

И. Л. БРАУДЕ, Л. С. ПЕРСИАНИНОВ

**НЕОТЛОЖНАЯ
ПОМОЩЬ
ПРИ АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ**



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Медгиз—1962—Москва

ПРЕДИСЛОВИЕ

Огромная сеть больниц в Советском Союзе, широкая возможность оказания квалифицированной хирургической помощи в районных и городских лечебных учреждениях, наличие санитарной авиации и санитарного автотранспорта позволяют быстро направлять больных, нуждающихся в неотложной оперативной помощи, в больницы или родильные дома, где им окажут помощь специалисты акушеры-гинекологи.

Организации неотложной помощи и борьбе с острой кровопотерей при акушерско-гинекологической патологии отведено особое место.

Акушерско-гинекологическая патология при беременности и родах очень часто требует экстренной хирургической помощи. Иногда имеют значение не только часы, но и минуты: «промедление — смерти подобно». Поэтому врач должен не только уметь поставить диагноз, но и оказать своевременно квалифицированную хирургическую помощь в любых условиях.

В ряде случаев (угрожающий разрыв матки, кровотечение в последовом периоде и т. п.) больные не транспортабельны, а промедление с операцией угрожает их жизни. При подобных состояниях врач должен уметь произвести оперативное вмешательство в любой больнице, в любых условиях.

Встречаясь с акушерско-гинекологической патологией, врач должен тщательно продумать вопрос о степени неотложности оперативного вмешательства и возможности транспортировки больной в лечебное учреждение, если заболевание выявлено при посещении на дому, в женской консультации или поликлинике. Иногда наблюдаются недопустимые случаи транспортировки из одной больницы в другую больных, требующих экстренной помощи; это нередко объясняется недостаточной квалификацией врача.

Данное руководство рассчитано главным образом на врачей, работающих в районных и участковых больницах. Основное внимание уделено диагностике акушерской патологии и гинекологических заболеваний, а также технике оперативного вмешательства при них. Вопросы патогенеза и этиологии освещаются постольку, поскольку это необходимо для установления диагноза и выбора метода лечения.

При составлении книги особое внимание было уделено тем вопросам, которые недостаточно освещены в изданных за последнее время руководствах, монографиях и учебниках, а также тем, которые за последнее время подверглись в связи с развитием науки пересмотру. Описана разработанная новая тактика борьбы с некоторыми видами патологии. Кроме того, не оставлены без внимания наиболее актуальные вопросы, в известной степени уже освещенные в литературе.

В составлении руководства принимали участие доктор медицинских наук А. И. Брауде, кандидат медицинских наук Н. Е. Гранат, проф. В. А. Жмур, доктор медицинских наук О. В. Макеева, доцент С. Б. Рафалькес. Большую помощь при редактировании книги оказала нам Р. О. Брауде. Всем им мы приносим глубокую благодарность.

Придавая большое значение зрительному восприятию при усвоении техники операции, авторы снабдили руководство многочисленными рисунками. Ряд рисунков взят из отечественных, ранее изданных руководств, а также из учебников по акушерству Г. Г. Гентера, В. С. Груздева, А. П. Губарева, М. С. Малиновского, Д. О. Отта, К. К. Скробанского, Винтера (Winter), Бумма (Bumm), Кросена, Штеккеля (Crossen, Stoeckel), Яшке и Панкова (Jaschke, Pankow) и др.

ВВЕДЕНИЕ

Организация неотложной акушерско-гинекологической помощи

Необходимость оказания срочной акушерско-гинекологической помощи может возникнуть в любом из лечебно-профилактических учреждений, предназначенных для медицинского обслуживания беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных. Это относится к родильным домам, городским больницам, имеющим акушерско-гинекологические (акушерские, гинекологические) отделения, к районным и участковым больницам и даже к колхозным родильным домам и фельдшерско-акушерским и акушерским пунктам.

В значительной мере потребность в оказании такой помощи зависит от того, насколько широко и своевременно акушерско-гинекологические учреждения проводят мероприятия профилактического характера. Особенно это относится к неотложной акушерской помощи, так как профилактика осложнений и заболеваний во время беременности во многом определяет характер течения родового акта.

Однако в одних медицинских учреждениях такая потребность возникает чаще, чем в других, и это зависит не только от объема работы того или иного учреждения, но и от типа учреждения и общей направленности его деятельности, вытекающей из особенностей стоящих перед ним задач.

Так, необходимость оказания срочной акушерско-гинекологической помощи в условиях сельской участковой больницы возникает несравненно реже, чем в сельской районной больнице, предназначенной для оказания специализированной квалифицированной помощи населению района, в том числе и проживающему на территории деятельности участковой больницы.

С другой стороны, срочная акушерско-гинекологическая помощь, оказываемая в сельских районных больницах, по своему объему и ряду других особенностей значительно отличается от аналогичной деятельности акушерско-гинекологических отделений межрайонных и областных больниц. Это объясняется прежде всего тем, что в стационарные отделения указанных больниц нередко поступают жительницы сельских местностей, направляемые врачами сельских медицинских учреждений в связи с наличием тяжелой патологии беременности или ввиду необходимости наиболее сложных методов диагностики и терапии, в том числе и хирургических методов лечения.

Особенно это касается областных, краевых и республиканских больниц, имеющих гинекологические отделения, а также межрайонных больниц и крупных городских родильных домов, на которые органами здравоохранения возложены функции областных учреждений.

Организация неотложной акушерско-гинекологической помощи в некоторых сельских лечебно-профилактических учреждениях имеет свои характерные особенности, зависящие от структуры этих учреждений, условий их работы и т. д.

Это прежде всего относится к колхозным родильным домам, фельдшерско-акушерским и акушерским пунктам, обслуживаемым акушерками. Руководство и контроль за их работой осуществляют врачи сельских участковых больниц, а также районные акушеры-гинекологи. Круг медицинской деятельности акушерок этих учреждений состоит главным образом из мероприятий профилактического характера. Основные обязанности их заключаются прежде всего в выявлении всех беременных женщин обслуживаемого участка в возможно ранние сроки беременности, в максимально тщательном и частом (не менее 6—8 раз за время беременности) их обследовании, в проведении санитарно-просветительной работы среди как самих беременных, так и членов их семей и, наконец, в принятии мер к тому, чтобы каждая беременная, находящаяся под наблюдением акушерки, поступала бы на роды в родильный дом или в родильное отделение больницы.

Все без исключения беременные женщины, наблюдаемые акушеркой, должны быть осмотрены врачом. Здоровых женщин с нормально протекающей беременностью акушерка показывает врачу при его плановом посещении пункта. Беременных женщин, страдающих каким-либо заболеванием, и женщин с патологическим течением беременности она направляет к врачу сразу же после выявления патологии. В одинаковой мере последнее касается и тех женщин, при осмотре которых у акушерки возникает подозрение в отношении правильности течения беременности. В этих случаях акушерка обязана в ближайшие же дни после направления женщин к врачу проверить, посетила ли беременная врача и каково его заключение. Некоторых беременных (при тяжести патологии) акушерка должна сама сопровождать при поездке их к врачу.

К этому следует добавить, что при наличии у беременной какого-либо осложнения или данных, указывающих на возможность патологического течения родового акта (несвоевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, кровотечение, разрыв матки и др.), акушерка по совету врача направляет ее заблаговременно в стационар.

Проведение родов на дому и только неосложненных допускается лишь как исключение, ввиду каких-либо особых обстоятельств. Такая помощь в организационном отношении может быть отнесена к неотложной помощи.

Выезжая на роды, акушерка должна взять с собой акушерскую сумку, содержащую инструменты, медикаменты, стерильный перевязочный материал, предметы ухода и т. п. Акушерская сумка должна всегда содержаться в полном порядке и быть готовой для использования в любое время. Поэтому по возвращении на пункт после оказания помощи при родах на дому акушерке надлежит сразу же пересмотреть все содержимое сумки, привести ее в порядок и полностью доукомплектовать в соответствии с существующей описью. Такая акушерская сумка является принадлежностью всех фельдшерско-акушерских, акушерских пунктов и сельских участковых больниц.

При правильном выполнении акушерками фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов своих обязанностей обычно не должна возникать необходимость оказания срочной акушерской помощи или же она может возникнуть очень редко.

Примерно в таком же положении находятся и акушерки колхозных родильных домов. В стенах возглавляемых ими учреждений рождают здоровые женщины с нормально протекающей беременностью при отсутствии

подозрения на возможность возникновения какого-либо осложнения в родах.

Осложненное течение родового акта чаще наблюдается у пожилых первородящих, беременных с суженным или деформированным тазом, с неправильным положением плода, с заболеваниями внутренних органов, особенно сердечно-сосудистой системы, с явлениями нефропатии, при наличии многоплодия, многоводия и др.

При отборе женщин, нуждающихся в госпитализации во врачебный стационар, надлежит уделять серьезное внимание анамнестическим данным. Следует считать совершенно обязательным проведение родов в стационаре в тех случаях, когда женщина перенесла в прошлом кесарево сечение, когда у женщины наблюдались затяжные роды, рождение мертвого плода, тяжелые травматические повреждения родовых путей, когда имело место большое число аборт, неблагоприятное течение послеродового или послеабортного периодов, а также если имеются другие данные отягощенного акушерского анамнеза.

Осуществление такой заблаговременной госпитализации беременных женщин в условиях сельской местности встречает иногда некоторые затруднения, так как госпитализацию приходится обычно проводить в районные или городские учреждения родовспоможения, отстоящие часто на большом расстоянии от места жительства госпитализируемых женщин. Кроме того, далеко не всегда удается правильно определить время направления в такой стационар беременных женщин, нуждающихся не в лечении, а в специальном наблюдении до родов.

В отдельных случаях при определении времени такой дородовой госпитализации могут быть допущены ошибки, в результате чего могут возникнуть осложнения еще до перевозки беременной в стационар.

Опыт работы показывает, что как бы тщательно не проводился отбор таких беременных, не всегда удается предупредить возникновение осложнений в стенах колхозного родильного дома, реже в условиях работы акушерского пункта. Поэтому акушерка колхозного родильного дома, а также и акушерка фельдшерско-акушерского пункта бывают поставлены иногда перед необходимостью самим оказывать женщине неотложную акушерскую помощь или обеспечить ей помощь врача. В последнем случае акушерка обязана вызвать врача в колхозный родильный дом или лично перевести роженицу во врачебный стационар. Очень важно, чтобы акушерка в любое время имела возможность сообщить по телефону врачу о роженице, у которой возникло осложнение в родах, и совместно с ним решить вопрос о допустимости и целесообразности ее транспортировки или о необходимости приезда врача.

Решение вопроса о транспортировке роженицы (беременной) зависит от очень многих обстоятельств, к числу которых относится общее состояние женщины, характер и тяжесть осложнения, дальность расстояния от больницы или родильного дома, качество дороги, особенности транспортных средств и т. д.

Совершенно очевидно, что в каждом отдельном случае вопрос о транспортировке роженицы приходится решать индивидуально, исходя из интересов матери и плода.

Одновременно следует решить также вопрос о том, в какой из стационаров целесообразнее направить женщину — в участковую, районную или даже межрайонную больницу (родильный дом), принимая во внимание не только дальность расстояния и условия транспортировки, но и особенности стационара, квалификацию обслуживающих его врачей. Последнее может иметь главенствующее значение при учете тяжести патологии. То же относится и к решению вопроса о вызове врача из того или иного

учреждения в колхозный родильный дом или на фельдшерско-акушерский пункт.

При отправке роженицы акушерка обязана устроить ее наиболее удобно в автомашине, одеть и укрыть по сезону, особенно в зимнее время, и лично сопровождать до места назначения. Движение транспорта должно быть по возможности плавным, чтобы как можно меньше беспокоить больную.

Независимо от того, решено ли перевести беременную во врачебный стационар (эвакуация «от себя») или ждать врача (эвакуация «на себя»), акушерка должна проводить все лечебные мероприятия в пределах предоставленных ей прав.

В соответствии с инструкциями не подлежат транспортировке женщины с кровотечением в последовом периоде. В этих случаях акушерка обязана, не дожидаясь приезда вызванного ею врача, в целях остановки кровотечения и устранения явлений, вызываемых кровопотерей, оказать женщине в пределах своей компетенции срочную лечебную помощь, включая и ручное отделение и удаление последа из матки. Не подлежат транспортировке беременные, роженицы и родильницы с явлениями эклампсии. Внешние раздражения, неизбежные при перевозке таких больных и даже при подготовке их к перевозке, способствуют возникновению припадков эклампсии.

Практически противопоказаний к транспортировке может оказаться несравненно больше, чем это предусматривается инструкциями, и вопрос о допустимости перевозки женщин при том или ином осложнении может представить значительные трудности не только для акушерки, но и для врача. Это, например, относится к случаям кровотечения по поводу предлежания детского места. Принципиально следует считать транспортировку таких женщин нежелательной, но и в этих случаях при решении вопроса о транспортировке следует принять во внимание все особенности местных условий и тяжесть состояния женщины.

Если акушерка своевременно выявила начальные признаки данной патологии, а тем более только заподозрила ее, если общее состояние женщины в это время вполне удовлетворительно, то при возможности бережной и быстрой доставки женщины во врачебный стационар (возможность перевозки самолетом или автотранспортом при хорошей дороге) транспортировка ее будет вполне оправданной.

Однако могут встретиться случаи, когда при той же патологии, но при ином состоянии женщины и иных местных условиях более целесообразным будет вызов врача в колхозный родильный дом. Иногда оказание такой женщине хирургической помощи даже в мало подходящих для этого условиях колхозного родильного дома следует предпочесть ее перевозке на длительное расстояние и по плохой дороге.

Большие затруднения с решением вопроса о возможности перевозки женщины возникают также при появлении симптомов угрожающего, а тем более совершившегося разрыва матки. При угрожающем разрыве матки женщины, как правило, не подлежат перевозке, и в этих случаях акушерка обязана вызвать врача и принять все меры к прекращению или хотя бы ослаблению родовой деятельности до его приезда; вводят подкожно 1 мл 1% раствора морфина или 1 мл 2% раствора пантопона и т. д.

В то же время анализ большого числа случаев разрыва матки показал, что транспортировка женщин с указанным осложнением на санитарном транспорте при хорошей дороге и особенно на авиатранспорте не вносит больших изменений в показатель летальности при разрывах матки во время беременности и родов.

Поэтому при условиях, благоприятствующих транспортировке (относительно удовлетворительное состояние женщины, хороший транспорт и др.), мы считаем ее в ряде случаев допустимой.

Вызывая врача в колхозный родильный дом или на акушерский пункт, акушерка должна очень четко информировать врача о создавшейся акушерской ситуации, что позволит ему определить ряд дальнейших мероприятий. Из сообщения акушерки он установит, какой инструментарий, медикаменты и т. д. ему надлежит брать с собой. В зависимости от сведений, полученных от акушерки, решается иногда вопрос о выезде не только акушера-гинеколога, но и врача другой специальности. Нередки случаи, когда врач сельской участковой больницы, выезжая по вызову акушерки и зная от нее о тяжести патологии, сразу же сообщает в районную больницу о необходимости срочного приезда также акушера-гинеколога.

Даже в тех случаях, когда акушерка считает перевозку роженицы или больной во врачебный стационар явно необходимой и вполне допустимой по состоянию женщины, желательно, чтобы в больнице было заранее известно о предстоящем привозе такой больной. Во многих случаях это позволит за время перевозки подготовить в больнице все необходимое для приема женщины и оказания ей срочной помощи. Особенное значение это имеет для тех больниц, в которых практические не может быть обеспечено круглосуточное дежурство акушера-гинеколога.

В деятельности акушеров колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов могут встретиться случаи, когда роженица нуждается в оказании неотложной медицинской помощи и по своему состоянию является явно нетранспортабельной, а врач в силу каких-либо обстоятельств своевременно не может быть вызван или ожидание его приезда является для роженицы небезопасным. В этих случаях ряд оперативных вмешательств без наркоза может и должен быть произведен самой акушеркой.

Наиболее часто акушеркам приходится производить ручное отделение и выделение детского места или его частей.

Совершенно очевидно, что при возникновении срочных показаний к производству этой операции (кровотечение в последовом периоде, кровотечение в раннем послеродовом периоде при задержке частей плаценты или сомнения в целостности ее) акушерка не должна ждать приезда врача, а обязана лично без промедления произвести ее.

Однако это не освобождает акушерку от обязанности принять все меры к вызову врача, ибо у нее никогда не может быть уверенности в успехе ее действий и в том, что помощь врача ей не понадобится.

Опыт работы показывает, что операцией ручного отделения и удаления детского места должна владеть каждая акушерка, особенно самостоятельно работающая. Надо считать недопустимым направление акушерки на работу в фельдшерско-акушерский пункт или в колхозный родильный дом без предварительной проверки в условиях врачебного стационара ее знаний, практической подготовки и умения оказывать неотложную помощь, в том числе производить ручное отделение и выделение плаценты и ручное обследование матки при кровотечении.

Необходимость срочного производства акушерками этих операций возникает не только в условиях работы колхозного родильного дома и фельдшерско-акушерского пункта, но иногда и в тех больницах, в которых не может быть введено круглосуточное дежурство врачей.

К числу операций, которые разрешено в неотложных случаях производить акушеркам, относится поворот плода на ножку при поперечном или косом его положении. Производство этой операции допустимо, конечно, при следующих обязательных условиях: целостность плодного пузыря

или наличие в матке еще достаточного количества вод (при недавнем разрыве пузыря) и подвижность плода в полости матки. Акушерка обязана также владеть техникой операции извлечения плода за тазовый конец и производить эту операцию при необходимости быстро закончить роды в интересах матери или плода при наличии обязательных для такой операции условий (полное открытие зева и соответствие между тазом матери и головкой плода). И, наконец, самостоятельно работающим акушеркам приходится довольно часто производить зашивание разрыва промежности. Эту операцию им разрешается производить при разрыве первой и второй степени. Поэтому в табель медицинского оборудования колхозного родильного дома и фельдшерско-акушерского пункта включены иглодержатель, иглы, а также стерильный шелк и кетгут в ампулах.

Мы полагаем также, что в тех случаях, когда у акушерки есть все основания считать, что послеродовое кровотечение происходит из разрывов шейки, ей следует, не ожидая приезда врача, произвести осмотр шейки в зеркалах и в случае подтверждения предполагаемого диагноза наложить на разрыв узловое кетгутовое швы.

Фельдшерско-акушерские пункты и колхозные родильные дома должны быть обеспечены полностью всем необходимым для оказания медицинской помощи при нормальных родах и для выполнения тех пособий и акушерских операций, которые акушеркам разрешается производить при отсутствии врача.

Кроме медицинского и хозяйственного оборудования, белья, предметов ухода и инструментария, в этих учреждениях постоянно должен быть стерильный перевязочный материал. При наличии на пункте или в колхозном родильном доме автоклава это требование легко выполнимо. В противном случае стерилизация должна осуществляться в ближайшей больнице и материал должен доставляться в биксах примерно через каждые 2—3 дня.

Колхозные родильные дома и фельдшерско-акушерские пункты обычно не имеют таких инструментов, как акушерские щипцы, перфоратор, краниокласт, метрейринтер и др., т. е. инструментов, предназначенных для операций, производимых только врачами. Врач, вызванный на фельдшерско-акушерский пункт или в колхозный родильный дом, привозит с собой эти инструменты, а в необходимых случаях и кровь для переливания.

Все, что было указано выше и касалось фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов, в известной мере относится и к тем сельским участковым больницам, в которых работает врач, еще недостаточно хорошо подготовленный в области неотложного акушерства и срочной гинекологической помощи.

Таким образом, основными элементами работы всех этих учреждений (колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов и ряда сельских участковых больниц) являются:

1. Проведение профилактических мероприятий в целях максимального уменьшения числа заболеваний и осложнений во время беременности, родов и послеродового периода и снижения гинекологической заболеваемости, что ведет к предупреждению случаев, требующих оказания неотложной помощи.

2. Ранняя диагностика осложнений и заболеваний; выявление женщин, у которых на основе анамнестических и других данных можно ожидать осложненного течения беременности и особенно родов; своевременное направление указанных женщин на консультацию, лечение и проведение родов в стационарах, в которых работают специалисты акушеры-гинекологи.

3. Проведение в стенах указанных учреждений, как правило, только нормальных родов; оказание как исключение неотложной акушерско-гинекологической помощи при патологии; обеспечение возможности в необходимых случаях срочного вызова врача акушера-гинеколога или транспортировки женщины в родильный дом, районную или межрайонную больницу.

При организации неотложной акушерско-гинекологической помощи в районных и межрайонных больницах необходимо считаться со следующими положениями.

Акушерско-гинекологические отделения районных больниц в значительной мере используются сельскими жительницами, проживающими вне районного центра. Некоторые из них обращаются в районную больницу за получением поликлинической и стационарной помощи в порядке самотека, но нередко они поступают по направлениям врачей участковых больниц и акушерок фельдшерско-акушерских пунктов и колхозных родильных домов. Часто такое направление беременных и рожениц вызвано наличием у них каких-либо заболеваний или возможности осложнения. Среди направляемых гинекологических больных некоторые нуждаются в оказании хирургической помощи.

Акушерско-гинекологическое отделение районной больницы является стационаром для приема гинекологических больных, а также стационаром для госпитализации значительного числа женщин с патологически протекающей и осложненной беременностью. То же относится и к межрайонным больницам. Поэтому в районной и межрайонной больницах тщательно должна быть продумана организация оказания неотложной акушерско-гинекологической помощи в любое время суток. Прежде всего надо считаться с тем, что в небольших по числу коек районных больницах имеется по одной должности врача акушера-гинеколога.

Совершенно очевидно, что большую часть суток такой врач находится вне больницы, а иногда и вне районного центра. В связи с этим возникает необходимость обеспечить в любое время возможность срочного вызова врача акушера-гинеколога в больницу или вызова врача другой специальности, знакомого с основами акушерства и гинекологии. В особых случаях, когда врач не может немедленно явиться в больницу, неотложная помощь должна быть оказана дежурной акушеркой в пределах ее компетенции.

Значительную часть времени беременные, роженицы и родильницы в указанных больницах находятся под наблюдением дежурных акушерок. От их знаний и опыта зависит своевременный вызов врача.

Надо добиться такого положения, чтобы акушерки, наблюдая за находящимися в стационаре женщинами или принимая вновь поступающих, вызывали врача не только при появлении каких-либо осложнений, но и в тех случаях, когда возникновение патологии можно предвидеть. Это обязывает акушера-гинеколога обучить акушерок вовремя диагностировать случаи патологии и принимать надлежащие меры в отсутствие врача. Акушерки должны твердо помнить, что лучше «лишний» раз вызвать врача при появлении у них какого-либо сомнения в правильности течения родового акта, чем сделать это с запозданием.

Наличие телефона на квартире врача дает возможность акушерке в любое время сообщать ему о состоянии той или иной роженицы (больной), находящейся в стационаре или поступающей в него, а также получать от врача соответствующие указания, а в случае необходимости срочно вызывать его в больницу.

В свою очередь акушер-гинеколог всегда должен сообщать дежурной акушерке, когда и куда он уходит из дома.

Опыт многих районных больниц показал большое значение тесного контакта в работе акушера-гинеколога и хирурга. В тех местах, где они повседневно помогают друг другу, акушеры-гинекологи повышают свою квалификацию в отношении общехирургических знаний и хирургической техники, хирурги же в свою очередь овладевают основами ургентного акушерства и в случае необходимости могут временно выполнять обязанности акушера-гинеколога. Это имеет особо важное значение и потому, что акушеры-гинекологи обычно чаще, чем врачи других специальностей, вынуждены выезжать на участки района.

Известным затруднением для производства срочной гинекологической операции, а также операции кесарева сечения может явиться отсутствие во многих районных больницах круглосуточного поста операционных сестер. На вызов такой сестры из дома может потребоваться немало времени. Необходимо, чтобы любая из дежурных акушерок или медицинских сестер акушерского, гинекологического и хирургического отделений в случае необходимости могла заменить операционную сестру.

Некоторая задержка в производстве операции может быть связана с необходимостью стерилизации инструментария. Для таких операций, как наложение акушерских щипцов, перфорация головки плода, краниотомия и др., даже незначительная задержка во времени может иметь существенное значение. Вот почему в акушерских отделениях районных больниц и особенно в межрайонных всегда должны быть готовы наборы стерильных инструментов для производства основных акушерских операций, а также системы для переливания крови. Наборы инструментов должны повторно стерилизоваться через каждые 1—2 дня.

В исходе многих акушерских и гинекологических операций, кроме своевременности их производства и хирургической техники, большое значение имеет борьба с кровопотерей и шоком. Поэтому во всех стационарах должны быть условия для длительного хранения консервированной крови. Кроме того, все больницы должны иметь доноров, кровь которых может быть использована в случае необходимости. Каждый стационар должен располагать в достаточных количествах плазмой крови, кровезамещающей жидкостью и противошоковой жидкостью, так как они могут храниться в течение длительного времени.

В условиях работы сельских больниц в силу ряда причин может иногда внезапно возникнуть временное прекращение подачи электроэнергии. Это может вызвать большие неудобства, не говоря уже о возможности задержки в производстве операции по срочным показаниям. Поэтому сельские больницы обязаны иметь аккумуляторы с проводкой сети в родовые комнаты и операционные.

Таким образом, в районных и межрайонных больницах постоянная готовность к производству срочной операции может быть достигнута путем проведения организационных мероприятий, обеспечивающих следующее:

- а) срочный вызов акушера-гинеколога или врача другой специальности, владеющего методами оперативного акушерства и гинекологии;
- б) срочный вызов операционной сестры или замена ее дежурными акушерками и медицинскими сестрами, специально для этого обученными;
- в) наличие наборов стерильных инструментов и перевязочного материала для основных акушерских операций;
- г) постоянную возможность переливания крови и кровезамещающих жидкостей.

Изложенное относится не только к акушерско-гинекологическим отделениям районных больниц и районным родильным домам, но (в отношении кадров) и к тем городским учреждениям, в которых не может быть обеспечено круглосуточное дежурство врачей акушеров-гинекологов. При нали-

ции в таком учреждении 2—3 врачей данной специальности следует установить поочередное несение ими дежурств на дому в вечерне-ночное время на случай срочного вызова.

Акушерам-гинекологам районных и межрайонных больниц нередко приходится оказывать неотложную помощь в различных медицинских учреждениях районов по вызову персонала последних. Число таких вызовов в основном зависит от широты профилактических мероприятий, проводимых врачами и акушерками периферических учреждений района, от тщательности наблюдения ими за женщинами в период беременности и, кроме того, от умения оказывать неотложную акушерско-гинекологическую помощь.

Перед выезжающим врачом прежде всего встает вопрос, какие инструменты, аппараты и т. д. следует взять с собой. Совершенно очевидно, что решение этого вопроса зависит от особенности патологии и наличия медицинского оборудования в том лечебном учреждении, куда вызван акушер-гинеколог.

При выезде в колхозный родильный дом или на фельдшерско-акушерский пункт акушер-гинеколог должен учитывать, что в этих учреждениях нет инструментов для основных акушерских операций.

Во всяком случае при выезде в эти учреждения для оказания помощи роженице, находящейся в первом или втором периоде родов, необходимо взять с собой инструменты для производства таких операций, как наложение акушерских щипцов, краниотомия и т. д., поскольку никогда заранее нельзя точно предусмотреть, в производстве какой операции возникнет необходимость.

Если врач выезжает из больницы, в которой постоянно имеются наборы стерильных инструментов, желательно, чтобы он взял с собой такие наборы (в большом стерилизаторе), особенно акушерские щипцы.

Постоянное наличие таких наборов в больших больницах (родильных домах), часто оказывающих срочную помощь как в стенах данного учреждения, так и в других, мы считаем совершенно обязательным.

Акушеру-гинекологу районной или межрайонной больницы при выезде в сельские медицинские учреждения по поводу кровотечения или в тех случаях, когда его можно ожидать, следует также брать все необходимое для переливания крови (не менее двух ампул крови O (I) группы, противошоковую жидкость, систему для переливания и др.).

Особо стоит вопрос о стерильном белье и стерильном перевязочном материале. Не брать их можно лишь при уверенности найти их на месте, что обычно относится к городским и районным учреждениям. При выезде в колхозный родильный дом или фельдшерско-акушерский пункт необходимо брать с собой как стерильное белье, так и стерильный перевязочный материал, так как на месте их может не оказаться.

Если акушеру-гинекологу известны все обстоятельства срочного вызова, то в каждом отдельном случае он должен определить, выезжать ли ему одному или совместно с акушеркой или медицинской (операционной) сестрой.

В тех случаях, когда есть основания предполагать, что женщину можно и нужно будет транспортировать в районную (межрайонную) больницу, мы рекомендуем акушеру-гинекологу выезжать не на легковой машине, а на санитарной, с тем чтобы использовать ее на обратном пути для одновременной перевозки больной. Особенно большое значение это может иметь при выезде акушера-гинеколога по вызову акушерки к роженице, находящейся в домашних условиях.

Врач акушер-гинеколог районной больницы является нередко единственным специалистом по данной дисциплине в районе, и ему приходится

помогать учреждениям всего района. Кроме того, он должен оказывать врачам участковых больниц и акушеркам колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов помощь методического порядка, а также заботиться о повышении их квалификации в области акушерства и гинекологии вообще и особенно в отношении оказания неотложной акушерско-гинекологической помощи. Форм такой работы очень много. Она может вестись в виде организации специальных курсов, декадников, предоставления в акушерско-гинекологическом отделении районной больницы рабочих мест. Этой же задаче может способствовать проведение тематических конференций, доклады акушера-гинеколога на районных собраниях медицинских работников и т. д.

Широкое распространение в районах получили ежемесячные конференции акушерок. Содержанием таких конференций обычно являются доклады акушерок по наиболее актуальным главам акушерства, причем тема доклада устанавливается заранее и для подготовки акушерок к конференции районный акушер-гинеколог подбирает им специальную литературу. На таких конференциях подвергаются анализу имевшие место в районе наиболее поучительные случаи в области акушерства и гинекологии, связанные с оказанием неотложной помощи. На конференциях заслушиваются также отчеты акушерок о проведенной работе, прорабатываются методические письма и т. д. В эти дни врач обходит с акушерками отделение и производит клинический разбор больных.

Совершенно очевидно, что правильный вызов той или иной акушерки на курсы усовершенствования или на рабочее место может быть произведен только при знании акушером-гинекологом степени подготовки и практического опыта всех акушерок района.

При проведении работы по повышению квалификации медицинского персонала в области акушерства и гинекологии следует уделять должное внимание врачам сельских участковых больниц, которые нередко вынуждены оказывать акушерскую помощь, в частности и неотложную. Знание участковыми врачами основ акушерства является совершенно обязательным и позволяет им умело справляться с наиболее часто встречающейся патологией, лишь в особых случаях прибегая к помощи районных акушеров-гинекологов. Это в первую очередь относится к операции ручного отделения детского места, техникой которой обязан владеть каждый врач участковой больницы и каждая акушерка.

Мы полагаем, что в организационном отношении система повышения квалификации медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений района по акушерству и гинекологии должна строиться примерно на следующих основах.

Повышением квалификации акушеров-гинекологов межрайонных больниц и в известной мере районных должны заниматься областные больницы или учреждения, выполняющие их функции. Повышение квалификации акушеров-гинекологов районных больниц и в известной мере врачей сельских участковых больниц должно осуществляться в межрайонных и областных больницах.

Районные больницы основное внимание должны уделять повышению квалификации акушерок и фельдшерниц-акушерок.

Изложенная выше система организации работы является примерной и будет меняться в зависимости от особенностей местных условий. При любых формах и методах работы по повышению квалификации медицинского персонала в области акушерства и гинекологии все внимание должно быть уделено профилактике заболеваний и осложнений, главным образом во время беременности и родов, умению своевременно их выявить, а также оказанию неотложной помощи.

В отношении акушерства это прежде всего касается профилактики и терапии эклампсии, профилактики родовой травмы, борьбы с кровотечением в последовом и раннем послеродовом периодах и ведения родов при экстрагенитальных заболеваниях и в первую очередь сердечно-сосудистой системы.

В организации неотложной акушерско-гинекологической помощи в крупных городах перед органами здравоохранения прежде всего стоит задача обеспечить быструю перевозку роженицы или гинекологической больной в соответствующий стационар.

Во многих городах решение этой задачи поручено скорой медицинской помощи или общегородскому бюро перевозки больных.

Более совершенной организацией является создание при скорой медицинской помощи специального филиала для перевозки беременных и рожениц, а также гинекологических больных. Филиал этот повседневно связан с акушерско-гинекологическими стационарами, хорошо знает профиль и другие особенности этих учреждений, учитывает наличие свободных мест и т. д. Такая организация перевозки рожениц установлена в ряде крупных городов.

В автомашинах такого филиала скорой помощи при перевозке рожениц постоянно находится акушерка, имеющая специальную сумку со всем необходимым на случай так называемых домашних или дорожных родов. В сумке имеются некоторые инструменты, медикаменты и стерильный перевязочный материал. В машине должны быть небольшой запас белья, подушки, одеяла для матери и новорожденного ребенка и т. д.

Санитарные автомашины, как правило, доставляют рожениц по нарядам в те родильные дома, в которых в это время имеются свободные места. Последнее не исключает возможности и необходимости перевозки рожениц в порядке скорой помощи (во избежание рождения ребенка в машине) в первый же родильный дом, находящийся на пути следования машины. Решать этот вопрос может акушерка, сопровождающая машину.

Выбор того или иного учреждения родовспоможения для транспортировки в него беременных и рожениц, в том числе нуждающихся в неотложной помощи, определяется рядом местных условий, в частности развитием в крупных городах сети узкоспециализированных акушерско-гинекологических учреждений.

Так, в некоторых городах имеются стационары, специально выделенные для приема беременных с начавшимся или неполным выкидышем, специальные родильные дома для оказания помощи при преждевременных родах и т. д.

В крупных городах гинекологических больных, нуждающихся в неотложной хирургической помощи, как правило, доставляют в специальные гинекологические больницы или в гинекологические отделения общих больниц и значительно реже в гинекологические отделения родильных домов. Прием гинекологических больных в родильные дома, имеющие соответствующие отделения, следует осуществлять в плановом порядке и в плановом порядке чаще всего производить операции.

Дежурный врач-гинеколог в общей больнице фактически обслуживает не только гинекологическое отделение, но и является дежурным врачом по всей больнице. Кроме наблюдения за больными, находящимися в гинекологическом отделении, такому врачу приходится осматривать в приемном отделении больницы поступающих гинекологических больных и нередко оказывать им неотложную, в частности и хирургическую, помощь. Кроме того, дежурному гинекологу приходится по просьбе врачей других специальностей выполнять обязанности консультанта в отношении некоторых женщин, поступающих в больницу (подтвердить или исключить

гинекологическое заболевание при «остром животе» и т. д.), а также уже находящихся в различных отделениях ее.

Практика работы показала, что в больнице, имеющей много отделений и в том числе гинекологическое, в вечерне-ночное время должно дежурить не менее двух врачей-гинекологов независимо от объема плановой работы в утренне-дневные часы. При наличии в таких больницах только одного дежурного гинеколога не может быть постоянно обеспечена возможность немедленного осмотра больной, нуждающейся в срочной помощи, и оказания ей этой помощи без какой бы то ни было задержки. Особенно это касается больниц, размещенных в нескольких корпусах.

В некоторых больницах больших городов имеются специальные отделения «неотложной хирургии», расположенные иногда в отдельных корпусах и предназначенные для всех больных, нуждающихся в неотложной хирургической помощи, в том числе гинекологической. Число дежурных гинекологов в таких отделениях зависит от объема их работы, но постоянное наличие не менее двух врачей этой специальности является совершенно обязательным.

В отдельных областных и краевых центрах устанавливается очередность приема различными медицинскими учреждениями женщин, нуждающихся в неотложной помощи при гинекологических заболеваниях. В результате то учреждение, которое является в определенный день как бы общегородским дежурным стационаром, имеет возможность заранее хорошо подготовиться для приема и оказания помощи доставляемым больным.

Организация неотложной помощи непосредственно в родильных домах и акушерско-гинекологических отделениях больниц больших городов обычно не встречает затруднений. Это достигается наличием в таких учреждениях круглосуточного дежурства врачей, операционных сестер (акушерок), достаточным обеспечением инструментарием, аппаратами и т. д.

В отношении дежурного персонала можно остановиться на следующих моментах:

1. Ответственным дежурным большого родильного дома, особенно при наличии гинекологического отделения, должен назначаться опытный акушер-гинеколог, владеющий техникой всех акушерских и основных гинекологических операций. В тех родильных домах, где одновременно несут дежурство два врача и более, один из них может быть квалифицированным акушером; другой в этом случае должен владеть оперативной техникой при гинекологических заболеваниях.

2. Наиболее квалифицированные врачи родильного дома, включая заместителя главного врача по медицинской части и заведующих акушерско-гинекологическими отделениями, должны поочередно (посуточно) назначаться дежурными консультантами, с тем чтобы дежурный врач имел возможность в любое время позвонить консультанту домой по телефону, а в случае необходимости и вызвать его в родильный дом. Последнее не исключает консультации с главным врачом. Весьма целесообразно, чтобы консультант перед уходом домой после окончания своей обычной работы обошел вместе с дежурным врачом родовое отделение (предродовые и родовые палаты).

Заранее должен быть обеспечен транспорт консультанта в родильный дом в любое время суток.

В некоторых городах эта функция возложена на общегородскую организацию «Скорой медицинской помощи».

3. У врачей родильных домов нередко возникает надобность в консультации врачей других специальностей, которых нет в штате медицинского персонала родильного дома: хирурга, невропатолога, офтальмолога и т. д.

Иногда необходимость такой консультации вызывается срочными показаниями, а вызвать консультанта, особенно в ночное время, не всегда возможно.

Урегулировать этот вопрос в организационном отношении также обязаны городские органы здравоохранения, прикрепляя для таких надобностей родильные дома к находящимся вблизи их больницам, организуя в общегородском или районном масштабе дежурство на дому врачей некоторых специальностей и т. д.

4. В крупных акушерско-гинекологических стационарах желательно иметь возможность производить срочные лабораторные анализы в ночное время.

В каждом городском родильном доме должны иметься наборы стерильных инструментов для срочного производства операций по показаниям со стороны матери и плода, а также системы для переливания крови. Это касается операции наложения акушерских щипцов, плодоразрушающих операций, осмотра шейки в зеркалах и зашивания разрыва шейки матки и др.

Должна быть обеспечена возможность немедленного производства абдоминального кесарева сечения, необходимость которого иногда диктуется жизненными показаниями (сильное кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, при центральном предлежании детского места, при разрыве матки и др.). То же в полной мере относится и к операции по поводу внематочной беременности.

Все должно быть организовано так, чтобы на подготовку к срочной операции затрачивалось бы не больше времени, чем это необходимо для обработки рук врача к операции.

Аналогичное положение должно быть создано и в гинекологических стационарах.

Врачу акушеру-гинекологу весьма часто приходится вести борьбу с маточным кровотечением, особенно у беременных и в процессе родов. Кровопотеря до настоящего времени является одной из основных причин материнской смертности.

В условиях работы городских родильных домов внутривенное переливание крови и ее заменителей, как правило, может быть произведено своевременно и в достаточном количестве благодаря постоянному наличию в учреждении запаса крови. Однако в практике родильных домов иногда возникает срочная необходимость в доставке крови ввиду быстрого использования хранящегося запаса (потребности в резусотрицательной крови и т. д.).

В общегородском масштабе все должно быть организовано таким образом, чтобы по звонку дежурного врача автомашина скорой помощи доставила бы в родильный дом в необходимом количестве нужную кровь в течение ближайших минут.

Не всегда внутривенное переливание крови при кровопотере, осложненной травматическим, операционным шоком, а также гемодинамическими нарушениями, дает хороший результат. При резких степенях анемизации и угасании функции сердечно-сосудистой системы наиболее эффективным может оказаться артериальное переливание крови. Внедрение этого метода в практику крупных городских родильных домов является совершенно обязательным.

Особенности организации неотложной акушерско-гинекологической помощи в областных, краевых и республиканских больницах вытекают из специфичности задач, стоящих перед этими учреждениями. В их обязанности входит оказание неотложной медицинской помощи не только в самом учреждении, но и непосредственно на месте, путем выезда (выле-

та) специалиста областной больницы в районы области. Наличие в составе областных, краевых и республиканских больниц санитарной авиации и парка автомашин дает возможность безотказно осуществлять любую срочную медицинскую помощь в районах, в том числе и акушерско-гинекологическую. Если в составе бортврачей санитарных авиастанций имеются акушеры-гинекологи, то выезд (вылет) данного специалиста не вызывает никаких затруднений.

В противном случае очень четко должна быть продумана система, при которой на привлечение врача-специалиста для выезда не затрачивалось бы много времени (установление графика поддежурств на случай вызова и др.).

Наличие на санитарных автостанциях соответствующих наборов инструментов, аппаратов и т. д. совершенно обязательно. При выезде акушера-гинеколога в обязательном порядке должна быть взята и кровь для переливания. Исключение допускается лишь при твердой уверенности в наличии крови на месте, когда вызов исходит из лечебного учреждения, где имеется пункт переливания крови.

Одной из первостепенных задач областной больницы является повышение квалификации врачей периферийных учреждений путем использования различных форм и методов этой работы.

Непосредственно в стенах областной больницы надо как можно чаще предоставлять районным акушерам-гинекологам, находящимся на курсах, возможность производить операции, особенно неотложные. Выезжая для производства операции в район, акушер-гинеколог областной больницы должен привлекать районного акушера к участию в операции в качестве ассистента или предоставлять ему возможность оперировать самому.

Ознакомление с деятельностью ряда областных и краевых больниц показало, что частота экстренных выездов акушеров-гинекологов в различные районы областей и краев в значительной мере была прямо пропорциональна квалификации акушеров-гинекологов этих районов.

Чем чаще районный акушер-гинеколог будет сам оперировать, тем реже он будет нуждаться в помощи областного специалиста и тем лучше будут исходы операции в связи с более ранним оказанием помощи.

Хирургическая помощь при внематочной беременности, как и при некоторых других осложнениях, должна оказываться в районных учреждениях. Женщину с внематочной беременностью не следует транспортировать в областные больницы, если только перевоз ее в районный центр не составляет больших затруднений, чем в областной.

К числу мероприятий областной больницы, в известной мере связанных с оказанием неотложной помощи, следует отнести также организацию консультативного бюро, что позволит врачам районов в любое время суток получить консультацию специалиста по возникшим вопросам диагностики и терапии.

Острая кровопотеря и борьба с ней

В акушерско-гинекологической практике острая кровопотеря встречается довольно часто и среди причин материнской смертности занимает одно из первых мест как в нашей стране, так и за рубежом. По данным официальной государственной статистики США, смертность от кровотечения в 1945 г. составляла 43,7% от всех случаев материнской смер-

ности, в 1946 г. — 41,7%, в 1947 г. — 30,8%. 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.

При современном уровне наших знаний мы не можем мириться с тем, что человек, обладающий полноценной нервной системой, здоровым сердцем и легкими, гибнет только потому, что произошла большая кровопотеря, нарушившая нормальную деятельность этих органов.

Острая кровопотеря наблюдается при внематочной беременности, предлежании и преждевременной отслойке плаценты, задержке детского места или его частей в полости матки во время родов, при атонии и гипотонии матки, травмах родовых путей, пузырьном заносе, неполном выкидыше и ряде других заболеваний.

При указанных патологических состояниях острая кровопотеря нередко сочетается с шоком, особенно при наличии травмы или оперативных вмешательств, причем кровопотеря обычно является ведущим патологическим фактором.

У некоторых больных, в частности при разрывах матки и оперативных вмешательствах, мы встречаемся с развившимся шоком при наличии умеренного или даже незначительного кровотечения.

После длительных и тяжелых оперативных вмешательств в гинекологической практике может развиваться послеоперационный шок, который является по существу типичным травматическим шоком.

Теории патогенеза травматического шока, предложенные зарубежными авторами (теория акапнии Гендерсона, эмболическая теория Портера, теория токсемии Кеянона—Бейлиса—Кею, теория кровопотери и др.), являются односторонними и не раскрывают сущности патогенеза шока.

Советские ученые (Н. Н. Бурденко, Э. А. Асратян, И. Р. Петров, А. В. Вишневский, П. Н. Веселкин, В. В. Бабук и др.), исходя из учения Сеченова—Павлова—Введенского, своими исследованиями доказали обоснованность неврогенной теории шока. Подтверждая нервно-рефлекторный механизм развития шока, они установили, что под влиянием нервно-болевых импульсов из места шокогенной травмы происходит возбуждение, переходящее затем в запредельное или парабютическое торможение нервной системы и приводящее к дезорганизации важнейших функций организма.

А. В. Вишневский рассматривает травматический шок как результат перераздражения нервной системы потоком нервно-болевых импульсов, вследствие чего наступает комплекс нервно-дистрофических расстройств, приводящих к глубоким нарушениям гемодинамики и обмена веществ.

И. П. Павлов в одной из своих работ, говоря о рефлекторном происхождении шока, рассматривает его как явление торможения нервной системы.

Он пишет: «...влияние операции является издавна действующим влиянием. В этих случаях, особенно в прежние времена, часто прибегали к неопределенному слову „ш о к“. К настоящему времени развивается более конкретное представление об этом явлении. Занимающее нас явление рассматривается как явление торможения и, следовательно, ставится в один ряд с определенными физиологическими явлениями»¹.

Э. А. Асратян и И. Р. Петров на основании экспериментальных исследований и клинических наблюдений пришли к заключению, что

¹ И. П. Павлов. Полное собрание трудов. Т. 5. М., 1949, стр. 247—248.

в торпидной фазе шока в центральной нервной системе развивается запредельное торможение, которое, по Павлову, обладает охранительным целебным действием.

Э. А. Асратян считает, что ведущим моментом патогенеза шока является истощение коры головного мозга. Он показал, что импульсы с места травмы попадают в кору головного мозга и быстро приводят к ее истощению, что в свою очередь ведет к развитию в ней запредельного торможения, носящего охранительный характер. Торможение коры приводит к потере ее регулирующего влияния на подкорку и тем самым к развитию ряда вегетативных расстройств с последующей дезорганизацией важнейших физиологических соотношений организма.

В своей схеме порочного круга при шоке Э. А. Асратян указывает на три основных взаимодействующих фактора, играющих роль в развитии шока: 1) изменения в центральной нервной системе; 2) изменения гемодинамики; 3) изменения химизма крови. Изменения в нервной системе усиливают изменения в гемодинамике и химизме крови, а изменения химизма крови находятся в зависимости от нервного фактора и в свою очередь влияют на него, усиливая изменения со стороны центральной нервной системы.

Важное значение в развитии шока, по мнению И. Р. Петрова, принадлежит потоку патологических импульсов в центральную нервную систему и с рецепторных образований сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также кислородному голоданию в результате наступившей сердечно-сосудистой недостаточности.

Клиническая картина шока ярко описана Н. И. Пироговым в 1852 г. Симптомы шока следующие: резкое угнетение психики, апатия, безучастность к окружающему при сохранении сознания у больного, угнетение центров нервной и сердечно-сосудистой системы, малый, частый пульс, бледность покровов, холодный пот, падение температуры, падение кровяного давления. Указанные симптомы сопровождаются кислородным голоданием тканей (гипоксия), олигурией и анурией. Одновременно наблюдаются увеличение количества эритроцитов, уменьшение количества плазмы крови, нарушение обмена веществ и ацидоз. Сознание при этом обычно сохраняется.

Травматический шок развивается в результате перераздражения нервной системы с последующим нарушением гемодинамики и падением всех жизненных функций организма.

В основе травматического шока лежат психоневрогенные факторы, потрясение психики и сильное раздражение периферических окончаний чувствительных нервов.

Как известно, кровопотеря, переутомление, длительное голодание предрасполагают к развитию шокового состояния.

При шоке первичным является перераздражение центральной нервной системы импульсами, идущими с периферии. При коллапсе же, обусловленном острой кровопотерей, вначале происходит нарушение гемодинамики, а затем уже возникают изменения в центральной нервной системе.

В практической деятельности врач акушер-гинеколог чаще всего встречается с сочетанием острой кровопотери и шока, причем превалирует то одно, то другое патологическое состояние.

По клинической картине принято различать три степени шока. При наиболее легкой, первой степени шока наблюдается снижение максимального артериального давления до 105—90 мм ртутного столба, пульс учащается, становится мягким, кожные покровы бледнеют, могут наблюдаться кратковременные полубормочные состояния. При шоке

второй степени максимальное артериальное давление снижается до 70 мм ртутного столба и ниже, пульс становится частым, малым, появляется резкая бледность кожных покровов и заторможенность. Наиболее тяжелое состояние больных наблюдается при третьей степени шока, когда в результате наступивших изменений в функциях центральной нервной системы имеет место общая заторможенность, резкая бледность лица. Пульс едва прощупывается, максимальное артериальное давление падает ниже 60 мм ртутного столба. Температура тела понижается до 36° и ниже, на лице выступает холодный пот.

Советские ученые предлагают делить шок не на три, а на четыре степени в зависимости от уровня артериального давления: первая степень — максимальное артериальное давление 90 мм и выше, вторая степень — 70—90 мм, третья степень — 50—70 мм, четвертая степень — ниже 50 мм. И. Г. Руфанов и др. указывают, что подобная классификация является более правильной.

Вопрос о том, что преобладает в данном конкретном случае — острая кровопотеря или шок, не всегда может быть сразу разрешен. Врач акушер-гинеколог, встречаясь чаще всего с острой кровопотерей, должен прежде всего помнить об опасности кровотечения, направить свое внимание на правильную постановку диагноза и принять все меры к остановке кровотечения.

Проблема шока в акушерстве мало разработана, и большинство акушеров не ставят диагноз шока даже при разрывах матки, связывая клиническую картину только с острой кровопотерей.

В своих работах В. А. Покровский показывает, что у ряда больных при акушерской патологии имеет место травматический шок. Наличие внутрибрюшного кровотечения создает предпосылки для развития шока. Организм женщины является особенно чувствительным к кровопотере, иногда даже и небольшой, если ей предшествует нервно-болевого фактор (разрыв матки, разрыв беременной трубы и т. д.).

Хорошо, например, известно, что «инсульт» при внематочной беременности ведет к погружению больной в состояние прострации; она лежит бледная, с нитевидным пульсом, не жалуется, не стонет, ни на что не реагирует.

Подобное состояние обуславливается процессом торможения функции коры больших полушарий и объясняется присоединением к кровопотере шокового состояния.

Одним из характерных признаков шока является падение кровяного давления с одновременным учащением пульса и его слабым наполнением. Подобные симптомы имеют место и при острой кровопотере, что сближает клиническую картину шока с картиной острой анемии. Сходство клинической картины шока и острой кровопотери привело к тому, что некоторые авторы геморрагический коллапс, т. е. коллапс, наступающий после большой кровопотери, отождествляют с шоком [Н. Д. Стражеско, Г. Эппингер, Девис (Davis) и др.].

Для более наглядного сопоставления явлений, развивающихся при обмороке, шоке и коллапсе, приводим дифференциальную таблицу по И. Г. Руфанову, несколько видоизмененную нами применительно к акушерству и гинекологии (табл. 1).

В патогенезе кровопотери имеет большое значение уменьшение количества циркулирующей крови. Гемодинамические расстройства, которые имеют место при кровопотере, выражаются в падении артериального и венозного давления, уменьшении объема циркулирующей крови, понижении скорости кровотока. Значительная потеря эритроцитов вызывает кислородное голодание тканей. Гипоксия и связанный с ней ацидоз ска-

Дифференциальная таблица обморока, коллапса и шока

	Причина	Внешний вид больной, состояние сознания и чувствительности	Состояние сосудов, сердца и дыхания	Изменения крови	Изменение температуры	Патогенез
Обморок	Внезапное и сильное воздействие на организм страха или боли; быстрое и неравномерное распределение крови (вставание с постели)	Предвестники: шум в ушах, мелькание перед глазами, головокружение. Полная потеря сознания и чувствительности, бледность, общая слабость, холодный пот	Пульс ускорен, иногда слаб, сердечная деятельность ослаблена	Наблюдаются	Понижена	Острая анемия мозга
Коллапс	Значительная потеря крови, инфекция (сепсис), рефлекторные влияния (перфорация тубоовариальных опухолей, разрыв беременной трубы)	Бледность, цианоз, холодный пот, расширенные зрачки. Сознание затемнено, иногда сохраняется до самой смерти	Частый, слабый пульс. Падение артериального давления	•	•	Острая слабость сердца или резкое понижение сосудистого тонуса
Шок	Внезапное и сильное действие травмы (разрыв матки, операция при недостаточном обезболивании и др.). Стремительное воздействие психической травмы на истощенный организм и утомленную нервную систему	Сознание сохранено. Неподвижное выражение лица, глубоко запавшие глаза, безразличный взгляд, серо-пепельный цвет кожи, холодный липкий пот. Тошнота, иногда рвота, икота	Пульс едва ощущаем, нитевидный, слабый, но всегда прощупывается. Резкое падение артериального давления. Дыхательные экскурсии замедлены	Травматическое сгущение крови—увеличение количества эритроцитов, лейкоцитов, гемоглобина. Повышение вязкости крови, ее ацидоза. Уменьшение общего объема крови. Понижение до минимума общего обмена веществ в организме	Резкое понижение (на 2°)	Истощение нервных центров вследствие их перераздражения

зываются на функции центральной нервной системы. Вначале возникает ее возбуждение, а затем торможение.

И. П. Павлов в своих работах по физиологии кровообращения обосновал учение о нервнорефлекторной саморегуляции кровообращения. Великий физиолог усматривал основу этой саморегуляции в рефлекторной взаимосвязи всех частей сердечно-сосудистой системы, а в нервной системе — тот механизм, который объединяет отдельные звенья сложного аппарата кровообращения в единое целое. Из рецепторных полей сосудистой системы к нервным центрам, сердцу и самим сосудам непрерывно поступают импульсы, тонизирующие их активность.

Исследованиями К. М. Быкова и его сотрудников установлено, что кора головного мозга может изменить как деятельность самого сердца, так и тонус периферических сосудов. К. М. Быков пишет: «Органы кровеносной системы больше всего участвуют в создании условий, обеспечивающих быструю перестройку организма как целого в окружающей среде».

В ответ на острую кровопотерю организм мобилизует компенсаторные механизмы. Под воздействием коры головного мозга создается координированная реакция физиологических систем, помогающая организму приспособиться к новым, патологическим условиям кровообращения и обмена. В кровяное русло поступает жидкость из тканевых пространств, возмещающая 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 приспособляется к новым условиям (учащается ритм сердечных сокращений).

Благодаря регулирующему влиянию коры головного мозга кровеносная система очень чутко и координированно реагирует на изменения гемодинамики и обмена.

И. П. Павлов в своих классических трудах по кровообращению показал, что сосудистая система обладает «аккомодационной способностью» и кровопускание, равное 1,5% веса тела, легко компенсируется организмом.

Однако нормальный уровень кровяного давления удерживается благодаря аккомодационной способности в организме лишь в том случае, если потеря крови не превышает известного предела. Организм располагает очень большими компенсаторными возможностями, но они не беспредельны, и после определенной величины кровопотери происходит падение кровяного давления.

И. Р. Петров указывает на две фазы кровопотери. Первая фаза — фаза компенсированной кровопотери, при которой появляется бледность кожных покровов, тахикардия, небольшая одышка, но кровяное давление не падает; вторая фаза — фаза декомпенсированной кровопотери, при которой происходит падение кровяного давления.

При небольшой кровопотере кровяное давление почти не изменяется, быстро восстанавливаясь благодаря вазомоторной реакции, деятельности сердца и мобилизации депонированной крови. Заметная мобилизация крови наблюдается и при умеренной кровопотере. Однако при большой угрожающей кровопотере наблюдается депонирование крови, вследствие чего в организме сохраняются значительные массы ее. «Эта рефлекторная реакция, — пишет А. В. Гуляев, — выработана в процессе филогенеза как защитное приспособление».

Экспериментальные исследования и клинические наблюдения А. В. Гуляева показывают, что при самых больших, острых кровопоте-

рых не наступает полного обескровливания организма; количество остающихся при этом эритроцитов почти достаточно для минимальной жизнедеятельности организма, если обеспечена их циркуляция.

Исследуя объем циркулирующей крови у больных с острой кровопотерей, А. В. Гуляев имел возможность убедиться, что жизнь еще сохраняется при наличии в циркуляции приблизительно 10 мл эритроцитной массы на 1 кг веса тела, если не нарушена компенсаторная реакция организма.

Хотя компенсаторные реакции и велики, но они имеют свой предел. При достижении предельного падения массы эритроцитов, если кровопотеря не будет возмещена путем переливания крови, наступает смерть, если она не наступила раньше из-за расстройства циркуляции.

Под декомпенсированной кровопотерей понимают потерю патофизиологической реакции на кровотечение, нарушение координированного, закономерного характера этой реакции. Декомпенсация наступает при тяжелой кровопотере, при повторных массивных кровотечениях и при наличии соответствующих отягчающих моментов: травмы, голодания, сопутствующих патологических процессов, некоторых психических факторов.

При наиболее тяжелой острой кровопотере нарушаются все компенсаторные механизмы.

Если потеря крови достигает величины, которую организм не в состоянии компенсировать, то нарушается снабжение органов и тканей кровью и кислородом, возникает гипоксия и накопление углекислоты в крови и тканях, изменяется обмен веществ. Центральная нервная система и особенно кора головного мозга наиболее чувствительны к кислородному голоданию. При профузном кровотечении с рецепторов сосудистой системы устремляется поток раздражений к коре головного мозга; в результате этого возбуждение, развившееся вначале при большой кровопотере, сменяется торможением (И. Р. Петров). Глубокое торможение, очевидно, парабактерического характера, с коры головного мозга распространяется на подкорковую область, сосудодвигательные центры с последующими расстройствами кровообращения, депонированием крови со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При большой декомпенсированной кровопотере в результате кислородного голодания в коре головного мозга возникает запредельно-охранительное торможение, нарушение корковой регуляции физиологических функций. В условиях продолжающегося кислородного голодания охранительное торможение становится недостаточным и наступает истощение центров головного мозга, а в дальнейшем деструктивные изменения, которые делают уже невозможным восстановление функций коры головного мозга.

Как показывают клинические наблюдения, кора головного мозга способна переносить полную анемию 5—6 минут, в течение которых еще возможно полностью восстановить ее функции. Экспериментируя на животных, Э. А. Асратян наблюдал восстановление жизненных функций и после 20-минутной анемизации мозга. Деятельность более низших отделов мозга, в частности продолговатого, сохраняется еще дольше.

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 максимальном артериальном давлении ниже 50 мм нарушается деятельность коры головного мозга.

Определяя величину потери крови, угрожающей жизни, разные авторы приводят различные цифры — от 30 до 75 % всего количества крови.

Это объясняется прежде всего тем, что при кровопотере имеет значение не столько количество потерянной крови, сколько состояние организма в момент кровопотери и способность его компенсаторных механизмов, а также интенсивность кровотечения. Тяжесть кровопотери усугубляется также голоданием, утомлением и особенно травмой. Исходя из этого, врач акушер-гинеколог должен учитывать не только величину кровопотери, но тяжесть состояния больной.

Острая кровопотеря вследствие обеднения сосудистого русла и сердца жидкостью сопровождается расстройством кровообращения, что прежде всего сказывается в резком падении артериального давления. Значительное уменьшение количества эритроцитов сильно снижает дыхательную поверхность крови, что вызывает вначале явления гипоксемии, а затем аноксемии в организме больной.

Клинически декомпенсация кровообращения проявляется в резкой бледности кожных покровов и видимых слизистых, в частом, еле прощупываемом пульсе, частом поверхностном дыхании. Больная имеет осунувшийся вид, временами теряет сознание, покрывается холодным потом, испытывает сильную жажду; наблюдается тошнота, рвота. Артериальное давление падает; снижение его уровня до 80 мм ртутного столба указывает на угрожающее состояние больной.

При продолжающемся кровотечении или несвоевременном принятии мер по борьбе с острой кровопотерей у больной может развиваться преагональное и затем агональное состояние, переходящее в клиническую смерть. Преагональное состояние, агония и клиническая смерть относятся к крайним, конечным стадиям умирания организма и получили название терминальных состояний.

У больных с преагональным состоянием наблюдается резкая бледность кожных покровов с сероватым оттенком, выраженный акроцианоз, который является следствием падения тонуса периферических сосудов. Сознание затемнено или полностью отсутствует, зрачки расширены и вяло реагируют на свет; дыхание бывает поверхностное, временами прерывистое и редкое; периферический пульс едва ощущается или не прощупывается совершенно, максимальное артериальное давление совсем не определяется или бывает ниже 50 мм ртутного столба. Кислородное голодание и ацидоз резко выражены. К преагональному состоянию относят также четвертую стадию торпидной фазы травматического шока.

Агония характеризуется крайне тяжелым, бессознательным состоянием, отсутствием глазных рефлексов и реакций на внешние раздражения. Наблюдается непроизвольное отхождение мочи и кала. Сердечная деятельность резко нарушена: отмечается брадикардия, глухие тоны; пульс на периферических сосудах и артериальное давление не определяются; биение пульса можно ощущать лишь на сонной артерии. Дыхание становится редким, судорожным. Все это указывает на выключение высших отделов центральной нервной системы. Регуляция дыхания и деятельности сердечно-сосудистой системы в этом состоянии осуществляется продолговатым мозгом, который является наиболее устойчивым к кислородному голоданию. В период агонии в процессах обмена веществ начинает преобладать гликолиз, в организме бывает значительно выражен ацидоз.

В настоящее время из прежнего недифференцированного представления о смерти выделено новое понятие — о клинической смерти как о промежуточном, обратимом этапе умирания, который, наступая в момент прекращения сердечной деятельности и дыхания, переходит через некоторое время в истинную биологическую смерть.

В период клинической смерти отсутствуют внешние признаки жизни — сердечная деятельность и дыхание, однако в тканях организма еще сохра-

няются обменные процессы, не подчиняющиеся влияниям центральной нервной системы и протекающие на низком уровне. Интероцептивные реакции, в частности артериальная рецепция, угасают значительно позднее, чем центральная нервная система, что имеет большое значение при выведении организма из терминального состояния.

Продолжительность клинической смерти в обычных условиях не превышает 5—6 минут. После этого срока наступает биологическая смерть.

Клиническая практика показывает, что восстановление жизненных функций организма находится в прямой зависимости от продолжительности и характера предшествующего периода умирания. Если клиническая смерть наступила очень быстро при острой кровопотере, которой не предшествовало тяжелое состояние больной, оживление организма происходит успешнее. Если же происходило длительное умирание организма, впавшего в терминальное состояние, то и в первые минуты клинической смерти и даже при агонии не всегда удается восстановить жизненные функции организма. Это объясняется тем, что при длительном умирании вследствие острой кровопотери и шока необратимые изменения в органах могут развиваться до прекращения дыхания и кровообращения. Так, деятельность коры головного мозга нарушается уже при максимальном артериальном давлении, равном 50 мм; необратимые нарушения в коре головного мозга наступают не только при полной ее анемизации, но и при длительном кислородном голодании с расстройством кровообращения.

Из сказанного ясно, что борьба с острой кровопотерей должна начинаться как можно раньше, до наступления терминальных состояний или, если они уже развиваются, на ранних этапах их развития.

БОРЬБА С ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ

Острая кровопотеря, особенно в акушерской практике, может угрожать здоровью и жизни женщины, а поэтому требует принятия немедленных и решительных мер. Первым мероприятием обычно является остановка кровотечения, а затем следует борьба с острой кровопотерей. Однако эти действия должны сочетаться, а не быть последовательными этапами. Если сначала только останавливать кровотечение, а затем приступать к борьбе с кровопотерей, то женщина может впасть в очень тяжелое состояние или даже погибнуть прежде, чем ей начнут переливать кровь и проводить другие мероприятия, направленные на возмещение крови. Кроме того, при значительном обескровливании организма происходит спазм периферических сосудов, уменьшается их наполнение кровью и пункция даже хорошо развитых вен не удается. В спешке врач травмирует сосуды при многократных попытках произвести пункцию вены, теряет много драгоценного времени, когда важна каждая минута, а затем приступает к венесекции. Если же своевременно начинают внутривенное введение кровезаменителей или крови, то всех этих осложнений можно избежать.

Поэтому, если кровопотеря превышает 500—700 мл или если наступает ухудшение общего состояния, падение пульса и артериального давления при потере меньшего количества крови, следует немедленно приступать к внутривенному введению крови или кровезаменителей. Особенно важно своевременно начинать трансфузию крови у женщин ослабленных, а также при повторных кровопотерях, учитывая прежде всего общее состояние больной. Хорошо известно, что у некоторых женщин кровопотеря в 500—600 мл может привести к наступлению тяжелейшего состояния, вплоть до агонии.

Особенно важно учитывать общее состояние женщины при кровотечениях, связанных с предлежанием плаценты, а также при наличии позднего токсикоза беременности. В подобных случаях следует предусмотреть необходимость переливания крови и заранее обеспечить его возможность, не дожидаясь, пока у больной разовьется тяжелое состояние в результате острой кровопотери.

Бывшие ранее повторные кровопотери при предлежании плаценты, возможность последующей кровопотери заставляют врача быть особенно настороженным при данной акушерской патологии и одновременно с мероприятиями, направленными на остановку кровотечения, проводить борьбу с острой кровопотерей. Переливание крови при предлежании плаценты следует производить при отсутствии кровотечения в данный момент и при удовлетворительном общем состоянии беременной или роженицы, если содержание гемоглобина ниже 10 г% (60 единиц) и максимальное артериальное давление 100 мм и ниже.

При поздних токсикозах беременности, как показала Р. Г. Бакиева, сосудистый тонус подвергается резким изменениям, становится неустойчивым. Поэтому кровопотери во время беременности, родов и в послеродовом периоде при такой выраженной лабильности сосудистого тонуса могут сопровождаться более тяжелыми последствиями, чем у женщин с нормальным сосудистым тонусом. Вазомоторный коллапс наиболее часто наступает при поздних токсикозах беременности в последовом и особенно в раннем послеродовом периоде.

Таким образом, не столько величина острой кровопотери, сколько общее состояние больной должно указывать на необходимость применения лечебных мероприятий, направленных на борьбу с острой кровопотерей.

Реакция организма на острую кровопотерю связана и с интенсивностью кровотечения: чем сильнее кровотечение, чем больше объем теряемой крови за короткий период времени, тем тяжелее это отражается на состоянии больной даже при кровопотере, не превышающей 500—600 мл. Акушеры-гинекологи не всегда учитывают это, в результате чего иногда смерть женщины от кровопотери наступает вследствие несвоевременно произведенной гемотрансфузии.

При острой кровопотере наиболее эффективным методом терапии является переливание крови. Помимо цельной крови, могут быть применены плазма и сыворотка, которые благодаря своим коллоидным свойствам являются хорошими кровезаменителями, содержат легкоусвояемые и необходимые организму питательные вещества, антитела и гормоны. Плазма в отличие от сыворотки содержит фибриноген, имеющий большое значение в процессе свертывания крови. Исходя из этого, плазму применяют при кровотечениях и с целью гемостаза в количестве 30—100 мл.

Плазму и сыворотку используют при невозможности произвести переливание крови. С целью же гемостаза трансфузия плазмы более целесообразна, чем вливание крови.

При переливании плазмы и сыворотки не имеет значения групповая принадлежность донора и реципиента, а также наличие резус-совместимости, что также играет немаловажную роль в практической деятельности врача при оказании срочной помощи женщине с острой кровопотерей.

В борьбе с острой кровопотерей издавна широко применяются солевые кристаллоидные растворы: физиологический раствор поваренной соли, 5% раствор глюкозы и др. Имеются специальные растворы, содержащие сложную смесь солей, которая по составу приближается к солевому составу человеческой плазмы (жидкость Рингер-Локка, нормозол, солевой

инфузин ЦОЛИПК, раствор ЛИПК № 3 и др.), а также специальные противошоковые жидкости, представляющие сложные смеси, содержащие глюкозу, спирт или наркотические вещества (жидкости Попова, Сельцовского, Асратяна и др.).

Кристаллоидные растворы быстро покидают кровяное русло, вследствие чего их введение сопровождается кратковременным клиническим эффектом, длящимся не более 2—3 часов. Поэтому эффект, полученный от введения кристаллоидных растворов и различных противошоковых жидкостей, особенно при большой кровопотере, следует закрепить последующим переливанием крови.

Плазмозамещающие растворы с составными частями крови представляют смесь кристаллоидных растворов с небольшими количествами крови, плазмы или сыворотки. При добавлении к 100 частям солевого раствора 10 частей крови или сыворотки раствор становится коллоидным и эффективность при его введении возрастает, так как он удерживается в кровяном русле более длительное время.

Наиболее распространенными коллоидно-солевыми растворами являются: жидкость Петрова — гипертонический солевой раствор ЛИПК № 3 с добавлением к нему консервированной крови из расчета 1 часть крови, 10 частей раствора; серотрансфузин ЦИПК — смесь 4 частей глюкозо-солевого раствора с 1 частью человеческой сыворотки. Применяется серотрансфузин в количествах от 250 до 1000 мл.

В Советском Союзе применяются при шоке и острой кровопотере растворы, приготовленные из сыворотки крупного рогатого скота. К ним относятся: лечебная сыворотка Белянского (ЛСБ), содержащая 7,2% белка и не полностью лишенная антигенных свойств, что может приводить к анафилактическим реакциям; плазмозамещающий раствор БК-8 Киевского института переливания крови (В. А. Белицер и К. И. Каткова), который представляет собой коллоидный белковый препарат, почти полностью лишенный антигенных свойств. Раствор БК-8 применяется для лечения больных с острой кровопотерей и для белкового парентерального питания.

Наилучшими кровезаменителями в настоящее время считаются синтетические коллоидные растворы. При введении их в вену они на длительный срок задерживаются в кровяном русле и способствуют мобилизации депонированной крови. Из синтетических коллоидных плазмозамещающих растворов в клинической практике получили распространение отечественные препараты типа декстрана — синкол и полиглокин.

Синкол — высокомолекулярный, прозрачный, слабо опалесцирующий бесцветный раствор, слегка вспенивающийся при взбалтывании, получается путем бактериологического синтеза из сахара. Синкол при введении его после большой острой кровопотери способствует быстрому увеличению объема циркулирующей крови.

Длительное пребывание синкола, обладающего высокими коллоидно-осмотическими свойствами, в сосудистой системе способствует восстановлению объема циркулирующей крови и стабилизации его на срок, необходимый для активации собственных компенсаторных сил организма. Вливание синкола приводит к нормализации функциональной деятельности центральной нервной системы и к усилению собственных компенсаторных сил организма.

Синкол применяется при острых кровопотерях и шоковых состояниях и вводится как струйным, так и капельным методом в количестве от 250 до 1000 мл и более. При необходимости вводить большие количества первые порции вливают струйно, а затем переходят на капельное введение.

Полиглюкин является 6% коллоидным раствором высокомолекулярного соединения — полимера глюкозы и с успехом применяется при всех видах шока. При острых больших кровопотерях после введения полиглюкина следует сделать трансфузию крови. Количество вводимого полиглюкина на одно вливание может быть 500—1000 мл и более.

При введении растворов типа декстрана артериальное давление повышается быстрее, чем при введении плазмы и цельной крови.

Методы трансфузии, количество переливаемой крови, использование различных кровезамещающих растворов связаны с тем, остановлено кровотечение или оно продолжается, какова степень кровопотери, в каком состоянии находится больная в данный момент и каково было состояние ее до кровопотери.

Внутривенное переливание крови и введение кровезамещающих растворов широко применяются при острой кровопотере. До остановки кровотечения трансфузию крови производят капельным методом, переходя после остановки его к струйному введению крови. При тяжелом обескровливании больной первые 250 мл крови можно вводить струйным методом и при неостановленном кровотечении. Плазмозаменители лучше вводить капельным методом, а после поднятия максимального артериального давления до 80 мм ртутного столба следует переходить на подкожное введение растворов. Количество вводимых в вену крови и кровезамещающих растворов должно быть таким, чтобы было достигнуто восстановление нарушенных компенсаторных механизмов и состояние больной стало удовлетворительным или хорошим. Вполне понятно, что чем больше кровопотеря, тем большее количество крови и кровезаменителей потребуются для трансфузии.

А. Н. Филатов при трансфузиях у больных с острой кровопотерей рекомендует следующий образ действий.

Легкая степень кровопотери при остановленном кровотечении составляет около 15% всей массы крови (750—1000 мл) и требует переливания крови или эритроцитной взвеси в количестве 250—500 мл. В подобных случаях кровь может быть заменена любыми кровезамещающими растворами.

Средняя степень кровопотери при остановленном кровотечении составляет около 25% всей массы крови (1,5—2 л) и требует быстреего переливания крови или эритроцитной массы в количестве 750—1000 мл. При такой кровопотере вполне возможно добиться полного успеха, заменяя кровь кровезамещающими растворами. Предпочтение следует отдать коллоидным растворам типа декстрана или белковым растворам. При отсутствии их можно применять обычные глюкозо-солевые растворы в дозах до 1—1,5 л. Начиная со следующего дня и затем через 2—3 дня больным с такой кровопотерей следует производить повторные трансфузии крови и эритроцитной массы.

Тяжелая степень кровопотери при остановленном кровотечении составляет 50% всей массы крови (2,5—3 л) и требует немедленного переливания крови или эритроцитной массы в количестве до 3,5 л. Вначале трансфузия производится струйным методом, а после стойкого повышения артериального давления выше 80 мм ртутного столба переходят на капельное введение крови (рис. 1—3).

Как дополнение к переливанию крови или как временное мероприятие до получения консервированной крови, следует вливать плазму, синтетические кровезаменители (полиглюкин, синкол или белковые растворы (БК-8, ЛСБ) в дозах до 1000 мл.

При недостатке крови следует вливать жидкость И. Р. Петрова, значительно разведенную кровью и плазмой, гидролизин Л-103 с добавлением

плазмы или крови в количестве 10—20%, серотрансфузии и др. В дальнейшем таким больным ежедневно следует переливать кровь в количестве 250—500 мл. Чем больше было влито крови в первый раз, тем меньшие дозы требуются при последующих трансфузиях и тем реже их производят, учитывая состояние больной.

Приведенные указания о переливаниях крови и кровезаменителей при различных степенях кровопотери могут быть для акушеров-гинекологов известной схемой. Однако, как сказано было ранее, необходимо учитывать при борьбе с кровопотерей не только количество потерянной крови, но и ряд других факторов, принимая во внимание прежде всего общее состояние больной до настоящей кровопотери и во время ее.

В борьбе с острой кровопотерей одновременно с переливаниями крови и кровезаменителей надо проводить ряд других мероприятий: согреть больную, давать обильное питье, кислород, при остановленном кровотечении применять средства, возбуждающие сердечную деятельность; с целью уменьшения анемии мозга больной следует придать положение с опущенной книзу головой и верхней частью туловища.

Литературные данные и наши наблюдения показывают, что внутривенные переливания крови у части больных при острой кровопотере и шоке не дают эффекта. При резко ослабленной сердечной деятельности внутривенное переливание крови может оказаться неэффективным и даже принести вред (В. А. Неговский, А. Н. Бакулев, Л. С. Персианов, С. Ф. Автюхович и др.).

У больных, находящихся в преагональном и агональном состоянии, наблюдаются сильно выраженные расстройства кровообращения, резко падает сосудистый тонус, замедляется скорость кровотока, развивается патологическое депонирование крови в венозной системе и недостаточность правого сердца.

Внутривенное переливание крови при резко ослабленной деятельности сердца может привести к еще большему переполнению кровью венозной системы, создавая непосильную нагрузку для слабеющего сердца.

В акушерской практике встречаются такие случаи, когда удается возместить предельно большую потерю крови внутривенным переливанием крови и спасти больную от неминуемой гибели. Однако подобные случаи встречаются при кровопотере с ненарушенной функцией компенсаторных механизмов, когда еще сохраняется координированный закономерный характер патофизиологической реакции на кровотечение. При подобных состояниях, даже при очень низком уровне кровяного давления, сразу после внутривенного переливания крови наступает значительное улучшение общего состояния, быстрое повышение кровяного давления.

Если компенсаторные механизмы резко нарушены, внутривенное переливание крови является нецелесообразным, так как оно или сопровождается чрезвычайно медленно нарастающим положительным эффектом,



Рис. 1. Штатив с ампулами, подготовленными к переливанию крови в вену слева, в артерию — справа.

при котором кровяное давление длительное время остается на низких цифрах, что является далеко не безразличным для организма, уже пострадавшего от гипоксии, или же оказывает отрицательное действие на гемодинамику, переполняя венозную систему кровью при ослабленной деятельности сердца, и может ухудшить состояние больной.

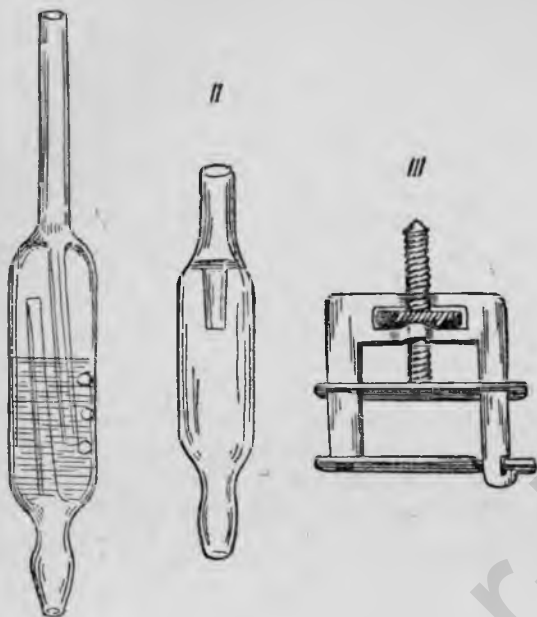


Рис. 2. Капельное переливание крови.

I — счетчик, наденасмый на открытый конец ампулы и отмечающий поступление крови в вену пузырьками воздуха, проходящего через палитку в счетчик воду; *II* — счетчик капель, помещаемый в систему между ампулой и иглой; *III* — винтовой зажим для урегулирования скорости прохождения капель.



Рис. 3. Капельное переливание крови. Счетчики капель, изображенные на рис. 2, в действии.

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ

При наличии преагонального или агонального состояния и тем более при клинической смерти в результате острой кровопотери и шока внутривенные переливания крови не могут восстановить резко ослабленной или прекратившейся сердечной деятельности.

В подобных случаях можно полагаться только на внутриартериальное переливание крови, которое является наиболее эффективным методом лечения при терминальных состояниях.

При артериальном переливании крови не происходит перегрузка малого круга кровообращения, не создается непосильная нагрузка для правого сердца, внутриартериальное переливание не ложится балластом на венозные магистраль — нижнюю полую вену и косвенным путем на воротную и верхнюю полую вену. «Уже одно это оправдывает внутриартериальное переливание при декомпенсированной кровопотере, особенно в сочетании с травматическим шоком и в таких состояниях, где внутривенное переливание может представлять опасность», — пишет А. В. Гуляев.

Помимо этого «пассивного» преимущества артериального переливания перед внутривенным, внутриартериальное переливание обладает другим механизмом действия, в основе которого лежит мощное воздей-

ствие на рецепторный аппарат артериальной стенки. Ритмическое растяжение артериальных стенок во время внутриартериального 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.

Учитывая огромное значение рефлекторных реакций в восстановлении сердечной деятельности и дыхания при внутриартериальных вливаниях, мы в 1952 г. предложили с целью усиления воздействия на артериальную рецепцию применять для внутриартериального введения 10% раствор хлористого кальция. Вполне понятно, что одно введение 10 мл 10% раствора хлористого кальция не может дать стойкого эффекта при большой острой кровопотере, и в этих случаях необходимо сочетать внутриартериальное введение крови или кровезамещающих растворов с предшествующим или последующим введением гипертонического раствора хлористого кальция. Введение последнего в артерию вызывает сильное раздражение хеморецепторов и сопровождается свечкообразным повышением артериального давления и улучшением дыхания, усиливая и ускоряя лечебный эффект от переливания в артерию крови или кровезамещающих растворов. При тяжелых формах шока, в преагональном и агональном состоянии мы начинаем внутриартериальное переливание крови или протившоковой, кровезамещающей жидкостей и сочетаем его с введением 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 30—40 мл 40% раствора глюкозы, вводя указанные растворы через прокол резиновой трубки у иглы, введенной в артерию.

При клинической смерти, помимо внутриартериального переливания крови и лекарственных растворов, применяется искусственное дыхание с помощью специальных аппаратов (В. А. Неговский).

Показаниями для внутриартериального переливания крови и кровезаменителей при острой кровопотере и шоке являются: 1) преагональное состояние, агония и клиническая смерть (при этом трансфузию начинают немедленно); 2) падение уровня максимального артериального давления при геморрагическом коллапсе и шоке ниже 70 мм.

Чрезвычайно важно внутриартериальное переливание начинать как можно раньше, не успокаивая себя тем, что артериальное давление относительно удовлетворительное. Особенно важно учитывать фактор времени при сочетании острой кровопотери и шока, помня, что состояние организма, способность его компенсаторных механизмов играет при этом решающую роль. У больных ослабленных, истощенных, резко обескровленных следует раньше прибегнуть к применению внутриартериального переливания, не дожидаясь падения уровня максимального артериального давления ниже 70 мм. В подобных случаях артериальную трансфузию необходимо начинать, когда артериальное давление прогрессивно падает или стабилизируется на уровне 70—60 мм.

У некоторых больных, бывших до этого в хорошем состоянии, при острой кровопотере и артериальном давлении ниже 60 мм можно начинать с внутривенного переливания крови. Если же после введения 250—500 мл крови не наблюдается выраженного положительного эффекта, необходимо срочно переходить на внутриартериальное переливание, будучи к нему заранее подготовленным.

Следует помнить, что при решении вопроса о показаниях к трансфузии важно учитывать не только уровень максимального артериального давления, но и разницу между минимальным и максимальным давлением, которая в норме составляет около 40 мм ртутного столба. Неблагоприятным показателем является уменьшение этой разницы, и нередко врач,

добившись при трансфузии подъема уровня артериального давления до 80/60 мм и даже до 90/70 мм, успокаивается, а затем «неожиданно» наблюдает повторное падение кровяного давления и резкое ухудшение общего состояния больной.

Для переливания крови в артерию в настоящее время чаще всего пользуются обычной ампулой или стандартной банкой типа ЦИПК, соединенной с помощью стеклянного тройника и резиновых трубок со сфигмоманометром и баллоном Ричардсона (рис. 4). Контроль за давлением в системе проводится с помощью тонометра или сфигмоманометра Рива-Роччи. При пользовании стандартной банкой резиновая трубка, идущая от стеклянного тройника, соединенного с тонометром и баллоном Ричардсона, присоединяется к стеклянной трубке с коротким концом, пропущенным через пробку. Учитывая, что переливание в артерию производится под высоким давлением, необходимо обратить внимание на создание герметичности в банке.

При пользовании одиночной резиновой грушей для создания давления в системе во время переливания крови, последнее происходит под постоянным равномерным давлением. Если при этом и наблюдаются, несмотря на ритмическое сжатие груши, колебания давления, то они чрезвычайно малы и ритмического растяжения стенок артерий не вызывают.

Такое же положение возникает и при пользовании баллоном Ричардсона (двойная резиновая груша), если давление поддерживается только подкачиванием воздуха путем ритмического сжатия одной резиновой груши. В этом случае раздутая воздухом вторая груша (см. рис. 4) смягчает толчки воздуха и поддерживает постоянное равномерное давление в системе.

С целью проведения ритмического переливания крови в артерию под меняющимся давлением, обеспечивающим поступление крови пульсирующей струей, необходимо пользоваться только баллоном Ричардсона. Кроме того, следует производить сильное ритмическое сжатие раздутой предварительно второй резиновой груши (см. рис. 4), что обеспечивает большие колебания давления в системе, и кровь поступает в артерию действительно пульсирующей струей. Для того чтобы колебания давления были достаточны, не следует вначале сильно раздувать воздухом вторую грушу, подкачивая в дальнейшем воздух в нее сжатиями первой груши.

Эта деталь в методике переливания крови в артерию обеспечивает сильное ритмическое растяжение артериальных стенок, оказывает более мощное воздействие на нервнорецепторный аппарат сосудистой стенки; введение крови в артерию под меняющимся давлением является и более физиологичным, чем нагнетание ее под постоянным давлением.

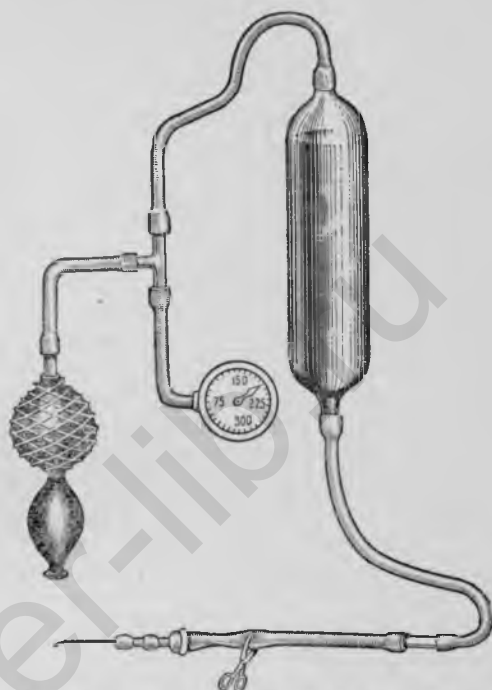


Рис. 4. Система с ампулой для внутривенного переливания крови под меняющимся давлением.

Для внутриартериального переливания обычно используется донорская консервированная кровь одноименной группы или, если не определена группа крови больного, применяется кровь универсального донора, т. е. 0(I) группы.

Большинство авторов рекомендует добавлять к консервированной крови 40% раствор глюкозы из расчета 5 мл на 100 мл крови. В. А. Неговский добавляет в каждую ампулу с кровью 15 мл 40% раствора глюкозы, который вводится через верхний конец ампулы.

В последние годы с целью увеличения содержания кислорода в переливаемой крови смешивают ее с перекисью водорода (В. А. Неговский, Б. В. Петровский и др.). Для этого резинку, закрывающую верхний конец ампулы, протирают спиртом и в нее шприцем при горизонтальном положении ампулы вводят 1 мл обычного 3% раствора перекиси водорода. Осторожным покачиванием ампулы введенная перекись водорода перемешивается с кровью. При этом происходит кратковременное вспенивание и кровь окрашивается в ярко-красный цвет вследствие насыщения ее кислородом. После того как к крови были добавлены перекись водорода и раствор глюкозы, а к нижнему концу ампулы обычным способом присоединена система для переливания крови и заполнена кровью, ампулу устанавливают в гнездо штатива на 40—50 см выше уровня расположения больной. К верхнему концу ампулы присоединяют тройник с манометром и баллоном Ричардсона.

Добавление к консервированной крови раствора глюкозы и перекиси водорода является весьма желательным и не вызывает каких-либо возражений.

В. А. Неговский и большинство других авторов рекомендуют при терапии терминальных состояний применять адреналин с целью стимуляции сердца. Обычно после того, как введена $\frac{1}{4}$ часть крови из ампулы в артерию, резиновую трубку системы прокалывают шприцем несколько выше иглы и вводят в ток крови раствор адреналина 1 : 1000. При шоке вводят 0,2—0,3 мл раствора адреналина, в состоянии агонии — 0,5 мл и в стадии клинической смерти — 1 мл.

Как сам В. А. Неговский (1954), так и другие исследователи указывают, что иногда введение адреналина, особенно в начале внутриартериального переливания крови, или применение его в дозе до 2—3 мл вызывает фибрилляцию сердца. На этом основании А. Г. Бухтияров предлагает вообще отказаться от применения адреналина.

Фибрилляция сердца является тяжелейшим осложнением при восстановлении жизненных функций организма. Как известно, фибриллярными сокращениями сердечной мышцы называются одновременные сокращения отдельных групп ее волокон; такие сокращения неспособны обеспечить кровообращение. Если не устранить фибрилляцию сердца, наступает неминуемая гибель организма.

Наиболее эффективным мероприятием при снятии фибрилляции сердца является применение специального аппарата — дефибриллятора (Н. Л. Гурвич), обеспечивающего воздействие на сердце сильного электрического тока. При отсутствии дефибриллятора применяют введение в артерию 0,5% раствора хлористого калия, растворов прокаина или новокаина. Препараты эти не всегда эффективны и могут оказать отрицательное влияние на результат последующего артериального переливания крови, которое является необходимым мероприятием для восстановления деятельности сердца после снятия фибрилляции (В. А. Неговский).

Мы при экспериментальных исследованиях и в клинической практике при внутриартериальных переливаниях крови адреналин не употребляли совершенно, а добавляли к консервированной крови лишь глюкозу. Наши

наблюдения показывают, что внутриартериальные переливания крови при агональных состояниях и в первые минуты клинической смерти дают очень хорошие результаты и без применения адреналина; фибрилляцию сердца при этом нам наблюдать не приходилось.

В акушерско-гинекологической клинике Минского медицинского института (Л. С. Персианинов, С. Ф. Автюхович) за период 1952—1956 гг. метод внутриартериального переливания крови был применен у 54 больных, из которых 33 находились в преагональном и агональном состоянии. Из 18 женщин, бывших в состоянии агонии, 15 выписались из клиники здоровыми. У 3 женщин в результате неостановленного кровотечения наблюдался лишь временный лечебный эффект.

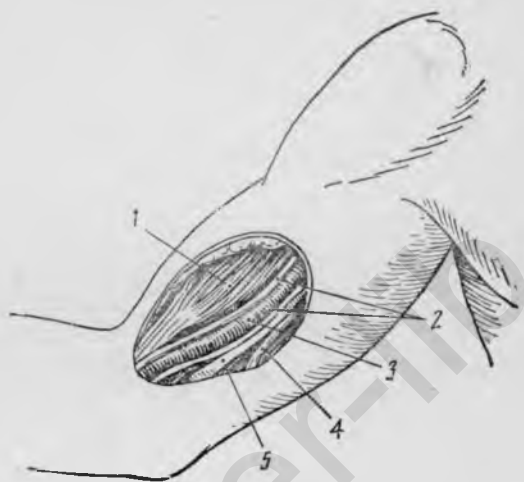


Рис. 5. Топография плечевой артерии.

1 — m. biceps; 2 — vv. comitantes; 3 — a. brachialis;
4 — v. basilica; 5 — n. medianus.

Одновременно с подготовкой системы для внутриартериального переливания крови препарируют одну из периферических артерий, чаще всего плечевую, заднебольшеберцовую или лучевую.

П р е п а р а т о в к а п л е ч е в о й а р т е р и и производится в нижней трети плеча. Рука больной отводится в сторону и укладывается так, чтобы предплечье находилось в положении супинации.

Под местной анестезией, если больная не находится под наркозом, производится разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 6—8 см в нижней трети плеча у внутреннего края двуглавой мышцы. Для обнажения сосудисто-нервного пучка следует вскрыть мышечную фасцию, держаться непосредственно у внутреннего края двуглавой мышцы и идти на кость. Иногда врач, не вскрыв фасцию, старается отыскать сосудисто-нервный пучок и лишь напрасно теряет дорогое время, так как рассечение фасции является обязательным условием при отсепаровке артерий. Плечевая артерия прикрыта срединным нервом и ее сопровождают две вены (рис. 5). Артерия на ощупь эластична, вены легко сжимаемы. Анатомическими пинцетами, осторожно отодвигая кнутри (кзади) срединный нерв, отсепаровывают плечевую артерию от парных вен и окружающей соединительной ткани на протяжении 3—4 см. Поддерживая артерию анатомическим пинцетом или подводя под нее указательный палец левой руки, ее пунктируют иглой.

Препаровка лучевой артерии является более простой манипуляцией и производится в нижней трети предплечья при положении его в супинации. Разрез длиной 5—6 см делают вдоль проекционной линии, идущей от середины локтевой ямки к шиловидному отростку лучевой кости. Рассекают кожу, подкожную клетчатку и собственную фасцию предплечья. При этом обнажаются лучевая артерия и сопровождающие ее вены (рис. 6), расположенные между сухожилиями *m. brachioradialis* снаружи и *flexor carpi radialis* изнутри. Осторожно выделяют артерию из окружающей ее соединительной ткани и вен, а затем пунктируют иглой.

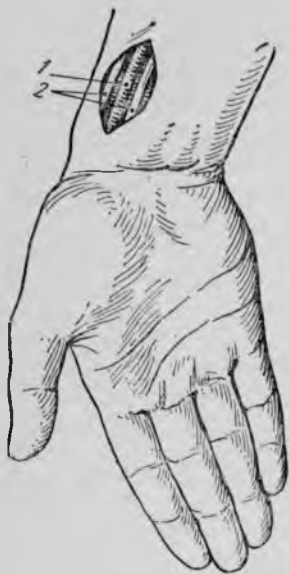


Рис. 6. Топография лучевой артерии.

1 — *a. radialis*; 2 — *vv. radialis*.

Использование лучевой артерии для переливания крови, как показывают литературные данные и наши наблюдения, имеет свои преимущества и свои недостатки. Малый диаметр артерии, особенно у женщин, затрудняет ее пункцию и последующее переливание крови. Мы неоднократно наблюдали появление значительных болей по ходу сосудов при вливании в лучевую артерию, исчезающих после прекращения переливания крови. В. А. Неговский считает, что подобные боли являются следствием рефлекторного спазма сосудов небольшого диаметра. У нас создается впечатление, что и эффект от переливания крови в лучевую артерию менее выражен, чем при вливании в плечевую артерию. С другой стороны, использование лучевой артерии имеет свое преимущество, которое заключается в ее быстром нахождении и в полной безопасности в случае вынужденной перевязки артерии.

Препаровка задней большеберцовой артерии. Производят разрез кожи длиной 7 см у заднего края внутренней лодыжки, рассе-



Рис. 7. Топография задней большеберцовой артерии позади внутренней лодыжки.

Слева: проекция разреза; справа: 1 — *n. tibialis*; 2 — *fasciae cruris*; 3 — *fascia cruris propria*; 4 — *a. tibialis posterior*.

кают подкожную клетчатку и фасцию позади сухожилия длинного сгибателя пальцев. При этом обнажается задняя большеберцовая артерия,

сопровождающие ее две вены и большеберцовый нерв (рис. 7). Осторожно выделяют артерию и пунктируют ее иглой.

Б. В. Петровский считает, что при клинической смерти целесообразно производить переливание крови в общую сонную артерию, для того чтобы можно было в неотложном порядке снабдить кровью анемизированный мозг и сердечную мышцу. Для обнажения общей сонной артерии производят разрез по переднему краю левой грудино-ключично-сосковой мышцы тотчас ниже щитовидного хряща и обнажают сосудистый пучок. Левую общую сонную артерию тупо выделяют пинцетом и приподнимают обведенной вокруг нее полоской марли. Затем в отпрепарованную артерию без малейшего усилия вводят иглу (на $\frac{2}{3}$ ее длины) по направлению к сердцу. Вводят за 2—3 минуты 200—300 мл крови под давлением 200—250 мм ртутного столба.

При внутриартериальном переливании крови крайне опасным осложнением является воздушная эмболия, поэтому все пузырьки воздуха должны быть удалены из системы.

При шоке или агонии при сохранившемся кровотоке в артерию вводят иглу, отделенную от системы. После того как из иглы начнет вытекать кровь, соединяют иглу с заполненной кровью резиновой частью системы.

В состоянии клинической смерти в артерию вводят иглу, соединенную с системой, заполненной кровью. Нужно помнить, что иглу следует вводить в артерию лишь после того, как из иглы покажется струйка крови.

Для внутриартериального переливания крови пользуются иглами Дюфо среднего калибра. Нами употреблялись тонкие иглы Дюфо, чтобы меньше травмировать стенку артерии, и мы не наблюдали при этом снижения эффекта при внутриартериальном переливании крови. После пункции артерии, не снимая ее с указательного пальца левой руки, большим пальцем прижимают место введения иглы, что фиксирует иглу и, пережимая периферический конец артерии, обеспечивает ток крови по направлению к сердцу.

Мы в большинстве случаев накладывали временно на сосуд над введенной в него иглой шелковую лигатуру, которая фиксировала иглу в артерии и предупреждала поступление крови во время переливания в периферическую сеть кровеносных сосудов. Центрипетальное переливание крови в артерию применялось при наличии более мощной нервно-рецепторной сети в центральных отрезках сосудов. По окончании переливания лигатуру срезали. Наложение указанной лигатуры лучше фиксировало иглу и, главное, освобождало руки врача для других манипуляций.

В. А. Неговский (1959) рекомендует производить нагнетание крови в артерию в случае шока и агонии под давлением 160—180 мм ртутного столба и в случае клинической смерти—под давлением 200—220 мм.

Считая, что в основе механизма действия внутриартериальных вливаний лежит периферический механизм и важнейшее значение имеет нервная рецепция артериальных сосудов, мы вводили кровь и лекарственные растворы в артерию под меняющимся давлением, применяя модификацию методики В. М. Прохорова. При этом начальное давление в ампуле с кровью, при зажиме, наложенном на резиновую трубку, идущую к игле, доводится до 160—180 мм. Во время вливания крови производится сильное ритмическое сжатие резиновой группы (см. рис. 4) около 40 раз в минуту, и давление в системе повышается до 220 мм. Введение крови в артерию происходит под меняющимся давлением в пределах от 60—100 до 220 мм.

Исходя из теоретических предпосылок, а также литературных данных (И. И. Федоров, В. М. Прохоров, А. А. Зубков, И. Р. Петров) и наших наблюдений, переливание крови пульсирующей струей под меняющимся давлением является более эффективным, так как при этом происходит более сильное воздействие на нервнорецепторный аппарат сосудистой стенки.

Переливание крови прекращается после появления пульса удовлетворительного наполнения и глубокого ровного дыхания на фоне быстрого нарастания максимального артериального давления до 100—120 мм с систоло-диастолической разностью, достигающей нормальных величин (около 40 мм ртутного столба). Это и определяет количество вливаемой крови, которое в большинстве случаев колеблется от 250 до 750 мл.

Пользуясь указанной методикой, мы внутривенное переливание крови применяли дополнительно лишь в тех случаях, когда имела место очень большая кровопотеря.

В практической деятельности врача иногда может не оказаться в нужный момент крови, а состояние больной требует срочных и решительных мер. При подобной ситуации целесообразно воспользоваться введением в артерию имеющихся под рукой кровезамещающих растворов, комбинируя их с введением хлористого кальция и глюкозы.

Не вызывает сомнений, что применение кровезаменителей при условии последующего переливания крови в вену является целесообразным во всех стадиях умирания. Наши наблюдения над применением внутриартериального переливания под меняющимся давлением показывают, что в ряде случаев при тяжелых агональных состояниях удается получить стойкий положительный эффект при введении лишь кровезамещающей, противошоковой жидкостей и гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы.

