.

Вернемся к нашей больной.

В 11 часов 20 минут начата операция под местной анестезией по А. В. Вишневному. Средним разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. В животе много жидкой крови. На передней стенке матки имеется обширная рваная рана с неровными кровотокающими краями. Через разрыв из матки в брюшную полость выпячиваются части плода, головка же и плечевой пояс находятся в полости матки. Извлечен мертвый плод и следом за ним удален отделившийся ранее послед. Матка хорошо сократилась и на передней ее стенке от пузырно-маточной складки брюшины и до дна стал хорошо виден обширный звездчатой формы рубец, резко деформирующий матку. Произведена надвлагалищная ампутация матки. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками, и разрез брюшной стенки зашит послойно наглухо.

Во время операции перелито 500 мл консервированной крови и 250 мл противошоковой жидкости. Назначен пенициллин по 50 000 ЕД через каждые 4 часа. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 20-й день больная в удовлетворительном состоянии была выписана из больницы.

Итак, операция закончилась выздоровлением женщины, но плод погиб и молодой женщине удалена матка. В данном случае, вероятно, можно было бы иссечь обширный рубец и зашить разрыв, но пришлось бы произвести стерилизацию, так как при указанных изменениях со стороны матки не только роды, но и последующая беременность могла привести к

разрыву матки. Однако далеко не все случаи разрывов матки заканчиваются выздоровлением, легальность матерей все еще остается высокой. Поэтому задачей медицинских работников является в первую очередь профилактика разрывов матки.

В предупреждении такого грозного осложнения родов, как разрывы матки, огромное значение имеет улучшение организации родовспоможения и работы женских консультаций.

Широкая санитарно-просветительная работа среди женщин, уменьшение числа абортов, лечение воспалительных заболеваний матки, 100% охват медицинской помощью при родах — все это профилактические мероприятия, ведущие к уменьшению числа разрывов матки.

Сокращение количества кесаревых сечений за счет применения этой операции только по строгим показаниям и тщательное зашивание разреза матки являются условиями, уменьшающими число разрывов по рубцу. Количество кесаревых сечений должно уменьшаться, в первую очередь, за счет правильного ведения родов, при котором осуществляется рациональное управление родовым актом, регуляция родовой деятельности.

С целью уменьшения угрозы разрыва матки при последующих родах следует производить кесарево сечение преимущественно с поперечным рассечением нижнего сегмента, которое имеет ряд преимуществ по сравнению с классическим кесаревым сечением.

Чтобы предупредить разрыв матки после кесарева сечения при наличии узкого таза, следует произвести повторное кесарево сечение при первых схватках, а при явно неполноценном рубце за 10—12 дней до ожидаемого срока родов (рис. 103).

Каждая беременная при первом же посещении должна быть тщательно обследована. Особое внимание следует уделить выявлению узкого таза, неправильным положениям плода, данным анамнеза о перенесенных операциях на матке и ее заболеваниях, о течении предшествующих родов и их исходах



Рис. 103. Неполноценный рубец на матке после кесарева сечения.

(мертворождения, операции и т. п.). При первом осмотре беременной производят влагалищное исследование для измерения диагональной конъюгаты, выявления опухолей в малом тазу, экзостозов, а также рубцовых изменений со стороны мягких тканей родовых путей.

Огромное значение имеет также патронаж беременных, учет и своевременная госпитализация беременных с патологическими данными (узкий таз, неправильные положения плода, рубец на матке после кесарева сечения, разрыва, перфорации и т. д.).

Беременная с указанными данными должна быть госпитализирована не менее как за две-три недели до родов, притом в такое учреждение, где ей может быть оказан любой вид оперативной акушерской помощи.

Чрезвычайно важным является тщательное обследование каждой беременной и роженицы при поступлении ее в стационар. Это обеспечивается детальным собиранием анамнеза, наружным осмотром роженицы и влагалищным исследованием. Внутреннее (вагинальное) исследование с обязательным измерением диагональной конъюгаты следует производить сразу же при поступлении женщины в родильное отделение при узком тазе (наружная конъюгата 18 см и меньше), при неясности вопроса о целостности плодного пузыря, о положении плода, а также у всех первородящих женщин с целью измерения диагональной конъюгаты, определения емкости таза и исключения рубцовых сужений родовых путей.