В инструкции Министерства здравоохранения СССР «По применению методов восстановления жизненных функций больных, находящихся в терминальных состояниях» (1959) указывается, что при операционном шоке достаточно бывает ввести в артерию 100—250 мл крови. В борьбе с терминальными состояниями, вызванными острой и массивной кровопотерей, необходимо быстро ввести в артерию 1,5—2 л крови. При длительной кровопотере с последующим оперативным вмешательством, а также при шоке третьей — четвертой степени повышение сосудистого тонуса достигается только после многократных дробных артериальных переливаний крови по 50—100 мл, проводимых через короткие интервалы на фоне постоянных внутривенных трансфузий.

По окончании переливания крови удаляют иглу из артерии, которую не перевязывают; кровотечение останавливают прижатием марлевым тампоном на 3—5 минут места прокола сосуда. Разрез кожи зашивают и накладывают повязку.

В некоторых случаях после введения крови в плечевую артерию вначале не определяется пульсация на лучевой артерии, которая обычно появляется через 2—3 дня.

В отечественной литературе имеется описание случая гангрены голени вследствие тромбирования бедренной артерии после артериального введения крови в этот сосуд (Д. М. Волох). Во избежание подобного осложнения большинство отечественных и зарубежных авторов проводят внутриартериальное переливание крови в периферически расположенные артерии, вынужденная перевязка которых не вызовет существенных нарушений кровоснабжения тканей.

При лечении терминальных состояний фактор времени играет решающую роль. Чем раньше в состоянии шока, агонии и тем более при наступ-

лении клинической смерти начато внутриартериальное переливание крови, тем быстрее достигается лечебный эффект и наступает стойкое восстановление жизненных функций организма.

В связи с этим вытекает необходимость добиваться того, чтобы все акушерско-гинекологические учреждения были всегда в полной готовности к срочному проведению артериального переливания крови. Особенно важно осуществление подобного мероприятия в родильном зале и операционной.

Необходимо иметь: 1) заранее смонтированную систему для внутриартериального переливания крови, что является вполне доступным и легко осуществимым в любом городском и сельском стационаре; 2) набор стерильных инструментов: скальпель, ножницы, 2—3 пинцета, система для переливания крови, которая присоединяется к нижнему концу ампулы, 2 иглы Дюфо, иглодержатель с 2 иглами для зашивания кожи, десятиграммовый шприц с 2—3 иглами, 2 кровоостанавливающих зажима; 3) шелк для зашивания кожи и стерильный материал; 4) раствор новокаина для анестезии, 40% раствор глюкозы в ампулах, 3% раствор перекиси водорода; 5) кровь 0(1) группы, кровезаменители и 10% раствор хлористого кальция.

В то время, когда врач отпрепаровывает артерию, сестра монтирует систему для переливания крови. После проверки готовности системы врач вводит иглу в артерию, а сестра по его указанию создает и поддерживает необходимое давление в ампуле.

Медицинский персонал должен быть заранее ознакомлен с методикой внутриартериального переливания крови, так как быстрота и слаженность в работе при проведении указанного мероприятия во многом решают успех лечения больных, находящихся в терминальном состоянии — на грани между жизнью и смертью.

Если возникает необходимость оперировать больных, находящихся в тяжелой стадии шока и агональном состоянии, то следует учитывать, что большие дозы наркотиков ведут к повторной и уже смертельной травме угасающего организма вследствие чрезмерного углубления торможения центральной нервной системы и еще большего снижения уровня окислительных процессов (В. А. Неговский, 1954).

Таким действием обладает и глубокий эфирный наркоз, довольно широко применяемый в акушерско-гинекологических учреждениях, усиливая еще больше торможение в центральной нервной системе.

В инструкции Министерства здравоохранения СССР «По применению методов восстановления жизненных функций больных, находящихся в терминальных состояниях» (1959) рекомендуется оперировать больных при терминальных состояниях под местной анестезией или под легким эфирно-кислородным наркозом в сочетании с местной анестезией.

По литературным данным и нашим наблюдениям, внутриартериальное переливание крови без предварительной остановки кровотечения бесполезно. Эффект получить не удается или же он является кратковременным. В таких случаях необходимо наряду с мероприятиями, проводимыми для остановки кровотечения, применять внутриартериальное переливание крови.

Если больная, поступающая в лечебное учреждение, находится в тяжелом состоянии (неоперабельна), то вначале производят переливание крови в артерию. После этого приступают к операции и применяют, если состояние больной этого требует, повторное внутриартериальное переливание крови.

Мы оперируем больных при терминальных состояниях под местной анестезией и, как только обеспечим условия для остановки кровотечения,

переходим к внутриартериальному переливанию крови и кровезаменителей с добавлением к ним 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

При терапии больных в терминальном состоянии очень важно не только восстановить жизненные функции организма, но и поддерживать их в дальнейшем. У таких больных нередко обнаруживается чрезвычайная неустойчивость функций сердечно-сосудистой системы и дыхания в первые 12—24 часа, что требует внимательного наблюдения. Если замечается ухудшение состояния больных, снижение артериального давления или падение пульса, следует производить капельное внутривенное переливание крови и кровезаменяющих жидкостей, введение в вену 40% раствора глюкозы. Иногда, пишет А. В. Неговский (1954), при новом падении сердечной деятельности приходится прибегать к повторному переливанию крови в артерию.

При использовании методики пульсаторного внутриартериального переливания крови нам не пришлось применять у больных повторную трансфузию крови в артерию, так как резкого падения сердечной деятельности не наблюдалось. Переливание же крови в вену мы назначали лишь тем больным, у которых необходимо было восполнить большую кровопотерю.

Литературные данные и наши экспериментальные исследования и клинические наблюдения показывают высокую эффективность метода внутриартериального переливания крови при острой смертельной кровопотере и шоке. Указанный метод должен найти широкое применение в акушерско-гинекологической практике.

ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУС-ФАКТОРА ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ

Акушерам-гинекологам, часто прибегающим к применению гемотрансфузий, следует учитывать, что введение резусположительной крови женщине, у которой кровь резусотрицательная, может сенсibilизировать ее к резус-фактору. Сенсibilизация от переливания крови зависит не столько от дозы крови, сколько от интервалов между переливаниями. Если женщине с резусотрицательной кровью повторные переливания крови производились через 3—4 месяца, то условия к развитию Rh-антигел создаются более благоприятные, чем при частых переливаниях в течение 1 месяца.

Переливание резуснесовместимой крови сенсibilизированной женщине может привести к тяжелым осложнениям и даже летальным исходам. Реакция при трансфузии резуснесовместимой крови развивается через 2—3 часа, а иногда через 6—12 часов после переливания крови и проявляется в одних случаях в ознобе и повышении температуры, в других — в тяжелых шоковых состояниях с анурией, гемолизом и даже летальными исходами.

Для предупреждения подобных осложнений необходимо при назначении переливания крови и гемотерапии вообще у девочек (ювенильные кровотечения и др.) и женщин (фибромиомы матки, кровотечения при воспалительных процессах и др.) производить предварительно исследование крови на резус-фактор. Наши наблюдения показали, что у этих больных часто кровь оказывается резусотрицательной.

При необходимости произвести срочную трансфузию больным, кровь которых не исследована на резус-фактор, следует учитывать тщательно собранный анамнез. Если анамнез неблагоприятный (переливания крови и реакции после них, выкидыши и мертворождения неясной этиологии, гемолитическая болезнь новорожденных), то переливают только резусотрицательную кровь или кровезаменители. У женщины с резусотрица-

тельной кровью, если она имела в прошлом одну беременность или ей производилось переливание крови, может быть сенсibilизация к резус-фактору, хотя в анамнезе неблагоприятных указаний нет. Поэтому в подобных случаях необходимо исследовать кровь на резус-фактор, а при срочных показаниях к трансфузии крови следует или переливать резусотрицательную кровь, или сделать пробу на совместимость, предложенную Т. Г. Соловьевой. Эта проба состоит в следующем: в чашку Петри наносят две капли сыворотки крови больной и маленькую каплю консервированной крови донора, капли перемешивают и чашку ставят в водяную баню (45°) на 10 минут. Если после этого имеется агглютинация, кровь донора несовместима и ее переливать нельзя, если агглютинации нет, кровь совместима. Для получения сыворотки кровь больной центрифугируют.

При возникновении реакций у больной в результате переливания резуснесовместимой крови необходимо без промедления проводить следующие мероприятия: согревание, горячее питье, инъекции пантопона или морфина под кожу, внутривенное введение 40—50 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция. При тяжелых реакциях, сопровождающихся нарушением функции почек, показано повторное обменное переливание крови, при котором делается кровопускание 400—500 мл и более и трансфузия 500—600 мл и более свежей резусотрицательной крови одноименной группы. При анурии применяется двусторонняя паранефральная блокада по Вишневскому, диатермия области почек; некоторые производят декапсуляцию почек. Внутривенно и под кожу вводят капельным методом глюкозо-солевые растворы, дается обильное питье (щелочные воды). С целью выведения шлаков из организма применяют промывания желудка, сифонные клизмы. При резком нарастании азотемии в ряде учреждений используется аппарат «искусственная почка». Чем раньше начато лечение, тем оно дает лучшие результаты. Благоприятным признаком является увеличение количества выделяемой мочи; восстановление диуреза указывает на выздоровление.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

ВЫКИДЫШ

Внезапно появившееся кровотечение из половых органов является наиболее частым поводом обращения женщины за помощью к акушеру-гинекологу. В таком случае прежде всего врач должен выяснить источник кровотечения. В большинстве случаев им является беременная матка.

Преждевременное прерывание беременности может произойти помимо воли и намерения женщины — самопроизвольный выкидыш, но может быть произведено самой беременной или другим лицом по ее просьбе — искусственный выкидыш.

По В. В. Строганову, самопроизвольный выкидыш наступает чаще на 3-м месяце, реже — на 4-м и еще реже — на 2-м месяце беременности. Предрасполагающими причинами являются заболевания матери, плодного яйца, внешние факторы и заболевания отца. Что касается роли травмы в этиологии выкидыша, то она несомненно переоценивается. Ушибы, падения, поднятие тяжести, которыми женщины охотно объясняют наступление выкидыша, могут вести к его возникновению при наличии предрасполагающих моментов. Так, у беременной, страдающей инфантилизмом, травма может явиться причиной наступления выкидыша, тогда как у здоровых женщин такие травмы, как удары ногой в живот, колотые раны живота с выпадением кишечных петель, не прерывали беременности (Г. Г. Гентер).

Самой частой причиной выкидыша являются заболевания матери, особенно заболевания в области половой сферы.

Течение самопроизвольного выкидыша в значительной мере зависит от срока беременности: основным симптомом раннего выкидыша является кровотечение, боли схваткообразного характера; обычно они незначительные, а иногда совсем отсутствуют; при позднем выкидыше на первом месте — боли схваткообразного характера, родовые схватки. При низком прикреплении и предлежании плаценты и при преждевременной отслойке ее на почве токсикоза и других причин поздний выкидыш сопровождается обильными, иногда угрожающими кровотечениями.

По степени отслойки плодного яйца и опорожнения полости матки различают следующие формы. Если отслойка только намечается, имеется небольшое кровотечение, иногда только серозно-кровянистые выделения, незначительные боли; исследование обнаруживает, что шейка не укорочена, зев закрыт, матка мягкая, безболезненная — это угрожающий выкидыш.

Если, несмотря на принятые меры, кровотечение и боли усиливаются, шейка укорачивается, канал ее приоткрывается, матка под рукой сокращается, это значит, что мы имеем дело с **н а ч и н а ю щ и м с я в ы к и д ы ш е м**. В этих случаях еще имеется небольшая надежда на сохранение беременности и при желании женщины иметь ребенка надо принять все меры к сохранению беременности; выскабливание противопоказано.

Влагалищное исследование должно быть произведено очень бережно. Пока беременная находится в хорошем состоянии, кровотечение небольшое, шейка матки не укорочена, зев закрыт, необходим физический и психический покой, постельный режим, конечно, лучше в условиях стационара. Давать слабительное категорически воспрещается, так же как и применять тепло или холод (на живот или в виде спринцеваний). Если необходимо очистить кишечник, назначают очистительную клизму. Из лекарственных средств дают пантопон (опий с осторожностью, чтобы не вызвать запоров). Не следует применять обычных кровоостанавливающих средств, вызывающих маточные сокращения. Полезно давать прогестерон (лютеогормон), витамин Е; покой должен быть длительным, больная остается в постели до полного прекращения кровотечения и еще не менее недели после его прекращения. Будучи выписанной из стационара, беременная должна быть взята на особый учет в женской консультации.

Если отслойка и смещение яйца прогрессируют, шеечный канал раскрывается, говорят об **а б о р т е в х о д у**. При двуручном исследовании обнаруживают открытие шеечного канала, наличие в шейке матки частей плодного яйца, более или менее обильное кровотечение. В этих случаях процесс уже остановить нельзя. При отсутствии противопоказаний надо немедленно удалить остатки плодного яйца, чтобы предохранить больную от инфекции и прекратить кровотечение.

Лучшим методом лечения является инструментальное опорожнение полости матки.

Противопоказанием к операции является воспалительный процесс в области матки, яичников, маточных труб, тазовой брюшины, клетчатки. При остром воспалении матки или ее придатков противопоказана также тампонация влагалища, так как давление тампоном является травмой. В таких случаях ограничиваются применением сокращающих матку средств и холода на живот.

Иногда уже полностью отделившееся от матки и продвинувшееся почти через весь шеечный канал яйцо встречает сопротивление со стороны малоподатливого у нерожавшей женщины наружного зева (особенно у старой первобеременной). На некоторое время яйцо задерживается в баллонообразно раздутой шейке. Получается картина так называемого **ш е е ч н о г о в ы к и д ы ш а** (рис. 8). В этих случаях достаточно расширить наружный маточный зев и извлечь щипцами плодное яйцо.

Наиболее часто встречается **н е п о л н ы й в ы к и д ы ш** (рис. 9—11), т. е. рождается не все плодное яйцо, а только плодик и часть оболочек. Невыделившиеся части плодного яйца препятствуют хорошему сокращению маточной мускулатуры, кровотечение не прекращается, а иногда становится обильным. При влагалищном исследовании находят мягковатую шейку, иногда большое количество кровяных сгустков во влагалище, приоткрытый маточный зев; величина матки меньше, чем должна быть при данном сроке беременности. Во внутреннем зеве иногда прощупывают сгустки крови, а порой и части плодного яйца. Лечение проводится так же, как и при аборте в ходу.

При неполном выкидыше части плодного яйца особенно часто задерживаются в трубных углах матки. На их шероховатой поверхности осе-

дает кровь, она образует наслаивающиеся сгустки, которые организуются и вместе с плацентарной тканью образуют плацентарный полип (рис. 12). Плацентарный полип поддерживает кровотечение, которое, будучи даже незначительным, внезапно может стать обильным. Непрерывающиеся кровотечения на почве плацентарного полипа иногда доводят больную до сильного малокровия. Нередко к малокровию присоединяется лихорадочное состояние вследствие присоединившейся инфекции.



Рис. 8. Шеечный выкидыш (по Бумму). Плодное яйцо родилось в растянутый шейный канал. Наружный маточный зев закрыт.



Рис. 9. Неполный выкидыш на 3-м месяце беременности. Начавшаяся отслойка плаценты и начало раскрытия шейки матки—первая стадия.

ции. Надо отметить, что кровотечение при образовании плацентарного полипа начинается обычно не в первые дни после происшедшего выкидыша, а спустя 5—6 дней и даже позже. Позднее наступление кровотечения говорит именно в пользу образования плацентарного полипа. Влагалищное исследование, обнаруживающее, что шейный канал пропускает палец или что шейка укорочена, подкрепляет диагноз.

Лечение заключается в удалении плацентарного полипа кюреткой. При наличии лихорадки (а также при субфебрильной температуре) целесообразно, кроме выскабливания, применить терапию антибиотиками и сульфаниламидами.

Если матка полностью освобождается от плодного яйца, что бывает редко, то говорят о полном выкидыше.

Так как в этих случаях у врача никогда не может быть уверенности в полном удалении плодного яйца, а оставление его остатков чревато неблагоприятными последствиями (инфекция, кровотечение), то при лече-

нии таких женщин целесообразно произвести выскабливание стенок полости матки.

Иногда течение выкидыша принимает затяжной характер; яйцо, оставшееся в матке, пропитывается кровью, изливающейся из разорванных участков отпадающей оболочки, и после рассасывания зародыша (в некоторых случаях плод или какая-нибудь часть его, особенно пуповина,



Рис. 10. Неполный выкидыш на 3-м месяце беременности. Плацента почти полностью отслоилась; отслойка еще не произошла в области трубного угла. Шейка раскрыта, в ней прощупывается плодный мешок — вторая стадия.

1 — полость матки; 2 — начинающаяся отслойка *decidua vera*; 3 — наружный зев.



Рис. 11. Неполный выкидыш на 3-м месяце беременности. Плодное яйцо спустилось в шейный канал и частично во влагалище и тянет за собой оболочки — третья стадия.

Сохраняется) превращается в кровяной занос (*mola haematomatos*), а затем кровяные сгустки после выщелачивания гемоглобина обесцвечиваются и благодаря всасыванию жидких составных частей крови становятся плотными. На разрезе консистенция сгустка напоминает консистенцию мяса — мясной занос (*mola carnos*). В редких случаях в таком заносе откладываются известковые соли и занос становится каменистым (литопедии).

Несостоявшийся выкидыш (missed abortion). Это довольно редкое осложнение беременности, происхождение которого и причины, вызывающие его, еще недостаточно изучены. У беременной появляются схватки, кровотечение, вскоре эти симптомы стихают, яйцо не извергается и остается в матке. Очень часто ставят диагноз «угрожающий аборт», ибо диагноз

несостоявшегося выкидыша может быть с уверенностью поставлен лишь после более или менее длительного наблюдения за беременной; это даст возможность акушеру убедиться, что матка не только не растёт, но даже уменьшается в объёме. Обычно плод погибает в ранние сроки, когда нет признаков, по которым можно с уверенностью говорить о гибели плода.

Несостоявшийся выкидыш чаще встречается у многорожавших. Некоторые авторы полагают, что эта патология является результатом недостаточности эстрогенов, которые обладают способностью стимулировать

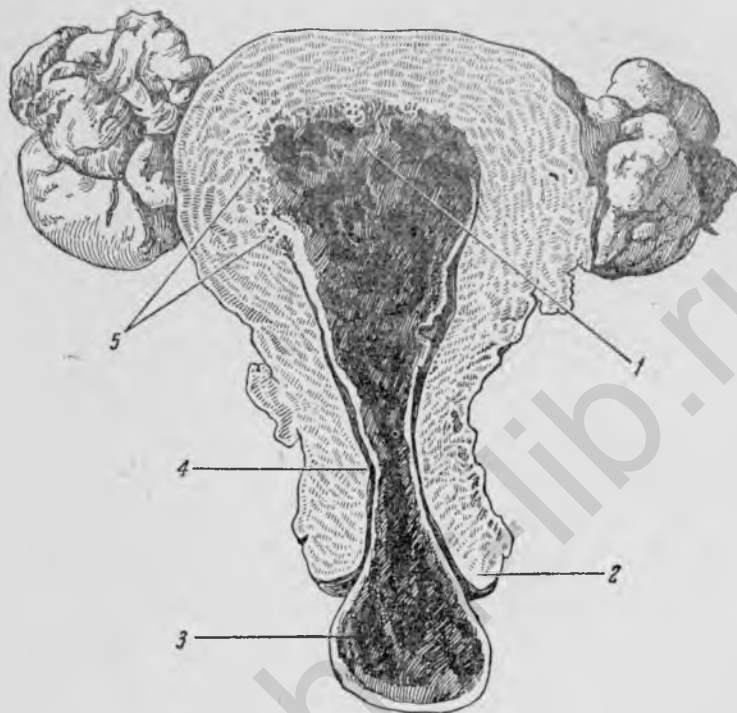


Рис. 12. Плацентарный полип.

1 — пропитанная кровью плацентарная ткань; 2 — наружный зев;
3 — нижняя часть полипа, вдающаяся во влагалище; 4 — внутренний зев;
5 — маточные сосуды.

рост мускулатуры матки. Как причину несостоявшегося выкидыша отмечают воспалительные процессы миометрия и эндометрия, гипоплазию матки, атрофию стенок матки и пр.

Момент изгнания погибшего плода часто совпадает со сроком менструации.

Что касается т е р а п и и этой патологии, единого мнения нет. Есть сторонники активного вмешательства, есть приверженцы выжидательного метода и есть придерживающиеся «средней» линии. Мы, как и В. С. Груздев, Г. Г. Гентер и др., считаем, что активное вмешательство в виде удаления задержавшихся частей плодного яйца показано лишь при наступившем кровотечении или признаках, указывающих на разложение задержавшегося плодного яйца. Если указанных показаний нет, то правильное поступит акушер, применив выжидательную тактику. Ведь во многих случаях задержавшееся плодное яйцо в конце концов изгоняется, а для беременной, желающей иметь ребенка, это явится меньшей травмой, чем

сообщение о гибели плода и необходимости срочной операции. Самой собой разумеется, что беременная должна находиться под наблюдением акушера.

Некоторые авторы в случаях несостоявшегося выкидыша рекомендуют применить стимуляцию, чтобы вызвать сократительную деятельность мускулатуры матки. Для стимуляции обычно применяют 40 г касторового масла, затем солянокислый хинин по 0,2 г через час 4 раза и одновременно, также через час, по 0,2 мл питуитрина подкожно. Если стимуляция не даст результата, В. И. Константинов рекомендует до повторной стимуляции предварительно в течение 2—3 дней вводить внутримышечно по 20 000—30 000 единиц эстрогенных препаратов, которые, по-видимому, повышают чувствительность матки к хинину и питуитрину. Л. С. Персианов, являясь сторонником удаления плодного яйца, рекомендует, кроме указанных медикаментозных средств, для усиления стимуляции горячей влагалищный душ (38° и выше в пределах выносливости беременной).

Лихорадочный выкидыш. Различают **п у т р и д н ы й** выкидыш, когда лихорадка вызывается заселением полости матки сапрофитными бактериями гниения, и **с е п т и ч е с к и й** выкидыш — при проникновении в матку патогенных гноеродных кокков.

П у т р и д н ы й выкидыш возникает в результате затяжного течения выкидыша. Из влагалища через раскрытую шейку матки в полость ее проникают палочки гниения, причем этому восхождению способствуют обрывки оболочек, свисающие из зева. В полости матки эти микробы находят прекрасные условия для безудержного размножения; вырабатываемые ими токсины всасываются, в результате повышается температура и появляются ознобы. Выделения, окрашенные в буроватый цвет, вскоре становятся зловонными. Общее состояние больной не бывает угрожающим, пульс умеренно учащен.

При выжидательном методе ведения **п у т р и д н о г о** выкидыша температура в течение нескольких дней постепенно спадает, выделения становятся светлее, теряют свой запах, матка прodelьвает обратное развитие. При активном методе ведения **п у т р и д н о г о** выкидыша нередко появляется потрясающий озноб, температура поднимается до 40°. Это реакция организма на всасывание токсинов. Затем температура резко падает до нормы, а иногда и ниже и больше не поднимается.

С е п т и ч е с к и й выкидыш протекает более грозно. Уже с самого начала имеются потрясающие ознобы, высокая температура, пульс частый, слабого наполнения, состояние больной очень тяжелое. Выделения не обильные, светлые, почти без запаха. Активное вмешательство при септическом выкидыше давало большой процент смертности. Поэтому большинство акушеров-гинекологов считает, что такие выкидыши надо вести консервативно и вмешаться активно только при угрожающем кровотечении.

Винтер на основании разбора 2000 случаев лихорадочного выкидыша приходит к выводу, что выжидательное ведение является наилучшим методом лечения, так как смертность при выжидательном методе была в 3 раза ниже смертности, отмеченной при активном ведении. В 64,5% случаев плодное яйцо изгонялось без всяких осложнений. Л. И. Бубличенко также указывает, что при выжидательном методе смертность была ниже. В. Штекель предлагает вести лихорадочный выкидыш — септический или **п у т р и д н ы й** — консервативно. Сторонниками активной терапии являются Бумм, Вальтхард (Walshard), Ш. Я. Микеладзе, Л. В. Ульяновский. Ярыми приверженцами консервативной терапии являются Г. Г. Гентер, В. С. Груздев, Р. В. Кипарский, М. С. Малиновский. Активный метод опасен, так как при внутриматочных манипуляциях инфекция из яйца может быть

занесена в матку или с ее внутренней поверхности введена в кровеносные сосуды и лимфатические щели, в результате чего может наступить генерализованная инфекция. В. Штеккель наблюдал немало случаев, когда пиемия или сепсис со смертельным исходом возникали после ручного или инструментального опорожнения полости матки.

Течение инфицированного выкидыша. Особенностью течения инфицированного выкидыша является наличие лихорадки. Но наблюдались случаи инфицированного выкидыша, не сопровождавшиеся, особенно вначале, высокой температурой, и тем не менее больные погибали от сепсиса. Высокая температура сама по себе не является признаком тяжелой инфекции. Л. И. Бубличенко указывает, что температурная кривая при инфицированном выкидыше отличается большим разнообразием и не укладывается ни в какие рамки.

Для постановки диагноза, для правильной оценки состояния больной и угрожающей ей опасности, а также для выбора правильного метода лечения необходимо учитывать, помимо температуры, характер пульса, выделений, состояние тазовых органов, определяемое при гинекологическом исследовании. Большинство авторов считает признаком инфицированного выкидыша даже невысокую температуру, сопровождающуюся частым пульсом, гнилостными или гнойными выделениями, болезненностью матки, придатков и окружающей клетчатки. Если после опорожнения полости матки температура в течение 1—2 дней не падает, это указывает, что инфекция распространилась за пределы матки.

При наличии признаков общего заражения (септицемия, септикопиемия, перитонит) или местного воспалительного процесса (воспаление матки, ее придатков, тазовой клетчатки и тазовой брюшины) всякое активное вмешательство (выскабливание или опорожнение полости матки пальцем) безусловно противопоказано. Налеты на слизистой оболочке влагалища или шейке матки, обнаруженные при лихорадочном выкидыше, также являются противопоказанием к активному вмешательству.

При выборе метода лечения надо подходить индивидуально к каждому случаю. Прежде всего следует попытаться установить причину выкидыша, и в случаях, подозрительных на преступное вмешательство (криминальный аборт), воздержаться от активного метода лечения. Интенсивность кровотечения, общее состояние больной и обстановка, в которой она находится, имеют большое значение. Так, если поступает лихорадящая больная с умеренным кровотечением, но обстановка такова, что при наступлении обильного кровотечения скорая помощь не может быть обеспечена, то при отсутствии явных противопоказаний к операции надо опорожнить матку, несмотря на наличие лихорадки. Если лихорадящая больная поступает с угрожающим кровотечением, то, несмотря на лихорадочное состояние, врач обязан произвести опорожнение матки. Если лихорадящая больная поступает с небольшим кровотечением в лечебное учреждение, где в любое время может быть оказана помощь, следует применить выжидательную терапию.

Л. И. Бубличенко считает, что наилучшие результаты дает выскабливание при лихорадящем выкидыше при беременности около 2 месяцев. На его материале смертность в таких случаях равнялась 1,3%. Фактически она была еще ниже, так как в 4 случаях выскабливание было сделано уже тогда, когда оно было противопоказано, именно при наличии несомненных признаков перитонита.

Выскабливание в первые 2—3 месяца значительно понижает тяжелую заболеваемость. Немедленное понижение температуры после выскабли-

вания¹ наступает чаще, чем при других методах лечения лихорадящего выкидыша, за исключением случаев выкидыша свыше 4 месяцев.

При подозрении на преступное вмешательство в ряде случаев целесообразно опорожнить полость матки пальцевым способом, если канал шейки проходим для пальца.

В общем методика и техника опорожнения матки в инфицированных случаях ничем не отличается от методики и техники опорожнения матки в неинфицированных случаях.

При лихорадящем выкидыше независимо от того, производится опорожнение матки или нет, должны быть применены все средства, направленные на борьбу с инфекцией путем усиления реактивных сил организма. К таким средствам относятся: аутогемотерапия, переливание небольших количеств (100—120 мл) донорской крови, а также подавление жизнедеятельности микроба (фаготерапия, сульфаниламиды, антибиотики).

Выкидыш поздних сроков беременности (IV—VII месяцев) протекает так же, как и роды, причем это сходство тем больше, чем больше срок беременности: сначала появляются маточные сокращения, шейка, раскрываясь, сглаживается, отходят воды, затем начинается изгнание плода и последа. При прерывании беременности на V—VII месяце беременности плодное яйцо обычно рождается целиком и обильного кровотечения может не быть. Экстренная помощь по поводу кровотечения при позднем выкидыше требуется главным образом в последовом периоде.

Послеоперационный уход сводится к уходу за наружными половыми органами и заботе о правильной функции мочевого пузыря и кишечника. Больная должна опорожнять мочевой пузырь не реже 3 раз в день. При отсутствии самостоятельного стула на 2—3-й день назначают легкое слабительное или очистительную клизму. Для сокращения матки применяют препараты спорыньи, питуитрин и др.

Методика и техника опорожнения матки при выкидыше

Дезинфекцию наружных половых органов проводят обычным способом. Непосредственно перед операцией выскабливания больная должна помочиться. Если мочеиспускание затруднено, мочу выпускают катетером. Если при исследовании во влагалище обнаруживаются сгустки крови или части плодного яйца, их удаляют тупферами. Делать спринцевание не надо. Во влагалище вводят зеркала и под контролем глаза тщательно протирают шейку матки и стенки влагалища тупферами, смоченными спиртом или каким-нибудь дезинфицирующим раствором. Шейку матки смазывают 5% йодной настойкой.

Опорожнение полости матки можно произвести двумя способами: пальцевым и инструментальным. Предварительная подготовка влагалища при обоих способах одинакова. Если опорожнение делают пальцевым способом, то после подготовки зеркала удаляют, а при инструментальном их заменяют чистыми. Рука, пальцы которой вводят в полость матки, должна быть особенно тщательно продезинфицирована. Лучше оперировать в резиновых перчатках.

Перед тем как приступить к опорожнению полости матки, необходимо самым тщательным образом ориентироваться относительно величины и положения матки при помощи двуручного исследования.

П а л ь ц е в о й с п о с о б. Опорожняют матку одним или двумя пальцами в зависимости от степени раскрытия шейки и срока беременности. При двухмесячной беременности и проходимости зева для одного пальца во влагалище вводят два пальца, а в матку один — указательный или лучше средний. Наружной рукой со стороны брюшной стенки надав-

ливают на дно матки и как бы насаживают ее на введенный в нее палец (рис. 13). Таким образом, активно работающий внутренний палец при помощи наружной руки достигает дна матки и целиком отслаивает плодное яйцо, а наружная рука выдавливает содержимое матки во влагалище. При сроке беременности в 3—4 месяца в полость матки вводят не один, а два пальца. Убедившись, что полость матки свободна от остатков плодного яйца, ее протирают 5% йодной настойкой при помощи зонда Плейфера. Пальцевое удаление остатков плодного яйца применяют при выкидышах больше 4 месяцев. При ранних выкидышах все преимущества на стороне инструментального способа.



Рис. 13. Наружной рукой со стороны брюшной стенки надавливают на дно матки, как бы насаживают матку на введенный в нее палец.

Инструментальный способ. Приступая к операции выскабливания, предварительно определяют зондом длину полости матки и направление шеечного канала. Для этого зеркалами обнажают влагалищную часть матки, захватывают пулевыми щипцами переднюю губу маточного зева (рис. 14а); после этого переднюю ложку зеркала (подъемник) удаляют, а заднюю — передают ассистенту; пулевые щипцы хирург берет в левую руку и низводит ими шейку матки, в правую руку он берет зонд так, чтобы рукоятка лежала свободно между большим и указательными пальцами. Если помощника нет, то поступают так: два пальца левой руки вводят во влагалище и под их контролем захватывают пулевыми щипцами заднюю губу маточного зева; затем вводят во влагалище заднюю ложку зеркала; пулевые щипцы, которыми захвачена задняя губа, берут в левую руку и, оттягивая их вниз по направлению к заднему проходу, прижимают щипцами ложку зеркала к задней стенке влагалища и, таким образом, зеркало держится во влагалище (рис. 14б). Зонд следует вводить непосредственно в маточный зев, не касаясь им стенок влагалища или стенок шейки матки. Когда зонд достигнет дна матки, рука ощущает сопротивление; указательный палец левой руки кладут на зонд у самого

маточного зева и, не спирая пальца, извлекают зонд наружу. Та цифра деления на зонде, которой коснулся палец, обозначает длину полости матки и шейечного канала.

Если канал шейки матки достаточно раскрыт предшествовавшими схватками, после зондирования приступают к операции выскабливания. Если шейечный канал недостаточно раскрыт, его расширяют металлическими расширителями Гегара, которые вводят последовательно, номер за номером. Лучше употреблять полунумерные расширители.



Рис. 14а. Зондирование матки. Рукоятка зонда лежит свободно между большим и указательным пальцами. Заднее зеркало держит помощник.

Если введение расширителя встречает сопротивление, надо снова ввести расширитель предыдущего номера, оставить его в канале на $\frac{1}{2}$ минуты и затем попробовать, не применяя усилия, ввести расширитель следующего номера; при грубом насильственном расширении могут образоваться внутренние разрывы шейки матки. Глубокие внутренние разрывы ведут к кровоизлиянию в клетчатку широких связок (рис. 15) со всеми его последствиями. При беременности до II—II $\frac{1}{2}$ месяцев канал шейки матки достаточно расширить до 12-го номера расширителя Гегара, а при беременности около III месяцев — до 14-го номера, а иногда и выше.

Для выскабливания стенок полости матки можно применять ложки и кюретки. Кюретки имеют то преимущество, что обрывки тканей задерживаются в петле инструмента и их легче извлечь из матки (А. П. Губарев). Для опорожнения беременной матки применяют тупые или полуострые кюретки (рис. 16), а при пробном выскабливании — полуострые

или острые. Для выскабливания берут самую широкую кюретку, которая может пройти через шеечный канал. Узкие кюретки не следует применять: чем уже кюретка, тем она опаснее. Кюретку, как и всякий инструмент, следует вводить в матку «мягкой» рукой; почувствовав сопротивление, не надо форсировать продвижение кюретки, а прежде всего выяснить, чем это сопротивление вызвано. Определение момента, когда кюретка достигает дна матки, служит важнейшим условием для предотвращения

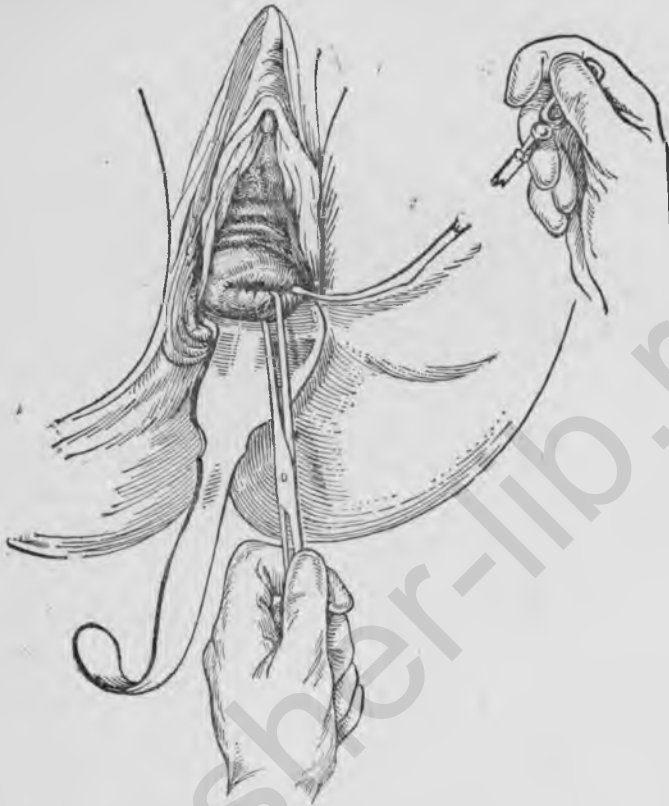


Рис. 146. Зондирование матки. При отсутствии помощника хирург захватывает заднюю губу маточного зева пулевыми щипцами, которые держит в левой руке, и прижимает щипцами зеркало к промежности; зонд вводит правой рукой.

прободения матки при выскабливании. Верхняя часть рис. 17 показывает, как надо держать кюретку в руке при введении ее в полость матки. Выскабливание слизистой оболочки матки или удаление частей плодного яйца происходит при выведении кюретки из полости матки. При выведении кюретку прижимают к соответствующей стенке матки. Нижняя часть рис. 17 показывает, как надо выводить кюретку из полости матки. Возможность прободения стенки матки при таких способах введения и выведения маловероятна.

Таким образом, после достаточного расширения шеечного канала спокойно, без насилия вводят в полость матки широкую кюретку и скользящими движениями проводят ее сверху вниз, энергично прижимая к поверхности стенки матки. При выскабливании надо придерживать определенный порядок. Так, например, сперва выскабливают поверхность

передней стенки, затем правой, задней и левой. Проведя по стенке несколько раз, кюретку выводят наружу. Доставленный ею соскоб желательнее собрать в плоский сосуд, чтобы иметь возможность закончить операцию, удостовериться, что она сделана полностью, а в случаях необходимости послать соскоб на гистологическое исследование. Когда большая кюретка перестает доставлять крупные части, берут кюретку меньшего размера и проверяют ею стенки матки и особенно тщательно трубные углы. Если операция полностью выполнена, матка сокращается, полость ее уменьшается, кровотечение прекращается. Матка как бы охватывает инструмент. Рука оперирующего повсюду ощущает равно-

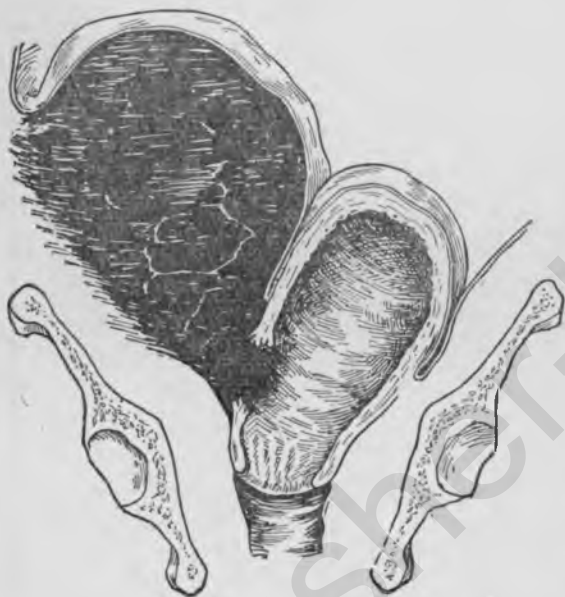


Рис. 15. Гематома широкой связки.

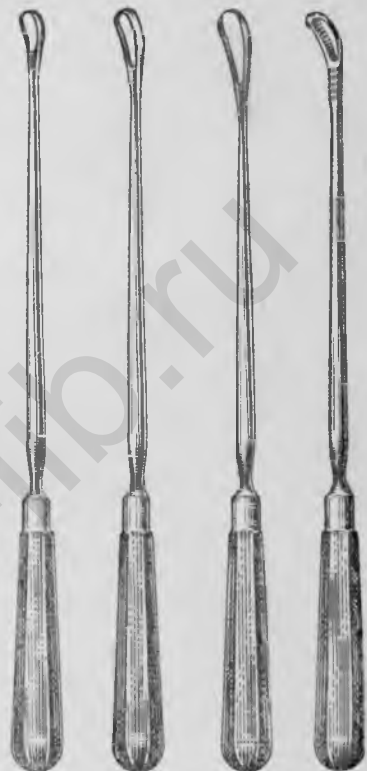


Рис. 16. Кюретки.

мерное сопротивление. При экскурсиях кюретки слышен характерный хруст — результат движения кюретки по мышечному слою стенки матки. Полость матки смазывают 5% йодной настойкой.

По окончании выскабливания надо придать матке наклон вперед (рис. 18).

Если выскабливание по поводу выкидыша было сделано правильно, кровянистые выделения постепенно уменьшаются и через несколько дней совершенно прекращаются. Если же после выскабливания появляется кровотечение, это обычно говорит о задержке в матке частей плодного яйца, что обычно требует применения повторного выскабливания (reab-rasio). Прогноз вторичного вмешательства значительно хуже.

Одним из способов опорожнения полости матки является применение абортца^нга. Несомненно, что в опытных руках и в подходящих случаях применение абортца^нга позволяет добиться прекрасных результатов: опорожнение полости матки происходит быстро, с минимальной травмой. Однако грозные повреждения матки и брюшных органов происходят именно при опорожнении матки щипцеобразными инструментами — абортца^нгом или корнца^нгом. Перфорационное отверстие,

сделанное ими, обычно большое; врач, не заметив прободения, раскрывает инструмент, чтобы захватить им плодное яйцо, и еще больше разрывает стенку матки. В раскрытый инструмент (абортцанг или корнцанг) может

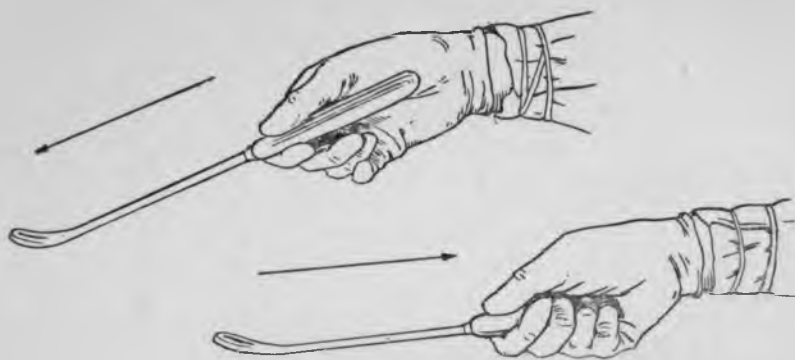


Рис. 17. Выскабливание полости матки. Положение кюретки в руке хирурга при выскабливании. Введение кюретки в полость матки (вверху); выведение кюретки из полости матки (внизу).

попасть кишечная петля, которую зажимают щипцами, а иногда ее отрывают от брыжейки, подвергают размозжению и даже разрыву, а содержимое кишки может попасть в брюшную полость.

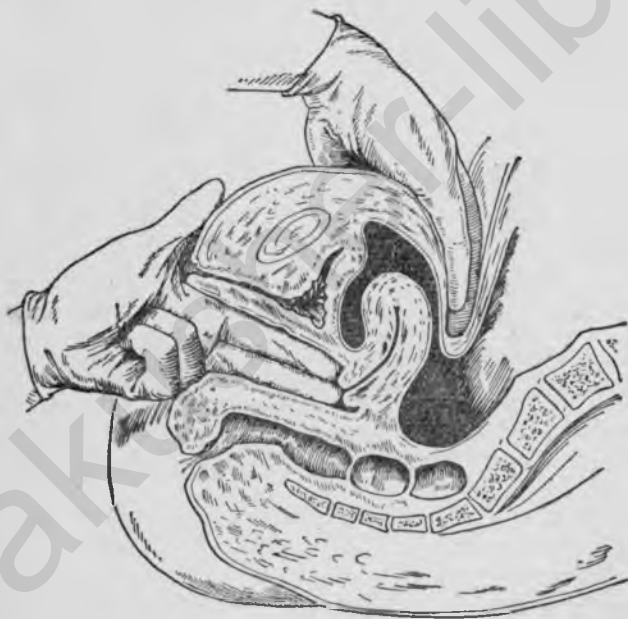


Рис. 18. Приведение матки в положение антеверсии по окончании выскабливания.

Абортцанг благодаря своим закругленным браншам менее опасен, чем корнцанг. Врачу, не имеющему большого опыта, можно применять абортцанг только для удаления частей плодного яйца, лежащих в шейке матки. Вводить его в полость матки опасно, им легко захватить стенку матки, которая из-за дряблости легко может быть разорвана. Применять

абортцанг для отделения яйца от места его прикрепления, как это делают некоторые акушеры-гинекологи, мы считаем неправильным. Даже в руках опытных специалистов подобные манипуляции заканчивались иногда

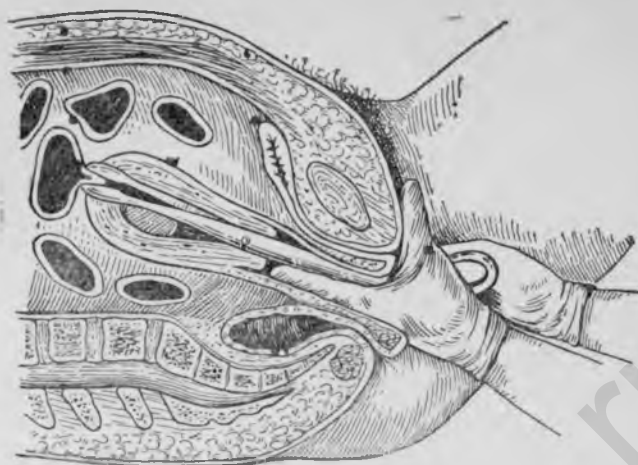


Рис. 19. Абортцангом захвачена петля кишки.

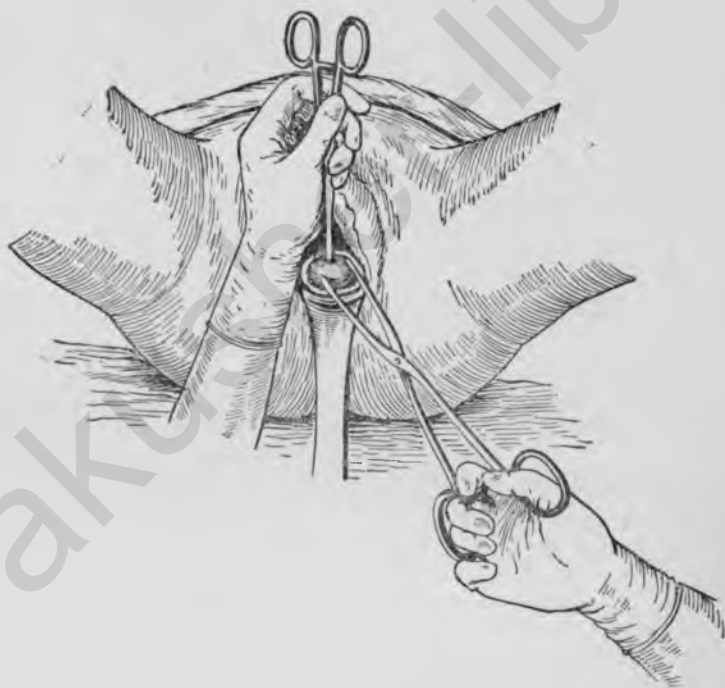


Рис. 20. Применение абортцанга.

трагически (рис. 19). Абортцангом можно удалять лишь части плодного яйца, лежащие в шейке матки, ни в коем случае нельзя вводить абортцанг дальше внутреннего зева (Г. Г. Гентер) (рис. 20).

Ни при каких обстоятельствах нельзя применять корндаг. Самые тяжелые повреждения наблюдались именно при применении этого инструмента.

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Пузырный занос — заболевание, заключающееся в превращении ворсистой оболочки в гроздевидную массу, состоящую из отдельных прозрачных пузырьков. Между пузырьками лежат обрывки отпадающей оболочки и многочисленные сгустки крови (рис. 21).

При гистологическом исследовании обнаруживают разрастание синцитиального слоя и клеточного слоя Лангганса, строма при этом подвергается водяночному перерождению.

В тех очень редких случаях, когда поражается только часть ворсинок, плод продолжает развиваться и даже может быть доношен до срока. Обычно поражается вся ворсистая оболочка, и так как патологически измененные ворсинки не выполняют своей функции, плод не получает питания и погибает. При пузырном заносе наблюдались случаи беременности двойнями, причем одно яйцо было превращено в пузырный занос, а в другом имелся доношенный до срока плод (Штеккель). В очень редких случаях ворсинки хориона, внедряясь в подлежащую ткань, не ограничиваются толщиной децидуальной оболочки, а погружаются глубже, разъедают толщу мышечной стенки матки, доходят до ее брюшинного покрова, проедают его и врастают в брюшную полость. Такой процесс уже является злокачественным — destruирующий пузырный занос (рис. 22 и 23).



Рис. 21. "Пузырный занос." Вверху остатки отпадающей оболочки, обильно пропитанные кровяными сгустками.

Этиология пузырного заноса до сих пор еще не выяснена. Некоторые авторы полагают, что причина этой патологии кроется в заболевании самого яйца, которое может быть вызвано изменениями в сосудистой системе ворсинок.

Причины, приводящие к ослаблению организма матери, по мнению В. С. Груздева, могут способствовать возникновению пузырного заноса. Г. Г. Гентер, И. И. Яковлев указывают, что 25—30% больных страдали заболеваниями почек (нефрит, нефропатия). Хотя пузырный занос чаще наблюдался у повторнородящих и у пожилых беременных, но отмечены случаи его и у здоровых молодых беременных.

При пузырном заносе наступают изменения и в яичниках. Образуются быстро растущие, обычно двусторонние кисты желтого тела, иногда достигающие величины детской головки. Эти кисты по выздоровлении женщины претерпевают обратное развитие и исчезают бесследно (Штеккель). Однако имеются литературные данные, указывающие на рост этих кист и после удаления пузырного заноса.



Рис. 23. Деструктивный пузырьный занос (по Френкелю).

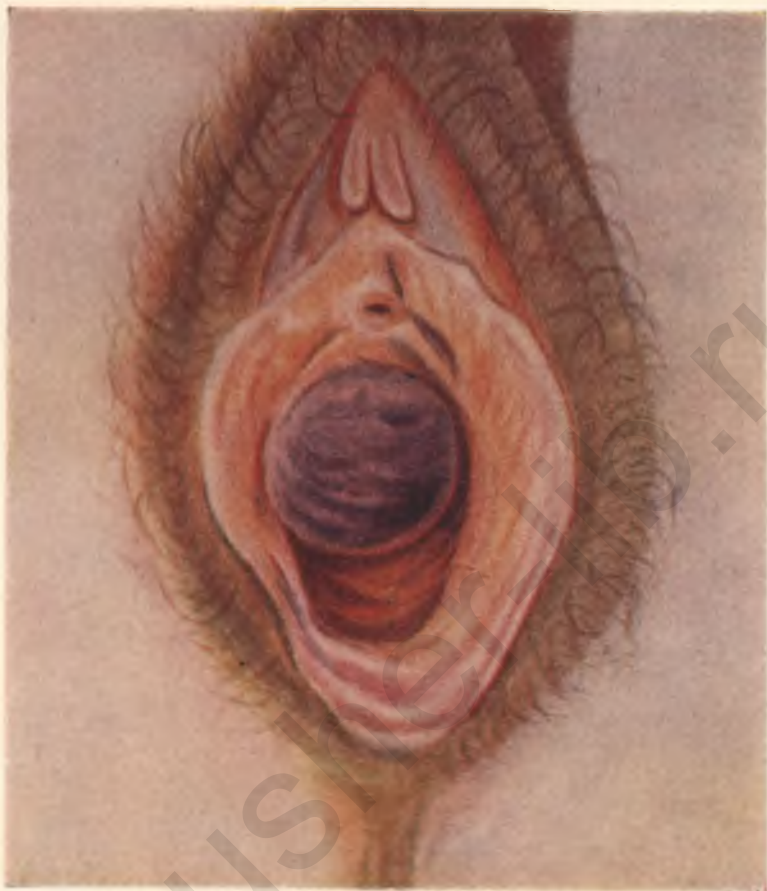


Рис. 26. Хориоэпителиома.

Распознавание пузырного заноса не всегда легко. Характерным признаком заболевания являются безболезненные, повторяющиеся кровотечения различной интенсивности, появляющиеся в первой половине беременности (на II—V месяце). Подозрение на пузырный занос возникает при несоответствующем сроку беременности значительном увеличении матки, при этом части плода не удастся прощупать и не удастся прослушать серд-

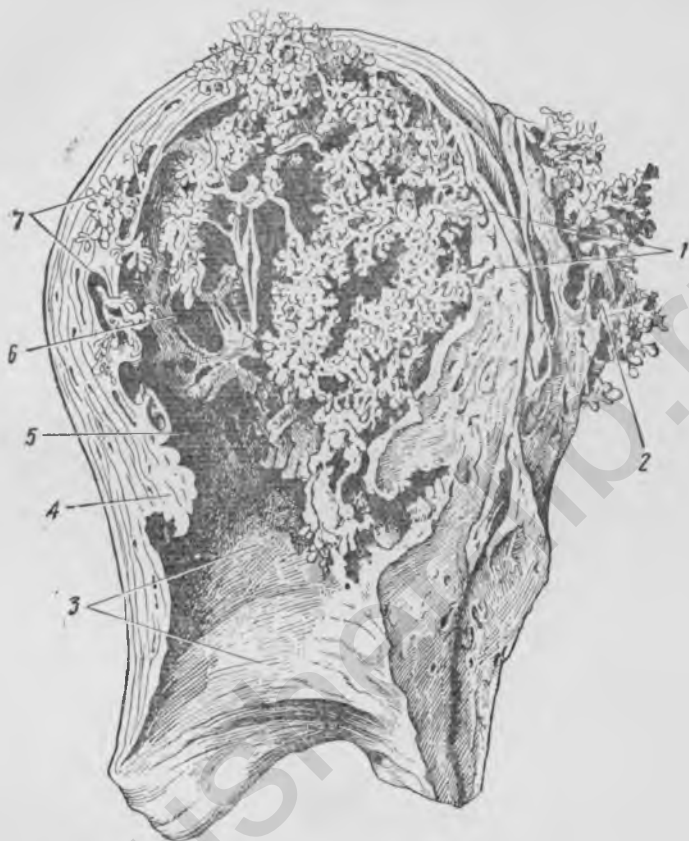


Рис. 22. Деструктивный пузырный занос.

1, 7 — проседание стенки матки перерожденными ворсинками; 2 — перерожденные ворсины на поверхности матки; 3 — шейка матки; 4 — внутренний зев; 5 — полость матки; 6 — децидуальная оболочка с вскрытыми сосудами.

цебление. В большинстве случаев и беременная не ощущает движений плода. Консистенция матки также необычная: одни ее участки очень мягкие, другие туго-эластические. При влагалищном исследовании находят сохраняющуюся шейку. Заболевание сопровождается рвотой, часто неукротимой, отеками лица и конечностей; в моче обнаруживают белок, а также повышенное количество хориального гонадотропина, что может быть установлено постановкой реакции Апштейна—Цондека с мочой в различных разведениях. Но с уверенностью все же можно поставить диагноз лишь тогда, когда из матки выделяются характерные пузырьки.

Если нет угрожающего кровотечения или других симптомов, требующих немедленного вмешательства, то лучше выждать самостоятельного изгнания пузырного заноса (рис. 24), назначив большой сокращающие матку средства: питуитрин по 0,5 мл через каждые полчаса до 3 мл; хинин по 0,1 г через каждые 15 минут до 8 раз; внутривенное введение 25% глюкозы

в количестве 100 мл; 300 или 500 мг аскорбиновой кислоты, инъекции витамина В₁ — 60—100 мг (А. Э. Мандельштам). А. Л. Каплан советует с профилактической целью провести переливание крови в количестве 250 мл и, учитывая возможность возникновения инфекции, применять внутримышечное введение пенициллина 8 раз в день по 100 000 единиц каждые 3 часа.



Рис. 24. Полное выделение пузырного заноса.

Если кровотечения усиливаются, влагалище надо плотно затампонировать, обращая особое внимание на тампонаду влагалищных сводов. В. С. Груздев рекомендует применять так называемый тампон платочком. Для этого, раскрыв влагалище зеркалами, в него вводят кусок стерильной марли величиной с носовой платок и туго набивают его шариками из стерильной ваты. Тампон, возбуждая сократительную деятельность матки, способствует изгнанию пузырного заноса и в то же время предотвращает большие кровопотери. Вместо тампона можно применить кольпейринтер. Если кровотечение незначительное, можно ограничиться горячими влагалищными спринцеваниями.

Такой выжидательно-консервативный способ лечения мы считаем целесообразным лишь в тех случаях, когда шейный канал недостаточно открыт. Если же шейка матки пропускает 1—2 пальца (открытие на один палец при большой матке, содержащей пузырный занос, иногда недостаточно), то при угрожающем кровотечении или наступившей анемии следует перейти к активному методу лечения.

Наиболее бережным способом опорожнения полости матки при пузырном заносе является пальцевое (рис. 25). Если не удастся пальцем удалить все пузырьки и кровянистые выделения будут продолжаться, то

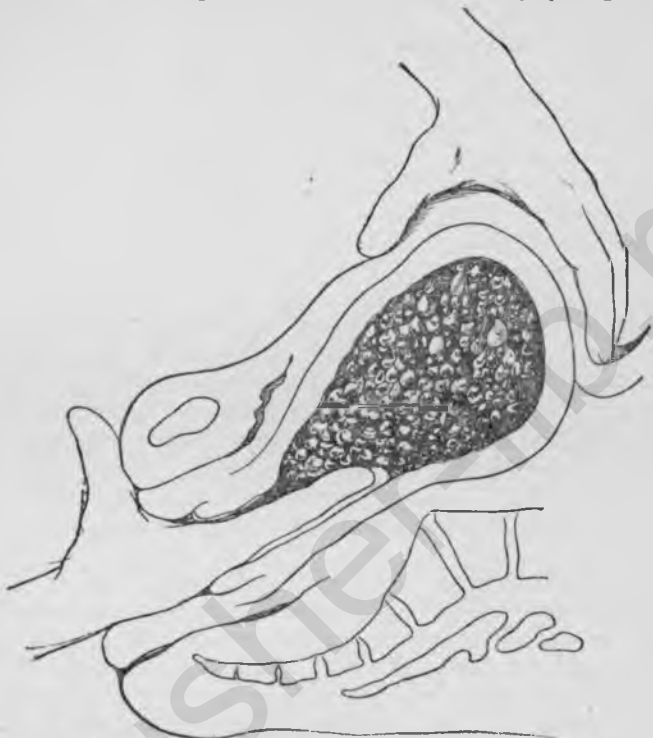


Рис. 25. Пальцевое удаление пузырного заноса.

через 7—10 дней, когда матка достаточно сократится, надо сделать выскабливание стенок полости матки и очень тщательно исследовать гистологически полученный соскоб. Если исследование не обнаружит признаков злокачественного перерождения, больную выписывают, предупредив ее, что она должна находиться под постоянным наблюдением женской консультации.

Если пузырный занос разрушил стенку матки и проник до брюшины, показано полное удаление матки.

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА [МАТКИ]¹

Хорионэпителиома матки является крайне редким заболеванием. До настоящего времени описано около 2500 случаев. Главной причиной возникновения хорионэпителиомы следует считать пузырный занос, реже

¹ Эту главу мы поместили в нашем руководстве, так как хорионэпителиома, правда, очень редко, все же является показанием к неотложному оперативному вмешательству.

хорионэпителиома возникает после выкидыша и еще реже после срочных или преждевременных родов. В связи с тем что возникновение хорионэпителиомы связано с беременностью, поражаются этим заболеванием женщины чаще в возрасте от 20 до 40 лет. Имеются единичные описания случаев хорионэпителиом у девочек и у старух. По А. Э. Мандельштаму, хорионэпителиома в 75% случаев выявлялась в первые 3 месяца после последней беременности. При хорионэпителиоме, так же как и при пузырном заносе, в яичниках образуются кисты, обычно двусторонние.

П р и з н а к и и **р а с п о з н а в а н и е** х о р и о н э п и т е л и о м ы. В начальной стадии, при отсутствии метастазов, симптомы не так характерны, чтобы на их основании можно было поставить диагноз. Наиболее подозрительным симптомом является затяжное и обильное маточное кровотечение у женщины, в прошлом имевшей пузырный занос. Быстро нарастающее малокровие, лихорадка, альбуминурия при несколько увеличенной и разрыхленной матке усиливают подозрение. Иногда при необильном кровотечении быстро наступает резкое малокровие, не соответствующее количеству теряемой крови.

Классическая картина хорионэпителиомы, по А. Э. Мандельштаму, характеризуется следующими признаками: 1) заболеванию предшествовали выкидыш, нормальные или преждевременные роды; 2) обильные кровянисто-водянистые бели или профузные кровотечения, появляющиеся немедленно после беременности или вскоре после нее; 3) непосредственное появление кровянистых выделений и высокой температуры после опорожнения полости матки; 4) прогрессирующее увеличение матки и ее бугристость; 5) быстро наступающая и прогрессирующая анемия и кахексия; 6) появление метастазов, особенно во влагалище; 7) одышка, кашель, кровянистая мокрота и ряд симптомов, указывающих на появление метастазов в легких. Быстрое течение болезни, приводящее через несколько месяцев к смерти.

А. Э. Мандельштам приводит ряд случаев, где имелось кровотечение, хотя опухоль непосредственно не сообщалась с полостью матки. Некоторые больные жаловались на серозно-кровянистые выделения, которые вскоре приобретали гнилостный запах. Появление симптомов со стороны легких (кашель, кровохарканье, боли в груди) указывает на метастазы новообразования в легких; поэтому рентгеновское исследование грудной клетки у этих больных обязательно. Появление синевато-багрового (вследствие кровоизлияния и кровенаполнения) узелка во влагалище величиной от вишни до куриного яйца (рис. 26, см. на вклейке стр. 56—57), указывает на метастаз новообразования в стенку влагалища. Однако все это симптомы уже далеко зашедшей стадии болезни. Впрочем, наличие метастаза во влагалище, а равно анемии и лихорадки не говорит еще о неизлечимости или неоперабельности случая.

Начальную стадию заболевания, т. е. период, когда метастазов еще нет, а при исследовании определяется увеличенная и разрыхленная матка, можно принять за выкидыш, но при пузырном заносе влагалищное исследование обнаруживает сохранившуюся шейку. При наличии лихорадки можно подумать об инфицированном выкидыше, а при наличии опухолей придатков (лютеиновые кисты) — о воспалении придатков после аборта. Поэтому продолжительное непрерывное кровотечение или внезапно повторяющиеся обильные кровотечения у женщины, имевшей пузырный занос, требуют срочного выскабливания. Во избежание прободения пораженной новообразованием стенки матки выскабливание надо производить особенно осторожно.

Если опухоль расположена внутривенно или подбрюшинно, гистологическое исследование полученного при выскабливании соскоба

может не обнаружить характера опухоли и, таким образом, выскабливание не поможет установлению диагноза.

Весьма ценным для диагностики методом в подобных случаях, а также в случаях, когда выскабливание противопоказано (лихорадочное состояние при наличии опухолей придатков и т. п.), является гормональная диагностика. Эта диагностика основана на том, что при хорионэпителиоме титр гонадотропных веществ, содержащихся в моче большой, очень высок: даже при разбавлении мочи в 100—200 раз биологическая реакция Ашгейма—Цондека остается положительной, чего не бывает при наличии нормальной беременности.

Для своевременного распознавания хорионэпителиомы у женщины, перенесшей пузырный занос, целесообразно периодически исследовать мочу по Ашгейму — Цондеку; если при отсутствии беременности реакция окажется положительной, особенно при повторном исследовании, то следует произвести диагностическое выскабливание, даже при отсутствии маточного кровотечения.

К. П. Улезко-Строганова считает, что наличие хорионэпителиомы может быть установлено на основании следующих микроскопических данных:

а) При хорионэпителиоме обычно наблюдаются мощные пласты клеток ланггансова слоя, проникающие в стенку матки (мышечный слой) и сопровождающиеся большими или меньшими массами синцитиальных разращений.

б) Клетки ланггансова слоя в описываемых пластах, судя по многочисленным митозам, находятся в состоянии энергичного размножения.

в) При физиологических условиях они внедряются обычно сравнительно тонкими тяжами, большей частью разреженно, инфилтративно; митозы в них отсутствуют, а скорее наблюдаются дегенеративные процессы.

г) При хорионэпителиоме проникновение клеток ланггансова слоя в стенку матки сопровождается колоссальными некрозами и кровоизлияниями, что при физиологических условиях выражено сравнительно слабо (фибринозное перерождение — слой Нитабуха).

д) В соскобах группы элементов ворсинчатого покрова обычно находятся среди некротических масс и кровяных сгустков.

е) Хотя количество хориальных элементов в стенке матки после 3-го месяца беременности резко ограничивается, но они не исчезают до конца беременности, родов и отделения последа.

Как только диагноз поставлен, необходимо удалить полностью матку с придатками и доступными метастатическими узлами (например, во влагалище) брюшностеночным путем с последующим применением тестостерон-пропионата и глубокой рентгенотерапией. Техника операции аналогична применяемой при раке шейки матки. Метастазы в легких подлежат лечению рентгеновыми лучами.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ (ДО РОЖДЕНИЯ ПЛОДА)

Нормально протекающая беременность, так же как и два первых периода родов, обычно не сопровождается кровотечением. В период раскрытия и изгнания в ряде случаев отмечаются необильные кровотечения, являющиеся следствием травмы шейки матки при ее раскрытии и разрывов, наносимых плодом при его продвижении мягким частям родового канала. Встречаются и другие более серьезные причины кровотечений в конце беременности и в родах (до рождения плода) — предлежание плаценты, разрыв матки и пр.

Таким образом, всякое кровотечение, возникающее в конце беременности и в первые два периода родов, надо рассматривать как патологию, которая может стать серьезной угрозой для жизни и матери, и плода.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PLACENTA PRAEVIA)

Нормально детское место прикрепляется в верхнем отделе полости матки; нижний край детского места не доходит до ее нижнего сегмента. Если же детское место в результате той или иной причины прикрепляется в нижнем сегменте полости матки, в пределах перешейки, и краем или целиком прикрывает внутренний зев, такое прикрепление является ненормальным и носит название предлежания плаценты. Имеется ряд объяснений для возникновения этой патологии. Так, одни авторы полагают, что такое прикрепление является следствием первичного оседания плодного яйца в нижнем сегменте маточной полости, вблизи внутреннего зева. Другие считают, что оплодотворенное яйцо вначале прикрепляется на нормальном месте, но впоследствии, развиваясь, захватывает и нижний отрезок полости матки и прикрывает собой внутренний маточный зев. Имеется и такое предположение: нормально яйцо созревает во время прохождения через яйцепроводы и становится вполне зрелым при достижении полости матки, где и внедряется в ее слизистую. При преждевременном созревании оно имеет тенденцию прививаться на слизистой трубы, и тогда развивается внематочная беременность. Если же имеется запоздалое созревание яйца и пониженная его трофобластическая активность, оно не прививается на слизистой тела матки, а опускается и прививается вблизи внутреннего маточного зева.

Предрасполагающим моментом к развитию предлежания плаценты является атрофическое состояние слизистой матки, сопровождающееся богатым развитием соединительной ткани и являющееся результатом перенесенных выскабливаний, эндометрита, впрыскиваний йода. Можно предположить, что в этих случаях оплодотворенное яйцо, не находя

в полости матки соответствующей почвы для своего прикрепления и в силу своей тяжести, опускается по направлению к внутреннему маточному зеву, где и прикрепляется.

Так как большая плацента скорее достигает внутреннего зева, то, по мнению Штрассмана, предлежание плаценты часто встречается при двойнях. На своем материале в 476 случаев двоен он наблюдал предлежание в 11 случаях (цит. по В. В. Строганову).

Яйцо может соскользнуть в нижние отделы матки вследствие таких изменений слизистой, как исчезновение складчатости, гипо- и гиперсекреции, расстройства движений мерцательных волосков эпителия, паренхиматозных изменений матки с частичной заменой мышечных волокон соединительной тканью, появляющиеся в результате частых родов, сопровождающихся неправильным послеродовым периодом (И. И. Яковлев).

В. С. Груздев допускает и такую возможность возникновения предлежания плаценты: оплодотворенное яйцо, попадая в полость матки во время менструации, может быть смыто током крови в нижний сегмент, где и прикрепляется.

Предлежание плаценты — это грозное осложнение родов, и нельзя не согласиться со Штеккелем, который говорит: «Наряду с эклампсией и разрывом матки предлежание плаценты принадлежит к тягчайшим и опаснейшим осложнениям родового акта».

Предлежащая плацента частью прилегает к стенкам нижнего маточного сегмента и покрывает внутренний маточный зев полностью или частично. Соответственно этому различают следующие виды предлежания: центральное предлежание плаценты — если внутренний маточный зев полностью покрыт плацентарной тканью; боковое предлежание — если внутренний маточный зев частично покрыт оболочками и частично плацентой; если же нижний край плаценты ощущается прямо у края зева, то говорят о краевом предлежании плаценты.

Так как разграничить боковое предлежание плаценты от краевого часто бывает трудно и это не имеет обычно практического значения, многие акушеры-гинекологи предпочитают подразделять предлежание детского места на полное (центральное) и частичное (боковое и краевое).

К. К. Скробанский считает, что степень предлежания плаценты можно определить только при полном открытии или при открытии на 3—4 пальца.

Кроме этих ненормальных расположений плаценты, надо еще упомянуть о ее низком прикреплении. И. И. Яковлев считает низким прикрепление плаценты тогда, когда она хотя бы некоторой частью располагается ближе чем на 7 см от внутреннего зева. Низкое прикрепление плаценты, по его данным, встречается в 60—70% случаев.

Главным признаком предлежания плаценты является кровотечение, возникшее без видимой причины; в последние 3 месяца беременности оно патогномично для предлежания плаценты. Кровотечение наступает в результате преждевременной отслойки долек плаценты от стенки матки при формировании ее нижнего сегмента.

Момент появления и интенсивность кровотечения зависят от расположения плаценты. Чем больше предлежит плаценты и чем быстрее растягивается нижний отдел матки, тем обильнее кровотечение.

При полном (центральном) предлежании плаценты (рис. 27) иногда кровотечение появляется уже во второй половине беременности, особенно в последние месяцы ее, поэтому к моменту родов женщина может быть уже сильно обескровлена. Наступает кровотечение внезапно, иногда среди полного покоя, во время сна, и так же внезапно прекращается, но непременно повторяется через неопределенный срок. Кровотечения не сопро-

воздаются болями, характер их разнообразен: в одних случаях это мажущиеся кровянистые выделения, в других — более или менее обильные кровотечения, жидкие или со сгустками. Порой они так обильны, что вызывают сильнейшее малокровие у беременной и являются показанием к досрочному родоразрешению.

При боковом предлежании плаценты (рис. 28) кровотечение, наступающее во время беременности, не бывает таким обильным, как при центральном предлежании, но в родах при каждой схватке кровотечения усиливается.



Рис. 27. Полное предлежание плаценты.

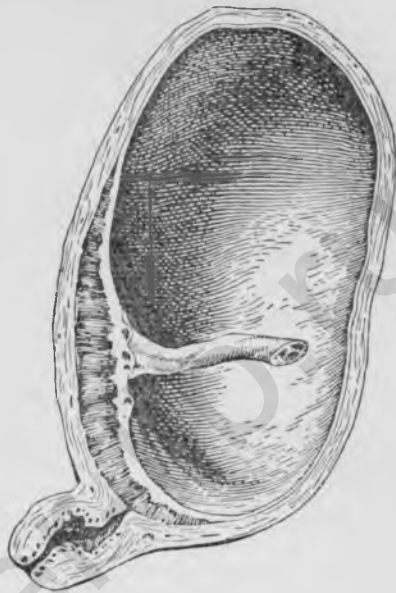


Рис. 28. Боковое предлежание плаценты.

При краевом предлежании (рис. 29) плаценты кровотечение при беременности наблюдается не всегда. Оно наступает лишь во время родов и обычно не бывает обильным.

Итак, кровотечения, появляющиеся во время беременности, должны вызвать у врача подозрение на предлежание плаценты при условии отсутствия других причин, как-то: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разорвавшийся варикозный узел влагалища или его свода, разрывы мягких тканей, раковая язва на шейке матки.

Кровотечения при предлежании плаценты всегда опасны, так как, начавшись до или во время родов, они уже повторяются или не прекращаются в течение всего периода родов. Даже незначительные, но повторные кровопотери в течение беременности и родов, суммируясь, вызывают сильное малокровие. При частичном предлежании, при котором разрыв плодного пузыря нередко останавливает кровотечение в период раскрытия, оно может повториться в последовом периоде и явиться угрозой для жизни женщины. Статистика показывает, что смерть при предлежании плаценты чаще наступает в последовом и послеродовом периодах.

Первым мероприятием при подозрении на предлежание плаценты является помещение беременной в отделение патологии беременности родильного дома.

Диагностика предлежания плаценты. Быть уверенным в наличии предлежания плаценты можно тогда, когда при влагалищном исследовании через проходимую для 1—2 пальцев шейку матки прощупывают непосредственно над маточным зевом характерную губчатую, легко кровоточащую плацентарную ткань. При исследовании кровотечение возобновляется или усиливается.

Даже при закрытом зеве, говорит Г. Г. Гентер, можно поставить диагноз предлежания плаценты, особенно центрального или бокового: обычно через мягкие ткани сводов нетрудно определить предлежащую головку, прощупать швы и роднички, тогда как при предлежании плаценты между исследующим пальцем и головкой плода ощущается прослойка тканей более толстая, более массивная, чем стенки влагалищного свода и нижнего сегмента.

Влагалищное исследование следует производить бережно, так как грубое исследование непременно вызывает кровотечение.

Распознавание полного (центрального) предлежания плаценты при открытом зеве нетрудно: вместо гладкого плодного пузыря, через который ясно прощупывается головка плода со швами и родничками, ощущается мягкая, губчатая, плацентарная ткань.

При частичном (боковом) предлежании определяется не только больший или меньший участок плацентарной ткани, но и облочки плодного пузыря, напрягающиеся при каждой схватке.

При краевом предлежании где-либо над зевом прощупывается край плаценты. Наружное исследование обычно обнаруживает подвижность предлежащей части плода. Сама по себе эта подвижность не вызывает подозрений; ведь в большинстве случаев предлежание плаценты бывает у повторнородящих, а первое кровотечение появляется задолго до родов, когда предлежащая часть даже у первородящих еще подвижна; для диагностики важно то, что предлежащая часть не только подвижна, но и стоит высоко над входом в таз.

Влагалищное исследование при предлежании плаценты часто вызывает обильное кровотечение, поэтому некоторые акушеры рекомендуют заменить его ректальным. Большинство же полагает, что отказаться от влагалищного исследования нельзя, но оно должно быть ограничено и делать его можно только в обстановке, позволяющей в случае надобности немедленно произвести операцию. Поэтому ни в консультации, ни в амбулатории нельзя делать внутреннее исследование беременной.

Некоторые авторы для распознавания предлежания плаценты применяют рентгеновский метод исследования: в мочевого пузырь вводят контрастное вещество и измеряют расстояние между мочевым пузырем и головкой плода. При предлежании плаценты это расстояние увеличено до 2 см и более. Этот метод имеет некоторую практическую ценность: применяя его при беременности, можно установить вид предлежания и сообразно с этим продумать надлежащую терапию.



Рис. 29. Краевое предлежание плаценты.

Предлежание плаценты, по данным К. К. Скробанского, встречается в 0,17% случаев (на материале в 18 000 родов), по данным Штеккеля, Панкова, один случай предлежания плаценты приходится на 500 родов.

Предлежание плаценты чаще наблюдается у повторно- и многорожавших. Так, Я. Н. Волков отмечает, что при 5—7-й беременности процент предлежания плаценты равен 16,7, а затем частота этого осложнения падает. При предлежании плаценты наблюдается большое количество неправильных положений плода. По Цангемейстеру (Zangemeister), поперечное положение отмечено было в 19%; количество преждевременных родов, по данным Гусева, наблюдалось в 71,7% случаев (цит. по Я. Н. Волкову).

Роды при предлежании плаценты часто сопровождаются кровотечением и инфекцией. Г. Г. Гентер возникновение инфекции объясняет следующим образом: плацентарное место со своими крупными сосудами, непосредственно сообщающимися с маточными венами, расположено не в дне матки, не в активном ее отделе, не вдали от пещерного канала и влагалища, всегда заселенных микробами, а в непосредственной близости от этих очагов инфекции. С другой стороны, наличие в этой области во время родов кровяных сгустков, недостаточная ретракция плацентарной площадки после родов, дающая недостаточное «удушение» сосудов, также способствуют попаданию микробов в пределы самых опасных входных ворот для инфекционного начала.

По нашему мнению и мнению ряда авторов, причина более частой инфекции в родах при предлежании плаценты объясняется ее низким прикреплением и вследствие этого тесным соприкосновением с участком полового канала, богатым микробами. Эти микробы еще до начала родов, при первых кровотечениях легко проникают в межворсинчатые пространства. Кроме того, частые оперативные вмешательства, необходимые при этой патологии, также повышают послеродовую заболеваемость.

Третьим осложнением, к счастью, редким, является воздушная эмболия, являющаяся следствием проникновения воздуха в зияющие вены плацентарной площадки. Описаны случаи внезапной смерти роженицы во время поворота на ножку или при перекладывании роженицы на бок. Полагают, что при этом воздух проникает во влагалище, попадает в маточно-плацентарные вены, следствием чего может быть смерть от воздушной эмболии. Л. А. Гусаков считает, что от воздушной эмболии женщины погибают чаще, чем об этом думают.

Лечение. Оно в первую очередь должно быть направлено на борьбу с кровотечением и анемией. Для оценки положения больной решающим моментом является не количество теряемой крови, а общее состояние, окраска кожных покровов, пульс, его частота и наполнение.

Штеккель пишет: «Большая часть больных погибает не потому, что их неправильно лечили, а потому, что приступили к лечению слишком поздно». Мы полагаем, что в выборе метода лечения надо исходить из следующей общей схемы: если умеренное кровотечение, вызывающее подозрение на предлежание плаценты, появляется во время беременности, до начала родовой деятельности, то в большинстве случаев может быть применена неоперативная терапия. Беременную надо госпитализировать, ей должен быть предписан строжайший постельный режим. В очень многих случаях такая терапия позволяла довести беременность до нормального срока родов или по крайней мере до момента, когда плод являлся жизнеспособным.

Кроме покоя, диеты, благоприятствующей правильной функции кишечника и богатой витаминами, рекомендуется переливание крови, которое дает прекрасный эффект.

Влагалищные исследования беременной должны быть максимально ограничены; для исключения кровотечения из шейки матки и влагалища наиболее бережным способом является осторожный осмотр при помощи влагалищных зеркал; такие мероприятия, как холод на живот, дача спорыньи и т. п., не следует применять.

Если, несмотря на все принятые меры, кровотечение возобновится или усилится и если начнется родовая деятельность, надо срочно вмешаться.

При центральном предлежании и в ряде случаев частичного, когда наблюдается сильное кровотечение и особенно при наступлении картины острого малокровия, наилучшим методом лечения будет брюшностеночное кесарево сечение.

При частичном предлежании плаценты, достаточном открытии зева (на 2 пальца и больше), хорошей родовой деятельности, правильном положении плода эффективным методом остановки кровотечения является разрыв плодного пузыря. Полный успех от разрыва плодного пузыря Н. Н. Чукалов наблюдал в 90%. Отслойка плаценты после разрыва пузыря прекращается, нижний сегмент вместе с плацентой передвигается вверх по плоду, головка опускается и прижимает кровоточащее место плацентарной площадки; далее роды идут нормально. Разрыв плодного пузыря надо делать очень осторожно, чтобы не вызвать дальнейшей отслойки плаценты и появления нового кровотечения. Разрывают плодный пузырь не пальцем, а браншей пулевых щипцов.



Рис. 30. Тампонада влагалища марлей**

Если предлежащий участок плаценты очень большой, схватки слабые или имеется неблагоприятное положение плода, вследствие которого предлежащая часть не опускается, кровотечение будет продолжаться и после разрыва пузыря.

Если разрыв плодного пузыря не дал ожидаемого эффекта, приходится прибегнуть к иным методам для остановки кровотечения. Старые авторы охотно применяли тампонаду (рис. 30), которая в настоящее время как метод лечения кровотечения категорически отвергнута.

Среди мероприятий, применяемых в тех случаях, когда разрыв пузыря не дал результата, надо указать на следующие: метрейризм, поворот по Брекстон-Гиксу, наложение на головку щипцов по Уиллту — Иванову.

Тампонаду влагалища марлей в настоящее время почти не применяют (рис. 30).

Метрейризм — это вмешательство, заключающееся во введении в нижний сегмент матки грушевидного баллона, наполненного стерильным

физиологическим раствором (рис. 31). Баллон вводят при предлежании плаценты за оболочки — интраамниально. Перед введением баллона разрывают плодный пузырь, так как метрейринтер только тогда окажет действие, когда будет лежать в полости плодного пузыря. К метрейринтеру подвешивают груз не больше 200 г, так как при более сильном его натяжении может произойти разрыв шейки и нижнего сегмента матки, что при предлежании детского места может оказаться роковым для больной. Метрейринтер препятствует дальнейшей отслойке плаценты, играет роль тампона и, раздражая стенки матки, вызывает или усиливает их сократительную деятельность. Благодаря энергичным схваткам маточный зев быстро расширяется и метрейринтер изгоняется или его

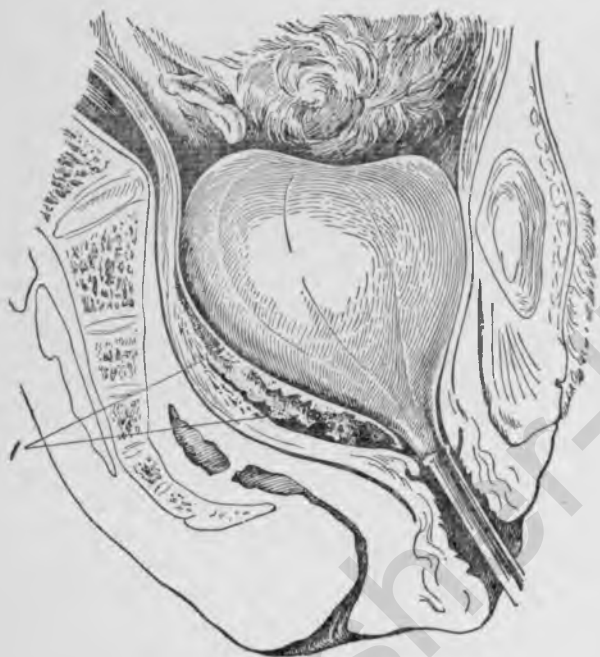


Рис. 31. Предлежание плаценты. Тампонада метрейринтером отслоившейся части детского места (1).

Рис. 32а. Поворот по Брестон-Гиксу.

удаляют через 10—12 часов. После рождения метрейринтера головка опускается в полость таза, и роды заканчиваются естественным образом.

Кюстнер (Küstner) охотно прибегал к метрейризу при предлежании плаценты.

При применении этого метода ему удалось снизить материнскую смертность с 70—80 до 20—40%. Детская смертность на его материале после применения метрейринтера тоже была ниже, чем до его применения.

И. И. Яковлев пишет: «...если кровотечение, несмотря на разрыв оболочек, продолжается, следует ввести в матку метрейринтер, который, помимо остановки кровотечения, способствует быстрому раскрытию зева. После него роды могут окончиться самопроизвольно или с помощью поворота на ножку; особенно он применим там, где вследствие узости шейки нельзя произвести поворот. Метод пригоден во всех случаях предлежания плаценты при живом, жизнеспособном плоде».

Все же и метод метрейриза не лишен недостатков: головка иногда не вступает в таз, остается подвижной, пуповина выпадает, кровотечение продолжается и приходится прибегать к повороту на ножку. У обескровленных больных мы считаем применение метрейринтера противопоказанным.

Поворот по Брекстон-Гиксу. Он отличается от классического тем, что при неполностью открытой шейке в полость матки вводят 2 пальца (рис. 32а). К повороту по Брекстон-Гиксу прибегают

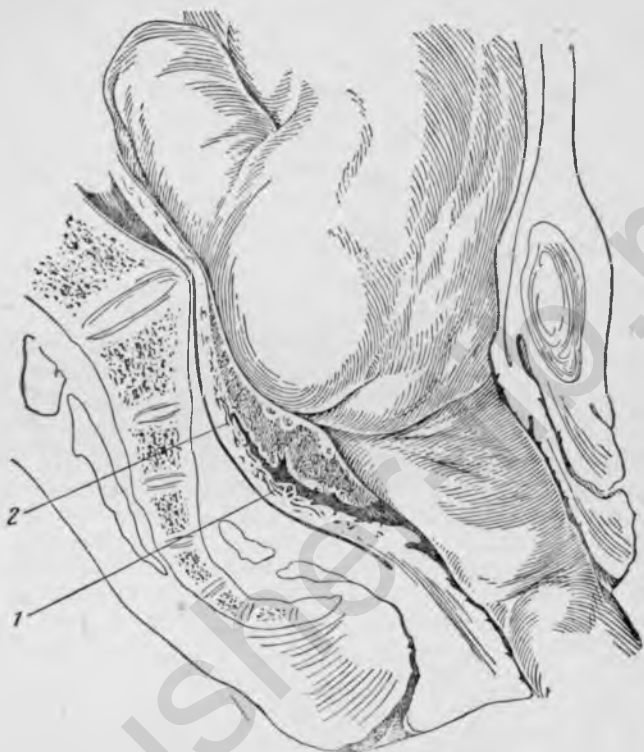


Рис. 32б. Предлежание плаценты. Тампонада низведенной ножкой.

1, 2 — зияющие кровеносные сосуды в области базальной отпадающей оболочки.

в тех случаях, когда кровотечение заставляет активно вмешаться при малом открытии маточного зева (2—3 пальца). Непременным условием для этого поворота является подвижность плода. Так как процент детской смертности при этом очень велик, поворот применяют только в интересах матери, обычно при мертвом, недоношенном и нежизнеспособном плоде. Необходимым условием для благоприятного результата поворота по Брекстон-Гиксу является глубокий наркоз.

Техника поворота в основном сводится к следующему: во влагалище вводят руку, обильно смоченную стерильным вазелиновым маслом. Рука должна быть вытянута, а пальцы сложены так, чтобы они касались друг друга. Руку очень осторожно продвигают до внутреннего маточного зева, затем двумя пальцами (указательным и средним) разрывают пузырь и проникают в полость матки. Очень осторожно отодвигают предлежащую часть плода, находят ножку и бережно низводят ее во влагалище; наружная рука при повороте активно помогает внутренней. Отслойка плаценты

прекращается, ягодичы плода, низведенные в тазовый выход, плотно прижимают плаценту к месту ее прикрепления, ножка плода, лежащая в зеве, стимулирует родовую деятельность, схватки усиливаются и роды после поворота обычно быстро заканчиваются (рис. 32 б и 32 в). За низведенную ножку в целях извлечения плода ни в коем случае нельзя тянуть. Ведь поворот по Брекстон-Гиксу предпринимается при малом открытии, поэтому при тракции возможен разрыв шейки матки. Это осложнение при предлежании плаценты может вызвать тягчайшее кровотечение, являющееся иногда причиной смерти роженицы. Так как поворот по Брекстон-Гиксу показан при мертвом или нежизнеспособном плоде, то для ускорения рождения плода можно перфорировать головку, что ускорит рождение плода; при этом исключена возможность повредить шейку матки.

В 1925 г. на заседании Лондонского акушерско-гинекологического общества Уиллт (Willt) предложил при предлежании плаценты накладывать на головку плода специальные щипцы — кожно-головные. Концы этих щипцов плоские, на одном конце имеются зубцы, на другом — отверстия, соответствующие этим зубцам. Кожу головки захватывают щипцами, к которым подвешивают груз. Головка прижимает кровоточащий участок и в то же время стимулирует родовую деятельность. В 1932 г. А. А. Иванов, не зная о работе Уиллта, применил аналогичный метод в случае первичной слабости родовой деятельности: захватив кожу головки мертвого плода щипцами Мюзо, он привязал марлевым бинтом к щипцам груз приблизительно в 300 г. Вскоре начались схватки и через 4 часа родился плод. Так как в этом случае не было предлежания плаценты, то груз не был чрезмерным (рис. 33).

В 1932 г. почти одновременно с сообщением А. А. Иванова появилось сообщение Гаусса (Haus) о применении его модели кожно-головных щипцов в 18 случаях предлежания плаценты. Материнской смертности не было, а 25% детской смертности были отнесены за счет асфиксии детей, наступившей в результате тяжелого кровотечения.

В 1953 г. в журнале «Акушерство и гинекология» появилось сообщение Е. Н. Родионовой (из Свердловска) о применении кожно-головных щипцов по Уиллту—Иванову в 80 случаях родов; из них в 12 случаях имелось предлежание плаценты, в 11 случаях щипцы наложили на живой плод и в одном — на мертвый. Самопроизвольные роды наступили у 9 женщин, из них 8 разрешились живым плодом, 1 — мертвым. В 1955 г. в этом же журнале помещено сообщение А. А. Иванова о применении кожно-головных щипцов (без деления материала) с хорошим результатом. Показанием к применению кожно-головных щипцов служат: первичная и вто-

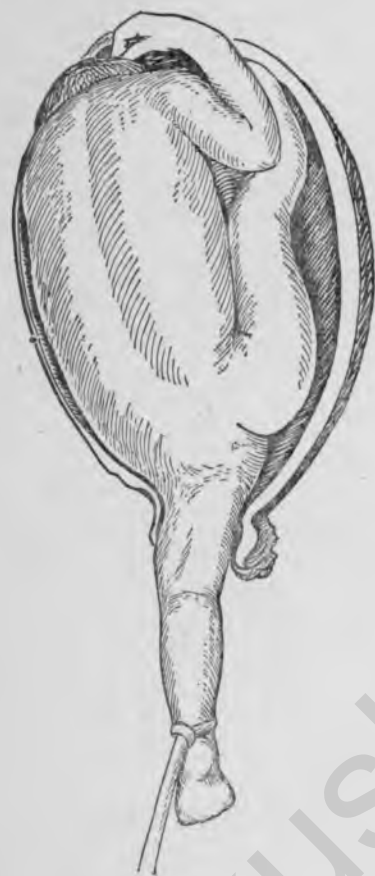


Рис. 32в. Предлежание плаценты. Тяга за низведенную ножку.

ричная слабость родовой деятельности, частичное предлежание плаценты, мертвый плод, выпадение пуповины. Для предохранения кожи головки от травмы А. А. Иванов рекомендует применение абортцанга.

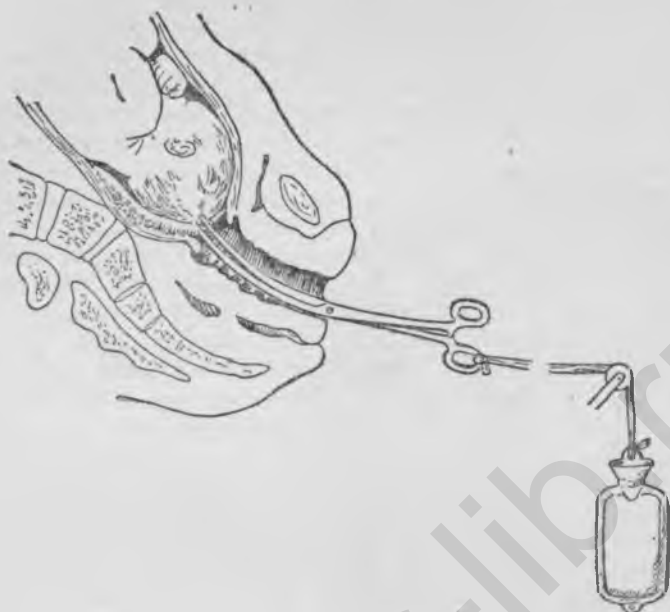


Рис. 33. Наложение кожноголовных щипцов по Уиллту Иванову.

К. Н. Жмакин (1953), М. С. Малиновский (1956), В. И. Бодяжина (1958) и другие акушеры считают этот метод эффективным при боковом и краевом предлежании плаценты. При центральном предлежании его применять не следует.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Эта патология является тяжелейшим и опаснейшим осложнением беременности и родов. Она занимает не последнее место среди причин внезапной смерти матери и плода во время родов. К счастью, это осложнение встречается очень редко. По данным Г. Г. Генстера, на 45 000 родов был 68 случаев, т. е. 0,14%, по данным Е. И. Поволоцкой, на 27 000 родов было 48 случаев

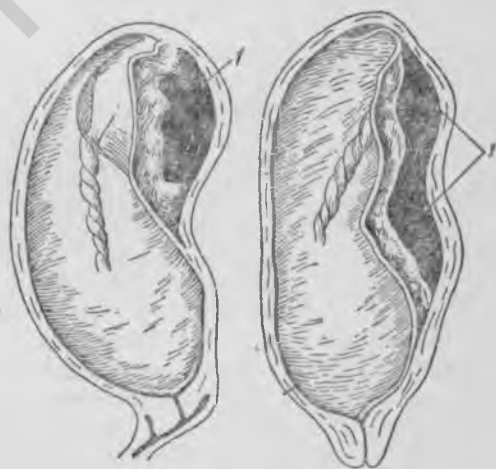


Рис. 34. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места.

1 — ретроплацентарная гематома. На рис. справа кровоизлияние проложило себе путь между стенкой матки и оболочками.

преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, т. е. 0,18%.

Обычно отделение плаценты происходит после рождения плода, но иногда связь между стенкой матки и плацентой по той или иной при-

чине нарушается. В этом месте маточные плацентарные сосуды разрываются, кровь вытекает и, если она не находит выхода наружу, скопляется между стенкой матки и плацентой (что в большинстве случаев и происходит), где образуется ретроплацентарная гематома (рис. 34 и 35). Постепенно увеличиваясь, гематома растягивает полость матки иногда настолько, что на стенках матки возникают трещины и, правда, в редких случаях может наблюдаться даже разрыв ее серозной оболочки. Нормальное плацентарное кровообращение в таких случаях нарушается или полностью прекращается; плод погибает и тем скорее, чем раньше началась отслойка плаценты.



Рис. 35. Преждевременное отделение нормально расположенного детского места (плод находится в полости матки).

Если при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты поверхность ее, служащая ребенку для обмена веществ, уменьшится наполовину, ребенок погибает; если отслаивается треть, ребенку грозит большая опасность и он может быть спасен обычно только при быстром оказании помощи.

Причины, вызывающие это осложнение, различны. Многие авторы придают большое значение травме: удар в живот, резкий прыжок, поднятие тяжести. Г. Г. Гентер большого значения травме не придает. На его материале, охватывающем 87 случаев, только в 2 случаях травма явилась непосредственной причиной заборознения: одна больная накануне поскользнулась, моя пол, и упала на живот, у другой кровотечение началось немедленно после удара ногой в живот. По его мнению, травма может явиться лишь толчком к отслойке плаценты при наличии того или иного патологического процесса в организме. Причинами преждевременной отслойки могут быть короткость пуповины (абсолютная или относительная), эндометрит, токсикозы беременности (нефропатия, эклампсия), тяжелые заболевания почек (нефрит), пороки сердца. Винтер полагает, что главной причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты являются заболевания почек беременной: нефрит и нефропатия.

Все случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, осложненные нефритом, протекали очень тяжело и сопровождались картиной внутреннего кровотечения (В. В. Строганов). К. К. Скробанский полагает, что в большинстве случаев причиной отслойки является болезненное состояние децидуального слоя, обычно обусловленное воспалением или токсическим процессом, вызывающим хрупкость сосудов.

Все случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, осложненные нефритом, протекали очень тяжело и сопровождались картиной внутреннего кровотечения (В. В. Строганов). К. К. Скробанский полагает, что в большинстве случаев причиной отслойки является болезненное состояние децидуального слоя, обычно обусловленное воспалением или токсическим процессом, вызывающим хрупкость сосудов.

Нельзя отрицать того факта, что в происхождении преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты большую роль играют заболевания, уменьшающие прочность прикрепления плаценты, как-то: тромбозы, инфаркты, некрозы как в самой плаценте, так и в плацентарной площадке стенки матки. Такие изменения наблюдаются при поздних токсикозах беременности, при гипертонической болезни, которая часто сопровождается изменениями в стенках сосудов, что приводит к их хрупкости, а при повышении давления — к их разрыву.

В. А. Покровский и Р. М. Осповат рассматривают эту патологию как проявление аллергической реакции.

Некоторые авторы считают, что причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты может быть поздний разрыв плодного пузыря: все глубже вступающий во влагалище и даже показывающийся из половой щели нижний полюс яйца оказывает влекущее действие на нижний край плаценты и отделяет его от стенки матки. Обычно это легкие случаи. Вмешательство заключается в разрыве плодного пузыря.

Признаки наступившей преждевременной отслойки следующие. Внезапно появляются сильнейшие боли в области матки, резко бледнеют кожные покровы, пульс нитевидный, рвота. Живот напряжен, крайне болезнен при пальпации, матка часто выбухает в области отслаивающейся плаценты, части плода из-за напряжения стенок матки прощупать не удается, больная беспокойна, лицо испуганное. Несмотря на нарастающую анемию, наружного кровотечения может и не быть. В моче при анализе часто обнаруживают большое количество белка. О. Панков говорит, что быстро наступившая смерть плода при сравнительно небольшом наружном кровотечении является важным признаком преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, тогда как наличие живого плода при обильном наружном кровотечении и отсутствии напряжения и болезненности матки говорит за предлежание плаценты.

П. В. Маненков указывает на следующие признаки, являющиеся характерными для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты: стойкое замедленное сердцебиение плода, объясняющееся кислородным голоданием его вследствие отслойки плаценты и анемии матери; увеличение окружности живота на 2 см благодаря повышению внутриматочного давления в результате образовавшейся внутриматочной гематомы, падение артериального давления, что обусловлено кровопотерей.

И. И. Яковлев среди признаков описываемой патологии отмечает невозможность в некоторых случаях контурировать матку и определить положение плода; если же это удается, матка оказывается увеличенной несоответственно сроку беременности. Часто на матке определяется выпуклость эластической консистенции, соответствующая месту прикрепления плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — чрезвычайно опасное осложнение и для матери, и для плода. Материнская смертность, по данным Центрального научно-исследовательского акушерско-гинекологического института в Ленинграде, 4,25%. Детская смертность, по данным Е. И. Поволоцкой, колеблется от 48,9 до 90%.

Время наступления отслойки имеет значение в смысле исхода для плода и матери. Так, на материале Г. Г. Гентера в 27 случаях отслойка произошла до начала родов, все 27 плодов погибли, в 49 случаях преждевременная отслойка наступила в период раскрытия — родилось 7 живых плодов, и наиболее благоприятен исход для плода при преждевременной отслойке в периоде изгнания — из 14 плодов 9 родились живыми.

Лечение. Оно заключается в максимально быстром, бережном опорожнении матки. В тяжелых случаях кесарево сечение даже при мертвом

плоде является методом выбора. При решении вопроса о способе родоразрешения надо считаться со следующими моментами (степень открытия маточного зева, наличие живого или мертвого плода, степень анемии) и, конечно, с обстановкой, в которой должна быть оказана помощь.

По мнению П. В. Маненкова, при отслойке нормально расположенной плаценты во время беременности, при раскрытии шейки матки до 2 пальцев (при живом и мертвом плоде), при выраженной анемии и наличии операционной лучше всего опорожнить матку путем брюшностеночного кесарева сечения. При раскрытии зева свыше 2 пальцев у повторнородящих можно: а) при живом плоде, резком обескровливании, наличии операционной в интересах плода и матери сделать кесарево сечение; б) при живом

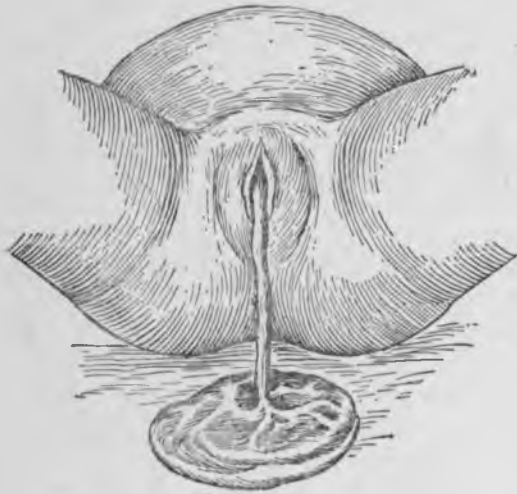


Рис. 36. Выпадение плаценты.

или мертвом плоде, нерезкой анемии, отсутствии операционной произвести (как вынужденное) родоразрешение влагалищным путем. Возможность быстрого родоразрешения влагалищным путем при открытии зева свыше 2 пальцев рассчитана на то, что у повторнородящих, у которых чаще наблюдается преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пальцевым расширением может быть сравнительно легко достигнуто полное раскрытие зева. Только при этом условии допустимо родоразрешение влагалищным путем. В периоде изгнания родоразрешение обычно производят влагалищным путем.

Л. Л. Окинчид, В. А. Покровский, Д. Е. Шмундак, обнаружив при кесаревом сечении плохо сокращающуюся матку, стенки которой пропитаны кровью, делают ее надвлагалищную ампутацию. Г. Г. Гентер рекомендует в тяжелых случаях удалять матку вместе с плодом.

ВЫПАДЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PROLAPSUS PLACENTAE)

Выпадение плаценты во влагалище или наружу до рождения плода (рис. 36) может произойти как при срочных родах, так и при преждевременных, при нормально расположенной плаценте и при патологическом ее предлежании. Это осложнение наблюдается очень редко. На 45 999 родов, имевших место в родильном доме имени Снегирева, оно наблюдалось один раз (Г. Г. Гентер).

Первый случай выпадения плаценты был описан в 1672 г. Лоссиусом (Lossius). Г. Г. Гентер во всемирной литературе собрал 27 случаев выпадения нормально расположенной плаценты, к которым добавил один случай, наблюдавшийся им лично и описанный в его семинаре. Непременным условием для выпадения плаценты является неполное выполнение таза предлежащей частью. Из 28 рожениц только одна была первородящая, смертность матерей составляла 29,6%. Детская смертность была огромная — из 28 младенцев погибло 24. Выпадение плаценты иногда сопровождалось кровотечением.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Патологические кровотечения после рождения плода могут наблюдаться до отделения последа от стенки матки, а также и после его отделения. Они могут быть связаны с задержкой детского места и его частей в полости матки, с атонией и гипотонией матки, разрывом ее шейки и пр. Ослабление сократительной способности матки может наблюдаться при недоразвитии матки (инфантильная матка), при пороках развития, при многоводии, многоплодии, при крупном плоде.

Одной из причин кровотечения в последовом периоде является неправильное ведение этого периода (см. методику ведения в руководствах по акушерству).

Если после рождения ребенка возникает обильное кровотечение, то, выяснив возможно скорее его причину, врач должен оказать немедленную помощь. При задержке отделения детского места для усиления сокращения матки можно рекомендовать инъекции 1 мл питуитрина. Отделившийся послед должен быть удален по одному из известных методов — Абуладзе, Гентера, Креде — Лазаревича и др. Если детское место не отделилось и кровотечение продолжается или при отделившемся детском месте к желаемому результату не приводят вышеуказанные методы, приходится прибегнуть к ручному выделению детского места. Следует всегда помнить, что хорошему сокращению матки может препятствовать перешолненный мочевой пузырь, поэтому перед всеми акушерскими манипуляциями моча должна быть выпущена катетером, если она незадолго до этого не выпускалась.

Иногда причиной кровотечения в последовом периоде является ущемление плаценты, которое может произойти при неумелом, грубом или слишком активном ведении последового периода. Ущемление плаценты наблюдается и у первородящих, и у повторнородящих, и у многородящих. В. А. Покровский полагает, что преждевременное массирование матки ведет к ее сокращению, а это нарушает физиологический ход последового периода.

По мнению В. А. Покровского, возможными причинами неотделения плаценты могут быть опухоли матки, а также расположение плаценты в области тубного угла.

При задержке последа многие акушеры предостерегают от применения метода Креде — Лазаревича и др. В. А. Покровский же полагает, что отказ от применения метода Креде — Лазаревича может повести к увеличению количества случаев ручного отделения плаценты. Если плацента лежит уже во влагалище, то при применении метода Креде — Лазаревича она легко выделяется.

Так как частой причиной кровотечения после рождения плаценты являются оставшиеся кусочки плацентарной ткани или целые дольки плаценты, то выделившаяся плацента должна быть тщательно осмотрена: распластав плаценту на столике или на подносе, начинают осмотр с материнской стороны (рис. 37а, 37б, 38). Поверхность ее гладкая, цвет серовато-синий, она покрыта тонким слоем децидуальной оболочки. Если в плаценте имеется дефект, он выделяется своей темно-красной окраской. Края плаценты должны быть ровными и гладкими. Для выявления дефекта



Рис. 37а. Плацента. Материнская сторона.

М. С. Малиновский рекомендует ошпарить плаценту крутым кипятком, тогда разница между дефектом и неизменной тканью плаценты станет еще заметнее.

Если при осмотре возникает сомнение в целостности плаценты, некоторые акушеры рекомендуют использовать молочную пробу Кюстнера. Большим шприцем вводят в плацентарные сосуды цветную жидкость или молоко. Если имеется дефект, жидкость будет вытекать из разорванных сосудов.

Так как распознать задержку частей плаценты не всегда легко, рекомендуют сделать ручное обследование полости матки немедленно после родов при малейшем сомнении в ее целостности. По мнению М. С. Малиновского, обследование стенок полости матки непосредственно после родов при нормальном состоянии роженицы не оказывает никакого неблагоприятного влияния на течение послеродового периода (в смысле повышения заболеваемости).

Гипотония матки после рождения последа может наступить в результате задержки в ней частей плаценты, при перерастяжении матки, при многоводии и многоплодии, при затяжных родах, быстром извлечении

плода, в результате инфекции во время родов и септических заболеваний при предшествовавших родах или абортах, при нарушении функции эндокринной системы, в частности гипофиза и надпочечников.

При атонии или гипотонии матка мягкая, дряблая, контуры ее неясные, дно ее стоит выше, чем обычно, а иногда доходит до уровня мечевидного отростка. Если массажем удастся вызвать сокращения матки, то при надавливании на нее появляется кровотечение со сгустками. Как

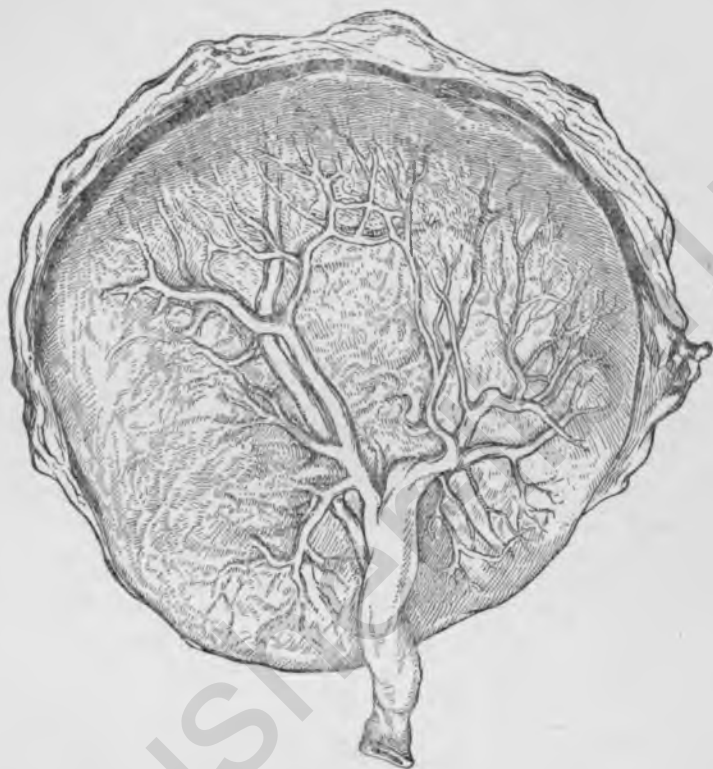


Рис. 376. Плацента. Сторона плода.

только массаж прекращают, матка распускается, контуры ее опять становятся расплывчатыми, дно поднимается к мечевидному отростку, малокровие нарастает. Для дифференциальной диагностики между атоническим кровотечением и кровотечением из разрывов следует учитывать, что прощупываемое, хорошо сократившееся тело матки не может быть источником кровотечения и, следовательно, надо думать о разрыве. Чаще всего имеются разрывы шейки матки, наличие которых устанавливают при осмотре в зеркалах (см. раздел «Разрывы матки»).

Чтобы остановить атоническое кровотечение, предложен ряд методов, включающих медикаментозные средства и механические.

Обычно проводят мероприятия в следующем порядке: опорожнение катетером мочевого пузыря, массаж матки наружными приемами, лед на низ живота, инъекции питуитрина; если эти мероприятия не приводят к сокращению матки, производят ручное обследование стенок полости матки, чтобы убедиться в их целостности и отсутствии остатков последа, а затем массаж матки на кулаке.

Массаж матки выполняют и после извлечения внутренней руки. Он состоит в легких, осторожных круговых поглаживаниях брюшной стенки. Как только матка станет плотной, из нее надо выжать сгустки крови. На низ живота кладут лед, применяют питуитрин и эрготин. Эрготин вводят подкожно в количестве 1 мл; если эффект не будет получен в течение

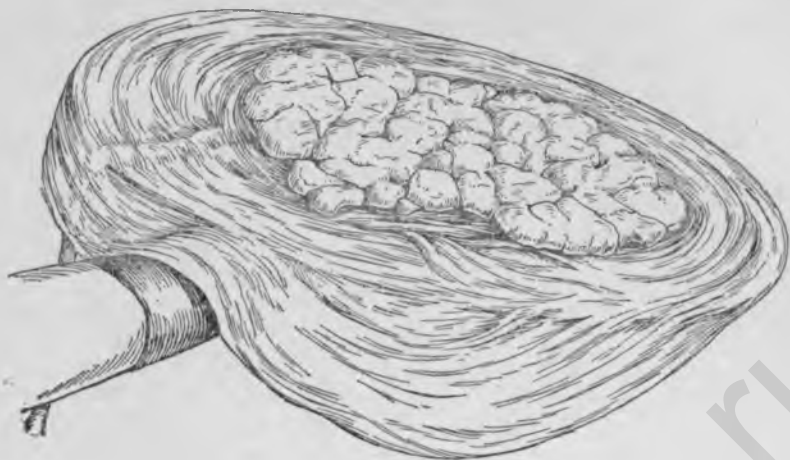


Рис. 38. Осмотр плаценты (материнской стороны), положенной на дно плоского таза.

в течение 15 минут, повторяют инъекцию. Питуитрин вводят подкожно, внутривенно и в шейку матки. А. Ю. Лурье предложил для более быстрого действия питуитрина вводить его вместе с кровью (250 мл крови + 1 мл питуитрина) капельным способом медленно в вену. Л. С. Персианинов рекомендует при тяжелых состояниях женщин, вызванных кровотечениями,

вводить внутриартериально хлористый кальций с одновременным внутриартериальным переливанием крови.

Заслуживающим внимания методом остановки атонического кровотечения является прижатие брюшного отдела аорты к позвоночнику по Шмиду (Schmid) (рис. 39); кулак правой руки ставят вертикально на живот женщины выше пупка, слева от позвоночника и прижимают аорту тыльной поверхностью основных фаланг к позвоночнику. Аорту надо сжимать до исчезновения пульса в бедренной артерии. Если рука устанет, можно захватить правый лучезапястный сустав левой рукой, это даст возможность продлить при-



Рис. 39. Прижатие аорты к позвоночнику.

жатие до 15—20 минут. Г. Г. Гентер считает этот прием могучим средством в борьбе с атоническим кровотечением.

Старый метод прижатия аорты жгутом Момбурга в настоящее время не применяют ввиду угрозы повреждения органов брюшной полости.

Тугая тампонада, применяемая для остановки кровотечения, заключается во введении в полость матки рукой или инструментом смоченного стерильного марлевого бинта шириной в ладонь (рис. 40). Тампон

должен плотно выполнять всю полость матки, шейный канал и влагалище (рис. 41); при несоблюдении этого правила кровотечение будет продолжаться и кровь будет скопиться позади тампона (рис. 42). Так как при тампонаде легко может быть занесена инфекция, должны быть приняты все меры асептики и проведено лечение антибиотиками. Тампон извлекают обычно через 6—8 часов.

Н. И. Рачинский и А. П. Губарев рекомендуют сильно антевертированную матку прижимать к симфизу через брюшные стенки.

Одним из методов остановки кровотечения является способ Г. Г. Гентера, заключающийся в следующем: больная находится в положении

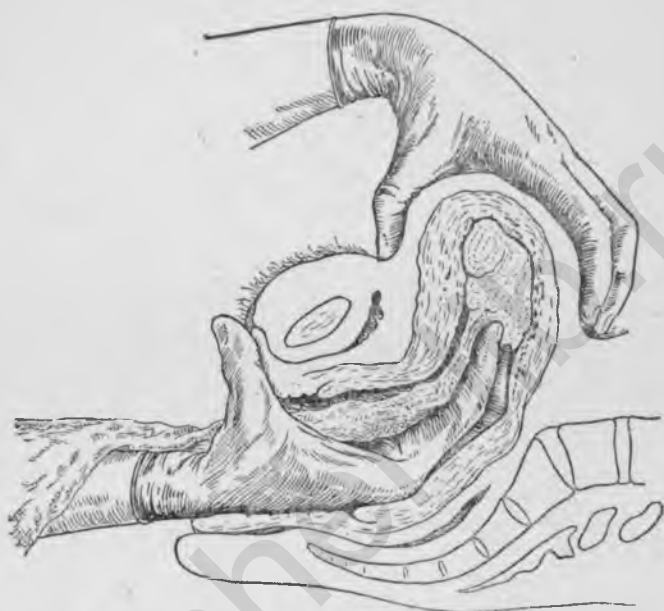


Рис. 40. Тампонация полости матки рукой.

с приподнятым тазом, мочевой пузырь полностью опорожнен; левой рукой проникают между лоном и маткой и вводят руку глубоко по направлению к мысу. Затем, зажав нижний маточный сегмент между большим и указательными пальцами, сильно поднимают матку вверх и, что особенно важно, этот зажатый между пальцами участок прижимают к поясничным позвонкам (рис. 43). Матку надо удерживать в таком положении минут 5—10, до окончательной остановки кровотечения. При способе Г. Г. Гентера получается совокупность нескольких моментов: тренделенбургское положение способствует смещению матки кверху, вследствие чего рука легче проникает между маткой и лоном вглубь; сжатие нижнего сегмента матки ведет к закрытию вытянутых в длину маточных сосудов, а прижатие аорты еще больше усиливает эффект обескровливания, тем более что аорта также прижимается на уровне последних поясничных позвонков.

Бумм при атоническом кровотечении рекомендует двуручное сжатие матки.

В редких случаях атонического кровотечения, не останавливающегося несмотря на применение указанных выше методов, приходится прибегнуть к методу Генкеля — ущемлению параметриев специальными щипцами; некоторые акушеры применяют щипцы Мюзо.

Техника метсда заключается в следующем. После опорожнения мочевого пузыря влагалищную часть матки захватывают пулевыми щипцами и возможно больше оттягивают вниз и в сторону. Таким образом обнажают влагалищный свод на противоположной стороне. Со стороны этого свода перпендикулярно к щипцам, вытягивающим шейку матки, и, следовательно, перпендикулярно к ребру матки накладывают крепкие щипцы Мюзо,



Рис. 41. Правильно сделанная тампонада.



Рис. 42. Неправильно сделанная тампонада.

которыми захватывают стенку влагалищного свода и мышцу матки на уровне внутреннего зева. То же самое проделывают на другой стороне.



Рис. 43. Прием Гейстера, применяемый для остановки атонического кровотечения.

Таким образом маточные сосуды оказываются зажатými в основании параметриев. И. Е. Тиканадзе, применяя с успехом этот метод, вместо

щипцов Мюзо, которыми боялся повредить мочеточники, использовали кишечные зажимы. Ряд авторов [Цангеймстер, Опитц, Керер (Zange-meister, Opitz, Kehler)] отрицательно высказывается о методе Генкеля. Кервин предложил вместо наложения зажимов накладывать со стороны сводов на оба параметрия по крепкой лигатуре, проводить их через толщу шейки матки, не отсепаровывая от влагалищных сводов.

Если кровотечение продолжается, несмотря на планомерное применение вышеописанных способов, или оно настолько обильно, что нет времени использовать все эти мероприятия, приходится прибегать к операции удаления матки.

Одновременно с остановкой кровотечения надо применить все меры борьбы с малокровием.

Истинное приращение плаценты (*placenta accreta s. increta*) (рис. 44) является тяжелейшим осложнением послеродового периода. К счастью, оно встречается очень редко — 1 раз на 24 506 родов (А. Д. Дмитриев).

Крауль и Людвиг (Kraul, Ludwig) приводят 3 случая полного приращения плаценты, которые наблюдались на 60 000 родов. Клафтен (Klaften) на 70 000 родов отметил эту патологию в 7 случаях, А. Д. Дмитриев сообщает об одном случае на 24 506 родов.

Приращение плаценты может быть полным, т. е. распространившимся на всю площадь прикрепления плаценты, или частичным. В основе этой редкой патологии лежит полное или почти полное отсутствие базального слоя отпадающей оболочки, т. е. того слоя, в пределах которого происходит отделение плаценты в третьем периоде родов. Г. Г. Гентер считает, что в этиологии приращения плаценты играют роль не столько воспалительные процессы в эндометрии, сколько атрофические процессы слизистой оболочки матки (например, после тяжелых септических родовых процессов, после чрезмерно энергичных выскабливаний по поводу аборта), прикрепление яйца в местах, мало приспособленных для nidации, например в перешейке матки. Ряд авторов считает этиологическим моментом чрезмерно сильную способность ворсинок хориона к внедрению в базальную отпадающую оболочку с полным растворением ее и последующим разрыхлением и дегенерацией мышечного слоя. В области истинного приращения плаценты обычно имеется сильное истончение мышечной стенки (до 1 мм). И. И. Яковлев полагает, что повышенная ферментативная деятельность эпителия хориона при пониженной способности децидуальной оболочки к продукции защитных веществ может явиться причиной истинного прикрепления плаценты.



Рис. 44. Placenta accreta.

Плотное прикрепление плаценты — более легкая форма прираще-ния — встречается чаще. Эта патология обладает способностью повто-ряться. Так, по М. А. Колосову, повторное приращение последа наблю-дается в 10% случаев, по М. П. Рогову — в 2,5%. Приводя эти данные, В. А. Покровский отмечает, что о повторяемости можно говорить при плотном прикреплении плаценты, ибо при истинном приращении надо применить радикальную операцию — ампутацию матки или ее полное удаление.

Приращение плаценты наблюдается у повторно- и многородящих и гораздо реже у первородящих.



Рис. 45. Ручное отделение последа.

Истинное приращение плаценты обычно не вызывает никаких сим-птомов ни в течение беременности, ни во время первого и второго периода родов. Только в третьем, последовом периоде возникает кровотечение, которое, если не будет оказана экстренная хирургическая помощь, как правило, ведет больную к гибели. Смертельное кровотечение возникает совершенно неожиданно. В редких случаях приращения плаценты во время беременности наступает кровотечение, ничем не отличающееся от кровотечения при выкидыше. Предпринятое по поводу кровотечения выскабливание часто сопровождается перфорацией стенки матки, пред-располагающим моментом к которому Шмидт (Schmidt) считает врастание ворсин в мышцу матки.

Во время беременности при приращении плаценты наблюдались случаи разрыва матки и внутрибрюшного кровотечения в результате прорастания стенки матки ворсинами.

Если беременность при истинном приращении плаценты донашивается до срока, может наблюдаться слабость родовой деятельности. В большинстве случаев истинного приращения плаценты никаких клинических симптомов до рождения плода не наблюдается. Иногда имеется задержка плаценты в течение нескольких часов, что заставляет врача прибегнуть к ее выделению. Окончательно эта патология устанавливается при безрезультатности ручного отделения последа. В таких случаях единственным методом лечения является надвлагалищная ампутация матки. И. И. Яковлев при частичном приращении плаценты рекомендует отделять ее ручным способом и лишь в затруднительных случаях прибегнуть к выскабливанию тупой кюреткой. При плотном прикреплении плаценты врастание ворсин в мышечную ткань не наблюдается и удается рукой отделить детское место.

Техника ручного отделения плаценты. Отделение надо производить под наркозом. В. А. Покровский считает, что применение эфирного нар-



Рис. 46. Рукав Окинчица.

коза при кровотечении безразлично для больной: ухудшается общее ее состояние и понижается артериальное давление. Поэтому он рекомендует делать ручное отделение последа у повторнородящих без наркоза. Оперировать желательно в тонких резиновых перчатках (рис. 45). Л. Л. Окинчиц во избежание заноса инфекции рекомендует при операции надевать стерильный рукав из плотной бязи (рис. 46). Отверстие в рукаве зажимают пальцами; как только рука достигнет матки, перестают зажимать рукав и просовывают кисть руки в полость матки.

Раздвинув половые губы одной рукой, другую вводят во влагалище и по пуповине рука входит в полость матки до места прикрепления плаценты. Когда внутренняя рука войдет в полость матки, наружной рукой со стороны брюшных покровов захватывают дно матки. Пилообразными движениями постепенно отслаивают плаценту с ее края. Очень важно, чтобы край кисти руки попал в надлежащий слой — между плацентой и стенкой матки. Отделив всю плаценту, ее захватывают кистью и выводят наружу. При сомнении в полном опорожнении Г. Г. Гентер рекомендует вторично ввести руку в полость матки и извлечь оставшиеся куски плацентарной ткани. Он считает, что повторное введение руки в полость матки в смысле пуэрперальной инфекции менее опасно, нежели задержка частей плаценты. Если матка плохо сокращается, целесообразно произвести ее массаж наружной рукой, причем внутренняя рука при этом находится в полости матки и сжата в кулак (массаж матки на кулаке). Промывание матки, рекомендовавшееся рядом акушеров, в настоящее время, как правило, не производится. Г. Г. Гентер советовал после введения стерильных зеркал и подъемника захватить пулевыми щипцами края маточного зева, низвести их и смазать полость матки марлей, крепко захваченной корнцангом и смоченной йодной настойкой.

Частота ручного отделения последа колеблется, по данным разных авторов, от 0,5 до 2,5%.

ШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Шеечная беременность является тяжелым осложнением беременности. Плодное яйцо при этой патологии прививается и развивается в шейке матки (чисто шеечная беременность) или в области перешейка (перешеечно-шеечная беременность). При шеечной беременности трофобласт, а затем хориальные ворсинки глубоко прорастают в слизистую шейки матки, мышечный слой, иногда вплоть до параметрия. Вследствие этого плодное яйцо и стенка шейки матки оказываются плотно спаянными. Шейка матки сильно растягивается, истончается, кровеносные сосуды в ней обильно разрастаются, а иногда даже образуются варикозные узлы, поэтому при малейшей попытке удалить плодное яйцо (шеечная беременность не раз была принята за шеечный выкидыш) наступает профузное, иногда смертельное кровотечение. К счастью, это осложнение беременности наблюдается редко. Так, М. Н. Лехтман в доступной ему зарубежной и отечественной литературе собрал 84 случая, к которым добавил 2 собственных наблюдения.

Редкость наступления описываемой патологии объясняется неполноценностью и непостоянством децидуальной реакции в слизистой шейки матки.

Впервые предположение о возможности шеечной беременности высказал Рокитанский (Rokytanski) в 1860 г., после того как он при вскрытии нашел плодное яйцо имплантированным в шеечный канал у 2 женщин, умерших от перитонита и от тифа (М. В. Елкин).

Причины возникновения шеечной беременности еще недостаточно изучены. Надо полагать, что воспалительные заболевания слизистой матки, ее гипоплазия и атрофия, рубцовые изменения в полости матки, недостаточное закрытие маточного зева при растяжении его опухолью, многократные выскабливания при часто повторяющихся абортах, также ведущие к заболеваниям слизистой матки и нарушающие ее полноценность, — все это создает неблагоприятные условия для имплантации оплодотворенного яйца. В таких случаях яйцо может «соскользнуть» по направлению к внутреннему зеву. Если в области внутреннего маточного зева имеются анатомические изменения — опухоли, рубцы, — яйцо проникает в шейку матки, где и начинает развиваться.

Шейка матки, по мере роста яйца, расширяется, принимает колбовидную форму, стенка ее, на которой привилось яйцо, начинает выбухать, просвет шеечного канала из-за неравномерного растяжения стенок шейки смещается, наружный маточный зев располагается эксцентрически. Введенный в шеечный канал зонд оказывается резко смещенным в сторону, противоположную той, на которой имеется вздутие.

Чем ниже в канале шейки прикрепилось плодное яйцо, тем больше истончаются края наружного маточного зева и тем больше укорачивается влагалищная часть шейки матки.

Вначале шеечная беременность не сопровождается характерными признаками. Первым симптомом, наводящим на мысль о наличии шеечной беременности, является внезапно наступившее профузное кровотечение, которое не только не останавливается при предпринятом выскабливании, но даже усиливается. Это можно объяснить неспособностью плодместилища, которым в данном случае является шейка матки, представляющая собой тонкостенный мешок, к сокращению.

В отдельных случаях нераспознанной шеечной беременности кровотечение после выскабливания прекращалось, но обычно вскоре вновь наступало. Это кровотечение является результатом продолжающейся разрушительной деятельности хориальных ворсинок, остающихся между мышечными пучками.

При дифференциальной диагностике между шеечной беременностью и шеечным выкидышем, с которым ее чаще всего смешивают, надо учитывать следующее: при шеечной беременности влагалищное исследование обнаруживает деформированную, колбообразной формы, размягченную шейку матки, одна сторона которой в области прикрепления плодного яйца выпячивается, над шейкой прощупывается небольшое плотное тело матки. При осмотре в зеркалах наружный маточный зев расположен эксцентрически (рис. 47), внутренний маточный зев закрыт. Введение пальца в шеечный канал затруднено; если же его удастся ввести, то проникнуть между стенкой шейки матки и плодным яйцом либо невозможно, либо это удастся лишь с одной стороны, поверхность шеечного канала на ощупь представляется как бы изъеденной.

При шеечном аборте наружный маточный зев расположен в центре; внутренний маточный зев приоткрыт, шеечный канал растянут и введенный в него палец легко и свободно проходит кругом, между шейкой матки и плодным яйцом; стенка шейки матки представляется более или менее гладкой.

Шеечная беременность может быть принята за фибромиому шейки матки. Но при шеечной форме фибромиомы отсутствуют признаки беременности (задержка менструации, синюшность, разрыхленность влагалища и пр.); имеется плотный узел. Если шеечная фибромиома сочетается с беременностью маленького срока, то отличить ее от шеечной беременности очень трудно.

Шеечная беременность может быть принята за беременность в матке с фибромиомой, особенно в ранние сроки беременности. В таком случае при наличии признаков беременности двуручное исследование обнаруживает, что над влагалищной частью, которая будет тем короче, чем ниже в шейке матки прикрепилось плодное яйцо, возвышается мягкое тело, являющееся непосредственным продолжением влагалищной части матки и по своей величине соответствующее сроку беременности.

Это мягкое тело может быть принято за беременную матку, на самом деле это увеличенная, раздутая шейка матки, служащая плодместилищем. Вверху или немного сбоку от этого плодместилища прощупывается плотное тело (матка), принимаемое за фибромиому.

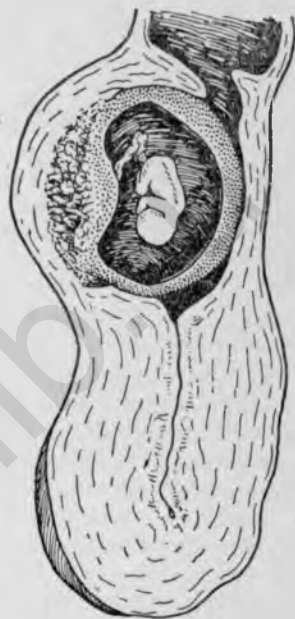


Рис. 47. Шеечная беременность.

Шеечная беременность в более поздние сроки, сопровождающаяся обильнейшим кровотечением, может навести на мысль о предлежании плаценты или неполном выкидыше. Но при неполном выкидыше кровотечение после выскабливания прекращается, тогда как при шеечной беременности кровотечение нередко усиливается и удалить плаценту не удается. Здесь же считаем нужным напомнить, что кровотечение при шеечной беременности возникает не только при искусственном ее прерывании, но и при самопроизвольном аборте; это объясняется тем, что шейка матки, являющаяся плодоместилищем, не может растягиваться так, как это требуется при больших сроках беременности.

В настоящее время по вопросу терапии этого тяжелого осложнения беременности нет разногласий. Все придерживаются мнения, что наилучшим методом лечения является удаление матки.

В литературе имеются описания отдельных случаев шеечной беременности, проведенных неоперативным способом. Так, М. А. Герасимова описывает наблюдавшийся ею случай, проведенный неоперативно по следующим соображениям: молодой возраст больной — 27 лет; твердо установленный диагноз шеечной беременности, уверенность в полном удалении плодного яйца при выскабливании. После выскабливания была произведена тампонада, через сутки тампон был удален, кровотечение не возобновилось. Больная оставалась в стационаре 25 дней. Выписана в удовлетворительном состоянии.

По мнению большинства авторов, уверенности в полном удалении плодного яйца при шеечной беременности путем выскабливания никогда быть не может и такое ведение больных является рискованным.

Если шеечная беременность установлена во время операции выскабливания, ее надо немедленно прекратить и приступить, не теряя времени, к операции удаления матки брюшностеночным путем. Попытки остановить кровотечение повторным выскабливанием или тампонадой приводят лишь к потере времени и ухудшению результата операции. Подтверждением правильности применения радикальной терапии служат данные М. Н. Лехтмана: из 12 больных, у которых было применено неоперативное лечение, умерли 9, и из 11, подвергшихся операции, умерли 4, остальные выздоровели.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

ПОВРЕЖДЕНИЯ МАТКИ ПРИ ВЫСКАБЛИВАНИИ (ПРОБОДЕНИЕ)

Прободение матки является серьезным осложнением операции выскабливания ее полости. Предрасполагающими моментами к наступлению прободения матки являются: нераспознанное до операции ее неправильное положение (ретрофлексия), форсированное введение инструмента, патологические изменения ее стенки (жировое перерождение мышечных волокон, аденомиоз, рубцовые изменения после тяжелых родов с образованием в стенке матки глубоких трещин, отек стенки матки при нарушении кровообращения). Здесь же надо указать, что в большинстве случаев прободения стенки матки патологических изменений ее стенок не наблюдалось. Так, по А. С. Маджугинскому, на 130 000 искусственных абортов было 26 перфораций и только в 2 случаях имелись патологические изменения стенок матки (А. З. Кочергинский).

Прободение матки у женщин при выскабливании случалось даже у очень опытных специалистов, и все же при тщательном изучении случая часто можно было обнаружить неправильное или неосторожное действие оперировавшего.

Прободение матки может наступить в любой момент операции и может быть произведено любым инструментом.

А. З. Кочергинский считает, что применение малых номеров расширителей Гегара для выяснения положения матки и направления шейного канала безопаснее, чем применение зонда.

При зондировании надо стараться как можно меньше травмировать слизистую оболочку полости матки. Соблюдение этого правила особенно важно при наличии тонкостенной и дряблой матки, что имеет место при беременности или при воспалительных процессах.

В. С. Груздев в своем руководстве пишет, что многими гинекологами наблюдались случаи, когда при исследовании матка не была увеличенной, а при зондировании зонд показывал длину ее полости, равную 15—20 см. Никаких жалоб у большинства больных при этом не наблюдалось. Повторное зондирование показывало почти нормальную величину полости матки. Одни авторы в таких случаях полагали, что имелось прободение матки зондом, другие — что зонд проникал в один из трубных каналов, третьи — что в этих случаях имелось внезапное расслабление стенок матки. В. С. Груздев считает, что первое предположение наиболее соответствует истине, а третьи — «не выдерживает критики».

Прободение матки может быть **п о л н ы м** (сквозным), когда инструмент проникает в брюшную полость, и **н е п о л н ы м**, когда повреждается только часть стенки матки. Неполные повреждения часто проходят незамеченными, так как обычно не вызывают симптомов.

Прободение может быть произведено еще при зондировании, особенно при недостаточно тщательно произведенном исследовании женщины,



Рис. 48. Прободение шейки матки расширителем Гегара.

только для удаления частей плодного яйца, уже лежащих в расширенном пещерном канале матки, причем абортцанг всегда вводят **з а к р ы т ы м**.

На рис. 52 и 53 представлены наиболее частые локализации прободения матки (ее дно и задняя стенка).

В целях профилактики прободения рекомендуется при положении матки в ретро- и антефлексии низводить шейку ко входу во влагалище так, чтобы угол между шейкой и телом матки совсем сглаживался или был бы доведен до тупого. Низводят шейку, захватив пулевыми щипцами ее заднюю губу при ретрофлексии, а при антефлексии — ее переднюю губу. При расширении шейки матки лучше употреблять расширители Гегара с половинными номерами; расширение при их применении более щадящее и трещины и разрывы бывают реже.

Е. М. Шварцман в целях профилактики прободения предлагает следующий прием: пулевые щипцы, фиксирующие шейку матки, оперирующий передает ассистенту, а сам свободной рукой контролирует выскабливание через брюшную стенку.

при котором не было установлено неправильное положение матки, а также при расширении шейки матки расширителем Гегара (рис. 48).

Перед операцией выскабливания необходимо производить самое тщательное двуручное исследование, во-первых, для того, чтобы точно определить положение матки, во-вторых, чтобы избежать таких ошибок, как описанная Зигвартом (Siegwart), прилежавшая непосредственно к матке яичниковая опухоль была принята за беременную матку и при предпринятой операции выскабливания была произведена множественная перфорация (рис. 49).

На рис. 50 представлен случай прободения матки с отрывом тонкой кишки от брыжейки.

Самые тяжелые повреждения наносят абортцангом и корнцангом (рис. 51); этими инструментами можно пользоваться

Мы советуем делать выскабливание под обезболиванием, так как операция болезненна и даже дисциплинированная больная может невольно сделать резкое движение, что помешает оперирующему осторожно проводить операцию.

Л. Л. Окинчиц и И. П. Судаков рекомендуют делать операцию выскабливания под общим наркозом у первобеременных и у повторнобеременных с повышенной нервной возбудимостью.

В настоящее время искусственный аборт превалирующее большинство акушеров-гинекологов рекомендует производить под местной анестезией.

Распознавание прободения. Своевременное распознавание прободения стенки матки при операции выскабливания ее полости

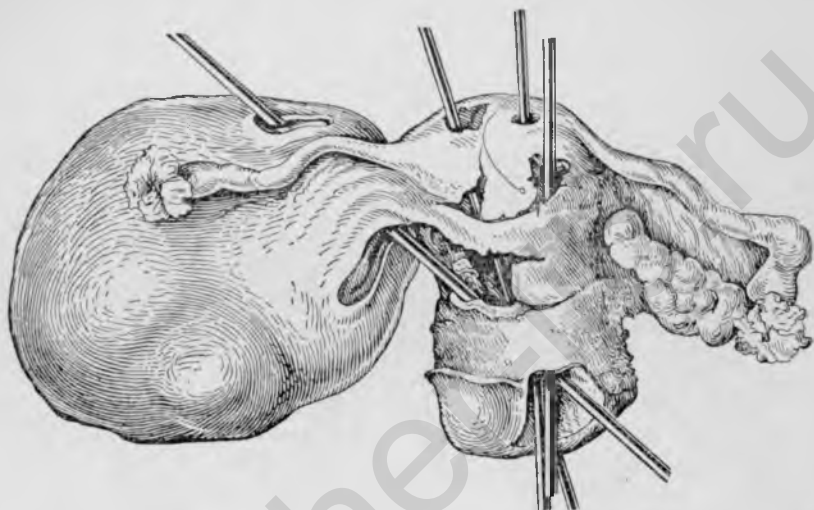


Рис. 49. Множественное прободение небеременной матки при выскабливании.

является важнейшим фактором для прогноза. При малейшем подозрении на происшедшее прободение все дальнейшие манипуляции должны быть немедленно прекращены, даже в тех случаях, когда плодное яйцо частично или даже полностью еще находится в полости матки.

Прободение распознается по внезапному проникновению инструмента на такую глубину, которая не соответствует длине полости матки, определенной до начала операции двуручным исследованием и зондированием. При этом у оперирующего нет ощущения, что введенный в полость матки инструмент встречает сопротивление, которое обычно оказывает стенка матки. Некоторые авторы не считают этот симптом достоверным признаком прободения, так как он может явиться результатом внезапной атонии стенки матки. Иногда при прободении стенки матки наступает шок, но отмечены случаи тяжелого и осложненного прободения, при которых шок не наблюдался. Несомненным доказательством произошедшего прободения служит извлечение кишечной петли, сальника или какого-либо другого органа брюшной полости (яичника, *appendici epiploicae*). Чрезвычайно важно немедленно определить размеры нанесенного повреждения и установить наличие или отсутствие побочных повреждений.

К сожалению, диагностика не всегда бывает точной, особенно если прободение сделано «чужой рукой». Отмечались случаи, когда врач, делавший выскабливание, даже не подозревал наступившего прободения.

Следует указать на симптом, благодаря которому нам иногда удавалось диагностировать прободение стенки матки в тех случаях, когда производивший выскабливание его не подозревал: кюретка при продолжающемся кровотечении не доставляет больше частей плодного яйца. Если это происходит в начале операции, когда плодное яйцо еще не могло быть выделено полностью, подобное кровотечение вызывает подозрение на происшедшее прободение матки. Если в конце операции внезапно наступает профузное кровотечение и при этом кюретка не удаляет частей плод-



Рис. 50. Прободение матки с отрывом тонкой кишки от брыжейки.

Рис. 51. Прободение стенки матки при применении абортанга.

ного яйца, то надо полагать, что либо матка еще не опорожнена полностью и где-либо задержались части плодного яйца, либо стенка матки перфорирована и кюретка находится в брюшной полости или в клетчатке таза. При прободении нередко возникает острая боль и наступают явления шока, что значительно облегчает диагностику.

Некоторые авторы считают одним из методов диагностики прободения матки контрольное зондирование полости матки. Мы лично этот способ не применяем и не рекомендуем по следующим причинам: даже при многократном введении зонда в полость матки и тщательном ощупывании им стенок матки не всегда можно обнаружить маленькое прободное отверстие, а при настойчивых попытках отыскать его можно нанести зондом новые повреждения или перфорировать матку, которая ошибочно была сочтена перфорированной.

Контрольное зондирование противопоказано при подозрении на инфекцию или при ее наличии, так как при зондировании инфекционное начало

может быть занесено из полости матки в брюшную полость или в тазовую клетчатку. При имеющейся инфекции в случаях прободения матки методом выбора операции является брюшностеночное чревосечение.

Тщательно собранный анамнез иногда дает необходимые сведения для дифференциального диагноза. Так, например, если до операции выскабливания беременная никаким воспалительным процессом не страдала и перитонеальные явления возникли непосредственно после выскабливания, следует подумать о имеющемся прободении; инфекция, проникая непосредственно в брюшную полость, вызывает заболевание быстрее, чем инфекция, идущая асцендирую-

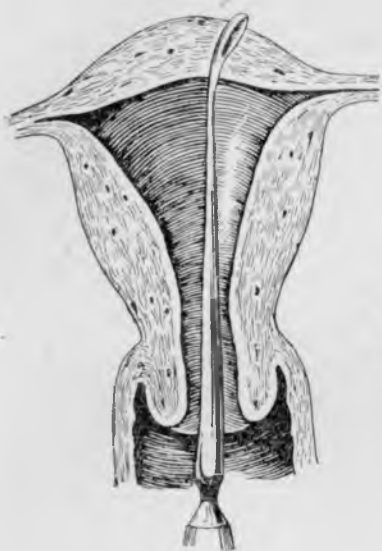


Рис. 52. Прободение матки в области дна при выскабливании.

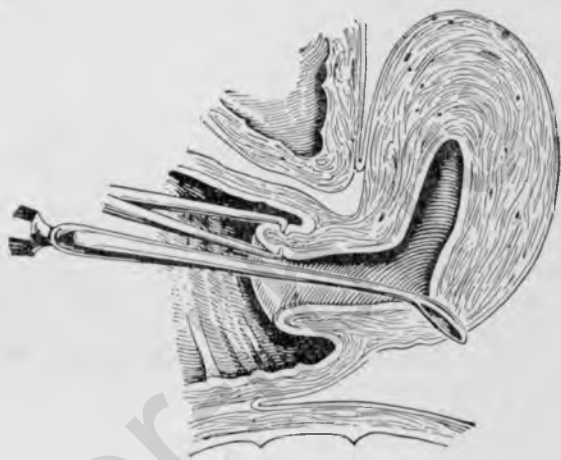


Рис. 53. Прободение задней стенки матки острой кюреткой.

щим путем, через маточные трубы. Известную роль в возникновении перитонеальных явлений и развитии инфекции играет бесспорно проникновение при прободении в брюшную полость крови и элементов плодного яйца.

Конечно, такое развитие процесса — далеко не закон. В литературе описаны случаи, когда при происшедшем прободении матки воспалительный процесс в брюшине развивался медленно, и наряду с этим описаны случаи, в которых операция выскабливания сопровождалась крайне тяжелым септическим заболеванием, хотя никакого прободения не было. Наблюдались случаи осложнения операции выскабливания тяжелой инфекцией, наступившей в результате прорыва в брюшную полость или в клетчатку таза гнойника, нераспознанного до выскабливания, и пр.

Бурное начало и нарастание перитонеальных явлений непосредственно после выскабливания всегда вызывают подозрение на перфорацию и особенно в тех случаях, когда эти явления разыгрываются на глазах врача, производившего выскабливание и, следовательно, хорошо знакомого с ходом операции.

Не подлежит сомнению, что в ряде случаев прободение матки может закончиться благополучно без оперативного вмешательства. Доказательством этого служат те случаи, при которых прободение не было своевременно распознано, а последствия его в виде рубца на матке или вращивания сальника в толщу стенки матки были обнаружены при лапаротомии, предпринятой по какому-либо другому поводу.

Чтобы применить неоперативный метод лечения, необходимо быть уверенным, что прободное отверстие небольшое, нет внутреннего кровотечения и инфекции, кишечная петля или сальник не выпали в полость матки, брюшные органы не повреждены и нет никаких побочных повреждений. Такое прободение может быть сделано зондом или тонким расширителем, но и в этих случаях все манипуляции внутри матки, как мы уже говорили, должны быть немедленно прекращены; большой впрыскивают питуитрин или эрготин, на живот кладут лед, применяют антибиотики. Большая должна находиться в стационаре под пристальным наблюдением врача, дабы не был упущен момент, когда наступившее кровотечение или начавшийся перитонит потребует оперативного вмешательства.

Д и а г н о с т и к а прободения трудна в тех случаях, когда больная поступает с явлениями воспаления брюшины и не только не сообщает, но категорически отрицает попытку избавиться от беременности, которая предпринималась. При тяжелом состоянии больной решающего значения для применяемого лечения это не имеет, лечение будет проводиться, как при разлитом перитоните. Если же состояние больной не угрожающее, процесс ограниченный, установление прободения стенки матки как причины начавшегося перитонита имеет большое значение. При имеющемся прободном отверстии своевременно произведенная операция даст наилучший прогноз, тогда как при перитоните, явившемся следствием инфекции, но без перфорации, неоперативное лечение будет методом выбора.

Если при операции выскабливания применялись широкие кюретки, то перфорационное отверстие в матке будет большим; в этих случаях показана немедленная операция: во-первых, такая перфорация часто сопровождается обильным кровотечением, во-вторых, если отверстие даже закроется самопроизвольно, все же останется широкий рубец, на месте которого при последующих родах может произойти разрыв матки.

Операция по поводу прободения стенки матки является **н е о т л о ж н о й**. Согласно нашим и литературным данным, при своевременно предпринятой операции по поводу прободения стенки матки обычно не наблюдается смертельных исходов. При запоздалом же оперативном вмешательстве мы видели их неоднократно.

М е т о д и к а и т е х н и к а о п е р а ц и и. Подготовка к ней состоит в опорожнении мочевого пузыря непосредственно перед операцией, в дезинфекции брюшной стенки и наружных половых органов. Влагалище и влагалищную часть матки (при операции может оказаться необходимым удаление матки) тщательно протирают стерильными марлевыми тупферами, смоченными спиртом, а затем смазывают 5% йодной настойкой. Спринцевать влагалище ни в коем случае нельзя: промывная жидкость вместе с влагалищным содержимым может через перфорационное отверстие в матке попасть в брюшную полость или в тазовую клетчатку.

Обезболивание может быть произведено любым способом, применяемым при чревосечении.

Если нет подозрения на побочные повреждения, одинаково применимы и продольный, и поперечный разрезы брюшной стенки; если же имеется подозрение на повреждение каких-либо органов или тканей, следует делать продольный срединный разрез.

Вопрос о том, как поступить с перфорированной маткой, решается главным образом в зависимости от наличия или отсутствия инфекции. При имеющейся инфекции удаление матки является наиболее надежным методом лечения. Даже если инфекция только подозревается, то у немо-

лодой женщины, имеющей детей, лучше удалить матку. Если вопрос касается молодой бездетной женщины, то можно зашить перфорационное отверстие, предварительно следует сгладить скальпелем его края или иссечь их. Зашитое отверстие перитонизируют брюшиной мочевого пузыря; при беременности эта брюшина легко отделяется вместе с мочевым пузырем от шейки матки, так что ею легко покрыть и дно матки. Если перфорирована задняя стенка матки, перитонизируют сальником или сигмовидной кишкой.

В брюшную полость вводят пенициллин, стрептомицин, а в послеоперационном периоде проводят лечение антибиотиками в течение 4—5 суток.

При тяжелом состоянии больной в случае общего перитонита приходится ограничиться вскрытием и дренированием брюшной полости, если же состояние больной позволяет, то (повторяем!) наиболее надежным методом лечения является удаление матки с последующим лечением антибиотиками.

Иногда показанием к удалению матки являются повреждения стенки ее, сопровождающиеся образованием большой гематомы между листками широкой связки или в клетчатке таза, так как только радикальное удаление матки (иногда с придатками) создает условия, при которых возможно убрать всю кровь, скопившуюся между листками широких связок.

Что касается метода вмешательства при наличии гематомы, то единого мнения нет: одни авторы считают, что большая гематома в широкой связке является показанием к удалению матки, другие отрицают необходимость ее удаления.

Мы полагаем, что при небольшой гематоме при отсутствии инфекции может быть применен следующий метод операции: после вскрытия брюшной полости разрезают над гематомой листок брюшины, удаляют сгустки крови, обкалывают кровоточащие сосуды и зашивают матку и брюшину, но при наличии инфекции такой метод операции нецелесообразен.

Прежде чем приступить к перевязке кровоточащих сосудов и обкалыванию кровоточащих мест при кровотечении в поврежденном параметрии, надо проследить ход мочеточника, иначе его можно повредить. Для этого передний листок широкой связки рассекают до мочевого пузыря и удаляют гематому, а затем уже несложно выявить ход мочеточника и маточных сосудов и перевязать поврежденные сосуды.

Если при прободении матки была извлечена или повреждена кишечная петля, то Д. О. Отт не рекомендует ее вправлять, чтобы не загрязнить брюшную полость.

При операции чревосечения кишечную петлю, подлежащую резекции, не надо извлекать из перфорационного отверстия, ее надо оставить в матке и извлечь через влагалище.

При повреждении сальника или кишки вмешательства могут быть самые разнообразные: простое обкалывание кровоточащего сосуда сальника, наложение ламберовского шва на поврежденный серозный покров кишки и даже резекция того или иного отрезка кишки, наложение противоестественного заднего прохода и т. д.

Если при операции удаляют матку, то вопрос об удалении остатков плодного яйца из ее полости отпадает. Если же матку оставляют, то мы считаем, что остатки плодного яйца должны быть удалены через перфорационное отверстие, которое в случае надобности можно увеличить. Это легко сделать и при кольпотомии, и при лапаротомии. Чтобы остатки плодного яйца не попали в брюшную полость, матку тщательно обкладывают большими марлевыми салфетками или полотенцами. При удалении остатков плодного яйца через перфорационное отверстие нет надобности менять положение больной на операционном столе.

ПОВРЕЖДЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ВЛАГАЛИЩА И ПРОМЕЖНОСТИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Поверхностные повреждения вульвы и влагалища при родах наблюдаются довольно часто. Эти повреждения представляются в виде трещин или ссадин, они не сопровождаются кровотечением, не вызывают жалоб женщины и не подлежат лечению. Если повреждается клитор, наружное отверстие мочеиспускательного канала или варикозно расширенные вены области половых губ, может наступить обильное кровотечение, вызывающее необходимость срочного вмешательства. В большинстве случаев эти повреждения возникают в результате неправильного наложения щипцов или неумелой защиты промежности. При зашивании разрыва клитора М. С. Малиновский рекомендует ввести в уретру металлический катетер и оставить его в уретре на все время операции. Все кровотечения, даже самые мелкие сосуды надо обколоть восьмиобразным или матрацным швом.

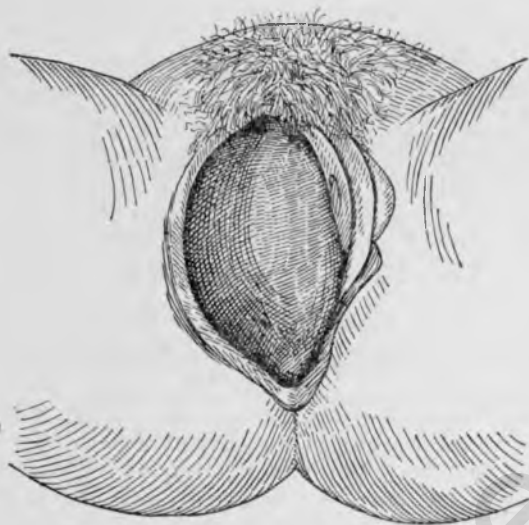


Рис. 54. Гематома вульвы, возникающая на VIII месяце беременности после coitus'a.

Гематома располагается непосредственно под кожей и слизистой оболочкой больших губ и влагалища. Гематома наружных половых органов обычно возникает в толще одной из больших губ, чаще в левой. Иногда она может опуститься на промежность.

Наблюдались и такие случаи, когда кровоизлияние распространяется выше тазовой фасции, скопляется в клетчатке параметрия, иногда доходит до почки или спереди до пупка.

В большинстве случаев гематома образуется во время родов, но она может возникнуть и во время беременности и после родов.

Гематома чаще образуется при слишком быстрых, а также при затяжных родах. И. И. Яковлев причину возникновения гематом видит не только в степени растяжимости тканей, но и в анатомическом расположении кровеносных сосудов, в состоянии их стенок и пр. При медленно протекающих родах длительное прижатие вызывает перерастяжение тканей, а при быстрых родах, особенно у первородящих, коэффициент растяжимости не успевает еще полностью выявиться. Г. Г. Гентер пишет, что при долгом изгнании плода и, наоборот, при быстрых родах, при наложении щипцов может произойти разрыв тканей по ту сторону влагалищной стенки. При этом разрываются глубокие тканевые слои с их сосудами или же варикозные узлы. Слизистая оболочка, будучи эластичной, остается неповрежден-

Гематома вульвы и влагалища (рис. 54, 55, 56). Это осложнение встречается редко: по данным Л. В. Ульяновского, — 1 : 2000, Б. Мошкова — 1 : 1915, П. Ф. Сазоновой — 1 : 1235; по данным родильного дома имени Грауэрмана (Москва), — 1 : 2464.

Гематома возникает в результате кровоизлияния в клетчатку в области больших губ, промежности или около-влагалищной клетчатки и

ной. Кровь скопляется в рыхлой клетчатке и, не имея возможности излиться наружу, образует гематому (иногда величиной с головку новорожденного), которая выпячивает стенку влагалища и смещает просвет его в противоположную сторону.

И. И. Яковлев отмечает, что массаж матки, выжимание последа по Креде, щипцы способствуют образованию гематомы при имеющемся к этому предрасположении.

К. К. Скробанский считает, что хотя несомненной причиной возникновения гематомы является родовая травма, но конституциональная ломкость сосудов, варикозные расширения вен и явления застоя являются предрасполагающими моментами к наступлению этой патологии. Гематома, как мы уже отмечали выше, чаще бывает слева, что, по Б. Мошкову, связано с асимметрическим развитием нижних кардинальных вен, при котором система левой нижней кардинальной вены оказывается более развитой, нежели правой.

Большинство авторов делят гематомы на лежащие выше тазовой фасции и лежащие ниже ее. Гематомы над тазовой фасцией, возникшие в широкой связке и в подбрюшинной клетчатке, Бекман, согласно их происхождению, делит на: а) первичные гематомы или собственно кровяные опухоли и б) вторичные гематомы, возникающие при небольших неполных разрывах шейки матки.

Для распознавания гематомы влагалища требуется влагалищное или ректальное исследование. При исследовании обнаруживается мягкая опухоль. Если большую гематому влагалища обнаруживают до родов, ее надо вскрыть не только потому, что она может явиться препятствием к родам, но и потому, что она может лопнуть и вызвать возникновение рваной раны, которая плохо заживает. И. И. Яковлев приводит следующие наблюдения Б. Мошкова: самостоятельно вскрывшиеся гематомы требовали для своего заживления в среднем 25 дней, а после вскрытия заживление наступало через 15—16 дней.

В. А. Покровский рекомендует проводить лечение гематомы неоперативным способом, считая, что вскрытие и ушивание ее не дают удовлетворительных результатов, так как обнаружить кровоточащий сосуд в пропитанных кровью тканях — трудная задача.

Распознавание гематомы наружных половых органов много проще. При осмотре обнаруживают туго напряженную сине-багровую опухоль (обычно левой) большой половой губы. Больная жалуется на чувство давления и распираания в тазу или резкую боль в губе. При лечении больной назначают постельный режим, сперва применяют холод (3 дня), а затем тепло.



Рис. 55. Гематома вульвы.

Если же, что наблюдалось очень редко, гематома разорвется и наступит обильное кровотечение, надо попытаться обколоть кровоточащий сосуд, а в нижний угол раны при ее зашивании ввести дренаж. Профилактически в рану вводят пенициллин, проводят лечение антибиотиками, а в случае надобности назначают сульфаниламиды.

Разрывы влагалища (рис. 57). Они могут произойти в верхней, средней и нижней его трети, чаще наблюдаются у первородящих. Разрывы влагалища в верхней его трети часто представляются в виде отрыва влагалищных сводов от шейки матки. Отрывы влагалищного свода от шейки



Рис. 56. Гематома влагалища.

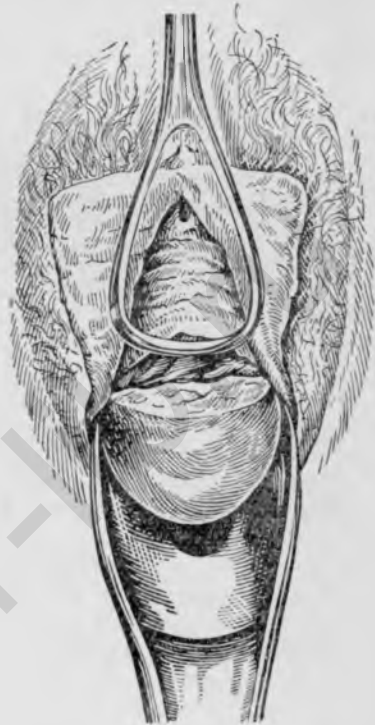


Рис. 57. Повреждение влагалища.

матки (разрыв влагалищного свода) принадлежат к тем разрывам мягких родовых путей, которые как по механизму возникновения, так и по своему клиническому значению весьма близко стоят к разрывам матки (см. разрывы тела матки).

В литературе имеются описания случаев повреждения влагалища, когда разрыв проникал в брюшную полость и сопровождался выпадением сальника и кишок.

При циркулярном или почти циркулярном отрыве влагалищных сводов от шейки матки, при котором разрыв проникает в брюшную полость, приходится прибегать к полному удалению матки, так же как при больших разрывах в нижнем сегменте матки. При менее значительных повреждениях влагалищных сводов, особенно если разрыв не проникает в брюшную полость, может быть применена и консервативная операция.

Для обнажения разрыва на всем его протяжении во влагалище вводят большие пластинчатые зеркала Дуайена. Непрерывным кетгутовым швом зашивают рану сначала в нижнем, более доступном ее конце и, потягивая за лигатуру вниз, постепенно доходят до верхнего конца разрыва, где

и завязывают лигатуру. Винтер (Winter) подчеркивает, что в случаях разрыва влагалищного свода следует шить именно непрерывным швом, так как при этом отпадает необходимость завязать лигатуры в глубине влагалища и нет необходимости очень точно прилаживать друг к другу края разрыва.

Изолированные разрывы средней трети влагалища встречаются редко и всегда являются результатом внешней травмы. Травма наносится при грубом или неумелом наложении щипцов, а также при применении щипцов как инструмента главным образом ротирующего. Г. Г. Гентер описывает случай, когда грубо и в неправильном направлении введенная



Рис. 58. Зашивание разрыва влагалища. Раздвинув введенные пальцы, обнажают рану в глубине влагалища.

ложка верхушкой проткнула левую боковую стенку влагалища и ушла далеко в паракольпий; при последующем извлечении плода щипцами, сопряженном с вращением щипцов, получилась обширная глубокая рваная рана, проникающая в околослагалищную клетчатку. Подобные повреждения ведут к обширному нагноению, некрозу стенки и обезображивающим рубцам.

Разрывы стенок влагалища бывают не только насильственными, но и самопроизвольными; они могут возникнуть при патологических изменениях вен, сопровождают разрывы промежности. Разрывы влагалища в нижней трети обычно бывают самопроизвольными. Лечение состоит в наложении узловых кетгутовых швов (рис. 58 и 59).

Разрывы промежности. Разрывы промежности являются частым осложнением родов, особенно оперативных. Частота их колеблется от 10 до 20%, а по данным К. К. Скробанского — от 10 до 60%. Разрывы промежности чаще наблюдаются у первородящих. Так, по данным П. А. Гузикова, они наблюдались у первородящих в 16,85%, а у повторнородящих в 6,7% случаев.

По мнению М. С. Малиновского, для предупреждения разрывов промежности необходимы четыре условия: 1) медленное продвижение головки через вульварное кольцо; 2) прорезывание головки наименьшим разме-

ром; 3) равномерное растяжение тканей вульварного кольца; 4) особо внимательное наблюдение за прорезыванием плечиков. Вполне понятно, что быстрое продвижение головки способствует возникновению разрыва, так как головка сильно напирает на промежность, которая, особенно будучи недостаточно эластичной (старые первородящие, наличие рубцов после предыдущих родов или пластических операций), сильно истончается и разрывается. Предрасполагающими моментами к разрыву являются высокая, плохо поддающаяся растяжению промежность у старых первородящих или у женщин, имеющих рубцы на промежности, которые образовались после пластической операции или разрыва, происшедшего при предыдущих родах, разгибательные вставления головки, крупный плод, особенно большая головка, узкая лонная дуга. Благоприятным моментом для возникновения разрыва промежности является прорезывание головки в поперечном или косом размере.



Рис. 59. Обнажение раны в нижней части влагалища.

остаются неповрежденными. При разрыве промежность рвется до сфинктера, а во влагалище разрыв распространяется по задней стенке до средней его трети. Разрывы первой и второй степени называются неполными (рис. 60 и 61). Разрыв третьей степени является полным (рис. 62). При этом разрыве, кроме перечисленных тканей, разрывается сфинктер заднего прохода и передняя стенка прямой кишки на некотором отрезке.

Обнаруженный разрыв, к какой бы степени он ни относился, должен быть зашит (рис. 63). Если он останется незашитым, заживление его будет идти медленно, обычно вторичным натяжением; кроме того, это может служить входными воротами для инфекции. Некоторые авторы предлагают зашивать разрывы влагалища и промежности на следующий день, полагая, что к этому времени исчезнет или уменьшится отечность тканей, мешающая правильной ориентировке во время наложения швов. Мы считаем такой метод нецелесообразным, противоречащим хирургическим правилам.

Многие акушеры считают целесообразным вторично накладывать швы и тогда, когда разрыв был своевременно зашит, но заживления не произошло. Вторичный шов нередко приводит к полному заживлению. Винтер после наложения вторичного шва наблюдал даже заживление разрывов третьей степени.

Относительно того, следует ли освежать раневую поверхность перед наложением вторичного шва, нет единого мнения. Несмотря на то что

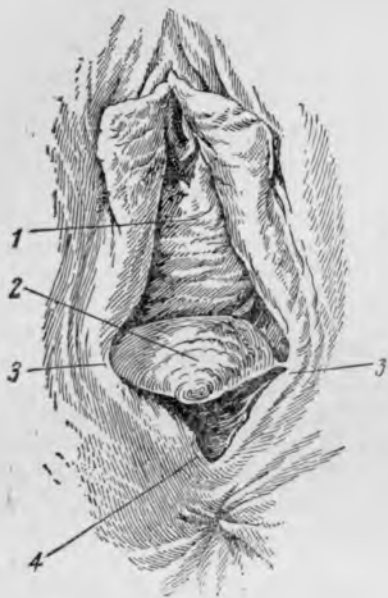


Рис. 60. Разрыв промежности первой степени.

1 — передняя стенка влагалища; 2 — *columna vaginalis posterior*; 3 и 3 — задняя спайка; 4 — кожа промежности.

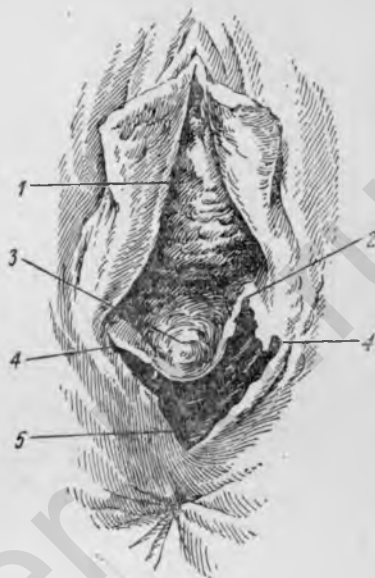


Рис. 61. Разрыв промежности (глубокий) второй степени.

1 — *columna vaginalis anterior*; 2 — край разрыва; 3 — *columna vaginalis posterior*; 4 — задняя спайка; 5 — разорванная кожа промежности.

многочисленные наблюдения показали, что оставленные грануляции не препятствуют заживлению, Винтер все же советует их соскабливать.

Подготовка операционного поля при зашивании промежности — обычная для акушерских операций.

Если разрыв зашивают при наличии кровотечения, то можно ввести в глубь влагалища большой тампон из стерильной ваты или марли, который будет впитывать кровь. Само собой разумеется, что в подобном случае нужно прежде всего выяснить причину кровотечения и принять все необходимые меры к прекращению его, а тампоном пользоваться только в качестве кратковременной меры на время наложения швов. Как только разрыв будет зашит, тампон из влагалища удаляют; мы всегда, вводя тампон, захватываем его корнцангом, зажимом Кохера или каким-либо другим инструментом; инструмент, которым захвачен тампон, не мешает наложению швов и в то же время служит надежной гарантией, что тампон не будет оставлен во влагалище.

Для получения хорошего результата при зашивании разрыва промежности необходимо правильное наложение швов (рис. 64). При правильном наложении швов раневые поверхности плотно прилегают друг к другу.

Для операции наложения швов при разрывах промежности и влагалища роженицу кладут на операционный стол или на поперечную кровать в положение для влагалищных операций. Для удержания ног в надлежащем положении очень удобны ногодержатели Отта. При отсутствии специальных ногодержателей можно пользоваться импровизированными, сделанными из простыни (рис. 65а, 65б и 65в).

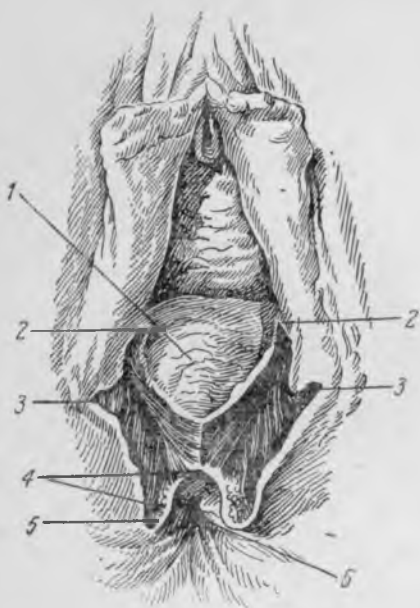


Рис. 62. Разрыв промежности третьей степени.

1 — *columna rugarum posterior*; 2 — верхний конец разрыва; 3 — задняя спайка; 4 — слизистая прямой кишки; 5 — сфинктер; 6 — задний проход.

Чтобы хорошо обнажить рану на всем ее протяжении, влагалище раскрывают подъемниками или влагалищными зеркалами. Для этого необходим помощник. Если же помощника нет, можно двумя разведенными в стороны пальцами — указательным и средним левой руки в стерильной резиновой перчатке — раздвинуть вход во влагалище и раскрыть влагалищную рану (см. рис. 58). По мере того как рану в глубине влагалища зашивают, пальцы, раздвигающие влагалище, постепенно извлекают и ими раздвигают края раны в области задней спайки и промежности.

При зашивании небольших разрывов (1—2 см), лежащих во входе и идущих главным образом во влагалище, нет надобности в анестезии, так как слизистая влагалища малочувствительна к уколам. При зашивании больших разрывов необходим тот или иной вид обезболивания. Анестезия не только

отвечает требованиям гуманности, но и значительно облегчает операцию, так как позволяет беспрепятственно и широко раскрыть рану на всем ее протяжении, правильно ориентироваться в размерах и направле-

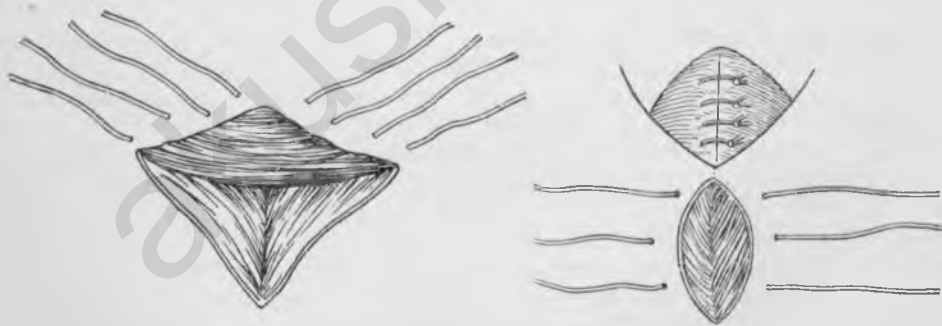


Рис. 63. Зашивание неглубокого разрыва промежности. Слева — наложение швов на заднюю стенку влагалища; справа — на промежность.

нии разрыва и точно определять его границы. А это необходимо, так как главной целью операции является полное восстановление функции поврежденных органов и тканей. Что толку в том, что будет зашита кожа промежности и слизистая влагалища, если поврежденные мышцы промежности и тазового дна не будут восстановлены? Результат операции

в лучшем случае будет лишь косметический. Точно так же неудовлетворительным окажется результат операции, если при зашивании разрыва третьей степени концы поврежденного сфинктера заднепроходного

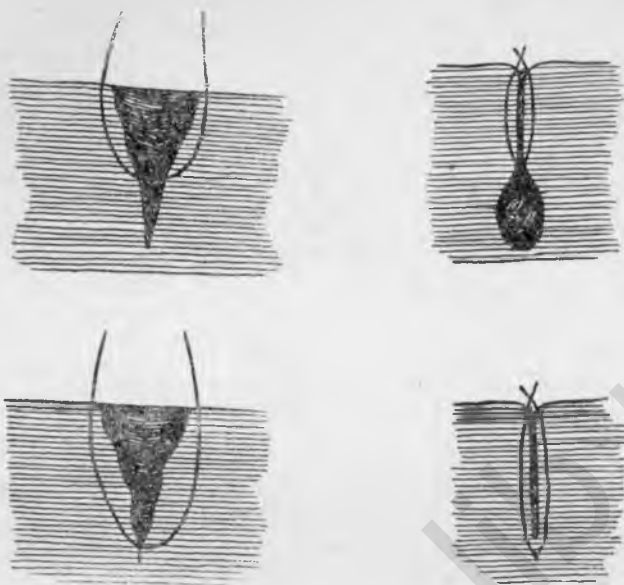


Рис. 64. Вверху — неправильно наложенные швы; внизу — правильно наложенные швы.

отверстия не будут хорошо соединены. Концы, сокращаясь, скрываются в глубине раны, и без тщательного и широкого раскрытия раны их нелегко обнаружить. Обезболивание облегчает и ориентировку в ране, и технику наложения швов.

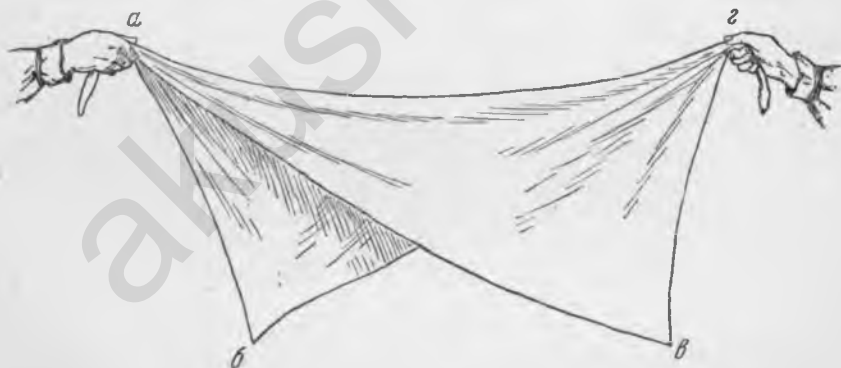


Рис. 65а. Импровизированные ногодержатели из простыни. Большую простыню два помощника складывают наискось. Длинные концы *а* и *з*, короткие — *б* и *в*.

Что касается метода обезболивания, то хотя отрицательные стороны общего наркоза ввиду кратковременности операции в значительной мере отпадают, все же для применения общего наркоза должны иметься определенные показания. Едва ли уместно применять для наложения швов люмбальную анестезию. Лучше применить местное обезболивание новокаином. Недостатком инфльтрационного метода анестезии является увеличе-

ние отечности тканей. Это может помешать ориентировке в топографических отношениях разорванных тканей. Меньшими недостатками в этом отношении обладает проводниковая новокаиновая анестезия.

При зашивании полных разрывов (третьей степени) очень важно точное знание топографических отношений, ибо хороший результат операции

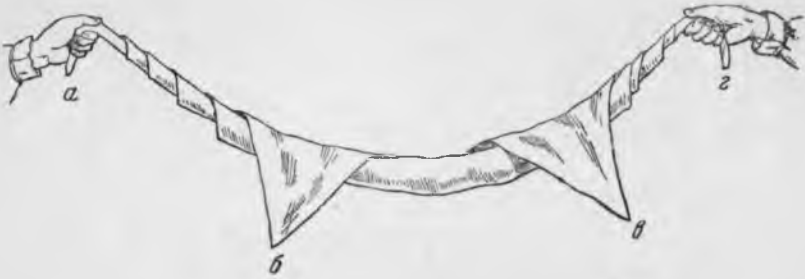


Рис 65б. Импровизированные ногодержатели из простыни. Простыню закручивают в одну сторону.

будет получен только в том случае, если после нее тканевые части будут лежать так, как это было до разрыва. Для тщательного выполнения операции разрыв должен быть полностью обнажен (рис. 66); для этого одним

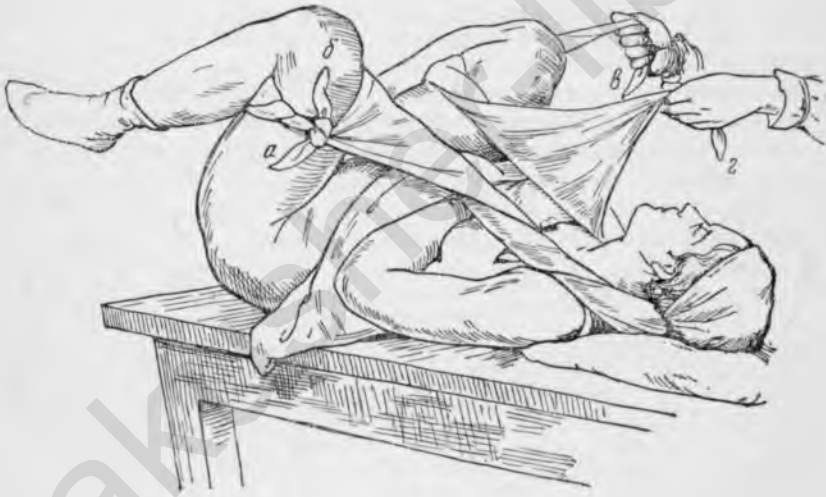


Рис. 65в. Импровизированные ногодержатели из простыни. Середину полученного жгута подкладывают под шею больной. Длинные концы жгута (а и з) проводят под коленями больной и связывают с короткими концами (б и в).

пинцетом захватывают верхний угол разрыва, двумя другими — концы разрыва в области задней спайки и еще двумя пинцетами — разрыв у кольца заднепроходного отверстия.

Техника наложения швов при разрывах первой степени очень проста. Начинают зашивать сверху, первый узловый кетгутовый шов проводят в углу влагалищной раны. Вкол и выкол делают

отступая от края разрыва на 0,5—1 см. Иглой подхватывают ткани, лежащие в глубине раны.

Кожную рану промежности зашивают шелком или, еще лучше, силком, который не впитывает раневого секрета. Края кожной раны можно соединить металлическими скобками.

При зашивании разрыва второй степени (рис. 67) важно найти верхний угол разрыва; он обычно лежит справа или слева от *columnae rugarum*. На промежности разрыв часто распространяется почти до заднепроходного отверстия. В глубину он достигает мышц тазового дна (*m. levator ani*). Вследствие расхождения поврежденных мышц в глубине образуются полости, наполняющиеся кровью. Если сосуды раны кровоточат, их надо перевязать или обколоть кетгутowymi лигатурами и приступить к зашиванию раны во влагалище. Если имеются два боковых разрыва, сначала зашивают один, а затем другой. Погружными кетгутowymi швами (или непрерывным кетгутowym швом) соединяют раневые поверхности в глубине разорванной промежности.

На рис. 68 виден погружной непрерывный кетгутовой шов, соединяющий глубокие слои раны промежности; поверх этого шва проведены узловые швы, соединяющие края раны стенки влагалища и кожи промежности.

При разрывах третьей степени нарушается целостность жома заднепроходного отверстия (*sphincter ani*) и стенки прямой кишки. Нередко разрыв сопровождается значительным повреждением паравагинальной и парасакральной клетчатки. Для наложения швов в этих случаях требуется не только знание методики подобной операции, но и наличие благоприятных условий; очень важную роль здесь играет хорошее освещение операционного поля.

При операции необходим ассистент. Главная задача при зашивании разрыва третьей степени заключается прежде всего в том, чтобы возможно точнее соединить края раны в стенке прямой кишки и разорванной круговой мышцы сфинктера, концы которой вследствие ретракции исчезают в глубине раны.

Выполнив эту часть операции, мы превращаем разрыв третьей степени в разрыв второй степени, который зашиваем по указанному выше методу.

Штеккель советует начинать зашивание со сфинктера, чтобы превратить разошедшуюся широкую рану прямой кишки в щелевидную; мы считаем более целесообразным начинать зашивание с верхнего угла разрыва прямой кишки.

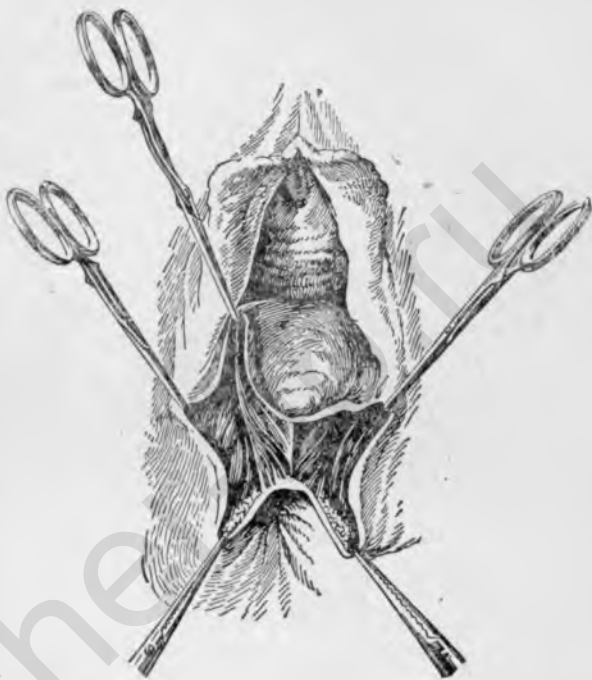


Рис. 66. Обнажение полного разрыва промежности.

Весьма распространенным и почти общеприятным является следующий метод зашивания кишки. Тонкие лигатуры из шелка или кетгута (чаще применяется последний) проводят через края кишечной раны так, чтобы игла не прокалывала самой слизистой, а проходила бы только через подслизистую (рис. 69). Тогда лигатура после завязывания будет лежать вне просвета кишечной трубки. Для того чтобы края слизистой кишки

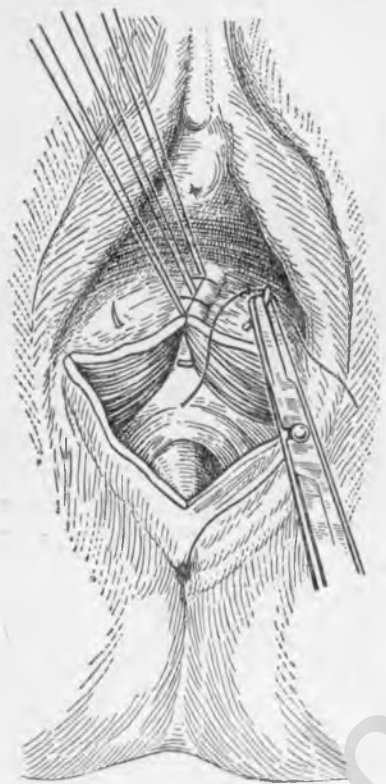


Рис. 67. Наложение швов при разрыве второй степени.

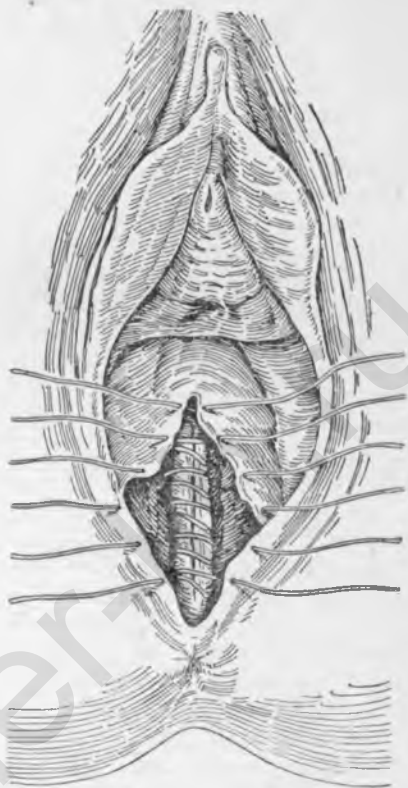


Рис. 68. Зашивание разрыва влагалища и промежности. Наложен непрерывный погружной шов; проведены поверхностные узловые лигатуры.

плотно прилежали друг к другу, необходимо (при проведении лигатур слева направо) делать на левой стороне раны выкол, а на правой — вкол на самой границе слизистой.

Если приходится оказывать оперативную помощь в обстановке, не вполне отвечающей необходимым требованиям, мы применяем следующий способ, который не требует такой педантичности и легко выполним при менее благоприятных для операции условиях. Зашивание начинаем, как и при предыдущем способе, с угла разрыва. Для швов берем тонкий шелк. Лигатуру проводим через слизистую кишки так, чтобы после завязывания узел лежал на слизистой в просвете кишечной трубки. Для этого иглу вкалываем на одной стороне разрыва, например на правой, со стороны слизистой и выводим наружу под слизистой; на другой же стороне иглу вкалываем со стороны подслизистой, а выводим со стороны слизистой. Лигатуру оставляем длинной в просвете кишки. Следующие лигатуры проводим таким же образом. При этом нужно соблюдать такое правило: за-

вязанную лигатуру при проведении следующей не надо потягивать кверху, как это делают обычно, а, наоборот, оставлять ее свисающей (рис. 70).

После того как кишка со стороны слизистой будет зашита на всем протяжении, накладываем шов на концы жома заднепроходного отверстия, и им захватываем концы кольцевой мышцы, которые после разрыва ретрагировались и скрылись в глубине. Эти концы надо извлечь небольшой круто изогнутой иглой, которую вкалывают на одной стороне и круто выкалывают у края раны на этой же стороне; на другой стороне проделывают то же самое (рис. 71). Концы сфинктера также могут быть соединены лигатурой, проведенной со стороны кожи промежности (рис. 72). После того как прямая кишка зашита, мы спиваем наиболее глубокий слой раны рядом погруж-

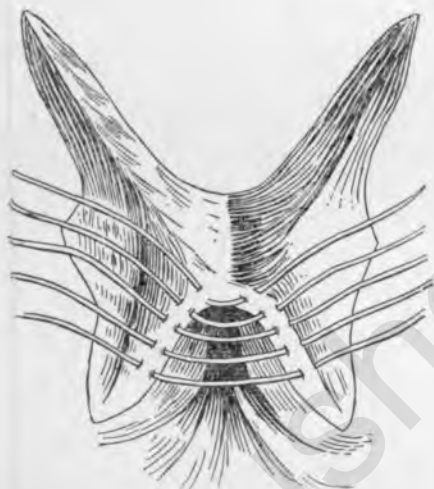


Рис. 69. Наложение швов на разрыв прямой кишки. Швы, проведенные через стенку прямой кишки, не захватывают ее слизистой.

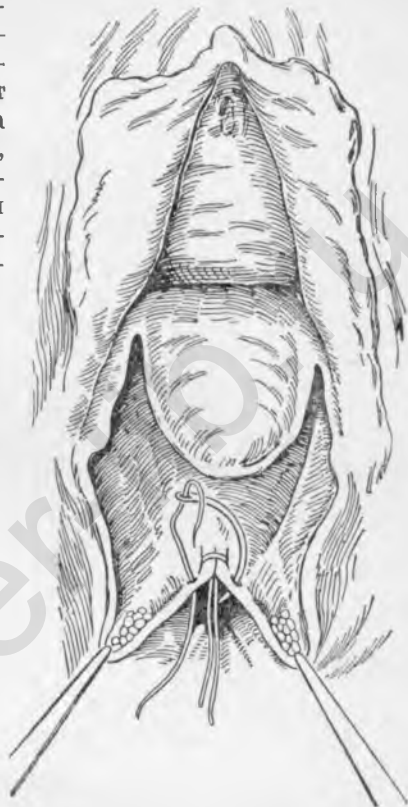


Рис. 70. Наложение тонких шелковых лигатур на кишечную рану. Швы проводят так, чтобы после завязывания лигатур узлы лежали на слизистой прямой кишки.

ных тонких кетгутовых швов, слегка захватывая ими мышечный слой кишки с окружающей клетчаткой. Таким образом, разрыв третьей степени превращается в глубокий разрыв второй степени (рис. 73), который мы зашиваем обычным способом. Шелковые лигатуры, которыми при этом методе была зашита прямая кишка, лежат в просвете кишечной трубки и по окончании операции свисают в виде пучка из заднепроходного отверстия (рис. 71). В послеоперационном периоде они постепенно прорезываются. Так как узел лежит в просвете кишки, то и лигатуры прорезываются туда же и постепенно выходят наружу. Этим методом мы пользовались на протяжении всей своей оперативной деятельности как в свежих случаях, так и при операциях старого разрыва третьей степени и получили хорошие результаты. Простота этого метода делает его особенно ценным для тех случаев, которые приходится оперировать не в клинической обстановке.

Кожную рану смазывают йодной настойкой, а всю вульву, промежность и соседние участки (лобок, паховые сгибы) — стерилизованным вазелиновым маслом, чем предотвращается мацерация кожи и слизистой входа во влагалище. На промежность мы рекомендуем класть стерильную закладку из нескольких слоев марли или ваты. Закладки меняют несколько раз в сутки. Наружные половые органы осторожно обмывают 3 раза в день слабым дезинфицирующим раствором (раствор марганцовокислого калия или борной кислоты). После дефекации производят туалет промежности.

Этих простых мероприятий вполне достаточно, если рана зашита и края ее тщательно прилажены. Промежность после зашивания мы рекомендуем облучать ртутно-кварцевой лампой.

Бедрa больной первые несколько дней держат связанными, но больная двигает конечностями и поворачивается. При глубоких разрывах мы не рекомендуем ставить клизмы; если у больной самостоятельного стула нет, даем на 2—3-й день легкое слабительное.

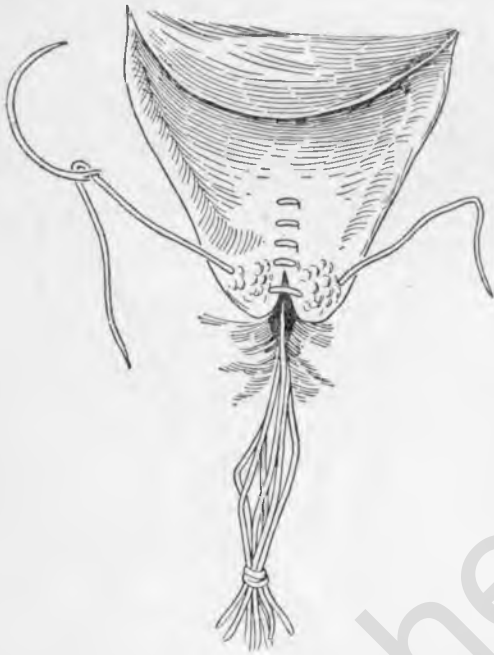


Рис. 71. Погружной шов, соединяющий края разорванной мышцы сфинктера.



Рис. 72. Сшивание сфинктера. Концы разорванного сфинктера соединяют лигатурой, проведенной со стороны кожи промежности.

Если температура у больной нормальная, то часто осматривать рану не стоит, это даже вредно. При гладком течении послеоперационного периода кожные швы снимают на 5—6-й день.

После операции разрывов третьей степени в послеоперационном периоде необходима особая диета. Прежде всего следует позаботиться, чтобы шов кишечника не подвергался травме при прохождении каловых масс. Дефекация раньше 6—7-го дня нежелательна. Каловые массы должны иметь полужидкую консистенцию. Соответственно этим требованиям следует и назначать диету и регулировать действие кишечника.

В первые 5 дней больная получает только сладкий чай, кофе с небольшим количеством молока, чистый бульон, минеральные воды, фруктовые соки; на 6-й день, кроме этого, ей дают пюре из слив, яблок, моркови. На 7-й день при той же диете дают слабительное. В последующие дни рацион постепенно дополняется. С 10-го дня больная переходит на общий стол. Швы с промежности снимают на 5—6-й день. Если кишечник был зашит шелком, то лигатуры, лежащие внутри прямой кишки и свисающие

из заднепроходного отверстия, постепенно отходят. Для того чтобы не было преждевременного действия кишечника, некоторые дают в первые дни опий, другие, наоборот, для того чтобы первый стул был жидкий, назначают с первого дня жженую магнезию. Мы не применяем ни того, ни другого и главное значение придаем строгой диете.

Очень редким осложнением родов является центральный разрыв промежности (рис. 74). Головка продвигается

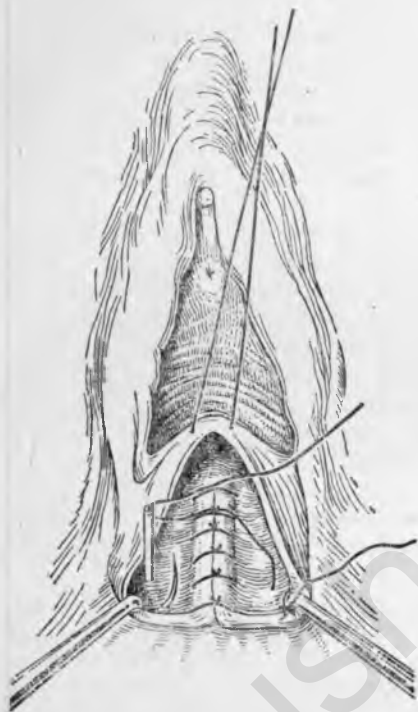


Рис. 73. Зашивание полного разрыва промежности. После зашивания разрыва прямой кишки и сфинктера разрыв превратился в разрыв второй степени.



Рис. 74. Центральный разрыв промежности.

не в сторону половой щели, а напирает на прямокишечно-влагалищную перегородку, прорывает заднюю стенку влагалища и прокладывает себе путь через промежность; промежность сильно выпячивается и разрывается в центре. Через образовавшееся отверстие рождается плод. Для возникновения такого повреждения predisposing моментами являются: высокая промежность, узкая, неподатливая, лежащая кпереди половая щель, недостаточное наклонение таза, быстрый период изгнания, прорезывание головки при неблагоприятном вставлении (задний вид затылочного вставления). Мандельберг причиной возникновения центрального разрыва считает несостоятельность мускулатуры тазового дна.

Центральные разрывы промежности наблюдаются, по Таранову, в 1 случае на 2500 родов, по Федорову, они составляют 1,7% всех разрывов, а по В. М. Михайлову — только 0,5% (цит. по Г. Г. Гентеру). По Винкелю, центральный разрыв встречается еще реже — 1 на 10 000.

В целях профилактики возникновения центрального разрыва рекомендуют рассечение промежности во время врезывания головки; этим достигается разгрузка промежности и дается правильное направление рождающейся головке (Г. Г. Гентер). Если центральный разрыв уже произошел, надо оставшийся мостик (остаток промежности между задней спайкой и передним краем разрыва) рассечь; таким образом превращают центральный разрыв в разрыв второй или третьей степени, который и зашивают, как это было описано выше.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Наиболее частыми являются боковые радиальные разрывы шейки матки. 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 (и то не всегда) лишь незначительными кровянистыми выделениями в родах.

Более глубокие разрывы шейки матки 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.

Разрывы шейки матки, переходящие на своды влагалища, иногда распространяются до внутреннего маточного зева и сопровождаются кровоизлиянием в параметральную клетчатку. И. Л. Брауде относит разрывы шейки, проникающие глубоко в параметрий с образованием в клетчатке гематомы, 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 обычно сопровождает глубокие разрывы шейки и «иногда постепенно рождающиеся части плода уже покрыты кровью» (И. Л. Брауде). Однако место разрыва чаще придавливается подлежащей частью и кровотечение до рождения плода может отсутствовать. В послеродовом же периоде кровотечение из разрыва можно смешать с таковым при гипотонии и атонии матки. В пользу кровотечения из разрыва говорит ярко-красный цвет крови, иногда вытекающей струйкой, и хорошо сократившаяся матка, дно которой при опорожненном мочевом пузыре стоит ниже уровня пупка.

Кровотечение происходит вследствие разрыва шеечно-влагалищной веточки маточной артерии и может принять профузный характер, угрожая жизни женщины. При глубоких разрывах шейки, доходящих до свода влагалища, может возникнуть обильное кровоизлияние в параметральную клетчатку.

При разрывах шейки не всегда наблюдаются обильные кровотечения: разможжение тканей при их длительном сдавлении не сопровождается кровотечением или оно бывает незначительным в результате тромбирования сосудов или повреждения участков шейки, в области которых нет крупных ветвей сосудов.

Распознавание разрыва шейки матки основывается на наличии кровотечения, которое появляется в периоде изгнания и усиливается после рождения плода и особенно последа. В послеродовом периоде кровотечение может зависеть и от гипотонии матки, но тогда последняя будет дряблой, контуры ее расплывчаты и дно матки поднимется выше пупка.

Если кровотечение незначительное или совсем отсутствует, распознать разрыв шейки матки можно только при осмотре ее с помощью влагаллических зеркал. В настоящее время большинство акушеров нашей страны считает, что необходимо осматривать шейку матки в зеркалах сразу после родов у всех первородящих и у тех повторнородящих, у которых применялось оперативное родоразрешение или течение родового акта вызывает какие-либо подозрения на возможность разрыва шейки.

Осмотр следует производить при хорошем освещении и наличии помощника. Во влагаллице вводят широкие зеркала и затем захватывают шейку матки геморроидальными или пулевыми щипцами за заднюю и переднюю губу; затем, перекладывая щипцы и растягивая края зева, осматривают шейку во всех ее складках.

Осмотр зеркалами шейки матки по всем правилам (строгое соблюдение асептики, осмотр шейки и зашивание сразу после рождения последа) является безвредным и не повышает послеродовую заболеваемость (И. Ф. Жордана, Е. П. Бондаревская, Л. Д. Шебеко и др.).

Лечение разрывов шейки матки должно заключаться в их зашивании сразу же после родов (рис. 75). Если разрыв сопровождается сильным кровотечением, удаляют 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 производится с соблюдением строгой асептики. Во влагаллице вводят зеркало, шейка захватывается за переднюю и заднюю губу пулевыми щипцами, низводится, насколько возможно, наружу и оттягивается в сторону, противоположную расположению разрыва. Первый шов следует наложить на верхний угол раны, захватывая в шов всю толщину ткани влагаллической 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 (рис. 76, 77), то накладывают 1—2 шва возможно ближе 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.

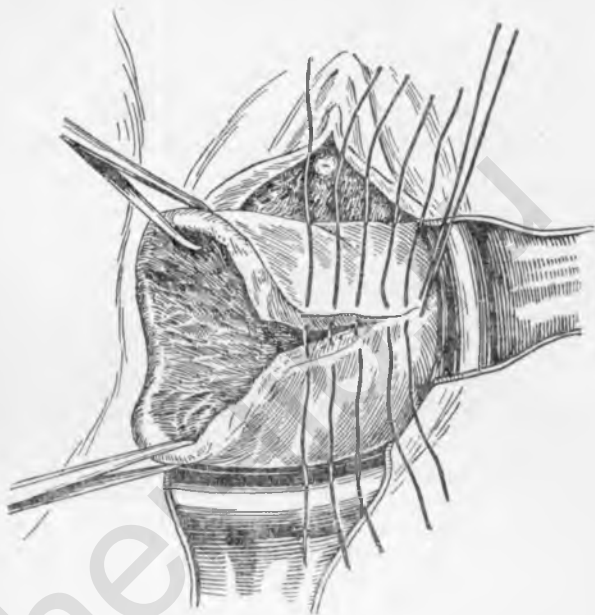


Рис. 75. Разрыв шейки матки. Наложение швов.

При разрывах шейки матки, распространяющихся выше внутреннего зева или сопровождающихся обширным кровоизлиянием в параметральную клетчатку, через влагалище очень трудно зашивать разрыв и надежно остановить кровотечение. Поэтому в подобном случае наиболее целесообразным является применение чревосечения, при котором надежно можно 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 проводится подкожнообразный разрез стенки влагалища, мочевого пузыря отделяется от шейки матки и смещается вверх, особенно на стороне разрыва. Шейка с помощью пулевых щипцов как можно больше низводится книзу и отклоняется в сторону, противоположную разрыву.



Рис. 76. Наложение швов на разрыв шейки матки в том месте, где он еще хорошо виден (по Фреунду).



Рис. 77. Наложение швов на разрыв шейки матки. Первым швом пользуются как «держалкой» для низведения верхнего конца разрыва шейки матки.

На верхний угол разрыва через все слои стенки шейки накладывается первый шов. Этот шов наиболее ответственный, так как он накладывается в месте наибольшего кровотечения.

Если первый шов не останавливает кровотечения, то накладывают еще один шов в виде восьмерки выше первого, чтобы захватить ушедший в глубину поврежденный кровеносный сосуд. Если глубокий разрыв шейки сопровождается сильным кровотечением, то, пока не будут наложены швы, следует применять прижатие аорты к позвоночнику кулаком.

При распространении разрыва шейки на влагалищный свод и отсутствии значительного кровоизлияния в клетчатку параметрия после зашивания разрыва шейки накладываются швы и на разрыв влагалищного свода. Однако целесообразно оставить небольшой участок раны влагалища не зашитым 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 в 82,1% случаев, по данным Е. П. Бондаревской, и в 87%, по данным Л. Д. Шебеко.

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 обе стороны, справа и слева.

Особенно бережным должно быть родоразрешение при предлежании детского места. Поворот при неполном открытии маточного зева при предлежании плаценты ввиду крайне неблагоприятного прогноза для плода применяется редко и обычно при глубокой недоношенности. Если поворот все же применяется, то следует помнить правило, высказанное Н. Н. Феноменовым: «При предлежании плаценты делайте поворот, низводите ножку, но не извлекайте». Г. Г. Гентер, Фреунд (Freund) считают противопоказанным и привешивание груза к ножке, но если кровотечение не останавливается после выведения ножки, то приходится подвешивать груз (200 г).

РАЗРЫВЫ ТЕЛА МАТКИ

Разрыв матки является тяжелейшим осложнением во время беременности и родов, и если он своевременно не распознан и женщине не оказана срочная хирургическая помощь, то могут погибнуть и мать, и плод.

За рубежом, по данным ряда авторов [Брайтон (Brierton, 1950), Бэк и Гейден (Bak, Hayden, 1955)], разрывы матки наблюдаются в 0,06—0,1% всех родов.

Система советского родовспоможения позволила резко снизить количество тяжелых родовых травм и, в частности, разрывов матки. Очередной задачей медицинских работников нашей страны является предупреждение тяжелого травматизма женщины в родах.