При осмотре каждой беременной или роженицы врач должен составить примерный прогноз родов и учитывать, какие осложнения могут возникнуть, как их предупредить и оказать в случае надобности соответствующую помощь.

Опыт многих родовспомогательных учреждений нашей страны показывает, что при правильном и умелом ведении родов разрывов матки не бывает. В отдельных случаях разрыв матки возникает в результате неправильного применения питуитрина; при стимуляции родовой деятельности питуитрин и окситоцин должны применяться при отсутствии несоответствия между головкой и тазом, а в первом периоде родов может быть уместно их назначение лишь в drobных дозировках.

Внимательное и постоянное наблюдение врача, а не только акушерки, за течением родов вообще и в особенности за течением родов при отягощенном акушерском анамнезе или неполноценной матке — необходимое звено в цепи профилактических мероприятий при разрывах матки.



Постоянное наблюдение в родах позволяет следить за состоянием нижнего сегмента, его растяжением и за продвижением подлежащей части. При затянувшихся родах необходимо производить повторное влагалищное исследование для учета динамики родового акта, определения степени раскрытия маточного зева, механизма родов, продвижения подлежащей части и т. д.

Особенно внимателен должен быть врач при проведении родов у женщин с неполноценной маткой в результате тяжелых воспалений или перенесенных ранее операций (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов, зашивание разрыва матки или перфорационного отверстия и т. п.); многоорожавших, особенно с дряблыми брюшными стенками; беременных, при исследовании которых в конце беременности легко прощупываются через живот мелкие части плода; при отягощенном акушерском анамнезе (трудные длительные роды, мертворождения, акушерские операции при несоответствии подлежащей части и таза); с узким тазом (наружная конъюгата 18 см и менее или истинная — 8,5 см и менее); с перенесенной беременностью; с неправильными положениями и положениями плода или с наличием признаков функционально узкого таза при отошедших водах.

При проведении родов следует помнить о том, что после того, как наступило полное раскрытие зева и продолжается регулярная родовая деятельность, роды у первородящей должны закончиться в течение 3—4 часов, а у повторнородящей не позже 2 часов. Если за это время плод не родится, то в большинстве случаев будет показано кесарево сечение или влагалищная операция в зависимости от конкретных условий. В каждом таком случае врач должен внимательно провести повторное обследование роженицы и вынести решение о дальнейшем ведении родов и о необходимости оперативного родоразрешения.

Предупреждение насильственных разрывов матки должно заключаться в бережном проведении всех манипуляций в родах, в применении операций лишь при наличии соответствующих условий. Врач должен помнить о недопустимости поворота при запущенном поперечном положении плода, высоких щипцов и извлечения плода после поворота его на ножку при неполном открытии маточного зева. Следует учитывать опасность повреждения нижнего сегмента матки во время краниотомии при высоко стоящей головке, декапитации и спондилотомии. Если имеется значительное растяжение нижнего сегмента, возникшее при затянувшихся родах в результате несоответствия между головкой и тазом или при запущенном

поперечном положении плода, оперативное вмешательство должно быть произведено при глубоком наркозе и очень бережно.

Одним из условий профилактики разрывов матки является своевременное принятие мер к устранению угрозы разрыва матки. В осуществлении профилактики разрывов матки имеет большое значение повышение квалификации медицинского персонала родовспомогательных учреждений.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина, перенесшая ранее кесарево сечение, поступает в родильное отделение со схватками. Симптомы угрожающего и начавшегося разрыва матки имелись, но диагноз не установлен. Наступил разрыв матки по рубцу. Чревосечение под местной анестезией. Ампутация матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

## РАЗРЫВ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

**Беременная Н.,** 25 лет, доставлена в гинекологическое отделение клиники в 8 часов 16.IX 1954 г. машиной «скорой помощи».