Разрывы матки наблюдаются главным образом у многорожавших. По нашим данным, из 262 женщин, у которых произошел разрыв матки, только 7 были первородящими. Это находит свое объяснение в том, что матка первородящей женщины представляет мощный и выносливый орган, а матка многорожавшей уже пострадала от предыдущих родов, ее мышца перерастянута, местами заменена менее способной к растяжению соединительной тканью, местами рубцово перерождена; поэтому она чаще рвется, чем у первородящей при тех же условиях.

Принято различать разрывы матки самопроизвольные, происходящие без внешнего воздействия, и насильственные, возникающие в результате постороннего вмешательства во время родов или грубой травмы в период беременности.

Самопроизвольные разрывы матки встречаются чаще, чем насильственные. В. И. Ледомский на 128 всех наблюдавшихся им случаев разрывов имел 99 самопроизвольных; В. М. Михайлов из 98 наблюдал 60 самопроизвольных разрывов; по нашим данным, из 262 случаев разрывов матки в 232 (88,6%) отмечались самопроизвольные разрывы.

По степени повреждения различают полные (сквозные) разрывы матки, захватывающие все слои маточной стенки и проникающие в брюшную полость, и неполные, не проникающие в брюшную полость. При неполных разрывах обычно разрываются слизистая и мышечная оболочки, а брюшинный покров остается ненарушенным. Такой разрыв проникает в подбрюшинное пространство, чаще в параметральное, где образуется гематома. Неполный разрыв может проникнуть в слой маточной стенки на небольшую глубину, а иногда имеется лишь трещина (надрыв) маточной стенки.

Полные разрывы встречаются приблизительно в 10 раз чаще, чем неполные.

Разрывы матки встречаются главным образом в области нижнего сегмента и чаще имеют продольное направление. Большинство разрывов располагается по передней стенке или сбоку, притом чаще слева. Разрывы в дне и теле матки обычно происходят по рубцу после операций или перфораций при абортах.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Клиническая картина и симптоматология разрыва матки, позволяющие распознать это грозное осложнение, во многом зависят от причин, которые приводят к разрыву.

Причиной разрывов матки могут быть пространственные несоответствия между подлежащей частью плода и тазом. Механическими препятствиями для родоразрешения естественным путем являются: узкий таз, поперечное положение плода, разгибательные и асинклитические вставления головки, гидроцефалия, крупный плод, кистозные опухоли, ущемившиеся в малом тазу, шейчные фибромиомы, рубцовые сужения мягких тканей родового канала, неправильное положение матки после фиксирующих ее операций и отвислый живот, дающие неправильное направление изгоняемому плоду.

Характерно более частое возникновение разрывов матки при умеренных степенях сужения таза. Это объясняется тем, что резко выраженные формы узкого таза легко распознаются, а поэтому при них и принимаются своевременно меры, предупреждающие наступление катастрофы. Незначительному же уменьшению 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 большое значение в возникновении разрыва матки, если это не будет своевременно учтено.

Бандль (Bandl), описавший еще в 1875 г. условия и механизм разрыва матки, считал необходимой предпосылкой этого осложнения механическое препятствие для родоразрешения и бурную родовую деятельность после отхождения вод. Механистическая теория Бандля длительное время являлась наиболее распространенной при объяснении этиологии разрыва матки. Сущность этой теории такова.

Во время каждой схватки при родах сокращается главным образом мускулатура тела и дна матки, составляющая полый маточный мускул, — мотор родового акта. Шейка и нижний сегмент матки растягиваются и представляют проходную трубку; полость матки и влагалища превращается в единый родовой канал. При физиологических родах сглаженная и полностью открытая шейка уходит вверх по головке, беспрепятственно продвигаясь во влагалище. При механическом препятствии для родоразрешения (узкий таз и др.) головка фиксируется во входе в таз, что приводит к ущемлению шейки матки в области тазового кольца. Нижний сегмент перестает играть роль проходной трубки, становится плодовместилищем и подвергается чрезмерному растяжению. В результате ретракции полого мускула при нарастающей силе и частоте схваток плод рождается в перерастянутый и все более истончающийся нижний сегмент, который обычно и разрывается. Если ущемления шейки между головкой и тазовым кольцом не происходит, маточный зев успевает пройти по подлежащей части вверх, то растяжению подвергается верхний отдел влагалища, и тогда разрывается не нижний сегмент матки, а своды влагалища как обладающие наиболее

тонкими стенками. Подобные разрывы часто наблюдаются при запущенных поперечных положениях плода.

Однако с позиций механистической теории невозможно было объяснить наступление самопроизвольных разрывов матки во время беременности или в начале родов при целом плодном пузыре, когда еще нет места механическим препятствиям с пространственными несоответствиями, а родовая деятельность отсутствует или слабо выражена.

Кроме того, далеко не всегда и у женщин с разрывами матки, происшедшими в разгаре родового акта, можно было выявить какое-либо механическое препятствие для родоразрешения. По нашим данным, из 262 женщин с разрывами матки лишь у 38,9% имелись те или иные механические препятствия для родоразрешения, причем последние не всегда являлись причиной разрыва.

В противоположность мнению Бандля Н. З. Иванов и Я. Ф. Вербов в начале XX века выдвинули свою теорию о причинах разрывов матки. Они с несомненностью показали, что основными причинами являются глубокие патологические изменения воспалительного и дегенеративного характера в мускулатуре матки, возникшие до настоящей беременности, во время нее или даже при родах, во время которых произошел разрыв матки. Последующие наблюдения многих отечественных и зарубежных авторов подтвердили, что в возникновении разрывов матки имеют огромное значение изменения маточной стенки. Последние выражаются в замене мышечной ткани соединительной и в наличии рубцовых перерождений, что приводит к неполноценности маточной стенки.

За последние годы участились разрывы матки по рубцу после кесарева сечения. Брайтон приводит сводные данные ряда американских авторов о 368 разрывах беременной матки, из которых 124 (33,7%) произошли по рубцу после кесарева сечения. Билл, Барней и Мелоди (Bill, Barney, Melody) указывают, что 56% из всех разрывов матки произошли по рубцу после кесарева сечения.

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 не удивительно, 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, в 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 изменения 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 патолого-анатомические 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% причиной разрыва явились только механические препятствия для родо-

разрешения, в 11,4% — насилие, в 55,4% — изменения маточной стенки, доказанные в 74 случаях гистологическими исследованиями; в 11% имело место сочетание нескольких причин и в 5,4% причины выяснить не удалось.

Таким образом, основной причиной, ведущей к возникновению самопроизвольных разрывов матки, являются патологические изменения ее мышцы.

Разрывы матки могут наступить в результате внешнего воздействия как во время беременности, так и в родах. Насильственные разрывы матки чаще всего возникают в результате добавочного растяжения нижнего сегмента при постороннем вмешательстве во время родов. Такой разрыв может произойти 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 паложении 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.

Легче всего возникают насильственные разрывы при угрожающем разрыве матки, если при этом грубо производится влагалищное исследование или применяется акушерская операция с нарушением правил и без глубокого наркоза.

Насильственный разрыв травматического характера может произойти вследствие грубой травмы (удар в живот, падение на живот и т. п.) и при отсутствии родовой деятельности.

При анализе отечественных литературных данных мы видим резкое снижение количества насильственных разрывов матки в последнее время. За период с 1926 по 1941 г., как показывает наша сборная статистика, насильственные разрывы встретились в 5,6% случаев, и число их продолжает уменьшаться. Это можно объяснить улучшением организации родовспоможения, повышением квалификации врачей и акушеров, уменьшением рискованных операций (высокие щипцы, поворот при запущенном поперечном положении плода и т. п.). В этом ярко отразились преимущества системы советского родовспоможения.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

По клинической картине различают угрожающий, начинающийся и совершившийся разрыв матки. Понятие «угрожающий разрыв матки» означает состояние, когда ни разрыва матки, ни надрывов (трещин) в ее стенке еще не произошло. Начавшийся разрыв характеризуется наличием надрыва тканей маточной стенки, захватывающего поверхностные ее слои и не проникающего через всю толщу мышечного слоя.

Совершившийся разрыв матки бывает двух видов: 1) полный (сквозной) разрыв, захватывающий все слои маточной стенки и проникающий в брюшную полость; этот вид разрыва встречается чаще; 2) неполный (непроникающий) разрыв, который сопровождается разрывом слизистой и мышечной оболочки матки, проникая в подбрюшинное пространство, — чаще всего между листками широких связок.

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. 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 функционирует, ретракция полого мускула достигает высших степеней, контракционное кольцо поднимается все выше и выше, плод рождается в растянутом нижнем сегменте, стенки которого при этом чрезмерно истончаются. Возникает угрожающий разрыв матки.



Рис. 78. Угрожающий разрыв матки. Матка принимает форму песочных часов.

Особенно ярко выявляется клиническая картина готовности к разрыву матки в тех случаях, когда происходит чрезмерное растяжение выходной трубки, т. е. нижнего сегмента матки, шейки и влагалища.

У роженицы, имевшей пространственные несоответствия таза и предлежащей части плода, при затянувшихся 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 находится на уровне пупка или выше, матка принимает форму песочных часов (рис. 78). Верхняя часть матки, сильно сократившаяся, плотная, четко контурируется и располагается в области одного из подреберий, обычно правого; нижний отдел матки имеет более широкую и несколько расплывчатую форму. Круглые связки, особенно левая, напряжены и болезненны. При пальпации живота в области нижнего сегмента матки определяется напряжение и резкая болезненность. Вследствие болезненности не удается определить части плода, 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. В части случаев, несмотря на высокое стояние головки, все влагалище бывает занято большой родовой опухолью. При попе-

речных положениях плода влагалище заполнено вколотившимся плечиком (рис. 79). 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. 80).

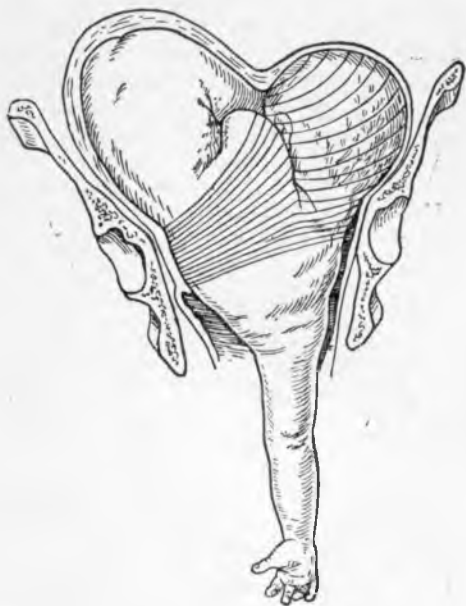


Рис. 79. Чрезмерное растяжение нижнего сегмента матки при запущенном поперечном положении плода.

Бурные схватки следуют одна за другой, матка почти не расслабляется и вне схваток. Роженица чрезвычайно беспокойна, жалуется на распирающую боль в животе, хватается руками за живот, просит выпнуть ребенка, кричит на все отделение не только при схватках, но и в паузы, не поддается никаким увещаниям. Лицо у нее красное, 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 типична и ясна, что ее нельзя не заметить,

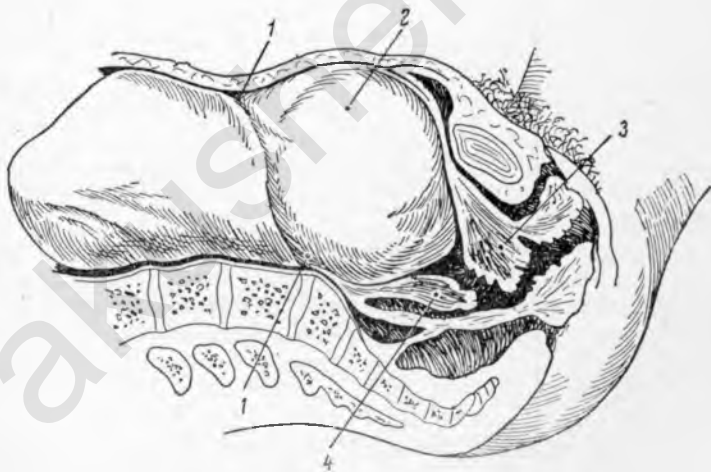


Рис. 80. Чрезмерное¹ растяжение передней стенки шейки матки с отеком ущемленной губы зева.

1 — внутренний зев; 2 — чрезмерно растянутая шейка; 3 — отечная передняя губа шейки; 4 — ущемленная влагалищная часть матки.

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 уменьшение количества бандлевских разрывов обязано профилактическому направлению советского родовспоможения, развитию сети женских консультаций, увеличению числа родильных коек, высококвалифицированной медицинской помощью при родах у женщин с узким тазом и неправильными положениями и предлежаниями 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 же 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 развиваться 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 бывшие ранее разрывы матки, операции на ней (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 улавливать 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. Затяжные, вяло протекающие роды у повторнородящей после отхождения вод всегда должны вызвать настороженность у врача, особенно при несоответствии размеров головки плода и таза роженицы.

Болезненные схватки, вызывающие беспокойство роженицы, даже при объективно слабых сокращениях матки являются одним из симптомов угрожающего разрыва. 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 перерастянутом нижнем сегменте матки, затрудненное мочеиспускание также имеют место при угрожающем разрыве матки.

Такие симптомы, как болезненность внизу живота, напряжение нижнего сегмента, наличие высоко стоящего контракционного (вернее, ретракционного¹) кольца, облегчают диагноз угрожающего разрыва матки.

Н а ч а в ш и й с я р а з р ы в характеризуется наиболее выраженной картиной угрожающего разрыва матки с наслаением 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.

Некоторые авторы не разграничивают начавшийся разрыв матки от угрожающего и все симптомы этих двух состояний описывают в картине угрожающего разрыва. Длительность периода времени от появления симптомов начавшегося разрыва до момента совершившегося разрыва матки зависит от силы родовой деятельности и состояния маточной стенки. В одних случаях указанный отрезок времени исчисляется минутами, в других бывает более длительным. Только срочная хирургическая помощь может предотвратить надвигающуюся катастрофу — разрыв матки.

При наличии рубца после кесарева сечения и других операций 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? В таких случаях нужно суметь предвидеть, предугадать разрыв матки и своевременно его предупредить, не выжидая появления обычных симптомов угрожающего разрыва, которых может и не быть. Если же разрыв начинается в ранние сроки беременности, то появляются соответствующие признаки (расползание 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 показывают, что у многих беременных или рожениц, прежде чем наступила катастрофа, имелись признаки, позволяющие поставить диагноз угрожающего или начавшегося разрыва матки и принять 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 через 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 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, которые можно вызвать осторожными поглаживаниями ее.

¹ М. С. Малиновский для отличия кольца при угрожающем разрыве матки от пограничного кольца при нормальных родах называет первое не контракционным, а ретракционным (кольцо перерастяжения) и отмечает, что оно имеет вместо поперечного косое направление.

Заметное и особенно увеличивающееся истончение рубца на матке является характерным 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, подтвердились данные, полученные при пальпации.

В дальнейшем, при продолжающемся растяжении рубцовой измененной ткани, начинается ее разрыв, постепенно прогрессирующий. Быстрота перехода от угрозы разрыва до наступления катастрофы различна и зависит 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.

По мере развития процесса 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.

В родах при неполноценности рубца на матке после кесарева сечения наблюдается нарушение ритма в чередовании схваток и потуг, особенно в период изгнания. При этом, помимо болезненности в области рубца, нарушается ритм родовой деятельности, временами исчезают паузы между потугами, изменяется их сила и длительность. Схватки и потуги следуют непрерывно одна за другой или возникают через длительные промежутки.

Симптомокомплекс Бандля при наличии рубца на матке отсутствует, 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 (рис. 81). Неполноценный 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 размождении ткани.

Атипичные разрывы матки, возникающие при глубоком врастании ворсин хориона, до момента полного прорастания ими мышечного и серозного покрова матки не имеют симптомов. Поэтому угрозу разрыва диагно-



Рис. 81. Неполноценный рубец на матке после кесарева сечения.

стировать не удастся, но при внимательном наблюдении за состоянием беременной или роженицы можно установить начавшийся разрыв (узуру) матки и спасти мать и ребенка. При прободении маточной стенки ворсинками хориона на первый план выступает клиническая картина внутрибрюшного кровотечения.

ТЕРАПИЯ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ

Своевременное распознавание и лечение угрожающего разрыва является одним из условий профилактики разрывов матки. Если установлено, что роженице угрожает разрыв матки, необходимо возможно скорее и бережнее закончить роды под глубоким наркозом. Наркоз (эфир) в данном случае является не только способом обезболивания, но и средством, ведущим к расслаблению тетанически сокращенной матки, понижению ее тонуса и выключению потужной деятельности.

Роженица с угрожающим разрывом матки нетранспортабельна; помощь ей должна быть оказана незамедлительно и на месте, где поставлен диагноз.

При отсутствии условий для родоразрешения на месте в виде редчайшего исключения роженица после выключения родовой деятельности (кратковременный наркоз, инъекции морфина и т. п.) бережно транспортируется в больницу в сопровождении врача или акушерки.

Применение морфина с целью ослабления бурной родовой деятельности мало действенно и, не предотвращая разрыва матки, лишь затемняет картину совершившегося разрыва, что затрудняет распознавание и приводит к отсрочке оперативного вмешательства при совершившемся разрыве.

Имеется ряд наблюдений, показывающих, что после установления угрожающего разрыва последний в период подготовки к операции переходил в совершившийся. Поэтому, как только поставлен диагноз надвигающейся катастрофы, немедленно следует начинать наркоз до перевода роженицы в операционную и укладывания ее на операционный стол.

Предупредить переход угрожающего разрыва матки в совершившийся можно лишь выключением родовой деятельности и немедленным родоразрешением.

При угрожающем разрыве матки условия для поворота уже упущены, а для наложения щипцов 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 работы, чтобы предотвратить смертельную опасность, грозящую матери.

Кесарево сечение при угрожающем разрыве матки в последние годы стали применять значительно чаще. Это объясняется более ранним диагностированием угрожающего разрыва матки, когда плод еще 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 производится 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 никакой возможности его произвести; тогда, учитывая смертельную опасность, грозящую матери, приходится производить плодоразрушающую операцию на живом плоде. Этого следует избегать прежде всего путем улучшения организации акушерской помощи.

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. 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 родовой канал. Учитывая перерастяжение нижнего сегмента и то, что декапитация является грубой операцией, могущей привести к разрыву перерастянутой матки, некоторые авторы (А. В. Марковский, В. Штекель) считают более целесообразным применение эмбриотомии в полном смысле слова (удаление внутренностей, рассечение позвоночника). В части случаев при запущенном поперечном положении плода декапитация не может быть произведена и 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.

В отдельных случаях при запущенном поперечном положении плода и угрожающем разрыве матки может быть применено кесарево сечение либо в интересах плода, либо если спастически сокращенная матка плотно охватывает плод и не расслабляется даже под наркозом. Однако следует учитывать опасность этой операции для матери, особенно при симптомах явной инфекции.

При головных предлежаниях обычно применяется перфорация 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.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ

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 указывают, что в животе что-то «лопнуло» или «разорвалось» (рис. 82 и 83). 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). Наблюдая хоть раз это поразительное превращение, нельзя

уже его забыть. Родовая деятельность прекращается, роженица становится апатичной, перестает кричать. Одновременно с угнетенным состоянием у роженицы появляется бледность кожных покровов, нарастающее уча-

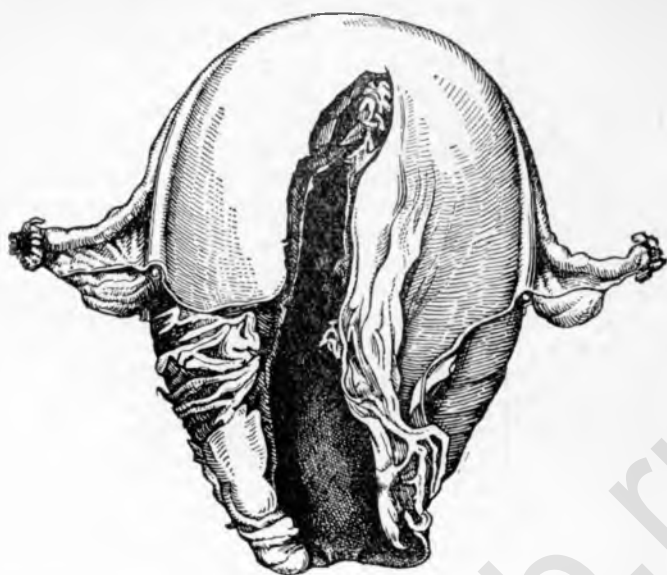


Рис. 82. Разрыв матки на 7-м месяце беременности. Разрыв произошел через 20 месяцев после бывшего кесарева сечения.



Рис. 83. Разрыв передней стенки матки с кровоизлиянием в параметрий.

щение 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, которое усиливается при отодвигании вверх предлежащей части. Последнее не рекомендуется делать ввиду опасности увеличить разрыв. Плод, если он был еще живой, погибает; сердцебиение его не прослушивается.

У больной с разрывом матки обычно наблюдаются явления шокового состояния, выраженные в той или иной степени, которые усугубляются еще кровопотерей. Кровотечение всегда сопровождает разрыв матки и наряду с шоком вызывает падение артериального давления и пульса. Нередко кровотечение бывает умеренным, а тяжелое состояние роженицы при разрыве матки объясняется лишь наличием типичного травматического шока.

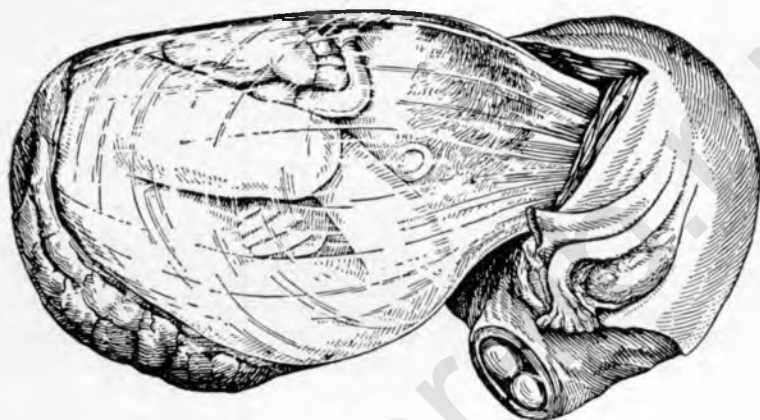


Рис. 84. Разрыв матки. Выпадение плода, оболочки целы.

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 отмечает, что из 18 подобных больных у 11 был шок третьей степени, причем у 5 женщин с разрывом матки артериальное давление совершенно не определялось. Подобную картину и нам приходилось наблюдать неоднократно.

При выхождении плода в брюшную полость (рис. 84) установить диагноз просто, так как при этом живот приобретает неправильную бугристую форму и через брюшные покровы легко прощупываются мелкие части плода. Одного этого симптома достаточно для диагностирования совершившегося разрыва матки.

Но если плод и не вышел в брюшную полость, имеется достаточно симптомов для постановки диагноза совершившегося разрыва матки. При частичном выхождении плода в брюшную полость через разрыв спинку его, обращенную кпереди, иногда принимают за тело матки. В этих случаях при внимательном осмотре можно обнаружить как бы двурогость матки, возникшую в результате смещения 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.

Если плод целиком остается в матке, родовая деятельность иногда прекращается не сразу, а замирает постепенно. Симптомы разрыва матки при этом развиваются не так бурно, но в огромном большинстве случаев они имеются и диагноз вполне возможен. 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 разрывах матки. При влагалищном исследовании предлежащая часть, которая стояла плотно во входе в таз или была прижата к нему, стоит высоко и становится подвижной. В моче часто определяется примесь крови вследствие венозного полнокровия слизистой мочевого пузыря или в результате повреждений его стенки (надрыв, разрыв).

При полных разрывах матки (рис. 85) 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 разрыва.

Подозрение на происшедший разрыв матки может вызвать задержка последа и безуспешность выжимания его по Лазаревичу — Крете при наличии других неясных признаков.

В неясных случаях, подозрительных 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 произ-

вести обследование стенок полости матки. При наличии разрыва его удается определить рукой. Если предлежащая часть плода находится в полости таза и нет ясных симптомов разрыва матки (чаще всего неполного), то необходимо возможно бережнее произвести плодоразрушающую операцию, извлечь плод и затем рукой обследовать полость матки. Шейку и влагалищные своды обязательно надо осмотреть при помощи зеркала.

Рис. 85. Полный разрыв матки в нижнем сегменте.

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, обложенный. Пульс частый, слабого наполнения. Боли в животе, напряжение и резкая болезненность брюшной стенки, симптом Щеткина — Блюмберга, тошнота, икота, рвота, парез кишечника.

Диагностика при неполном (рис. 86) 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, Л. С. Персианов, Жолли и др.).

Жолли (цит. по Фреунду) 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. если разорвалась только мышца матки, 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. При этом плод прощупы-



Рис. 86. Неполный разрыв матки. Образование большой подбрюшинной гематомы.

вается 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, оттесняет 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 подлежащей части, которая становится подвижной, помогают распознавать разрыв.

При отодвигании вверх подлежащей части (этого не следует делать!) во время влагалищного исследования усиливается кровотечение за счет вытекания наружу скопившейся крови.

И. Л. Брауде указывает на появление резких болей в области крестца, отдающих в ногу, соответствующую местоположению забрюшинной гематомы. И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер и другие 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 вызвали сомнений. Медленно нарастающая 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 сумеет их заметить. При отсутствии строгого наблюдения диагноз может быть поставлен слишком поздно, а иногда только на секции.

Во всех неясных случаях, подозрительных на неполный разрыв матки, необходимо произвести рукой обследование стенок полости матки и осмотр шейки и влагалищных сводов с помощью зеркал.

Клиническая картина при отрыве сводов влагалища напоминает таковую при разрыве матки, и правильный диагноз устанавливается чаще всего при осмотре до или после операции. Отрыву сводов предшествует обычно бурная родовая деятельность, контракционное кольцо бывает резко выражено и стоит высоко. При начавшемся отрыве 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 3 случаях при запущенном поперечном положении плода и полной типичной картине угрожающего разрыва матки мы обнаружили совершившийся разрыв сводов влагалища.

Наибольшие затруднения встречаются при диагнозе разрыва матки во

Рис. 87. Прободение стенки матки разросшимися ворсинками.

время беременности. Правильный диагноз разрыва матки во время беременности устанавливается редко: в большинстве случаев ставят диагноз внематочной беременности, преждевременной отслойки плаценты, кишечной непроходимости или же обнаруживают разрыв при пробном чревосечении по поводу внутреннего кровотечения с неясной этиологией.

Наиболее постоянным и характерным признаком при разрывах матки во время беременности является внутреннее кровотечение. Часто наблюдаются явления раздражения брюшины, сопровождающиеся напряжением брюшной стенки и рвотой. Диагноз не представляет затруднений при выходе плода в брюшную полость и наличии сократившейся матки.

А. И. Галактионов отмечает при разрывах матки во время беременности внезапное появление болей в животе и вынужденное положение на боку с согнутыми в коленях и приведенными к животу ногами, 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. 87) клиническая картина напоминает таковую при нарушенной 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 артериального давления, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Пальпация живота вызывает болезненность. Матка сохраняет обычную форму и консистенцию. Сердцебиение плода при умеренном кровотечении остается в пределах нормы.

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, свидетельствующие о возможности глубокого врастания ворсин. В этом отношении имеют значение 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, угрозу разрыва во время беременности диагностировать не удается, 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. Предвидя угрозу разрыва матки при резко выраженных патологических изменениях ее стенки и наблюдая указанные симптомы во время беременности, мы в 4 случаях наблюдали при срочно произведенной лапаротомии «расположение» маточной стенки. Чаще всего это было в области рубца на матке после кесарева сечения; и в этом месте сохранным оставался лишь брюшинный покров, через который просвечивали части плода.

Первоначальные признаки могут остаться незамеченными или получить 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.

ТЕРАПИЯ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ

В настоящее время при совершившемся разрыве матки хирургический метод лечения является общепринятым.

При установлении разрыва матки следует сделать немедленное чревосечение без предварительного родоразрешения в том же учреждении, где обнаружен разрыв матки. Если в данной больнице нет врача, который может произвести такую операцию, то следует обеспечить выезд врача-специалиста с операционной сестрой, необходимым инструментарием, стерильным материалом и т. п. В крайнем случае больную бережно (самолетом, автомобилем) транспортируют в соответствующее лечебное учреждение в сопровождении медицинского работника. Перед транспортировкой с целью ограничения подвижности плода надо плотно

затампонировать влагалище и забинтовать живот, впрыснуть под кожу морфин.

По нашему мнению, не целесообразно производить перед транспортировкой родоразрешение через естественные родовые пути, даже если плод еще находится в матке.

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 добавочная травма больной, находящейся и так в тяжелом состоянии.

Как при головных предлежаниях, так и при 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.

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 опорожненной 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 будет остановлено кровотечение, трансфузию крови продолжают струйным методом.

Весьма целесообразно, особенно во время операции и в послеоперационном периоде, применять внутривенное введение противошоковых жидкостей и комплексных растворов, употребляемых с этой же целью.

Мы с успехом применяем комплексный раствор лекарственных веществ следующего состава: 10% бромистого натрия 10 мл, 33% спирта 20 мл, 40% глюкозы 30 мл, 10% аскорбиновой кислоты 5 мл, 0,6% витамина В₁ 1 мл, 10% хлористого кальция 10 мл. Применение названного состава способствует нормализации соотношений между возбуждательными и тормозными процессами в центральной нервной системе и оказывает благотворное воздействие на состояние больной. Улучшается деятельность сердечно-сосудистой системы, дыхания.

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.

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.

Немаловажное значение имеет вопрос о методах обезболивания при операциях по поводу разрыва матки. Литературные данные (В. А. Покровский, А. А. Терехова и др.) и наши многочисленные наблюдения показывают, что при шоковом состоянии у обескровленных больных местная анестезия является наилучшим методом обезболивания во время операции.

Если местную анестезию не удастся полностью осуществить, добавляют ингаляционный эфирно-кислородный или эфирный наркоз и продолжают инфльтрацию раствором новокаина, чтобы полностью прервать импульсацию из операционной раны и области разрыва в центральную нервную систему. Как известно, общий наркоз, в частности эфирный, не дает угасания всех рефлексов, не устраняет полностью импульсацию из операционной раны в центральную нервную систему. Акушеры-гинекологи, широко применяющие эфирный наркоз, должны учитывать это.

Чревосечение производят срединным разрезом от лона до пупка. После вскрытия брюшной полости сразу же удаляют плод и послед, находящиеся в большинстве случаев между кишечными петлями. Марлевые салфетками из брюшной полости удаляют жидкую кровь, сгустки, меконий и околоплодные воды и тщательно осматривают матку и соседние органы, которые могут быть повреждены, особенно при насильственных разрывах (мочевой пузырь, кишечник).

При разрыве матки встречаются одновременные повреждения ее связок. Так, на 262 разрыва матки, по нашим данным, в 48 случаях имели место повреждения широких связок с отслойкой брюшины и из них в 9 случаях — до почечной области. Кроме того, наблюдался разрыв круглых связок у 2 женщин, разрыв маточной артерии — у 4, слепой кишки — у 1, мочевого пузыря — у 9 и выпадение внутренностей — у 3 женщин.

Вопрос о выборе того или другого метода хирургического вмешательства при разрыве матки должен решаться индивидуально, 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 (И. Л. Брауде, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др.). Они исходят из того, что удаление тяжело травмированной, инфицированной матки способствует надежной остановке кровотечения, предохраняет от последующих повторных поступлений инфекции из пуперальной 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.

Пфорт (Pfort) указывает, что смерть при разрыве матки наступает у 40% женщин от острой анемии и у 60% от перитонита и сепсиса. По мнению Зигварта (Sigvart), 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 десятилетия, 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% — от инфекции. Из числа умерших от разрыва матки в московских родильных домах за 1945—1949 гг. (О. В. Макеева) от кровотечения погибло 55%, от шока — 22,5% и от инфекции — 22,5%. Гордон и Розенталь (Gordon, Rosenthal, 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. Билл и др. (Bill, 1944), описывая 23 разрыва матки, сообщают о 5 летальных исходах; из пяти лишь одна больная умерла от перитонита, а четыре погибли от шока и кровопотери.

Литературные данные показывают, что смерть при разрывах матки наступает чаще всего в конце операции или в первые часы после нее. Весьма вероятно, что для женщины, находившейся в тяжелом состоянии, такая добавочная травма, как ампутация или экстирпация матки, может предрешить летальный исход. Исходя из этого, становится понятным стремление некоторых акушеров-гинекологов (В. А. Покровский, Л. С. Персианинов, А. А. Терехова, Н. Е. Сидоров, Шмид и др.) чаще применять зашивание разрывов матки и не только при их локализации в теле матки, но и в нижнем сегменте.

Таким образом, литературные данные и наши наблюдения показывают, что ушивание разрыва матки больные, находящиеся обычно 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 при более тяжелых радикальных операциях применение антибиотиков не дает значительного снижения летальных исходов, так как причиной их чаще всего является не инфекция, а шок и кровопотеря.

По нашему мнению, зашивание разрыва безусловно следует применять при разрывах по рубцу после кесарева сечения, при расположении разрыва в дне и теле матки. Кроме того, следует шире ставить показания к зашиванию разрыва и при локализации его в нижнем сегменте, применяя указанный метод операции в первые 24 часа после происшедшего разрыва. Зашивание разрыва независимо от его характера и расположения приемлемо и в тех случаях, когда больная находится в очень тяжелом состоянии и не может перенести ампутацию или экстирпацию матки.

Техника операции при зашивании разрыва должна заключаться в лапаротомии, остановке кровотечения и наложении швов на разрыв. Размозженные 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. 88 и 89). 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 перитонизировать брюшиной-пузырно-маточного углубления и передним листком прилегающей к разрыву широкой связки. В результате зашитый разрыв полностью покрывается брюшиной.

Зашивание разрыва матки — 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.

При зашивании разрыва следует, как правило, произвести стерилизацию, применяя резекцию труб на протяжении. У некоторых женщин, учитывая их настойчивое желание иметь в дальнейшем ребенка, стерилизацию не делают. При наступившей беременности они должны находиться под строгим наблюдением, и за 10—14 дней до срока родов им



Рис. 88. Полный разрыв матки. Размозженные края разрыва освещают (указано пунктиром).

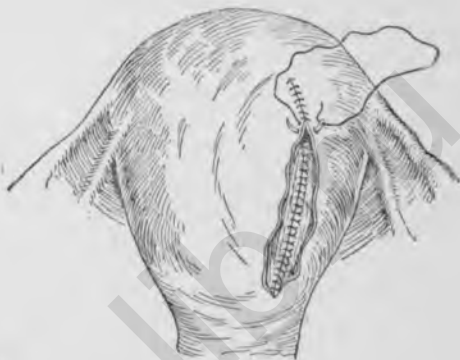


Рис. 89. Полный разрыв матки. Зашивание разрыва, расположенного в области тела и нижнего сегмента матки.

следует произвести кесарево сечение. Подобные случаи с благоприятными исходами мы и наблюдали в акушерской клинике Казанского института усовершенствования врачей.

Экстирпация матки большинством акушеров производит при разрыве нижнего сегмента с образованием большой гематомы в клетчатке, а также у тех больных, у которых разрыв в заведомо инфицированных случаях переходит на шейку матки или влагалищные своды; в остальных случаях применяют надвлагалищную ампутацию матки с оставлением придатков. При отрыве матки от влагалищных сводов делают экстирпацию матки (методику и технику операции см. стр. 245).

Иногда при операции по поводу разрыва матки возникает затруднение во время остановки кровотечения (отрыв маточной артерии, большая гематома в клетчатке). Известны случаи (И. Л. Брауде и др.), когда смерть после своевременно произведенной операции была вызвана кровотечением из маточной артерии или ее ветвей, оставшихся не найденными и не перевязанными во время операции. С. С. Шах-Паронян предлагает начинать экстирпацию матки при разрывах с предварительной перевязки обеих подчревных артерий, производимой через разрез заднего листка широкой связки при оттянутой кпереди матке. Целесообразность такого мероприятия он видит в уменьшении кровопотери при операции и в возможности немедленного применения после перевязки артерий переливания крови, вливания физиологического раствора и введения сердечных средств. И. Л. Брауде считает излишней двустороннюю перевязку подчревных артерий; в случае возникновения затруднений при остановке кровотечения он рекомендует произвести разрез брюшины над гематомой, удалить сгустки крови и, раздвигая листки широкой связки, как при

операции по поводу рака шейки матки, отыскать подчревную или маточную артерию у места отхождения от подчревной и перевязать ее. В отдельных случаях он советует, пожертвовав придатками одной стороны, перевязать и перерезать *lig. infundibuli-pelvicum* на стороне разрыва, затем рассечь брюшину широкой связки выше культи до места деления общей подвздошной артерии на *a. iliaca externa* и *a. hypogastrica* и проследить ход последней до места отхождения от нее маточной артерии.

На основании нашего опыта мы считаем, что производить перевязку подчревных артерий следует лишь в тех случаях, когда имеется разрыв маточной артерии и в гематоме широкой связки не удается отыскать разорванный сосуд. В 6 подобных случаях нам удалось остановить кровотечение перевязкой подчревных артерий на стороне разрыва. При этом мы широко раздвигали с помощью зеркал листки широкой связки, удаляли излившуюся кровь, отыскивали общую подвздошную, а затем и подчревную артерию, которая и перевязывалась шелковой лигатурой, подведенной под сосуд тупой иглой Дешампа.

При поперечном разрыве нижнего сегмента с отрывом передней стенки шейки матки от тела целесообразно удалять этот оторванный лоскут, отсекарав его предварительно от мочевого пузыря и отсекая от влагалищного свода.

Если одновременно с разрывом матки произошел разрыв мочевого пузыря, то его зашивают при чревосечении со стороны брюшной полости. На рану мочевого пузыря накладывают тонкие кетгутные швы 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 2% борной кислоты.

Если разрыв мочевого пузыря не распознают и не зашивают, то возникает пузырно-влагалищный или пузырно-шеечный свищ. Поэтому необходимо всегда 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; вытекающие жидкости точно укажут на место разрыва, если он имеется.

Лечение неполных разрывов матки в принципе не должно отличаться от терапии полных разрывов.

При неполных разрывах матки, когда повреждена только мышечная стенка, а брюшина, под которой образовалась гематома, цела, сначала рассекают брюшину над гематомой, удаляют жидкую кровь и сгустки (рис. 90а). Кровотечение останавливают путем перевязки поврежденных сосудов, особенно брызжущих артерий, или путем обкалывания диффузно кровоточащих участков ткани. Когда произведен гемостаз, осматривают разрыв матки и производят его зашивание или удаляют матку так же, как и при полных разрывах.

В отдельных случаях, если не удастся отыскать кровоточащие сосуды, для остановки кровотечения перевязывают подчревную артерию или маточную артерию у места ее отхождения от подчревной (рис. 90б).

В забрюшинное пространство целесообразно засыпать 5—10 г сульфаниламидных препаратов (сульфатиазол, белый стрептоцид и др.). В брюшную полость перед ее закрытием вливают 500 000 единиц пеницилина и 250 000 единиц стрептомицина, которые назначаются большой и в послеоперационном периоде.

Разрывы матки обычно сопровождаются кровопотерей и шоком, поэтому необходимо продолжать повторные переливания крови и протившоковых жидкостей в послеоперационном периоде.

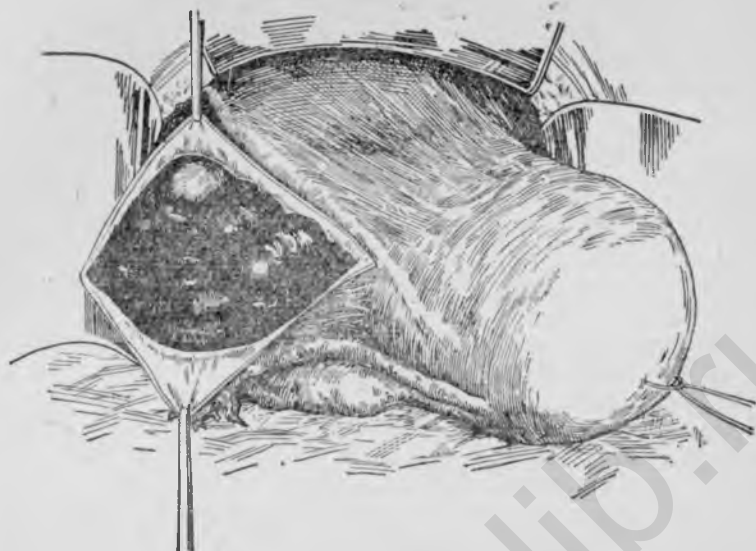


Рис. 90а. Операция при неполном разрыве матки. Брюшина над гематомой рассечена вдоль круглой связки.

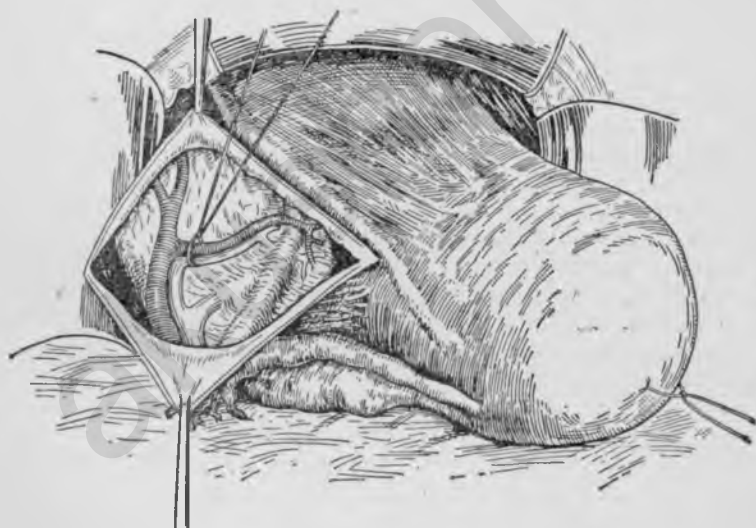


Рис. 90б. Наложение лигатуры на маточные сосуды после удаления гематомы.

Применение сердечных средств, питание и внимательный уход за этими тяжелейшими больными 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, и особенно антибиотиков, применение переливания крови и кровозаменителей, 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) за 1945—1949 гг.—36,6%.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ

В предупреждении такого грозного осложнения беременности и родов, как разрыв матки, огромное значение имеет хорошая организация родовспоможения и работы женских консультаций.

Широкая санитарно-просветительная работа среди женщин, уменьшение числа абортот, предупреждение и своевременное 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, разумная регуляция родовой деятельности.

С целью уменьшения угрозы разрыва матки при последующих родах следует производить кесарево сечение преимущественно с рассечением нижнего сегмента, которое имеет ряд преимуществ по сравнению с классическим кесаревым сечением.

Литературные данные [Я. Н. Полонский, И. В. Ильин, Брайтон (Brierton, 1950), Бакер (Baker, 1955) и др.] и наши наблюдения показывают, что рубцы после всех видов кесарева сечения могут при последующих беременностях и родах предрасполагать к разрыву матки; однако наименее опасным является оперативное вмешательство с рассечением нижнего сегмента, особенно при поперечном его разрезе.

Бакер, наблюдая за родами у 100 женщин, перенесших ранее кесарево сечение с поперечным рассечением нижнего сегмента, отметил разрыв матки лишь у одной. По данным А. М. Тугановой (1956), из 60 женщин, рожавших после предшествующего корпорального кесарева сечения, у 13 произошел разрыв матки.

По данным сборной английской статистики за 1946—1956 гг. [Дьюрест (Dewhurst, 1957)], после классического кесарева сечения из 762 беременных разрывы матки по рубцу наблюдались у 17 (2,2%), а из 1530 беременных, перенесших ранее кесарево сечение с рассечением нижнего сегмента, разрывы матки имели место у 8 (0,5%).

Каждая беременная при первом же посещении женской консультации должна быть тщательно обследована. Особое внимание следует уделить выявлению узкого таза, неправильного положения плода, данным анамнеза о перенесенных операциях на матке и ее заболеваниях, о течении предшествующих родов и их исходах (мертворождения, операции и т. п.).

При первом осмотре беременной производится влагалищное исследование для измерения диагональной конъюгаты, выявления опухолей в малом тазу, экзостозов, а также рубцовых изменений 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, разрывов, перфораций и т. д.).

Беременная с указанными данными должна быть госпитализирована не менее чем за 2—3 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 сбором 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 должен применяться при отсутствии несоответствия между головкой и тазом, а в первом периоде родов может быть уместно его назначение лишь в дробных 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 предлежащей части. При затянувшихся родах необходимо производить повторное влагалищное исследование для учета динамики родового акта, определения степени раскрытия маточного зева, механизма родов, продвижения предлежащей части и т. д.

Особенно большое внимание необходимо в следующих случаях:

1) при неполноценной матке в результате тяжелых воспалений или перенесенных ранее операций (кесарево сечение, энуклеация фиброматозных узлов, зашивание разрыва матки или перфорационного отверстия и т. п.);

2) у многорожавших, особенно с дряблыми брюшными стенками; у беременных, при исследовании которых в конце беременности легко прощупываются через живот мелкие части плода;

3) при отягощенном акушерском анамнезе (трудные, длительные роды, мертворождения, акушерские операции при несоответствии предлежащей части и таза);

4) при узком тазе;

5) у женщин с перенесенной беременностью;

6) у женщин с неправильными предлежаниями 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 чем через 2 часа. Если за это время плод не родится, то в большинстве случаев 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 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.

Особенного внимания требуют беременные и роженицы, перенесшие в прошлом кесарево сечение.

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.

Бакер (1955), приводя данные о родах у 100 женщин, перенесших ранее кесарево сечение с поперечным разрезом нижнего сегмента матки, указывает на то, что лишь у 47 из них наблюдались самопроизвольные роды, у 27 были применены акушерские щипцы и у 26 произведено было повторное кесарево сечение.

По данным нашей клиники (И. В. Ильин), 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 полноценного 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 несоответствия предлежащей 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 предлагающей 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 показано повторное кесарево сечение за 10—12 дней до срока родов. В. А. Покровский рекомендует повторное кесарево сечение в последние дни беременности, если женщина в прошлом подверглась этой операции и послеоперационный период осложнился инфекцией и вторичным заживлением раны.

Уильсон (Wilson), Вильямсон (Williamson), Бархет (Barchet) 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 при наличии у беременной узкого таза.

Одним из условий профилактики разрывов матки является своевременное принятие мер к устранению угрозы разрыва матки. В осуществлении всей системы профилактических мероприятий, способствующих ликвидации тяжелых травм женщины в родах, имеет очень большое значение систематическое повышение квалификации медицинского персонала родовспомогательных учреждений.

ВЫВОРОТ МАТКИ

Выворот матки является очень редким осложнением родов. По данным Цангемейстера (Zangemeister), выворот матки встречается в одном из 400 000 случаев родов, по И. И. Яковлеву в одном из 450 000, по И. Ф. Жордания в одном из 40 000, по Стандеру (Stander) в одном из 30 000, но на своем материале Стандер ни разу не наблюдал выворота матки.

При вывороте дно матки вворачивается (выступает) в полость; возникает такое положение, при котором слизистая оболочка матки лежит снаружи, а наружная поверхность ее, покрытая брюшиной, становится внутренней. В. С. Груздев говорит: «матка выворачивается, как палец перчатки». Выворот матки в родах чаще наблюдается у первородящих: по данным Г. Ф. Беккера, у первородящих это осложнение наблюдалось в одном случае на 300 000 случаев родов, а у повторнородящих — в одном на 600 000 родов. Выворот возникает чаще при доношенной беременности и может быть самопроизвольным и насильственным, острым и хроническим. Наблюдались случаи выворота с давностью от 6 дней до 20 лет (цит. по И. И. Яковлеву). Насильственный выворот может наступить при потягивании за пуповину при еще не отделившейся плаценте, при выжимании последа по методу Лазаревича — Креде; в последних случаях благоприятствующим моментом для возникновения выворота является прикрепление плаценты у дна матки и ее ненормально крепкое приращение.

Некоторые авторы, в частности Г. Ф. Бекман, считают, что в этиологии послеродового выворота матки большую роль играет резкое изменение давления в полости матки при быстром ее опорожнении. Расслабление мускулатуры маточных стенок, атония матки и расширение шеечного канала благоприятствуют возникновению выворота матки. По мнению

Бумма, при нормальной ретракции матки толстые стенки ее не допускают выворота даже при применении насилия. При атонии матки достаточно незначительного механического фактора для возникновения выворота.

Онкогенетический выворот матки наблюдается гораздо реже. По данным Кюстнера (Küstner), на 9 послеродовых выворотов матки приходится 1 онкогенетический. Онкогенетический выворот матки может произойти при рождении подслизистой фибромиомы, расположенной в дне матки. Опухоль, развивающаяся в подслизистом слое, являясь раздражителем, вызывает постоянные сокращения тела матки, в результате которых опухоль проталкивается в шейный канал, а затем во влагалище. Родившаяся



Рис. 91 а. Полный выворот матки при ее выпадении.

во влагалище опухоль в силу своей тяжести, а также вследствие продолжающихся сокращений матки тянет за собой дно матки, которое постепенно вворачивается сперва в полость матки, а затем — во влагалище, а в некоторых случаях выпадает из половой щели. По Кюстнеру, такой выворот может произойти при вялых мышечных стенках матки, что наблюдается при жировом их перерождении (Л. Л. Окинчиц).

Надо упомянуть еще о так называемом идиопатическом вывороте матки (увеличивающийся пролапс влагалища), который не связан ни с родами, ни с рождением опухоли; он наблюдался у женщин астенического телосложения.

Онкогенетический и идиопатический вывороты матки развиваются медленно, редко возникают внезапно (при сильном кашле, чихании и т. п.) и обычно не сопровождаются явлениями перитонеального шока; инфекция в таких случаях развивается редко и еще реже приводит к развитию септического процесса. Показанием к срочной операции при таких выворотах в большинстве случаев является возникшее кровотечение.

Онкогенетический выворот может сочетаться с выпадением матки, подобные случаи очень редки (рис. 91а). Так, Стефан (Stephan) собрал в мировой литературе всего лишь 17 случаев. Ввиду редкости такого сочетания мы позволим себе кратко описать случай, наблюдавшийся нами.

Больная 55 лет поступила в клинику в конце 1939 г. в крайней степени кахексии, имеется выворот матки и полное выпадение.

Диагностика неродового выворота, как показал наш случай, чрезвычайно проста. Характерен был вид слизистой оболочки вывороченной матки: она была интенсивно красного цвета, с очень шероховатой поверхностью, чем отличалась от гладкой и почти белой окраски слизистой оболочки выпавшего и растянутого влагалища. У больной, кроме выворота, имелось еще и выпадение влагалища.



Рис. 91 б. Неполный выворот матки.

Было предпринято срочное оперативное лечение. После удаления матки, учитывая крайнее истощение больной и отсутствие половой жизни, мы решили произвести операцию Нейгебауера — Лефора. Эта операция, легкая в техническом отношении и малотравматичная, в подходящих случаях дает прекрасные результаты. Для укрепления тазового дна мы к операции Нейгебауера — Лефора присоединили еще перинеопластику со сшиванием леваторов.

Больная хорошо перенесла операцию и выписалась с хорошим пластическим результатом; она находилась под наблюдением около полутора лет, никаких жалоб не предъявляла.

Таким образом, выворот матки может быть **н е п о л н ы м** (рис. 91б), **п о л н ы м** (рис. 92) и может сопровождаться **в ы п а д е н и е м** м а т к и (рис. 93). При неполном вывороте дно матки как бы вворачивается (см. рис. 91) в полость матки, но не доходит до наружного маточного зева; при полном вывороте матка лежит во влагалище, а при полном вывороте в сочетании с выпадением матки лежит вне половой щели. Выворот матки может быть острым и хроническим; хронический выворот образуется постепенно. На рис. 94 представлено вворачивание дна матки при ее вывороте.

Признаки наступившего выворота: больная вскоре после родов жалуется на резкие боли в животе, пульс становится частым, иногда нитевидным, появляется мертвенная бледность лица, кровотечение, затемненное сознание, больная становится беспокойной. Вывороченная матка может ущемиться, что ведет к нарушению питания и возникновению

некроза (омертвения ее). Но наблюдались случаи выворота, не сопровождавшиеся не только столь тяжелыми симптомами, но пропедшие незамеченными и случайно обнаруженные через несколько дней.

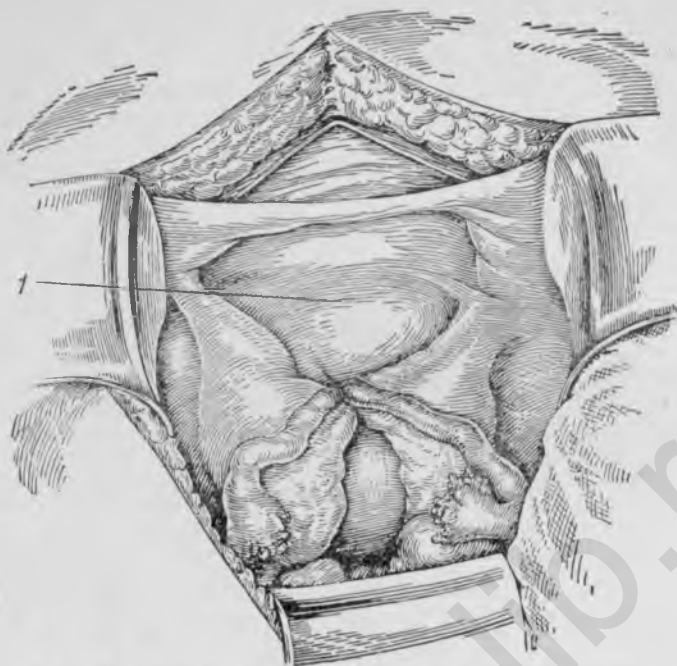


Рис. 92. Полный выворот матки. 1 — мочевой пузырь.



Рис. 93. Выворот матки и влагалища с выпадением.

Смертность при вывороте матки по Цангемейстеру составляет 6%; по Штеккелю она колеблется от 15 до 20%. Возможной причиной смертности при вывороте Цангемейстер считает воздушную эмболию.

Д и а г н о с т и к а происшедшего выворота иногда очень проста, особенно если впереди вульвы лежит шаровидная ярко-красная опухоль мягкой консистенции.

При наружном исследовании над лобком матка не прощупывается, а на ее месте имеется глубокое воронкообразное углубление. При двуручном исследовании на месте тела матки обнаруживается воронкообразное углубление, а во влагалище прощупывается опухоль, над которой имеется кольцевидное образование (маточный зев), плотно охватывающее опухоль. При переполненном мочевом пузыре эту воронку нельзя обнаружить; поэтому перед исследованием, если больная не может самостоятельно

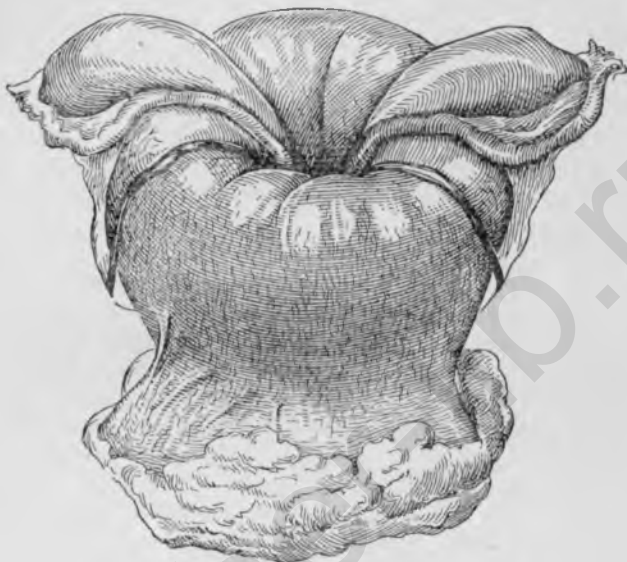


Рис. 94. Выворот матки. Вворачивание дна матки в ее полость.

помочиться, надо спустить мочу катетером. Вывороченную матку можно принять за опухоль, например за фибромиому матки. Но при внимательном осмотре у дна вывороченной матки удастся обнаружить отверстия маточных труб. Иногда на вывороченной матке сидит плацента, в таких случаях выворот матки, конечно, несомненен.

Л е ч е н и е. Хотя в литературе описаны случаи самопроизвольного вправления вывороченной матки, все же острый выворот — полный или неполный — должен быть вправлен под глубоким наркозом. Наркоз необходим как профилактика повторного шока, наступление которого затруднит вправление матки или даже делает его невозможным.

Лечение преследует две цели: первая — вернуть матку в ее нормальное положение и вторая — удержать ее в этом положении.

Наилучшим временем для вправления матки Цангемейстер считает первые 2—6 часов после происшедшего выворота. Филипс сообщает о 184 случаях, собранных им в английской литературе, когда смертность достигала 30% при немедленном вправлении и 5% — при выжидании.

Если прошло более 24 часов после наступления выворота, Штеккель советует до вправления туго затампонировать влагалище.

Приняв меры к устранению шокового состояния больной — переливание крови (В. А. Покровский, И. И. Яковлев рекомендуют капельный

способ), согревание больной (грелки, горячий кофе или чай и т. п.), приступают к вправлению вывернутой матки. Перед вправлением под кожу вводят 1 мл 1% раствора атропина, чтобы расслабить мускулатуру в области внутреннего маточного зева. Стенки вывороченной матки И. Ф. Жордания рекомендует предварительно очистить от остатков послеродового материала и обмыть их раствором пенициллина, а затем смазать вазелиновым маслом, что придаст им скользкость и облегчит вправление.



Рис. 95. Операция при вывороте матки. В поперечный разрез, проведенный через задний влагалищный свод, введен указательный палец (операция по способу Кюстнера — Пикколи).

Можно попытаться вправить матку, вводя во влагалище руку, которой захватывают целиком тело матки и сжимают его в течение нескольких минут, для того чтобы выжать из стенок кровь и лимфу и этим уменьшить объем вывороченной матки, а после этого очень осторожно продвигают ее через узкую часть. Наружная рука в это время поддерживает край образовавшейся воронки. Другие авторы советуют ввести во влагалище два пальца и оттеснить ими возможно дальше боковую стенку влагалища, благодаря чему вывороченная матка окажется менее зажатою и ее легче будет вправить. Л. Л. Окинчиц, К. Д. Вачнадзе, Бумм, Ренар также считают, что при наличии послеродового материала на вывороченной матке надо сначала его удалить и только после этого приступить к вправлению вывороченной матки.

Техника вправления вывороченной матки. После дезинфекции наружных половых органов влагалища и слизистой оболочки вывороченной матки во влагалище вводят два пальца и очень осторожно вдавливают дно матки, стараясь при этом продвинуть ее за внутренний зев. Вправление можно начинать с нижних отделов тела матки или с ее шейки. После того как матка будет вправлена, влагалище тампонируют стерильным марлевым бинтом или вводят во влагалище кольпейринтер и назначают сокращающие матку препараты, препараты задней доли гипофиза, делают инъекции питуитрина и эрготина, на низ живота кладут пузырь со льдом. Ряд акушеров не рекомендует применять тампонацию, полагая, что она может вызвать задержку лохий с последующей инфекцией.

Если вправление сразу не удалось, не надо делать повторных попыток, а надо сейчас же приступить к операции. Повторяем, вправление надо делать очень осторожно, не применяя никакого насилия. Если на поверхности матки имеются некротические участки, вправление противопоказано и надо удалить матку влагалищным путем.

Из многочисленных методов операции, применяемых при вывороте матки, лучшие результаты дает метод Кюстнера—Пикколи (Küstner—Piccoli).

Операция Кюстнера—Пикколи. Оперируют влагалищным путем. После тщательной дезинфекции спиртом и раствором йодной настойки наружных половых органов, влагалища и слизистой оболочки вывернутой матки на маточные углы накладывают пулевые щипцы и оттягивают матку ко входу во влагалище и кверху, а заднюю стенку влагалища зеркалом Фрича оттягивают вниз, к заднему проходу. Затем в поперечном направлении разрезают задний влагалищный свод у места его прикрепления к шейке матки, одновременно вскрывая прямокишечно маточное углубление, и таким образом проникают в брюшную полость (задняя кольпотомия).

Через полученное отверстие указательный палец левой руки (рис. 95) вводят внутрь воронкообразного мешка, который образовала брюшинная поверхность вывернутой матки, чтобы выяснить, нет ли в мешке кишечной петли или сальника. Маточные трубы всегда вовлекаются в этот

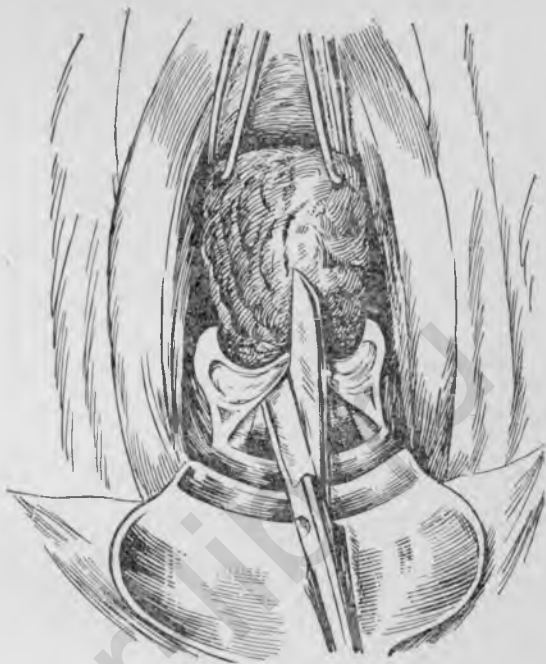


Рис. 96. Операция при вывороте матки. Рассечение задней стенки матки продольным разрезом.



Рис. 97. Операция при вывороте матки. Начало вворачивания (эндометрий вворачивается внутрь).

мешок, тогда как яичники, удерживаемые своими связками, не всегда опускаются. Убедившись, что кишечника и сальника в мешке нет (если они лежат в нем, их отодвигают тупфером в брюшную полость), рас-

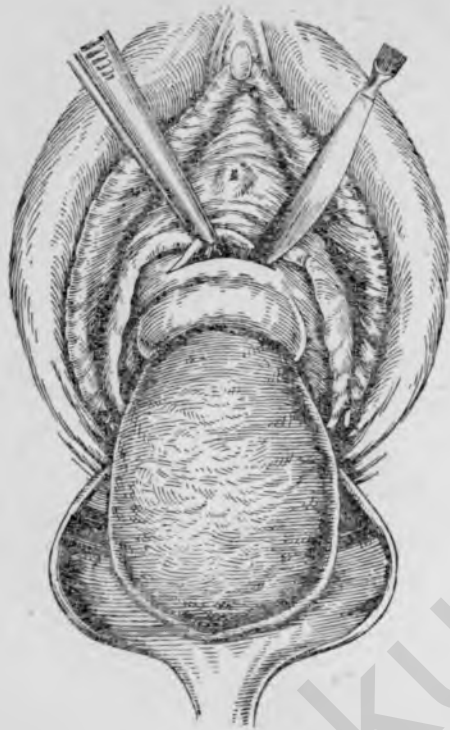


Рис. 98. Операция при вывороте матки по методу Спинеллиса. Через передний влагалищный свод проведен поперечный разрез.

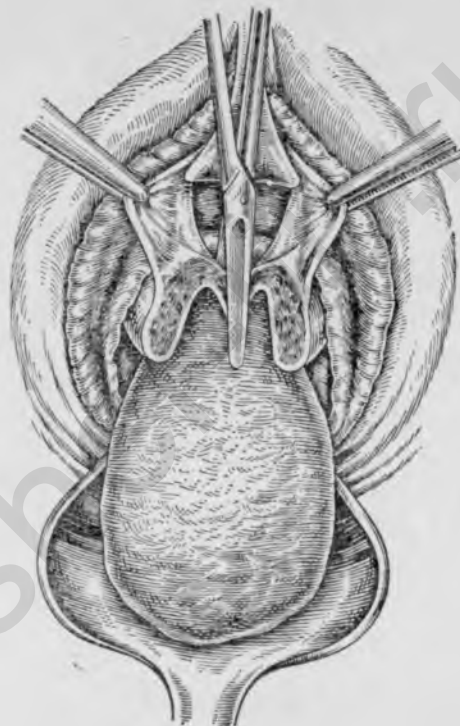


Рис. 99а. Операция при вывороте матки. Начало рассечения передней стенки матки.

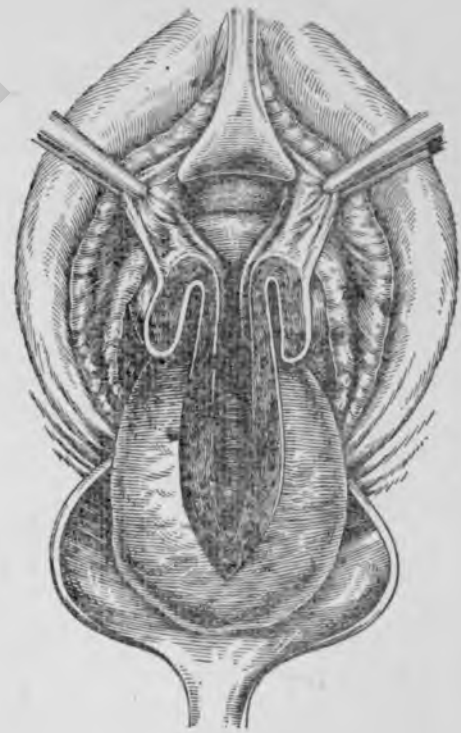


Рис. 99б. Операция при вывороте матки. Передняя стенка матки полностью рассечена.

кают матку по ее задней стенке (рис. 96) начиная от задней губы шейки до дна матки. Захватив края маточного разреза между указательными и большими пальцами, вворачивают рассеченную матку брюшинной поверхностью наружу, а слизистой оболочкой внутрь (рис. 97). Это очень легко удастся. Вправленная матка лежит дном книзу; задняя (рассеченная) стенка матки направлена кпереди, передняя (целая) — кзади.

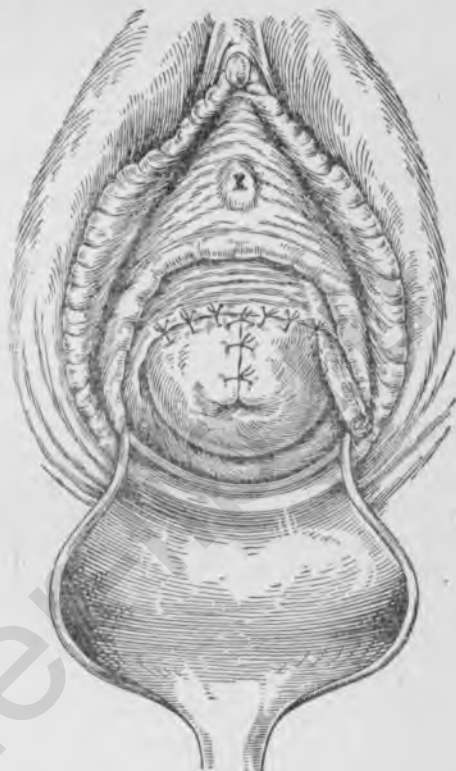
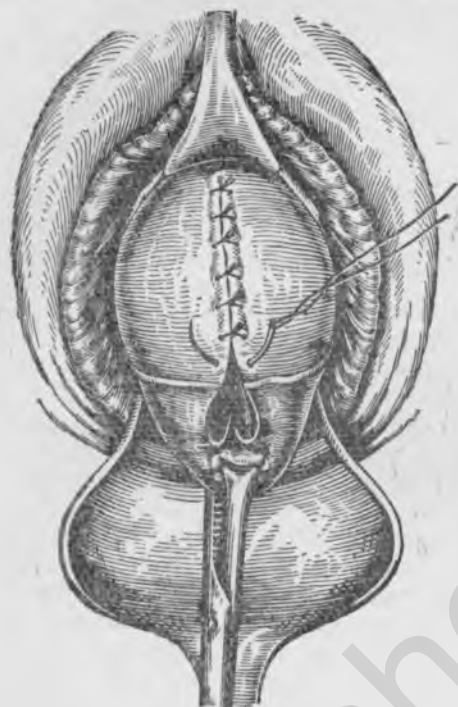


Рис. 100. Операция при вывороте матки. После реинверсии матки накладывают швы на переднюю стенку.

Рис. 101. Операция при вывороте матки. Вид после операции.

В этот момент матка находится в таком же положении, как и при влагалищной экстирпации, когда задний свод вскрыт и матка, подтягиваемая за дно, вывихивается кпереди и книзу.

Если матку не удаляют, то зашивают разрез, который был сделан в ее стенке, а затем вправляют ее в брюшную полость и зашивают разрез в заднем влагалищном своде.

Если матку удаляют, то, не зашивая разреза, ее удаляют через влагалище.

В руководстве Дэвиса (Davis, 1949) имеется описание операции выворота матки по методу Спинеллиса (Spinellis). От операции Кюстнера — Пикколи эта операция отличается главным образом тем, что разрез проходит через передний влагалищный свод и переднюю стенку матки (рис. 98, 99а, 99б, 100 и 101).

РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РОДАХ

Острые повреждения мочевого пузыря во время родов возникают одновременно с повреждениями половых органов. Хотя повреждения мочевого пузыря едва ли могут угрожать жизни роженицы, но послед-

ствия их бывают так тяжелы, а шансы на их самопроизвольное заживление так ничтожны, что хирургическое лечение свежих поврежденных мочевых органов приобретает характер неотложной помощи.

Разрывы мочевого пузыря иногда наблюдаются при разрывах матки в родах и очень редко во время беременности. Анатомическая связь мочевого пузыря с шейкой матки обуславливает частые повреждения его в области дна. Величина и характер разрыва зависят от механизма его возникновения или от инструмента, которым нанесено повреждение. Если разрыв произошел от того, что при перфорации головки плода перфоратор соскользнул и перфорировал пузырно-влагалищную перегородку, то края раны мочевого пузыря могут быть более или менее гладкими. Если же разрыв произошел при наложении щипцов или явился результатом ранения осколками черепных костей плода, то края раны будут рваными, разможенными и т. д.

Отсутствие самостоятельного мочеиспускания, отсутствие мочи в пузыре при его катетеризации, появление крови через катетер, выделение мочи с запахом вызывают подозрение на повреждение мочевого пузыря.

Диагноз ставится путем тщательного осмотра влагалища и шейки матки зеркалами и зондирования обнаруженного отверстия каким-нибудь длинным, тонким инструментом (металлический мужской катетер, изогнутый длинный маточный зонд и пр.).

Более точные данные получают при введении в мочевой пузырь через катетер какой-нибудь окрашенной стерильной жидкости. Выделение введенной жидкости через влагалище подтверждает наличие дефекта в мочевом пузыре.

Разрыв стенки мочевого пузыря должен быть по возможности тотчас же зашит. Для этого прежде всего нужно полностью обнажить рану со стороны влагалища и найти края разрыва в стенке мочевого пузыря. В некоторых случаях приходится линейным разрезом увеличить отверстие во влагалищной стенке, чтобы в пределах раны возможно лучше отделить стенку мочевого пузыря от стенки влагалища, это даст возможность тщательно зашить рану в пузыре. В качестве лигатуры мы применяем тонкий, но крепкий кетгут.

Круто изогнутой тонкой иглой захватывают стенку пузыря, не прокалывая слизистой. Отверстие зашивают обычно узловыми кетгутовыми швами, при завязывании которых необходимо следить, чтобы края раны были тщательно прилажены друг к другу. Многие хирурги зашивают стенку пузыря в два этажа.

После того как рана в пузыре зашита, скальпелем или ножницами подравнивают края влагалищной раны и зашивают ее также отдельными кетгутовыми (или шелковыми) лигатурами. Заживлению способствует покойное состояние мочевого пузыря в послеоперационном периоде. Для этого тотчас после операции вводят в мочевой пузырь через уретру постоянный катетер и оставляют его на 5—7 дней. Необходимо следить, чтобы катетер лежал правильно и чтобы мочевые соли не закупорили его. Полезно ежедневно промывать мочевой пузырь через катетер маленькими порциями (50—70 мл) 2% стерильного борного раствора. Если катетер закупорился, его надо немедленно сменить. Д. Н. Атабеков и ряд других авторов являются противниками постоянного катетера, считая его инородным телом, мешающим заживлению пузырного свища. Некоторые авторы для хорошего оттока мочи рекомендуют производить *sectio alta*.

К сожалению, несмотря на принятие всех мер, операция при разрыве пузыря далеко не всегда дает благоприятные результаты.

Если разрыв мочевого пузыря произошел одновременно с разрывом матки, а влагалище осталось неповрежденным, то при чревосечении мочевой пузырь зашивают со стороны брюшной раны. Сначала удаляют матку (см. главу «Разрыв матки»). Так как при удалении матки мочевой пузырь полностью отделяется от шейки матки, то разрыв в стенке мочевого пузыря сам собой обнажается и становится доступным для изолированного зашивания.

Сшивание краев разрыва в стенке мочевого пузыря производят таким же способом, как и зашивание свежего разрыва мочевого пузыря через влагалище.

После того как рана в мочевом пузыре зашита, ее перитонизируют краем маточно-пузырной складки брюшины и пришивают к краю передней влагалищной стенки.

akusher-lib.ru

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ (SECTIO CESAREA)

Брюшностеночное кесарево сечение — это родоразрешающая операция, при которой плод извлекают из матки через разрез в брюшной стенке. Операцию кесарева сечения применяют в тех случаях, когда роды через естественные пути невозможны, или для матери и плода эта операция является наилучшим выходом из создавшегося положения. Но надо помнить, что наилучшим, т. е. наиболее бережным, вмешательством операция кесарева сечения может быть лишь в определенный момент родового акта и в течение короткого времени.

Эта операция является одним из старейших видов вмешательств. Впервые она была произведена на живой в 1547 г. хирургом Христианом Байн в Италии. В Германии в 1610 г. эту операцию произвел Иеремия Траутманн со смертельным исходом для матери. В России впервые эту операцию сделал Эразмус в Пернове в 1756 г. с благоприятным исходом для матери, в 1796 г. операцию кесарева сечения применил Зоммер в Риге, в 1842 г. Рихтером была сделана операция кесарева сечения в Московском воспитательном доме. Результаты операции кесарева сечения были крайне печальны, особенно для матери. Но после введения антисептики и асептики и улучшения техники результаты резко улучшились и кесарево сечение стали применять чаще.

Мы считаем излишним указать на то, что операция классического кесарева сечения благодаря своей несложной технике и доступности даже врачу не специалисту может толкнута на применение ее без достаточно веских показаний. Так, Г. А. Бакшт в своей монографии «Абдоминальное родосечение в современном акушерстве» приводит случай Мелло (Mello), который произвел кесарево сечение при запущенном поперечном положении и мертвом плоде у повторнородящей и эмбриотомии при вскрытой матке. Далее Г. А. Бакшт приводит следующий случай, по которому ему пришлось делать заключение. Врач, извлекая плод за тазовый конец, оторвал головку. Ссылаясь на авторитет А. П. Губарева, рекомендовавшего операцию кесарева сечения, он применил «простейший» способ удаления головки через живот.

Принимая решение применить операцию кесарева сечения, врач должен помнить, что это серьезная акушерская операция, могущая сопровождаться тяжелыми осложнениями, поэтому она может быть сделана только при наличии строгих показаний.

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Абсолютным показанием к операции кесарева сечения является та или иная патология, при которой, только применив кесарево сечение, можно спасти мать и младенца или хотя бы одного из них. Перечисляем эти показания.

Абсолютно узкий таз, т. е. таз с конъюгатой, не превышающей 6 см. В понятие «узкий таз» вкладывают функциональное содержание, а не только анатомическое. Совершенно очевидно, что при одинаковых размерах таза решение будет зависеть от величины плода.

Так как определение истинной конъюгаты не всегда совершенно точно, следует согласиться с М. С. Малиновским, указывающим, что в сомнительном случае разумнее поступит врач, который посчитает, что имеет дело с абсолютным показанием к кесареву сечению.

Опухоли мягких и костных частей таза, сильно уменьшающие его емкость, большие опухоли матки, неблагоприятно расположенные опухоли яичников, опухоли влагалища, опухоли, ущемленные в тазу, делающие невозможными роды живым плодом через естественные родовые пути.

Рубцовые сужения влагалища и шейки матки, при которых не только роды живым плодом, но и его извлечение даже после эмбриотомии или краниотомии все же невозможны через естественные родовые пути. Эти рубцовые сужения могут явиться следствием инфекционных заболеваний, перенесенных в детстве (корь, дифтерия), или результатом манипуляций при криминальном аборте, а также могут возникнуть после предыдущих операций на матке (рубцы после кесарева сечения, вылущивания миоматозного узла, разрыва матки, прободения матки и пр.).

Полное предлежание плаценты, а иногда и частичное, сопровождающееся обильнейшим кровотечением, при неподготовленных родовых путях, особенно у первородящих. Хотя в этих случаях операция кесарева сечения может быть заменена поворотом по Брэкстон-Гиксу или метрейризмом, но эти методы и по настоящее время дают огромный процент детской смертности и являются серьезной угрозой жизни матери. Надо сказать, что некоторые авторы при частичном предлежании плаценты, сопровождающемся перечисленными выше симптомами, придерживаются консервативной терапии, как-то: разрыв плодного пузыря, наложение кожно-головных щипцов по Уиллту — Гауссу — Иванову, поворот на ножку, применение вакуум-экстрактора.

Иногда кесарево сечение приходится делать при относительных показаниях. В таких случаях операцию можно произвести лишь при наличии живого и жизнеспособного плода и отсутствии выраженной инфекции у матери. До сих пор спорным является вопрос о том, какие случаи надо считать инфицированными, только ли те, когда имеется лихорадка, экстрагенитальная инфекция, или и те случаи, при которых этих признаков нет, но околоплодные воды уже отошли, роженица подвергалась многократному влагалищному исследованию и т. д. В настоящее время благодаря усовершенствованию техники операции, обогащению оперативного акушерства такими методами, как абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки, широкому применению антибиотиков оперируют и при явной инфекции. В некоторых случаях после операции кесарева сечения приходится делать надвлагалищную ампутацию матки или ее полное удаление.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Иногда вопрос об операции кесарева сечения может возникнуть при длине истинной конъюгаты 7,5 см, при которой роды живым плодом через естественные родовые пути невозможны. В таком случае показания к операции в интересах плода будут близки к абсолютным. Если со стороны матери нет серьезных противопоказаний к операции (заболевания лег-

ких, сердца, общие инфекционные заболевания, гнойник брюшной стенки), врач должен приложить все усилия, чтобы уговорить женщину и ее родных согласиться на кесарево сечение. Только при имеющихся у женщины перечисленных заболеваниях или ее категорическом отказе врач вынужден прибегнуть к плодоразрушающей операции. В редких случаях врачу приходится наблюдать такую патологию, как резкое сужение выхода таза (воронкообразный таз); его линия поведения должна быть аналогична описанной выше.

При длине истинной конъюгаты 7,5—9 см рождение живого плода возможно при его малых размерах. В таких случаях (вторая степень сужения) имеется часто узкий таз в «анатомическом», но не в «клиническом» значении. Если плод будет нормальных размеров, то такой таз явится абсолютным показанием к кесареву сечению. И, наконец, при первой степени сужения, при длине конъюгаты 9—11 см рождение живого плода возможно только при его нормальных размерах (не выше среднего), хорошей родовой деятельности и хорошей конфигурации головки, правильном ее предлежании и вставлении, поэтому, если при первой степени сужения имеется разгибательное вставление, также следует применить операцию кесарева сечения, разумеется, с согласия женщины и только тогда, когда путем наблюдения родов окончательно выявится клинически узкий таз.

Таким образом, чтобы правильно установить наличие показаний к операции кесарева сечения или их отсутствие при первой степени сужения таза, надо учитывать не только размеры таза, но и соотношение его емкости с размерами головки плода. Вид предлежания, характер вставления головки и интенсивность родовой деятельности играют большую роль при решении вопроса об операции.

При постановке показаний к операции кесарева сечения при узком тазе у повторнородящей большое значение будут иметь данные анамнеза: если предыдущие роды были закончены плодоразрушающей операцией, наложением «трудных» щипцов или рождением мертвого плода, то кесарево сечение явится методом выбора. Если предыдущие роды протекали без особых нарушений, акушер поступит правильнее, если применит выжидательную тактику

Надо помнить, что иногда акушер, суммируя все данные, приходит к заключению, что соотношение между размерами таза и головки таковы, что вопрос о кесаревом сечении может быть решен в процессе родов; возможно, наступит момент, когда операция кесарева сечения явится наилучшим выходом из создавшегося положения. Например, при полном открытии маточного зева головка в течение 3—4 часов у первородящей или 2—3 часов у повторнородящей не опускается, а плод живой и жизнеспособный, или же появляются показания со стороны плода, как-то: нарушение сердечбиения, отхождение мекония, асфиксия плода.

Весьма редким показанием к операции кесарева сечения является э к л а м п с и я. Обычно применяют консервативную терапию. Если же, несмотря на планомерно проводимую консервативную терапию, приступы повторяются так же часто, общее состояние не улучшается, повышается кровяное давление, увеличивается процент белка в моче, начинается отек легких, появляется отслойка сетчатки, наступает длительное бессознательное состояние, то приходится прибегнуть к операции кесарева сечения.

Редким показанием к операции кесарева сечения является запущенное поперечное положение живого плода. Оно может служить показанием при малом открытии зева, выпадении пуповины и отошедших водах у роженицы, настойчиво желающей иметь ребенка.

К. К. Скробанский, Е. Я. Ставская и другие считают переносную беременность (свыше 290 дней) показанием к операции кесарева сечения, если применение хирина или препаратов задней доли гипофиза не дает результата, или при наличии очень большого плода.

Подобный разбор вопроса о переносной беременности мы находим в работе Я. Г. Буханова. Он также считает беременность, переносимую на 6 недель и больше, показанием к кесареву сечению. До этого срока автор рекомендует проводить возбуждение родовой деятельности. Но Я. Г. Буханов предостерегает от применения возбуждения при больших сроках переносности, считая это опасным, так как к этому времени в плаценте наступают патоморфологические изменения; смерть плода может наступить при первых схватках вследствие нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

Неправильные вставления, как, например, лобное, передний вид лицевого предлежания (подбородок кзади), литцмановское (заднетеменное) вставление, конечно, при живом плоде, также являются часто показанием к операции кесарева сечения.

Показанием к операции кесарева сечения служат предшествовавшие операции на матке (кесарево сечение, сопровождавшееся лихорадочным послеоперационным течением и нагноением шва), зашитые свищи, которые могут вновь возникнуть, если роды будут тяжелыми; если у женщины, перенесшей фистулоррафию, имеется вполне нормальный таз, то можно сперва воздержаться от активного вмешательства.

Если при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты имеется нарастающая анемия, а родовые пути еще не подготовлены для того, чтобы можно было извлечь плод, применяя одну из обычных акушерских операций (щипцы, поворот плода на ножку и его извлечение), то и в таком случае показано кесарево сечение.

Относительным, но близко стоящим к абсолютному показанию к кесареву сечению является рак шейки матки. Хотя самопроизвольные роды наблюдались даже при запущенных случаях рака шейки матки, тем не менее операция показана во избежание наступления тяжелейшего кровотечения, которое явится угрозой для жизни и матери, и плода. В операбельных случаях рака шейки матки надо сделать операцию кесарева сечения и расширенную экстирпацию матки по Вертгейму с последующей лучевой терапией. В неоперабельных случаях рака шейки матки надо после операции кесарева сечения сделать надвлагалищную ампутацию матки, а в дальнейшем назначить рентгенотерапию.

К очень редким показаниям относятся некоторые случаи выпадения пуповины, фиксации матки, воспалительные или оперативные, чрезмерный отек наружных половых органов, гемангиома вульвы, гнойные процессы в мягких частях выхода, порок сердца с явлениями нарушения кровообращения при безрезультатности лечения. Здесь же считаем полезным отметить, что беременная из-за одышки трудно переносит горизонтальное положение, поэтому оперировать надо при полусидячем ее положении (рис. 102). Разрез надо вести выше обычно принятого, между пупком и мечевидным отростком; матку разрезают по ее дну.

Беременная полусидит на операционном столе, упираясь ногами о невысокую табуретку. Операцию проводят под местной анестезией. При беременности до 7 месяцев и возможности оперировать при горизонтальном положении женщины мы считаем влагалищное кесарево сечение методом выбора.

Кесарево сечение на мертвой или находящейся в агонии беременной применялось в древнейшие времена. Операция может быть произведена только при наличии живого и жизнеспособного плода, т. е. не раньше срока беременности в 30—32 недели, и не позднее 10—15 минут после смерти матери. Киттнер сообщил о 44 случаях кесарева сечения на мертвых с 30 живыми детьми (68,2%) (цит. по Г. Г. Гентеру). Причины, вызвавшие смерть матери, играют большую роль. Если женщина умерла внезапно или после короткой агонии, операция рациональна, если же агония длилась долго или беременная перенесла длительное инфекционное заболевание, операция кесарева сечения бессмысленна. В таких случаях плод погибает.



Рис. 102. Надпупочный разрез при кесаревом сечении в сидячем или полусидячем положении больной.

Вследствие растяжения передней брюшной стенки растущей маткой апоневротическая пластинка между прямыми мышцами истончается и внутренние края этих мышц соприкасаются только в нижней части над лобком, а по направлению к пупку они расходятся в виде буквы У.

Дно матки, смещенное вправо, покрыто сверху большим сальником, поперечноободочной кишкой и ее брыжейкой (рис. 103). Тонкие кишки оттеснены влево.

При тренделенбургском положении ободочная кишка и сальник сползают со дна матки.

Передняя поверхность матки в своем нижнем сегменте отделена от брюшной стенки мочевым пузырем, часто лежащим слева. Если мочевой пузырь переполнен, он выступает над лоном. Опорожненный мочевой пузырь возвращается на свое нормальное место. При наличии родовой деятельности и опустившейся в малый таз головке даже опорожненный мочевой пузырь может подняться на 5—6 см над лоном.

Так как матка повернута вокруг своей продольной оси слева направо, то при вскрытии брюшной полости срединным разрезом правая круглая связка плохо видна, тогда как левая видна совершенно ясно. Немного выше и кзади от левой связки отходит левая маточная труба с мезосальпинксом, она слегка прикрывает яичник. Чтобы вскрыть матку по сред-

ней линии, ее отодвигают влево, иначе можно повредить сосуды, проходящие вблизи. Чтобы обнажить правую воронко-тазовую связку, надо резко оттянуть матку в противоположную сторону; справа связка отходит от стенки таза между слепой кишкой и наружным краем *m. psoas*. С левой стороны связка расположена ниже, поэтому, оттянув матку вправо, надо еще отвести влево соответствующую петлю сигмы.

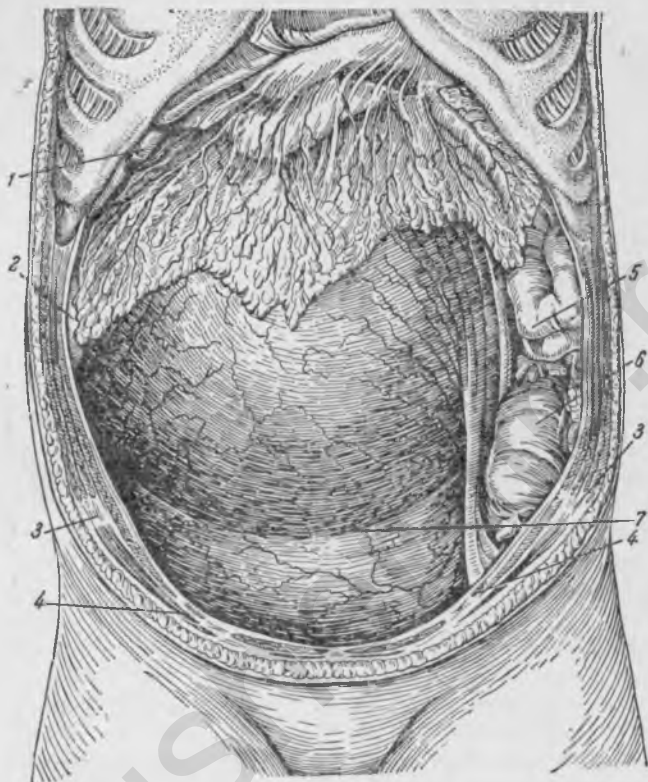


Рис. 103. Кесарево сечение. Беременная матка в конце беременности (по Кувелеру).

1 — желчный пузырь; 2 — слепая кишка; 3 — передневерхние ости подвздошной кости; 4 — надчревные сосуды; 5 — тонкие кишки; 6 — сигмовидная кишка; 7 — переходная складка брюшины.

Среди многочисленных модификаций операции кесарева сечения мы подробно остановимся лишь на тех, которые обычно применяются в современном акушерстве.

Наиболее благоприятным моментом для операции кесарева сечения надо считать момент наступления схваток при неотошедших водах.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Перед операцией (если она идет в плановом порядке) женщину надо вымыть; кишечник опорожняют обычной клизмой из чистой теплой воды. Непосредственно перед операцией беременная должна помочиться; если мочеиспускание почему-либо затруднено, мочу спускают катетером. Волосы на лобке и в области наружных половых органов должны быть сбиты. Наружные половые органы и бедра тщательно обмывают теплой водой с мылом. Наружные половые органы, кроме того, обмывают

1% раствором лизола. Если на вульве имеются ссадины или трещины, их смазывают 5% йодной настойкой. Брюшную стенку тщательно обрабатывают спиртом (особое внимание надо уделить обработке области пупка), дважды смазывают 5% йодной настойкой. Операционное поле обкладывают стерильными салфетками. Операцию часто проводят под эфирным наркозом. В последние годы широко применяется местная анестезия. Этот метод не требует специального наркотизатора, не снижает сократительной способности матки, благодаря чему кровотечение при операции менее обильно¹.

И. А. Капланский на основании изучения своего материала в 35 случаях операции кесарева сечения, проведенной под местной анестезией в сочетании с двусторонней паранефральной блокадой по А. В. Вишневскому, заключает, что паранефральная блокада способствует более полной анестезии, так как блокирует нервные сплетения и проводники, связанные с нервными сплетениями тазовых органов.

Артериальное давление после операции под общим ингаляционным наркозом (эфирным), по данным И. А. Капланского, падало (максимальное на 25—30 мм, минимальное на 15—20 мм), а при местной анестезии в сочетании с паранефральной блокадой оставалось таким же, каким было до операции.

П. В. Маненков рекомендует за $\frac{1}{2}$ часа до начала операции ввести беременной 5—10 мл 10% или 5% раствора бромистого натрия внутривенно и во время операции 1 мл 10% раствора кофеина подкожно.

За последние годы Л. С. Персианинов и другие стали широко применять местную анестезию с применением аминазина (1 мл 2,5% раствора аминазина с раствором глюкозы внутривенно). Амипазин вводят в момент начала анестезии. Указанную дозу можно во время операции повторить. Необходимо при этом контролировать за артериальным давлением.

Амипазин и другие препараты этой группы вызывают дремотное состояние, усиливают обезболивающий эффект, несколько снижают артериальное давление, что особенно целесообразно при токсикозах беременности. Аминазин противопоказан при острой кровопотере.

Операция кесарева сечения может быть сделана брюшностеночным путем или влагалитным. При живом и жизнеспособном плоде производят брюшностеночное кесарево сечение.

КЛАССИЧЕСКОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Техника операции. Продольный разрез брюшной стенки длиной в 15—20 см проводят по средней линии. Начинают разрез немного выше лона и ведут кверху, обходя пупок слева, чтобы не поранить *lig. hepatico-umbilicale*, и заканчивают разрез книзу и кверху на равном расстоянии от пупка или как показано на рис. 104. Разрез брюшной стенки ведут послойно. После вскрытия брюшины обнажается передняя поверхность матки, по которой и проводят разрез.

В разрез вводят руку (обычно правую), продвигают ее по дну матки на заднюю стенку и выводят ею матку наружу (эвентерация матки) (рис. 105). Край разреза брюшной стенки в верхней части сближают пулевыми щипцами или временными лигатурами, таким образом, матка лежит временно на закрытой брюшной ране. Чтобы при этом надежнее предохранить брюшную полость от затекания в нее крови или околоплодных вод, матку обкладывают с боков и сзади стерильными салфетками, которые

¹ Согласно данным П. В. Маненкова, применение местной анестезии по А. В. Вишневскому имеет единственное противопоказание — психические и судорожные заболевания.

при введении считают, а концы их прикрепляют зажимами к простыне. Затем приступают к вскрытию матки. Из всех предложенных вариантов разреза следует предпочесть разрез длиной в 10—14 см по передней стенке матки. Его надо вести строго по середине. При такой величине разреза легко извлечь плод. Само собой разумеется, что разрез надо делать очень бережно, иначе можно поранить плод. Обычно в разрезе появляются околоплодные оболочки, которые разрывают рукой, ею же захватывают ножку и извлекают плод; пуповину перерезают между двумя зажимами. Если в разрез вставляются не околоплодные оболочки, а плацента, то немедленно, не обращая внимания на кровотечение,



Рис 104. Продольный разрез брюшной стенки.

Рис. 105. Выведение матки при кесаревом сечении.

надо ее отслоить от маточной стенки до оболочек, прорвать их и извлечь плод. Послед удаляют, потягивая за пуповину и одновременно выжимая рукой матку, как при приеме Креде, или же делают ручное отделение последа (рис. 106).

Так как этот этап операции часто сопровождается сильным кровотечением, рекомендуется до удаления плаценты впрыснуть подкожно эрготин, питуитрин или какое-либо иное сокращающее матку средство. Перед зашиванием разреза необходимо осмотреть плаценту и, если имеется хотя бы малейшее сомнение в ее целостности, тотчас же рукой обследовать полость матки. Остатки оболочек удаляют тупферами. При атоническом кровотечении делают массаж матки. Лучшим методом для остановки кровотечения является наложение швов на стенку матки. Еще до наложения первого шва полезно применить прием, предложенный Д. О. Оттом (рис. 107). В полость матки, выведенной наружу, вводят тампон, а ассистент подтягивает матку вверх пальцем, захватившим верхний угол маточной раны, или же в верхний угол разреза на матке вставляют узкий подъемник (рис. 108) и им подтягивают матку кверху. Это подтягивание способствует прекращению кровотечения и, кроме того, фиксирует матку в удобном для наложения швов положении. После наложения первого шва

подъемник удаляют, матку удерживают лигатурой. Разрез на стенке матки зашивают, матка становится более плотной, поверхность ее принимает морщинистый вид. Наложение швов на матку является самым ответственным моментом операции кесарева сечения в отношении прогноза. Маточную рану зашивают минимум в 2 этажа: сначала проводят ряд узловых кетгутовых швов на расстоянии 1 см один от другого. Иглу вкалывают в средний слой миометрия, а выкалывают на границе между мышцей и отпадающей оболочкой (рис. 109). Концы лигатур коротко



Рис. 106. Отделение последа по удалении плода при кесаревом сечении.

срезают. Это будет первый (нижний) этаж швов. Для второго этажа применяют узловые кетгутовые или непрерывный кетгутовый шов, который достаточно надежен, но требует меньше времени. Этим швом захватывают серозную оболочку матки и поверхностный мышечный слой маточной стенки (рис. 110). Рекомендуется наложить третий этаж непрерывных кетгутовых швов, которые соединят оба края брюшины, покрывающей матку (рис. 111). Из брюшной полости удаляют марлевые салфетки и полотенца; если в полость попали околоплодные воды или кровь, ее осушают, профилактически вводят пенициллин и погружают матку в брюшную полость. Рану зашивают обычным способом: на брюшину накладывают непрерывный тонкий кетгутовый шов, на мышцы — очень тонкие узловые кетгутовые швы, на фасцию — крепкие, средней толщины кетгутовые швы, на подкожную клетчатку — узловые кетгутовые швы, на кожу — узловые шелковые швы или металлические скобки. Уход за оперированной — обычный, как и после всякого чревосечения.

Необходимо регулярное опорожнение кишечника; если самостоятельного стула нет, то через 48 часов после операции ставят клизму. Скобки, наложенные на кожу, снимают на 7-й день.

В последнее время при корпоральном кесаревом сечении разрез передней брюшной стенки обычно делают несколько ниже (начинают от лобка и заканчивают у пупка или несколько выше), матку не выводят из брюшной полости, однако перед разрезом матки брюшную полость тщательно отгораживают марлевыми салфетками.

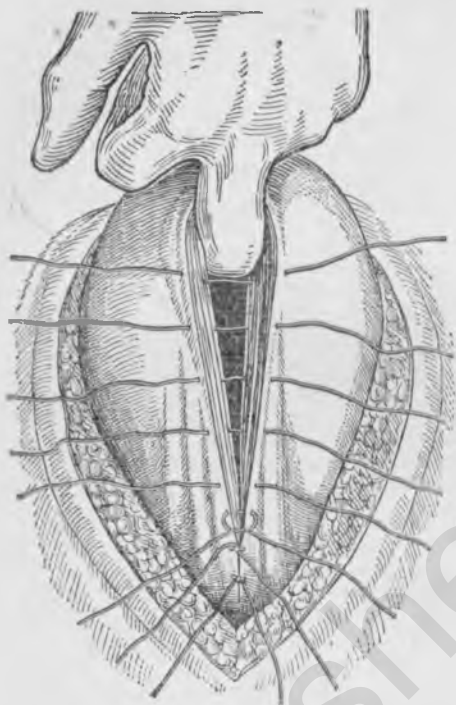


Рис. 107. Прием для остановки кровотечения после опорожнения матки и способ наложения швов.

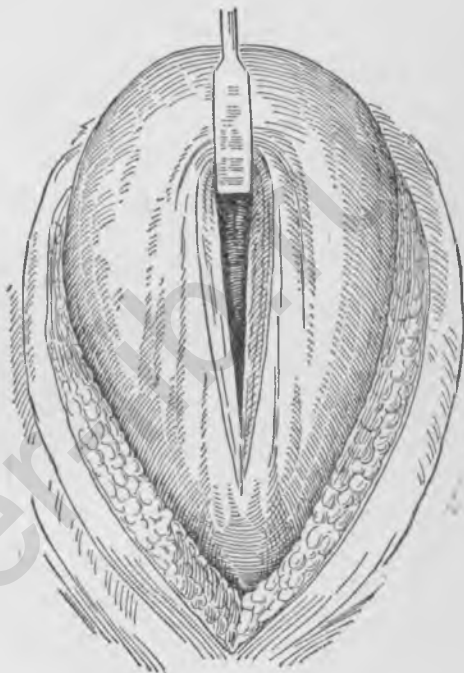


Рис. 108. Узкий подъемник, введенный в верхний угол разреза маточной стенки, растягивает рану, что способствует уменьшению кровотечения.