Из анамнеза узнаем, что месячные с 15 лет, через 4 недели по 3 дня. Последние месячные были 10.VII, женщина считала себя беременной. Эта беременность третья. Предыдущие две беременности закончились нормальными родами.

5 дней назад беременная упала, и вскоре после этого появились схваткообразные боли внизу живота и в пояснице. 2 дня назад повысилась температура и начались ознобы. Какое-либо вмешательство с целью прерывания беременности больная отрицает.

При поступлении в клинику состояние больной тяжелое. Женщина жалуется на общую слабость и схваткообразные боли внизу живота. Температура 38,5°. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Живот слегка вздут, мягкий.

При пальпации определяется болезненность внизу живота, больше выраженная слева. Через брюшную стенку определяется эластической консистенции болезненная опухоль, верхняя граница которой доходит до уровня пупка. Справа от этой опухоли выступает из малого таза, возвышаясь над лонем на два поперечных пальца, вторая опухоль, напоминающая по форме матку. Из половых органов — незначительные выделения серовато-слизистого характера.

Шейка матки цилиндрической формы, укорочена и отклонена влево. Наружный зев пропускает кончик пальца. Справа определяется образование, напоминающее тело матки мягковато-эластической консистенции, величиной с кулак. Слева от него определяется опухоль эластической консистенции, движения ее ограничены и вызывают сильную болезненность. Передний свод влагалища полностью сглажен и несколько выпячен в просвет влагалища.

Анализ крови — эритроцитов 3 200 000; гемоглобина 50%; лейкоцитов 7900. Лейкоцитарная формула без отклонений от нормы.

## *Каков диагноз? Какое следует проводить лечение?*

1. У больной имеется беременность и киста яичника с перекручиванием ножки последней. Необходима срочная операция.

2. Хотя больная и отрицает вмешательство с целью прерывания беременности, не исключена возможность повреждения матки при криминальном выкидыше с выходом плодного яйца в параметральное пространство. Следует немедленно произвести чревосечение.

Действительно, клиническая картина заставляет предположить перекручивание ножки опухоли у беременной женщины. На это указывает внезапное начало заболевания, наличие опухоли, определяемой рядом с маткой, сильные боли в животе, болезненность при пальпации брюшной стенки и опухоли, высокая температура.

Однако похожая клиническая картина может наблюдаться и при криминальном выкидыше, если последний осложняется перфорацией матки и выходом плодного яйца в параметральное пространство. Правда, характерных для выкидыша кровянистых выделений или кровотечения у нашей больной нет.

Диагноз у больной не установлен, но совершенно ясно, что необходимо срочное чревосечение, которое позволит и уточнить окончательный диагноз.

Больная взята в операционную и подготовлена для чревосечения. Под местной анестезией, по А. В. Вишневному, срединным разрезом от лона до пупка вскрыта брюшная полость. При осмотре оказалось: в области пузырно-маточного углубления и правой широкой связки имеется подбрюшинная гематома величиной с кулак, слева находится тело беременной матки, сильно смещенное не только в сторону, но и вверх. В брюшной полости крови нет.

Поперечным разрезом вскрыта брюшина пузырно-маточной складки, и под ней обнаружены не только сгустки крови, но и 2 плодика по 5 см длиной и оболочки плодного яйца. Передняя и боковые стенки шейки матки и область внутреннего зева совершенно разрушены, и в этом месте имеется обширная рана с неровными изъеденными краями и обрывками децидуальной ткани и ворсистой оболочки. От передней стенки шейки матки остался лишь небольшой участок. Тело матки увеличено до 8 недель беременности, мягковатой консистенции, хорошо сократившиеся придатки без отклонений от нормы. В левом яичнике — желтое тело.

Из подбрюшинного пространства удалены части плодного яйца и сгустки крови. Кровотечения нет. Ввиду обширных разрушений в области передней стенки матки произведено удаление матки. Придатки оставлены. В брюшную полость влиты 500 000 ЕД пенициллина, и брюшная рана зашита послойно наглухо. Во время операции перелито 250 мл консервированной крови. Назначены инъекции пенициллина по 100 000 ЕД через каждые 4 часа.

До 22.IX температура по вечерам держалась в пределах 37,6—38°, а затем снизилась до нормальной. Рана брюшной стенки зажила первичным натяжением. На 15-й день после операции больная выписалась из клиники в удовлетворительном состоянии.

Во время операции обнаружен был неполный разрыв матки, проникающий в подбрюшинное пространство. Беременность у нашей больной была необычная, развитие плодного

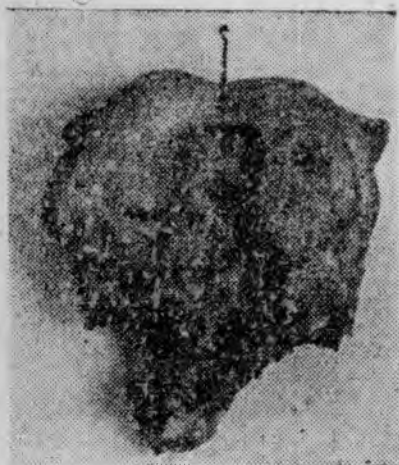


Рис. 104. Разрыв матки при перешеечно-шеечной беременности.

яйца происходило в перешейке и шейке матки, т. е. имела место перешеечно-шеечная беременность (рис. 104). Прораствание ворсинами хориона тонкостенного отдела матки привело к его резкому истончению. Добавочная травма при падении больной могла способствовать наступлению разрыва. Но, судя по изменениям стенок матки, разрыв мог бы наступить и без добавочных факторов, так как стенка плодместилища была сильно разрушена ворсинами в нее.

Разрывы матки при беременности наблюдаются редко, и, по нашим данным, они встречаются в 9% из общего числа разрывов.

И. Дубенский (1884), Н. Д. Адексенко (1890), В. Г. Бекман (1893, 1912), Abraham, Dörfler (1930) и др. обнаруживали в стенках матки при разрывах развитие соединительной ткани за счет мышечной.

Г. Л. Давыдов (1895) видел причину разрыва матки в изменениях эластической ткани.

Разрывы матки в первую половину беременности описаны рядом авторов (В. С. Груздев, 1922; Н. Е. Чистяков, 1924; Н. В. Антелава, 1931; В. М. Малявинский, 1933; Л. С. Персианов, 1947, и др.).

В. С. Лисовецкий (1950) описал разрыв в области дна матки на 10-й неделе беременности в результате деструктивного роста ворсин хориона при слабо выраженной децидуальной реакции слизистой матки и растворения под влиянием трофобласта мышечного слоя матки. Через разрыв плодное яйцо ча-

стично вышло в брюшную полость. Оставшаяся прикрепленной в матке часть плаценты препятствовала сокращению матки, кровотечение было очень сильным. Больная погибла вскоре после операции от шока и острой кровопотери.

В отечественной и зарубежной литературе сообщений о разрывах матки при шеечной беременности нам не встретилось.

Разрывы матки при беременности обычно происходят при выраженных патологических изменениях маточной стенки на почве рубцовых изменений после кесарева сечения, миомэктомий, глубокого иссечения трубы из угла матки при трубной беременности. Кроме того, резкие изменения стенки матки могут оставаться после перфораций при абортах, септических метро-эндометритов и т. п. Сильно выраженное истончение стенки матки (до 1—1,5 мм), предрасполагающее к разрыву при беременности, происходит при *placenta accreta*. В отдельных случаях ворсины плаценты могут врастать в брюшинный покров и даже разрушать его, приводя к разрыву.

Правильный диагноз разрыва матки во время беременности устанавливают редко: в большинстве случаев ставят диагноз внEMATочной беременности, преждевременной отслойки плаценты, кишечной непроходимости или же обнаруживают разрыв при пробном чревосечении по поводу внутреннего кровотечения с неясной этиологией.

Дифференциальный диагноз разрыва матки с указанными заболеваниями приходится чаще всего проводить при наличии больших сроков беременности.

Указание на перенесенное кесарево сечение с неблагоприятным послеоперационным течением при наличии ряда сопутствующих симптомов (задержка стула и газов, рвота, вздутие живота) может вызвать мысль о непроходимости кишечника, диагностировать которую при беременности очень трудно.