Несмотря на усовершенствование техники операции брюшностеночного кесарева сечения, все же, согласно новейшим отечественным данным и данным зарубежных авторов, операция брюшностеночного кесарева сечения дает большой процент смертности и осложнений.

Высокий процент детской смертности при операции кесарева сечения по поводу центрального предлежания плаценты объясняется тем, что операцию делают по жизненным показаниям у крайне обескровленной женщины, часто когда плод еще недоношен.

Н. П. Лебедев считает, что способ извлечения ребенка и метод обезболивания имеют большое значение. Свое положение он иллюстрирует следующими данными Я. Г. Буханова (до 1941 г.): при корпоральном разрезе среди доношенных плодов общая смертность составляла 16% (12% мертворожденных и 4% умерших вскоре после операции кесарева сечения). Среди недоношенных общая смертность равнялась 68% (8% мертворожденных и 60% умерших вскоре после операции). Наибольший

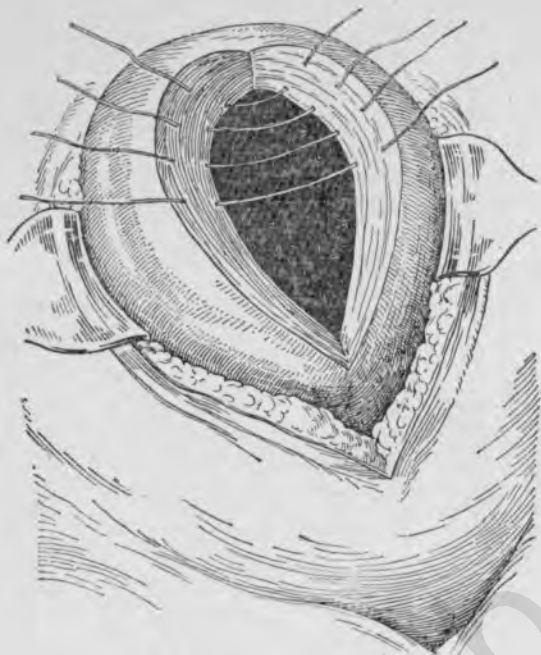


Рис. 109. Наложение швов на разрез маточной стенки при классическом кесаревом сечении. Глубокие швы, не захватывающие слизистую оболочку матки.

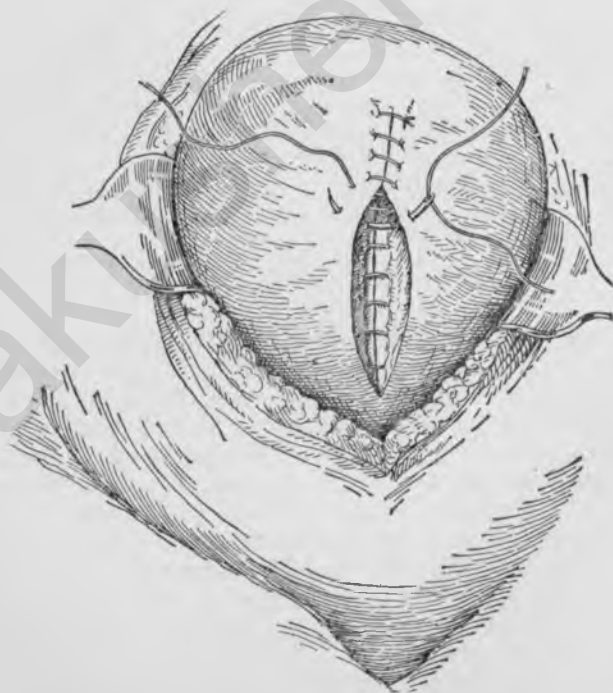


Рис. 110. Непрерывным кетгутowym швом зашивают верхний слой маточной стенки (второй этаж).

процент асфиксии наблюдался после эфирного наркоза. Н. П. Лебедев считает, что наркоз должен быть заменен местной анестезией.

Результаты операции брюшностеночного кесарева сечения нельзя считать хорошими и для матери.

Так, Л. В. Юрьева (Хабаровский медицинский институт) приводит сводную статистику в 3060 случаев операции брюшностеночного кесарева сечения с послеоперационной материнской смертностью в 5,7%, по М. С. Малиновскому, она равна 2%. П. А. Белошапко (Институт акушерства и гинекологии АМН СССР) сообщает о 300 случаях операции кесарева

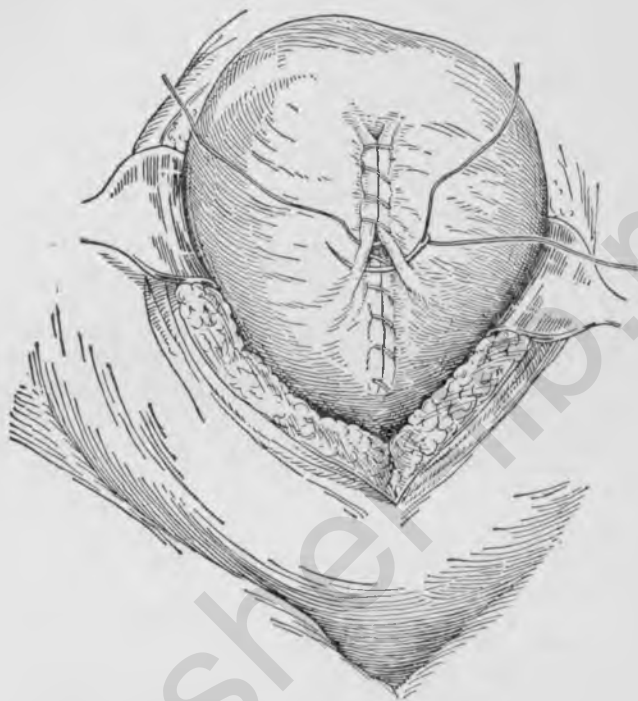


Рис. 111. Непрерывный кетгутый ламберовский шов соединяет две складки поверхностного серозно-мышечного слоя матки (третий этаж).

сечения, давших 0,66% материнской смертности. Ввиду этого акушеры продолжают изыскивать все новые методы операции кесарева сечения.

Одним из таких методов является брюшностеночное кесарево сечение, при котором разрез проходит в нижнем сегменте матки (низкое корпоральное кесарево сечение), по перешейку (истмусу) и шейке матки (трансперитонеальное, шеечное, перешеечное кесарево сечение).

Главными преимуществами этих разрезов являются менее обильное кровотечение при разрезе матки, лучшие шансы на заживление, так как мышцы этого отдела находятся в большем покое в послеродовом периоде, а также возможность лучшей перитонизации пузырно-маточной складкой брюшины. Благодаря этому снижается опасность инфекции и уменьшается угроза разрыва матки при следующих родах. Если после операции и образуются сращения, то они менее обширны и сосредоточиваются главным образом между нижним сегментом тела матки и передней брюшной стенкой.

БРЮШНОСТЕНОЧНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ

Больная лежит на операционном столе с высоко поднятым тазом (положение по Тренделенбургу). Брюшную полость вскрывают продольным разрезом, который проводят между пупком и лобком. Чтобы в брюшную полость при вскрытии матки не попали околоплодные воды, ее изолируют большими марлевыми салфетками или полотенцами. Поперечным разрезом вскрывают пузырно-маточную складку брюшины (рис. 112). Нижний край этой складки с предварительно опорожненным мочевым пузырем отодвигают книзу по направлению к влагалищу, а верхний край пузырно-маточной складки брюшины отодвигают слегка вверх. Получается участок шейки и перешейка, не покрытый брюшиной. На этом участке проводят продольный разрез длиной 10—12 см (рис. 113). Разрез надо вести очень осторожно,

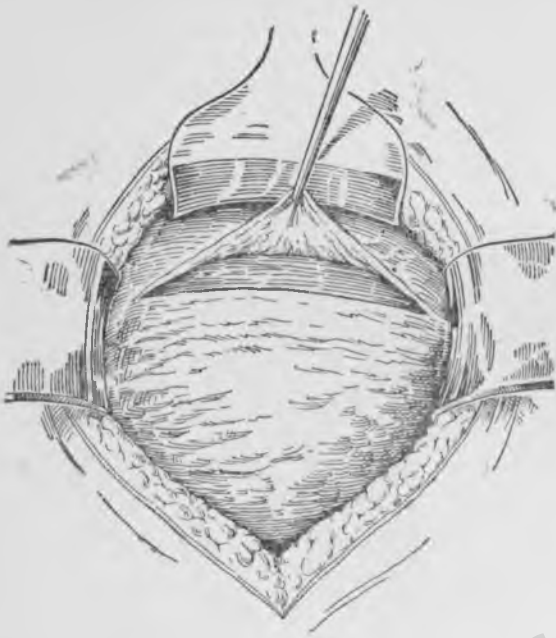


Рис. 112. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Поперечный разрез через брюшину вдоль маточно-пузырной складки.

но, так как этот отрезок к концу беременности очень истончен, поэтому легко поранить плод; разрез занимает часть шейки и перешейка и лежит частично позади мочевого пузыря и частично у места соприкосновения мочевого пузыря с маткой. После вскрытия в глубине раны видны околоплодные оболочки, которые надо немедленно разорвать; обычно предлежит головка, которую выводят рукой, введенной в полость матки (рис. 114). Если имеется тазовое предлежание, плод извлекают за ножку.

При черепных предлежаниях Крениг, М. С. Малиновский рекомендуют указательным пальцем введенной через разрез руки войти в рот плода и повернуть головку так, чтобы личико было об-

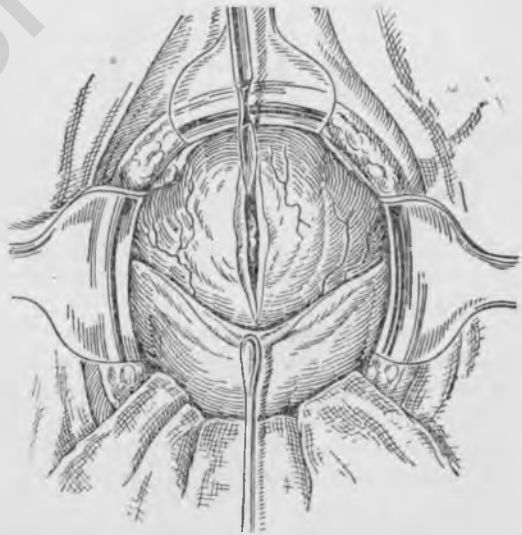


Рис. 113. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Продольный разрез стенки матки.

ращено в сторону раны. К. Н. Жмакин возражает против применения этого приема, считая, что он чреват такими последствиями, как травма и инфекция.

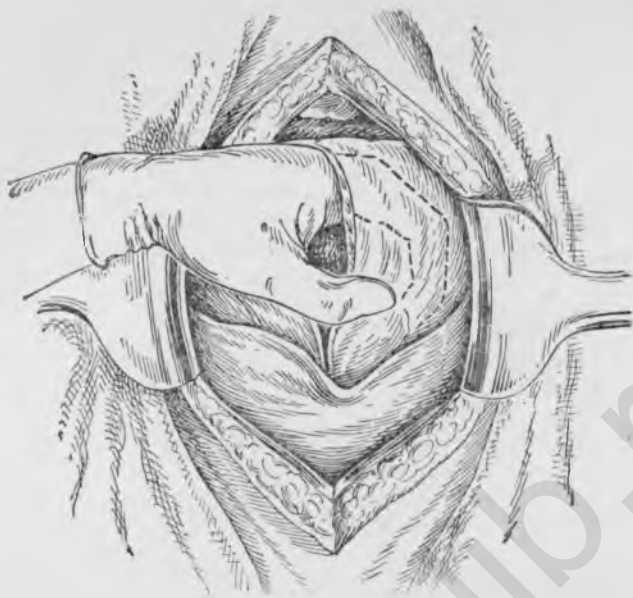


Рис. 114. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Введение руки в матку для извлечения плода.

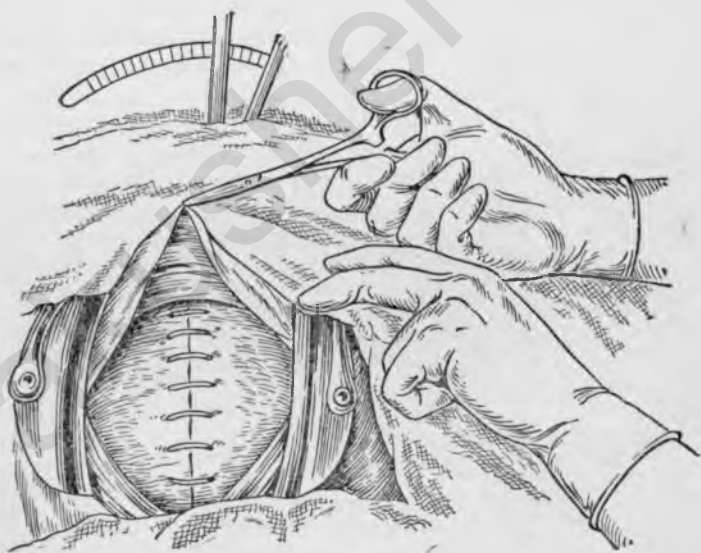


Рис. 115. Кесарево сечение в нижнем сегменте. На края разреза маточной стенки наложены узловые швы (мышечно-мышечные).

В стенку матки впрыскивают 1 мл питуитрина. Послед отделяют рукой или выжимают по способу Креде. Маточную рану внимательно осматривают на всем ее протяжении. Если имеются кровоточащие сосуды, их надо обколоть. Затем приступают к наложению узловых кетгуттовых швов

на мышечный слой, слизистую оболочку при этом не захватывают (рис. 115). Поверх первого этажа швов накладывают второй этаж. Это будет непрерывный шов из более тонкого кетгута, причем вкол и выкол делают немного

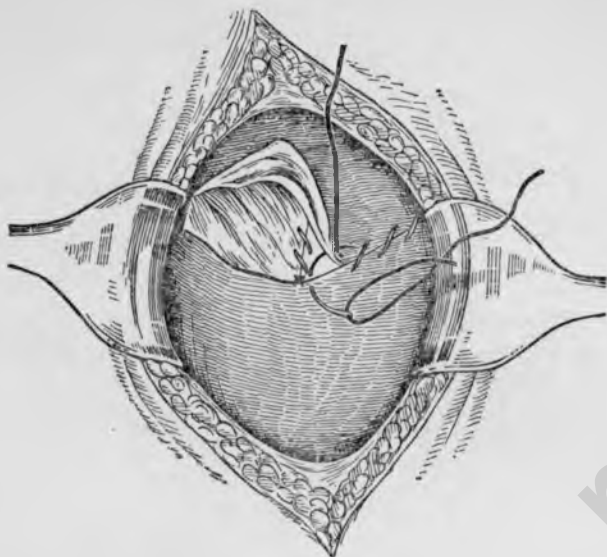


Рис. 116. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Брюшину пузыря пришивают непрерывным кетгутовым швом к брюшине матки, благодаря чему восстанавливается пузырно-маточная складка брюшины.



Рис. 117. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Брюшина пузырно-маточной складки разрезана в поперечном направлении, небольшой разрез проводится скальпелем в поперечном направлении через маточную стенку.

отступая от разреза, между швами первого этажа. Мочевой пузырь ложится на зашитую рану матки и его брюшину пришивают непрерывным кетгутовым швом к брюшине матки, благодаря чему восстанавливается пузырно-маточная складка брюшины (рис. 116).

В 1936 г. Дерфлер (Dörfler) сообщил о новой модификации операции кесарева сечения, которую он применил в нескольких сотнях случаев с прекрасным результатом. Техника метода такова. Роженицу укладывают в горизонтальном положении со свисающими от колен ногами. Проводят продольный разрез брюшной стенки и всю матку, что особенно подчеркивает Дерфлер, извлекают наружу. Затем матку тщательно обкладывают несколькими марлевыми салфетками так, чтобы края их свисали вниз и чтобы вся полость живота была полностью закрыта. Проводят надшеечный разрез матки от одной круглой связки до другой. Плод извлекают исключительно рукой. Плаценту вы-

жимают или медленно выводят, осторожно потягивая за пуповину. Матку репонировать.

В 1939 г. Л. А. Гусаков предложил модификацию операции Дерффлера, которую применил в 61 случае. Показанием к операции в 49 случаях

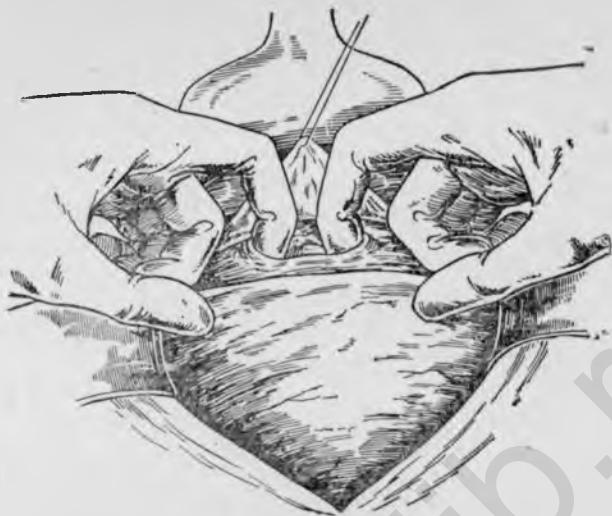


Рис. 118. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Два пальца, введенные в разрез, расширяют рану тупым путем.

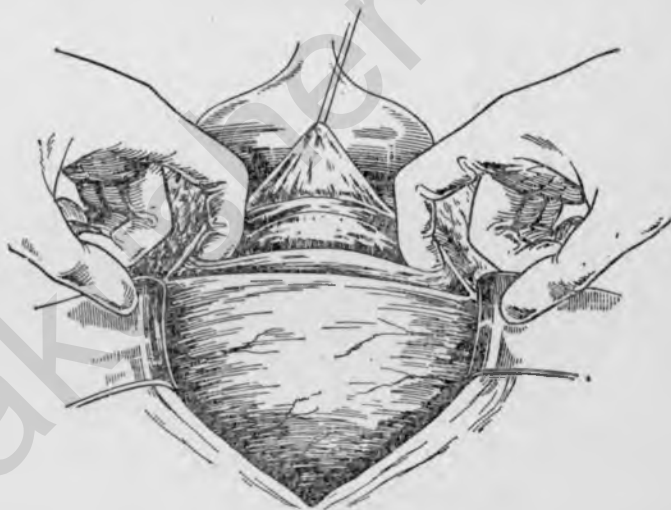


Рис. 119. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Рана в стенке матки увеличена тупым способом на всем протяжении разреза брюшины. В глубине виден плодный пузырь.

послужило несоответствие головки с тазом, в 8 — предлежание плаценты, в 3 — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Одна больная, доставленная крайне обескровленной, несмотря на принятые меры, вскоре погибла, хотя операция была проведена технически безукоризненно. Еще одна больная — с острым эндокардитом — погибла после операции в тот же день. Все дети извлечены живыми.

Техника операции. Брюшную стенку вскрывают продольным срединным разрезом ниже пупка. По вскрытии брюшной полости матку с боков обкладывают большими марлевыми салфетками или поло-

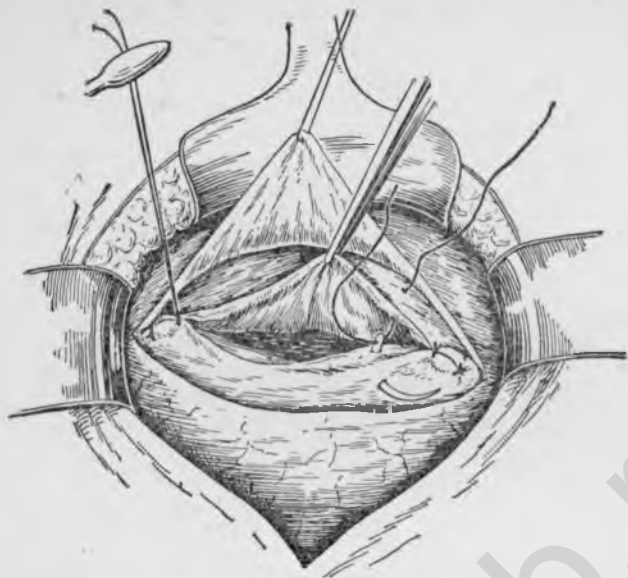


Рис. 120. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Маточную рану зашивают двухэтажным швом.

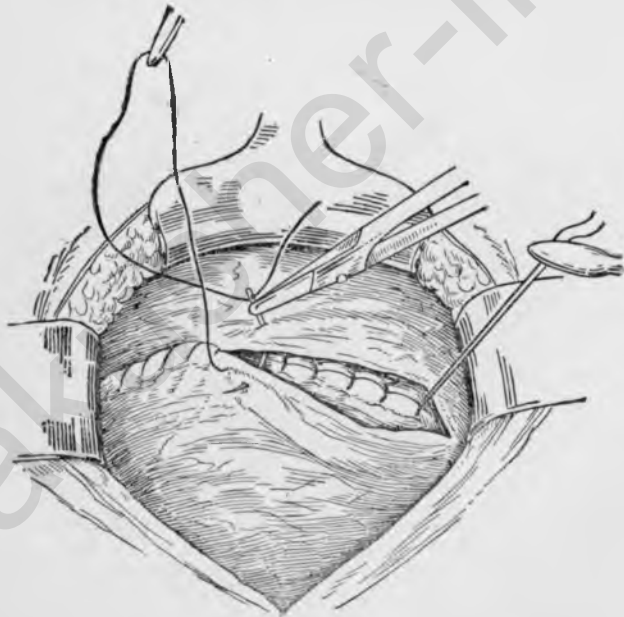


Рис. 121. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Непрерывным кетгутовым швом соединяют края разреза брюшины.

тенцами, чтобы предохранить брюшную полость от попадания в нее околоплодных вод. Затем проводят поперечный разрез брюшины (рис. 117) в области пузырьно-маточной складки брюшины и отслаивают ее на 2—3

поперечных пальца книзу, таким образом обнажается область перешейка. Брюшину верхнего края раны отодвигают немного вверх. Раскрытие полости матки производится т у п ы м путем. Для этого в области перешейка скальпелем проводят маленький разрез, достаточный для того, чтобы ввести 1 п а л е ц. Затем в этот же разрез вводят и палец второй руки; этими двумя пальцами растягивают в поперечном направлении рану (рис. 118 и 119) до необходимых размеров в зависимости от предполагаемой величины головки. Кровотечение при этом либо минимальное, либо его совсем не бывает. После извлечения плода плаценту удаляют рукой, введенной в полость матки, в стенку матки впрыскивают 1 мл питуитрина. Стенку матки зашивают в 3 этажа (рис. 120). Первый этаж — узловые кетгутовые швы; второй — непрерывный кетгутовый шов, покрывающий первый. Оба эти этажа швов мышечно-мышечные, слизистую не прокалывают. Третий этаж швов — серо-серозный непрерывный (рис. 121). После этого удаляют марлевые салфетки, которые были введены для предохранения брюшной полости от затекания в нее околоплодных вод, и зашивают брюшную рану.

ВЛАГАЛИЩНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Операция влагалищного кесарева сечения впервые была предложена Дюрссеном (Dürssen) в 1896 г. Операция в своем первоначальном виде сводилась к рассечению передней и задней стенок шейки матки, а затем была многократно модифицирована как самим Дюрссеном, так и другими авторами. Так, Бумм предложил проводить разрез только по передней стенке матки. Штрасман (Strassmann) предложил лоскутный разрез передней стенки матки.

Одной из модификаций самого Дюрссена является разрез по метрейринтеру. Сущность операции заключается в наискорейшем раскрытии шейки матки для получения возможности извлечь плод через естественные родовые пути.

Влагалищное кесарево сечение применялось при тяжелых заболеваниях и осложнениях беременности и родов в тех случаях, когда спасти роженицу могло только быстрое родоразрешение при неподготовленных родовых путях, например при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Влагалищное кесарево сечение применялось многими авторами очень охотно в случаях тяжелых заболеваний матери, не связанных с беременностью (тяжелые формы туберкулеза, пороки сердца, нефрит), которые требовали быстрого и бережного родоразрешения во второй половине беременности. Эту операцию с успехом применяли Л. Л. Окинич, К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер при тяжелых токсикозах и при нефрите. При поздних искусственных абортах эта операция и поныне является методом выбора.

Основным условием для производства операции влагалищного кесарева сечения является о п ы т оперирующего во влагалищных методах операции.

Этим методом неоднократно пользовался К. К. Скробанский и считал его наиболее простым и удобным.

М е т о д и к а и т е х н и к а. После обычной дезинфекции шейку матки обнажают зеркалами; переднюю губу маточного зева захватывают двумя крепкими двузубцами. В полость матки вводят корнцангом или специальными щипцами метрейринтер из прорезиненного шелка, по возможности не растягивающийся, и наполняют его при доношенной беременности 360—400 мл стерильного раствора, при недоношенной берут менее емкий метрейринтер. Сильным потягиванием за шланг метрейрин-

тера пизводят шейку и ножницами рассекают ее переднюю стенку по средней линии вплоть до свода. Частично надрезав свод, ведут разрез выше по стенке матки и разрезают ее в области нижнего сегмента. При этом матка постепенно раскрывается и, когда разрез будет достаточно большой, метрейринтер выскальзывает в проделанное отверстие. Полной рукой входят в матку и опорожняют ее. Разрез на шейке матки и влагалищном своде зашивают. Вся операция продолжается 5—7 минут, причем она дает свободный доступ в матку.

Одной из модификаций операции влагалищного кесарева сечения является способ Ю. А. Лейбчика. Состоит он в следующем: щипцами захватывают влагалищную часть матки и низводят ее. Шеечный канал расширяют металлическими расширителями Гегара до 10-го номера. Расширитель оставляют в шейке и делают полулунный разрез в области переднего влагалищного свода, затем тупым способом отсепаровывают мочевой пузырь и отодвигают пузырно-влагалищную складку брюшины кверху. Мочевой пузырь удерживают подъемником, а шейку матки выше прикрепления влагалищного свода рассекают над расширителем. Ножницами удлиняют разрез, захватывая нижний сегмент тела матки. Плод и плаценту удаляют. Разрез зашивают обычным способом. При этом способе шейка матки остается нетронутой.

Мы проводили операцию влагалищного кесарева сечения по методу Штрассмана.

Влагалищную часть матки захватывают пулевыми щипцами или щипцами Мюзо и низводят в преддверие влагалища до полного выворота переднего влагалищного свода. Если шеечный канал еще закрыт, его расширяют бужами Гегара до проходимости для 1—2 пальцев. На границе прикрепления переднего влагалищного свода к шейке матки, что соответствует последней поперечной складке влагалища (*columna rugarum*), проводят поперечный разрез через влагалищную стенку. На концах этого разреза делают по короткому продольному разрезу.

Рис. 122. Влагалищное кесарево сечение. Лоскутный разрез влагалищной стенки по Штрассману. Пинцетом поднимают край лоскута, куперовскими ножницами рассекают соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к стенке матки.

В результате получается лоскутный разрез стенки влагалища (рис. 122). Этот лоскут вместе с лежащим под ним мочевым пузырем отделяют от шейки матки. Мы предпочитаем отделять мочевой пузырь острым путем, так как делаем отделение под контролем глаза. Мочевой пузырь отодвигают кверху. Обнажают пузырно-маточную складку брюшины, но не вскрывают ее.

Всю операцию проводят внебрюшинно. Затем в сделанный на влагалище разрез вводят подъемник и им отодвигают мочевой пузырь кверху, при этом обнажается передняя стенка шейки матки, которую рассекают по средней линии, начиная разрез у наружного маточного зева (рис. 123), и ведут его за внутренней маточный зев.

Обычно производят поворот плода на ножку и его извлечение с последующей перфорацией головки. Плаценту удаляют потягиванием за пуповину или рукой.

Разрез на шейке зашивают узловыми кетгутowymi швами (рис. 124). Чтобы правильно зашить разрез, проведенный на шейке матки и перешейке, надо точно определить его верхний конец. Если это определение сразу не удастся, то проводят первый шов на доступной высоте и тянут

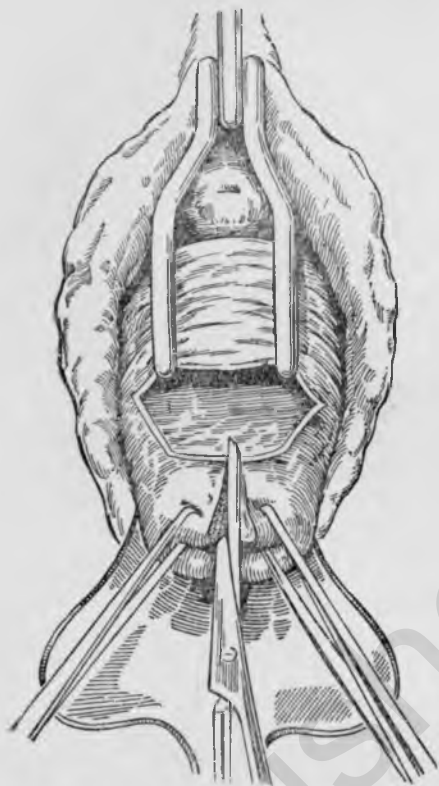


Рис. 123. Влагалищное кесарево сечение. Мочевой пузырь отодвинут от шейки матки. Переднюю стенку шейки разрезают по средней линии.

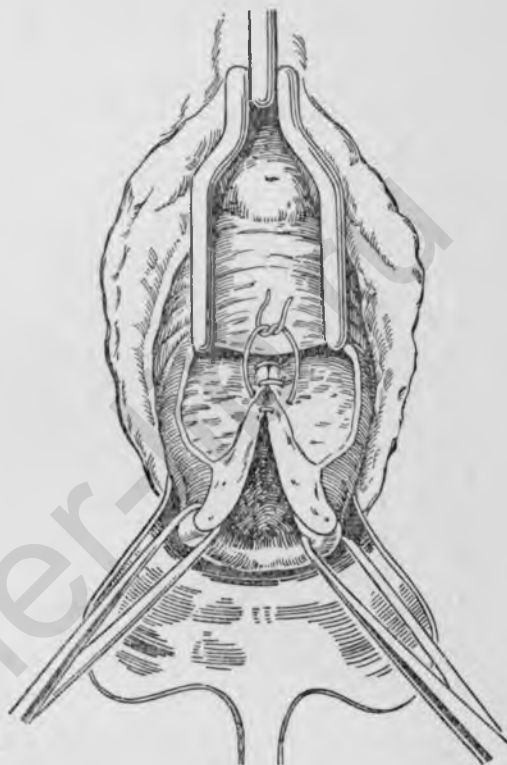


Рис. 124. Влагалищное кесарево сечение. После опорожнения матки разрез шейки зашивают отдельными кетгутowymi лигатурами.

матку за лигатуру вниз. Постепенно обнажаются вышележащие участки разреза, а затем и его верхний угол. Если удастся, то с угла начинают накладывать узловые кетгутowe швы на толщу стенки матки. Когда шейка будет зашита, удаляют подъемник, удерживавший влагалищный лоскут и мочевой пузырь, и пришивают влагалищный лоскут узловыми кетгутowymi швами на место (рис. 125). В нижний край раны вводят полоску марли, чтобы обеспечить отток крови, которая может скопиться между мочевым пузырем и шейкой матки. Полоску удаляют через 8—12 часов.

В клинике ЦИУ (проф. М. С. Малиновский) применяют операции влагалищного кесарева сечения по Ю. А. Лейбчику в модификации, предложенной Э. Я. Гендоном.

Первоначальный разрез передней стенки шейки матки производят под контролем металлического шпателя (рис. 126), а не под контролем

расширителя Гегара. Этот разрез длиной в 2,5—3 см идет в направлении сверху вниз и не доходит на 2 см до наружного зева (оканчивается у нижнего края первоначально произведенного полулунного разреза).

Замена имеющего округлую форму расширителя Гегара плоским шпателем исключает возможное соскальзывание скальпеля в сторону от средней линии рассекаемой передней стенки шейки матки, а следовательно, и опасность ранения ее стенки.

На верхние края разреза симметрично с каждой стороны через всю толщу стенки накладывают по одной провизорной кетгутовой лигатуры (рис. 127). Подтягивая шейку за эти лигатуры, продолжают разрез ее передней стенки прямыми ножницами вверх, по направлению к внутреннему зеву. Затем на верхние

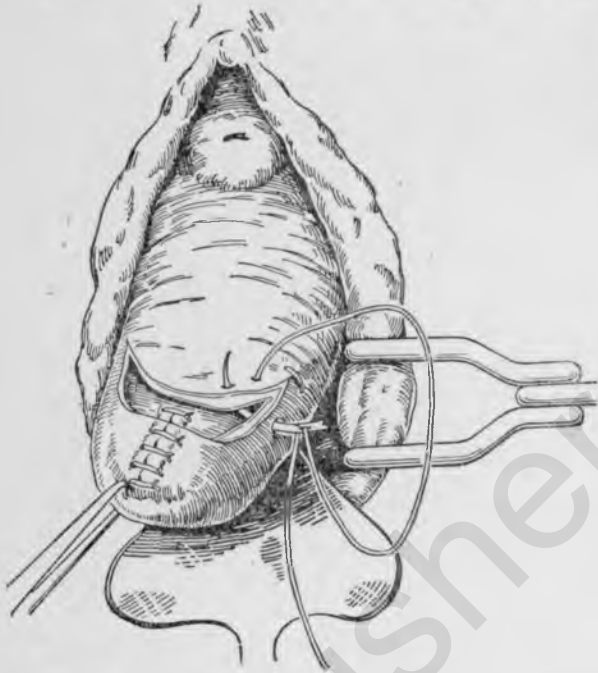


Рис. 125. Влагалищное кесарево сечение. Влагалищный лоскут пришивают на место.

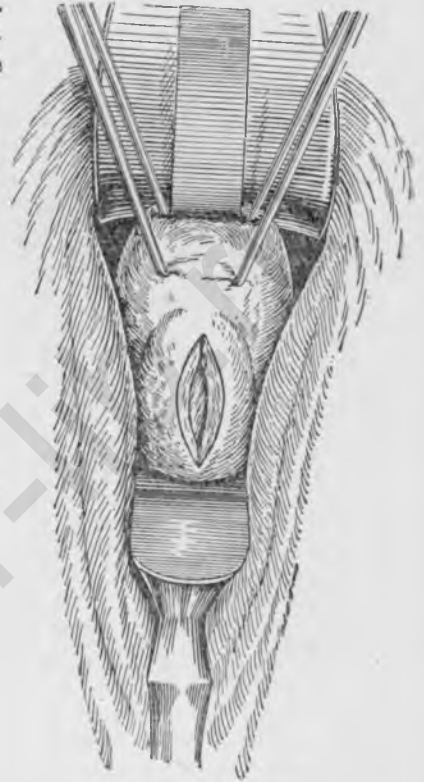


Рис. 126. Первоначальный разрез передней стенки шейки матки производят под контролем металлического шпателя.

края разреза накладывают еще по одной провизорной лигатуре и, подтянув последние на себя и несколько кзади, рассекают верхний отдел передней стенки шейки матки, включая внутренний зев и незначительный участок нижнего сегмента матки (в пределах 1 см).

Подлежащая рассечению передняя стенка верхнего отдела шейки матки, низведенная провизорно наложенными лигатурами, становится доступной визуальному осмотру, что исключает ранение стенки мочевого пузыря и висцеральной брюшины в области пузырно-маточной складки.

Кроме того, подтянутая провизорными лигатурами шейка матки не травмируется, чего нелегко добиться, выполняя этот этап операции при помощи пулевых щипцов.

При зашивании рассеченной передней стенки шейки матки последнюю подтягивают и приближают ранее наложенными провизорными лигатурами, что создает возможность для хорошей, ясной ориентации при восстановлении раневой поверхности шейки.



Рис. 127. На верхние края разреза через всю толщу стенки накладывают провизорные лигатуры из кетгута.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ИНФИЦИРОВАННЫХ СЛУЧАЯХ

Одним из условий благоприятного исхода операции классического кесарева сечения является, как указывалось выше, отсутствие инфекции.

Обычно наличие инфекции признается в тех случаях, когда имеется лихорадка, но ведь хорошо известно, что родовый канал, в частности полость матки, может быть инфицирован, а температура тела некоторое время может еще оставаться нормальной. Кроме того, повышенная температура тела может в одном случае явиться следствием местной и ограниченной инфекции, а в другом — инфекции, уже вышедшей за пределы полости матки и даже генерализованной. Все это чрезвычайно затрудняет определение инфицированности и оценку характера инфекции. Большей частью практическому акушеру приходится судить о наличии инфекции на основании общих данных (температура тела, пульс, дыхание, самочувствие, выражение лица, гемограмма, реакция оседания эритроцитов). Косвенными указаниями являются длительность безводного промежутка родов, длительность родов и прочие данные.

Современная методика кесарева сечения, особенно перешеечно-шеечного, позволяет рассчитывать на благоприятный исход операции не только в «чистых» случаях, но и в некоторых инфицированных, хотя в последних риск операции все же большой. Поэтому, чтобы решиться на операцию кесарева сечения в инфицированном случае, надо быть уверенным, что из всех акушерских операций это вмешательство является наименее рискованным. Ряд авторов полагает, что в инфицированных случаях требуется особая методика операции. Попытки разработать такую методику мы встречаем на протяжении всего периода развития операции кесарева сечения: операция Порро, Порта, Зелльгейма, Смита и др.; однако все эти модификации в Советском Союзе большого распространения не получили, а в литературе имеются отдельные сообщения, основанные на небольшом материале.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Важным разделом проблемы кесарева сечения является вопрос о ведении родов у женщин, перенесших эту операцию. Мы, как и другие авторы (Л. С. Персианинов, К. Н. Жмакин, М. С. Малиновский), считаем, что рубец на стенке матки даже при заживлении первичным натяжением является наиболее уязвимым местом.

Если имеется небольшое сужение таза при матке, не подвергавшейся операции, большинство женщин рождает самостоятельно, но при наличии узкого таза у женщины, перенесшей операцию кесарева сечения, создаются особые условия и приходится прибегнуть к операции кесарева сечения. Таким образом, надо считать, что однажды перенесенное кесарево сечение при последующих родах часто вынуждает вновь применить эту операцию. Поэтому, прежде чем решиться сделать кесарево сечение, особенно у молодой первородящей женщины, имеющей незначительно суженный таз, надо всесторонне взвесить все за и против (см. раздел «Разрывы тела матки»).

При повторном кесаревом сечении рубец иссекают.

Если к врачу обращается женщина, перенесшая кесарево сечение, со сроком беременности до 12 недель, ее надо предупредить, что, возможно, придется применить опять операцию кесарева сечения. Если беременная откажется, то можно будет прервать беременность искусственно. Если же имеется беременность поздних сроков, прерывать ее нет смысла.

Беременная, перенесшая кесарево сечение, должна быть взята на особый учет женской консультацией и за ней должно быть установлено непрерывное наблюдение (регулярное патронажное посещение на дому). Женщину, перенесшую кесарево сечение с гладко протекавшим послеоперационным периодом, надо госпитализировать за 2—3 недели до предполагаемого срока родов; при осложненном послеоперационном периоде женщину госпитализируют за 4—5 недель в такое лечебное учреждение, где ей сможет быть оказана квалифицированная акушерская помощь.

Если при пальпации не прощупывается истонченная стенка матки в области рубца, можно попытаться вести роды консервативно, но все (операционная комната, кровь для переливания, растворы для вливаний, соответствующий инструментарий и материал) должно быть наготове для оказания экстренной помощи, если появятся признаки наступающего или происшедшего разрыва матки.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ

Острый аппендицит у беременных встречается довольно часто. По Б. И. Ефимову (1959), заболевание аппендицитом у беременных наблюдается в 2%, по А. Л. Каплану (1959) — в 2—3,5%, по Н. А. Виноградову — в 2—3% случаев. По данным нашей клиники, это бывает несколько чаще.

Большинство беременных женщин с острым аппендицитом было в возрасте от 20 до 30 лет (59,5% по Н. А. Виноградову и 72,4% по Б. И. Ефимову).

По большинству наблюдений различных авторов (Н. А. Виноградов, А. А. Зыков), заболевание острым аппендицитом у беременных бывает преимущественно в первой половине беременности (около 75%). Более дифференцированное изучение показывает, что и в первой половине беременности большая частота заболевания приходится на период от 2 до 5 месяцев (74,5% по Б. И. Ефимову). Редкость заболевания острым аппендицитом в первый месяц беременности, видимо, может быть объяснена тем, что в этот период такие больные наблюдаются исключительно хирургами, которые не ведут специального учета, и цифры получаются заниженными, так как в этот период врачи не придают значения «маленькой» беременности.

Во второй половине беременности количество острых аппендицитов у беременных женщин заметно падает; наибольшее число этого сочетания приходится на сроки 6—7 месяцев беременности; на 8-м месяце острый аппендицит встречается редко, еще реже он встречается на 9—10-м месяце беременности. Часть авторов (С. С. Певзнер, 1926; К. К. Скробанский) объясняет это обильной гиперемией в связи с чрезмерным расширением кровеносных сосудов таза и органов брюшной полости. Острый аппендицит в родах бывает редко (Н. А. Виноградов, Е. Л. Розенберг, К. К. Введенский). В послеродовом периоде количество случаев острого аппендицита увеличивается (Б. И. Ефимов). Нам кажется возможным допустить такое объяснение: часто это острые аппендициты, не распознанные в конце беременности и в период родов, т. е. самый трудный для диагностики период, и выявившиеся более ярко несколько позже.

Подтверждением этого может служить наше наблюдение.

Больная И-ва, 37 лет (история болезни № 11787), поступила в клинику 29/IX 1959 г. с диагнозом: острый аппендицит. Беременность вторая, срок 10 лунных месяцев. Первая беременность закончилась абортom. Заболела 29/IX 1959 г. в 7 часов утра — появились боли постоянного характера в подложечной области, постепенно перешедшие в правую подвздошную область. Боли до 12 часов были интенсивными, а к 19 часам ночи прошли.

В анамнезе приступ острого аппендицита в 1955 г. и какое-то заболевание печени, от которого больная лечится амбулаторно и сейчас.

При объективном обследовании установлено учащение пульса до 88 в минуту, кровяное давление 100/70; лейкоцитов 14 500, матка на 15—18 см выше пупка. При глубокой пальпации незначительная болезненность в правой подвздошной области.

В дальнейшем боли стихли полностью, и 1/X в 6 часов 15 минут — нормальные роды и ручное отделение последа. В 10 часов 30 минут появились боли в области слепой

кишки, которые усиливались. Лейкоцитов 18 400. Произведена срочная аппендэктомия—флегмонозный аппендицит.

Послеоперационный период протекал гладко, больная переведена в родильный дом для кормления ребенка.

Переходя к вопросу возникновения острого аппендицита у беременных, следует подчеркнуть мнение большинства авторов (Б. И. Ефимов, А. А. Зыков и др.), что почти $\frac{3}{4}$ больных, поступающих в лечебные учреждения, страдают рецидивирующим обострением аппендицита, а не первичной его формой. Н. А. Виноградов приводит мнение ряда авторов [Шмид, Маес, Кениг (Schmid, Maes, König) и др.] о том, что беременность сама по себе не оказывает заметного влияния на развитие первичного приступа аппендицита и очень благоприятствует развитию рецидивов.

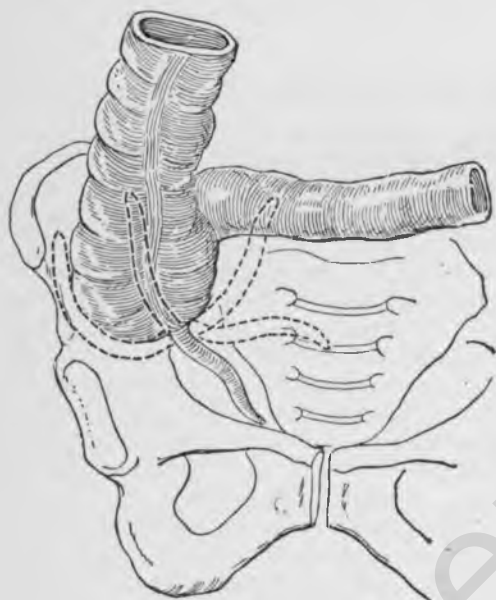


Рис. 128. Схема расположения червеобразного отростка.

К предрасполагающим факторам следует отнести анатомическое расположение червеобразного отростка (рис. 128), особенности строения его, наличие лимфоидной ткани, узость просвета, нарушение его функции (перегибы, спайки), застой содержимого (каловые камни), изменения реактивности организма (катар верхних дыхательных путей, ангина), условия питания и состояние высшей нервной деятельности.

Неблагоприятное влияние беременности на возникновение и развитие аппендицита, как указано выше, объяснялось многими причинами, но основное значение придавалось механическим моментам, в том числе смещению слепой кишки и червеобразного отростка как главному из этих моментов.

Рентгенологические исследования, проведенные Н. А. Виноградовым, показали, что до $4\frac{1}{2}$ месяцев беременности слепая кишка находится на своем обычном месте и лежит при горизонтальном положении женщины на 5—7 см ниже гребешка подвздошной кости, а в вертикальном— на 9,5 см ниже его. На V—VI месяце беременности слепая кишка при горизонтальном положении беременной находится на 1 см выше гребешка подвздошной кости, а при вертикальном — на 5,5 см ниже гребешка. От VI до VII месяца беременности слепая кишка в горизонтальном положении беременной находится на 2,2 см, а в вертикальном — на 0,5 см выше гребешка подвздошной кости. Наибольшее смещение слепой кишки Н. А. Виноградов наблюдал от VIII до IX месяца беременности, на X месяце слепая кишка опускается и при горизонтальном положении беременной находится на уровне гребешка подвздошной кости.

Смещение ведет к сдавливанию и повороту слепой кишки и червеобразного отростка, перегибам его, растяжению и разрыву имеющихся спаек, застойным явлениям в отростке, нарушению кровообращения и иннервации и вспышке инфекции. При этом степень смещения обуславливается сроком беременности (рис. 129 и 130).

Смещение ведет к сдавливанию и повороту слепой кишки и червеобразного отростка, перегибам его, растяжению и разрыву имеющихся спаек, застойным явлениям в отростке, нарушению кровообращения и иннервации и вспышке инфекции. При этом степень смещения обуславливается сроком беременности (рис. 129 и 130).

Нарушению функции желудочно-кишечного тракта, часто сопровождающему беременность, также придается немалая роль в возникновении острого аппендицита или возникновении его рецидивов. Не последняя роль в возникновении аппендицита отводилась запорам, которыми обычно страдают беременные.

Смещение червеобразного отростка, особенно в состоянии хронического изменения, когда имеются спайки, а отросток малоподвижен, ведет

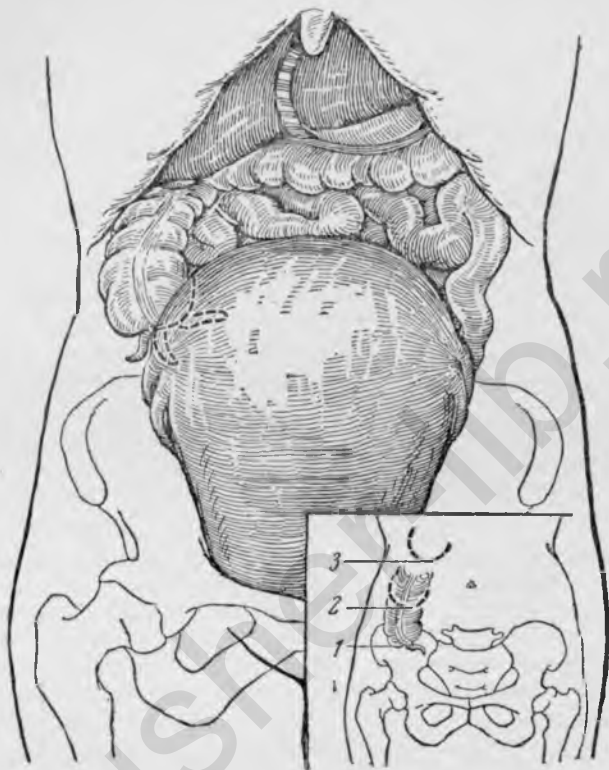


Рис. 129. Схема расположения слепой кишки при больших сроках беременности.

Деталь внизу рисунка: 1 — схема расположения слепой кишки при беременности $4\frac{1}{2}$ месяца; 2 — при беременности от V до VI месяцев; 3 — при беременности от 6 до 8 месяцев.

к перегибам его, сдавливанию сосудов и нарушению кровообращения. Последнее особенно страдает в связи с очень сильной гиперемией тазовых органов и органов брюшной полости. Правда, существует и противоположное мнение, а именно что застойные явления, вызываемые беременностью, являются обстоятельством, препятствующим развитию аппендицита (В. Р. Брайцев, С. С. Певзнер, 1926; К. К. Скробанский и др.). По нашим наблюдениям, инфекционные процессы при беременности почти всегда протекают хуже, чем без таковой. По мнению А. А. Зыкова, В. Ф. Вебера, гиперемия сосудов малого таза и слепой кишки может благотворно влиять на хроническое изменение в отростке. В острых случаях гнойного воспалительного процесса гиперемия скорее способствует распространению инфекции на брюшину и вены, т. е. развитию перитонита и тромбофлебитов.

К этому следует прибавить, что смещение слепой кишки и червеобразного отростка вверх создает неблагоприятные условия для отграничения воспалительного процесса, в особенности еще и потому, что часто сальник («пластырь») бывает также отодвинут кверху.

Далее шевеление плода, сокращения матки также могут способствовать ухудшению процесса (И. И. Греков).

Отдельные авторы (К. К. Скробанский, Л. И. Михнев, Г. Г. Гентер и др.) видят причину неблагоприятного влияния беременности на аппендицит

в изменении состояния организма и отдельных органов и тканей беременной женщины [недостаточность надпочечников, гипофиза (акромегалия), нарушение функции почек, изменение кислотно-щелочного равновесия, блокада ретикуло-эндотелиальной системы]. Особого внимания заслуживают изменения первичной и сосудистой системы у беременных. Надо считать, что тонус обоих отделов вегетативной нервной системы изменяется в различные сроки беременности.

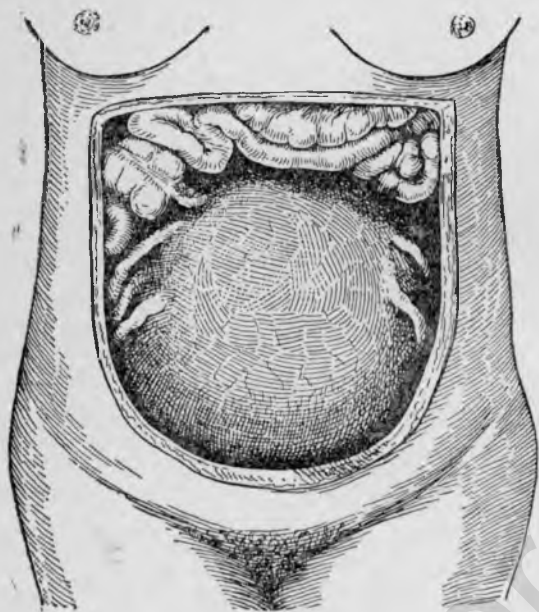


Рис. 130. Схема взаимоотношений беременной матки и червеобразного отростка.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА АППЕНДИЦИТА

Приступ острого аппендицита обычно начинается внезапно, среди полного здоровья. Отмечаемая некоторыми больными связь с погрешностями в диете, с особенностями труда или характером произ-

водства не подтверждается в полной мере.

Возникающая в начале заболевания острая боль в животе чаще носит постоянный характер, но бывают и схваткообразные боли.

Первоначальная локализация болей различна. Обычно боль появляется в правой подвздошной области, но может начинаться с подложечной и пупочной области. Иногда при остром аппендиците боли распространены по всему животу.

Для подавляющего большинства больных с острым аппендицитом характерны умеренные постоянные боли. Интенсивность болей при аппендикулярной колике различна, а длительность их может быть от нескольких минут до нескольких дней.

Тошнота и рвота не являются постоянными симптомами и не характеризуют степень поражения червеобразного отростка. Рвота чаще бывает одно- или двукратной и обычно наблюдается в первые часы заболевания.

Нарушения отправления желудочно-кишечного тракта также не патогномичны. Однако нередко можно встретить указание на развитие острого аппендицита после тех или иных нарушений функции кишечника (понос).

Часто наблюдается общее недомогание, плохой сон.

Повышение температуры выше 38,5—39° наблюдается довольно редко, чаще она колеблется в пределах 37—38°.

Диагностическая ценность различных болевых симптомов при аппендиците относительна. Болевые точки (Мак Бурнея, Ланца, Кюммеля) и симптомы Ровзинга, Ситковского и др. трудно установить, так как болезненность определяется чаще по всей подвздошной области.

Для более точной диагностики характера и степени болей необходимо влагалищное и ректальное исследование, которое устанавливает наличие раздражения тазовой брюшины.

Большинство авторов (Н. А. Виноградов, И. И. Яковлев, А. А. Зыков, Б. И. Ефимов) различают острый аппендицит в первой половине беременности и острый аппендицит во второй половине. Такое разделение является правильным, но в то же время очень схематичным. Мы считаем более правильной и целесообразной следующую периодизацию острого аппендицита у беременных:

- I период —1—3 месяца беременности
- II » —4—5 месяцев »
- III » —вторая половина »
- IV » —последний месяц »
- V » —роды и ближайший послеродовой период.

Приведенная классификация, учитывая величины и состояние беременной матки, влияющей на положение тазовых органов и слепой кишки с червеобразным отростком, более четко отражает клиническое состояние заболевания в связи со сроками беременности.

Учитывая патологоанатомические изменения в червеобразном отростке, мы считаем, что наилучшей является измененная нами классификация В. И. Колесова. Она представляется в следующем виде:

1. Аппендикулярная колика (кратковременный приступ — болевые ощущения без других клинических симптомов).

2. Острый неструктивный аппендицит:

а) со слабо выраженными болевыми явлениями, но без перитонеальных и общеклинических явлений;

б) с незначительными общеклиническими признаками и местными симптомами заболевания (более выраженная боль, напряжение мышц).

3. Острый деструктивный аппендицит (флегмонозный, гангренозный, перфоративный):

а) с общеклинической картиной средней тяжести и с признаками местного перитонита;

б) с тяжелой общей клинической картиной и признаками местного перитонита.

4. Острый осложненный аппендицит:

а) аппендикулярный инфильтрат (гнойник);

б) другие органические осложнения (пилефлебит, поддиафрагмальный абсцесс);

в) разлитой перитонит, сепсис.

Приведенная классификация удобна тем, что в основу ее положено существующее патологоанатомическое деление форм аппендицита и клиническая характеристика их, что несомненно поможет хирургам и акушерам более четко разбираться в интересующем их заболевании.

Клиническая картина острого аппендицита у беременных складывается из общеизвестной «многоликой» симптоматологии острого аппендицита, испытывающей на себе влияние беременности. Степень влияния беременности всецело зависит от ее сроков и течения. Так, в первые 3 месяца острый аппендицит у беременных ничем не отличается от острого аппендицита у небеременных и основывается на характерных симптомах аппен-

дицита — внезапное начало, боли в правой половине живота и локализованная болезненность или напряжение брюшной стенки при пальпации. В зависимости от формы острого аппендицита может быть та или иная степень выраженности клинической картины.

В приводимой ниже таблице мы перечисляем наиболее часто встречающиеся симптомы острого аппендицита у беременных.

1. Внезапное начало	100%
2. Боли	94,8—100%
3. Усиление болей при пальпации	97,9%
4. Напряжение мышц живота справа	73,4—45,9%
5. Симптом Щеткина — Блюмберга	3,1—66,1%
6. » Ровзинга	54,7%
7. » Ситковского	20,6%
8. Повышение температуры выше 37°	38,4—56,3%
9. Учащение пульса	18,3%
10. Тошнота и рвота	63,1—50,0%
11. Задержка стула	4,8%
12. Лейкоцитов выше 8000	75,8—75,5%
13. Болезненность правого влагалищного свода	3,8—7,3%

Зависимость частоты симптомов острого аппендицита от патологоанатомической формы аппендицита в различные сроки беременности у 144 оперированных (достоверно установленных) больных мы представляем в приведенной ниже таблице, заимствованной из работы Б. И. Ефимова.

Симптомы острого аппендицита	Первая половина беременности		Вторая половина беременности	
	без воспаления в отростке	с воспалением в отростке	без воспаления в отростке	с воспалением в отростке
Боли	79	43	10	12
Усиление болей при пальпации	78	43	10	11
Напряжение мышц живота	33	28	9	7
Симптом Щеткина—Блюмберга	49	39	9	10
» Ровзинга	49	25	12	11
» Ситковского	17	6	5	5
Отставание правой половины живота при дыхании	9	3	1	—
Повышение температуры	42	31	10	8
Учащение пульса	7	22	2	2

Приведенные данные показывают, что клиническая картина острого аппендицита у беременных менее выражена, часто стертая и сомнительная, особенно в поздние сроки беременности.

Наиболее частым признаком является внезапное начало, боли в правой половине живота, чаще всего в правой подвздошной области. Остальные симптомы, как общие, так и местные, мало выражены и не способствуют установлению диагноза.

Клиническое течение острого аппендицита у беременных во многом зависит от воздействия, которое аппендицит оказывает на беременную матку.

Вследствие тесной анатомической связи как половых органов с червеобразным отростком, так и их кровеносной и лимфатической систем становится возможным переход инфекции с червеобразного отростка на половые органы и наоборот: а) непосредственно; б) по брюшинным складкам и образовавшимся спайкам; в) по лимфатическим путям; г) гематоген-

ным путем. Это объясняет, почему при наличии аппендицита может возникнуть аборт или преждевременные роды (Н. А. Виноградов).

Дифференциальная диагностика требует тщательного разграничения симптомов острого аппендицита у беременной от симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.

При этом следует иметь в виду, что клиническую картину, сходную с острым аппендицитом, могут дать следующие заболевания:

А. Заболевания почек и мочеточников:

- а) пиелит беременных;
- б) почечнокаменная болезнь;
- в) прочие заболевания почек (блуждающая почка, гидронефроз, опухоль почек, застой мочи и растяжение мочевых путей).

Б. Заболевания правых придатков и матки:

- а) внематочная беременность (в первые месяцы);
- б) воспалительные процессы правых придатков;
- в) перекрут ножки кисты яичника;
- г) преждевременная отслойка нормально расположенного детского места.

В. Заболевания печени и желчных путей:

- а) желчнокаменная болезнь;
- б) острый холецистит.

Г. Заболевания желудочно-кишечного тракта:

- а) острая кишечная непроходимость;
- б) перфорация органов брюшной полости (желудок, двенадцатиперстная кишка и др.);
- в) ущемление грыжи.

Приведенные заболевания, могущие симулировать острый аппендицит, встречаются не одинаково часто. Для ознакомления с дифференциальной диагностикой острого аппендицита и воспаления правых придатков мы приводим таблицу, рекомендуемую Н. А. Виноградовым:

Аппендицит	Правосторонний аднексит
Внезапное начало без видимой причины	Связь заболевания с абортom, родами, инфекцией, внутриматочным вмешательством
Боли локализуются чаще внизу живота справа, иррадиируют в подложечную область	Боли часто двусторонние, иррадиируют в нижние конечности
Отсутствие резистентности в малом тазу, определяемое при исследовании через влагалище	Раннее развитие резистентности в малом тазу
Вздутие слепой кишки. Припухлость соответствует ходу восходящей части толстой кишки	Опухоль придатков располагается чаще всего горизонтально и связана с маткой
Подвижность ограничивается с нарастанием беременности	Подвижность матки всегда ограничена, придатки болезненны
Симптом Зельгейма—утолщение и болезненность правой крестцово-маточной связки при ректальном исследовании	Болезненность обеих крестцово-маточных связок

Симптом Промптова

Боль в области прямокишечно-маточного углубления при исследовании через прямую кишку	Приподнимание матки вызывает реакцию болезненности
Приближение матки к лону безболезненно	

Симптом Френкеля

Отсутствие боли при смещениях шейки матки	Резкая боль при смещении шейки матки
---	--------------------------------------

Симптом Зоннебурга

Иррадиация боли в подложечную область (желудок) и пупок | Боли иррадируют на внутреннюю поверхность бедра

Симптом Ровзинга

Положительный | Отрицательный

Симптом Ландуа (высокая клизма) и Бастедо (вдувание воздуха)

Положительный | Отрицательный

Специальные методы обследования больных острым аппендицитом беременных женщин урологом, акушером-гинекологом и хирургом позволяют установить более точный диагноз. При этом дифференциальный диагноз в различные сроки беременности должен проводиться с различными заболеваниями.

Так, в первый период (1—3 месяца) беременности преимущественно приходится дифференцировать: а) с внематочной беременностью; б) с неполным абортom; в) с заболеванием правых придатков матки.

Во второй период (4—5 месяцев) следует дифференцировать: а) с пиелитом беременных; б) с почечной коликой.

Во все периоды второй половины беременности дифференцируют: а) с правосторонним пиелитом; б) с холециститом; в) с перфорацией (прикрытой) двенадцатиперстной кишки.

Такого рода схематизация также помогает установке более правильного диагноза, что способствует применению правильных методов лечения.

Повышение количества лейкоцитов при остром аппендиците у беременных требует также правильной клинической оценки. Изменения, наступающие в крови у беременных, довольно значительны, и недоучет их может привести к неправильным выводам.

Большой интерес представляют данные Р. П. Миляшкевич (1931) о количестве эритроцитов и сдвиге лейкоцитарной формулы у беременных. Она показала увеличение количества эритроцитов и некоторый сдвиг формулы влево на протяжении всей беременности. Она приводит следующие средние цифры:

1—3 месяца	среднее количество	лейкоцитов	7300
3—5 месяцев	»	»	7800
5—7 »	»	»	8700
7—9 »	»	»	9000
На 10-м месяце	»	»	11 000

Из этой обобщенной таблицы можно вывести одно положение: количество лейкоцитов в первые 5 месяцев держится в пределах нормы и значительно возрастает лишь к концу второй половины беременности.

Не останавливаясь на подробном разборе этого вопроса, мы считаем необходимым подчеркнуть, что лейкоцитоз может быть результатом воздействия беременности, общего состояния организма, не связанного с аппендицитом, и качества ответной реакции организма на раздражения. Поэтому мы соглашаемся с мнением авторов, указывающих, что лейкоцитоз не является верным признаком острого аппендицита у беременных и что в сомнительных случаях динамическое наблюдение за цифрами лейкоцитоза может дать ценные указания.

А. Л. Каплан (1959) пишет: «...повышенный лейкоцитоз может быть у беременных, не страдающих аппендицитом. Поэтому о лейкоцитозе при

беременности как о вспомогательном признаке для установления диагноза аппендицита можно говорить лишь тогда, когда количество лейкоцитов превышает 10 000 и при этом имеется повышенное количество полинуклеаров. РОЭ при аппендиците, как правило, не повышена, так же как она не увеличена и в первую половину нормально протекающей беременности. РОЭ ускорена при воспалительных заболеваниях придатков матки, что до известной степени помогает в дифференциальном диагнозе этих заболеваний».

При остром аппендиците, несвоевременно распознанном, могут развиваться различные осложнения, представляющие большую угрозу для жизни больной. Так, одним из сравнительно частых осложнений является развитие перитонита.

Разлитой перитонит пока еще остается самым грозным осложнением острого аппендицита. Клиническая картина его очень хорошо известна и требует активных и решительных мер.

Лучшим предупреждением перитонита является своевременная операция.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Огромным опытом хирургов всех стран установлено, что единственно рациональным методом лечения острого аппендицита у беременных является оперативное вмешательство.

В ранние сроки беременности неоперативное ведение острого аппендицита как будто дает благоприятный исход, процесс затихает и больная уходит из клиники в удовлетворительном состоянии. Но нередко эти беременные вновь поступают в более поздние сроки беременности с приступом аппендицита, в тяжелом состоянии. Поэтому лечение острого аппендицита с ясно выраженной клинической картиной независимо от срока беременности должно быть только оперативным. Чем раньше сделана операция, тем лучше результаты ее и для матери, и для плода.

Однако следует подчеркнуть, что некоторые больные отказываются от операции, так как легко протекающее заболевание их особенно не беспокоит. Других больных хирурги не оперируют из-за неясности диагноза.

В условиях клинической действительности приходится встречаться иногда с очень сомнительными симптомами, когда данных в пользу острого аппендицита мало, явления острого аппендицита не выражены или очень скоро стихают.

Мы полагаем, что при наиболее легких случаях, когда все явления острого аппендицита проходят в течение ближайших часов и ставится под сомнение самый диагноз острого аппендицита, срочно оперировать не следует. Обычная тактика по отношению к больным вообще — «сомневаешься — оперируй» или «лучше удалить 10 здоровых отростков, чем пропустить один» — у беременных больных всегда чревата опасностью потерять ребенка, что встречается не так уж редко: 26,5% по Н. А. Виноградову; 50—60% по Штеккелю (1935). Правда, за последние годы эти цифры несколько снизились (Б. И. Ефимов, А. А. Зыков).

Если явления острого аппендицита держатся более длительное время и другие заболевания, симулирующие острый аппендицит, исключены, то больные, как и в случаях с деструктивными формами аппендицита, подлежат срочной операции.

Поэтому оперативное вмешательство должно применяться неотлагательно там, где имеется более или менее точный диагноз острого аппендицита или состояние брюшной полости внушает опасения.

Методом выбора обезболивания при остром аппендиците у беременных должна являться местная инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневному. Она вполне применима в огромном большинстве случаев, даже при большой беременности, и наименее опасна как для матери, так и для плода (А. А. Зыков, И. И. Яковлев и др.).

Около 80—85% указанных больных оперируют под местным обезболиванием, приблизительно в 10% требуется добавление эфирного наркоза и только около 1—2% оперируют при общем обезболивании с самого начала.

Неуверенность в диагнозе, требующая необходимости осмотра органов всей брюшной полости, особенно после 3—4 месяцев беременности, требует в ряде случаев применения эфирно-кислородного интубационного наркоза.

Техника аппендэктомии имеет свои особенности и свои трудности в различные сроки беременности.

В первой половине беременности аппендэктомию производят по общим правилам и приемам, описанным в руководствах: удаляют отросток, тщательно перитонизируя культю, брюшную полость зашивают наглухо. Оперировать надо очень бережно, ибо главной причиной прерывания беременности в таких случаях являлась операционная травма. Разрез в ранние сроки беременности можно делать по Дьяконову—Волковичу—Мак Бурнею или по Ленандеру (параректальный по краю прямой мышцы живота). Во второй половине беременности аппендэктомия уже несколько отличается от обычной. Косой разрез Дьяконова—Волковича—Мак Бурнея, наиболее часто применяемый хирургами, в сроки 5—7 месяцев ведут так, чтобы его $\frac{2}{3}$ находились выше пупочно-остной линии; в 7—9 месяцев беременности $\frac{3}{4}$ косого разреза должны находиться выше пупочно-остной линии, длина разреза соответственно увеличивается и делается тем большей, чем больше срок беременности. Для уменьшения травмы от растягивания раны мы рекомендуем расширять ее за счет рассечения влагалища прямой мышцы живота по ходу разделения косой и внутренней мышц живота. При этом рана свободно расширяется без особой травмы.

Срединный разрез при беременности может быть применен только в случаях неясного диагноза, когда нужна обширная ревизия брюшной полости.

Вопрос об опорожнении матки и тем более ее удалении при остром аппендиците, осложненном перитонитом, не разрешен окончательно и до настоящего времени.

Уильсон (Willson) при каждом прободении червеобразного отростка и наличии только отдельных признаков перитонита рекомендует опорожнение матки путем кесарева сечения, а при разлитом перитоните с тяжело протекающей инфекцией — удаление матки.

Михель (Michel) высказывается за надвлагалищную ампутацию матки после аппендэктомии при перитоните в любой срок беременности.

Н. А. Виноградов при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения считает показанным опорожнение матки влагалищным или абдоминальным путем. К удалению матки, по его мнению, следует прибегать в редких случаях при тяжелой инфекции матки.

А. Н. Бакулев на конференции хирургов в 1951 г. высказался против удаления матки при перитоните.

Ряд авторов [Фромме (Fromme), Шмид, Шумахер (Schumacher), Панков (Panow) и др.] при перитоните аппендикулярного происхождения рекомендовали трехмоментную операцию, а именно: вначале произвести аппендэктомию, затем, закрыв провизорно брюшную полость и сменив

перчатки и инструментарий, опорожнить матку влагалищным путем; после этого произвести ревизию в брюшной полости, удалить остатки гноя и ввести дренажи.

Большинство современных хирургов и акушеров-гинекологов отказались от трехмоментной операции и прибегают при соответствующих показаниях (разлитой перитонит у беременных с острым аппендицитом) к опорожнению матки влагалищным или чаще абдоминальным путем с последующей аппендэктомией и дренированием брюшной полости.

С целью опорожнения матки целесообразно применить влагалищное кесарево сечение, где это возможно, а при подготовленных родовых путях и соответствующих условиях — извлечение плода через естественные родовые пути.

При жизнеспособном плоде и неподготовленных родовых путях прибегают к операции кесарева сечения в нижнем сегменте с применением продольного разреза. Во время кесарева сечения при разрезе маточной стенки имеется открытая раневая поверхность, зияют венозные синусы плацентарной площадки, все это создает весьма большую опасность для распространения септической инфекции. Поэтому, применяя кесарево сечение при разлитом перитоните, необходимо после вскрытия брюшной полости тщательно изолировать матку марлевыми салфетками. После рассечения маточной стенки и извлечения плода края разреза захватывают пулевыми щипцами и подтягивают в рану брюшной стенки так, чтобы по возможности не загрязнять полость матки перитонеальным экссудатом. Затем, потягивая за пуповину, извлекают послед. При необходимости осмотра полости матки обследование производят большой тупой кюреткой. Швы на разрез маточной стенки накладывают в три этажа. Область зашитого разреза матки орошают антибиотиками или их вводят в толщу маточной стенки по линии зашитого разреза.

После этого матку прикрывают большой марлевой салфеткой, смоченной раствором риванола 1 : 2000 или физиологическим раствором с пенициллином и отводят ее рукой в левую сторону. Затем удаляют отросток. Экссудат из брюшной полости по возможности удаляют марлевыми салфетками или отсасывающими приборами. В брюшную полость вливают пенициллин и стрептомицин, разведенные в 50 мл 0,25% раствора новокаина. Брюшную полость дренируют марлевыми тампонами, введенными через дополнительные разрезы в подвздошных областях длиной в 5—6 см. Весьма целесообразно дополнительное дренирование через кольпотомное отверстие, производимое со стороны брюшной полости над корнцангом, введенным в задний влагалищный свод.

При флегмонозно-перфоративном и гангренозном аппендиците после удаления отростка и дренирования брюшной полости у большинства больных беременность прерывается, что весьма омрачает прогноз в послеоперационном периоде. Развившаяся родовая деятельность, изменение положения и объема матки после ее опорожнения нарушают процесс осумкования экссудата, если таковой происходит, и способствуют генерализации воспаления в брюшной полости. Поэтому-то и приходится прибегать к опорожнению матки при наличии общего перитонита.

Только в тех случаях, когда имеются лишь отдельные признаки перитонита или операцию при перфоративном аппендиците производят в первые сутки от начала заболевания, можно воздержаться от опорожнения матки и даже от введения марлевых тампонов в брюшную полость, ограничиваясь резиновым дренажем.

При разлитом гнойном перитоните, если опорожнение матки производилось абдоминальным путем, после кесарева сечения производят над-

влагалищную ампутацию или реже—экстирпацию матки. Затем удаляют отросток и дренируют брюшную полость.

В запущенных случаях, когда замурованный в спайках и нередко расплавленный отросток не удается удалить, при поздних сроках беременности производят кесарево сечение с последующей ампутацией матки, эвакуацию гноя и хорошо дренируют брюшную полость.

При решении вопроса о плане оперативного вмешательства по поводу аппендицита у беременной, необходимо подходить индивидуально, учитывая общее состояние больной, реактивность ее организма и тяжесть инфекции при развившемся воспалительном процессе.

При наличии у беременных аппендикулярного инфильтрата применяют консервативное лечение в условиях стационара.

После рассасывания инфильтрата, обычно через 4—6 недель, производят аппендэктомию.

акusher-lib.ru

НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ

Изучению непроходимости кишечника у беременных посвящено незначительное количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Большинство их носит чисто казуистический или статистический характер. Обстоятельных обобщающих работ по этому разделу патологии нет.

Непроходимость кишечника, составляющая около 10% (Д. П. Чухриенко) всех неотложных хирургических заболеваний женщин, сама по себе представляет одно из наиболее тяжелых заболеваний.

Непроходимость кишечника у беременных, при родах и в послеродовом периоде является довольно редким заболеванием. Так, Л. Н. Аристова (1930) описала 6 случаев, собранных по женскому хирургическому отделению бывшей Обуховской больницы в Ленинграде за 15 лет. Сборные статистики, существующие в мировой литературе, также немногочисленны и оперируют не столь большими цифрами. Котц (Kotz) почти за 100-летний период (1804—1902) собрал всего 21 случай непроходимости кишечника у беременных. М. С. Найдич (1930) сумел собрать в отечественной литературе 20 случаев. Т. Иоффе (1933) из клиники, руководимой А. Э. Мандельштамом, описав 1 случай, приводит собранные им в литературе 214 случаев непроходимости у беременных. Д. П. Чухриенко к 1952 г. пополнил статистику до 252 случаев, прибавив свои 6 наблюдений непроходимости при беременности и 7 — в послеродовом периоде. У нас, кроме опубликованных в 1938 г. 4 наблюдений, имелось еще 5, из них 4 женщины оперированы. Наш опыт с убедительностью говорит о том, что малочисленность наблюдений объясняется тем, что не всегда учитывают и фиксируют наличие беременности.

Непроходимость кишечника во время беременности, родов, в послеродовом периоде может быть вызвана механическими или динамическими причинами (завороты, инвагинации, диафрагмальные грыжи и др.). Однако лишь в редких случаях беременность является причиной непроходимости тогда, когда увеличенная матка служит непосредственной причиной нарушения проходимости кишечника путем его сдавления.

В силу сказанного мы считаем необходимым разделить непроходимость кишечника у беременных на две основные группы:

А. Непроходимость кишечника в связи с беременностью.

Б. Непроходимость кишечника у беременных.

По ранее проведенному нами анализу литературных данных (В. А. Жмур, 1938) удалось установить, что примерно в 15% случаев непроходимости при беременности на операции не было обнаружено никакой патологии, которая могла бы вызвать непроходимость, и родоразрешение устранило явления непроходимости. Несомненно, в этих случаях

приходится ставить непроходимость в связь с беременностью и считается с этим фактом. Каков же механизм этой непроходимости? Часть авторов (Ф. Микулич-Радецкий, Мусатов и др.) считает, что беременная матка, изменяя пространственные отношения в брюшной полости, просто давит на кишечник, сдавливает его просвет и тем самым создает условия для возникновения непроходимости. Правда, другие авторы (Л. Н. Аристова, И. И. Яковлев) полагают, что этого недостаточно, ибо если бы это было так, то непроходимость встречалась бы чаще; они считают, что непроходимость является следствием положения матки, ее поворота вправо и кзади, особенно если имеется ретрофлексия.

С нашей точки зрения, в этих двух мнениях нет никакого противоречия, ибо несомненно одно: кишка сдавливается беременной маткой; само сдавливание в одних случаях может быть вызвано нормальной беременной маткой, удерживающейся во входе в таз тонусом передней брюшной стенки, величиной и положением матки, а в других — теми патологическими ее состояниями, которые этому способствуют.

Предрасполагающими моментами возникновения кишечной непроходимости у беременных мы считаем два критических положения Людвига: 1) выход матки из полости малого таза кверху (3—4 месяца беременности) и 2) опускание головки в конце беременности.

Подтверждением первого положения является одно из наших наблюдений. Молодая женщина (беременность 3 месяца) явилась к нам с жалобами на задержку мочеиспускания, газов и кала. Всякая попытка испражнения и мочеиспускания вызывала резкий приступ болей. Бимануальное исследование обнаружило фиксированную ретрофлексию матки (ущемление!). Ручное выведение матки в нормальное положение, произведенное со значительным трудом, привело к выздоровлению.

Другие авторы полагают, что главной причиной непроходимости у беременных является нарушение моторной функции кишечника, обусловливаемой самой беременностью. Как известно, беременность в 20—80% случаев (И. И. Яковлев, Н. А. Виноградов и др.) сопровождается запорами, которые в свою очередь вызывают интоксикацию всего организма и резко ослабляют моторную функцию кишок. Если на такую кишку давит беременная матка, то в этом отделе создается венозный застой, который вместе с интоксикацией вызывает стаз, способный перейти в непроходимость. Можно вполне согласиться с Люксом (Lux), который полагает, что интоксикация может быть не только со стороны кишечника, но и со стороны мочевыводящих путей как источника возможной инфекции (Л. Н. Аристова) и других органов. Подтверждением этого положения может служить следующее наше наблюдение.

Больная К., 30 лет, поступила в больницу 30/III с жалобами на боль в животе, непрерывную рвоту, отсутствие стула и газов. Заболела прошлой ночью. Сразу появились боли в животе, наступила рвота и прекратилось отхождение газов. Повторно-родящая. Беременность на IX месяце. Перед этим чувствовала недомогание и боли в правой половине живота внизу. Лечилась от воспаления яичников.

Общее состояние тяжелое (живот вздут, расхождение передних мышц живота, перистальтика в подложечной области). При пальпации умеренная болезненность, которая резко усиливается в правой подвздошной области, здесь же как будто имеется и напряжение мышц; стула и газов нет, мочится свободно. Дно матки почти достигает мечевидного отростка. Сердцебиение плода прослушивается ясно. Сифонная клизма не дала результата. Произведена операция под спинномозговой анестезией в сочетании с местной. При вскрытии брюшной полости резко раздутые тонкие кишки, покрытые клейким слизистым выделением, толстые кишки не видны. Матка, доходящая до мечевидного отростка, не дает возможности осмотреть брюшную полость. Произведено классическое кесарево сечение. Вес ребенка 3400 г. После сокращения матки газы начали проходить в толстые кишки, которые стали наполняться на глазах. Тонкие кишки несколько уменьшились в объеме. Тщательный осмотр брюшной полости обнаружил абсцесс с инфильтрацией в толще наружной стенки слепой кишки. Над абсцессом произ-

ведена пекопликация для погружения его внутрь, брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение совершенно гладкое. Выписалась в хорошем состоянии со здоровым ребенком.

В этом случае мы не обнаружили каких-либо ясных локальных органических причин, кроме воспалительного очага в слепой кишке, которыми можно было бы объяснить непроходимость. Видимо, она явилась результатом давления матки на атоничный паретический кишечник у беременной при инфекционной интоксикации.

Непроходимость кишечника в связи с беременностью наблюдается не во все месяцы с одинаковой частотой. Наиболее часто непроходимость у беременных, по одним данным, наблюдается на IV—V месяце (Людвиг), по другим — на VI (Микulich-Радецкий и др.).

Клиническая картина непроходимости кишечника у беременных довольно разнообразна: иногда это остро протекающее заболевание, иногда же может наблюдаться и хронически развивающаяся непроходимость (Мусатов).

В зависимости от быстроты развития непроходимости и сроков беременности может наступить и изменение общего состояния больной, учащение пульса и дыхания.

Изменения со стороны органов брюшной полости сводятся к вздутию живота, задержке стула и газов, рвоте, болям в животе, ясно видимой через брюшную стенку перистальтике кишечника (у исхудавших больных). В отдельных случаях, при поверхностном осмотре во второй половине беременности и ближе к ее концу, эти явления могут быть приняты за начинающиеся роды.

Непроходимость кишечника, не связанная с беременностью, обуславливается теми же причинами, что и у прочих больных.

Беременная матка, как уже указывалось, редко является первопричиной непроходимости кишечника. Подвижность кишечника и его свойство изменять свой просвет в зависимости от условий, развивающихся постепенно, позволяет ему приспособляться к растущей беременности. Кишечная непроходимость у беременных женщин возникает обычно при наличии спаек, сращений, рубцов, развивающихся после ранее перенесенных воспалительных процессов или оперативных вмешательств, при чрезмерной подвижности различных отделов кишечника из-за удлиненной брыжейки, при наличии опухоли и др. Значительно реже у беременных женщин наблюдается ущемление грыж и инвагинация.

С этиологической точки зрения непроходимость кишечника в большинстве случаев является вторичным заболеванием, т. е. осложнением или симптомокомплексом другого заболевания (воспалительные процессы, травма, оперативные вмешательства, опухоли и др.).

Эти обстоятельства требуют осведомленности о различных видах и формах непроходимости кишечника, которые встречаются вообще и могут встретиться у беременных.



Рис. 131. Узлообразование.

Для правильного понимания клинического течения и патологоанатомических изменений при непроходимости кишечника у беременных также нужна простая, но правильная и рациональная классификация заболевания.

Из значительного числа предложенных классификаций следует считать наиболее приемлемой следующую:

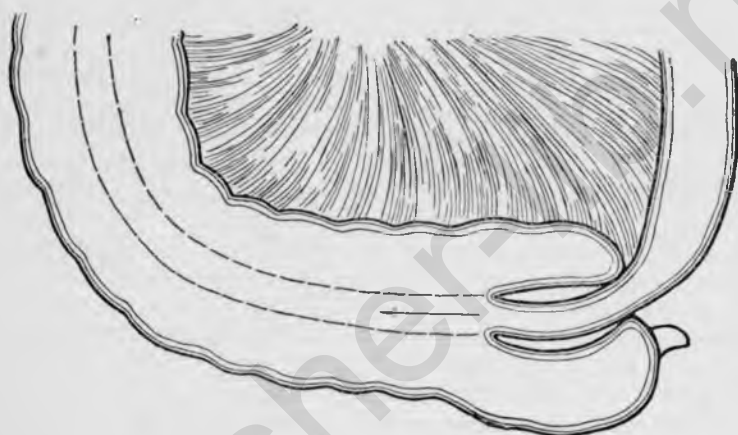
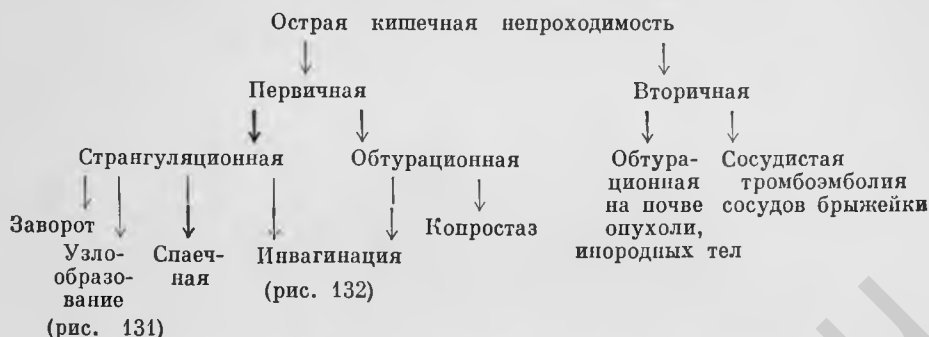


Рис. 132. Илеоцекальная инвагинация.

ЗАВОРОТЫ

Заворот кишечника как один из видов странгуляционной непроходимости встречается наиболее часто. По различным авторам, частота их составляет от 10—15% [Виллис (Willis)] до 38,5% (Д. Н. Чухриенко, 1959) и 50% (И. И. Греков и Е. Н. Аристова). На первом месте стоит заворот тонких кишок (63,9%), затем сигмовидной кишки (21,3%). У беременных завороты кишок встречаются также чаще других видов непроходимости, а из заворотов чаще встречается заворот сигмы (В. А. Жмур, И. Г. Дзихов, Е. Т. Сокол и др.).

Заворот тонкой кишки по современным представлениям является не случайным заболеванием здорового человека (беременной женщины), а следствием врожденных (Ц. Т. Цеге-Мантейфель) или приобретенных (В. А. Головиниц и др.) изменений брыжейки, брюшины и кишечника, сочетающихся с внезапным изменением внутрибрюшного давления, приемом большого количества пищи (С. И. Спасокукоцкий), повышением перистальтики кишечника, расслаблением мышечного аппарата. Заворот

тонкой кишки, почти как правило, начинается внезапно, среди полного здоровья. Клиническая картина этого заболевания в значительной степени зависит от уровня и степени заворота и размеров участка брыжейки, вовлеченного в этот процесс. У беременных чаще всего происходит заворот тонких кишок в послеродовом периоде в связи с опорожнением матки и уменьшением объема брюшной полости. Больные обычно жалуются на сильные, носящие вначале приступообразный характер боли в животе, рвоту, задержку стула, неотхождение газов, общую слабость. Беременность или послеродовой период обычно стирают эти симптомы.

Основным симптомом является боль в животе, особенно рвота и вздутие живота.

Примером может служить следующее наблюдение.

Больная С. поступила в больницу 27/IV с жалобами на боли во всем животе, рвоту и задержку стула и газов. Пять дней назад родила дома. Роды прошли благополучно. На 2-й день после родов пошла в баню, затем поела и выпила рюмку вина. Появились боли в животе, понос и рвота. Понос быстро прекратился, но рвота продолжалась все время. За последние 2 дня полное прекращение стула и газов. Из анамнеза выясняется, что у нее было 9 родов. За 3 недели до последних родов у большой был жидкий стул по несколько раз в день.

Больная маленького роста, ослабленного питания, бледная. Кости и мышцы развиты удовлетворительно. Органы грудной клетки клинически отклонений от нормы не представляют. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичный, 80 ударов в минуту. Живот резко вздут. Брюшная стенка дряблая, расхождение прямых мышц. В области пупка через брюшную стенку ясно видна резкая перистальтика кишок. При пальпации живот малоболлезненный и мягкий. При бimanуальном исследовании матка величиной с мужской кулак, лежит в малом тазу, плотная, хорошо сократившаяся. Шейка ее пропускает палец. Стула и газов нет. Временами рвота. Мочиспускание свободно.

Диагноз: илеус.

От операции больная отказывается. Промывание желудка, капельные клизмы, физиологический раствор в вену. Состояние ухудшается.

30/IV операция. По средней линии вскрыта брюшная полость. Кишки перистальтируют. При осмотре обнаружен заворот всего тонкого кишечника на 360°. Весь тонкий кишечник имеет очень длинную брыжейку и сравнительно короткий, около 20 см, корень ее. Матка величиной с кулак лежит в малом тазу. Поверхность ее гладкая, без всяких спаек. Произведено раскручивание заворота и послойное закрытие брюшной полости наглухо. Послеоперационное течение осложнилось нагноением раны, почему больная выписана только через 20 дней в хорошем состоянии.

Нам кажется вполне допустимым считать, что в данном наблюдении происхождение заворота связано с резким повышением перистальтики после обильной еды и вина (понос и рвота) в сочетании с удлинением на коротком основании брыжейки тонкого кишечника в очень растянутой и расслабленной после родов брюшной стенкой. Беспорядочная перистальтика еще «не оправившегося» кишечника привела к завороту, который, видимо, развивался медленно.

Заворот сигмовидной кишки у беременных по частоте стоит на первом месте. Причинами его возникновения являются спайки и рубцы в брыжейке сигмовидной кишки (92%) (Д. П. Чухриенко). Различного рода фиксации сигмовидной кишки воспалительными сращениями к париетальной брюшине или органам брюшной полости также служат предрасполагающим моментом к развитию заворота ее.

Предрасполагающими моментами наравне с изменениями со стороны брыжейки могут быть анатомические особенности самой кишки (положение, форма, размеры) и нарушение функции кишечника (запоры, стазы, поносы).

Ослабление тонуса и перистальтики толстой кишки, ведущее к хроническим запорам, одноразовое чрезмерное переполнение кишечника (Д. П. Чухриенко) также могут вести к возникновению заворота. Усиление перистальтики кишок при поносах, резкое повышение внутрибрюш-

ного давления (поднятие тяжестей, напряжение, резкий поворот) являются частыми причинами заворота сигмы. Заворот сигмовидной кишки наблюдается не только при беременности, но и при родах. Следует подчеркнуть, что указанные причины приобретают особое значение при беременности, так как приспособляемость организма беременной значительно изменена и ослаблена и влияние каждой из причин значительно повышается.

Клиническая картина заворота сигмовидной кишки в значительной степени зависит от: 1) степени заворота, 2) времени, прошедшего от начала заболевания до момента обследования, 3) возраста больной и 4) характера предшествующих мероприятий.

В анамнезе больной с заворотом сигмовидной кишки в период, предшествующий развитию приступа острой кишечной непроходимости, очень часто отмечаются хронические запоры с характерным для них симптомокомплексом и рецидивирующая непроходимость кишечника.

Заворот сигмы почти в $\frac{2}{5}$ случаев развивается внезапно, среди полного здоровья, в остальных случаях развитие идет постепенно.

По клиническому течению заворот сигмовидной кишки можно разделить на три формы: а) острую, б) подострую и в) рецидивирующую. Каждая из форм имеет свою клиническую картину, до некоторой степени охарактеризованную самой классификацией.

Заворот сигмы встречается чаще в конце беременности. И. Т. Дзидихов приводит 3 случая заворота, наблюдавшегося при VII—VIII месяцах беременности, наблюдал заворот Е. Г. Сокол в послеродовом периоде. В редких случаях завороты могут быть двойные, что, конечно, отягощает и клиническую картину, и распознавание страдания.

Примером служит наше наблюдение.

Больная Л., 31 года, беременная, поступила в больницу 27/IX с жалобой на сильные боли в животе, задержку стула и газов. Заболела в ночь на 27/IX, появились схватки в животе и вскоре рвота. Приняла слабительное — стул незначительный и никакого облегчения. Из прежних заболеваний отмечает запоры при беременности и по временам боли в животе. Беременность четвертая, сроком IV месяца.

Живот резко вздут. Стенки его дряблые, диастаз прямых мышц. Сквозь стенку живота видна перистальтика. Выше пупка, несколько косо, справа удается прощупать раздутую кишку с находящимися на ней перетяжками, характер которых позволяет заключить, что это отрезок толстой кишки (поперечной). Почти на уровне пупка прощупывается дно матки, соответствующее полным 4 месяцам беременности. Сифонная клизма не дала результатов.

Операция под спинномозговой анестезией. Срединным разрезом вскрыта брюшная полость. В ране предлежит огромная раздутая толстая кишка. При детальном осмотре удаётся установить, что это слепая кишка, имеющая длинную брыжейку (30—40 см), непосредственно переходящую из брыжейки тонкой кишки. Весь толстый кишечник расположен слева от тонкого и вверх прилегает только к верхней половине большой кривизны желудка, оттуда прямо переходит в селезеночный угол и далее в нисходящую кишку. Сигмовидная кишка в средней своей части резко притянута спайками к корню брыжейки и образует, таким образом, два больших колена. Слепая кишка с частью тонкой завернулась на 270°, а верхнее колено сигмовидной — на 180°. Все тонкие кишки расположены справа. Ясно видна вся двенадцатиперстная кишка и переход ее в тонкую, покрытую тонкими просвечивающими спайками, более плотными слева от средней линии. Слева кишка растянута и фиксирована к передней брюшной стенке. Сигмовидная кишка также расположена слева. На верхнюю часть обоих колен наложен анастомоз длиной 8—10 см. Матка величиной с голову взрослого ребенка, гладкая, подвижная, без спаек. Брюшная полость закрыта наглухо. Послеоперационное течение гладкое.

7/X выписалась в хорошем состоянии. Беременность сохранилась. Срочные роды в больнице. Ребенок жив.

В этом случае мы имели аномалию расположения и фиксации правой половины толстого кишечника в виде его полного левостороннего расположения. Сигмовидная кишка вследствие воспалительных рубцовых спаек сложилась вдвое в виде двустволки.

СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Связующей между указанными двумя видами непроходимости и в то же время особой разновидностью ее является спаечная непроходимость. В основе ее лежит механический фактор, развивающийся в результате: а) оперативных вмешательств на органах брюшной полости, б) воспалительных процессов в брюшной полости и в) травматических повреждений органов живота.

Все указанные выше процессы развиваются вследствие различных повреждений серозного покрова брюшины и по морфологическому строению представляют собой различные стадии воспалительного процесса и процесса рубцевания. Даже фибриновые спайки желудка способны вызвать склеивание кишечника и образование непроходимости.

Причины образования спаек у женщин могут быть самыми разнообразными. Они представлены в нижеприведенной таблице.

**Причины образования спаек у женщин
(по Д. П. Чухриенко)**

Причины образования спаек (по данным оперативного вмешательства)	Количество женщин	% к общему числу
Гинекологические и акушерские операции	272	26,1
Воспаление червеобразного отростка	218	20,9
Воспаление придатков матки	190	18,2
Ранее перенесенные операции по поводу непроходимости кишечника	67	6,4
Лапаротомии по поводу заболеваний органов брюшной полости	34	3,1
Туберкулезный перитонит	31	2,9
Пери- и параметрит	25	2,4
Проходящие ранения живота	15	1,5
Грыжесечение	8	0,7
Операции на желудке	7	0,6
Закрытая травма живота	1	0,09
Рак червеобразного отростка	1	0,09
Гипернефрома	1	0,07
Причина неизвестна	172	16,5
	1042	

Спаечная непроходимость по своей форме бывает странгуляционной (44,2%), obturационной (16,3%) и смешанной (38,5%). Непроходимость может быть и динамической, если к спайкам присоединяется воспалительный процесс.

Больная Г-ва, 30 лет, поступила в клинику 21/V с диагнозом: интоксикация, острый панкреатит. Вторая беременность 30 недель.

В апреле перенесла аппендэктомию по поводу гангренозного аппендицита (при 5-месячной беременности) и перитонита. Послеоперационный период протекал тяжело. Больная выписалась с инфильтратом передней брюшной стенки, по поводу которого поступала в клинику повторно для вскрытия его. При поступлении жалобы на схваткообразные боли в животе, наступившие внезапно во время сна. В подложечной области резкие, схваткообразного характера боли. Вызванный врач установил пищевое отравление, рекомендовал выпить около 7 стаканов содовой воды, после чего была рвота, но боли усилились и быстро нарастали.

Общее состояние оставалось удовлетворительным, больная мечется, стонет от болей, принимает положение на животе. Артериальное давление 100/80. Живот увеличен в нижней половине. Матка на 3 поперечных пальца выше пупка. Живот

мягкий, резко болезненный в подложечной области. Раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сохранена.

Со стороны беременности отклонений не установлено. Предположение: спаечная непроходимость. Но ввиду неясной симптоматики решено выжидать.

В дальнейшем наблюдались рвота, вздутие живота, уровни в кишечнике. Рентгенологическое исследование подтвердило диагноз, и больная была оперирована на 4-й день. На операции обнаружен тяж, идущий от матки к брыжейке средней части тонкого кишечника с перехлестыванием просвета кишки. Резекция кишки. Выздоровление. Роды мертвым плодом на 4-й день после операции.

Приведенное наблюдение является весьма типичным и довольно точно характеризует течение непроходимости у беременных на VI месяце беременности.

Клиника и симптоматология спаечной непроходимости у беременных не представляют больших отклонений от таковых при отсутствии беременности и диагностика ее в большинстве случаев нетрудна.

Жалобы больных сводятся главным образом к жалобам на боли в животе различного характера и локализации, что зависит от формы спаечной непроходимости, высоты препятствия и сроков беременности. В анамнезе у таких больных всегда имеются указания на перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза и брюшной полости, оперативные вмешательства или травму. При этом часто удается выяснить повторяющуюся относительную непроходимость кишечника.

Следует очень внимательно учитывать симптомы кишечной непроходимости после операции, которые могут быть: а) первично ранними, б) вторично ранними и в) поздними послеоперационными (Д. П. Чухриенко).

Ранняя форма непроходимости кишечника может возникать после различных операций в брюшной полости, в частности после аппендэктомии (наше наблюдение), но может быть и динамической, и механической, и смешанной, насаиваясь на незатихший еще воспалительный процесс; все это очень сильно затрудняет распознавание заболевания.

Иные виды странгуляционной непроходимости, как узлообразование, инвагинация и др., встречаются сравнительно редко и сведения о них могут быть почерпнуты из учебников общей хирургии.

ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Обтурационная непроходимость вообще и у беременных женщин в частности бывает первичной и вторичной. Развиваясь на почве закрытия просвета кишки новообразованиями (рис. 133), кишечными и каловыми камнями, инородными телами, воспалительными процессами и на почве сужения кишок, она бывает и при беременности.

Специальных статистик, выясняющих этот вопрос, в литературе нет. Имеются сообщения о подобных наблюдениях в соответствующих монографиях.

Наиболее частой причиной обтурационной непроходимости является рак толстой кишки и копростазы. По данным Д. П. Чухриенко, причиной почти каждого второго случая обтурационной непроходимости является именно рак. Из различных локализаций ракового процесса толстых кишок (рис. 133) рак сигмовидной кишки и участка, где она переходит в прямую, чаще всего является причиной непроходимости (78,9% по Д. П. Чухриенко).

Следует различать следующие периоды нарушения перехода содержимого по кишечнику:

1. Продромальный период или период начальных симптомов, в течение которого больные отмечают понижение или даже потерю аппетита,

периодическое вздутие живота, тошноту, тяжесть в животе и запоры (стул через 2—3 дня).

2. Период выраженной частичной непроходимости.

3. Период полной непроходимости кишечника.

Необходимо подчеркнуть, что продромальный период у беременных может быть ошибочно объяснен симптоматологией беременности и пройти незамеченным. Поэтому при малейшем подозрении на развитие непроходимости больные должны быть обстоятельно подвергнуты самому тщательному рентгенологическому обследованию.

Такая же клиническая картина рецидивирующей непроходимости может быть и при доброкачественном сужении дистального отдела толстой кишки.

Следует подчеркнуть, что в части случаев рак толстой кишки может сразу вызвать картину полной кишечной непроходимости. Однако при длительном опросе таких больных удается получить указания на «колит». Такие больные подлежат экстренной операции.

Литературные данные и опыт хирургической и гинекологической клиник показывают, что операция должна быть направлена на радикальное устранение непроходимости (резекция кишки).

Из особенностей оперативного вмешательства заслуживает внимания необходимость тщательного зашивания брюшной стенки, особенно когда беременность сохраняется и могут наступить преждевременные роды.

Копростаз у беременных представляет сравнительно частое явление, которое в большинстве случаев может быть устранено консервативным путем. Предметом хирургического вмешательства оно является редко, поэтому мы его не описываем.

На границе странгуляционной и обтурационной формы кишечной непроходимости стоит инвагинация кишечника, сравнительно редко встречающаяся при беременности.

Из различных форм инвагинации — тонкая в тонкую, тонкая в толстую, толстая в тонкую, чаще встречается вторая форма — илеоцекальная инвагинация (см. рис. 132). Клиническая форма ее представляет собой картину частичной непроходимости с наличием кровянистого стула и опухолевидного образования в правой половине живота.