Большой размер матки, особенно во второй половине беременности, затрудняет обследование; рвота и боли — наиболее ранние признаки непроходимости — часто наблюдаются и при беременности. Необходимо тщательно проследить за состоянием матки, чтобы установить, не связано ли появление болей с сокращениями матки. С этой целью целесообразно в течение 30—40 минут непрерывно следить за женщиной, положив руку на матку. Влагалищное исследование позволяет уточнить по состоянию родовых путей, что роды (выкидыш) или не начались, или состояние родовых путей не соответствует силе испытываемых болей.

При дальнейшем наблюдении за женщиной при кишечной непроходимости выявляется вздутие кишечных петель, ста-

новящихся видимыми вследствие выпячивания брюшной стенки; меняющиеся контуры выпуклости и ясно выраженная перистальтика кишок, сопровождаясь болями, являются убедительными признаками кишечной непроходимости.

При беременности и кишечной непроходимости матка, обычно оттесняется раздутым кишечником в противоположную от локализации непроходимости сторону живота.

Рвота, вначале однократная или двукратная, при кишечной непроходимости принимает упорный характер, становится частой. Рвотные массы выделяются в небольшом количестве и окрашены желчью. В дальнейшем появляется рвота с запахом кала.

Для кишечной непроходимости характерны задержка кала, газов, симптом Валя, выраженное урчание, звон падающей капли (симптом Спасокукоцкого), шум плеска. При рентгеновском исследовании в положении стоя определяются «опрокинутые чашки Клаубера», отображающие скопление газов в петлях кишечника с горизонтальным уровнем жидкости в них.

В первой фазе заболевания при кишечной непроходимости общее состояние больной остается удовлетворительным, но в дальнейшем оно сменяется резким ухудшением вследствие интоксикации и присоединяющегося перитонита.

При разрывах матки указанные явления менее выражены. Обычно имеются боли, но они неопределенного характера, без приступов и ясной локализации, рвота в виде срыгиваний светлой жидкостью. Вздутие живота равномерное, перистальтика отсутствует, при выслушивании в животе «тишина». Несмотря на то, что с начала заболевания прошло иногда свыше двух, трех суток, выраженных явлений интоксикации не бывает. Все это обычно говорит против диагноза кишечной непроходимости и скорее указывает на явления перитонизма или вяло протекающего перитонита.

Однако явления перитонизма или перитонита обычно развиваются на фоне какого-либо предшествующего заболевания, могущего дать при обострении или перфорации полого органа картину острого живота.

При дифференциальной диагностике нужно исключить ряд заболеваний органов брюшной полости, не связанных с беременностью: перекручивание ножки опухоли яичника или разрыв ее, острый аппендицит, наружное ущемление грыжи, холецистит, прободение язвы желудка и 12-перстной кишки, прободение желчного пузыря или брюшнотифозной язвы, острый панкреатит, почечную колику и острую задержку мочи.

**Исключить вышеперечисленные заболевания возможно,**

конечно, лишь при знании клинической картины этих заболеваний и при тщательном учете анамнестических данных.

Во время беременности может наблюдаться любое из указанных выше заболеваний. Вопрос о диагнозе в таких случаях следует разрешить при участии хирурга и терапевта.

Для внематочной беременности поздних сроков характерными являются приступы непрерывных жестоких болей, которые особенно усиливаются при движениях плода. Отсутствует аппетит, непрерывная рвота, бессонница, постоянные запоры истощают больную. При разрыве плодоемкости боли усиливаются, появляются признаки внутреннего кровотечения. Преждевременная отслойка плаценты обычно сопровождается внезапным появлением болей и быстро наступающей анемией; матка становится напряженной, плотной и болезненной при пальпации. Части плода прощупать не удается, сердцебиение не выслушивается. При разрыве матки части плода определяются, а контуры матки неясны.

Наиболее постоянным и характерным признаком при разрывах матки во время беременности является внутреннее кровотечение. Часто наблюдаются явления раздражения брюшины, сопровождающиеся напряжением брюшной стенки и рвотой. Диагноз прост при выходе плода в брюшную полость и наличии сократившейся матки.