Лечение оперативное: дезинвагинация при жизнеспособной кишке и резекция при невозможной дезинвагинации или омертвлении кишки.

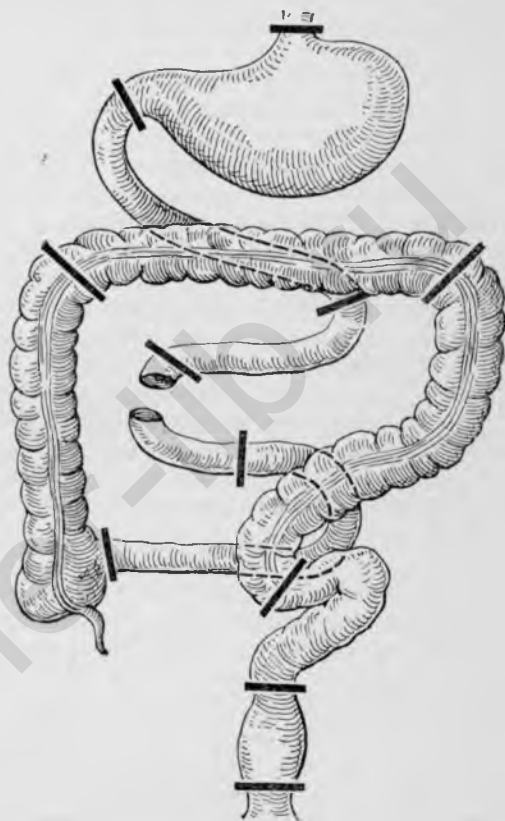


Рис. 133. Схема наиболее частой локализации опухолей, вызывающих непроходимость кишечника.

Лечение непроходимости кишечника у беременных может быть только хирургическое и должно быть применено при первых же ясных ее признаках.

За последние годы летальность от хирургического лечения кишечной непроходимости по Москве — 16% и по Ленинграду — 14% (А. И. Мионов, 1959) против прежних 51% (Левин) и 38,8% (Вик). При этом, по данным Д. П. Чухриенко (1959), в случаях, когда операцию выполняли более чем через 6 часов от начала заболевания, летальность составляла 33,9%, а при операции до 6 часов — 16,1%. Эти данные красноречиво говорят об огромном значении ранней диагностики и правильной организации хирургической помощи.

Поступившая больная должна быть тщательно обследована и проконсультирована как с хирургом, так и с акушером-гинекологом.

Бимануальное исследование подобных больных должно или полностью исключить, или исправить неправильное положение матки, которое может явиться причиной, вызвавшей непроходимость кишечника.

При выборе рациональной помощи по поводу кишечной непроходимости у беременных следует решить ряд вопросов, имеющих отношение к правильному ведению беременности: 1) нужно ли вообще оперировать больную или следует испытать неоперативные методы; 2) следует ли прерывать беременность; 3) какие методы родоразрешения следует предпочесть; 4) какие методы оперативных вмешательств могут быть применены; 5) последовательность их.

Лечение любого вида непроходимости кишечника надо начинать с применения неоперативных мероприятий, которые в части случаев излечивают больных, а в других случаях являются предоперационной подготовкой.

Характер мероприятий определяется основным видом и формой кишечной непроходимости, причиной и степенью ее, общим состоянием больной и временем, прошедшим от начала заболевания.

При ранних сроках госпитализации, когда общее состояние больной нетяжелое и нет признаков перитонита, консервативная терапия должна быть направлена на восстановление проходимости кишечника, водно-солевого баланса, уменьшение интоксикации и нарушений центральной регуляции функций организма (Д. П. Чухриенко) и на нормализацию деятельности сердечно-сосудистой системы.

Одним из наиболее распространенных методов устранения непроходимости являются сифонные клизмы в сочетании с атропином под кожу. Сифонная клизма должна проводиться повторно и настоятельно, в различных положениях больной. Далее надо промыть желудок или удалить его содержимое через тонкий зонд, проведенный через нос.

Хорошие результаты, по данным П. Н. Маслова, А. А. Вишневого и др., дает применение околопочечной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому. Другие же авторы (Д. П. Чухриенко) не считают ее такой эффективной.

При наличии схваткообразных болей особенно показано применение 0,1% раствора солянокислого атропина (1 мл), даже повторно. При явлениях динамической непроходимости эти мероприятия обычно приводят к выздоровлению.

В тяжелых случаях и при явлениях перитонита, характерных для механической непроходимости, мероприятия должны быть направлены на улучшение общего состояния больной и нормализацию функций организма для уменьшения риска оперативного вмешательства.

Для этого больной вводят сердечные средства, глюкозу, пантопон, делают промывание желудка. Особенно показано введение солевых растворов, как изотонических (до 2 л), так и гипертонических (20%—50 мл). Вместе с физиологическим раствором очень хорошо вводить 5% раствор глюкозы. Для урегулирования высшей нервной деятельности А. П. Юрихин рекомендует вводить 10% раствор бромистого натрия, а Д. П. Чухриенко — устранять различные внешние раздражения (слуховые, световые, обонятельные и болевые), так как сама непроходимость кишечника уже приводит к истощению функциональной способности коры головного мозга, а дополнительная афферентная стимуляция еще больше ухудшает ее.

В тяжелых случаях непроходимости кишечника рекомендуется вводить больным гидролизаты белка, витамины В₁ и С вместе с глюкозой.

Что касается вопроса о сохранении или прекращении беременности при непроходимости кишечника, а также вопроса об искусственном родоразрешении, то в настоящее время большинство авторов (Т. Иоффе, 1933; Д. П. Чухриенко, 1959) придерживается следующей точки зрения. В первой половине беременности (4—5 месяцев) операцию делают только по поводу непроходимости, беременность оставляют и принимают все меры к ее сохранению. В тех же случаях, когда причиной непроходимости кишечника является беременная матка, необходимо испробовать ручное вправление ее или прибегнуть к ее опорожнению.

Если же непроходимость кишечника развивается у беременной при жизнеспособном плоде, то в интересах и матери, и плода одновременно с операцией по поводу непроходимости надо произвести и родоразрешение. В случаях, когда наряду с операцией по поводу непроходимости производилось опорожнение матки, удавалось сохранить жизнь плоду. Надо считать установленным, что в таких случаях методом выбора является абдоминальное кесарево сечение (В. И. Судаков, Д. П. Чухриенко и др.).

При осложнении кишечной непроходимости у беременных перитонитом после 6 месяцев беременности вначале делают лапаротомию и устраняют непроходимость, а затем решают вопрос о родоразрешении через родовые пути. Вопрос о методе родоразрешения после лапаротомии решается индивидуально в зависимости от состояния больной и сроков беременности.

Методом выбора следует считать общий наркоз, хотя возможна и местная анестезия.

Оперативное вмешательство при непроходимости кишечника у беременных может быть и очень простым, и очень сложным. Оно зависит от причины, вызвавшей непроходимость, ее локализации, а также от стадии процесса. В легких случаях, когда все вмешательство сводится к рассечению спайки, расправлению заворота или высвобождению петли из отверстия грыжевых ворот при сохранении жизнеспособности кишки, обычно после устранения препятствия кровообращение в кишке восстанавливается. В тяжелых случаях, когда имеет место омертвление той или иной части кишки, требуется резекция ее.

При выборе места разреза брюшной стенки при непроходимости кишечника и наличии беременности во второй половине следует считать методом выбора срединный разрез, дающий одинаково хороший доступ для операции на кишечнике и на матке.

При острой кишечной непроходимости, как правило, в брюшную полость выпотевает серозная жидкость, переходящая в дальнейшем в геморрагическую. В этот выпот нередко проникает и инфекция из полости кишок, вследствие чего выпот приобретает гнилостный запах. Так

как выпот является источником тяжелой интоксикации, он должен быть удален из брюшной полости, лучше всего путем отсоса.

Если решено прервать беременность, операцию начинают с опорожнения матки. Первоначальное опорожнение ее повышает шансы на получение живого плода, а уменьшение ее объема облегчает условия последующей операции на кишечнике.

При отыскании места, где возникла непроходимость, нужно руководствоваться состоянием кишечных петель. Место препятствия является границей между раздутым и спавшимся отделом кишок. Если искать эту границу, идя не по раздутым, а по спавшимся кишкам, травма обычно незначительная. Следует помнить, что и эту манипуляцию надо проводить нежно, так как даже пустая кишка начинает раздуваться после ее травмирования, а это обстоятельство затрудняет повторный осмотр; поэтому отыскивают одну из спавшихся петель кишки и по ней идут в обе стороны до места раздутия. Спавшиеся кишки, извлекаемые небольшими участками, легко погружаются обратно в брюшную полость. Однако этот прием не всегда может быть применен, так как раздутые петли настолько закрывают спавшиеся, что их невозможно отыскать. Для быстрой ориентировки в локализации уровня препятствия следует начинать осмотр кишечника со слепой кишки; при ее раздутии препятствие следует искать по ходу толстого кишечника, если же она находится в спавшемся состоянии, значит непроходимость локализуется в тонком кишечнике.

После устранения причины непроходимости тщательно проверяют жизнеспособность кишки и проходимость сосудов брыжейки (пульсация).

Для ускорения выявления жизнеспособности кишки следует обложить ее марлевыми салфетками, смоченными в теплом физиологическом растворе. Если после этого кишка быстро принимает розовую окраску и перистальтирует, то она должна быть оставлена. Надо тщательно осмотреть место препятствия, так как небольшие участки мало жизнеспособной кишки на почве тромбоза могут потом перфорироваться и вызвать развитие перитонита. Кроме того, поражение кишечника всегда начинается со слизистой. Если же кишка омертвела, если в течение нескольких минут она не принимает нормальной окраски и не перистальтирует, а также при подозрении на наличие в ней необратимых изменений ее надо резецировать.

Резекцию пораженных кишок надо производить в пределах здоровых тканей кишки. Проходимость восстанавливается достаточно широким анастомозом.

Резекция кишечника при его непроходимости в различных отделах проводится по-разному и показания к ней разные.

Так, при поражении тонкого кишечника всегда производят резекцию и заканчивают ее наложением анастомоза конец в конец (Д. П. Федорович, клиника А. Н. Бакулева). Нередко и при непроходимости толстого кишечника производят первичную резекцию. Так, например, при завороте толстой кишки или илеоцекального отдела производят удаление всего пораженного отрезка с наложением анастомоза конец в бок. При заворотах и опухолях сигмовидной кишки, если позволяет общее состояние больной, также можно сделать первичную резекцию сигмовидной кишки.

В тяжелых случаях, а также при обширных спайках приходится накладывать обходные внутренние анастомозы или наружные кишечные свищи для отведения кишечного содержимого.

Часто для правильной ориентировки и лучшего отыскания места препятствия или даже после устранения препятствия возникает необходимость опорожнения кишечника; это производят путем прокола толстым

троакар. После освобождения кишечника легче ориентироваться в характере и месте препятствия и в протяженности поражения.

В послеоперационном периоде в тяжелых случаях пареза кишечника рекомендуется накладывать подвешную энтеростомию по С. С. Юдину.

Особого внимания в послеоперационном периоде требуют больные, перенесшие одномоментную резекцию левой половины толстого кишечника или сигмовидной кишки. Физиологическая особенность этой половины толстого кишечника, связанная с функцией уплотнения каловых масс, отрицательно сказывается на прочности шва. Поэтому таким больным в послеоперационном периоде необходимо давать в первые 6—8 дней ежедневно вазелиновое или свежее сливочное масло по 100 г. Проходя в толстый кишечник, эти масляные вещества размягчают каловые массы и облегчают проходимость их. Этим самым значительно улучшается послеоперационное течение.

akusher-lib.ru

РЕТРОФЛЕКСИЯ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Ретрофлексия матки, т. е. перегиб ее кзади, является одной из причин женского бесплодия. Если у женщины, имеющей ретрофлексию матки, наступит беременность или, что, по В. С. Груздеву, бывает чаще, неправильное положение разовьется после зачатия, то беременность в зависимости от того, имеется ли подвижная или фиксированная ретрофлексия, протекает различно. Если вокруг тела матки имеются обширные, крепкие спайки, то тело матки с развитием беременности не может свободно расширяться; в результате наступает выкидыш. Возможен и другой исход. Так как во время беременности имеется усиленный приток крови к органам малого таза, которые вследствие этого становятся сочнее и полнокровнее, то и спайки, окружающие матку, становятся и сочнее, и растяжимее; в то же время беременная матка стремится принять положение антефлексии — версии. Благодаря этим двум обстоятельствам не очень плотные спайки растягиваются и матка принимает нормальное положение, что обычно наступает на III—IV месяце беременности. В таких случаях беременность благополучно достигает нормального срока.

Но может случиться, что при фиксированной ретрофлексии беременность не прервется, а матка не примет нормального положения, тогда может наступить очень тяжелое осложнение — ущемление беременной матки (рис. 134). Причиной ущемления (инкарцерации) беременной матки в тазу могут служить спайки, оставшиеся после воспалительного процесса и фиксирующие заднюю стенку матки к окружающим ее тканям. Если мыс резко выступает вперед, он явится препятствием к принятию маткой своего нормального положения. Иногда причиной являются опухоли, локализующиеся на передней стенке матки, а также сужения таза в прямом размере. Большая беременная матка, ущемленная в тазу, сильно надавливает на прямую кишку, на мочевой пузырь и уретру. В результате нарушается функция и прямой кишки, и мочевых путей.

Сдавление прямой кишки не угрожает немедленной опасностью, так как в кишечнике могут скопиться большие количества каловых масс, не вызывая серьезных расстройств, давление же на шейку мочевого пузыря и на уретру вызывает серьезные осложнения: мочеиспускание затрудняется и становится невозможным. Моча, скопясь в мочевом пузыре, растягивает его настолько, что верхняя граница его доходит до пупка, а иногда поднимается еще выше. Такое растяжение мочевого пузыря отражается и на проходимости мочеточников, и на функции почек. Тем не менее мочевой пузырь продолжает наполняться, и скоро наступает момент, когда он либо должен лопнуть, либо, что обычно и происходит, моча начинает просачиваться наружу через растянутую и отечную уретру, и наступает картина парадоксальной ишурии: моча произвольно и беспрерывно выте-

кает из уретры по каплям и в то же время мочевого пузыря остается переполненным, так как количество мочи, произвольно вытекающее через уретру, с избытком восполняется свежим притоком мочи из почек. Результатом длительного перерастяжения стенки мочевого пузыря является нарушение ее питания и развитие некроза. При отсутствии защитного механизма в виде нормальной струи мочи постоянное произвольное истечение мочи по каплям способствует проникновению микробов из уретры в мочевой пузырь. В некротизирующейся слизистой мочевого пузыря микробы находят благоприятные условия для развития своих патогенных свойств, в результате чего наступает гангрена. Из гангренного

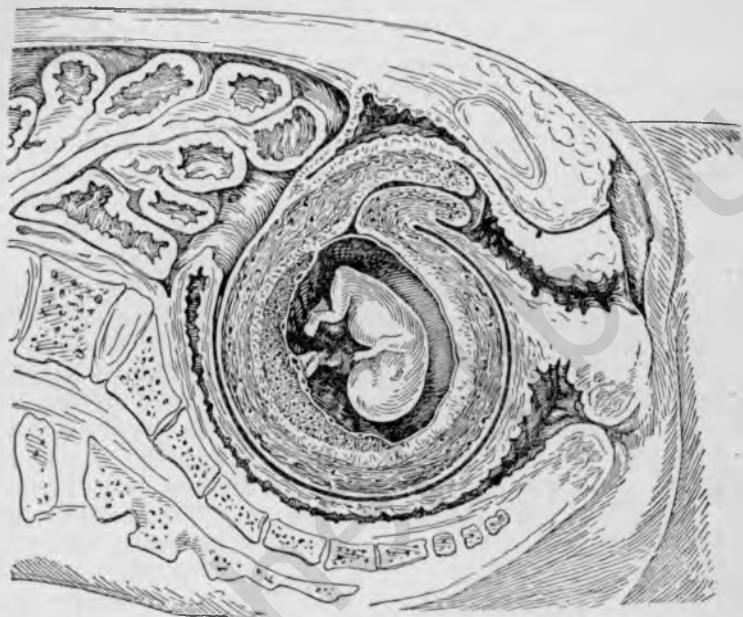


Рис. 134. Ущемление ретрофлексированной беременной матки.

цистита может развиваться восходящий пиелонефрит и общий сепсис. Возможен также и разрыв гангренизирующего мочевого пузыря, что может повлечь за собой наступление смертельного перитонита. Наблюдались случаи выздоровления после самостоятельного выделения через уретру омертвевшей слизистой мочевого пузыря с подлежащим тонким мышечным слоем, но при этом в мочевом пузыре остается рубцовое сморщивание, в нем образуются дивертикулы, расширяются устья мочеточников, запираемый аппарат которых перестает функционировать.

Ввиду большой опасности, с которой связано ущемление перегнутой или наклоненной кзади беременной матки, весьма важно своевременно распознать и устранить это осложнение беременности.

Диагностика ущемления ретрофлексированной матки очень легка: в конце III или на IV месяце беременности появляются жалобы на постоянные позывы к мочеиспусканию, причем каждый раз выделяется лишь несколько капель мочи. При наружном исследовании над лобком вместо матки (на IV месяце беременности матка обычно уже хорошо определяется снаружи) обнаруживается тонкостенная, флюктуирующая опухоль, доходящая до пупка и выше. Это переполненный мочевой пузырь. Если при катетеризации отходит сразу большое количество мочи, диагноз подтверждается. При влагалищном исследовании находят влагалищ-

ную часть матки резко смещенной вверх и кпереди, она с трудом или вовсе не достигается исследующим пальцем, а задний влагалищный свод выпячен объемистым телом беременной матки.

Возможны, конечно, и диагностические ошибки. При наружном исследовании можно переопределенный, достигающий до пупка, мочевой пузырь принять за беременную матку V—VI месяцев, упустив из вида, что срок отсутствия менструаций меньше и не соответствует величине «матки». При влагалищном исследовании тело матки, выпячивающее задний влагалищный свод, может быть принято за ущемленную в тазу опухоль (фибромиома матки, киста яичника).

Но если помнить о возможности ущемления ретрофлексированной беременной матки и взять себе за правило в каждом случае, в котором фигурируют жалобы на невозможность мочеиспускания, прибегать к катеризации мочевого пузыря, то легко поставить правильный диагноз. Катеризация необходима не только для диагностирования, но и для лечения, так как придать беременной матке правильное положение можно лишь после опорожнения переполненного мочевого пузыря. Выпустить у больной мочу обыкновенным женским металлическим катетером в этих случаях невозможно, так как при вытянутой уретре катетер оказывается слишком коротким, поэтому необходимо пользоваться металлическим мужским катетером. Эластический резиновый катетер может и не пройти через сдавленное шейкой матки внутреннее отверстие уретры.

После того как мочевой пузырь будет опорожнен, приступают к при-

Рис. 135. Ущемление ретрофлексированной беременной матки. Пункция мочевого пузыря через брюшную стенку.

1 — ущемленная беременная матка; 2 — задняя губа маточного зева; 3 — мочевой пузырь.

ведению матки в нормальное положение. Так как это вмешательство болезненно, то рекомендуется производить его под наркозом. Наркоз значительно облегчает вправление матки. Легче всего вправление запрокинутой матки удастся к концу III месяца в коленно-локтевом положении женщины. Два пальца правой руки вводят во влагалище и, продвигая их в задний влагалищный свод, стараются вытолкнуть ими тело матки сбоку от крестцовой кости в полость большого таза. Попытки выправить матку по средней линии оказываются менее действенными, так как мыс крестцовой кости мешает поднятию матки. Большое облегчение при выведении матки оказывает низведение ее к половой щели пулевыми щипцами. Если исправление положения не удастся, можно

ввести эластический кольпейринтер, наполнить его ртутью или водой и оставить на некоторое время.

Чтобы удерживать матку в приданном ей положении, В. С. Груздев рекомендует введение пессария соответственной величины во влагалище. К. К. Скробанский отрицательно относится к применению пессариев, считая, что они раздражают матку и возбуждают родовую деятельность. Поэтому он рекомендует специальные гимнастические упражнения, которые больная должна проделывать 2 раза в день. Мы, применяя пессарий Годжа, неблагоприятных последствий не наблюдали.

Здесь мы остановимся лишь на тех методах лечения, к которым приходится прибегать, когда катетеризация мочевого пузыря не удается. Неудача эта может явиться результатом не только сильного прижатия уретры к лонной кости, но и закупорки уретры некротическими массами, отделившимися от стенки мочевого пузыря при ее гангренозности. Попытка уменьшить объем ретрофлексированной матки путем прокола плодного пузыря через шеечный канал в большинстве случаев не удается, так как достичь высоко стоящей влагалищной части матки можно лишь с трудом. Рекомендованный в прежнее время прокол матки и плодного яйца через задний влагалищный свод троакаром или толстой иглой от шприца опасен: при нем можно, во-первых, поранить крупный кровеносный сосуд и вызвать сильное внутреннее кровотечение, а во-вторых, инфицировать полость брюшины (В. С. Груздев). Поэтому в последнее время некоторые авторы, в том числе и мы, прибегали в подобных случаях к лапаротомии.

При лапаротомии по поводу ущемления ретрофлексированной матки при беременности надо очень осторожно проводить разрез брюшной стенки, чтобы не поранить высоко расположенный мочевой пузырь. Ранение мочевого пузыря само по себе является тяжелым осложнением операции, а при наличии гангренозного цистита оно может повести даже к смертельному перитониту. Поэтому, чтобы предотвратить возможность такого осложнения, разрез брюшной стенки ведут выше, чем обычно, а вскрытие брюшины начинают на уровне пупка или еще выше. После вскрытия брюшной полости прежде всего обнаруживают переполненный мочевой пузырь; матка скрыта за ним и выполняет полость таза. Чтобы извлечь ущемленное в тазу тело беременной матки, вводят руку в полость таза (между маткой и задней стенкой таза), осторожными пилящими движениями пальцев разъединяют сращения, если таковые имеются, и ладонной поверхностью руки выводят матку в рану. Для того чтобы матка вновь не запрокинулась, следует укоротить круглые связки. По окончании лапаротомии производят катетеризацию мочевого пузыря, что теперь легко удается.

В запущенных случаях, когда вся толща стенки мочевого пузыря вплоть до его брюшинного покрова поражена гангреней и только спайки с кишками предохраняют брюшную полость от излития в нее ихорозного содержимого мочевого пузыря, лапаротомия может стать опасным вмешательством. В этих случаях приходится либо пунктировать мочевой пузырь со стороны брюшной стенки, либо накладывать надлобковый пузырный свищ (рис. 135). Пункция или наложение свища со стороны влагалища опасны потому, что инфицированная моча, попадая во влагалище, может вызвать инфекцию полового аппарата, особенно если наступит выкидыш. При быстром опорожнении мочевого пузыря наблюдались случаи тяжелых кровотечений из пораженных гангренозным процессом кровеносных сосудов, разрывающихся вследствие внезапного изменения внутрипузырного давления, поэтому опорожнять пузырь следует медленно, выпуская мочу небольшими порциями.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Одной из наиболее частых причин возникновения у женщин «острого живота» является разрыв плодместилища при внематочной беременности.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

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, и толщина отпадающей оболочки достигает 1 см. При внематочной беременности могут наблюдаться различные формы токсокозов (чрезмерная рвота беременных, эклампсия и др.).

Клиника внематочной беременности чрезвычайно разнообразна и зависит от стадии ее развития и характера прерывания. В анамнезе у больных с внематочной беременностью 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 данной беременностью. В первые недели матка увеличена соответственно сроку беременности, но в дальнейшем становится заметным отставание роста матки от срока беременности. Тело матки увеличено, что определяется при двуручном исследовании, 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 обладает свойством сокращаться и оплотневать, 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, тесно к ней прилегая. При ампулярной трубной беременности опухоль пальпируется отдельно от матки. Следует учитывать, что опухоль, расположенная рядом с маткой, может быть воспалительного характера, являться ретенционной кистой яичника или желтым телом беременности.

Точная диагностика ненарушенной внематочной беременности в ранние ее сроки обычно невозможна и удается лишь в редких случаях. Банки (Banki) для распознавания внематочной беременности рекомендует следующий прием: если двумя пальцами, введенными в задний свод влагалища, приподнимают шейку, resp. матку, приближая ее к лону, то в случае внематочной беременности исследуемая женщина будет испытывать боль.

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 менструаций, а опухоль придатков увеличивается при отсутствии воспалительных явлений, подозрение на внематочную беременность увеличивается. Практически пальпировать ненарушенную трубную беременность удается после II—III-месячного срока. При этом сбоку от несколько увеличенной и мягковатой матки определяется 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 диагноз весьма облегчается.

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, т. е. нарушенную. Под развивающейся внематочной беременностью понимают такое состояние, при котором происходит рост беременности без нарушения целостности плодовместилища или прикрепления плодного яйца к своему ложу; о прервавшейся внематочной беременности говорят тогда, когда есть клинические признаки того или иного вида нарушения. Однако мы нередко можем наблюдать, что рост беременности продолжается, несмотря на нарушение целостности плодовместилища, иногда даже вместе с яйцевыми оболочками, или несмотря на нарушение связи между плодным яйцом и его ложем. Указанные изменения сопровождаются теми или иными признаками происшедшего нарушения.

В подобных случаях наблюдаются повторные приступы прерывания («хроническое прерывание»), и растущие ворсины продолжают свое разрушительное действие, которое может сопровождаться кровотечением и привести к разрыву плодовместилища или увеличить его, если разрыв уже произошел ранее.

Нам кажется, что целесообразным является различать, помимо развивающейся (прогрессирующей) и прервавшейся внематочной беременности, еще прерывающуюся эктопическую беременность, которая имеет свои определенные патологоанатомические и клинические данные.

Клиника и диагностика при разрыве беременной трубы

Клиническая картина при разрыве беременной трубы весьма характерна. Диагноз в большинстве случаев не представляет затруднений, особенно если больная указывает на то, что имела задержку менструаций и она считала себя беременной. Обычно на 4—6-й неделе среди полного здоровья внезапно появляются сильные схваткообразные боли в животе, чаще всего в одной из паховых областей. Боли могут иррадиировать в об-

ласть плеча или под лопатку (Френикус-симптом) и часто сопровождаются обморочным состоянием с кратковременной потерей сознания. При быстро нарастающей клинической картине заболевания наступает абдоминальный шок с явлениями острого малокровия при отсутствии наружного кровотечения. Анемия, падение артериального давления, частый пульс слабого наполнения и наличие свободной жидкости в брюшной полости — все это говорит о внутреннем кровотечении.

При осмотре больной бросается в глаза резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, синеватый оттенок кожи в углах рта и носо-губных складок, холодный пот, запавшие черты лица, расширенные зрачки. Больная, в начале приступа испытывавшая сильные боли, лежит безучастная к окружающему и лишь временами стонет. Пульс частый, слабого наполнения, прогрессивно падает до полного исчезновения. Иногда вначале бывает брадикардия, которая быстро сменяется тахикардией. Температура нормальная или ниже нормального уровня, редко бывает субфебрильная. Мочиспускание обычно задерживается. Иногда наблюдается тошнота, реже бывает рвота. При перемене положения больной боли усиливаются и могут сопровождаться обморочным состоянием. Инсульты при внематочной беременности могут повторяться, сменяясь периодами относительного благополучия, если кровопотеря не достигает сильной степени.

Резкая бледность кожных покровов, падение температуры ниже нормы, скованность больной являются признаками шокового состояния. Момент разрыва плодместилища сопровождается обычно сильными, резкими болями, обморочным состоянием вследствие внезапного раздражения брюшины при разрыве органа и излитии крови в брюшную полость, 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, а в другом — при малой кровопотере развивается тяжелейшее состояние.

В огромном большинстве случаев при прерывании внематочной беременности путем разрыва плодместилища кровотечение из влагалища отсутствует, оно появляется лишь после приступа или на следующий день. Кровянистые выделения из влагалища обычно незначительные, коричневого цвета, принимающие в дальнейшем темный, «дегтеобразный» оттенок.

При обследовании больной обнаруживаются явления перитонизма: вздутие живота, резкая болезненность брюшных покровов, симптом Щеткина—Блюмберга. Однако напряжение брюшной стенки, если отвлечь внимание больной, удается преодолеть; *defence musculaire* не выражен, за исключением редких случаев.

Кулен, Хеллендаль (Cullen, Hellendall) указывают, что в ранней стадии разрыва трубы отмечается при искусственном освещении окрашивание кожи в области пупка в синий цвет со всеми переходами от зеленовато-желтого до оранжевого. Указанное явление объясняется всасыванием излившейся в брюшную полость крови многочисленными лимфатическими сосудами через растянутую брюшную стенку.

При попытке произвести двуручное исследование отмечается резкая болезненность при смещении шейки матки и в области заднего свода

(«крик Дугласа»). В одном из сводов определяется резистентность и пульсация сосудов. Если из-за болезненности и вызванного этим напряжения брюшной стенки не удастся хорошо пальпировать матку и придатки, упорствовать не следует. Необходимо помнить, что при остром прерывании внематочной беременности исследование должно производиться очень осторожно, а данных для диагноза и без этого бывает вполне достаточно.

Иногда при разрыве трубы с большим внутрибрюшным кровотечением может наблюдаться значительный лейкоцитоз (Л. С. Персианинов).

При постановке диагноза следует все же учитывать, что внезапное начало заболевания, сопровождающееся сильными болями в животе и обморочным состоянием с потерей сознания, может наблюдаться при некоторых острых заболеваниях брюшной полости: прободном перитоните, кишечной непроходимости, перекручивании ножки яичниковых опухолей, разрыве овариальных кист и др.

Явления раздражения брюшины, рвота, симптом Щеткина—Блюмберга могут указывать на прободный 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 обложенный. Температура высокая. Явления острого малокровия отсутствуют.

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. Наличие признаков, указывающих на внутреннее кровотечение, сопровождающееся острой кровопотерей и шоком, позволяет заподозрить внематочную беременность. Однако не следует забывать, что внутреннее кровотечение может быть вызвано повреждением других органов (печени, селезенки).

Особенно трудно высказаться о причине внутреннего кровотечения, когда в анамнезе нет указаний на задержку менструаций 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 указанных 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, которые могут вызвать кровотечение в брюшную полость, и сумеет продумать, как он поступит, если встретится не с обычной трубной беременностью, а, например, с разрывом матки или селезенки. Особенное значение это имеет для менее опытных операторов, которые как раз и бывают более смелыми в постановке непосредственно оконча-

тельных диагнозов, не задумываясь о том, чтобы дифференцировать вне-маточную беременность с другими заболеваниями. В результате нередко у таких врачей при неожиданном диагнозе во время чревосечения чрезмерная первоначальная решительность сменяется растерянностью с потерей дорогого для обескровленной больной времени.

Дифференцируя внематочную беременность, не следует забывать, что иногда непроходимость кишечника при беременности может сопровождаться рядом признаков, имеющих место и при трубной беременности

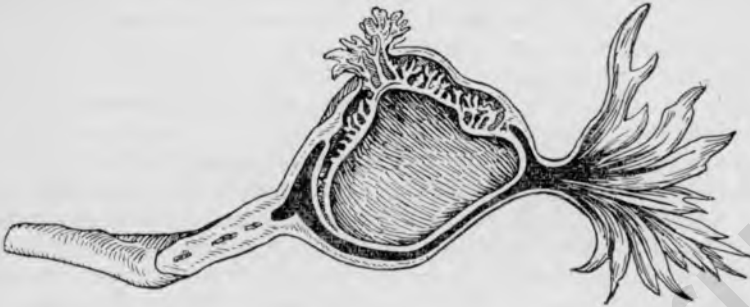


Рис. 136а. Трубная беременность. Наружный разрыв плодовместилища.

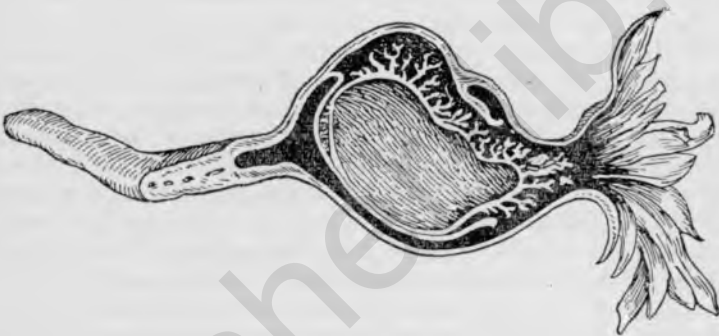


Рис. 136б. Трубная беременность. Внутренний разрыв плодовместилища.

с разрывом плодовместилища. Общими признаками для указанных заболеваний будут: симптомы, характерные для беременности, болезненность, метеоризм и резистентность живота, задержка газов. В то же время при завороте кишок не будет 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 Вая), при перкуссии в этом месте определяется тимпанит. При аускультации слышно урчание, звон падающей капли (С. И. Спасокукоцкий). В неясных случаях при кишечной непроходимости используют рентгеноскопию. При снимке в стоячем положении больной видны бывают «опрокинутые чашки Клаубера» в результате скопления газов в петлях кишечника с горизонтальным уровнем жидкости в них.

Наружный разрыв плодместилища при внематочной беременности (рис. 136а) 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. При внутреннем разрыве плодместилища (рис. 136б) эти симптомы обычно выражены меньше.

Клиника и диагностика при трубном выкидыше

Далеко не всегда внематочная беременность легко диагностируется и немало ошибок в диагнозе наблюдается при этом. М. С. Александров на 12 734 случая внематочной беременности отмечает 5,7% ошибочных диагнозов. А. Д. Аловский на 1203 больных с эктопической беременностью указывает на ошибочный диагноз до операции у 32 (2,7%); кроме того, из 419 больных с предоперационным диагнозом внематочной беременности диагноз не подтвердился у 9 (2,1%). Чаще всего ошибки в диагнозе наблюдаются у тех больных, у которых прерывание беременности протекает менее бурно и по типу трубного выкидыша. Задержка менструаций может отсутствовать, в 30% случаев внематочной беременности они приходят в срок (М. С. Малиновский); температура и пульс остаются нормальными, боли бывают нерезко выраженными, анемия отсутствует или мало заметна.

В подобных случаях, как указывает М. С. Малиновский, сигнальным симптомом (сигнал тревоги) следует считать наличие кровянистых выделений темно-бурого цвета, цвета кофейной гущи, сопровождающихся болями. Боли обычно наступают внезапно, приступами, носят схваткообразный характер и локализуются внизу живота, справа или слева. Боли могут сопровождаться френикус-симптомом. Во время приступа болей нередко возникает чувство дурноты или наблюдаются явления шока и признаки раздражения брюшины, выраженные в той или иной степени. При бимануальном исследовании во время приступа пальпация матки и придатков вызывает болезненность. Характерна болезненность при попытках вызвать смещение шейки матки. При исследовании определяется несколько увеличенная матка, имеющая мягковатую консистенцию. В области придатков пальпируется тестоватой консистенции ограниченная в подвижности опухоль с неясными контурами; она болезненна, имеет ясную пульсацию в сосудах. В выделениях из влагалища могут быть пленки — обрывки децидуальной оболочки.

В период между приступами состояние больной улучшается, и она часто чувствует себя совершенно здоровой. Жалобы на боли исчезают, бимануальное исследование становится безболезненным или мало болезненным.

При перитубарной гематоме А. А. Коган рекомендует следующий диагностический 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 выведении пальцев внутренней руки снова возвращается в образовавшееся пространство.

Для распознавания кровоизлияния, происшедшего в брюшную полость, А. А. Коган предлагает использовать «симптом колпачка». Сущность этого признака состоит в том, что при двуручном исследовании палец, введенный во влагалище, приподнимает задний свод кверху. Затем

медленно в течение 2—3 минут, большую переводят из горизонтального положения в сидячее. При наличии в брюшной полости крови она скапливается в прямокишечно-маточном углублении 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.

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 (рис. 137, 138) и маточный выкидыш, следует учитывать отличительные признаки этих заболеваний, приводимые в помещенной ниже таблице (по И. Л. Брауде и А. Д. Аловскому).

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
<ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушение трубной беременности начинается большей частью рано (между 4-й и 6-й неделей) 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) 3. Наружное кровотечение незначительное, цвет выделений коричневым, иногда выделяются пленки; выделения начинаются обычно лишь после появления болей 4. Степень малокровия не соответствует количеству крови, выделяемой наружу 5. Наблюдается отхождение децидуальной оболочки целиком (рис. 139) или в виде мелких обрывков. Если выделившуюся ткань рассмотреть в стакане воды на свет, то характерных тонких колеблющихся в воде ворсинок не видно 6. Увеличенная матка имеет грушевидную форму, но увеличение не вполне соответствует сроку задержки менструаций. Наружный маточный зев закрыт 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8-й и 12-й неделей) 2. Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота, посередине и в крестце. Медленное, постепенное нарастание регулярных болей, по характеру напоминающих схватки 3. Наружное кровотечение более обильное, кровь нередко ярко-красного цвета, часто со сгустками; возникает до появления болей 4. Степень малокровия соответствует количеству теряемой наружу крови 5. Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсинок, хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стакане с водой 6. Увеличенная матка соответственно сразу задержки менструаций имеет шарообразную форму; при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки располагается на нем в виде небольшой шапки. Наружный зев приоткрыт

При отхождении из матки вместе с кровью пленок, а иногда и всей децидуальной оболочки, напоминающей по форме слепок полости матки, 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 говорит в пользу обычной маточной беременности.

Применение пробного выскабливания с целью диагностики внематочной беременности не рекомендуется, так как может вызвать новый инсульт. Кроме того, если децидуальная оболочка уже отслоилась ранее, то

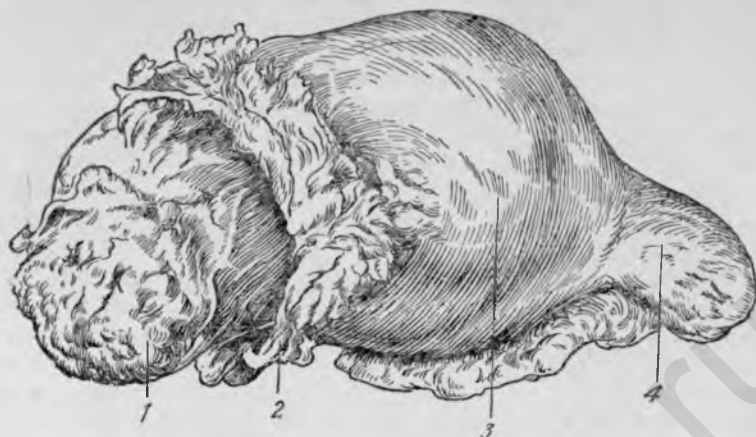


Рис. 137. Трубный выкидыш. Плодное яйцо, пропитанное кровью выталкивается из трубы в брюшную полость.

1 — яйцо; 2 — бахромки; 3 — ампулярная часть маточной трубы; 4 — истмическая часть маточной трубы.



Рис. 138. Трубный выкидыш и перитубарная гематома.

1 — гематосальпинкс; 2 — левый яичник; 3 — дно матки; 4 — истмическая часть правой трубы; 5 — правый яичник; 6 — ампулярная часть правой трубы.

в соскобе может не оказаться децидуальных элементов. Иногда при персистирующем фолликуле или лютеиновой кисте в соскобе могут быть обнаружены децидуальные элементы.

При маточном полном выкидыше, осложненном воспалением придатков, в соскобе могут отсутствовать хориальные элементы. Наличие элементов плодного яйца в матке также не является безусловным доказа-

тельством отсутствия внематочной беременности, потому что наблюдаются случаи одновременной маточной и внематочной беременности (по М. Ко-нужесу от 0,6 до 4%).

Описаны случаи, когда после удаления оперативным путем внема-точной беременности маточная беременность продолжала развиваться и заканчивалась срочными родами.

Сказанное показывает несостоятельность пробного выскабливания с целью распознавания внематочной беременности. Если выскабливание применяется при диагнозе маточного выкидыша и соскоб получается скуд-ный, то его обязательно нужно исследовать гистологически.

Помимо указанных признаков, при дифференцируемых заболева-ниях нередко приходится обнаруживать еще небольшую опухоль придат-ков матки. При наличии трубного выкидыша эта опухоль располагается с одной стороны матки, пульсирует, имеет мягкую консистенцию и чаще всего колбасообразную форму с неясными контурами. 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, эла-стическую консистенцию и шарообразную или овоидную форму.

Боли, болезненность при пальпации нижних отделов живота и при-датков матки наблюдаются и при воспалительных заболеваниях. Нару-шения менструального цикла, кровянистые выделения могут быть и в ре-зультате дисфункции яичников при воспалительных процессах. Поэтому случаи внематочной беременности, протекающие по типу трубного выки-дыша, приходится дифференцировать с хроническим или обострившимся воспалением придатков матки. Оба эти патологических состояния имеют много одинаковых признаков, весьма затрудняющих правильное распоз-навание заболевания и приводящих к постановке ошибочных диагнозов. Ука-зания в анамнезе на предшествующий воспалительный процесс часто имеют место и при внематочной беременности. Длительные кровянистые выде-ления наблюдаются как при воспалительных заболеваниях, так и при вне-маточной беременности. В обоих случаях может наблюдаться как односто-роннее, так и двустороннее увеличение придатков матки. Субфебрильная температура бывает и при воспалении, и при внематочной беременности, что объясняется реакцией организма на всасывание белков излившейся крови. В отдельных случаях при внематочной беременности может наблю-даться и высокая температура вследствие присоединившейся инфекции. В то же время при хронических воспалениях придатков матки темпера-тура обычно бывает нормальная. Пульсация сосудов в сводах наблюдается не только при внематочной беременности, но и при обострении вос-паления. Если при трубном выкидыше погибло плодное яйцо, то и биоло-гические реакции на беременность дают такой же отрицательный резуль-тат, как и при хронических воспалениях. Все сказанное и объясняет труд-ности в дифференциальном диагнозе трубного выкидыша с воспалением придатков матки. Однако внимательное собирание анамнестических дан-ных, тщательное объективное обследование, а при больших сомнениях в диагнозе и наблюдение за больной в течение некоторого времени позво-ляют в большинстве случаев поставить правильный диагноз.

При внематочной беременности матка размягчена и несколько уве-личена, а при воспалении придатков размеры ее нормальны или она уве-личена, но консистенция ее плотная. При трубном выкидыше опухоль чаще располагается в ампулярной части трубы и утолщение трубы у места отхождения ее от матки не определяется. Воспалительная опухоль при-датков широко отходит от угла матки, сливаясь с ней нередко в одно целое; место отхождения трубы от матки при пальпации утолщено и болез-



Рис. 139. Слепок отпадающей оболочки, выпедший из матки при
внематочной беременности.



Рис. 228. Истинный абсцесс левой бартолиновой железы.

ненно. При внематочной беременности яичник часто 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 мало подвижна, имеет плотную консистенцию. Гидросальпинксы имеют продолговатую форму, туго-эластическую 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 менструаций, затрудняя диагностику, но если в анамнезе имеется задержка менструации, то это несколько облегчает постановку диагноза.

Эйзенштедтер (Eisenstaedter) указывает на отклонение матки в сторону, противоположную увеличенным придаткам, как на признак внематочной беременности. Г. Е. Гофман (1940) на основании своих наблюдений признаком нарушенной внематочной беременности раннего срока считает лишь такое смещение матки в противоположную сторону, при котором во время внутреннего исследования легко и почти без боли можно установить матку в нормальное положение, но после исследования она снова отклоняется в сторону. Наши наблюдения показывают, что признак Г. Е. Гофмана встречается довольно часто. В тех случаях, когда смещение матки в сторону при односторонней опухоли не обусловлено величиной опухоли или другими изменениями в области половых органов, указанный симптом следует считать одним из признаков внематочной беременности.

Из лабораторных методов диагностики наиболее ценными являются гормональные биологические реакции на беременность, из которых наибольшее распространение получили реакции Ашгейма—Цондека на белых мышцах и Фридмана на кроликах. В последние годы находит широкое применение и сперматозоидная реакция на самцах лягушек. Последняя реакция проста и более доступна.

Перечисленные гормональные реакции указывают при положительном ответе только на наличие беременности независимо от того, развивается ли она в матке, трубе или яичнике. При прогрессирующей внематочной беременности реакции Ашгейма—Цондека и Фридмана положительны и, если маточную беременность можно исключить, облегчают диагноз. Л. Ф. Шинкарева (1949) указывает, что в клинике М. С. Александрова наблюдалось 233 случая прогрессирующей внематочной беременности и диагноз до операции был поставлен в 81,7% случаев при использовании биологических реакций. Однако Э. М. Каплун и др. сообщают, что в первые 10 дней после задержки менструаций при беременности гормональные реакции в большом числе случаев отрицательны, но при увеличении срока беременности они сменяются положительными. Этим же обстоятельством объясняется то, что при свежепрервавшихся внематочных беременностях ранних сроков гормональные реакции отрицательны.

При хроническом прерывании внематочной беременности гормональные реакции дают выраженные положительные ответы только при наличии жизнеспособного хориона, связанного со стенкой плододместилища. При гибели значительной части хориона реакции становятся слабо положительными, а при отсутствии жизнеспособных ворсин или их малом количестве реакции обычно отрицательны. К. М. Фигурнов, исходя из своих наблюдений, указывает, что на 8—14-й день после начала прерывания внематочной беременности у части больных уже отмечается отрицательный

ответ при реакции Ашгейма—Цондека, а через 3—4 недели отрицательная реакция имеет место у большинства женщин с внематочной беременностью.

Из сказанного следует, что чем больше времени проходит от первых клинических симптомов прерывания внематочной беременности, тем чаще гормональные реакции будут отрицательными.

Положительные биологические реакции на беременность (реакция Ашгейма—Цондека, Фридмана или сперматозоидная реакция на лягушках) часто 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 сопровождается 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, жалобы уменьшаются или прекращаются. Повторные инсульты увеличивают кровопотерю, нарастает анемия, что выражается в побледнении кожных покровов и видимых слизистых, уменьшении числа эритроцитов и количества гемоглобина. У некоторых больных появляется желтушное окрашивание склер.

Если увеличение опухоли придатков матки наблюдается при обострении воспаления, то появляется температура, увеличивается количество лейкоцитов, изменяется лейкоцитарная формула, резко увеличивается скорость оседания эритроцитов. При исследовании больной отмечается увеличение опухоли придатков, резкая болезненность и другие признаки, свойственные воспалению.

В период наблюдения над больной целесообразно применение аутогемотерапии, которая может иметь не только лечебное значение (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 часто прекращает кровотечение, при внематочной же беременности кровянистые выделения продолжают (И. Л. Брауде). Р. А. Бакшт 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 оно продолжается. Мы охотно и широко пользуемся этим методом, который является либо лечебным, либо диагностическим.

Клиническую картину внематочной беременности можно смешать с явлениями раздражения брюшины при перекручивании ножки опухоли. Острое начало заболевания, указания в анамнезе или данные обследования, говорящие о наличии опухоли, которая хорошо контурируется и болезненна при пальпации, позволяют поставить диагноз.

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-м и 18-м днем менструального цикла, а разрыв желтого тела — в течение последней недели цикла или во время самой менструации. Распознавание облегчается отсутствие признаков беременности. При яичниковых кровоте-

ниях 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.

При наличии приступообразных болей с локализацией их справа внизу живота, появлении рвоты и напряжения брюшной стенки при пальпации правой подвздошной области приходится дифференцировать внематочную беременность с аппендицитом. С этой целью можно воспользоваться схемой, приведенной ниже.

Отличительные признаки между трубной беременностью и аппендицитом
(по М. С. Малиновскому и А. Д. Аловскому)

Внематочная беременность	Аппендицит
<ol style="list-style-type: none"> 1. Признаки беременности налицо 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° 3. Напряжение мышц передней стенки слабо выражено, часто совсем отсутствует. Френикус-симптом налицо или отсутствует 4. Характерный habitus больной: резкая бледность лица, нередко обморочное состояние, синюшность губ и ногтей 5. Лейкоцитоза нет. Картина крови обычная для вторичной анемии 6. Матка часто увеличена. Задний свод опущен, выпячен, в нем обычно определяется тестоватость или через боковой свод определяется опухоль, низко расположенная, малоподвижная, нередко болезненная 7. РОЭ, как при маточной беременности 8. При пункции заднего свода получают жидкую кровь 9. Отхождение decidua 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Признаков беременности нет 2. Кровянистые выделения отсутствуют. Боли не такие острые, тошнота и рвота более резко выражены, лихорадка 3. Напряжение мышц брюшной стенки всегда налицо, особенно справа. Симптомы Блюмберга—Щеткина, Ровзинга также налицо. Френикус-симптом, как правило, отсутствует 4. Больная находится скорее в состоянии возбуждения (покраснение лица) 5. Обычно всегда лейкоцитоз. Картина красной крови нормальная 6. Матка и придатки нормальные. Своды свободны. Инфильтрат располагается значительно выше, над пупартовой связкой, и обычно через влагалище трудно достигается и не ограничивает подвижность матки 7. РОЭ ускорена 8. При пункции заднего свода крови не получают 9. Decidua не отходит

Отличить внематочную беременность от аппендицита помогает и признак Промптова. При аппендиците исследование больной через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области прямокишечно-маточного углубления, 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 прямокишечно-маточного углубления незначительная. В неясных случаях проводится наблюдение за больной в условиях стационара.

Заматочную кровяную опухоль при внематочной беременности приходится дифференцировать с воспалительной опухолью придатков матки и тазовым перитонитом с образованием выпота в прямокишечно-маточном углублении.

Наличие выраженных явлений воспаления (высокая температура, болезненность при исследовании, резкое ускорение РОЭ, лейкоцитоз и др.),

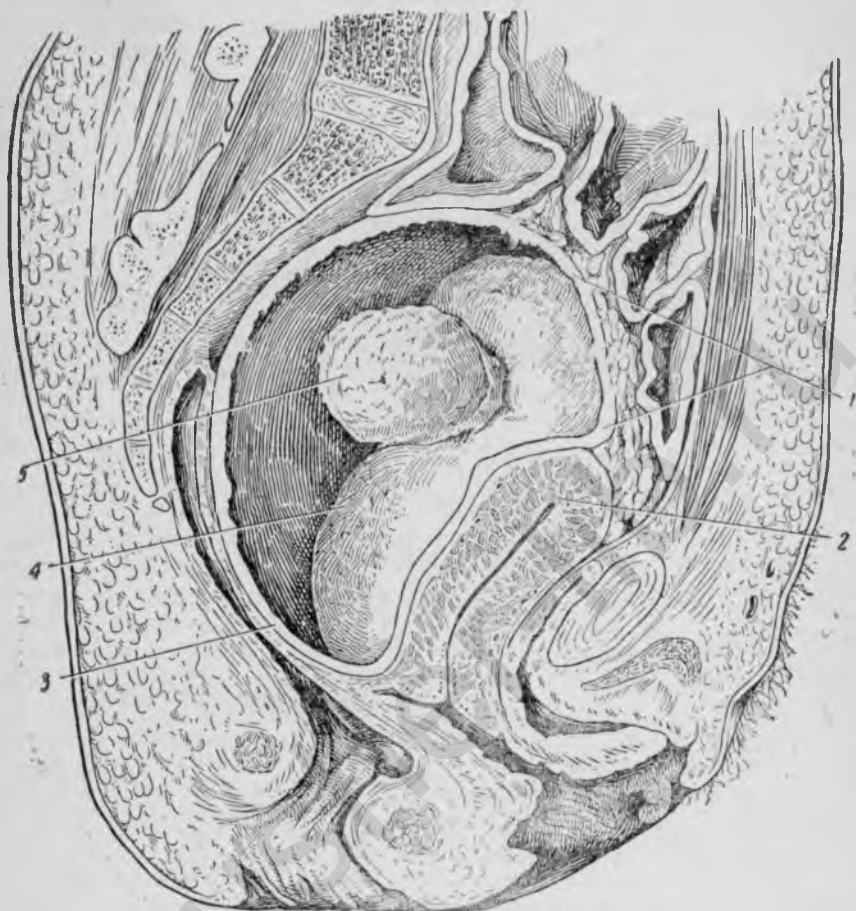


Рис. 140. Заматочная кровяная опухоль на саггитальном разрезе.
1 и 3 — стенки кровяной опухоли; 2 — дно матки; 4 — наполненная кровяными сгустками полость опухоли; 5 — пропитанное кровью яйцо.

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, а последний нередко доходит до стенок таза. Болезненная опухоль неравномерной консистенции обычно имеет воспалительное происхождение. Заматочная кровяная опухоль смещает матку вперед и вверх и нередко 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. Заматочная кровяная опухоль обычно интимно спаяна с маткой, кишечными

петлями и сальником и может достигать верхней границей уровня пупка (рис. 140 и 141). При пальпации указанная опухоль бывает мягко-эластической консистенции, безболезненная. Характерны явления анемии, длительные мажущиеся дегтеобразные выделения крови из матки; в анамнезе имеются указания на начало заболевания после задержки менструации. Диагностическая пункция заднего свода влагалища позволяет окончательно подтвердить диагноз. Если наступает нагноение заматочной кровяной опухоли, общее состояние ухудшается, температура становится

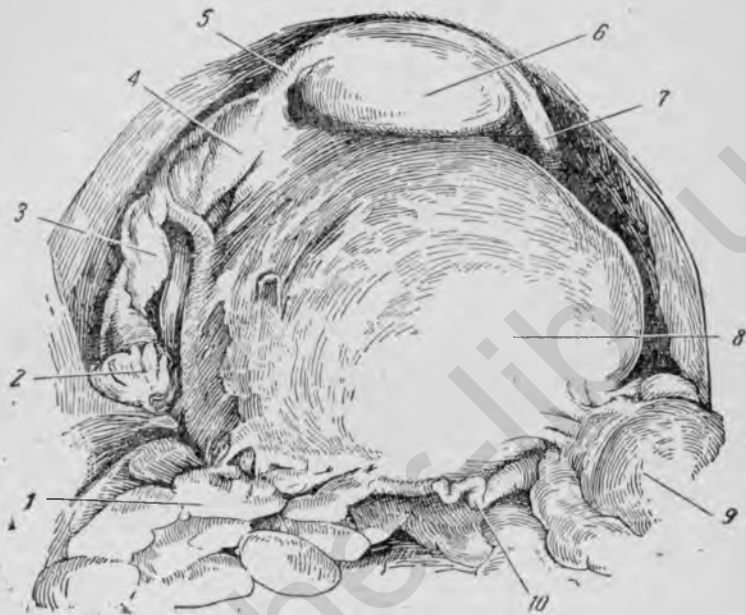


Рис. 141. Общий вид заматочной кровяной опухоли при чревосечении.

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.

высокой с большими ремиссиями по утрам, пульс частый. В этих случаях без пункции заднего свода нельзя решить вопрос дифференциального диагноза между пельвеоперитонитом и заматочной кровяной опухолью.

В некоторых случаях трубного выкидыша, когда кровяная опухоль располагается только в прямокишечно-маточном углублении, ее можно принять за маточный выкидыш при ретрофлексированной беременной матке. При внематочной беременности с образованием haematocoele retrouterina отмечается значительная болезненность при исследовании через задний свод. Над лоном определяется тело матки, а при ректальном исследовании место отхождения крестцово-маточных связок от матки лежит низко. Мочепускание 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 прямокишечно-маточном углублении, безболезненно при исследовании со стороны заднего свода влагалища. Над шейкой, там, где должно быть в норме тело матки, оно не определяется. Место отхождения крестцово-маточных связок от матки, определяемое через

прямую кишку, лежит выше. На третьем месяце беременности наблюдаются выраженные дизурические явления, проявляющиеся 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.

В диагностике внематочной беременности имеет большое значение диагностическая пункция заднего свода влагалища, применяемая в соответствующих случаях.

При сильном внезапном кровотечении в брюшную полость с выраженными явлениями острого малокровия, шока или коллапса нет никакой надобности в диагностической 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 вследствие внутреннего кровотечения таково, что и отрицательный результат 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 прокол может не дать положительного результата. При наличии небольшой перитубарной гематомы или образовании кровяной опухоли впереди матки (haematocoele anteuterina) в прямокишечно-маточном углублении скопления крови нет и пункцию заднего свода не следует применять.

Иное положение создается при хроническом прерывании внематочной беременности, протекающей с умеренным кровотечением. Кровь, излившаяся из трубы при повторных инсультах, стекает в прямокишечно-маточное углубление и, скапливаясь там, вызывает выпячивание или уплощение заднего свода. В таких случаях ценным диагностическим методом является пункция через задний свод влагалища.

Больную подготавливают, как к любой влагалищной операции, соблюдая правила асептики и антисептики. Мочевой пузырь опорожняют с помощью катетера. Влагалище и шейку матки протирают марлевым или ватным тампоном, смоченным спиртом, и затем смазывают 5% настойкой йода. Заднюю губу шейки захватывают двумя пулевыми щипцами. Зеркало-подъемник, которым приподнималась передняя стенка влагалища, удаляют; вторым ложкообразным зеркалом оттягивают вниз заднюю стенку влагалища и, удерживая левой рукой пулевые щипцы, наложенные на шейку матки, низводят ее 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 (рис. 142). Перед проколом необходимо проверить проходимость иглы и вдвинуть полностью поршень шприца. Иглу вкалывают в задний свод по средней линии, отступя на 1—1,5 см от шейки матки.

Чтобы не проколоть прямую кишку, иглу следует направлять несколько впереди. 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. При скоплении крови в прямокишечно-маточном углублении опасность повреждения прямой кишки при правильно выполненной пункции через задний свод исключается. При отсутствии крови в прямокишечно-маточном углублении и особенно при его

заращении в результате воспалительного процесса иглой можно проколоть и стенку прямой кишки. 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.

В некоторых случаях при старой внематочной беременности и явном наличии заматочной кровяной опухоли пункция не дает результата, так как игла встречает только сгустки крови, закупоривающие ее просвет. При таком положении введение через иглу 3—5 мл стерильного физиологического

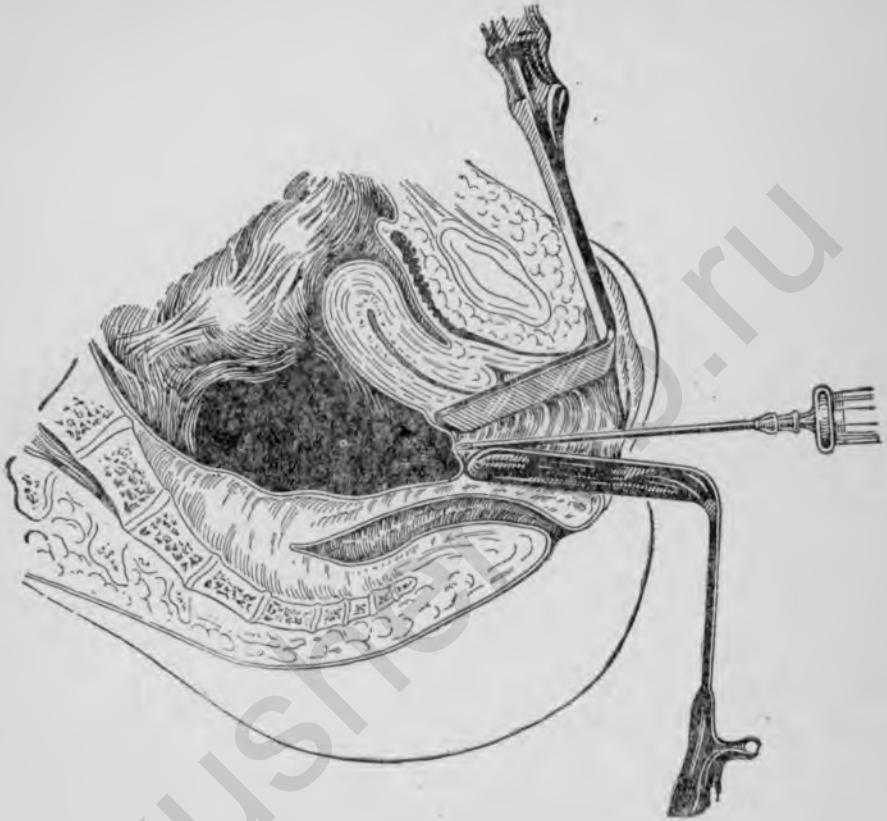


Рис. 142. Диагностическая пункция через задний свод влагалища.

раствора и повторное отсасывание жидкости нередко приводят к положительным результатам и в пунктате обнаруживается не только раствор, окрашенный кровью, но и мелкие темные сгусточки крови. Пункцию боковых сводов влагалища из-за опасения поранить кровеносные сосуды или мочеточник не применяют.

Прокол через переднюю брюшную стенку при скоплении крови впереди матки и непосредственно позади брюшной стенки лишь в отдельных случаях может быть использован опытными клиницистами как диагностический метод. Моча перед пункцией выпускается катетером. Место для прокола избирается над лоном в области притупления перкуторного звука при опорожненном мочевом пузыре. Пунктировать следует лишь неподвижные опухоли и перед этим необходимо произвести тщательное исследование через влагалище. И. Л. Брауде рекомендует применять прокол через переднюю брюшную стенку в соответствующих случаях, а И. И. Яковлев 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. Лучше всего полученную кровь 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 изменение ее 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.

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 чревосечения после установления диагноза внематочной беременности.

Вместо пункции через задний свод влагалища Дедерлейн (Döderlein), Д. О. Отт, Л. Я. Цейтлин предпочитают заднюю кольпотомию. Последняя, однако, не получила распространения как диагностический метод, так как кольпотомия технически значительно сложнее, требует больше времени и более опасна в смысле занесения инфекции.

А. П. Губарев рекомендовал прибегать к кольпотомии и даже пробной лапаротомии, если диагностическая пункция при наличии жидкости в малом тазу не давала результата.

В последнее время предлагаются различные специальные приборы, позволяющие при введении их через задний свод в брюшную полость осматривать последнюю и диагностировать внематочную беременность [И. М. Грязнова, Линде (Linde), Изрил (Israel) и др.]. Изрил (1956) сообщает об успешном применении кульдоскопа у 500 больных.

В зарубежной литературе встречаются сообщения о применении артериографии с целью диагностики внематочной беременности, но метод еще мало изучен и таит в себе известные опасности, связанные с введением в артериальное русло контрастной жидкости.

Для диагностики поздних сроков внематочной беременности при неясных клинических данных используется метод рентгенографии с целью определения скелета плода.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В настоящее время несомненным является то, что каждая больная, у которой поставлен диагноз внематочной беременности, должна быть оперирована. Дискуссии о преимуществах оперативного и консервативного метода лечения представляют теперь лишь исторический интерес.

В клинической практике встречаются случаи «самоизлечения» при точно установленной внематочной беременности, прерывающейся путем внутреннего разрыва плодовместилища с последующим образованием гематосальпинкса, перитубарной гематомы или заматочной кровяной опухоли. Однако при таком ведении больных нет достаточно четких и верных признаков, указывающих на полную гибель хориальных элементов, а наличие жизнеспособных ворсин может привести к повторным кровотечениям через несколько недель после первых симптомов прерывания [А. П. Губарев,

В. Ф. Снегирев, Альфельд (Ahlfeld), Цвейфель (Zweifel) и др.]. Кроме того, при консервативном лечении продукты нарушенной внематочной беременности (кровяные сгустки, части плодного яйца, фибринозная капсула) очень медленно и трудно поддаются рассасывающей терапии. Последующие сращения, смещения половых органов и боли при неоперативной терапии остаются на длительное время, и полного излечения часто у таких больных не наступает. При значительном скоплении крови в прямокишечно-маточном углублении и тесном контакте кровяной опухоли с кишечником могут наблюдаться нагноительные процессы в малом тазу со всеми вытекающими отсюда последствиями.

В свете сказанного становятся понятными не только преимущества оперативного лечения, но и необходимость его применения в каждом случае распознанной внематочной беременности.

При остром прерывании внематочной беременности с большим кровоизлиянием в брюшную полость необходима срочная оперативная помощь. Больная обычно находится в тяжелом состоянии, и поэтому следует незамедлительно приступать к проведению лечебных мероприятий. Тяжелое состояние больной объясняется не только, а подчас и не столько кровопотерей, сколько перитонеальным шоком. В. А. Покровский, 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 протившоковые мероприятия до операции; по его мнению, следует перелить ампулу крови.

И. Л. Брауде полагает, что следует немедленно приступать 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 обезболивание, удаление разорванного плодместилища, остатков плодного яйца и по возможности крови из брюшной полости — лучшее средство для борьбы с перитонеальным шоком. Состояние больной во время операции еще до применения средств, улучшающих сердечную деятельность и повышающих кровяное давление, начинает улучшаться, хотя борьбы с кровопотерей еще и не проводилось.

Поэтому общепринятым является положение, что тяжелое состояние больной в результате разрыва плодместилища при внематочной беременности, ослабление сердечной деятельности и падение кровяного давления не должны являться противопоказанием к немедленной операции. Наличие внутреннего кровотечения требует экстренной помощи. Энергичное применение сердечных средств, форсированное переливание крови может усилить продолжающееся кровотечение или привести к его возобновлению, если при низком падении артериального давления оно приостановилось. Такие мероприятия могут дать нежелательные результаты и ухудшить состояние больной. Поэтому при остром прерывании внематочной беременности считается противопоказанным применять до операции различные средства, улучшающие сердечную деятельность и приводящие к повышению артериального давления.

Однако при тяжелом состоянии больной, приступая немедленно к подготовке для экстренной операции, целесообразно взять женщину в операционную и начинать капельное переливание крови или кровезаменителей в вену со скоростью до 40—60 капель в минуту, давать кислород. После того как будут наложены зажимы на трубу и ее брыжейку, переливание крови следует производить струйным методом, вводить 40% раствор глюкозы в вену и сердечные средства под кожу.

По вопросу о методе обезболивания при операции по поводу внематочной беременности нет единого мнения. Чаще всего используется эфирный наркоз. Так, по А. Д. Аловскому, наркоз был применен в 98,9% при операциях по поводу внематочной беременности, по данным Шанхайских больниц (Тиен Хсюех-пинг и др., 1957), — в 96,13% (на 2822 случая). Бехэм (Beachem, 1956) с соавторами указывают, что при внематочной беременности применялся преимущественно эфирно-кислородный наркоз, этилен, циклопропан и в редких случаях интратрахеальный наркоз. М. С. Александров, анализируя данные о 12 734 больных, пишет: ... «при острой форме внематочной беременности операцию производим под эфирным наркозом, в холодном периоде рекомендуем применять анестезию, наиболее употребительную в условиях той или иной клиники».

А. И. Тимофеев, И. Ф. Козлов, В. В. Дьяконов 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, с наступлением действия 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 при этом. Объяснение подобных летальных исходов следует искать не только в тяжелой острой кровопотере, но и в применении эфирного наркоза.

Хорошо известно, что при операциях у больных, находящихся в состоянии тяжелейшего шока, в преагональном состоянии или в агонии, применение глубокого эфирного наркоза приводит к чрезмерному углублению торможения центральной нервной системы и еще большему снижению уровня окислительных процессов. В результате применение больших доз наркотиков в подобных условиях ведет к повторной и уже смертельной травме угасающего организма.

Нам пришлось наблюдать, как у больной, 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 внутриартериального переливания кровезаменителей и гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы.

В. А. Покровский 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.

П. В. Маненков, Б. С. Пойзнер, Г. М. Новиков и др. с успехом пользуются 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. Более или менее удовлетворительное состояние больной не требует и особой спешки при проведении операции.

Весьма уместно сочетать пресакральную и местную анестезию по А. В. Вишневскому. Если нет большого спаечного процесса и кровоизлияние умеренное, то можно обойтись и без пресакральной анестезии.

При остром прерывании внематочной беременности с большой кровопотерей брюшная полость заполнена кровью, органы малого таза недоступны осмотру и местную анестезию технически трудно выполнить. Поэтому при внематочной беременности и большом кровоизлиянии в брюшную полость более целесообразно применение эфирно-кислородного или эфирного наркоза, тем более что при сильнейших кровотечениях для спасения жизни больной буквально дорога каждая минута.

Исключением являются терминальные состояния. При внематочной беременности на наступление подобного состояния будут указывать прерывистое дыхание или его остановка, отсутствие пульса на периферических сосудах, падение максимального артериального давления ниже 60 мм (иногда оно совсем не определяется).

При терминальном состоянии больных следует оперировать под местной анестезией или под легким эфирным, лучше эфирно-кислородным наркозом в сочетании с местным обезболиванием. Сочетание местной анестезии с общим наркозом выгодно еще и потому, что при наркозе полностью не прерывается импульсация из операционной раны и в центральную нервную систему при сильных раздражениях продолжают поступать импульсы, что может явиться причиной тяжелых осложнений во время хирургических операций (В. В. Закусов).

Наблюдения, проведенные И. А. Макаренко под нашим руководством, 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 впрыснуть 30 мл 0,25% раствора новокаина непосредственно в воронко-тазовую связку и затем, направляя иглу по ее внутренней поверхности, ввести еще 40 мл. Добавочными уколами иглы впрыскивают по 20 мл раствора новокаина под передний листок широкой связки и в толщу круглой связки на стороне пораженной трубы.

Независимо от анестезии перед операцией под кожу целесообразно впрыснуть 1 мл 2% раствора пантопона.

Чревосечение при внематочной беременности чаще всего выполняют с помощью срединного продольного разреза от лона к пупку. Этот разрез технически прост, доступен широкому кругу врачей, требует мало времени и создает хороший доступ в брюшную полость.

Применяется и поперечный надлобковый разрез. Большим сторонником поперечного разреза брюшной стенки даже при острой форме внематочной беременности является М. С. Александров, в клинике которого этот разрез применялся в 96,4% операций при эктопической беременности. Указанный разрез имеет ряд преимуществ (прочность рубца, косметичность), но он 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 широкому кругу врачей не следует пользоваться поперечным надлобковым разрезом.

В преобладающем большинстве случаев имеет место трубная беременность и операция состоит в удалении пораженной трубы. При недавно происшедшем разрыве трубы оперативное вмешательство весьма несложно. По вскрытии брюшины начинает 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 встречается разрыв трубы, последняя часто настолько мало увеличена, что на ощупь это можно и не заметить. При больших

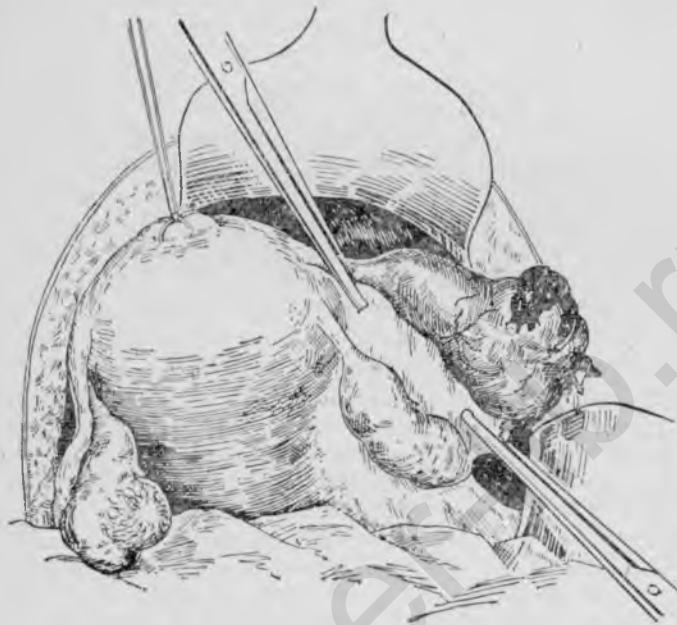


Рис. 143. Операция при трубной беременности. На маточный конец трубы и ее брыжейку наложены два зажима.

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.

Осмотрев трубу и удостоверившись, что в ней развивалась 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 взяли собственную связку яичника. Следующий зажим накладывают на мезосальпникс у ампулярного конца трубы параллельно ей (рис. 143). Мезосальпникс до конца зажима надсекают, затем накладывают 1—2 зажима на оставшуюся часть мезосальпникса и трубу удаляют (рис. 144). Захватывать в один зажим весь мезосальпникс (рис. 145) нецелесообразно, так как при наложении лигатуры средний участок захваченного в зажим мезосальпникса

может выскользнуть при нежной брыжейке трубы прорезывается. Это создает ненадежный гемостаз, который может не сопровождаться кровотечением в момент операции из-за низкого кровяного давления, а проявит

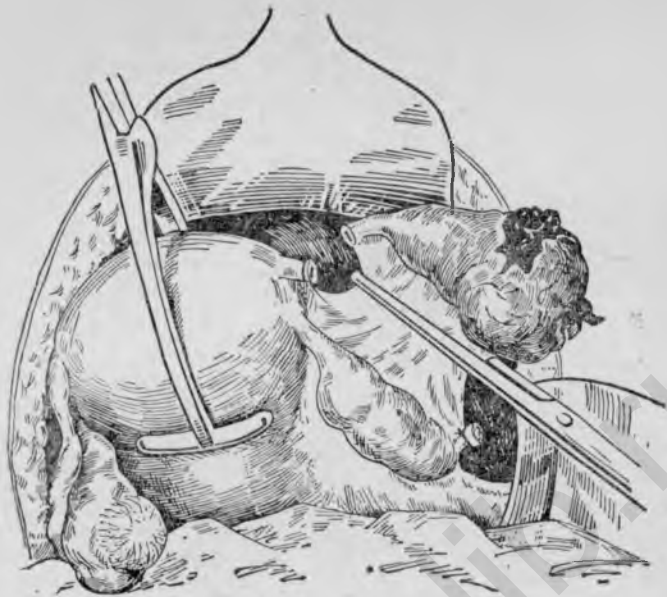


Рис. 144. Операция при трубной беременности. На среднюю часть брыжейки наложен зажим.

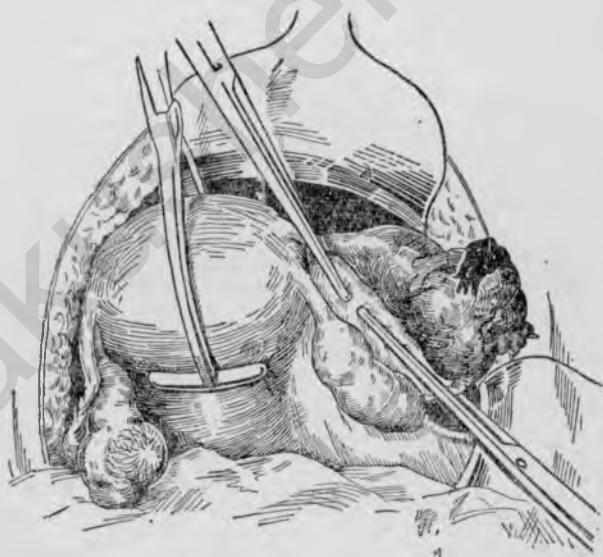


Рис. 145. Операция при трубной беременности. Наложённые зажимы захватили среднюю часть брыжейки трубы.

себя в последующем. Зажимы заменяют кетгутовыми 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.

Р. В. Кипарский, И. И. Фейгель и др. 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 очень редки 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. А. В. Ланковиц, Е. П. Майзель и др. сообщают о разрывах беременной матки по рубцу после клиновидного иссечения трубы при внематочной беременности.

Большинство акушеров-гинекологов применяет клиновидное иссечение

Рис. 146. Операция при трубной беременности. Петля круглой связки пришита тремя кетгутовыми лигатурами к углу матки и покрывает культю резецированной трубы. Правее видны перевязанные культя брыжейки удаленной трубы.

только при интерстициальной беременности или в тех случаях истмической беременности, когда плодное яйцо располагается у самого угла матки и невозможно наложить зажим на маточный конец трубы. Мы также придерживаемся такого мнения и обращаем внимание на тщательную перитонизацию культи трубы, используя для этой цели круглую связку.

Круглая связка, захваченная у маточного конца, подшивается над культей трубы к углу матки (рис. 146 и 147). Следующими стежками непрерывного кетгутового шва круглая связка соединяется с маткой, собственной связкой яичника и остатками брыжейки трубы. При необходимости перитонизирующим швом может быть подхвачен и яичник (рис. 148), но следует избегать повреждения или прокола желтого тела, что обычно сопровождается кровотечением.



Рис. 147. Операция при трубной беременности. Непрерывным тонким кетгутовым швом пришивают круглую связку к оставшейся части брыжейки трубы и заканчивают шов полукусетом.

Яичник при внематочной беременности с разрывом трубы обычно не изменен, и его необходимо сохранить. Удаление яичника может быть показано только при его заболеваниях (опухоли и др.). В таких случаях



Рис. 148. Операция при трубной беременности. Если оставшаяся часть брыжейки трубы так мала, что пришить к ней круглую связку трудно, ее пришивают к яичнику, заканчивая шов непрерывным полукругом.

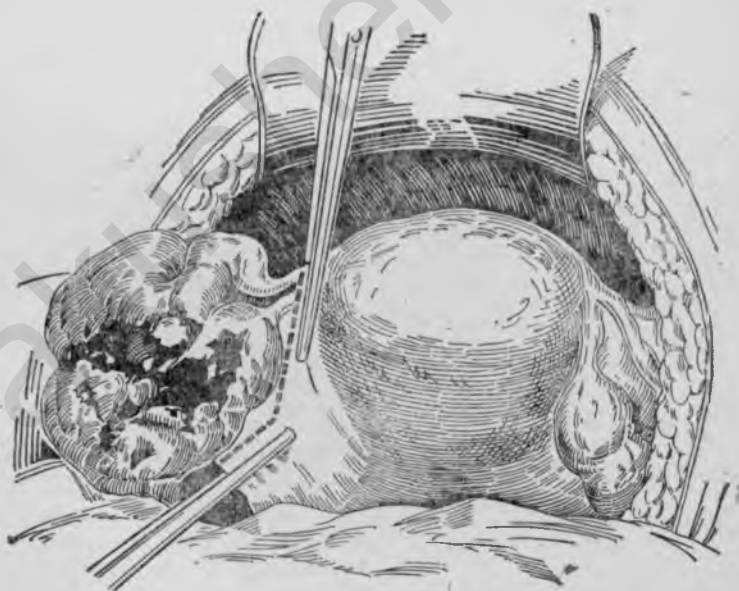


Рис. 149. Операция при трубной беременности. Удаление беременной трубы вместе с патологически измененным яичником.

он удаляется вместе с трубой. 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. 149). Зажимы заменяют обкалывающими кетгутовыми лигатурами (рис. 150). Культы трубы и связок перитонизируют с помощью круглой связки, которую подшивают к углу матки и затем ши-

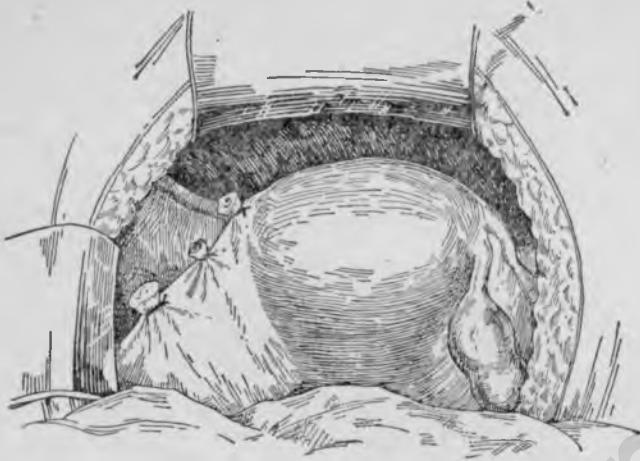


Рис. 150. Операция при трубной беременности. Перевязанные культы широкой связки после удаления трубы вместе с яичником.

вают с задним листком широкой связки. Перитонизирующий непрерывный шов заканчивается полукисетом, погружая культю воронко-тазовой связки (рис. 151).

При большой спешке при операции из-за очень тяжелого состояния больной можно не производить тщательную перитонизацию, а наложить непрерывный обвивной шов на брюжейку, оставшуюся после отсечения трубы (рис. 152) (И. Л. Брауде).



Рис. 151. Операция при трубной беременности. Перитонизация культей, оставшихся после удаления трубы и яичника, круглой связкой.

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 тогда, когда нет консервированной крови или запасы ее слишком малы. При сборе крови рассекают брюшину небольшим разре-

Методика операции при истмической трубной беременности представлена на рис. 153, 154, 155.

В тех случаях, когда дорога каждая минута, по нашему мнению, следует только хорошо наложить лигатуры на культю трубы у угла матки и мезосальпинкс.

Однако это применяется как редчайшее исключение, так как отсутствие перитонизации может вызывать спайки с последующей кишечной непроходимостью. Мы наблюдали подобное осложнение

зом, края которого берут на 4 зажима и приподнимают. Из брюшной полости кровь собирают с помощью чашки, банки, большой ложки. Кровь эту процеживают через 6—8 слоев стерильной марли, смоченной 4% рас-

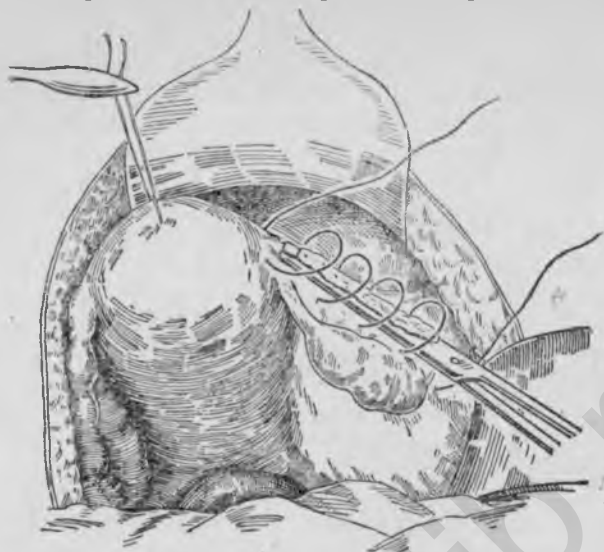


Рис. 152. Операция при трубной беременности. Наложение обвивного шва на брыжейку трубы, которая захвачена во всю длину зажимом.



Рис. 153. Операция при трубной беременности. При имплантации яйца у самого угла матки резекцию трубы начинают с ее ампулярного конца.

твором лимоннокислого патрия, в сосуд, в который налит такой же раствор цитрата из расчета 10 мл его на 100 мл крови. Удобнее всего собирать кровь в стандартную банку для переливания крови.

Обратное переливание крови с успехом применяли многие авторы в дозах от 500 до 1000 мл и более. А. Н. Филатов и М. Е. Депп на основании сводных данных указывают, что из 815 случаев обратного переливания кро-

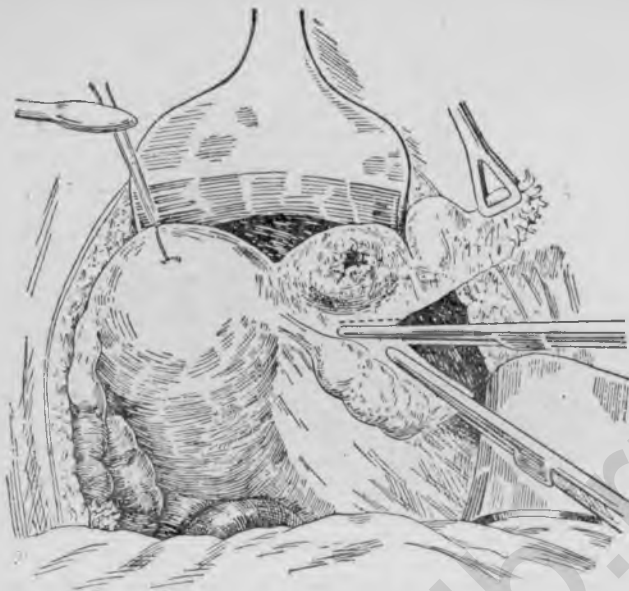


Рис. 154. Операция при трубной беременности. Последовательное рассечение брыжейки трубы по направлению к матке.



Рис. 155. Операция при трубной беременности. Культы брыжейки трубы перевязаны. Проведены 2 лигатуры для закрытия раны, оставшейся в углу матки.

ви в 744 (91%) оно применено при внематочной беременности. М. С. Александров, сообщая о 12 734 больных с внематочной беременностью, рекомендует широко применять реинфузию крови, удаленной из брюшной полости.

Реинфузия была применена у 25% больных и позволила сэкономить 1500 л донорской крови. Реинфузии почти не сопровождались реакциями, позволяли использовать большие количества крови (до 2,5 л) и не требовали времени для определения группы крови и проверки на совместимость.

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.

Мы нередко используем обратное переливание крови при разрыве трубы с большим кровоизлиянием в брюшную полость.

Используя собранную таким образом кровь больной, мы лишь при особой необходимости применяем добавочно консервированную донорскую кровь или кровезаменители.

Вопрос об удалении крови из брюшной полости является спорным. Одни считают, что жидкую кровь следует оставлять, так как она всасывается брюшиной через ее лимфатические сосуды. Другие рекомендуют убирать излившуюся кровь во избежание возникновения обширных спаек и развития инфекции. М. С. Малиновский, И. Л. Брауде, И. Ф. Жордания и др. полагают, что кровь по возможности следует убрать, производя это с помощью специального отсоса или марлевых салфеток. Особенно тщательно удаляются сгустки крови.

При наличии трубного аборта операция обычно сводится к удалению трубы, как и при ее разрыве. Часто приходится выделять трубу из спаек.

Операция при прервавшейся внематочной беременности с наличием заматочной кровяной опухоли представляет сложное вмешательство, доступное 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 в подобных случаях не представляет опасности для больной, так как внематочная беременность давно уже прервалась. При наличии в больнице соответствующих условий и квалифицированного хирурга-гинеколога больную следует оперировать на месте.

Чревосечение лучше всего 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 технически трудно выполнимо, кроме того, при этом создается ограниченный доступ в брюшную полость, что усложняет оперативное вмешательство.

Перед вскрытием брюшины больной придается 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 поранить, если не учитывать данное обстоятельство. После вскрытия брюшной полости становится видна заматочная кровяная опухоль, сращения с маткой, кишечными петлями и салъником. Вначале следует сориентироваться в расположении органов, взяв за исходный пункт матку и захватив ее у ребер клеммами за круглые связки. Некоторые

захватывают матку в области дна пулевыми 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 осторожно рассекают 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 последнюю. 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; если яичник можно сохранить, то удаляют одну трубу. После этого удаляют по частям и капсулу, поскольку 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 отсекают и пораженную трубу. 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. Перитонизация производится с помощью круглой и широкой связок, а при обширных раневых поверхностях можно с успехом воспользоваться куском предварительно резецированного сальника. Последний подшивается отдельными тонкими кетгутowymi швами с таким расчетом, чтобы прикрыть участки, не заперитонизированные с помощью указанных 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), которую удаляют после наложения зажимов на трубу у угла матки; и мезосальпинкс. 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 производится с помощью задней кольпотомии.

Во время операции внематочной беременности и в послеоперационном периоде по показаниям применяют антибиотики. Всем больным, перенесшим внематочную беременность, после операции необходимо проводить противовоспалительное лечение, способствующее ликвидации остаточных

явлений в области оперативного вмешательства и предупреждающее возникновение беременности во второй трубе.

В настоящее время в нашей стране летальные исходы от острой кровопотери при внематочной беременности являются исключительной редкостью. Общая летальность при всех видах эктопической беременности, по данным Л. А. Кривского, А. Д. Аловского и др., составляет 1,5—2%. По данным М. С. Александрова, на 12 734 операции при внематочной беременности летальность составила 0,36%, а за последние 12 лет на 5064 операции — 0,24%. Средний процент послеоперационных осложнений за последние 5 лет не превышал 2,3. Тиен Хсюек-пинг, Пи Чан-чин, Чен Мей-пу и Лиу Ти-ли на 2822 случая эктопической беременности в Шанхае отметили послеоперационные осложнения в 4,05%, а летальные исходы — в 0,14% случаев. Смерть обычно наступает от кровопотери и шока при несвоевременном оказании помощи или от инфекции, осложняющей застарелые случаи внематочной беременности.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Интерстициальная трубная беременность принадлежит к редким формам эктопической беременности. Точное распознавание этой разновидности до операции обычно не удается.

Труба в интерстициальной ее части окружена тканями маточной стенки, которые принимают участие в образовании плодместилища. В результате этого последнее является более мощным, чем при развитии беременности в истмической и ампулярной частях трубы. Интерстициальная беременность (рис. 156) чаще всего нарушается на III—V месяце, и обычно при этом происходит наружный разрыв плодместилища, сопровождающийся явлениями острого малокровия и перитонеального шока. Сильное, а иногда и смертельное кровотечение Д. А. Абуладзе 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 Тэт (Tait).

Реже встречаются случаи этой разновидности внематочной беременности с небольшой величиной разрыва или незначительным кровотечением. В виде исключения при интерстициальной беременности встречается внутренний разрыв плодместилища с отхождением плодного яйца в полость матки.

Диагностические признаки интерстициальной беременности, устанавливаемые обычно при операции или во время осмотра препарата, следующие: дно матки расположено косо вследствие более сильного развития той его части, которая находится на стороне беременной трубы; круглая маточная связка и труба отходят от наиболее выдающейся части вздутия угла матки и расположены на пораженной стороне выше, чем на противоположной (признак Руге—Симона (Ruge—Simon)); плодместилище имеет широкое основание, являясь как бы продолжением угла матки; на границе между опухолью и маткой имеется борозда (перехват), на что указывает М. С. Малиновский.

Обнаружив во время операции перфорационное отверстие на стенке матки у одного из ее углов, можно смешать 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. При неясности происхождения перфорационного отверстия можно применить зондирование, которое покажет, имеется ли отверстие,

ведущее в полость матки или при эктопической беременности в плодo-вместилище.

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. 156. Интерстициальная беременность

Больная с интерстициальной трубной беременностью после распознавания должна быть оперирована. Операция состоит в клиновидном иссечении плодoвместилища из угла матки с удалением трубы (рис. 157 и 158). При этом иногда вскрывается и маточная полость. Стенка матки ушивается в два этажа кетгутовыми швами, перитонизируется с помощью круглой связки. В порядке исключения, особенно при повторной внематочной беременности и удовлетворительном состоянии больной, может быть применена имплантация трубы в матку. При этом предварительно иссекается плодoвместилище и имплантируется оставшийся неизменным отрезок трубы.

При тяжелом состоянии больной и обширных размерах плодместилища иногда приходится применять надвлагалищную ампутацию или дефундацию матки с удалением пораженной трубы.

Беременность в рудиментарном добавочном роге матки встречается редко. В этом случае плодместилище не является продолжением матки, как это бывает при интерстициальной беременности, а определяется в виде отдельного образования и связано с нормальным рогом матки ясно выраженной ножкой на уровне внутреннего зева. 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 (рис. 159).

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. При пальпации определяются ясные сокращения плодместилища. Между обоими рогами определяется перемычка, расположенная в области перешейка. В 85% случаев ножка не канализирована («замкнутый» рост), как указывает М. С. Малиновский.

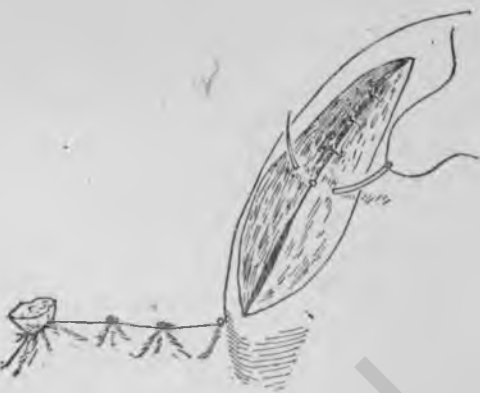


Рис. 157. Операция при интерстициальной беременности. Наложение кетгутовых швов, захватывающих глубокий слой маточной стенки (первый ярус).



Рис. 158. Операция при интерстициальной беременности. Наложение непрерывного кетгутового шва, захватывающего паружный слой маточной стенки.

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 матки или киста яичника. При неясности в диагнозе следует выжидать, следя за ростом обнаруженной «опухоли».

Беременность в зачаточном роге возникает при наружном передвижении яйца и протекает по типу эктопической. В беременном роге развивается довольно мощная децидуальная оболочка, мускулатура гипертрофируется. Развитие децидуальной оболочки наблюдается и во втором, небеременном роге.

По М. С. Малиновскому, беременность в зачаточном роге в 25% случаев донашивается до нормального срока, в 45% прерывается на IV—V месяце и в 25% наблюдается перенашивание беременности с последующей гибелью и петрификацией плода или превращением его в литопедιον.



Рис. 159. Топографические соотношения: слева — при интерстициальной беременности; справа — при беременности в зачаточном роге.

Прерывается беременность в зачаточном роге по типу наружного разрыва плодместилища, и клиническая картина при этом напоминает таковую при разрыве матки во время беременности, сопровождаясь явлениями внутреннего кровотечения и шока.

Лечение оперативное и заключается в иссечении только беременного рога вместе с его трубой.

Отсеченную от удаляемого рога круглую связку подшивают к дну оставшегося второго рога матки.

Яичниковая беременность (рис. 160 и 161) встречается очень редко. Бовинг (Bowling) до 1923 г. собрал в литературе 100 случаев. К. К. Скробанский и др. склонны рассматривать случаи обильных кровотечений из желтого тела как нераспознанную яичниковую беременность. А. Д. Аловский при микроскопических исследованиях не подтвердил такого мнения и из 1134 боль-



Рис. 160. Яичниковая беременность.

ных, оперированных по поводу внематочной беременности, только у двух (0,2%) поставил диагноз яичниковой беременности.

Различают интрафолликулярную яичниковую беременность (яйцо развивается внутри фолликула), эпиоваральную (яйцо прививается на наружной поверхности яичника) и интерстициальную (яйцо погружается в строму яичника).

Яичниковая беременность чаще всего прерывается на 6—8-й неделе по типу наружного разрыва плодоемности с кровоизлиянием внутрь последнего и гибелью яйца.

Разрыв плодоемности при яичниковой беременности, которая обычно диагностируется как трубная, сопровождается симптомами внутреннего кровотечения и перитонеального шока. При операции удаляют плодоемность, яичник и трубу. Топическая диагностика до чревосечения невозможна.

При яичниковой беременности описаны более частые случаи донашивания до срока, чем при других разновидностях внематочной беременности. Донашиванию яичниковой беременности способствует наличие обильной сосудистой сети, относительно большая полость при имплантации яйца внутри фолликула и способность яичниковой ткани к быстрой и чрезмерной пролиферации клеточных элементов.

Брюшная беременность (рис. 162 и 163). Крайне редко бывает первичная брюшная беременность, т. е. такое состояние, когда имплантация плодного яйца происходит с самого начала

к одному из органов брюшной полости. В последние годы описано несколько достоверных случаев. Доказать первичную имплантацию яйца на брюшине можно только в ранние стадии беременности; в пользу этого будет говорить наличие функционирующих ворсинок на брюшине, отсутствие в трубах и яичнике микроскопических признаков беременности (М. С. Малиновский). 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. По Винкелю, Ли (Ley), из выживающих плодов половина имеет те или иные уродства. М. С. Малиновский, Зитнер (Sittner) считают, что частота уродств плода преувеличена и составляет не более 5—10%.

Зитнер, анализируя 112 собранных случаев внематочной беременности поздних сроков, отмечает, что 59 новорожденных умерли в первые 4 недели и 14 — в первый год жизни. Смертность детей в первый год жизни, по его данным, достигала 60%, а по статистикам других авторов, она колебалась от 50 до 76%.

При брюшной беременности в первые месяцы определяется опухоль, расположенная несколько асимметрично и напоминающая матку. В отличие от матки плодоемности при внематочной беременности не сокра-



Рис. 161. Яичниковая беременность (на разрезе).

щается под рукой. Если удастся определить при влагалищном исследовании матку отдельно от опухоли (плодовместилища), диагноз облегчается. Но при интимном сращении плодовместилища 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 исключается маточная беременность или плод погиб, может быть применено зондирование полости матки, позволяющее уточнить ее размеры и положение.

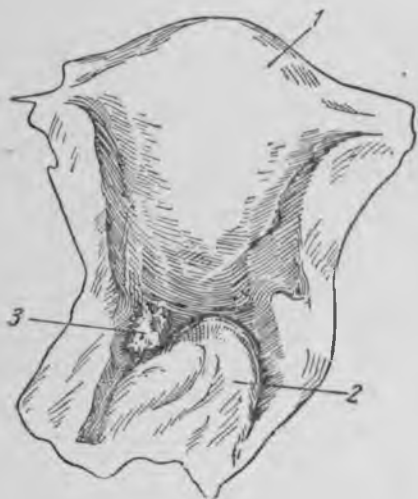


Рис. 162. Первичная брюшная беременность (по Рихтеру).

1 — матка; 2 — прямая кишка; 3 — плодное яйцо.

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 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 плодовместилище 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 определяется его сердцебиение и движения. При рентгенографии с наполнением матки контрастной массой выявляется величина полости матки и ее соотношение с расположением плода.

К концу беременности плодовместилище занимает большую часть

При доношении внематочной, 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, в дальнейшем она уменьшается. Поэтому ряд акушеров, стремясь получить жизнеспособный плод, считает 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, А. П. Губарев, Пинар (Pinard), Секонд (Second), Френкель (Frenkel) и др.].

М. С. Малиновский на основании своих данных считает, что операция при доношенном плоде при 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, полагает, что при всякой диагностированной внематочной беременности следует немедленно произвести операцию

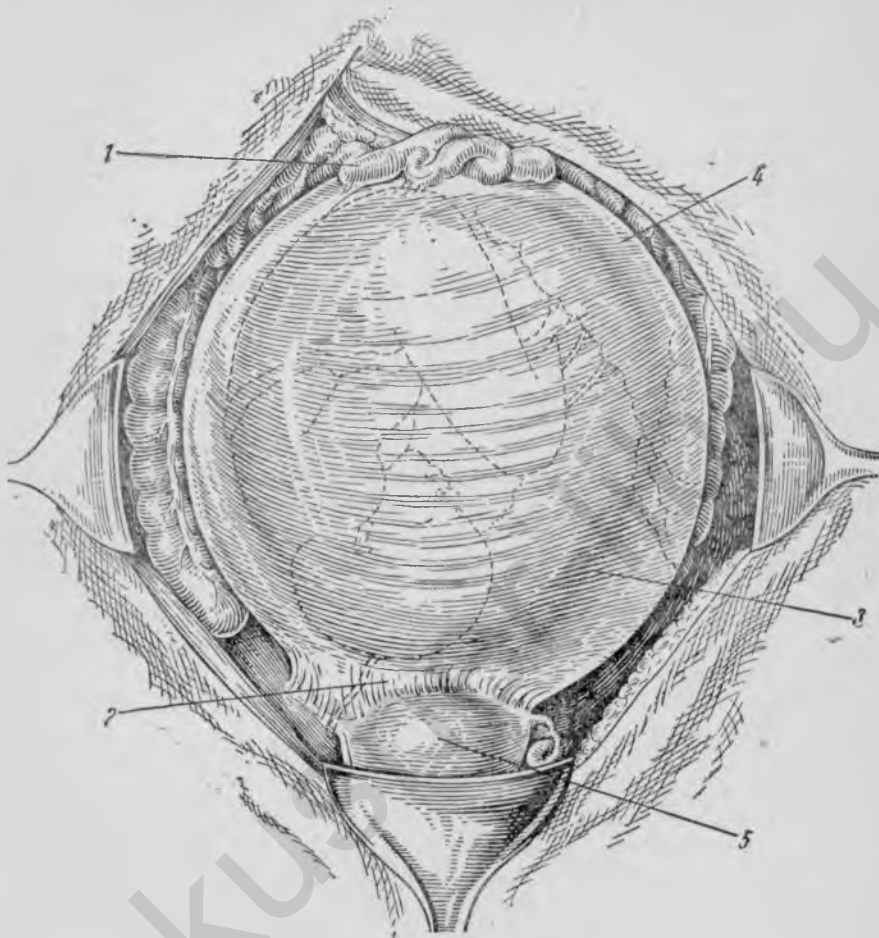


Рис. 163. Брюшная беременность.

1 — кишечные петли, спаянные с плодовместилищем; 2 — сращения; 3 — плодовместилище; 4 — плацента; 5 — матка.

Разрыв плодовместилища при поздних сроках беременности представляет огромную опасность для жизни женщины. Вэр (Ware) указывает, что смертность матерей при поздних сроках внематочной беременности составляет 15%. Своевременный диагноз до операции позволяет снижать летальные исходы.

В литературе опубликован ряд сообщений, когда внематочная беременность прекращала свое развитие, из матки выделялась отпадающая оболочка, начинались регрессивные явления и наступали регулярные менструации. Плод подвергается в таких случаях осумкованию, мумифицируется или, пропитываясь солями кальция, окаменеет. Такой окаменелый плод (литопедион) может находиться в брюшной полости долгие годы. Описан даже случай пребывания литопедиона в брюшной поло-

сти в течение 46 лет. Иногда погибшее плодное яйцо подвергается нагноению и абсцесс вскрывается через брюшную стенку во влагалище, мочевой пузырь или кишечник. Вместе с гноем через образовавшееся свищевое отверстие выходят части распадающегося скелета плода.

При современной постановке медицинской помощи подобные исходы внематочной беременности являются редчайшим исключением. В настоящее время стали чаще публиковываться случаи своевременного диагноза внематочной беременности поздних сроков.

Операция при прогрессирующей брюшной беременности, производимая путем чревосечения, представляет значительные трудности. Она доступна только опытному хирургу. 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 накладываются лигатуры или обкалывающие швы. Если кровотечение не останавливается, приходится перевязывать на соответствующей стороне 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 и его брыжейке или к печени. Оперирующий должен быть готов произвести резекцию кишки, если плацента прикреплена к ее стенкам или брыжейке и по ходу операции в этом возникает необходимость.

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 возникнуть внезапно сильнейшее кровотечение, и задержка в оказании срочной помощи увеличивает опасность для жизни женщины.

В прежние времена из-за опасности кровотечения во время отделения плаценты, прикрепленной к кишечнику или печени, применялся так называемый метод м а р с у п и а л и з а ц и и. При этом края плодного мешка или его части вшивали в брюшную рану и в полость мешка вставлялся тампон Микулича, покрывающий оставшуюся в брюшной полости плаценту. Полость постепенно уменьшалась, происходило медленное в течение 1—2 месяцев выделение некротизирующей плаценты.

Способ марсупиализации, рассчитанный на самопроизвольное отторжение плаценты, является антихирургическим и при современных условиях может быть применен опытным оператором лишь в крайнем случае, а также при том условии, если операцию производит в порядке неотложной помощи недостаточно опытный хирург. При инфицированном плодместилище показана марсупиализация.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ОПУХОЛЯХ МАТКИ

Кровотечения из половых органов всегда являются тревожным симптомом, и в большинстве случаев женщина обращается к гинекологу за помощью именно из-за возникшего кровотечения.

Уже первое впечатление, производимое больной, дает и первые данные для оценки ее состояния. Принимая меры против анемии, врач должен отыскать источник кровотечения.

ПОВРЕЖДЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Причиной кровотечения может быть повреждение наружных половых органов, связанное с половым актом. В очень редких случаях разрыв девственной плевы сопровождается обильным кровотечением, требующим хирургического вмешательства (наложение одного или нескольких швов на кровоточащие сосуды).

Весьма серьезные повреждения могут наступить при падении с высоты с разведенными ногами на острый или неровный предмет, например на острие железной решетки, забор и пр. При таком падении может быть повреждена промежность, прямая кишка. Острый предмет может вонзиться глубоко в наружные половые органы. Особенно сильное кровотечение возникает при повреждении клитора. Оперативное вмешательство заключается прежде всего в остановке кровотечения.

Повреждения влагалища могут произойти при половом акте даже у женщины, регулярно живущей половой жизнью и даже рожавшей. Обычно разрыв происходит в заднем влагалищном своде, но может быть разрыв задней стенки влагалища или боковых сводов и очень редко — передней стенки и переднего влагалищного свода. Описаны разрывы, которые распространялись на окружающую клетчатку, проникали в прямокишечно-маточное углубление и даже сопровождались выпадением во влагалище кишечных петель. В некоторых случаях одновременно с повреждением влагалища имелись и повреждения мочевого пузыря и прямой кишки. Описаны случаи разрыва при половом акте наружных половых органов, уретры, промежности; такие повреждения бывали преимущественно при растлении девочек.

Не всегда разрыв влагалища, наступивший при половом акте, сопровождается болью и кровотечением: он может произойти совершенно незаметно. Но описаны случаи тяжелого кровотечения, вызвавшего острое малокровие; имеются описания случаев смерти от кровопотери, перитонита, сепсиса в результате повреждения влагалища.

Диагноз разрыва влагалища ставят на основании анамнестических данных, гинекологического исследования, а также осмотра в зеркалах.

Если в анамнезе сказано, что обильное кровотечение наступило у здоровой женщины во время полового акта, то и при отсутствии видимых повреждений в области наружных половых органов или девственной плевы можно предположить, что причиной кровотечения является повреждение влагалища. Если даже угрожающего кровотечения в момент исследования нет, если со времени полового акта прошло уже некоторое время, то все же должно быть произведено обследование большой для установления характера и локализации повреждения. Это приобретает большое значение, так как разрыв влагалища может оказаться проникающим в брюшную полость. Гинекологическое исследование целесообразнее начинать с осмотра в зеркалах влагалищных сводов, где обычно локализируются эти разрывы. Сначала под контролем глаза удаляют скопившиеся во влагалище сгустки крови, затем осматривают влагалищные своды и устанавливают локализацию разрыва. Распознавать разрыв влагалища при осмотре в зеркалах обычно нетрудно: находят свежий щелевидный разрыв слизистой, из которого более или менее обильно выделяется кровь. Диагноз может быть затруднен, если осмотр производится тогда, когда рана уже гранулирует, а кровотечение вновь появилось при половом акте.

Если кровоточащих сосудов не видно, кровотечение остановилось, повреждений соседних органов нет, то производить влагалищное исследование пальцем излишне, а состояние внутренних половых органов лучше исследовать через прямую кишку. Исследование через прямую кишку, цистоскопия и ректоскопия во многих случаях способствуют выяснению локализации и размеров повреждения.

Лечение. В свежих (первые 5—6 часов после разрыва) и неинфицированных случаях лучшим методом лечения является зашивание разрыва. Если имеются кровоточащие сосуды, их предварительно перевязывают или обкалывают кетгутовыми лигатурами. Если кровотечение не обильное, влагалище в ряде случаев тампонируют большими марлевыми салфетками или целым марлевым бинтом. Тампон оставляют на 12—24 часа.

При свежих разрывах, проникающих в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку), надо сначала зашить поврежденные смежные органы, а затем уже влагалище.

Техника зашивания разрыва. Разрыв обнажают зеркалами на всем протяжении. Соединение краев начинают с верхнего угла разрыва. Если это невозможно, то первый шов проводят на доступной высоте, а затем, потягивая за лигатуру, постепенно обнажают весь разрыв и в дальнейшем накладывают швы выше наложенного, а затем и на нижележащие части разрыва. Перед наложением швов часто приходится сглаживать ножницами неровные или разможенные края разрыва. При глубоких разрывах влагалища швами, соединяющими края раны, захватывают подлежащую ткань, но при этом надо соблюдать осторожность, чтобы не проколоть соседний полый орган.

Если разрыв зашит, а кровотечение, причиной которого может быть повреждение сосуда в глубине раны, продолжается, надо распустить швы, раздвинуть края раны, захватить кровоточащий сосуд, перевязать или обколоть его и, когда кровотечение остановится, вновь зашить разрыв.

Если через отверстие в заднем влагалищном своде выпала неповрежденная кишечная петля или сальник, их вправляют в брюшную полость. Если нет подозрения на инфекцию, отверстие зашивают наглухо, в других случаях небольшой участок, в который вводят дренаж, оставляют незашитым. При повреждении кишечной петли показана лапаротомия.

Зашивать повреждения соседних органов (мочевого пузыря, прямой кишки) следует только при свежем разрыве. Если же с момента разрыва прошло некоторое время, рана обычно уже инфицирована; в таких случаях

ее тампонируют, а операцию откладывают до того момента, когда рана зарубцуется. В мочевого пузырь вводят постоянный катетер на 6—8 дней; наблюдались случаи, когда в течение этого времени небольшое отверстие в пузыре самопроизвольно закрывалось.

Для остановки кровотечения и предохранения раны от развития в ней инфекции применяют разные гемостатические препараты, изготовляющиеся из крови с добавлением антибиотиков, антисептиков, например гемостатическую губку, сухой тромбин, фибринный порошок, крахмальный порошок и пр. Преимущество этих препаратов заключается в том, что все они могут быть оставлены в тканях организма и в ранах, так как хорошо рассасываются, не вызывая грубых сращений (А. Филатов).

Прогноз зависит от размеров повреждения, сопутствующего кровотечения и присоединившихся осложнений.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ МАТКИ

Если источник кровотечения не находят во влагалище, то его следует искать выше. Причиной маточного кровотечения, требующего экстренной помощи, могут быть разрывы шейки матки (стр. 108).

Новообразования шейки матки, сопровождающиеся обильным кровотечением, обычно носят злокачественный характер и требуют радикальной операции. Если операция невыполнима в связи с запущенностью процесса или отсутствием необходимых условий для вмешательства, то как крайнюю меру применяют тампонацию влагалища. Вообще же тампонация влагалища, играющая большую роль в борьбе с генитальными кровотечениями, при раке шейки матки не рекомендуется: кровотечение может усилиться вследствие травматизации тампонами распадающегося новообразования.

Тампонация, которая для достижения цели должна быть плотной, закупоривает влагалище и тем прекращает отток ихорозных выделений. Опасность распада опухоли и распространения инфекции пытались ослабить, пропитывая материал, применяемый для тампонации, вяжущими и дезинфицирующими средствами. Но большого влияния это не оказывало. Поэтому тампонация при злокачественных опухолях является небезопасным мероприятием.

Причиной кровотечения может быть рак тела матки. Подозрение на его наличие возникает тогда, когда у женщины после наступившей менопаузы появляется кровотечение или кровянистые выделения, а также когда у еще менструирующей женщины менструация принимает характер меноррагии, а в межменструальном периоде появляются сукровичные выделения, которые сменяются меноррагиями.

В этих случаях для установления диагноза рекомендуется произвести выскабливание стенок полости матки. Это вмешательство в ряде случаев оказывает и кровоостанавливающий эффект.

Диагностическое выскабливание, будучи простой и технически несложной операцией, требует тем не менее большого внимания и тщательного выполнения. Это диктуется тем, что при выскабливании легко перфорировать изъеденное опухолевым процессом тело матки.

Перфорация произойдет тем легче, чем глубже раковая инфильтрация проникла в толщу маточной стенки, что в свою очередь зависит от давности процесса.

Делая выскабливание у пожилой женщины, давно страдающей маточными кровотечениями, следует быть особенно осторожным, чтобы не повредить стенку матки. Инструмент надо вводить в полость матки «мягкой»

рукой. Даже если кюретка удаляет все новые массы соскоба, не следует много раз скоблить по одному и тому же месту. При пробном выскабливании целью операции является не полное опорожнение матки, как при выкидыше, а только получение достаточного материала для микроскопического исследования.

Кровотечение при фибромиоме матки. Наиболее частым симптомом, сопровождающим фибромиому, является **к р о в о т е ч е н и е**. В большинстве случаев кровотечение носит характер меноррагий (гиперменорея, полименорея, гиперполименорея). Основной причиной кровотечений являются морфологические и функциональные изменения яичника. Имеются и другие причины: плохая сократительная способность мышц маточной стенки, большая менструирующая поверхность эндометрия увеличенной миоматозной матки, а также воспалительные процессы, часто сопровождающие фибромиому матки.

Иногда применение неоперативных методов лечения (кровоостанавливающие средства, покой, диета, регулирование функции кишечника, аутоамминизация, гормонотерапия и пр.) дает хорошие результаты. Если обильное кровотечение продолжается, состояние больной ухудшается и появляются признаки тяжелой анемии, надо применить радикальные методы лечения — операцию или рентгенотерапию. При субмукозной фибромиоме единственным методом лечения является хирургический.

Надвлагалищная ампутация и экстирпация матки

В большинстве случаев при радикальном лечении больных с фибромиомами матки операция заключается в надвлагалищной ампутации матки или ее полном удалении.

Техника операции надвлагалищной ампутации матки без придатков. Если при операции надвлагалищной ампутации матки придатки сохраняют, то на собственную связку яичника и на маточную трубу вблизи ее отхождения от матки накладывают зажимы. Чтобы предотвратить кровотечение из матки после перерезки маточной трубы и собственной связки яичника, захваченных зажимами, накладывают еще один зажим параллельно первому (контрклема). Собственную связку яичника и маточную трубу перерезают ножницами, отступя от основного зажима на 1 см; это делают для того, чтобы лигатура, которая заменит зажим, не соскочила с культуры. Культу непосредственно позади основного зажима перевязывают лигатурой и снимают зажим. Точно так же перевязывают и перерезают круглую связку (рис. 164). Проделав то же самое на другой стороне, приступают к отделению мочевого пузыря от шейки матки частью острым, частью тупым путем. Для этого сначала вскрывают пузырно-маточную складку брюшины (рис. 165) и приподнимают пинцетом ее пузырный край; при этом рыхлая соединительная ткань, прикрепляющая стенку мочевого пузыря к передней стенке шейки матки, начинает вырисовываться в виде волокон; эти волокна перерезают кончиками изогнутых ножниц у самой шейки матки и затем марлевым тупфером отодвигают мочевой пузырь вниз. Когда он будет достаточно отодвинут, приступают к перевязке маточных сосудов. Если перевязывают сосуды на левой стороне, то помощник энергично оттягивает матку вправо, а другой помощник боковым зеркалом или подъемником оттягивает брюшную стенку влево. Таким образом, левое ребро матки оказывается в середине операционного поля. Через тонкий слой клетчатки виден пучок маточных сосудов; на него и на окружающую его рыхлую клетчатку, не захватывая краев брюшинных листков широкой связки, перпендикулярно ребру матки накладывают зажим так, чтобы его кончик доходил до самой матки. Второй зажим (контрклема) накладывают

на 1,5—2 см выше (рис. 166) и перерезают сосудистый пучок на расстоянии приблизительно 1 см от основного зажима. Основной зажим заменяют крепкой кетгутовой лигатурой.

Из приведенного описания видно, что при надвлагалищной ампутации ствол маточной артерии не перевязывают, сознательно не отыскивают и не обнажают его, потому что при наложении лигатуры на восходящую ветвь маточной артерии полностью сохраняется кровообращение в шейке матки и в то же время предотвращается возможность поранить или проколоть мочеточник, который перекрещивается со стволом маточной артерии вблизи шейки матки.

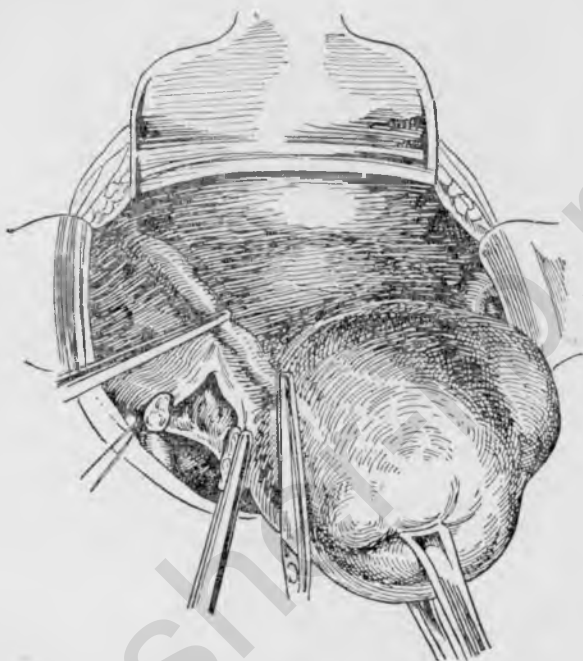


Рис. 164. Надвлагалищная ампутация матки. Отсечение тела матки от придатков; рассечение круглой связки.

Лигатуру, которой перевязаны сосуды, коротко не срезают и приступают к отсечению тела матки от ее шейки. Тело матки, захваченное щипцами, оттягивают к лону, при этом обнажается задняя поверхность матки и становится видным место отхождения от нее маточно-крестцовых связок. Немного выше этого места производят отсечение (рис. 167). У молодых женщин мы стараемся отсечь тело матки как можно выше (высокая ампутация) (рис. 168), чтобы отсечь побольше функционирующего эндометрия; это даст возможность сохранить хотя бы слабую менструацию. Культю шейки матки зашивают двухэтажным непрерывным кетгутовым швом (рис. 169). Перитонизацию делают, как представлено на рис. 170, одним непрерывным кетгутовым швом. При высокой ампутации тела матки, особенно при ее дефундации, можно усилить перитонизацию культи петлями круглых связок (рис. 171). Слева на рисунке видна петля круглой связки, захваченная пинцетом; справа петля правой круглой связки пришита к матке поверх лигатур, которыми зашита культя шейки матки.

Для перитонизации применяют и другой способ: культю придатков и культю круглых связок погружают под брюшину широких связок.

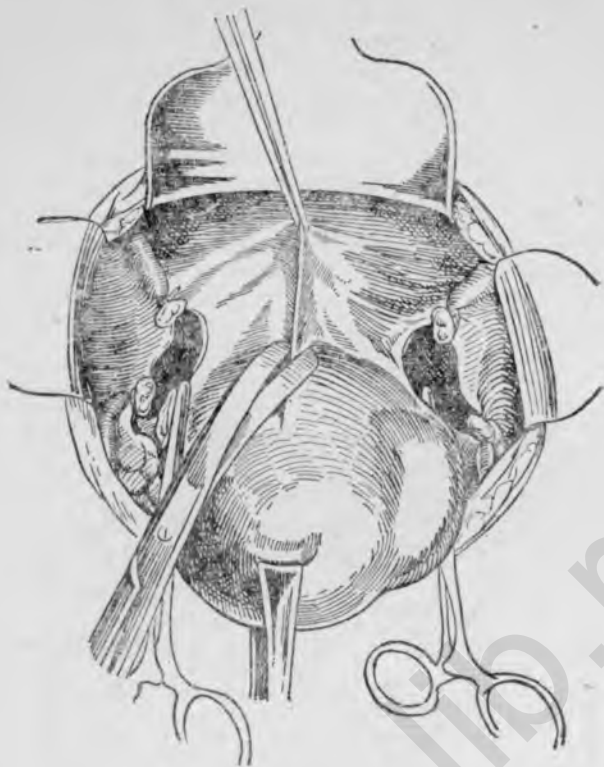


Рис. 165. Надвлагалищная ампутация матки. Вскрытие пузырно-маточной складки брюшины.

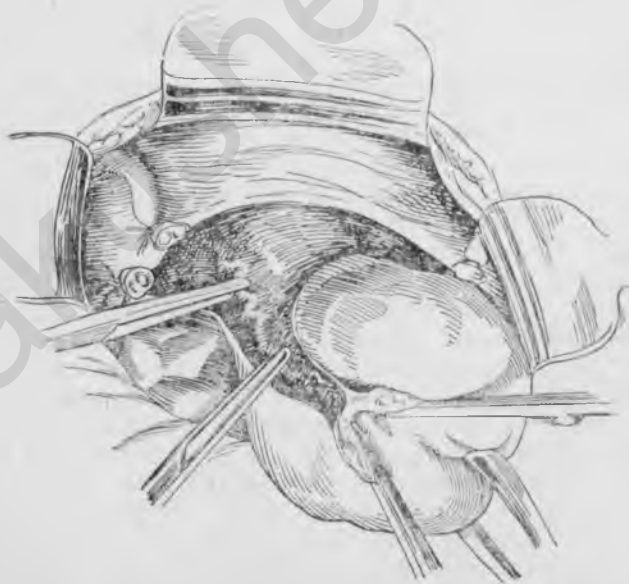


Рис. 166. Надвлагалищная ампутация матки. На восходящую ветвь маточной артерии перпендикулярно к ней накладывают первый зажим и на 1—2 см выше — второй

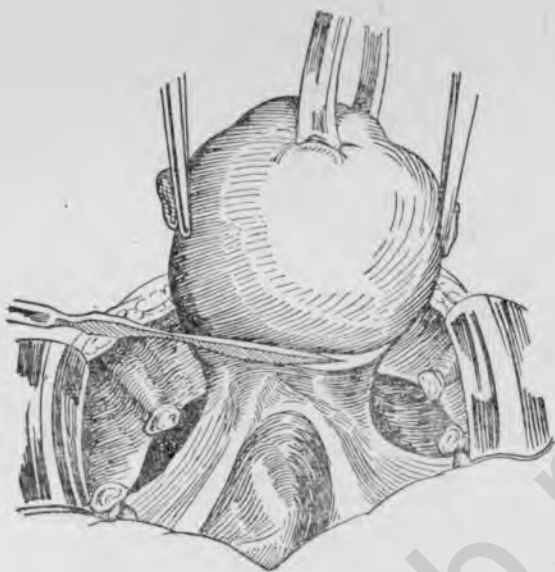


Рис. 167. Надвлагалищная ампутация матки. Отсечение тела матки от шейки.

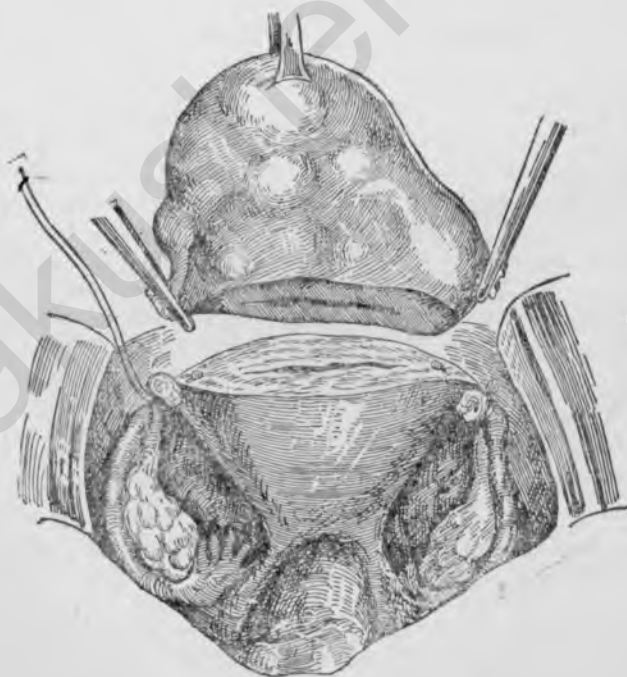


Рис. 168. Надвлагалищная ампутация матки. Тело матки высоко отсечено — высокая надвлагалищная ампутация.

Для этого конец одной из длинных лигатур, оставленных на культях придатков, продевают в иглу и проводят через брюшину круглой связки позади ее культи, второй конец этой же лигатуры проводят через край

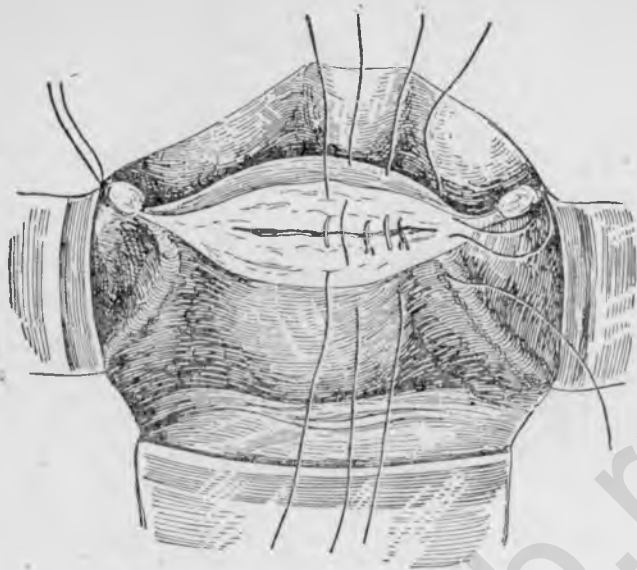


Рис. 169. Надвлагалищная ампутация матки. Наложение швов на культю шейки матки. Двухъярусный шов.

брюшины заднего листка широкой связки изнутри наружу. Когда концы лигатуры будут связаны, культя погрузится под брюшину. Отдельными лигатурами или непрерывным швом пришивают край пузырно-маточной

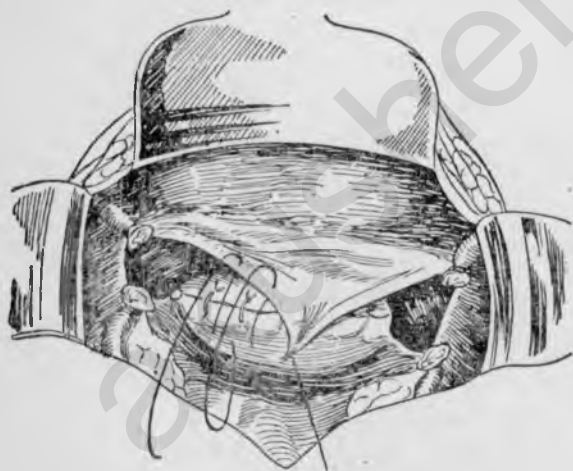


Рис. 170. Надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация культи.

складки брюшины к брюшине задней поверхности. Культю шейки матки, которую покрывают брюшиной, перитонизируют обычно одним тонким непрерывным кетгутовым швом следующим образом: 2—3 стежками пришивают край пузырно-маточной складки брюшины к брюшине задней поверхности культи шейки матки и покрывают культю брюшиной, как чепцом. Этой же лигатурой проводят кисетный шов через край брюшины заднего листка широкой связки (1—2 стежка), через брюшину маточной

трубы (если культя придатков перевязана одной лигатурой), через брюшину круглой связки и, наконец, через край пузырно-маточной складки брюшины. При затягивании кисетного шва культя погружается под брюшину. Таким же кисетным швом перитонизируют и культю на другой стороне. Во время перитонизации постепенно коротко срезают лигатуры, которыми была зашита культя шейки матки.

Полное удаление миоматозной матки без придатков. Перед брюшно-стеночным чревосечением тщательно дезинфицируют влагалищную часть матки. Это делают перед самой операцией до начала наркоза. Так как при любом виде обезболивания следует всегда (кроме операции кесарева сечения) предварительно в два приема за 30 и 15 минут до начала операции вводить больной под кожу 0,02 г морфина или пантопона, то дезинфекцию наружных половых органов, влагалища и шейки матки производят уже под некоторым обезболиванием. Некоторые авторы вместе с морфином или пантопоном вводят сернокислую магнезию с атропином. Больная лежит на гинекологическом кресле или на операционном столе в положении для влагалищной операции. Волосы на лобке и на наружных половых органах сбривают, дезинфицируют лобок и наружные половые органы, во влагалище вводят желобоватые зеркала, которыми обнажают шейку матки и влагалищные своды. Влагалищную часть матки, влагалищные своды и влагалище протирают насухо стерильным марлевым тупфером, затем свежим тупфером еще раз тщательно их обрабатывают спиртом и 5% йодной настойкой. Если во влагалище поступает кровь или выделения из матки, то, закончив дезинфекцию, вводят во влагалище стерильный марлевый тампон, который удаляют перед вскрытием влагалища. Перед самой операцией больная должна помочиться. Если пузырь опорожнен не полностью, мочу спускают катетером.

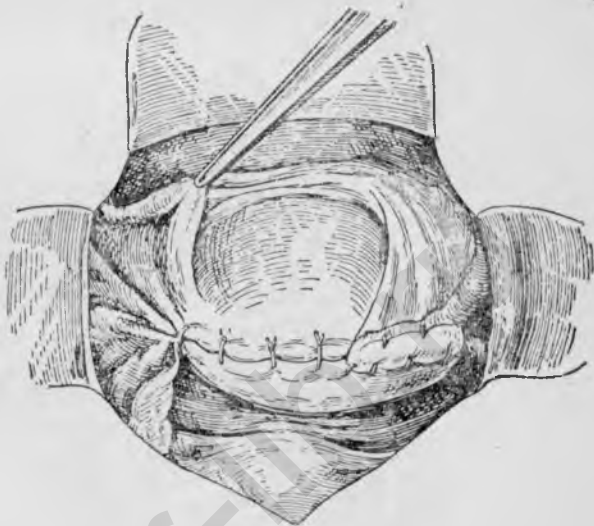


Рис. 171. Надвлагалищная ампутация матки. Петля левой круглой связки захвачена пинцетом; петля правой круглой связки пришита к матке поверх лигатур, которыми зашита матка.

Техника операции. Операцию начинают так же, как и операцию надвлагалищной ампутации миоматозной матки без удаления придатков. Проводят такой же разрез брюшной стенки, тем же способом выводят матку с опухолями в брюшную рану и отгораживают их от брюшной полости большими марлевыми салфетками. Так же как при надвлагалищной ампутации, перевязывают и отделяют от матки придатки и круглые связки. Затем надсекают листок широкой связки вплоть до ребра матки, дугообразно разрезают пузырно-маточную складку брюшины от одной культи круглой связки до другой, мочевого пузыря полностью отсекают от шейки матки и отодвигают вниз до влагалищных сводов.

Затруднения при отделении мочевого пузыря наступают тогда, когда оперирующий не сразу попадает в слой рыхлой клетчатки, а также в тех случаях, когда соединительнотканная перегородка между мочевым пузырем и шейкой матки инфильтрирована, уплотнена, склерозирована, что бывает в результате воспалительных процессов. Чтобы сразу попасть в слой клетчатки между мочевым пузырем и шейкой, следует всегда применять следующий прием: после того как пузырно-маточная складка брюшины будет вскрыта поперечным разрезом, приподнимают пинцетом посередине

пузырный край брюшины. Вместе с брюшиной приподнимается и стенка мочевого пузыря, прикрепленная к шейке матки, и тогда начинают выриваться соединительнотканые волокна, которые и составляют рыхлую прослойку между этими двумя органами. Кончиками ножниц надсекают эти волокна у самой шейки матки (рис. 172). Пинцетом приподнимают следующий участок брюшины, и в этом месте снова надсекают соединительнотканые волокна и т. д. Когда мочевой пузырь будет отделен от шейки матки, приподнимают анатомическим пинцетом уже самую стенку мочевого пузыря, при этом натягиваются соединительнотканые волокна, кото-

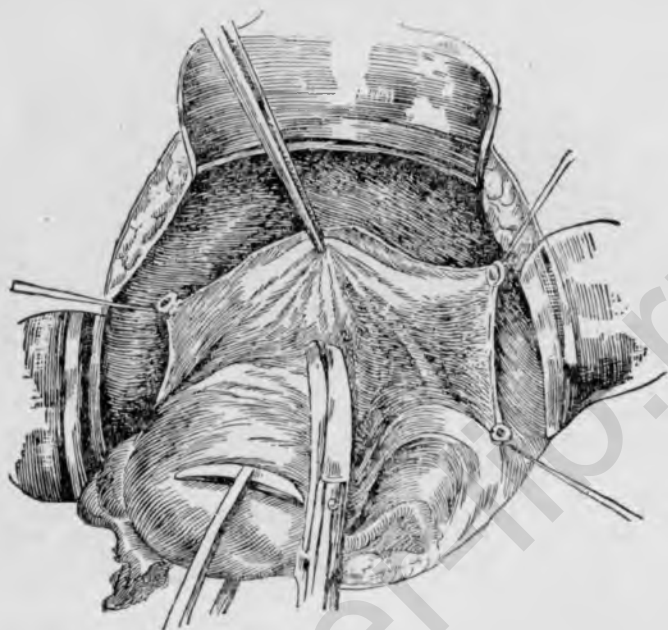


Рис. 172. Полное удаление миоматозной матки брюшно-стеночным путем. Пинцетом приподнят край вскрытой пузырно-маточной складки брюшины. Соединительнотканые волокна, прикрепляющие мочевой пузырь к шейке матки, надсекают у самой шейки.

рые надсекают кончиками ножниц у самой шейки матки. Отделение мочевого пузыря исключительно острым путем делают при инфильтрированной или уплотненной перегородке между мочевым пузырем и шейкой матки. В остальных случаях начинают отделение острым путем, затем, попав в рыхлый слой клетчатки, продолжают отделение тупым путем марлевым тупфером. Отделять удобнее тупфером, в котором кусочек марли скатан в виде плотной горошины. Если имеется плотная клетчатка, то, чтобы не травмировать ткани, эту горошину можно смазать стерильным вазелиновым или растительным маслом. Отодвигать мочевой пузырь тупфером надо очень осторожно.

К перевязке маточных сосудов приступают после того, как мочевой пузырь будет отделен и отодвинут за влагалищный свод, а разрез листков широкой связки будет доведен до ребра матки на уровне внутреннего зева. Помощник энергично оттягивает матку в сторону, противоположную той, на которой перевязывают сосуды. При полном удалении матки надо перевязать ствол маточной артерии, но, чтобы при этом не поранить мочеточник, который перекрещивается со стволом маточной артерии в основании широкой связки, ствол надо выделить. Для безопасности мы рекомен-

дугем захватить основным зажимом маточную артерию у ребра шейки матки, там, где она делится на восходящую и нисходящую ветки (рис. 173). Этим же зажимом надо захватить и сопутствующие вены. Второй зажим (контржелезку) следует наложить на сосудистый пучок значительно выше основного, вплотную к шейке матки и почти параллельно ей. Таким образом основной зажим и контржелезка будут лежать под некоторым углом друг к другу. Как только сосудистый пучок будет перевязан, основным зажимом немедленно заменяют крепкой кетгутовой лигатурой и переходят к перевязке сосудистого пучка на другой стороне.

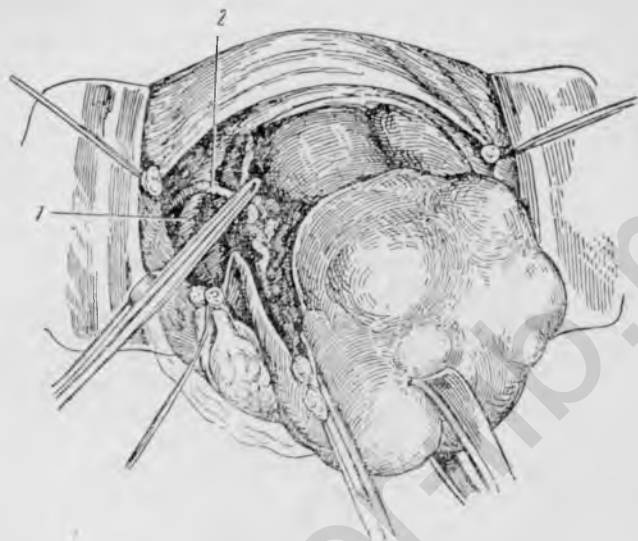


Рис. 173. Полное удаление миоматозной матки. Ствол маточной артерии у места ее деления на восходящую и нисходящую ветви захвачен зажимом.

1 — мочеточник; 2 — ствол маточной артерии.

Если основание широкой связки склерозировано или инфильтрировано, мы советуем хирургам, не имеющим большого опыта в подобных операциях, перевязывать не самый ствол маточной артерии, а его ветви, причем отдельно восходящую и отдельно нисходящую (рис. 174). Подобный образ действий поможет, как мы уже указывали, избежать повреждения мочеточника или захвата его лигатурой.

После перевязки сосудов на обеих сторонах переходят к отделению маточно-крестцовых связок от матки. Для этого матку оттягивают к лону; на маточно-крестцовые связки в том месте, где они отходят от матки, и перпендикулярно к ним накладывают по одному зажиму. Контржелезки мы не накладываем, так как большого кровотечения обычно не бывает. Затем перерезают связки и заменяют зажимы крепкой кетгутовой лигатурой. Следующим этапом операции является выделение погницами шейки матки из прилежащей клетчатки, которая составляет с боков основание параметрия (кардинальные связки). Выделяют шейку матки у самого ее ребра. Иногда при выделении шейки матки наступает кровотечение (кровоточит одна из влагаллищных веточек маточного сосуда); чтобы остановить его, надо наложить зажим на парацервикальную клетчатку и тотчас же заменить его лигатурой.

Убедившись, что выделение шейки матки из околоматочной клетчатки закончено, приступают к вскрытию влагаллищных сводов. Чтобы при

этом в брюшную полость не попало содержимое влагалища, под еще невскрытое влагалище подкладывают большую марлевую салфетку. Затем помощник оттягивает матку вверх, а отсепарованный мочевой пузырь отодвигает книзу; при этом обнажается передний влагалищный свод. Захватив свод пулевыми щипцами, вскрывают его ножницами и через полученное отверстие смазывают влагалищную часть матки и влагалищные своды 5% йодной настойкой. Если во влагалище имеются выделения, то со стороны брюшной раны в него вводят на корнцанге или на длинном пинцете стерильную полоску марли, которую удаляет помощник, не участвующий в операции. Влагалищную часть матки захватывают пулевыми щипцами

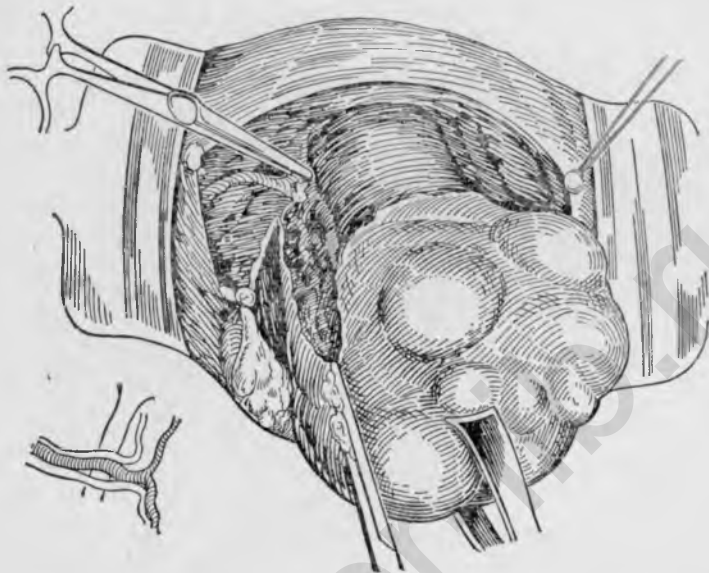


Рис. 174. Полное удаление миоматозной матки. Изолированная перевязка восходящей и нисходящей ветвей маточной артерии. Слева — деталь, указывающая соотношения между мочеточником и перекрещивающимися его артерией и двумя венами.

через отверстие в переднем влагалищном своде и, энергично потягивая левой рукой пулевые щипцы, оперирующий постепенно отсекает ножницами влагалищные своды от шейки матки; помощник длинными зажимами или пулевыми щипцами фиксирует края влагалищной раны.

Мы не считаем обязательным вскрывать в первую очередь передний влагалищный свод; можно начинать вскрытие и с бокового свода, что не менее удобно. Через отверстие в боковом своде можно с таким же успехом продезинфицировать влагалищную часть матки и отсечь ее от сводов.

Следующим этапом операции является зашивание влагалища. Передний и задний края влагалищной раны соединяют кетгутowymi лигатурами. Все инструменты и салфетку, подложенную под влагалище, выбрасывают. Участвовавшие в операции моют и дезинфицируют руки или надевают свежие перчатки. Подают новый материал и новые инструменты; брюшную рану обкладывают салфетками.

После того как влагалище будет зашито, приступают к перитонизации культей, оставшихся после удаления матки. Перитонизируют одним непрерывным тонким кетгутowym швом. Иногда, особенно при дефектах брюшины у краев раны, накладывают двухэтажный шов. Начинают перитонизацию с соединения переднего и заднего

листочков брюшины над зашитым влагалищем, т. е. сначала сшивают края пузырно-маточной и ректальной брюшины, притягивая при этом культю зашитого влагалища несколькими стежками к брюшине (см. раздел «Расширенная экстирпация матки») (стр. 261). Дойдя до культи круглой связки, этой же непрерывной лигатурой накладывают кисетный шов так, как он описан при операции надвлагалищной ампутации матки. Точно так же перитонизируют и другую сторону. В тех случаях, когда целесообразно перитонизировать в два этажа, поверх первого непрерывного шва накладывают второй шов, такой же тонкий, непрерывный. По окончании перитонизации больную переводят в горизонтальное положение, из брюшной раны убирают салфетки и приступают к послойному зашиванию брюшной стенки.

При операции полного удаления матки приходится работать в глубине таза, это требует хорошего освещения и полного наркоза. Иногда спинномозговая или местная анестезия может оказаться недостаточной и приходится дополнительно прибегать к общему наркозу.

Удаление мноматозной матки вместе с придатками. Для того чтобы у женщины детородного возраста удалить один или оба яичника, должны иметься очень строгие показания, как-то: доброкачественные новообразования яичника (при злокачественных всегда удаляются матка и придатки), тяжелые воспалительные изменения необратимого характера и т. п. Чем старше женщина, т. е. чем возраст ее ближе к климактерическому периоду, тем легче решиться на удаление яичников.

Если решено удалить матку и придатки, то на воронко-тазовую связку накладывают два зажима и между ними рассекают связку; основной зажим заменяют крепкой кетгутовой лигатурой; контрклепму оставляют.

Накладывать зажимы и перерезать связку надо очень осторожно, чтобы не поранить мочеточник, который чуть ниже вступает в малый таз и идет вдоль заднего листка широкой связки. Опасность ранения мочеточника увеличивается, если связка в результате предшествовавшей рентгенотерапии или бывшего воспалительного процесса подверглась рубцовому сморщиванию. После того как воронко-тазовая связка будет перевязана и перерезана продолжают разрезать листки широкой связки; разрез ведут параллельно ходу собственной связки яичника, к углу матки, не отклоняясь вниз, чтобы, повторяем, не поранить мочеточник.

Дальнейший ход операции такой же, как и при операции надвлагалищной ампутации матки или полного ее удаления.

Если вместе с маткой удаляют только маточную трубу, сначала перевязывают и перерезают собственную связку яичника, затем, приподняв маточную трубу, накладывают на ее брыжейку зажим и отсекают трубу. Дальнейший ход операции не отличается от ее хода при удалении матки без придатков.

ОПУХОЛИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАХ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Комбинация опухоли яичников и беременности наблюдается редко. При таком сочетании в 60% случаев имелись дермоидные кисты, несколько реже — другие кисты и кисты, еще реже — паровариальные кисты и, наконец, наиболее редко — раковые опухоли яичников.

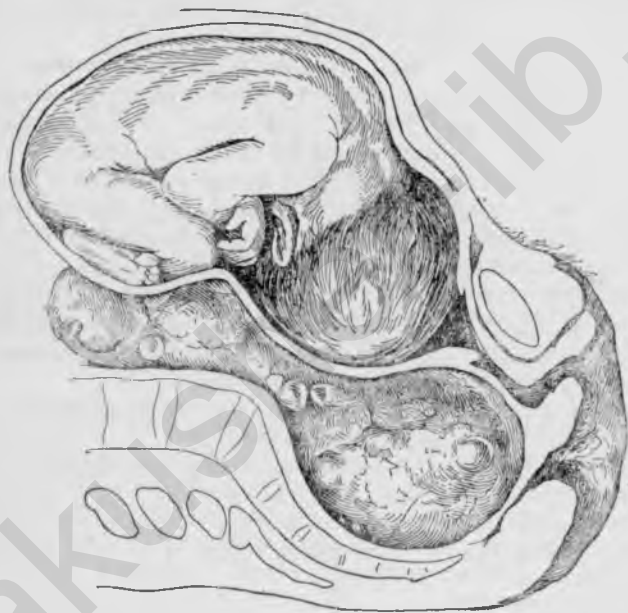


Рис. 175. Осложнение родов кистой яичника.

Наличие кисты яичника при беременности — серьезное осложнение, которое является особенно тяжелым при перекручивании ножки опухоли. По данным К. К. Скробанского, это осложнение, сопровождающееся раздражением брюшины, было причиной выкидыша в 12% случаев. Большие опухоли яичников при беременности могут вызвать всевозможные нарушения функции сердечно-сосудистой системы, в связи с чем наступает одышка, появляются отеки и т. п.

Опухоль яичника, расположенная между листками широкой связки, бывает причиной неправильного положения и предлежания плода.

Опухоль яичника, обнаруженная во время беременности, должна быть удалена, и чем раньше будет сделана операция, тем больше шансов на сохранение беременности. Ясно, что и для прочности рубца важно, чтобы срок между операцией и родами был длительный. Удаляя опухоль яичника, надо всячески стараться сохранить здоровые его части.

Что касается влияния кисты яичника на течение родов, то надо помнить, что при небольшой опухоли, расположенной высоко в брюшной полости, роды могут протекать вполне нормально. Если же опухоль расположена у входа в таз и в его полости, она может явиться причиной серьезной акушерской патологии (неправильное положение плода, выпадение пуповины и пр.). Если опухоль лежит в малом тазу — обычно в прямокишечно-маточном углублении (рис. 175), она может создать непреодолимое механическое препятствие для рождения ребенка через естественные родовые пути. Появляются угрожающие жизни осложнения: разрыв матки, иногда разрыв опухоли, в результате чего возникает перитонит и сепсис. При недоношенном плоде и маленькой опухоли в отдельных случаях возможно родоразрешение через естественные родовые пути.

Поэтому, если киста яичника лежит в прямокишечно-маточном углублении, показано кесарево сечение брюшностеночным путем и удаление опухоли яичника.

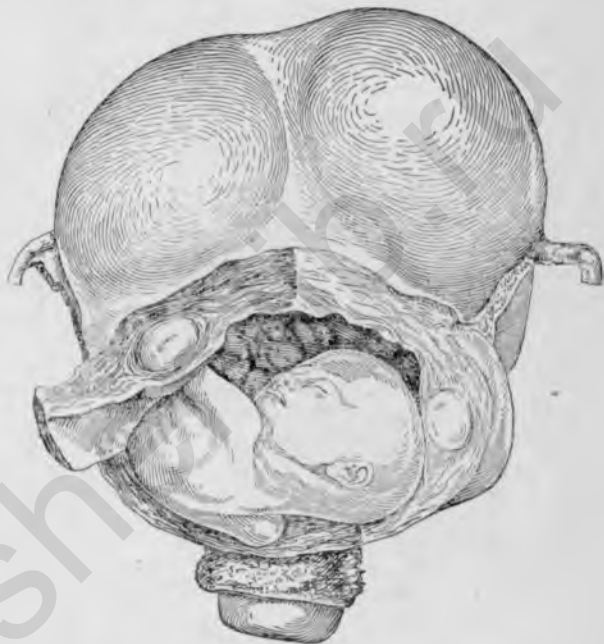


Рис. 176а. Фибромиома, осложняющая беременность.

ФИБРОМИОМА МАТКИ

Беременность, сочетающаяся с бессимптомной фибромиомой матки, в большинстве случаев не вызывает жалоб у беременной, протекает нормально и заканчивается срочными родами. Наличие фибромиомы матки при беременности не является показанием ни к операции удаления опухоли, ни к прерыванию беременности. Г. Г. Гентер подчеркивает, что «никогда фибромиома матки не должна служить показанием к прерыванию беременности; она скорее является противопоказанием к производству аборта вследствие опасности заражения и некроза опухоли».

В 1746 г. Гильден (Hilden) описал случай разрыва матки во время родов, причиной которого являлась фибромиома матки. И только в 1868 г., почти через 140 лет, вопрос об осложнении беременности и родов фибромиомой матки подвергся подробному обсуждению на заседании хирургического общества в Париже (цит. по Л. Л. Окуньичу).

Расположение опухоли и ее размеры играют существенную роль в исходе наступившей беременности (рис. 176а, 176б, 176в). В некоторых случаях опухоль расположена так, что она не оказывает влияния на течение беременности и родов, но иногда она по своим размерам и, главное, рас-

положению может явиться серьезным препятствием для нормального течения беременности и родов; в таких случаях заранее надо тщательно продумать план вмешательства. Если беременная, имеющая фибромиому, категорически настаивает на прерывании беременности, ей следует объяснить, что даже в начале беременности делать только выскабливание при подобном сочетании рискованно, что надо сделать будет удалена и опухоль, и беременность.



Рис. 1766. Ретровезикальная фибромиома при беременности 2—3-го месяца.

применить неоперативные методы лечения; если же, несмотря на принятые меры, улучшение не наступит, придется прибегнуть к операции.

Показания к операции. Операция удаления опухоли будет показана в тех случаях, когда у беременной, желающей иметь ребенка, предыдущие беременности заканчивались самопроизвольным выкидышем, причиной которых признавалась именно фибромиома.

Инфекция, возникшая в опухоли, или ее некроз также является показанием к операции (асептический некроз опухоли у беременных наблюдается чаще, чем у небеременных).

Редким показанием к чревосечению может явиться внутрибрюшное кровоизлияние вследствие разрыва капсулы опухоли (рис. 177), перекручивание ножки узла опухоли или всей опухоли, сопровождающееся клиническими симптомами, характерными для «острого живота». К счастью, подобные осложнения наблюдаются редко.

Операция выскабливания при сочетании беременности с фибромиомой может сопровождаться всевозможными осложнениями. Так, например, может наступить профузное кровотечение, с которым даже квалифицированный специалист не всегда может справиться. Прободение матки у беременной, имеющей фибромиому, бывает чаще. Так как при фибромиоме в полости матки имеются углубления, то не всегда удается полностью удалить все части плодного яйца; эти остатки могут явиться источником инфекции, которая может повести к серьезным последствиям.

Если фибромиома начинает вызывать жалобы и наступают явления, угрожающие нарушением беременности, надо поместить беременную в стационар и

У беременной, страдающей фибромиомой, мы, как и большинство авторов, делаем консервативную операцию, принимая все меры для сохранения беременности. Опыт показал, что при бережно проведенной



Рис. 176в. Осложнение родов фибромиомой.



Рис. 177. Внутрибрюшное кровотечение, вызванное разрывом капсулы опухоли.

операции матка не подвергается значительной травме и в значительном проценте случаев беременность заканчивается срочными родами.

Методика хирургического вмешательства во время беременности при сочетании ее с фибромиомой. Методы операции по поводу фибромиомы

при сочетании ее с беременностью могут быть, как и в случаях, не осложненных беременностью, консервативными (вылущивание опухоли — миомэктомия), радикальными (надвлагалищная ампутация, полная экстирпация матки) и полурадикальными (дефундация, высокая ампутация матки).

Из консервативных методов операции чаще других методов применяется вылущивание (энуклеация) опухоли. Вылущивание узлов опухоли сопровождается некоторой травмой беременной матки. Понятно, что в результате операции миомэктомии беременность может прерваться. Опасность возникновения послеоперационных осложнений и выкидыша тем меньше и прогноз операции тем лучше, чем меньше количество вылущиваемых узлов и чем ближе они расположены к поверхности матки. Поэтому при миомэктомии во время беременности мы не считаем обязательным удалить все узлы, а ограничиваемся вылущиванием тех, которые по величине или расположению могут служить препятствием к продолжению беременности.

Техника резекции матки при беременности. После вскрытия брюшной полости извлекают беременную матку вместе с фибромиомой и отгораживают ее стерильными марлевыми салфетками от брюшной полости. Осмотром и пальпацией определяют самые низкие границы расположения узлов в стенках матки. Если узлы расположены так высоко, что при резекции матки на уровне наиболее низко расположенного узла все же останется достаточное количество функционирующего эндометрия для сохранения менструальной функции, то на этом уровне и делают симметрическую резекцию матки. Но если узлы расположены менее благоприятно и в случае симметрической резекции должна быть удалена значительная часть эндометрия, то приходится делать асимметрическую резекцию, т. е. делать ее на разных уровнях. После резекции и удаления плодного яйца еще раз тщательно прощупывают стенки матки, чтобы не оставить где-либо маленького узелка, незамеченного при операции. Если узелок будет обнаружен, его вылущивают и ложе зашивают. Таким образом, получается сочетание резекции с энуклеацией (к такому методу иногда прибегают и при консервативной операции на небеременной матке). В остальном ход операции резекции асимметрической матки не отличается от обычной ее дефундации или надвлагалищной ампутации.

Если из задней стенки матки удаляется меньшая часть, а из передней — большая (рис. 178), то при сшивании краев раны задняя стенка перегнется кпереди и швы, наложенные на рану, будут лежать на передней стенке матки. Для перитонизации швов можно использовать пузырно-маточную складку брюшины или круглые связки. Если передняя стенка матки после операции резекции окажется длиннее задней, то швы будут лежать на задней стенке; перитонизация в таких случаях будет труднее.

При зашивании стенок матки мы рекомендуем накладывать два или три этажа швов, причем третий этаж — поверхностный шов, обычно непрерывный, — делают наподобие ламбертовского.

Если придерживаться приведенных показаний к операции при беременности, то, как видно из сказанного, оперировать приходится довольно редко.

Некроз фибромиомы матки во время беременности. Наблюдающееся во время беременности быстрое увеличение фибромиомы (главным образом за счет гиперемии и отека), а также увеличение внутриматочного давления, вызываемое растущим плодным яйцом, нередко ведут к сдавлению, перегибу и смещению кровеносных сосудов, расположенных в кап-

суле опухоли. В результате может возникнуть частичный или полный некроз опухоли.

Асептический некроз фибромиомы встречается у беременных чаще, чем у небеременных. В большинстве случаев признаком возникшего некроза являются боли. Вначале они бывают умеренными, но затем



Рис. 178. Асимметрическая резекция беременной матки.

а — черные линии обозначают места иссечения узлов опухоли;
б — задняя стенка матки, оставшаяся после асимметрической резекции более длинной, перегибается вперед.

становятся все сильнее и принимают иногда характер острого приступа, сопровождающегося реактивными явлениями со стороны брюшины — рвотой, вздутием живота, задержкой газов и стула. Опухоль быстро увеличивается, становится мягкой, а главное болезненной при ощупывании. Температура иногда остается нормальной, но общее состояние больной заметно ухудшается. Под влиянием покоя и болеутоляющих средств приступ может пройти, но иногда повторяется, причем обычно с большей силой.

Тяжелые явления могут наступить в связи с кровоизлиянием в капсулу опухоли, в самую опухоль или даже в брюшную полость. К счастью,

подобные осложнения очень редки. Несколько чаще инфекция и гангрена опухоли наблюдались в послеродовом периоде.

Если резкие боли и явления со стороны брюшины не утихают, приходится прибегнуть к операции, которая состоит в вылуцивании узлов опухоли или надвлагалищной ампутации, а иногда и в полном удалении матки. Непременным условием для консервативной операции является отсутствие кровоизлияния в капсулу опухоли.

Перекручивание ножки субсерозной опухоли или всей миоматозной матки во время беременности также может повести к некрозу опухоли или к кровоизлияниям в нее и вызывать клинические симптомы «острого живота».

Фибромиома матки и роды

Ведение родов при наличии фибромиомы должно быть наиболее консервативным. Если установлено, что роды через естественные родовые пути невозможны, следует применить кесарево сечение. Выбор времени для операции в значительной мере зависит от момента поступления беременной в родильный дом. Если беременная поступила в родильный дом заблаговременно с доношенной беременностью и целыми водами, мы предпочитаем оперировать в плановом порядке до начала родовой деятельности. Если же воды еще не отошли, а родовая деятельность уже началась, то надо оперировать немедленно, до отхождения вод. Если воды уже прошли, то надо оперировать как можно скорее, методика и прогноз операции будут зависеть от того, сколько времени прошло с момента отхождения вод. Если воды прошли уже давно, особенно если поднялась температура, надо сделать брюшностеночное кесарево сечение, которое является наиболее безопасным методом операции. В подобном случае оставить после кесарева сечения миоматозную матку рискованно, ибо могут наступить всевозможные осложнения: кровотечение, некроз, инфекция, нагноение и т. д. Поэтому после кесарева сечения рекомендуется сделать надвлагалищную ампутацию матки, а при шейной фибромиоме — кесарево сечение и полную экстирпацию матки.

Приступая к операции кесарева сечения, надо решить, какой метод для данного случая будет наилучшим: сделать ли только операцию кесарева сечения или одновременно удалить и узлы опухоли (или узел) или после удаления плода сделать надвлагалищную ампутацию матки. В решении этих вопросов немаловажную роль играет обстановка, в которой производят операцию, а также подготовленность хирурга. Здесь же следует сказать, что лучшие непосредственные результаты получаются даже у специалиста-акушера, когда он ставит перед собой ограниченную задачу — сохранить жизнь матери и ребенка, не задаваясь целью разрешить одновременно вопросы, касающиеся отдаленного будущего. Поэтому в тех редких случаях, когда при наличии фибромиомы приходится прибегать к чревосечению в родах, мы считаем, что методом выбора является классическое кесарево сечение. Лишь при наличии в матке стебельчатой (на ножке) фибромиомы надо при операции кесарева сечения удалить и опухоль. Это несложная, легко выполняемая, дополнительная к кесареву сечению операция. В виде редкого исключения при большой межчужичной опухоли следует после операции кесарева сечения у молодой женщины сделать и вылуцивание опухоли. Иногда может оказаться целесообразным после извлечения плода сделать надвлагалищную ампутацию матки, если опухоль, особенно у немолодой женщины, вызывала до беременности определенные жалобы. Если имеется техническая возможность, предпочтительно сделать высокую ампутацию матки или ее

дефундацию. Это позволит сохранить полностью или хотя бы частично менструальную функцию.

При операции кесарева сечения не следует производить разрез в месте расположения узла, т. е. если опухоль лежит в задней стенке матки или в ее дне, то разрез надо проводить по средней линии передней стенки матки. Если опухоль расположена в передней стенке, то поперечный или продольный разрез ведут по дну матки.

Иногда операцию кесарева сечения в родах при фибромиоме производят по относительным показаниям, например при слабой родовой деятельности, особенно в случае первичной слабости, при сочетании фибромиомы с тазовым предлежанием у старой первородящей и т. п.

Фибромиома, осложняющая последовый и послеродовой периоды

В последовом периоде при наличии в матке фибромиомы нередко наблюдаются кровотечения вследствие нарушения правильного механизма отделения плаценты. Поэтому бережное ведение последового периода в этих случаях особенно важно. Если после рождения последа кровотечение не останавливается, хотя проверка показала целостность плаценты и все примененные сокращающие матку средства не дали результата, приходится прибегнуть к операции надвлагалищной ампутации матки, а иногда и к полному ее удалению. Операция брюшностеночного чревосечения показана и в тех случаях, когда неотделившаяся плацента «сидит» на миоматозном узле, выпячивающемся в полость матки.

Если беременность и роды протекали нормально, опухоль нередко подвергается сморщиванию и обратному развитию. Однако в ряде случаев в ней может развиваться нагноение и распад.

В позднем послеродовом периоде показанием к операции удаления матки могут служить тяжелые осложнения, возникшие на почве некроза и инфекции опухоли.

При гангренозном распаде подслизистой опухоли характерным симптомом являются кровотечения и обильные зловонные выделения с примесью тканевого распада и крови. При некрозе и перекруте подсерозного узла появляются перитонеальные симптомы (подробности см. в руководствах по оперативному акушерству).

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Рак яичников может быть первичным, вторичным (развившимся вследствие злокачественного перерождения серозной или псевдомуцинозной кисты яичника) и метастатическим (рис. 179).

Метастатический рак яичника (так называемая опухоль Крукенберга) описан впервые в 1896 г. Самой полной статистикой метастатических опухолей яичника является статистика Ф. А. Пожарийского, охватывающая 612 случаев, к которым он добавил свои 69 случаев.

Сочетание метастатической опухоли яичника с беременностью наблюдается очень редко. Диагностировать подобное сочетание очень трудно. Симптомы со стороны первичного очага в желудочно-кишечном тракте, если они и проявляются в виде тошноты, рвоты, потери аппетита, нередко не привлекают должного внимания, так как их трактуют как явления, связанные с беременностью.

Первый случай такого сочетания был описан в русской медицинской литературе Брудзинским в 1907 г. В 1949 г. в журнале «Акушерство и гинекология» появилась работа Т. А. Майкапар-Холдиной, в которой она сообщает о 20 случаях, собранных ею в доступной мировой литературе, к которым она добавила два собственных наблюдения.

Лечение в случаях подобного сочетания только оперативное. При живом и жизнеспособном плоде делают кесарево сечение, а затем удаление матки и придатков.



Рис. 179. Двусторонняя опухоль Крукенберга.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки и беременность

Подобное сочетание наблюдается редко. Так, Ю. И. Новиков за 5 лет на 39087 беременных, прошедших через руководимую им клинику, наблюдал 6 случаев подобного сочетания, т. е. 0,015%. Я. Ф. Вербов приводит 0,02%, Драницын — 1,5%, М. Н. Лехтман — 0,5%, А. И. Серебров — 0,75%.

Возможно сочетание рака матки, беременности и фибромиомы (рис. 180 и 181).

Среди больных раком матки частота беременности колебалась от 1,3 до 4,2% (данные А. Н. Лебедева и Ф. А. Сыроватко); по данным М. Н. Лехтмана, она составляла 1,65% (цит. по М. Н. Лехтману).

Некоторые авторы утверждают, что рак шейки матки благоприятствует наступлению беременности. Большинство же авторов полагает, что рак шейки матки является препятствием к зачатию и что беременность является предрасполагающим моментом к развитию рака. Способствуя возникновению рака, беременность способствует и его развитию. А. И. Серебров приводит интересные данные, которые получил Р. Майер (R. Mauger) при изучении состояния околоматочной клетчатки на препаратах, удаленных при операции по поводу рака шейки матки в сочетании с беременностью. На 50 исследованных препаратов только в 6 случаях (12%) были найдены раковые клетки в околоматочной клетчатке, в то время как в случаях, где не было беременности, такие находки были в 4 раза чаще. Иовлев экспериментально доказал благоприятное влияние беременности на развитие рака шейки матки. Объяс-

снение этого он видит в изменяющихся во время беременности условиях внутренней секреции половых и щитовидных желез (В. С. Груздев). Другие авторы, как А. И. Серебров, Н. Н. Петров, К. П. Улезко-Строганова, отмечают, что течение рака шейки матки при беременности протекает менее злокачественно, а Варнекрот (Warnekros), Вертгейм (Wertheim), Френкель (Fränkel) держатся такого мнения, что беременность вообще не влияет на течение рака шейки матки. Беременность, по данным В. С. Груздева, в 30—40% при наличии рака шейки матки прерывается



Рис. 180. Рак шейки матки, беременность 5 месяцев; плацента расположена под фибриомой.

преждевременно; он считает, что здесь играет роль не сам рак, а сопутствующий ему эндометрит. И. Ф. Жордания, А. Ю. Лурье, И. П. Никоненко, А. А. Терехова, М. Н. Лехтман, К. П. Улезко-Строганова считают, что беременность и лактационный период благоприятствуют развитию ракового процесса и быстрому его распространению. И. П. Никоненко наблюдал 7 женщин, которые, будучи больны раком шейки матки, кормили детей. Две находились под наблюдением и отмечалось некоторое улучшение, у 2 было инкурабельное состояние, у одной — ухудшение; две больные умерли.

Обычно беременная обращается к врачу по поводу усилившихся выделений либо кровотечений. Эти кровотечения появляются иногда после физического напряжения, иногда после полового сношения, иногда без всякой видимой причины. Наблюдались случаи, когда рак шейки матки обнаруживался совершенно случайно, например при определении срока беременности. Если при исследовании в зеркалах обнаруживают кратерообразную язву на шейке матки, кровоточащую при дотрагивании, инфльтрацию влагалищных сводов и параметрия, то не трудно поставить

диагноз рака шейки матки. А. А. Терехова и М. Н. Лехтман настаивают на обязательном осмотре шейки матки беременной женщины в зеркалах при первой явке ее в консультацию даже при сроке беременности в 32 недели, а при наличии кровянистых выделений — независимо от срока беременности. Очень важно распознать рак шейки матки у беременной и как можно раньше сделать операцию. При живом и жизнеспособном плоде надо сделать кесарево сечение, а затем расширенную экстирпацию матки по Вертгейму. Смертность после операции составляет



Рис. 181. Рак шейки матки, беременность 3 месяца, фибромиома.

приблизительно 6—7%. Длительное выздоровление наблюдалось в 20—25% случаев. Почти все жизнеспособные плоды были спасены (Г. Г. Гентер). После операции в обязательном порядке проводят рентгенотерапию (не менее 10 000 г). В неоперабельных случаях делают надвлагалищную ампутацию матки. Цель надвлагалищной ампутации — по возможности изъять очаг инфекции.

Рак шейки матки и роды

Рак шейки матки является тяжелым осложнением родов. Твердая, инфильтрированная, неподатливая шейка оказывает сопротивление силам, ведущим к сглаживанию и раскрытию зева. Может наступить перерастяжение нижнего маточного сегмента, ведущее к разрыву матки или к возникновению глубокого разрыва шейки матки, что сопровождается профузным кровотечением. Если раковым процессом поражена только часть шейки матки, а большая ее часть еще здорова, канал шейки матки может раскрыться и роды могут закончиться благополучно. О благополучном

исходе родов при раке шейки матки имеются сообщения Ф. А. Сыроватко, А. А. Тереховой, Ю. И. Новикова, С. Штерна, М. Н. Лехтмана и др. Но даже при благоприятном течении родов матери грозят тяжелые осложнения в послеродовом периоде: патогенные микробы из ракового очага наводняют организм больной, что благоприятствует возникновению сепсиса. По Г. Г. Гентеру, смертность матерей в таких случаях составляет 57%, а детская смертность — 70%. Учитывая тяжелые осложнения, возникающие в родах при наличии рака шейки матки, современные гинекологи единодушно считают рак шейки матки безусловным показанием к кесареву сечению. Операция кесарева сечения должна сопровождаться расширенной экстирпацией матки по Вертгейму с последующей лучевой терапией. Переход к радикальной операции после кесарева сечения должен быть предусмотрен с самого начала, т. е. тогда, когда еще только приступают к чревосечению.

Расширенная экстирпация матки

Для производства радикальной операции при раке матки — операции чрезвычайно трудоемкой и длительной — делать большой разрез брюшной стенки, необходимый для экстирпации беременной матки, не следует. Мы рекомендуем сначала сделать кесарево сечение при помощи продольного разреза брюшной стенки между лобком и пупком, а экстирпацию матки произвести после ее опорожнения через разрез в нижнем отделе ее стенки (без отслойки мочевого пузыря). В борьбе с распространением инфекции из ракового очага, как и вообще при операциях по поводу рака шейки, огромную роль играет методика самой операции.

Самым важным в методике этой операции мы считаем предупреждение тех профузных кровотечений, которые наблюдаются при удалении параметральной и паравагинальной клетчатки в глубине таза. Большие затруднения возникают при остановке венозного кровотечения из паравагинальной, паравезикальной и параректальной клетчатки, из которой кровь нередко льется, как из насыщенной жидкостью губки.

Для того чтобы из глубоких слоев клетчатки при перерезке их не появилось неожиданно кровотечение, необходимо предварительно перевязать проходящие в них сосуды.

Мы приводим здесь краткое описание васкуляризации матки, ее придатков, брюшины и параметрия в изложении И. Ф. Перфильевой.

Маточные артерии подходят к матке с обеих сторон в большинстве случаев на уровне внутреннего маточного зева и отдают нисходящие и восходящие ветви, распределяющиеся на систему порядковых ветвей в толще матки, ее шейке и в верхних отделах влагалища. Сеть анастомозов между ветвями противоположных сторон шейки матки менее выражена, чем в теле матки.

В толще стенки матки различают сосуды миометрия, диаметр которых варьирует в зависимости от степени порядковых ветвей и колеблется у взрослых от 26 до 200 μ . Из поверхностных слоев миометрия сосуды идут под брюшину, покрывающую матку, а затем переходят в париетальную брюшину, в толще которой диаметр сосудов варьирует от 7—8 до 130 μ . Из глубоких слоев миометрия сосуды поступают под слизистую, где диаметр их колеблется от 2—6—8 до 20 μ , затем сосуды переходят в толщу слизистой оболочки, распределяясь на сети капилляров, имеющих различную архитектуру в зависимости от локализации.

От восходящих отделов маточных артерий, помимо порядковых ветвей, идущих к телу матки, отходят многочисленные сосуды в область параметрия (артерии параметрия); некоторые из этих ветвей идут между листками

широких связок в направлении стенок малого таза и анастомозируют с подходящими сюда ветвями системы яичниковой артерии (рис. 182—184).



Рис. 182. Артерии и вены параметрия и широких связок матки.

Эти ветви мы впервые описали и назвали артериями широких связок матки. Они сравнительно мало колеблются в диаметре, зигзагообразно извиты и, анастомозируя между собой, образуют крупнопетлистую сосудистую сеть, отдельные ячейки которой имеют формы многоугольников и овалов (рис. 185). Эти сосуды имеют большое практическое значение в восстановлении окольного кровоснабжения органов при различных патологических состояниях (воспалительные процессы, блокада сосудов во время операции и т. д.).

Артериальные сосуды круглых маточных связок берут начало от внутриорганных ветвей маточных артерий, а также непосредственно от восходящих отделов маточных артерий. Эти ветви длинные, зигзагообразно извиты по типу артериальных ветвей широких связок матки, идут в толще связок в направлении пахового канала. От уровня последнего к круглым маточным связкам присоединяются волокна внутренних косых и поперечных мышц живота. Вместе с этими волокнами в толщу круглых связок



Рис. 183. Кровеносные сосуды (артерии и вены) области параметрия и широких связок матки.

поступают также артериальные ветви сосудов данных мышц; кроме того, в пределах пахового канала в круглые связки поступают ветви из нижней надчревной артерии и поверхностной надчревной артерии. Таким об-

разом, через артерии круглых связок матки система сосудов маточной артерии анастомозирует с сосудами передней брюшной стенки, что имеет большое практическое значение в восстановлении окольного кро-

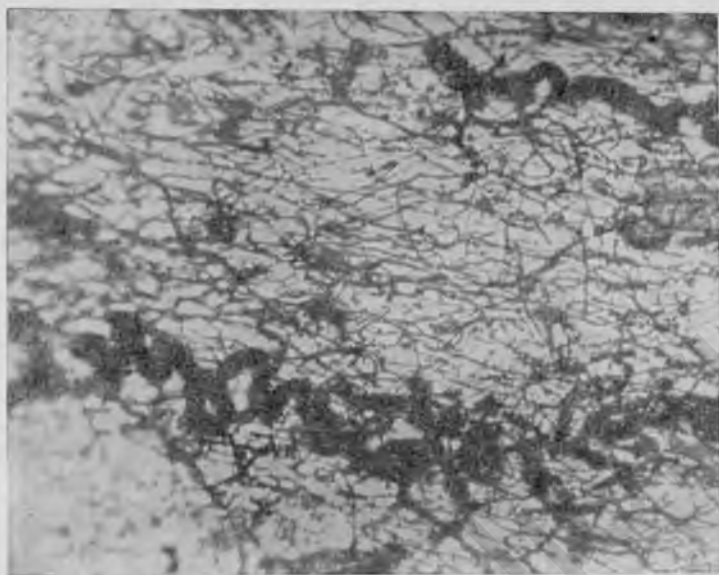


Рис. 184. Порядковые ветви маточной артерии и кровеносные сосуды параметрия.

воснабжения матки. Эти артерии мы относим к числу окольных сосудов, так как они продолжаются в брыжейке придатков матки, в частности в брыжейке круглых связок матки.

Основным местом анастомоза маточной и яичниковой артерий является брыжейка яичника; иногда анастомоз этих сосудов установить крайне трудно и он определяется лишь условно, по направлению порядковых ветвей, направляющихся с противоположных сторон в толщу яичника.

Между червеобразным отростком и яичником в 33% случаев встречается связка (отростково-яичниковая) lig. appendiculo-ovarica (Б. В. Огнев), представляющая собой дубликатуру брюшины, в которой проходит отростково-яичниковая артерия, через эту артерию сосудистая система червеобразного отростка соединяется с сосудистой системой правого яичника.

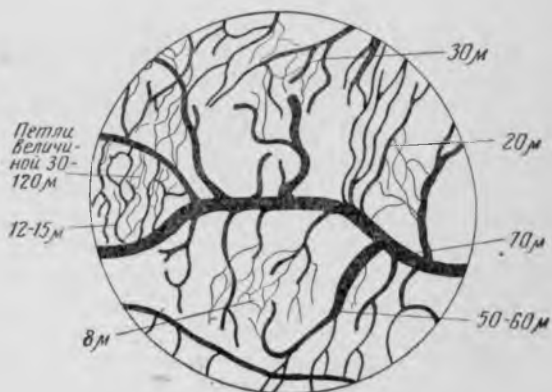


Рис. 185. Анастомозы кровеносных сосудов параметрия и широких связок матки.

Слева между яичником и брыжейкой сигмовидной кишки в 30% случаев также имеется сигмовидно-яичниковая связка, которая содержит брюшинные и подбрюшинные сосуды (Б. В. Огнев).

Маточные трубы снабжаются кровью из системы маточных и яичниковых артерий. Трубные ветви маточной артерии могут отходить либо от основных артериальных стволов в области углов матки, либо от анастомотических дуг, образованных маточными и яичниковыми артериями, обычно проходящими в брыжейке яичника. Фимбриальные отделы маточных труб снабжаются кровью преимущественно за счет трубных ветвей системы яичниковых артерий.

Весь брюшинный покров малого таза условно, по районам источников его кровоснабжения, можно подразделить на несколько отделов. Листок брюшины, покрывающий воронко-тазовые связки, питается за счет яичниковых артерий. Последние отдают веточки системе подбрюшинных и брюшинных сосудов к заднебрюшному отделу брюшины таза; эти сосуды в области прямокишечно-маточного углубления анастомозируют с подбрюшинными сосудами крестцово-маточных связок, источником кровоснабжения которых бывает, в частности, средняя геморроидальная артерия. За счет этих сосудов снабжается кровью участок брюшины, заключенный между прямой кишкой, задней поверхностью матки и крестцово-маточными связками. Широкие связки матки питаются из системы маточной и яичниковых артерий. От маточных артерий отходят артерии параметрия и широких связок матки. Сюда идут веточки из системы других сосудов — яичниковой, подчревной, наружной, подвздошной и запирающей артерий и из необлитерированной части пупочной артерии.

Участок брюшины, покрывающий матку, питается за счет сосудов, выходящих из миометрия, а с боков непосредственно за счет ветвей маточной артерии. Брюшина между широкими связками матки и круглыми связками матки питается от сосудов, проходящих в этих связках, и от сосудов, берущих начало от запирающей артерии.

Брюшина, покрывающая мочевого пузырь и пузырно-маточное углубление, питается от сосудов мочевого пузыря и пузырных ветвей системы маточной артерии; тело и шейка матки — от системы маточной артерии. Брюшина, покрывающая круглые связки матки, питается от сосудов этой связки, как мы их называем — артерии круглых связок матки. Источником этих артерий являются маточные артерии и возвратные сосуды, идущие из артерий внутренних косых и поперечных мышц живота, а также из системы надчревных артерий.

На уровне шейки матки маточная артерия отделяет в большинстве случаев одну, две или несколько крупных ветвей, которые, распределяясь в 3 измерениях на порядковые ветви в толще шейки матки, переходят на верхние отделы стенок влагалища, где и анастомозируют с порядковыми влагалищными ветвями системы внутренних срамных артерий.

В основании широких связок матки маточные артерии отделяют крупные ветви, идущие к мочевому пузырю. Эти ветви распределяются на систему сосудов, питающих не только соответствующие отделы стенки мочевого пузыря, но и область пузырно-маточной клетчатки. Пузырные ветви системы маточной артерии анастомозируют с порядковыми ветвями системы пузырных артерий, берущих начало от надчревной артерии.

Артериальные ветви пузырно-маточной клетчатки анастомозируют с идущими от влагалищных артерий ветвями клетчатки, окружающей влагалище, и с ветвями клетчатки параметрия.

Латцко и Шиффман (Latzko, Schiffman) показали, что в том сложном по своей анатомической структуре образовании, которое носит название параметрия и паракольпия, имеются три пласта, лежащие в различных плоскостях, и которые легко можно отделить друг от друга тупым путем — пальцем или тупфером. Так как в этих пластах, расходящихся от шейки матки в виде шестилучевой фигуры [Фреунд (Freund)], проходят сосуды,

то, отделив тупым путем эти пласты друг от друга и перевязав каждый в отдельности или обколов в них сосуды, можно предупредить появление неожиданного кровотечения из глубины таза.

Учитывая эти анатомические данные, мы выработали следующую технику операции, которой пользовались на протяжении многих лет.

Операцию начинают с определения операбельности случая путем ощупывания области илиакальных и obturatorных желез, параметриев, маточно-крестцовых связок и подбрюшинных пространств у стенок таза. Если же операцию производят после кесарева сечения, опорожненную матку ассистент захватывает рукой или двумя крепкими зажимами, нало-

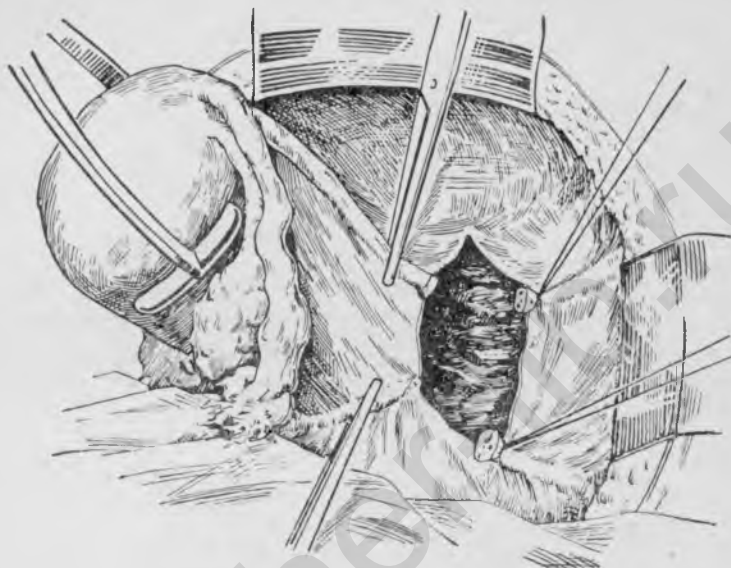


Рис. 186. Брюшпостепочная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. После перевязки и перерезки круглой и воронко-тазовой связок между их культями разрезают брюшинный листок широкой связки.

женными вдоль ребер матки на месте отхождения от нее маточных труб и собственных связок яичника. Затем на одной стороне (обычно на правой) перевязывают и перерезают воронко-тазовую связку и круглую связку, последнюю — подалее от ребра матки; лигатуры оставляют длинными. они служат для натяжения брюшины широкой связки между образованными культями. Натянутый таким образом передний листок брюшины широкой связки разрезают (рис. 186) и разрез ведут кпереди вдоль пузырно-маточной складки брюшины. То же проделывают и на другой стороне. Мочевой пузырь отсекают от пораженной раком шейки большей частью острым путем, куперовскими ножницами.

Затем приступают к обнажению мочеточников и маточных сосудов. Для этого указательными пальцами рук, введенными в разрез в брюшине широкой связки, раздвигают оба листка широкой связки (рис. 187) и обнажают лежащий на заднем листке широкой связки мочеточник, а в глубине — маточные и подвздошные сосуды. Мочеточник отделяют от брюшинного листка закрытыми куперовскими ножницами (рис. 188). Для того чтобы проследить ход мочеточника в нижнем отделе широкой связки до вхождения его в мочевой пузырь и перевязать лежащие над ним маточные сосуды, следует сильно оттянуть матку в противоположную сторону и немного кзади. Маточные сосуды у места отхождения их от под-

чревных сосудов перевязывают и перерезают (рис. 189), затем отсепаровывают мочевой пузырь от передней стенки влагалища, для того чтобы можно было удалить не только параметральную, но и паравагинальную

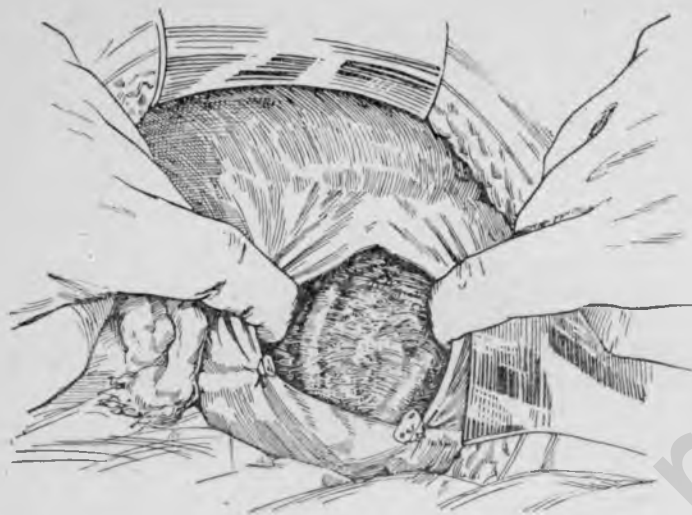


Рис. 187. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Двумя пальцами раздвинуты листки широкой связки.

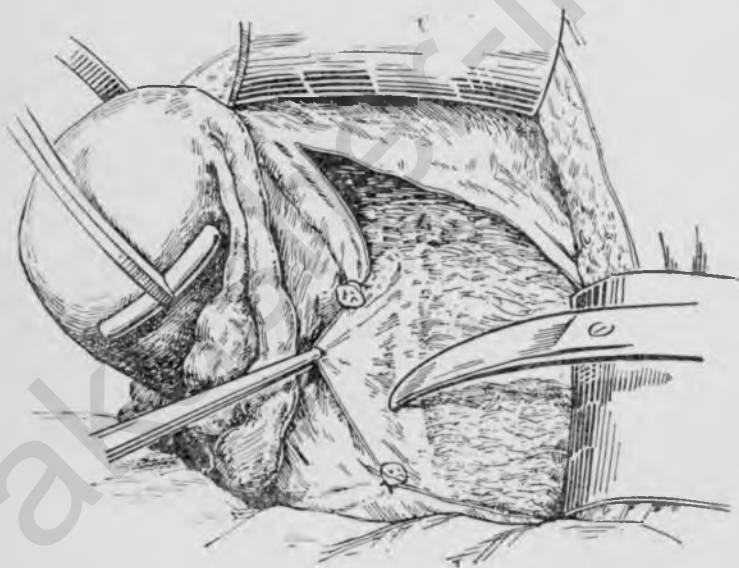


Рис. 188. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Отделение мочеточника от медиального листка широкой связки.

клетчатку. После этого обнажают нижний отрезок мочеточника (у места вхождения его в мочевой пузырь) и пласт рыхлой клетчатки, который проходит над мочеточником и идет от боковой стенки мочевого пузыря к нижнему отделу шейки матки (рис. 190). Этот рыхлый пласт клетчатки, содержащий венозные сосуды, перевязывают лигатурой и перерезают.

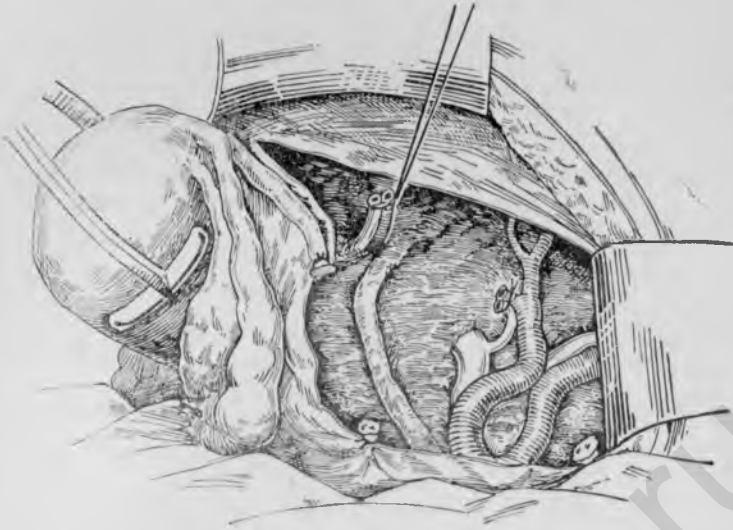


Рис. 189. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Маточную артерию и сопровождающую ее вену перевязывают и перерезают вблизи места их отхождения от подчревных сосудов.

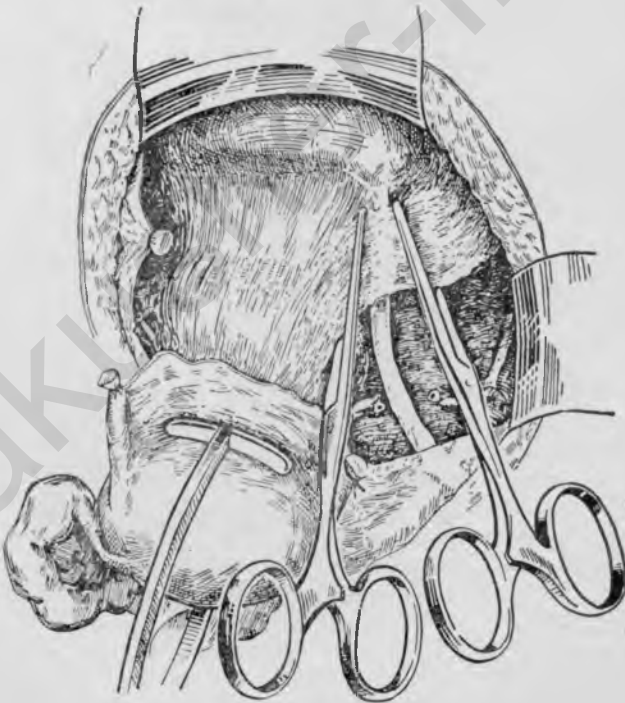


Рис. 190. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Выделен пласт клетчатки, идущий вверх мочеточника от нижнего отрезка шейки матки к боковой стенке мочевого пузыря.

Если отвести отсепарованный мочевой пузырь к симфизу, а мочеточник, отсепарованный от шейки матки, — в сторону, то под мочеточником обнажается пласт более плотной соединительной ткани, идущий от нижнебоковой стенки мочевого пузыря к влагалищу — пузырно-маточно-влагалищная связка (рис. 191). Этот пласт, содержащий кровеносные сосуды, отделяют тупым путем, перевязывают и перерезают под мочеточником. Чем исключается один из наиболее серьезных источников кровотечения в глубине тазовой полости. Затем матку оттягивают кпереди, по направле-

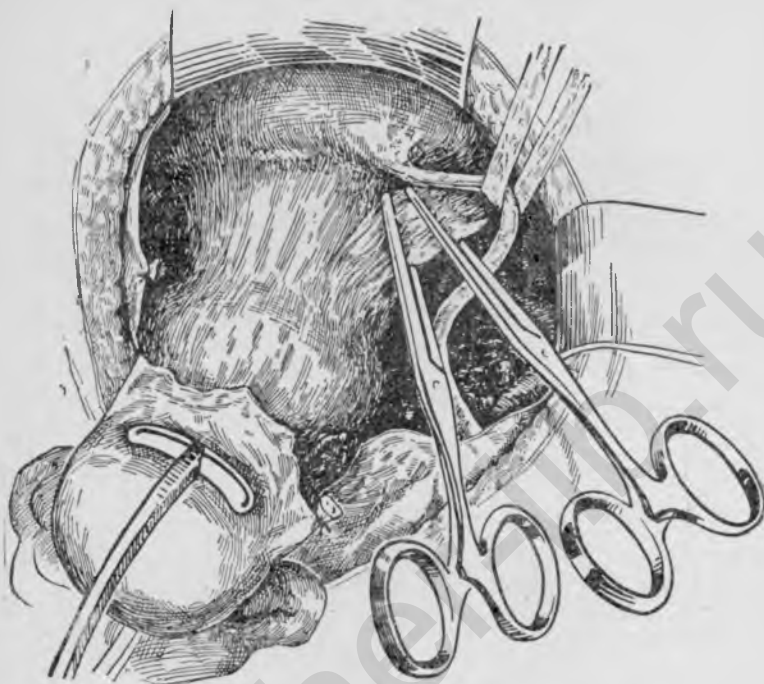


Рис. 191. Брюшнотазовая расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Мочеточник отведен в сторону. Под ним виден пласт клетчатки, идущий от влагалища к боковой стенке мочевого пузыря.

нию к лону, брюшину прямокишечно-маточного углубления рассекают ножницами (рис. 192), прямую кишку отодвигают вниз и таким образом обнажают маточно-крестцовые связки (рис. 193).

После перевязки и перерезки маточно-крестцового пласта у самой прямой кишки получают широкий доступ к параметральной и паравагинальной клетчатке, идущей от бокового ребра шейки и влагалища под мочеточником к боковой стенке таза. Этот довольно плотный, мощный и содержащий кровеносные сосуды пласт также перевязывают и перерезают (рис. 194), после чего весь препарат легко выводится в брюшную рану. Таким образом, пользуясь тем, что описанные пласты отделены друг от друга рыхлой бессосудистой клетчаткой, можно весь трудный этап выделения параметральной и паравагинальной клетчатки провести более планомерно и, что особенно важно, бескровно.

Теперь матка с придатками и окружающей клетчаткой и отпрепарованными влагалищными сводами остается соединенной лишь с влагалищной трубкой, которую и нужно отсечь. Чтобы оградить брюшную полость, насколько возможно, от проникновения в нее инфицированного содержи-



Рис. 192. Брюшностеночная расширенная (радикальная), операция по поводу рака шейки матки. Разрез брюшины прямокишечно-маточного углубления.

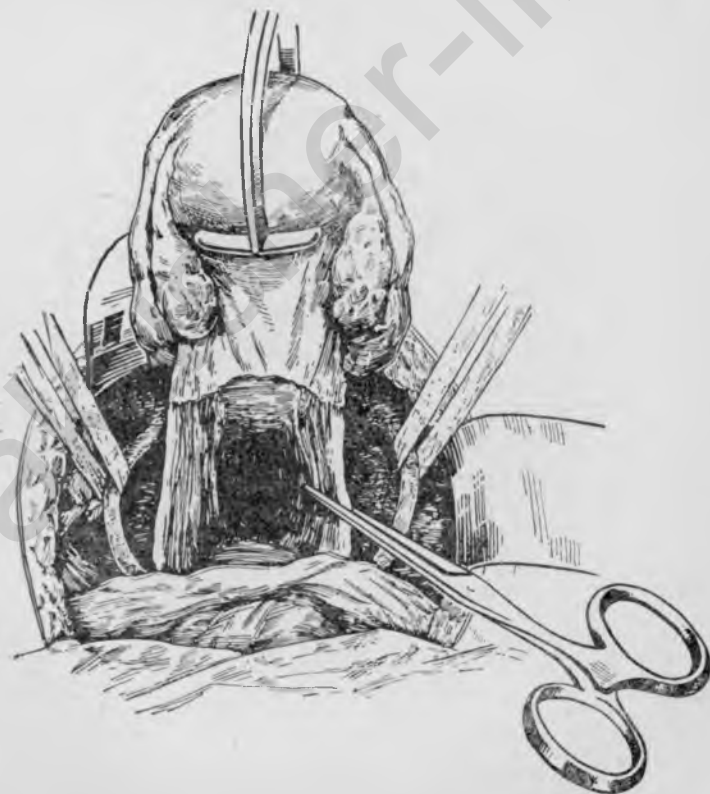


Рис. 193. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Обнажены пласты клетчатки маточно-крестцовых связок. На правый пласт наложен зажим.



Рис. 194. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Четвертый пласт клетчатki, идущий от бокового ребра шейки и влагалища к боковой стенке таза, захвачен зажимом.

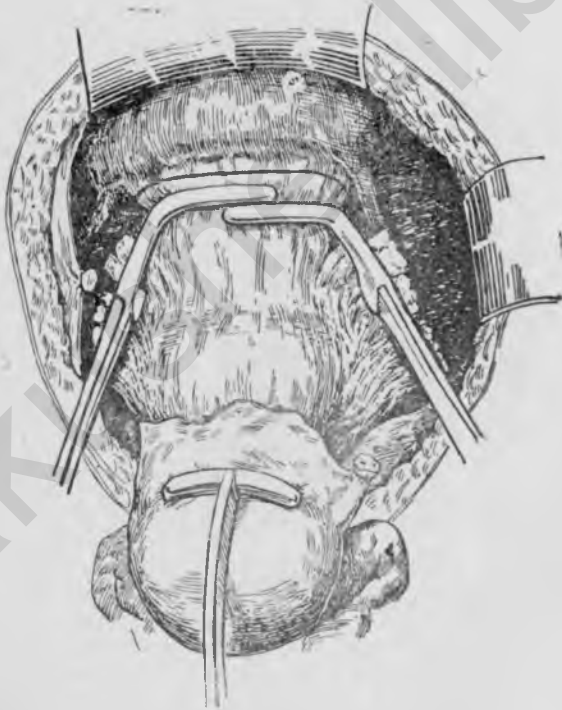


Рис. 195. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. На влагалище наложены два жима. Черной линией показано место отсечения влагалища.

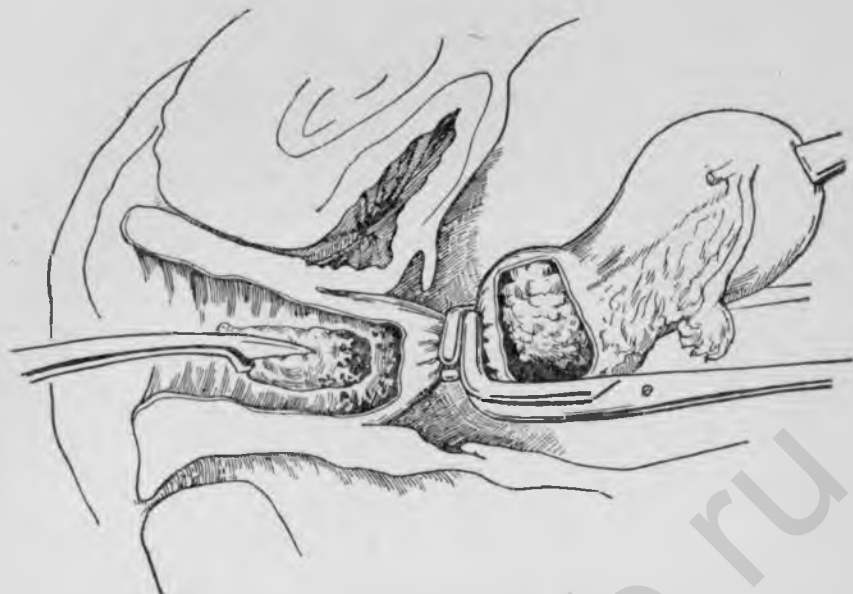


Рис. 196. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. После изолирования влагалища от ракового очага влагалищным жомом еще раз тупфером дезинфицируют влагалище.

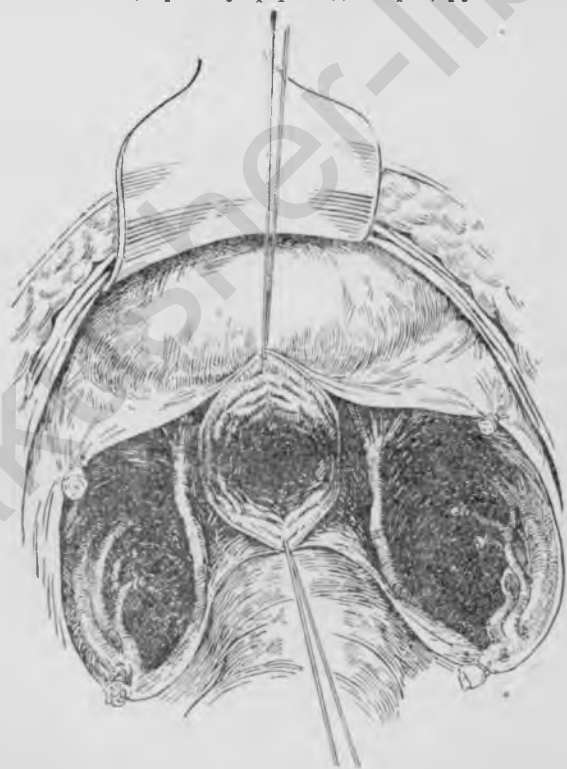


Рис. 197. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Одна лигатура соединяет переднюю стенку влагалища с брюшиной мочевого пузыря, другая — заднюю стенку влагалища с брюшиной прямой кишки.

мого из влагалища, мы накладываем на влагалище со стороны брюшной раны специальный жом (рис. 195). Благодаря этому жому распадающуюся и инфицированную раковую опухоль надежно изолируют от соприкосновения с брюшиной, а извлекают препарат через брюшную рану. Но ниже жома остаются, хотя и в небольшом количестве, выделения, попавшие во влагалище из ракового очага во время операции. Чтобы они не явились причиной заражения брюшины, ассистент, не участвующий в чревосечении, марлевым тупфером удаляет выделения из влагалища, затем вводит в него тупфер, смоченный спиртом, а потом тупфер, смоченный 5% йодной настойкой, которыми протирает влагалище (рис. 196).

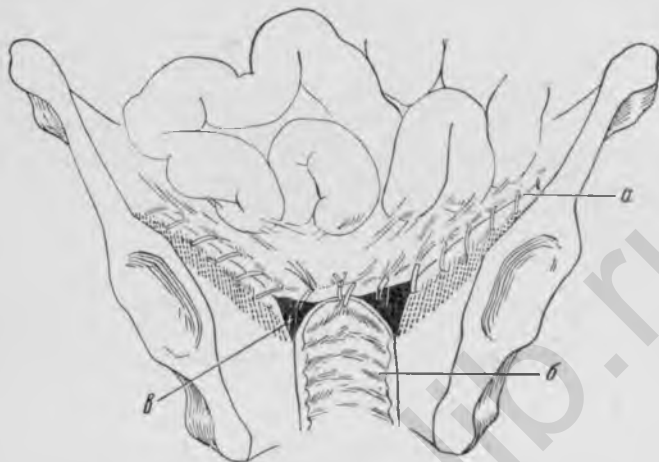


Рис. 198. Брюшностеночная расширенная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Бестампонное дренирование подбрюшинных пространств; края влагалищной раны с боков не зашиты и, свободно свисая, обеспечивают полную возможность оттока раневого секрета.

a — пристеночная брюшина; *б* — стенка влагалища; *в* — незашитый угол влагалищной раны.