А. И. Галактионов (1940) отмечает при разрывах матки во время беременности внезапное появление болей в животе и вынужденное положение на боку с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами, что зависит от раздражения брюшины. Он же в 2 случаях наблюдал при пальпации живота характерное ощущение «хруста снега» вследствие субперитонеальной эмфиземы.

При прободении маточной стенки ворсинками плаценты (рис. 105) клиническая картина напоминает таковую при на-



Рис. 105. Истинное приращение детского места в области рубца после кесарева сечения с прорастанием ворсинок через стенку матки.

рушенной внематочной беременности. Возникают острые боли в животе, иррадиирующие в подложечную область или в плечо (френикус-симптом), пульс учащается, появляется бледность кожных покровов, тошнота, рвота, а в части случаев — обморочное состояние. В дальнейшем продолжает нарастать картина внутреннего кровотечения: прогрессивное учащение пульса, падение кровяного давления, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Пальпация живота вызы-



Рис. 106. Участок из области резкого истончения стенки матки по рубцу после кесарева сечения. Фиброзная ткань, децидуальная ткань и ворсины, не проникающие в толщу рубца. Окраска гематоксилин-эозином (объектив 3,7, окуляр 10).

вает болезненность. Матка сохраняет обычную форму и консистенцию. Сердцебиение плода при умеренном кровотечении остается в пределах нормы.

При своевременно поставленном диагнозе — перфорации матки ворсинками плаценты — срочное чревосечение помогает спасти не только мать, но и ребенка. Весьма важно, помимо клинической картины, учитывать данные анамнеза, сви-



детельствующие о возможности глубокого врастания ворсин (послеродовые и послеабортные септические процессы, рубцы на матке после кесарева сечения, многократные аборт). При перфорации матки ворсинками плаценты, как и при резко выраженных патологических изменениях маточной стенки на почве рубцов и воспалительных процессов (рис. 106), угрозу разрыва во время беременности диагностировать не удастся, но при внимательном наблюдении за состоянием беременной можно установить начавшийся разрыв матки и спасти мать и ребенка. Чаще всего, как показывают наши наблюдения, вначале появляются такие симптомы, как тошнота или рвота, боли в подложечной области, головокружение, общая слабость или кратковременное обморочное состояние. Наблюдая указанные симптомы во время беременности и предвидя угрозу разрыва матки при резко выраженных патологических изменениях ее стенки, мы в 6 случаях при срочно произведенной лапаротомии наблюдали «расползание» маточной стенки. Чаще всего это было в области рубца на матке после кесарева сечения, и в этом месте сохраненным оставался лишь брюшинный покров, через который просвечивали части плода.

Первоначальные признаки могут остаться незамеченными или им дается иное толкование (пищевая интоксикация, сердечная слабость и т. п.). Состояние беременной улучшается на некоторое время, во многих случаях на несколько часов, а затем наступает полный разрыв матки с выходением плода или целого плодного яйца в брюшную полость. При этом больная часто впадает в состояние тяжелого шока или коллапса.

Первоначальные признаки могут остаться незамеченными или им дается иное толкование (пищевая интоксикация, сердечная слабость и т. п.). Состояние беременной улучшается на некоторое время, во многих случаях на несколько часов, а затем наступает полный разрыв матки с выходением плода или целого плодного яйца в брюшную полость. При этом больная часто впадает в состояние тяжелого шока или коллапса.

В некоторых случаях сразу наступает полный разрыв матки без появления предшествующих симптомов начавшегося разрыва.

Лечение только хирургическое — чревосечение и другие мероприятия, как и при совершившемся разрыве матки во время родов.

**Краткий эпикриз.** Повторнобеременная женщина поступает в клинику на 3-м месяце беременности в тяжелом состоянии. При колебаниях в диагнозе между перекручиванием ножки кисты яичника и перфорацией матки при криминальном выкидыше с выходением плодного яйца в параметральное пространство производят чревосечение. При лапаротомии обнаружен разрыв матки при шеечно-перешеечной беременности с выходением плодного яйца в подбрюшинное пространство, произведено удаление матки. Выздоровление.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Аловский А. Д. Клиника внематочной беременности. Л., 1945.
- Бакшеев Н. С. Маточные кровотечения. Киев, «Здоров'я», 1966, 1970.
- Бакшеев Н. С., Лакатош А. А. Эмболия околоплодными водами. Киев, «Здоров'я», 1968.
- Белкин К. Я. Тактика терапевта в родильном доме. М., 1968.
- Беккер С. М. Патология беременности, 1970.
- Брауде И. Л. Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии. М., 1947.
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. М., 1959.
- Брауде И. Л. Персианинов Л. С. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. М., 1962.
- Гентер Г. Г., Акушерский семинар. Л., 1932.
- Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Госуд. издательство РСФСР. Берлин, 1922.
- Груздев В. С. Материалы к вопросу о внематочной беременности. Медицинские монографии Казанского медицинского журнала. Вып. 10, Казань, 1932.
- Демидкин П. Н. Рентгенодиагностика в акушерстве. М., 1969.
- Жмакин К. Н., Сыроватко Ф. А. Акушерский семинар. М., 1960.
- Жордания И. Ф. Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения. «Акушерство и гинекология», 1950, 4.
- Канторович Л. И., Шатерник В. И. Клиника внематочной беременности. Минск, 1936.
- Канторович Л. И. Переливание крови в акушерской практике. Минск, 1963.

- Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., 1961.
- Кривский Л. А. Руководство по женским болезням. Л., 1927.
- Лехтман М. Н. Шеечная беременность. Фрунзе, 1955.
- Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., 1967.
- Макаров Р. Р. Внематочная беременность. М., 1958.
- Мандельштам А. Э. Хорионэпителиома матки. Л., 1938.
- Мелкс Э. И. Новый метод прерывания беременности. Рига, 1966.
- Неговский В. А. Патофизиология и терапия агонии и клинической смерти. М., 1954.
- Николаев А. П. Практическое акушерство. Киев, 1958.
- Новикова Л. А., Григорова Т. М. Хорионэпителиома матки. М., 1968.
- Персианинов Л. С. Акушерский семинар, т. I, 1957; т. II, 1960, Минск.
- Персианинов Л. С. (ред.). Женская консультация. Минск, 1966.
- Персианинов Л. С., Умеренков Г. П. Обезболивание при акушерских и гинекологических операциях. М., 1965.
- Персианинов Л. С. Разрывы матки. М., 1952, Минск, 1954.
- Персианинов Л. С. Внутривенное переливание крови в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1955.
- Персианинов Л. С. Асфиксия плода и новорожденного. М., 1967.
- Персианинов Л. С. и др. Основы клинической кардиологии плода. М., 1967, Госуд. изд. (ПНР) Варшава, 1968.
- Персианинов Л. С. Дыхательная функция крови плода в акушерской клинике. М., 1971.
- Персианинов Л. С. Оперативная гинекология. М., 1971.
- Петров-Маслаков М. А., Репина М. А. Беременность и свертывающая система крови. Л., 1968.
- Петровский Б. В. Переливание крови в хирургии. М., 1954.
- Петченко А. И. Акушерство. Киев, 1954.
- Покровский В. А. Шок в акушерско-гинекологической практике. Воронеж, 1954.
- Покровский В. А., Маркина В. П. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с надлобковым поперечным разрезом брюшной стенки. Воронеж, 1968.

**Руководство по акушерству и гинекологии**  
(под ред. Персианинова Л. С.). М., 1961—1964.

- Оперативное акушерство. Том VI, кн. 1, 1961.
- Физиология женщины при беременности. Анатомия и физиология внутриутробного плода. Т. II, кн. 1, 1963.
- Физиология родов и послеродового периода. Том II, кн. 2, 1963.
- Патология беременности. Том III, кн. 1, 1964.
- Патология родов и послеродового периода. Том III, кн. 2, 1964.

- Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М., 1968.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. М., 1907.
- Строганов В. В. Важнейшие осложнения беременности и родов. М.—Л., 1928.
- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов. Л., 1939.
- Цицишвили Д. Р. Перевязка сосудов матки как метод остановки атонического кровотечения. Тбилиси, 1961.
- Чиладзе З. А. Электровозбудимость матки. Тбилиси, 1970.
- Яковлев И. И. Неотложная помощь при акушерской патологии. Л., 1969.

akusher-lib.ru

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Введение</b> . . . . .	<b>3</b>
<b>Аборт</b> . . . . .	<b>7</b>
Выкидыш угрожающий (7). Выкидыш неполный (20). Привычный выкидыш. Истмикоцервикальная недостаточность (30). Выкидыш искусственный (38). Метод вакуум-аспирации при искусственном выкидыше (47). Влагалищное кесарево сечение по Ю. А. Лейбчику при искусственном выкидыше (60). Прободение матки при искусственном выкидыше. Чревосечение (69). Прободение матки при криминальном выкидыше (82). Несостоявшийся выкидыш (91).	
<b>Шеечная беременность</b> . . . . .	<b>98</b>
Внутриартериальное переливание крови при шеечной беременности (98). Повторные кровотечения при шеечной беременности (109).	
<b>Пузырный занос и хорионэпителиома</b> . . . . .	<b>114</b>
Пузырный занос (114). Кесарево сечение при пузырном заносе (126). Хорионэпителиома матки (135). Хорионэпителиома влагалища (147).	
<b>Внематочная беременность</b> . . . . .	<b>156</b>
Разрыв трубы при внематочной беременности (156). Трубный выкидыш при внематочной беременности (173). Заматочная кровяная опухоль при трубной беременности (193). Интерстициальная трубная беременность (205). Доношенная внематочная беременность (212).	
<b>Предлежание плаценты</b> . . . . .	<b>219</b>
Краевое предлежание плаценты. Разрыв плодного пузыря (219). Боковое предлежание плаценты. Метрейриз. Поворот плода на ножку (231). Боковое предлежание плаценты. Поворот на ножку по Брэкстон—Гиксу (252). Центральное предлежание плаценты. Кесарево сечение (260). Шеечное прикрепление плаценты (266). Центральное предлежание плаценты. Агония. Кесарево сечение. Внутри-	

артериальное переливание крови (273).	
<b>Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</b> . . . . .	283
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Ампутация матки (283). Преждевременная отслойка плаценты. Поворот на ножку и извлечение плода за тазовый конец (295).	
<b>Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах</b> . . . . .	301
Приращение детского места. Ручное отделение последа (301). Гипотония матки в послеродовом периоде (309). Атония матки. Тампонация матки и влагалища (316). Гипофибриногенемия (345). Разрывы наружных половых органов (353). Разрыв шейки матки (356).	
<b>Разрывы матки</b> . . . . .	365
Угрожающий разрыв матки. Кесарево сечение (365). Полный разрыв матки (376). Неполный разрыв матки (391). Начавшийся разрыв матки по рубцу после кесарева сечения. Повторное кесарево сечение (408). Разрыв матки по рубцу после кесарева сечения (420). Разрыв матки во время беременности (426).	
<b>Рекомендуемая литература</b> . . . . .	434

Академик АМН СССР, заслуженный деятель науки БССР  
профессор ЛЕОНИД СЕМЕНОВИЧ ПЕРСИАНИНОВ

**«АКУШЕРСКИЙ СЕМИНАР»**

ТОМ I

*Издание второе, переработанное и дополненное*

Издательство «Медицина» УзССР, Ташкент, Навои, 30

Редактор Р. А. Громова  
Худ. редактор К. Башаров.  
Художник  
Тех. редактор Р. Дебердиева  
Корректор Д. Б. Хусайнова

---

Сдано в набор 22.I-73 г. Подписано в печать 13.IV-73 г.  
Формат 60×90<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бум. л. 13,8. Печ. л. 27,5. Усл. печ. л. 27,5. Уч.-изд.  
л. 28,96. Изд. № 1144. Бумага № 3. Тираж 50 000. Цена 1р. 68 коп. Зак. 50

---

Типография № 2. г. Янгйюль, ул. Чехова, 3.