Наложение жома и повторная дезинфекция влагалища предохраняют брюшную полость от попадания в нее инфекции из ракового очага. Последующая тщательная перитонизация дает возможность брюшине справиться с небольшим количеством инфекционного материала, занесенного в брюшную полость.

Труднее бороться с инфекцией, проникающей в обширные подбрюшинные пространства, которые остаются в тазу после удаления клетчатки. Самым важным мероприятием является предупреждение стаза секрета в этих пространствах. Способы дренирования этих пространств имеют значительные недостатки. Так, дренажные трубки и тампоны часто недостаточно способствуют оттоку секрета, а, главное, своим давлением иногда вызывают некроз стенки мочеточников.

Приблизительно в середине 1924 г. мы перешли к весьма простому способу дренирования, который прекрасно обеспечивает отток секрета из подбрюшинных пространств во влагалище и не имеет отрицательных сторон трубок и тампонов. Способ этот был рекомендован Францем (Franz), а нами был лишь несколько видоизменен. Принцип этого метода заключается в том, что после отсечения матки и окружающей ее клетчатки от влагалища его не зашивают и не подтягивают швами к брюшине; таким образом, секрет, образующийся в подбрюшинных пространствах, в силу тяже-

сти стекает в широко открытое влагалище. Недостатком этого метода является то, что мочевой пузырь и прямая кишка остаются не покрытыми брюшиной. Для того чтобы прикрыть пузырь и дать ему некоторую опору, мы проводим по 1—2 лигатуры через переднюю стенку влагалища и край брюшины пузырно-маточной складки, двумя другими лигатурами соеди-

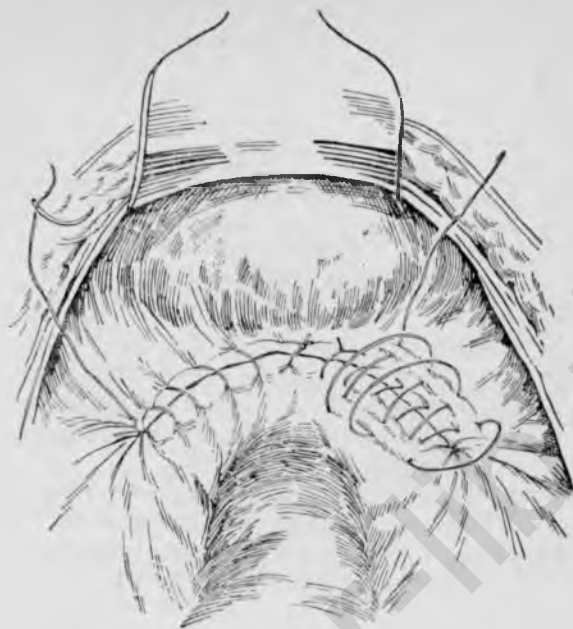


Рис. 199. Брюшностеночная расширительная (радикальная) операция по поводу рака шейки матки. Для более надежного отграничения брюшной полости от подбрюшинных пространств, оставшихся после удаления тазовой клетчатки, перитонизацию производят в два этажа: поверх непрерывного шва проводят еще один непрерывный шов.

няем заднюю стенку влагалища с брюшиной прямокишечно-маточного углубления (рис. 197). Боковые стенки влагалища остаются незашитыми и, свободно свисая, обеспечивают секрету возможность оттока (рис. 198). Затем поверх удаленных параметриев мы тщательнейшим образом сшиваем брюшину от культи воронко-тазовой связки на одной стороне до культи этой связки на другой стороне. Как всегда при полном удалении матки, мы производим перитонизацию в два этажа (рис. 199). Брюшную рану зашиваем наглухо.

ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ИЛИ ЦЕЛОГО ОРГАНА ПОЛОВОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИНЫ

Перекручиванию может подвергнуться ножка любой опухоли, исходящей из половых органов женщины, а также и самый орган, если он имеет брыжейку, например маточная труба или яичник (рис. 200 и 201); перекручивание всей матки или только ее тела наблюдается чрезвычайно редко.

Патологоанатомические изменения в опухоли при перекручивании ее ножки зависят от быстроты, с которой происходит поворот опухоли по оси, и от степени перекручивания (полное, частичное, многократное и т. д.). Если перекручивание происходит медленно и оно не полное, то прежде всего изменения наблюдаются в тонкостенных, малоустойчивых венах ножки вследствие сжатия их и прекращения оттока крови по ним, а упругие артерии продолжают еще снабжать опухоль артериальной кровью. В результате получается сильный венозный застой: опухоль быстро увеличивается, при этом часто бывают кровоизлияния в ее паренхиму. Опухоль резко меняет свою окраску. Ее блестящая, перламутрового цвета поверхность становится желтовато-коричневой, медно-красной или сине-багровой. Иногда стенка опухоли разрывается и происходит кровоизлияние в брюшную полость. Если при перекручивании ножки опухоли кровоснабжение ее резко нарушается, то из-за отсутствия питания в опухоли может наступить омертвение. Это тяжелое осложнение чревато последствиями в виде гнилостного разложения опухоли, что может вызвать смертельный перитонит.

Перекручивание ножки опухоли может встретиться в любом возрасте— и у старых женщин, и у девочек. Каровен (Carowen) наблюдал случай перекручивания ножки опухоли у девочки 13 лет, Миттельстэд (Mittelstead) описал случай перекручивания опухоли у девочки 9 лет (В. В. Орнатский).

Перекручивание ножки кисты яичника может наступить внезапно (острый перекрут). Иногда сильному приступу болей предшествуют менее резкие, терпимые приступы болей. Это бывает при постепенном перекручивании ножки. Если больная сообщает, что у нее была диагностирована подвижная опухоль, то быстрое увеличение опухоли, ее напряжение, ограничение ее подвижности или ее неподвижность значительно облегчают диагностику. Боли, доставляющие большой сильный страдания, вызываются сдавлением нервов в ножке опухоли. Если перекручивание ножки неполное и не сопровождается внутренним кровотечением, то бурные явления вскоре проходят, живот становится менее напряженным, болезненность сохраняется только в области опухоли. Такое благоприятное

течение наблюдается далеко не всегда. В большинстве случаев больная жалуется на нестерпимые боли внизу живота, отдающие в ноги и поясницу, газы не отходят, кишечник не работает, живот вздут, отмечается тошнота,

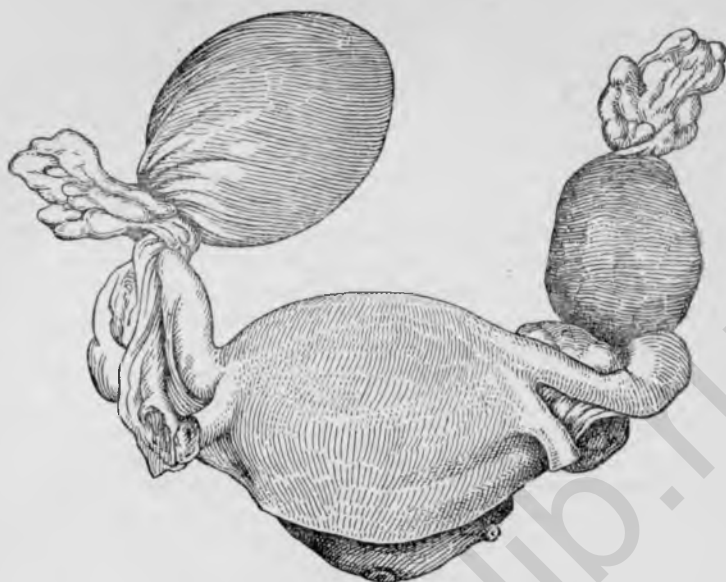


Рис. 200. Перекручивание маточной трубы двустороннее, в ампулярной части.



Рис. 201. Перекручивание фибромиомы, имеющей ножку.

иногда рвота, больная беспокойна, выступает холодный пот, иногда возникает шоковое состояние. Температура в начале заболевания может быть даже нормальной.

Если при перекручивании ножки опухоли будут нарастать главным образом явления раздражения брюшины, то тошнота и рвота станут интенсивнее; если же перекручивание сопровождается внутренним кровотечением, то на первый план выступят признаки тяжелого малокровия: резкая бледность кожи и видимых слизистых, зевота, головокружение.

При наружном осмотре бросается в глаза взбухание одной стороны живота. Приступая к гинекологическому исследованию, прежде всего надо позаботиться об опорожнении мочевого пузыря. Если больная не может помочиться самостоятельно, следует спустить мочу катетером.

При внутреннем исследовании определяется плотная шарообразная опухоль эластической консистенции, малоподвижная, чрезвычайно быстро увеличивающаяся. В прямокишечно-маточном углублении иногда обнаруживаются выпот. При небольших кистах в одном из сводов определяется полюс перекрученной кисты. Существенную помощь для установления диагноза может оказать исследование через прямую кишку, а также перкуссия, которая при перекрученной кисте дает притупление над опухолью.

Распознавание перекручивания ножки опухоли в типичных случаях обычно нетрудно. Характерным является острое начало заболевания, сопровождающееся сильными болями в животе и признаками раздражения брюшины, быстрое появление строго очерченной хорошо контурирующейся болезненной опухоли, увеличивающейся буквально на глазах. Если из анамнеза известно, что у больной имеется опухоль, диагноз перекрута ножки не вызывает сомнения.

Нередко распознавание перекрута опухоли (кисты) представляет известные затруднения, так как обнаруженные симптомы могут дать повод к смешению заболевания с рядом других острых заболеваний органов брюшной полости. Симптомы, возникающие при перекруте ножки опухоли яичника, мало отличаются от явлений, наступающих при кровотечении из яичника, при нарушенной внематочной беременности, при остром аппендиците, так как при всех этих заболеваниях клиническая картина сопровождается симптомами «острого живота».

Большая киста может быть принята за асцит или беременность при наличии многоводия, тем более что при многоводии не всегда удается прослушать сердцебиение плода или обнаружить его части. При диагностике надо учитывать и другие признаки. Так, к концу беременности при многоводии канал шейки матки пропускает палец; при асците характерно притупление перкуторного звука в боковых областях живота. При опухоли тупой звук обнаруживают по средней линии; характерна также и форма живота: при опухоли яичника живот имеет более округлые очертания, чем при асците.

При перекручивании ножки небольшой кистомы, особенно правосторонней, ее приходится дифференцировать с аппендицитом.

Особый интерес для гинеколога может представить тазовая форма аппендицита, имеющая своеобразный симптомокомплекс. Начинается приступ аппендицита, как обычно, но болезненность в правой подвздошной области может отсутствовать. Болевая область локализуется гораздо ниже и расположена чаще над лобком или влево от него. Виккер (Wikker) указывает, что при этом отмечаются дизурические явления: частые позывы или, наоборот, задержка мочеиспускания; при глубоком вдохе подчас появляется боль, локализующаяся за мочевым пузырем, вследствие чего больная задерживает вдох. При наличии такого синдрома исследование через влагалище может внести ясность в диагностику.

Перекрут ножки кисты яичника может быть также смешан с острой непроходимостью кишок, клиническая картина которой чрезвычайно разнообразна в зависимости от причины, вызвавшей ее, от быстро-

ты развития и от локализации, а главное, от степени вовлечения в процесс брыжейки кишок с ее сосудами и нервами. Острая непроходимость, особенно при ущемлении или завороте тонких кишок, как правило, начинается внезапно, среди полного здоровья, без каких-либо предвестников, так же как это наблюдается при острых перекручиваниях ножки кисты. Боли бывают чрезвычайно сильными и при значительном ущемлении могут вызвать нервный рефлекторный шок: пульс постепенно делается слабым и учащенным, появляется резкая бледность. Больные испытывают почти беспрестанные боли, которые периодически настолько усиливаются, что вызывают громкие стоны; стон таких больных сравнивают со стоном роженицы (схватки кишечника) [Виккер, Лежар (Lejar)].

Осматривая живот во время этих кишечных схваток, можно увидеть медленно продвигающуюся перистальтическую волну. Ощупывая в это время живот, удается определить оплотневающий отрезок кишки, что является следствием напряжения ее мускулатуры, сокращения которой не могут протолкнуть кишечное содержимое через препятствие. Виккер указывает, что эта перистальтическая волна часто заканчивается громким урчанием, напоминающим звук, получающийся при быстром переливании воды из графина в стакан. «Усиленная перистальтика, выражающаяся в вышеописанном симптоме, местный метеоризм, неравномерное общее вздутие живота (асимметрический живот) при отсутствии стула и газов на фоне бурно начавшихся острых болей в животе, сопровождающихся тошнотой, рвотой и периодическими повторяющимися стонами, составляют характерный синдром илеуса» (Виккер).

При подозрении на перекрученную ножку кисты врачу приходится подумать о том, чтобы не смешать это заболевание с ущемлением грыжи. Поэтому необходимо тщательно исследовать все возможные грыжевые ворота (паховая, бедренная, пупочная грыжи, а также грыжи белой линии и послеоперационные). Обычно при грыже ущемлению подвергается петля кишки вместе с брыжейкой, но наблюдается и пристеночное ущемление кишки без участия брыжейки, что особенно опасно ввиду возможности омертвления. Практически надо считать весьма подозрительной на ущемление всякую грыжу, которая внезапно увеличилась, сделалась болезненной и не уменьшается в объеме при сдавливании.

Несколько своеобразную клиническую картину представляет заворот толстых кишок, преимущественно сигмовидной, который также может быть принят за перекрученную кисту. Заворот сигмовидной кишки обычно наступает внезапно, среди полного здоровья. Иногда этому предшествуют кишечные явления — колики и послабления (В. В. Орнатский). Основным признаком заворота сигмовидной кишки — значительный метеоризм. В начале заболевания отмечается местный метеоризм, отображающий рельеф перекрученной и растянутой толстой кишки («косой живот» французских авторов), боли характера схваток различной интенсивности; кал и газы не отходят, но рвота большей частью отсутствует. Заворот сигмовидной кишки часто самопроизвольно раскручивается и таким путем наступает излечение (Н. Н. Самарин).

Почечная колика также может симулировать перекручивание опухоли яичника. В основе этого страдания обычно лежит мочекаменная болезнь. Почечная колика имеет характерный синдром: острейшие боли, начинающиеся в области поясницы, иррадиирующие вперед по ходу мочеточника, отдающие в наружные половые органы, иногда сопровождающиеся позывом на мочеиспускание, резкой болезненностью при поколачивании соответствующей поясничной области (симптом Пастернацкого). Если исследовать первую порцию мочи после приступа, то в ней можно обнаружить выщелоченные эритроциты (В. В. Орнатский).

Редчайшей патологией, которая может симулировать перекрученную кисту яичника, является внезапное перекручивание ножки так называемой блуждающей или подвижной селезенки.

Перекрученную кисту легко смешать с воспалительным процессом придатков; воспалительная опухоль придатков широко и близко подходит к углу матки, образуя с ней как бы одно целое. Место отхождения трубы всегда утолщено и резко болезненно при пальпации, яичник отдельно не определяется, матка ограничена в подвижности или совсем неподвижна вследствие обширных спаек. Опухоль яичника имеет более правильную шаровидную форму и туго-эластическую консистенцию. При ней часто можно отдельно прощупать матку, трубу и яичник другой стороны. Перекрученную опухоль яичника можно принять за перекрутившуюся субсерозную фибромиому или за перекрученное вокруг своей оси тело матки, а также за ее перекрутившиеся придатки. Перекручивание матки чаще наблюдается в пожилом возрасте, особенно когда большая субсерозная фибромиома располагается в дне матки, а атрофическая шейка служит как бы тонкой ножкой. Перекрученные придатки, будь это одна труба или труба с яичником, образуют массивный конгломерат, обычно располагающийся в прямокишечно-маточном углублении; вследствие вызываемых расстройств кровообращения, как и при всех заворотах вообще, в нем могут последовательно проходить стадии венозного застоя, ишемии вплоть до гангрены (В. В. Орнатский).

За перекрученную кисту можно принять гематометру и пиометру, протекающие иногда с симптомами «острого живота». Наконец, за перекрученную кисту яичника может быть принят переполненный мочевой пузырь и нормальная беременность, особенно если ретрофлексированная беременная матка ущемляется в малом тазу.

Лечение. Вопрос о том, необходимо ли немедленно оперировать больную с перекрученной кистой, несмотря на ее тяжелое состояние, или можно отложить лапаротомию до тех пор, пока пройдет перитонеальный шок и улучшится общее состояние больной, мы, как и большинство авторов, решаем в пользу немедленного хирургического вмешательства.

Лежар говорит: «Никогда не раскаетесь, что оперировали слишком рано; поражения, обнаруженные при вскрытии брюшной полости, превзойдут все предположения». Д. О. Отт также является сторонником немедленного вмешательства: ...«чем раньше операция производится, тем лучше; промедление, даже в несколько часов, значительно уменьшает шансы на успех, потому что инфекция при этом осложнении появляется и распространяется чрезвычайно быстро. Неотложность операции при перекручивании ножки кисты совершенно такая же, как при ущемленной грыже или при внутреннем кровотечении».

При выжидании возникают сращения, становящиеся тем плотнее, чем больше времени прошло от момента перекрута до операции. При длительном выжидании в опухоль может проникнуть инфекция из кишечника, с которым она спаялась. При немедленной операции, когда спаяк еще нет или они рыхлые, техника операции значительно облегчается и прогноз ее значительно улучшается. Обращает на себя внимание тот факт, что у больных с перекрученной кистой, оперированных в стадии «острого живота», отмечается резкое улучшение самочувствия тотчас после операции.

Подготовка больной к операции обычная для неотложных случаев. Мочевой пузырь обязательно опорожняют катетером.

Мы рекомендуем оперировать под эфирным наркозом. Делают продольный послыйный разрез брюшной стенки по средней линии живота. Величина разреза диктуется величиной опухоли. При небольших опухолях разрез проводят от пупка до лобка; при больших опухолях оперирую-

щий иногда вынужден увеличить разрез, тогда его ведут выше пупка. Если с момента приступа уже прошел некоторый срок и, надо полагать, уже образовались кое-где, правда, еще рыхлые, спайки, а размеры опухоли таковы, что она одним из сегментов прилежит к задней поверхности передней брюшной стенки, то вскрытие брюшины надо проводить очень осторожно, чтобы случайно не вскрыть опухоль, содержимое которой может быть инфицировано.

По вскрытии брюшной полости обнаруживают опухоль темно-красного цвета; поверхность ее во многих местах пронизана кровоизлияниями и покрыта налетом фибрина. В брюшную полость закладывают марлевые салфетки, которыми кишечные петли отводят в верхний отдел брюшной полости. Затем вводят руку в брюшную полость и определяют топографические соотношения между опухолью и органами малого таза, наличие сращений и пр. Вывести опухоль можно рукой, введенной в брюшную полость позади опухоли; если это не удастся, то руку выводят из брюшной полости и, надавливая на края брюшной раны, отводят их под опухоль; таким образом, опухоль сама выходит из брюшной полости. Рыхлые соединительнотканые спайки, имеющиеся между опухолью и париетальной брюшиной или маткой, довольно легко разрываются, их расслаивают осторожными пилящими движениями пальцев введенной руки. При обширных и плотных сращениях между опухолью, брюшной стенкой и кишечником часто приходится увеличивать разрез брюшной стенки, продолжив его кверху; разъединение спаек производят под контролем зрения острым и тупым путем.

При разъединении сращений нередко киста вскрывается, при этом ее содержимое может попасть в брюшную полость; во избежание подобного осложнения следует тщательно обложить опухоль со всех сторон большими марлевыми салфетками.

При широких и плотных сращениях с кишечником или мочевым пузырем необходима особая осторожность, чтобы не поранить эти органы; поэтому не нужно стараться обязательно отделить опухоль полностью от кишечной стенки, а, как советует Ольсгаузен (Olshausen), оставить на кишечнике часть капсулы. Вообще, рассекая сращения между опухолью и кишечными петлями, нужно идти по стенке кисты, отделяя кишку от опухоли, а не наоборот. Если же при этом произойдет повреждение брюшины, покрывающей кишку, то, остановив кровотечение, необходимо наложить на дефект брюшины серо-серозный шов из тонкого кетгута.

При прободных ранениях кишки накладывают трехэтажный шов (на слизистую, мышечную и серозную оболочки). Если повреждена стенка мочевого пузыря, то на нее также накладывают швы из кетгута в два этажа.

При межсвязочных или ложномежсвязочных опухолях яичника нужно при выделении их из широкой связки помнить о близости опухоли к мочеточнику, который легко может быть поврежден. Поэтому выделение опухоли из широкой связки нужно производить преимущественно пальцами.

Некоторые хирурги [Липман (Liermann), Л. Л. Окинчиц] после выведения перекрученной опухоли из брюшной полости раскручивают ножку опухоли с тем, чтобы входящие в ее состав образования заняли нормальное положение. Такой способ, по нашему мнению, представляет известную опасность: во время раскручивания ножки опухоли, в которой иногда имеются тромбированные сосуды, тромб или частицы его могут оторваться, попасть в круг кровообращения и вызвать эмболию. Ввиду этого мы не производим раскручивания ножки опухоли, а перевязываем ее латерально от места перекрута. Д. О. Отт считает, что раскручивание ножки, когда в ней уже есть тромб (а заранее этого узнать невозможно), является не только нежелательным, но и крайне опасным приемом.

Обычно, удаляя кисту яичника, накладывают зажимы на воронко-газовую связку, на листки широкой связки непосредственно под придат-

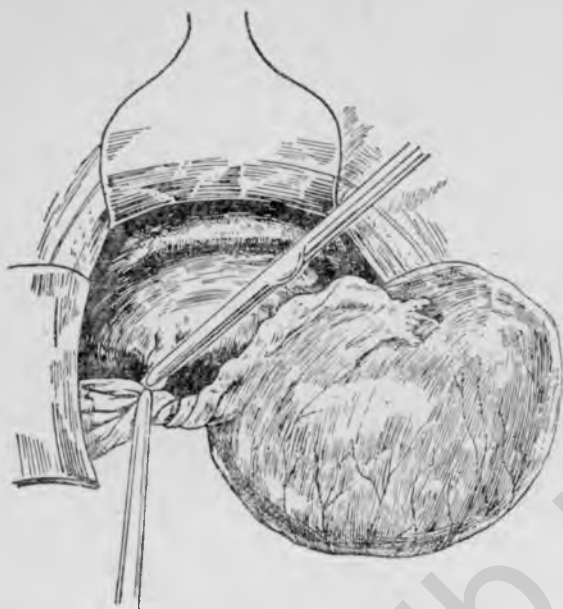


Рис. 202. Овариотомия при перекрученной ножке опухоли. Зажимы наложены на перекрученную ножку.

ками (до ребра матки) и на собственную связку яичника вместе с маточным концом трубы и после этого отсекают опухоль. А при перекрученных кистах яичника трудно наложить на каждую связку отдельный зажим или лигатуру, поэтому накладывают два зажима Кохера: один с латеральной стороны ножки, другой — с медиальной, а затем куперовскими ножницами отсекают опухоль, зажимы заменяют лигатурами из кетгута (рис. 202).



Рис. 203. Овариотомия. Перитонизация культи ножки кистетным швом, проведенным через круглую связку, угол матки, задний листок брюшины широкой связки и дно матки.

Для перитонизации полученной культи лучше пользоваться круглой связкой соответствующей стороны. К задней стенке матки позади культи собственной связки яичника и трубы пришивают маленькую петлю из маточного конца круглой связки; следующую петлю круглой связки соединяют этим же швом с задним листком широкой связки; шов заканчивают так, что культи прячутся в кистетном шве (рис. 203).

Но такая тщательная перитонизация не всегда удается. При нарушении очень больших и плотных сращений, при наличии обширных воспалительных изменений тщательная перитонизация становится невозмож-

ной. В таких случаях, особенно если можно предполагать загрязнение брюшной полости, рекомендуется вводить в брюшную полость тампон по Микуличу. Л. Л. Окинчиц предлагает не трогать тампон в течение первых 2 дней; в течение последующих 4 дней надо постепенно удалить все тампоны; на 9—10-й день удаляют весь мешок, после чего рану промывают и зашивают.

Мы подтягиваем тампоны уже со 2-го дня после операции, а к 4—5-му дню удаляем весь мешок. При таком методе рана заживает значительно быстрее и на брюшной стенке не остается обезображивающего рубца.

ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Совершенно здоровые придатки матки по той или иной причине могут подвергнуться перекручиванию. Эта патология, согласно литературным данным [Лежар, Лебуа (Lejars, Lebois)], наблюдается обычно у женщин не старше 30 лет. Описан случай перекрута здоровых придатков матки у девочки 8 недель (цит. по В. В. Орнатскому).

Перекручиванию может подвергнуться только труба или труба вместе с яичником. При перекручивании придатков матки наблюдаются те же симптомы, что и при перекручивании ножки кисты яичника: резкая боль внизу живота, отдающая в ноги и поясницу, частый пульс, расстройства со стороны мочеиспускания, рвота, задержка стула и газов, напряжение в надлобковой области.

При влагалищном исследовании, а у девочек и девушек при исследовании через прямую кишку, можно обнаружить болезненную опухоль в малом тазу.

В большинстве случаев диагноз ставится при лапаротомии. Обычно эти больные попадают на операционный стол с диагнозом острого аппендицита.

ЯИЧНИКОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Внутреннее кровотечение может возникнуть из разорвавшегося сосуда яичника, из разрыва гематомы или кисты яичника. Последний вид яичникового кровотечения встречается весьма редко. В большинстве случаев внутрибрюшинных кровотечений из яичника, опубликованных в литературе, имелось кровотечение из желтого тела (разрыв гематомы желтого тела). Реже внутрибрюшинное кровотечение возникало вследствие разрыва гематомы в фолликуле.

В случаях яичникового кровотечения клинический симптомокомплекс чрезвычайно напоминает картину внематочной беременности, разница лишь в отсутствии симптомов, присущих беременности: не было задержки менструации, тошноты, рвоты, нет синюшной окраски слизистых оболочек влагалища и шейки матки, нет соответствующего увеличения и размягчения матки. Но и в ранней стадии внематочной беременности часто этих симптомов тоже нет. Впрочем, на то или иное поведение врача не влияет дифференциальный диагноз между внематочной беременностью и яичниковым кровотечением при явлениях шока и коллапса, так как в обоих случаях необходимо немедленное чревосечение.

При отсутствии бурных явлений дифференциальный диагноз мог бы приобрести известное значение, так как при внематочной беременности даже при хроническом течении (как, например, при трубном выкидыше) методом выбора является все же лапаротомия, в то время как при гематоме в фолликуле или при гематоме в желтом теле большей частью следует воздержаться от операции и проводить случай неоперативно, предписывая главным образом покой. Так как показаний к неотложному чревосечению в таких случаях нет, то надо оставить больную под наблюдением, непременно в больничной обстановке. В зависимости от полученных за время наблюдения новых данных (реакция Ашгейма—Цондека и пр.) и будет решен вопрос об операции.

Большое значение имеет проведение дифференциального диагноза между небольшими яичниковыми кровотечениями и приступами аппендицита. Как показывают новейшие литературные данные, дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями приходится ставить потому, что небольшие яичниковые кровотечения дают клинический симптомокомплекс, больше всего напоминающий приступ аппендицита. Так как аппендицит наблюдается несравненно чаще, чем яичниковые кровотечения, то не удивительно, что диагноз этих кровотечений ставится правильно большей частью случайно, при операции, предпринятой по поводу предполагаемого аппендицита. В дифференциально-диагностическом отношении следует отметить, что боли при аппендиците, возникающие в подложечной области или в области пупка, затем сосредоточиваются главным образом в правой подвздошной области, а при острых яичниковых кровотечениях боль

появляется в нижней части живота, распространяется вниз, иррадирует в задний проход, наружные половые органы, отдает в поясницу и ногу.

Яичниковые кровотечения бывают чаще в возрасте 16—30 лет, реже — до наступления менструации или же перед климаксом [Вайль, Израэль, Сакетт (Israel, Sackett)]. Тошнота и рвота не являются частыми симптомами яичниковых кровотечений. Разрыв графова пузырька происходит обычно между 12-м и 18-м днем менструального цикла, тогда как разрыв желтого тела наблюдается в течение последней недели менструального цикла или во время самой менструации [Пратт (Pratt), Израэль]. В некоторых случаях большие связывают начало заболевания с какой-нибудь травмой (поднятие тяжести, удар в живот, половой акт и пр.). Поэтому при дифференциальном диагнозе между аппендицитом и яичниковым кровотечением необходимо учитывать и тщательно проанализировать анамнестические данные. При объективном исследовании обращает на себя внимание напряжение брюшной стенки на стороне заболевания; боль резче выражена ниже точки Мак Бурнея. При апоплексии яичника исследование через влагалище (как пальпация, так и смещение внутренних половых органов) вызывает более резкие боли, чем при аппендиците, с которыми легче всего смешать апоплексию правого яичника.

Для дифференциации яичникового кровотечения от аппендицита М. С. Малиновский рекомендует пользоваться признаком Промтова: при аппендиците исследование больной через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области прямокишечно-маточного углубления, в то время как поднятие матки пальцем, упирающимся во влагалищную часть, почти безболезненно (исследующий палец должен продвигаться вверх по направлению дна прямокишечно-маточного углубления по средней линии); при остром заболевании придатков отмечается обратное: чувствительность дна прямокишечно-маточного углубления незначительная, тогда как поднятие матки вызывает резкую боль. Появление крови из половых органов говорит об апоплексии яичника. По В. Ф. Снегиреву, при яичниковой апоплексии боли исчезают, как только появляется наружное кровотечение. В пользу апоплексии говорит также внезапное увеличение яичника, особенно заметное в тех случаях, когда врач исследовал большую до приступа и установил нормальной величины яичник.

Повышенная температура и лейкоцитоз встречаются при ряде заболеваний и не могут служить опорными точками для дифференциального диагноза. Все же надо отметить, что при аппендиците лейкоцитоз и количество полинуклеаров бывает выше, чем при яичниковом кровотечении. Если же дифференциальный диагноз не может быть поставлен с достоверностью, то многие авторы считают показанной операцию. Операция, говорят они, является методом выбора потому, что риск чревосечения незначителен, в то время как отсрочка операции при аппендиците чревата тяжелыми последствиями. Необходимо к этому добавить, что если при невыясненном диагнозе предпринимается чревосечение, то следует делать не боковой разрез, как для операции аппендэктомии, а срединный, при помощи которого могут быть тщательно осмотрены и внутренние половые органы.

Л е ч е н и е. При отсутствии явлений шока и коллапса, что указывает на наличие небольшого яичникового кровотечения, лечение должно быть строго консервативным: постельный режим, холод на живот во время резких болей. Если от холода боли усиливаются, пузырь со льдом можно заменить согревающим компрессом или негорячей грелкой. Из болеутоляющих средств применяют белладонну с антипирином, пирамидоном и пр.

По окончании приступа назначают тепловые процедуры, как, например, теплые спринцевания, постепенно повышая температуру жидкости от 39 до 45° с прибавлением йода, глицерина и пр.; осторожное электроле-

чение и др. Само собой разумеется, что общий режим в отношении как диеты, так и функции кишечника играет большую роль в этом лечении.

При значительных кровоизлияниях, особенно при кровоизлияниях в брюшную полость, показано чревосечение.

Что касается методики операции, то при яичниковых кровотечениях она такая же, как и при внематочной беременности в стадии свежего разрыва (см. раздел о внематочной беременности). При апоплексии яичника должно быть, конечно, прежде всего остановлено кровотечение. Если имеется большая гематома яичника, ткань которого в значительной мере разрушена кровоизлиянием, ничего другого не остается делать, как удалить яичник. В более легких случаях, когда значительная часть яичниковой ткани не разрушена кровоизлиянием и кровь сочится лишь из места разрыва, можно оперировать консервативно и сохранить часть яичника. В этих случаях достаточно удалить из полости яичника сгустки крови, перевязать тонким кетгутом кровоточащий сосуд, если таковой имеется (в доступной литературе нам встретился лишь один случай с кровотечением из разорванного сосуда), наложить тонкие кетгутовые швы, проведенные при помощи кишечной иглы через всю глубину дефекта, и соединить таким образом края разрыва яичника. В некоторых случаях может понадобиться предварительное сглаживание ножницами или скальпелем неровных краев раны.

ГНОЙНЫЕ ПРОЦЕССЫ

ГНОЙНЫЙ ПАРАМЕТРИТ

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки — вызывается гноеродными микробами, возникает обычно в связи с послеродовым или послеабортным септическим заболеванием, а также может наблюдаться после гинекологических операций и при ряде заболеваний женских половых органов. Инфекция распространяется преимущественно по лимфатическим путям через неповрежденную стенку матки или через разрывы и другие повреждения влагалища, матки и ее шейки, открывающие доступ микробов в клетчатку.

Рыхлая соединительная ткань не обладает выраженной способностью к отграничению воспалительного процесса, что может привести к распространению инфильтрата до стенок таза и поражению различных отделов клетчатки полости таза (околоматочный, параректальный, околопузырный инфильтрат). При тяжелом течении заболевания пласты уплотненной клетчатки, разделяющие ее на указанные отделы, разрушаются и воспалительный процесс может захватить всю клетчатку полости таза, вызывая пельвеоцеллюлит (В. П. Михайлов).

Воспалительный выпот вначале бывает серозным, а затем серозно-фибринозным. По мере увеличения количества фибрина в экссудате он становится более плотным. В окружности воспалительного очага возникает мелкоклеточный инфильтрат, в расширенных лимфатических сосудах развивается тромбоз. В дальнейшем вокруг воспалительного инфильтрата образуется плотная оболочка, а сам инфильтрат подвергается рассасыванию или нагноению.

В настоящее время в результате раннего применения антибиотиков при послеродовой септической инфекции параметрит встречается редко. Если возникает все же воспаление околоматочной клетчатки, то под влиянием антибиотиков оно протекает в легкой форме, инфильтрат бывает небольшим и быстро подвергается рассасыванию, не переходя в нагноение.

После родов параметрит начинается на 10—12-й день, появляясь на фоне предшествующего метроэндометрита. Температура повышается до 39—40°, нередко сопровождается ознобом. В последующие дни температурная кривая имеет постоянный характер с утренними снижениями на 0,5—1°. Пульс соответствует температуре. Общее состояние больной остается более или менее удовлетворительным. Бывают жалобы на тянущие боли внизу живота. Лейкоцитоз умеренный—13 000—16 000, нерезко выраженный нейтрофилез и сдвиг нейтрофильной картины влево с уменьшением числа лимфоцитов до 16—12%.

При гинекологическом исследовании определяется инфильтрат, идущий от той или иной стенки матки к стенке таза. Чаще всего параметрити-

ческий экссудат бывает односторонним, широко начинаясь у боковой стенки маточной шейки или ребра матки (рис. 204). Инфильтрат, распространяясь над боковым сводом влагалища по направлению к стенке таза, сливается с ней на большом протяжении. При боковом параметрите может быть поражен только верхний или нижний отдел параметрия. При верхнем боковом параметрите воспалительный экссудат располагается в верхней части широкой связки, наклоняет матку в противоположную сторону и «одевает матку как бы капюшоном» (В. Я. Илькевич). При изолированном поражении нижнего отдела параметрия матка наклоняется в сторону, пораженную воспалительным процессом.

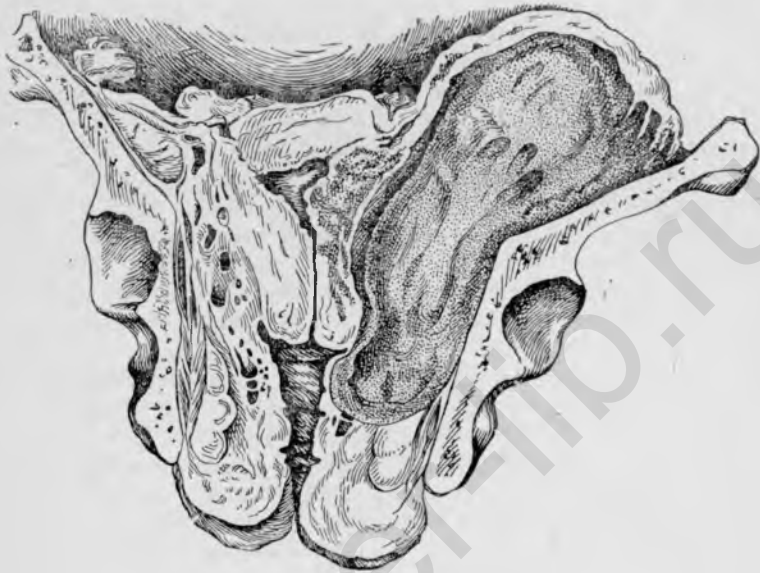


Рис. 204. Боковой параметрит.

При распространении воспалительного процесса вверх вдоль боковой стенки таза инфильтрат достигает нижнебокового отдела брюшной стенки и определяется непосредственно над пупартовой связкой и нередко выше верхнепередней подвздошной ости. Тазовая брюшина при этом приподнимается и верхняя граница инфильтрата, расположенного внебрюшинно, ясно определяется и будет одинаковой при пальпации и перкуссии. При параметритах воспалительный экссудат доходит до костной стенки таза и переходит на него. На внебрюшинное расположение экссудата указывает симптом Гентера: при перкуссии верхнепередних подвздошных остей на стороне поражения перкуторный тон будет приглушен. При локализации воспалительного процесса в предпузырной клетчатке экссудат оттесняет матку кзади и, распространяясь по задней поверхности передней брюшной стенки, принимает форму треугольника, обращенного вершиной к пупку (рис. 205). Брюшная стенка при этом напоминает крахмальную манишку (*plastron abdominal*).

При воспалении заднего отдела околоматочной клетчатки происходит образование плотного, плоского экссудата над задним сводом, распространяющегося кзади и охватывающего прямую кишку. В подобных случаях прямая кишка оказывается замурованной в инфильтрате и просвет ее бывает сужен.

При локализации параметрита в области поясничной мышцы возникает парапсит и больная принимает вынужденное положение на спине с отведенной и согнутой под углом ногой.

При воспалительном поражении любого отдела тазовой клетчатки, если процесс захватывает клетчатку, расположенную непосредственно над стенкой влагалищных сводов, она становится неподвижной в области поражения. Между тем при пельвеоперитоните и придатковых опухолях (при отсутствии сопутствующего параметрита) стенка влагалища не теряет свою подвижность и исследующим пальцем легко смещается. Ясная верхняя граница инфильтрата, определяемая на одинаковом уровне при перкуссии и аускультации, а также другие признаки, свойственные параметриту, позволяют отличить его от пельвеоперитонита, о чем сказано в разделе о тазовом перитоните (стр. 312).

При нагноении воспалительного инфильтрата повышается температура, дающая значительные ремиссии, по утрам появляются ознобы. Общее состояние больной ухудшается, усиливаются боли в области воспалительного очага. Анализ крови в это

время показывает увеличение количества нейтрофилов. При бимануальном исследовании определяется размягчение инфильтрата, а иногда и ясная флюктуация. Диагностическая пункция подтверждает наличие гноя. Нагноение параметрита происходит на 3-й неделе заболевания и позднее.

Гнойный параметрит может сопровождаться прорывом гноя в соседние полые органы — прямую кишку или мочевой пузырь. Обычно при склонности гнойника к самопроизвольному вскрытию в прямую кишку появляются тенезмы, поносы с отхождением слизи. При вскрытии в мочевой пузырь также наблюдаются тенезмы, частые позывы к мочеиспусканию, а затем отхождение гноя с мочой. Если произвести цистоскопию до вскрытия гнойника в мочевой пузырь, то можно выявить разлитой отек, а затем и пузырчатый в области, где подготавливается прорыв гноя.

Самопроизвольное вскрытие гнойника в прямую кишку или мочевой пузырь сопровождается в большинстве случаев снижением температуры и выздоровлением. Однако при самопроизвольном вскрытии гнойника опорожнение последнего может быть недостаточным, возможна восходящая инфекция мочевыводящих путей и другие осложнения, связанные с длительным нагноением и поступлением бактерий из кишечника в полость гнойника.

Значительно реже гнойник прорывается во влагалище или наружу через мышцу и кожу над пупартовой связкой, через седалищное отверстие или в области скарповского треугольника. При этом появляется припухание, флюктуация, покраснение кожи и, наконец, прорывается гной. В брюшную полость параметральные гнойники прорываются очень редко, вслед-



Рис. 205. Передний параметрит.

ствии того что они покрыты брюшиной, обладающей большими пластическими свойствами.

Если воспалительный экссудат при параметрите не подвергается нагноению, то через некоторое время он медленно рассасывается в течение нескольких недель и месяцев. Последствиями параметрита являются плотные рубцы и тяжи, могущие приводить к изменению положения матки, нарушениям мочеиспускания и дефекации.

Предсказание при параметрите *quo ad vitam* благоприятное. Летальные исходы наблюдаются очень редко и связаны обычно с наличием одновременно общего септического заболевания. Так, по данным В. Я. Ильковича, из 588 больных с параметритом погибли 2: одна от кахексии, другая от уремии вследствие нарушения оттока мочи при сдавлении мочеточников параметрическими тяжами.

Длительность лихорадочного периода при параметрите исчисляется 3—5 неделями, а выздоровление наступает через 4—7 недель. При терапии антибиотиками и хорошем состоянии защитных сил организма выздоровление наступает быстрее, протекает без нагноения инфильтрата; отдаленные результаты более благоприятны. Следует учитывать, что при лечении антибиотиками нагноение может протекать атипично при отсутствии выраженного нарушения общего состояния больной и изменений со стороны картины крови. При этом диагноз устанавливается на основании появления флюктуации в отдельных участках инфильтрата и увеличения последнего за счет распространения воспалительного процесса.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ПАРАМЕТРИТА

Показанием для оперативного лечения параметрита является наличие гнойника, на что указывает ремиттирующий характер температурной кривой, усиление болей, увеличение лейкоцитоза и нейтрофильного сдвига влево, а также появление флюктуации или тестоватой консистенции в области инфильтрата, имевшего ранее более плотную консистенцию. При сомнениях в наличии гнойника производится пробная пункция.

Применение разрезов при плотных параметрических инфильтратах не получило распространения. И. Л. Брауде и мы считаем, что ранние разрезы при параметрических инфильтратах не следует применять, так как они могут вызвать профузное кровотечение из плотной мозолистой ткани; при наличии венозных тромбов может возникнуть эмболия или, наконец, поражение соседних органов. Особенно велика опасность повреждения соседних органов при параметрите, если ранняя операция производится через влагалище. Поэтому тщательное всестороннее обследование больной с учетом сложности подхода к воспалительному очагу должно предшествовать решению вопроса об операции.

Брюшностеночный метод вскрытия гнойника

При расположении гнойника под брюшной стенкой обычно в воспалительный процесс вовлекается и кожа. При этом определяется инфильтрация, отечность и покраснение кожи в участке, где готовится прорыв гноя наружу. Пальпацией выявляется ясное зыбление.

Операция производится под эфирным или хлорэтиловым раушнаркомом, но может быть выполнена под местным обезболиванием по методу Вишневого. В области наибольшего зыбления или заметного покраснения кожи параллельно пупартовой связке производят разрез кожи и инфильтрированной клетчатки, а затем пальцем проникают в полость абсцесса. После опорожнения гнойника полость промывают перекисью

водорода, засыпают в нее белый стрептоцид или вводят пенициллин и стрептомицин и дренируют толстой резиновой трубкой. Разрез должен быть достаточной величины, чтобы обеспечить не только опорожнение гнойника, но и хороший отток гноя из его полости.

Более сложным является оперативное вмешательство при низком расположении гнойника в области подвздошной впадины, особенно, если гнойник расположен глубоко в тазу и лишь его верхняя граница определяется над пупартовой связкой. В подобных случаях разрез производят с учетом расположения сосудов нижнего отдела передней брюшной стенки (рис. 206).

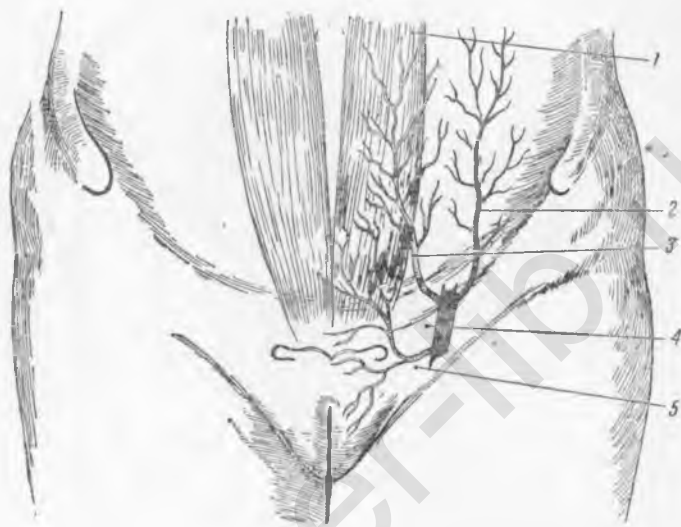


Рис 206. Артерии, снабжающие кровью нижнюю половину передней брюшной стенки.

1 — прямые мышцы; 2 — надчревная поверхностная артерия; 3 — надчревная нижняя артерия; 4 — пупартова связка; 5 — срамная артерия.

Кожа и подкожная клетчатка передней брюшной стенки ниже пупка снабжаются кровью главным образом из поверхностной надчревной артерии, отходящей от бедренной артерии ниже пупартовой связки. Перекрещивая пупартову связку посредине, поверхностная надчревная артерия идет вверх и проходит латеральнее наружного края прямой мышцы живота, анастомозируя своими ветвями с веточками наружной срамной, нижней надчревной и наружной семенной артерий. Прямая мышца живота и ее апоневроз снабжаются кровью из крупного сосуда — нижней надчревной артерии, отходящей от наружной подвздошной артерии позади пупартовой связки и сопровождаемой двумя венами. У медиального края внутреннего пахового кольца названная выше артерия проходит между брюшиной и поперечной фасцией к задней поверхности прямой мышцы живота и направляется вверх к пупку, проходя на поперечный палец медиальнее от поверхностной надчревной артерии, но в более глубоких слоях брюшной стенки.

Выбирать направление разреза необходимо с учетом хода кровеносных сосудов нижнего отдела передней брюшной стенки; при выполнении разреза следует производить тщательное послойное препарирование тканей. При перерезке кровеносных сосудов, особенно нижней надчревной артерии, их нужно перевязать, иначе может наблюдаться обильное кровотечение. При невозможности произвести изолированную перевязку сосудов, применяют обкалывающие швы в области кровотечения, захватывая при этом кровоточащий сосуд с окружающими его тканями.

При гнойнике, верхушка которого расположена над наружным отделом пупартовой связки, разрез длиной 5—6 см следует начинать снаружи от середины пупартовой связки и вести его по направлению к передней верхней ости подвздошной кости. Рассекают кожу и подкожную клет-

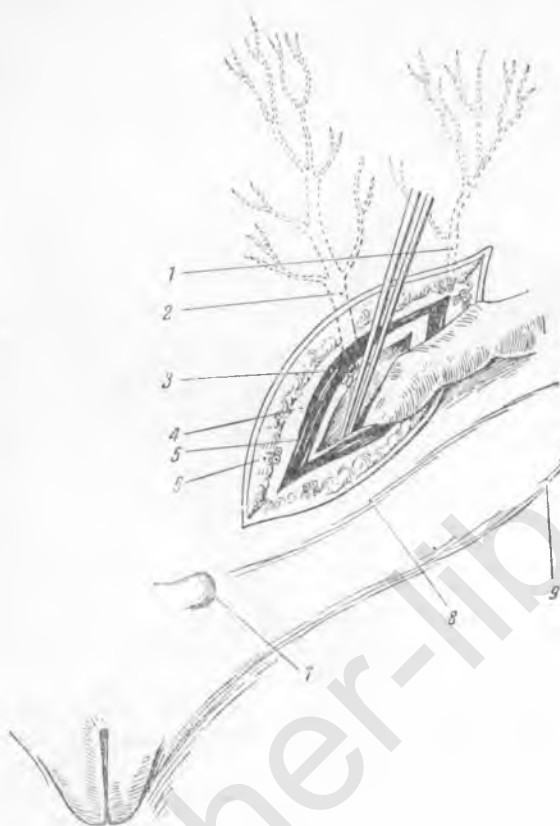


Рис. 207. Laparotomia externa при параметральном гнойнике, верхняя граница которого определяется над медиальной половиной пупартовой связки. Разрез проведен параллельно пупартовой связке (8) на один палец выше связки и на два пальца выше паховой складки (9) через кожу и подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы (4), внутреннюю косую мышцу (3) и поперечную фасцию (5). При послойном препарировании перевязывают надчревные поверхностные вены (1), надчревные нижние вены (2), наружные срамные вены (6). После того как в глубине брюшной стенки будет проведен разрез через поперечную фасцию, дальнейший путь к гнойнику прокладывают желобоватым зондом. Зонд направлен к заднему краю пупартовой связки и лобковому бугорку (7).

чатку, края раны раздвигают, обнажая апоневроз наружной косой мышцы; последний рассекают в направлении кожного разреза. При гнойном расплавлении волокон внутренней косой мышцы достаточно надавить пальцем или зондом, чтобы попасть в полость гнойника. Если расплавления еще не произошло, волокна внутренней косой мышцы раздвигают тупым способом и разыскивают гнойник, лежащий обычно под поперечной фасцией (рис. 207). Эту манипуляцию осуществляют с помощью желобо-

ватого зонда, направляя его вниз к заднему краю пупартовой связки и в сторону тазовой полости. При отыскивании гнойника следует руководствоваться выявлением зыбления при пальпации через рану и контролем при помощи пробной пункции. Получив гной, иглу оставляют на месте и вдоль нее тупым путем вскрывают гнойник.

Если гнойник своей верхушкой выступает над внутренней половиной пупартовой связки, то в этом месте и производят разрез, проводя его послойно через кожу, подкожную клетчатку, апоневроз наружной косой мышцы, внутреннюю косую мышцу и поперечную фасцию. Мышеч-

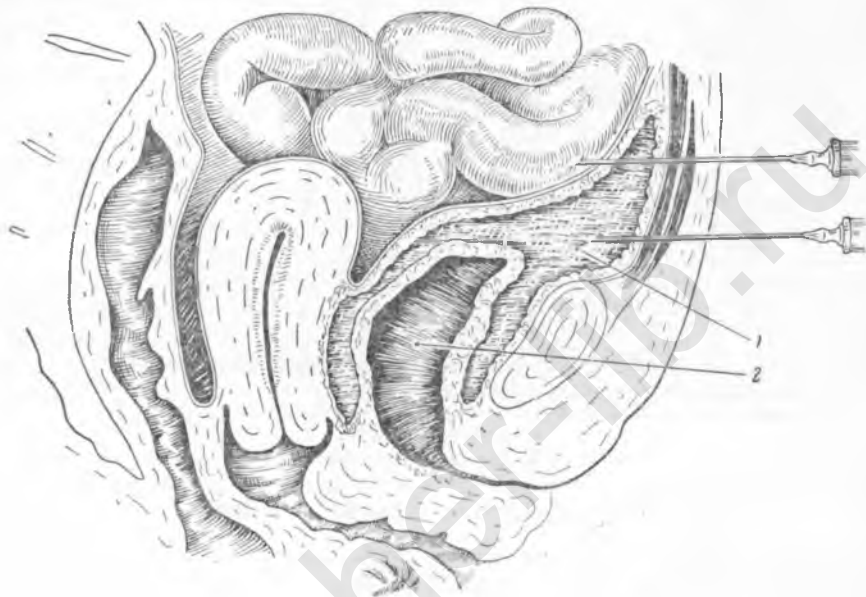


Рис. 208. Пробный прокол гнойника при переднем параметрите.

1 — гнойник; 2 — мочевого пузыря. При слишком глубоком проколе игла (верхняя) проникла в брюшную полость.

ные волокна раздвигают желобоватым зондом, которым проникают и в полость гнойника. Во время разреза перевязывают сосуды: поверхностные надчревные, нижние надчревные и наружные срамные. Гнойник можно распознать по своеобразной ригидности его капсулы, имеющей довольно выраженную плотность.

При отыскании гнойника, обычно до его вскрытия, иногда может быть поранена брюшина; отверстие в ней следует немедленно зашить, чтобы не было серьезных последствий (А. П. Губарев, И. Л. Брауде).

При переднем параметрите инфильтрат располагается непосредственно под брюшной стенкой (рис. 208) и бывает плоским. Поэтому как при пункции, так и при разрезе не следует проникать глубоко, чтобы не попасть в брюшную полость или прилежащую к брюшной стенке кишечную петлю, а также в распластаный и замурованный в инфильтрате мочевого пузырь (рис. 209). Перед операцией катетером выпускают мочу, затем производят пункцию по средней линии в месте наибольшего притупления перкуторного звука. При обнаружении гноя, не вынимая иглы, производят продольный разрез, увеличивая его при надобности по направлению к лону. При ячеистом расположении гнойников производят широ-

кое вскрытие в области расположения переднего параметрита, вводят антибиотики и дренируют рану при помощи марлевых тампонов и резиновых трубок.

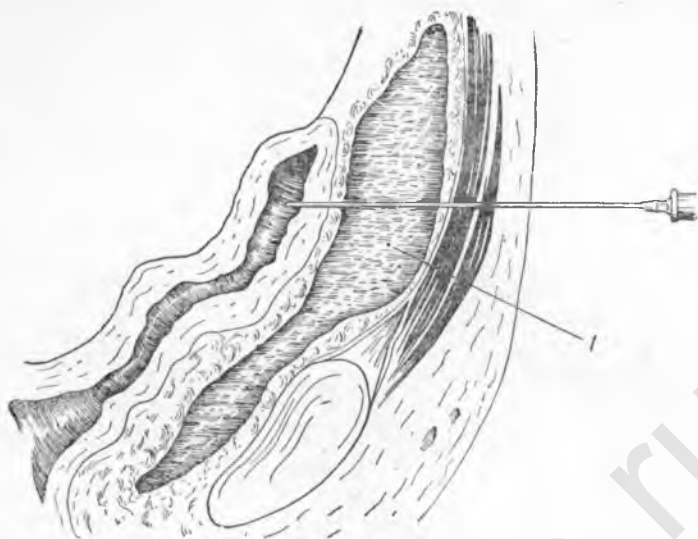


Рис. 209. Пробный прокол гнойника при переднем параметрите. Мочевой пузырь смещен, вследствие чего его верхушка лежит выше ложа. При слишком глубоком проколе игла проникает в мочевой пузырь.
I — полость гнойника.

Влагалищный метод вскрытия гнойника

При нагноении параметрального инфильтрата, если последний подходит непосредственно к влагалищной стенке, вскрытие гнойника не представляет трудностей и осуществляется легко под раушнаркозом или местной анестезией. Значительные, а иногда большие затруднения возникают при расположении гнойника в верхних отделах тазовой клетчатки и наличии мелких множественных гнойников.

Наиболее легко осуществляется вскрытие гнойника, непосредственно прилегающего к влагалищной стенке в области заднего свода. Боковой параметрит вскрывать сложнее из-за опасности повреждения маточных сосудов и мочеточника.

Перед операцией ставится обильная клизма, мочу выпускают катетером. Слизистую шейки матки и влагалища обрабатывают спиртом и йодной настойкой.

Операция вскрытия гнойника при заднем параметрите. Шейку матки с помощью пулевых щипцов осторожно низводят к преддверию влагалища и приподнимают в сторону ложа; при этом хорошо обнажается задний влагалищный свод (рис. 210). Отступя немного от задней губы шейки матки, производят поперечный или полулунный разрез стенки влагалища в области заднего свода. Затем под контролем пальца закрытыми изогнутыми ножницами расслаивают инфильтрированную клетчатку (рис. 211) и, раскрыв ножницы, выводят их обратно, увеличивая при этом сделанное отверстие. Подобный прием повторяют несколько раз. По мере приближения к гнойнику клетчатка становится плотнее. При подходе к гнойнику производят пункцию и, получив гной, вскрывают гнойник с помощью желобоватого зонда или тонкого корнцанга.

И. Л. Брауде подчеркивает, что при вскрытии гнойника не следует уклоняться от оголенной задней поверхности шейки матки. Поэтому, расслаивая инфильтрированную клетчатку, инструмент следует продвигать параллельно задней поверхности шейки, обращая к ней вогнутую поверхность ножниц или корцанга. Это позволяет избежать ранения прямой кишки, что является тяжелым осложнением операции. Правильность продвижения инструмента можно проверить при необходимости ректальным исследованием, которое производит ассистент, не участвующий в операции.

После опорожнения гнойника вставляют дренажную резиновую трубку (рис. 212), оставляя ее на 7—8 дней. В полость гнойника вводят антибиотики. При наличии гнойных выделений трубку оставляют и на более длительное время, заменяя ее позже более тонкой и следя, чтобы она не закупоривалась. При наличии дрепажа больная соблюдает постельный режим.

Операция вскрытия гнойника при боковом параметрите. Вскрытие гнойника при боковом параметрите может сопровождаться более сильным

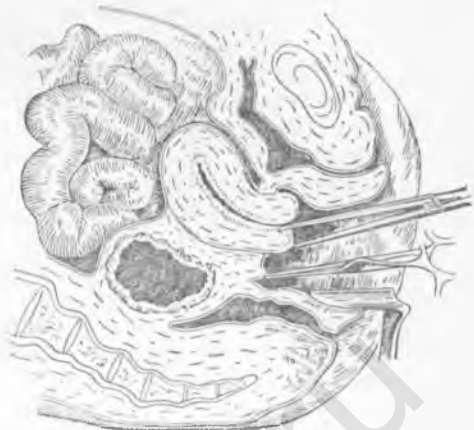


Рис. 210. Перед вскрытием гнойника через задний влагалищный свод при заднем параметрите заднюю губу маточного зева захватывают щипцами, шейку матки оттягивают к лону. Длинными зажимами захвачена стенка заднего влагалищного свода у самой шейки, здесь и проводят поперечный разрез через стенку влагалища.

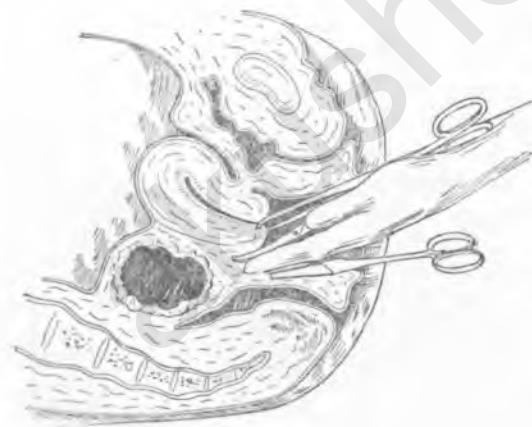


Рис. 211. Вскрытие гнойника при заднем параметрите. Под контролем пальца закрытыми ножницами расслаивают инфильтрированную клетчатку по направлению к гнойнику.



Рис. 212. Вскрытие гнойника при заднем параметрите. В полость гнойника введена толстая дренажная резиновая трубка. Нижний конец ее отрезан в нижней трети влагалища. Для остановки кровотечения из раны во влагалище или в расслоенную клетчатку вводят марлевый тампон.

кровотечением, опасностью повреждения маточных сосудов и мочеотника. Поэтому обычно производят сначала поперечный разрез в области

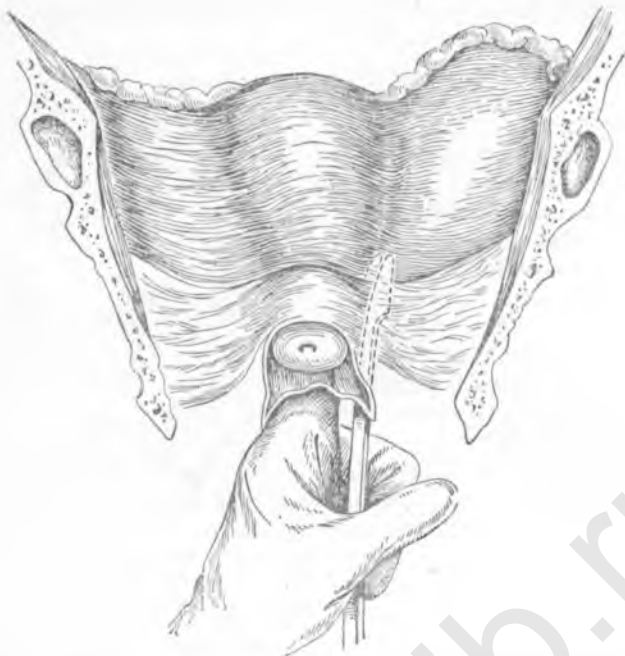


Рис. 213. Вскрытие гнойника при боковом параметрите. В заднем влагалищном своде через стенку влагалища сделан поперечный разрез. Расслоение клетчатки по направлению к гнойнику делают изогнутым корнцангом или зондом.

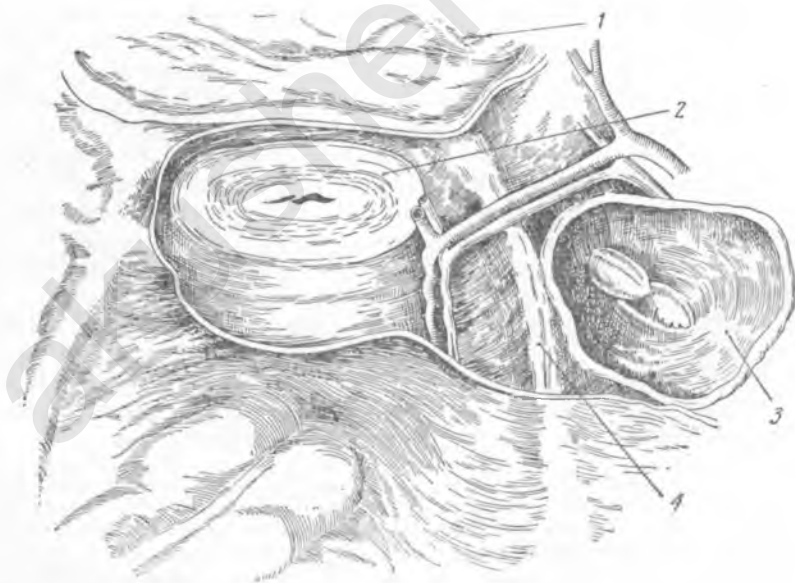


Рис. 214. Корнцанг проник в полость гнойника. Показаны топографические соотношения между шейкой матки, маточными сосудами и гнойником, лежащим между листками широкой связки.

1—мочевой пузырь 2—матка; 3—полость гнойника; 4—мочеточник.

заднего влагалищного свода, а затем путь к гнойнику, расположенному между листками широкой связки, прокладывают под контролем пальца другой руки с помощью сомкнутых изогнутых ножниц, корнцанга или желобоватого зонда (рис. 213 и 214). Для уточнения места расположения гнойника производят пробную пункцию, затем вскрытие его по направлению введенной при пункции иглы, опорожнение и дренирование.

Вскрытие гнойника, расположенного между мочевым пузырем и передней поверхностью матки, осуществляют с помощью поперечного разреза в области переднего влагалищного свода. Подобная операция может быть выполнена только опытным акушером-гинекологом, так же как и вскрытие гнойника прямокишечно-влагалищной перегородки.

ПЕРИТОНИТ

Одной из необходимых предпосылок для выработки рациональной терапии при перитонитах является правильный учет всей совокупности изменений брюшины в разных стадиях ее поражения. В свою очередь это возможно лишь на основе детального изучения анатомо-физиологических особенностей брюшины в норме. При этом следует учитывать, что брюшина не представляет обособленной структуры, а составляет часть органа, поверхность которого она выстилает. Изменения брюшины при ряде патологических процессов, в том числе и при перитоните, составляют часть изменений, претерпеваемых органом в целом. Однако при перитоните брюшина подвергается наибольшим морфологическим изменениям по сравнению с другими слоями соответствующих органов.

Функционально-морфологические изменения брюшины при перитоните

Советской гистологией впервые в мировой науке доказана крайняя примитивность старых представлений о брюшине как пластинке неоформленной соединительной ткани, покрытой слоем мезотелиальных клеток. В действительности на большем своем протяжении (за исключением отдельных перечисленных ниже участков) брюшина состоит из 6 неравноценных в морфологическом и функциональном отношении слоев: мезотелия, подлежащей ему базальной мембраны, поверхностного волнистого коллагенового слоя, поверхностного и глубокого эластического слоев, глубокого ретикулярного коллагенового слоя. В последнем располагаются кровеносные и лимфатические сосуды брюшины, а также основное количество ее соединительнотканых клеток (М. А. Барои, 1949). Аналогично строение подавляющего большинства участков тазовой брюшины (А. И. Брауде, 1955).

Совершенно своеобразно построена брюшина диафрагмы и прямокишечно-маточного углубления. Уже макроскопически видно, что диафрагмальная брюшина состоит из белесоватых плотных и как бы вкрапленных между ними просвечивающих истонченных участков. Микроскопически выявлено, что плотные участки брюшины содержат все перечисленные выше слои. Истонченные участки имеют преимущественно овальную, вытянутую или округлую форму и состоят лишь из мезотелия, базальной мембраны и отдельных коллагеновых волокон. При этом в пределах истонченных участков брюшины мезотелиальные клетки не образуют сплошного слоя, а разделены то более узкими, то более широкими межклеточными промежутками. Базальная мембрана пронизана многочисленными отверстиями, а между коллагеновыми волокнами имеются широкие просветы. Таким образом, истонченные участки не только

состоят из редуцированного числа слоев, но каждый из этих слоев не сплошной. Подобные своеобразные истонченные участки диафрагмальной брюшины известны в литературе под названием «люков». Мезотелий, базальная мембрана и коллагеновые волокна составляют крышу люка; его стенки (боковые) образованы окружающими люк утолщенными участками брюшины. Между крышей люка и его стенками находится полость люка.

Уже давно установлено, что в диафрагмальной брюшине содержатся две мощно развитые сети — лимфатических капилляров и лимфатических

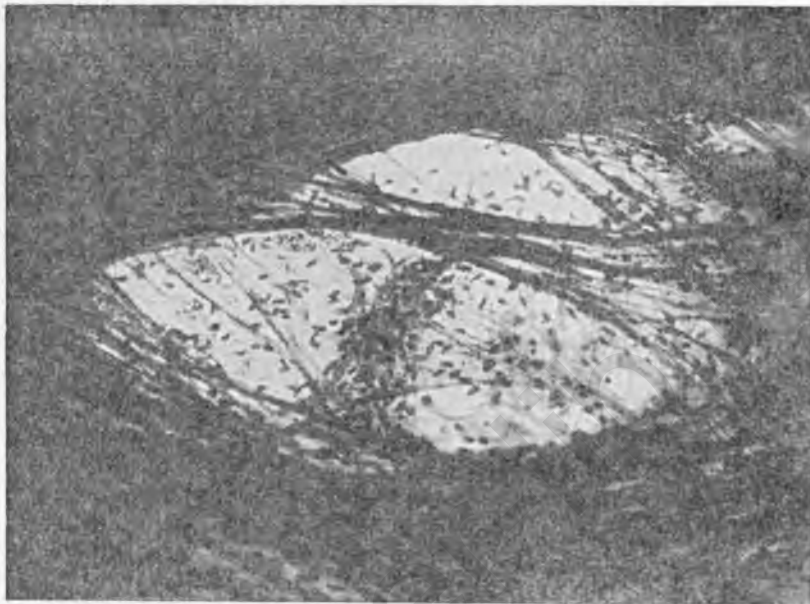


Рис. 215. Соединительнотканная основа люка. Видны разрозненные коллагеновые волокна в крышке люка. Мезотелий и базальная мембрана удалены.

сосудов (Г. М. Иосифов, 1917; В. Г. Иосифов, 1928; Д. А. Жданов, 1940, и др.). Капилляры поверхностной лимфатической сети имеют многочисленные веретеновидные утолщения. Последние располагаются строго закономерно, так что каждое веретеновидное утолщение находится в пределах люка, заполняя его полость. Иными словами, веретеновидные утолщения лимфатических капилляров отделены от брюшной полости лишь тончайшей перепонкой крыши люка.

До недавнего времени считалось общепринятым, что люки имеются только в диафрагмальной брюшине. Однако нами были обнаружены в прямокишечно-маточном углублении (А. И. Брауде, 1950). Люки этого участка тазовой брюшины аналогичны по строению люкам диафрагмальной брюшины: полость люка заполнена расширенным лимфатическим капилляром, отделенным от брюшной полости тончайшей пленкой, состоящей из мезотелия, базальной мембраны, единичных коллагеновых волокон и некоторого числа соединительнотканых клеток (рис. 215).

Для понимания функциональной значимости люков важно иметь в виду пути всасывания из брюшной полости. Не вдаваясь в анализ многочисленных работ, посвященных этому вопросу, укажем лишь, что экспериментально и клинически наиболее обоснована точка зрения о вса-

сывании полостной жидкости (как коллоидного раствора) и взвешенных в ней клеток лимфатическим руслом брюшины. При этом всасывание преимущественно осуществляется лимфатическими капиллярами, находящимися в пределах люков.

Причины этого ясны из рассмотренных особенностей строения различных участков брюшины. Выше отмечено, что почти на всем протяжении брюшины лимфатические сосуды расположены в ее наиболее глубоком слое. Вышележащие слои образуют своеобразный серозно-гемо-лимфатический барьер, затрудняющий всасывание. Этот барьер особенно развит в силу особенностей обмена в брюшине матки. В нормальных условиях она вообще непроницаема для большинства веществ, введенных в брюшную полость (А. И. Брауде, 1951).

Напротив, в пределах люков лимфатические капилляры максимально приближены к просвету брюшной полости. Полостная жидкость вместе с находящимися в ней клетками легко проходит через промежутки между мезотелиальными клетками через отверстия в базальной мембране и просветы между единичными коллагеновыми волокнами и почти беспрепятственно проникает в лимфатические капилляры.

Приведенные данные показывают, что люки представляют специально дифференцированные участки всасывания. Важнейшее значение для осуществления всасывания диафрагмальной брюшиной и брюшиной прямокишечно-маточного углубления принадлежит динамике этих участков серозного покрова. Благодаря дыхательным движениям диафрагмы и ритмическим сокращениям поперечной мускулатуры прямокишечно-маточного углубления лимфатическое русло этих участков брюшины попеременно расширяется и сужается. При расширении лимфатических капилляров полостная жидкость насасывается в них через крышу люков, при сужении она проталкивается в отводящие лимфатические сосуды и перемещается с током лимфы в направлении регионарных лимфатических узлов. Обратный ток лимфы в направлении брюшной полости не происходит благодаря клапанам в лимфатических сосудах.

Всасывание, естественно, представляет лишь одно звено процесса непрерывного обновления полостной жидкости. Второе звено — образование этой жидкости — по современным воззрениям осуществляется путем ультрафильтрации (транссудации) компонентов плазмы крови из сосудов в брюшную полость. Подобно всасыванию, транссудация осуществляется неодинаково интенсивно по протяжению брюшины. Выраженная транссудация происходит, в частности, в пределах широких связок матки благодаря функционально-морфологическим особенностям их кровеносных сосудов (рис. 216) (А. И. Брауде). Весьма вероятно, что это является одной из причин наличия в полости малого таза так называемого физиологического асцита [Новак (Novak, 1922), Байш (Baisch, 1943)].

Существенное внимание в последние годы уделено изучению иннервации брюшины (М. А. Барон, 1949; А. И. Брауде, 1952, 1955; В. И. Низовцев, 1958 и др.). Данные этих исследований подтвердили и расширили результаты наблюдений А. С. Догеля, показав, что брюшина насыщена разнообразными нервными элементами. Она содержит большое число нервных волокон, формирующих три сплетения, и разнообразные, многочисленные нервные окончания (рис. 217 и 218). В силу этого брюшина представляет собой обширное рецепторное поле. Значение этого обстоятельства очевидно; небезынтересно отметить лишь, что протяженность брюшины как рефлексогенной зоны достигает 20 400 см², лишь незначительно уступая по размерам площади кожи (20 500 см²).

Воспаление брюшины (перитонит) вызывается многочисленными причинами. Перитонит может быть следствием разрыва пиосальпинкса,

нагноившейся кисты яичника при перекручивании ножки, разрыва матки, перфорации матки при аборте, прободения червеобразного отростка при аппендиците, прорыва омертвевшей кишки при ее инфаркте, ущемлении, перекручивании, расхождении швов операционной раны при прорыве



Рис. 216. Заполнение камеры люка эритроцитами, резорбированными из брюшной полости (увеличение в 140 раз).

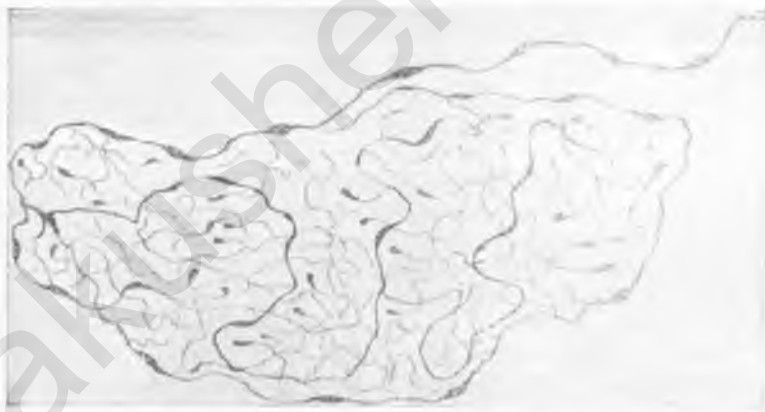


Рис. 217. Клубковидное окончание в брюшине матки.

в брюшную полость гноя из флегмоны забрюшинной клетчатки и пр. Все эти случаи характеризуются наличием прободения, причем его иногда можно обнаружить лишь при микроскопическом исследовании (микрופерфорации). Вместе с тем перитонит может быть обусловлен непосредственным переходом воспалительного процесса на брюшину при воспалении того или иного органа; подобный перитонит иногда наблюдается при послеродовых метроэндометризах.

Чаще всего перитонит вызывается инфекционным агентом: стрепто-, стафило-, гоно-, энтерококками, кишечной палочкой и пр.; иногда наблюдается смешанная инфекция (например, стрептококк и кишечная палочка). Реже перитонит является асептическим, в этих случаях он обусловлен попаданием в брюшную полость содержимого мочи, желчи, кистозных опухолей яичников, ферментов и продуктов расщепления жира при некрозах поджелудочной железы и т. д.

По характеру выпота перитониты подразделяются на серозные, серозно-фибринозные, фибринозные, фибринозно-гнойные, геморрагиче-

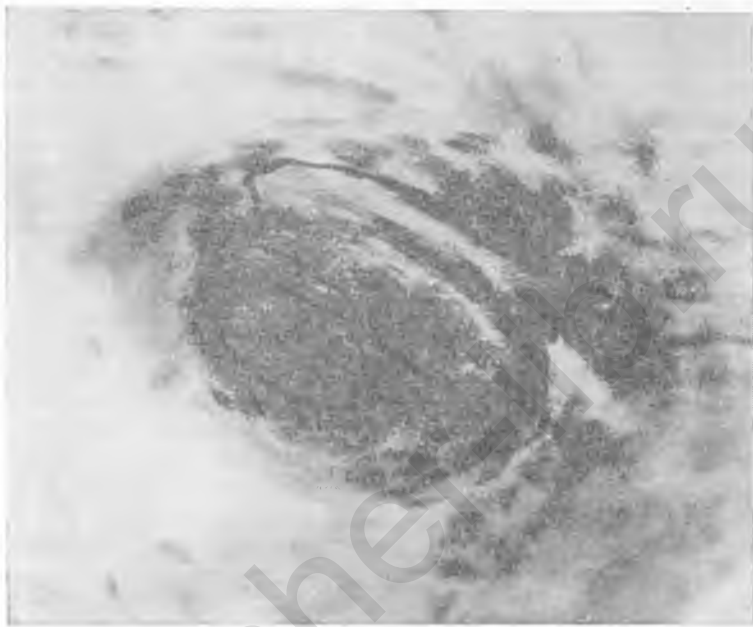


Рис. 218. Инкапсулированное окончание в брюшине широкой связки матки (увеличение в 500 раз).

ские (при обсеменении брюшины раковыми клетками и при туберкулезе брюшины); по протяженности поражений брюшины они могут быть общими и местными. Местные перитониты особенно часто наблюдаются у женщин в малом тазу (пельвеоперитониты). Наконец, перитониты бывают острыми и хроническими.

Несмотря на все многообразие причин, вызывающих перитонит и на особенности его течения, в патогенезе различных форм перитонита имеется ряд общих закономерностей, среди которых одной из ведущих является накопление в брюшной полости экссудата. Механизм образования последнего может быть понят лишь на основании приведенных выше данных о закономерностях образования и всасывания полостной жидкости в норме.

Действие различных агентов, вызывающих перитонит, при их попадании в брюшную полость первоначально приводит то к более, то к менее резкому раздражению брюшины. В ответ на это очень быстро развивается гиперемия брюшины, сопровождающаяся повышением проницаемости кровеносных сосудов. В результате резко усиливается трансудация жидкости из кровеносных сосудов в брюшную полость; пропотевающая

жидкость содержит большее, чем в норме, количество белка; с развитием процесса она все более приближается по составу к экссудату.

Особенно интенсивное образование экссудата происходит в пределах тех участков брюшины, которые и в норме принимают наибольшее участие в образовании полостной жидкости. К числу таких участков, как указано выше, принадлежит брюшина широких связок матки. При нанесении раздражителя на их поверхность весьма быстро наступает ответная реакция с обильным выделением из кровеносных сосудов экссудата. Учет этого обстоятельства важен для понимания патогенеза пельвиоперитонита.

Вместе с тем уже в начальной стадии перитонита все большую роль в образовании экссудата начинают играть те отделы брюшины, которые в норме практически не участвуют в обновлении полостной жидкости. Иными словами, при перитоните резко увеличивается протяженность трансудирующих зон брюшины. Разумеется, это обстоятельство в немалой степени способствует накоплению жидкости в брюшной полости.

Несомненно, что гиперемия брюшины и увеличение проницаемости ее кровеносных сосудов наступают рефлекторным путем вследствие раздражения многочисленных нервных приборов брюшины. В пользу такого представления свидетельствуют, в частности, результаты наших опытов с раздражением нервных стволов, иннервирующих широкие связки матки подопытных животных. В этих опытах чисто нейрогенным путем удалось вызвать в ткани широких связок матки собак выраженные изменения сосудистого русла (А. И. Брауде, 1954).

Весьма энергичное развитие сосудистых нарушений при перитоните находит свое объяснение в ранее приведенных данных о том, что брюшина представляет собой обширную рефлексогенную зону. Воздействие даже на отдельные, ограниченные участки этой зоны сопровождается быстрой ответной реакцией организма, в частности сосудистой реакцией. Она наступает не только в брюшине, но и в глубже лежащих слоях стенки соответствующих внутренних органов; здесь зачастую наблюдается паралитическое расширение капилляров.

По мере развития перитонита может усиливаться миграция в брюшную полость лейкоцитов, и тогда экссудат становится гнойным.

В зависимости от распространенности воспалительного процесса брюшина на большем или меньшем протяжении претерпевает характерные изменения. Она не только гиперемирована, но и отечна, инфильтрирована клетками воспалительного экссудата. Мезотелий, выстилающий брюшину, претерпевает дегенеративно-некробиотические изменения и слущивается, подлежащие ему слои брюшины лизируются; существующий в норме серозно-гемо-лимфатический барьер все более разрушается, в далеко зашедших случаях брюшина замещается грануляционной тканью с обильными кровеносными сосудами. Теперь они оказываются расположенными не в толще брюшины, а вблизи ее поверхности, что в свою очередь способствует дальнейшему усилению экссудации в брюшную полость.

У больных, умерших от перитонита на 4—7-й день, на поверхности брюшины обычно находится слой фибрина; он особенно массивен на диафрагме, в подвздошных областях и в полости малого таза (И. И. Дорохов, 1955).

Вопрос о всасывании из брюшной полости при перитоните обсуждался и продолжает оживленно дискутироваться в литературе, так как он непосредственно связан с проблемой микробной интоксикации при рассматриваемом заболевании. Основной итог большинства экспериментальных работ, посвященных указанному вопросу, сводится к тому, что всасывание крупномолекулярных веществ и частиц взвесей из брюшной полости при перитоните резко замедлено [А. Д. Павловский, 1892; Менкин (Men-

kin, 1931); И. Л. Брегадзе, 1952, и др.]. В настоящее время этот вывод получил подтверждение в опытах с использованием радиоактивных изотопов (В. А. Петров, 1955; В. А. Ревис и И. П. Муравей, 1958).

Морфологические исследования позволили расшифровать механизм замедления всасывания при перитоните. Основная причина этого явления состоит в закупорке фибрином специально дифференцированных аппаратов всасывания — люков диафрагмальной брюшины и брюшины прямокишечно-маточного углубления. Массивные наложения фибрина резко затрудняют всасывание экссудата в лимфатические сосуды. Помимо того, просвет последних тромбируется фибрином с примесью некротизированных клеток и микроорганизмов. Понятно, что в этих условиях интенсивность всасывания недостаточна для эвакуации из брюшной полости интенсивно поступающего в нее экссудата.

Хотя всасывание из брюшной полости при перитоните в большей или меньшей степени замедлено, оно полностью не прекращается. Этому, по-видимому, в некоторой степени способствует то, что в отличие от крупномолекулярных веществ и взвешенных частиц более мелкодисперсные вещества (истинные растворы) всасываются не столько лимфатическими, сколько кровеносными сосудами. Естественно, что закупорка фибрином люков как основных путей проникновения веществ в лимфатическое русло не приводит к прекращению всасывания в кровеносные сосуды. Это имеет важное клиническое значение.

Сохранение в каких-то пределах всасывания из брюшной полости объясняет причину выраженной интоксикации при перитоните, которая заключается в проникновении в общую систему циркуляции микробных токсинов через воспаленную брюшину.

Следует подчеркнуть, что в ходе развития отмеченных изменений брюшины существенно страдает ее иннервационный аппарат. Морфологически выявляемые изменения нервных элементов обнаруживаются при этом не только в брюшине, но и в нервном аппарате кишечника и других органов брюшной полости, а также в нервных элементах солнечного сплетения (М. Д. Шмагина, 1946, и др.).

Сочетание явлений интоксикации с поражениями нервных аппаратов вызывает распространенные функциональные нарушения в нервной системе и особенно в ее вегетативном отделе. Эти нарушения в свою очередь обуславливают различной выраженности нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта (парез кишечника и пр.). Особенно интенсивно проявляются эти нарушения при общем остром перитоните.

Вследствие слипания органов друг с другом и особенно с большим сальником экссудат по всей брюшной полости в ряде случаев не распространяется, оставаясь в пределах малого таза. Так образуется осумкованный перитонит и прежде всего пельвеоперитонит.

При благоприятном течении процесса фибриновые наложения на поверхности брюшины и фибриновые тромбы в лимфатических сосудах рассасываются. Это приводит к постепенному восстановлению всасывающей способности брюшины прежде всего благодаря возобновлению деятельности люков.

Вместе с тем прорастание рассасывающихся фибриновых наложений соединительной тканью может привести к формированию спаек между обращенными друг к другу поверхностями соседних органов или между участками париетальной и висцеральной брюшины. Разрастание соединительной ткани вокруг скоплений гнойного или фибринозно-гнойного экссудата приводит к образованию осумкованных внутрибрюшинных гнояников, иногда вскрывающихся впоследствии в кишечник, мочевого пузыря,

влагалище и пр. Наконец, ограниченный перитонит в результате распространения процесса может перейти в общий перитонит.

Под влиянием терапии антибиотиками уменьшается выраженность морфологических изменений и протяженность поражений брюшины при перитоните (О. Б. Лисицына, 1958, и др.).

ПРОБОДНОЙ ПЕРИТОНИТ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Прободной перитонит генитального происхождения наблюдается при прорыве в брюшную полость гноя из воспалительной опухоли придатков матки, гнойников тазовой клетчатки и брюшины и нагноившейся кистозной опухоли яичника при перекручивании ее ножки. Прободению обычно предшествует или острый воспалительный процесс или обострения при хроническом течении воспаления.

Разрыв осумкованных гнойников может происходить внезапно в результате травмы (падение, удар, чрезмерное физическое напряжение, грубо выполняемое гинекологическое исследование, роды и т. п.), но чаще наблюдается вследствие разрушения стенки гнойника воспалительным процессом. В последнем случае прободение капсулы, окружающей гнойные скопления, происходит тем скорее, чем сильнее растянуты стенки опухоли гнойным содержимым.

Прободению гнойников может предшествовать **п р е п е р ф о р а т и в н а я** стадия. При этом ухудшается общее состояние, усиливается боль, повышается температура, нарастают явления раздражения брюшины (напряжение брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга, тошнота, рвота).

В преперфоративной стадии обследование больной и все лечебные процедуры должны производиться особенно осторожно и бережно. Такую больную лучше всего сразу назначить на операцию, не дожидаясь прободения или разрыва гнойника. Если по каким-либо причинам операция не может быть произведена, а гнойная опухоль близко подходит к влагалищным сводам, то можно произвести пункцию опухоли и отсосать из нее гной, введя затем в полость гнойника антибиотики.

При наличии абсцесса в прямокишечно-маточном пространстве производится задняя кольпотомия с эвакуацией гноя и введением резиновой дренажной трубки. Однако всегда следует учитывать, что трубно-яичниковые мешотчатые опухоли также нередко располагаются близко к влагалищным сводам и при этом может быть поставлен ошибочно диагноз абсцесса прямокишечно-маточного пространства и произведена кольпотомия, которая приведет к возникновению длительно существующего (годами) свища с постоянным истечением гноя. Подобная же ситуация возникает и при опорожнении нагноившейся дермоидной кистомы путем кольпотомии. Обычно в последующем приходится избавлять такую больную от возникшего свища путем радикальной операции, заключающейся в удалении гнойной опухоли. Поэтому необходимо обращать большое внимание на распознавание характера гнойной опухоли и при сомнениях не прибегать к кольпотомии, ограничиваясь пункцией и отсасыванием гноя.

При прободении или разрыве гнойника с истечением гноя в брюшную полость появляется острая режущая боль в животе и состояние коллапса (частый пульс слабого наполнения, бледность кожных покровов с цианозом губ и ногтей).

Боль в момент перфорации гнойника имеет разлитой характер, распространяется по всему животу. Некоторое время спустя боль будет наи-

более выраженной в той области, где происходит истечение гноя. Коллапс в зависимости от общего состояния больной и ее реактивности проявляется в различной степени. Иногда он выражен слабо и заглушается другими симптомами, у некоторых же больных состояние коллапса превалирует над прочими симптомами, проявляясь в резком падении сердечно-сосудистой деятельности с явлениями цианоза всех покровов тела.

Помимо болей и коллапса, при прорыве гнойника в брюшную полость наблюдаются тошнота и рвота, иногда икота. Брюшная стенка становится резко напряженной («как доска») и очень болезненной. Ригидность мышц брюшной стенки бывает особенно выражена в той области, где произошла перфорация гнойника. Общее состояние больной прогрессивно ухудшается, черты лица заостряются, дыхание становится поверхностным, затрудненным, так как больная падит брюшную стенку из-за болей, связанных с раздражением брюшины.

В дальнейшем, по мере развития воспаления брюшины, в отдаленных местах брюшной полости начинает определяться свободная жидкость, которая образуется как за счет излившегося гноя, так главным образом и за счет выпота. Кроме этого, наблюдается вздутие живота и задержка мочеиспускания вследствие того, что при воспалении брюшины всякая мышца (поперечнополосатая или гладкая), находящаяся под серозной или слизистой оболочкой, приходит в состояние пареза или паралича (закон Штокса). В результате воспаления брюшины, покрывающей диафрагму, наступает парез или паралич последней, и больная на вопросы врача отвечает шепотом, так как громко говорить не может.

Если вначале клиническая картина была ясно выражена и указывала на перфорацию гнойника в брюшную полость, а затем состояние больной улучшилось, перитонеальные явления стали уменьшаться, то это не говорит об ошибочном диагнозе, а указывает на то, что перфорационное отверстие закрылось за счет сальника или смежных органов, припавшихся в области прободения.

Из анамнеза женщины с прободным перитонитом генитального происхождения чаще всего удается выявить наличие в прошлом воспалительных процессов в придатках матки с образованием мешотчатых опухолей или наличие в настоящее время острых воспалений половых органов и тазовой клетчатки, а также указание на опухоль яичника с симптомами перекручивания ножки опухоли.

При влагалищном исследовании определяется сильная болезненность при попытке сместить шейку матки, при пальпации боковых влагалищных сводов и особенно заднего. Иногда при скоплении выпота и излившегося гноя в ректально-маточном пространстве наблюдается выпячивание заднего свода влагалища, а при пальпации определяется мягковато-эластическая консистенция.

Разрыв гнойной мешотчатой опухоли может произойти и в стадии хронического воспаления. В подобных случаях до разрыва опухоли жалобы бывают незначительными или совершенно отсутствуют, гемограмма заметных сдвигов со стороны форменных элементов крови не показывает, и лишь реакция оседания эритроцитов бывает ускоренной. При двуручном исследовании с одной или с обеих сторон от матки определяют толстостенные, малоподвижные или совершенно неподвижные опухоли с неравномерной консистенцией — то плотной, то эластической, с различными нюансами. Опухоли эти имеют неправильную, бугристую форму и интимно прилегают к матке, а последнюю иногда даже не удается ясно контурировать. Из анамнеза обычно удается выяснить, что у больной с мешотчатыми опухолями нередко наблюдаются обострения воспалительного процесса со всеми симптомами, присущими этому состоянию.

Если у больной, страдающей хроническим воспалением с наличием мешотчатых опухолей придатков матки, внезапно развивается картина разлитого перитонита, то в первую очередь следует подумать о прободении гнойной воспалительной опухоли, учитывая при диагнозе указанные выше симптомы.

При распознавании заболевания необходимо провести дифференциальную диагностику, исключая прободной аппендицит, перфорацию язвы желудка или кишечника, а также перекручивание ножки яичниковой опухоли и разрыв трубы при внематочной беременности. При этом учитываются признаки перечисленных заболеваний, о чем сказано в соответствующих разделах данного руководства.

Указание в анамнезе на воспалительные процессы гениталий и осложненные внебольшичные аборты, объективные данные при исследовании, говорящие о наличии воспаления, особенно с образованием мешотчатых опухолей, помогают поставить правильный диагноз.

При клинической картине прободного перитонита неясной этиологии показано чревосечение, которое одновременно является как диагностическим, так и лечебным.

Лечение

Каждая больная, у которой поставлен диагноз прободения или разрыва гнойной воспалительной опухоли придатков матки, нагноившейся кисты яичника или гнойного параметрита с проникновением гноя в брюш-



Рис. 219. Дренаж брюшной полости. В брюшную полость введена широкая резиновая трубка, конец ее выведен через противоположное отверстие в левой боковой стенке живота. Корицаг введен в брюшную рану и выпячивает брюшную стенку на месте будущего противоотверстия.

ную полость, должна быть немедленно оперирована. Чем скорее после разрыва гнойника будет произведена операция, тем благоприятнее исход для больной. При явлениях резко выраженного коллапса принимаются срочные меры для улучшения сердечно-сосудистой деятельности, вводят морфин или пантопон с целью уменьшения болевых

ощущений, связанных с раздражением брюшины, и приступают к операции.

Характер операции зависит прежде всего от состояния больной: чем позднее производится операция и чем тяжелее состояние больной, тем проще должно быть оперативное вмешательство.

При очень тяжелом состоянии больной ее следует оперировать под местной анестезией или под эфирно-кислородным наркозом. Вмешательство должно заключаться лишь в дренировании брюшной полости. Брюшная полость при этом вскрывается срединным разрезом ниже пупка. Гной из брюшной полости удаляют с помощью марлевых салфеток или специальным отсосом. Брюшная полость дренируется мягкими резиновыми трубками или марлевыми тампонами. Для лучшего оттока гноя производят одну или две контрапертуры в боковых отделах передней брюшной стенки, через которые вводят резиновые дренажные трубки. Делают это так. В брюшную рану вводят изогнутый корнцанг, который выпячивает брюшную стенку на месте будущего отверстия (рис. 219). Над корнцангом послойно рассекают брюшную стенку. Отверстие расширяют и вводят дренаж. Вместо боковых контрапертур дренирование брюшной полости можно хорошо осуществить через задний влагалищный свод, если прямокишечно-маточное пространство не запаяно или не заполнено неподвижной воспалительной опухолью придатков матки. С этой целью один из помощников вводит в задний влагалищный свод изогнутый корнцанг и выпячивает им брюшину прямокишечно-маточного углубления. Вогнутая сторона корнцанга должна быть обращена кпереди. Хирург, отодвинув широким шпателем или рукой кишечные петли, ножницами рассекает над корнцангом брюшину и стенку заднего влагалищного свода (рис. 220). Конец корнцанга помощник по указанию хирурга вводит в брюшную полость, раскрывает его с целью расширить раневое отверстие и захватывает дренажную трубку, подведенную со стороны брюшной полости (рис. 221). После этого нижний конец трубки выводит через влагалище. Дренажную трубку следует брать такой длины, чтобы ее конец выступал из влагалища наружу. К нижнему концу дренажной трубки с помощью короткой стеклянной трубочки присоединяют дополнительную длинную резиновую трубку, конец которой опускается в бутылку, подвешенную или поставленную ниже уровня койки. Этим обеспечивается хороший отток гноя, который не загрязняет больную и ее кровать.

Дренирование брюшной полости через влагалище при соответствующих (указанных выше) условиях легко выполнимо. Однако при несоблюдении условий возможны тяжелые осложнения. Так, при введении корнцанга вслепую он может попасть через уретру в мочевой пузырь и, выпячивая стенку последнего, ввести в заблуждение оператора, который, не разобравшись, может рассечь стенку мочевого пузыря и вывести через него дренаж. При заращении прямокишечно-маточного углубления возникает опасность повреждения соседних с маткой органов. Поэтому-то в подобных случаях дренирование через задний влагалищный свод и не применяют. С целью же избежания указанных осложнений корнцанг вводят под контролем одного или двух пальцев, которыми нащупывают шейку матки и направляют корнцанг в задний влагалищный свод. Все манипуляции со стороны влагалища производят с соблюдением правил асептики и антисептики: влагалище протирают предварительно спиртом и смазывают 5% настойкой йода; помощник надевает стерильные перчатки. Для того чтобы дренирование проводилось под контролем зрения со стороны брюшной раны, больной придают положение с высоко поднятым тазом и кишечник отодвигают кверху.

Срединный разрез передней брюшной стенки частично послойно зашивают, накладывая на брюшину и мышцы узловые швы из кетгута, а на апоневроз и кожу — швы из шелка. Концы резиновых дренажей или марлевых тампонов, введенных в прямокишечно-маточное углубление из срединного разреза и в боковые отделы брюшной полости через контрапертуры, выводят наружу. Зашивая рану брюшной стенки выше и ниже введенных дренажей, следят, чтобы последние не были сдавлены, иначе это будет препятствовать оттоку содержимого из брюшной полости и затруднять извлечение дренажей.



Рис. 220. Гнойный перитонит. Дрепирование через влагалище при брюшноспечном чревосечении. Помощник под контролем двух пальцев вводит в задний влагалищный свод изогнутый корцанг и выпячивает им брюшину прямокишечно-маточного углубления. Хирург, отодвинув широким шпателем кишку, ножницами перерезает брюшину и стенку заднего влагалищного свода.

В борьбе с инфекцией раньше придавали большое значение применению тампона Микулича. В настоящее время он применяется редко и главным образом в тех случаях, когда операция носит паллиативный характер и источник инфекции (разорвавшаяся гнойная опухоль придатков и т. п.) не удален.

Тампон Микулича состоит из марлевого мешка, выкроенного в виде круга диаметром 50 см. Центр мешка прошивается длинной и толстой шелковой ниткой, которая служит для последующего извлечения мешка. В марлевый мешок вводят 4—6 тампонов, сложенных из 3 слоев марли и имеющих ширину 3—4 см и длину 1—1,5 м. Конец каждого тампона прошит ниткой с узлами: первый тампон с одним узлом, второй с двумя и т. д. Длинным пинцетом марлевый мешок захватывают в месте прикрепления нитки и вводят в рану таким образом, чтобы пинцет и нитка оказались внутри мешка, а свободный конец мешка выступал из брюшной раны. Затем внутрь марлевого мешка вводят первый тампон, выполняя им дно и верхнюю часть, потом второй тампон, третий и т. д. Извлекать тампоны начинают с 3-го дня после операции, удаляя сначала тот тампон, который был введен последним. К 6—7-му дню удаляют все тампоны и на 8-й день

извлекают марлевый мешок; предварительно следует смочить мешок раствором риванола 1 : 1000 или влить в мешок перекись водорода, что облегчает выделение.

Нередко в мешок вводят лишь 2—3 тампона или вместо тампона Микулича применяют простой марлевый тампон, рыхло вводимый в область расположения гнойника.

Вместо тампона Микулича некоторые применяют тампоны с мазью Вишневского. Эти тампоны, являясь нежным раздражителем для раневой поверхности, могут быть оставлены в ране значительно дольше.



Рис. 221. Дренажирование через влагалище при брюшностеночном чревосечении. Коридангом захватывают конец дренажной трубки, проводимой со стороны брюшной полости, конец трубки выводят через влагалище.

Тампоны с мазью Вишневского обладают дезодорирующим действием, легко и безболезненно удаляются из глубины раны, а последняя быстро очищается и заживление происходит быстрее (А. Б. Гиллерсон и др.).

Если состояние больной позволяет, то при прободном перитоните генитального происхождения необходимо удалить перфорированный орган (тубо-овариальную опухоль, нагноившуюся кисту яичника). При значительных изменениях со стороны матки и при двусторонних трубно-яичниковых воспалительных опухолях нередко приходится производить ампутацию или экстирпацию матки с удалением придатков. Радикально произведенная операция дает наиболее благоприятные отдаленные результаты в отношении излечения воспалительного процесса. Однако подобное оперативное вмешательство лишает женщину как детородной, так и менструальной функции. Поэтому у молодых женщин необходимо по возможности ограничиваться более щадящими оперативными вмешательствами, особенно бережно относясь к сохранению яичников или их частей.

При перфорации гнойников тазовой клетчатки и брюшины с проникновением гноя в брюшную полость операция заключается в чревосечении, удалении гноя из брюшной полости и дренировании ее.

Если при прободном перитоните операция производится с удалением гнойной опухоли, то после эвакуации гноя и введения антибиотиков (стрептомицина 250 000—500 000 ЕД, пенициллина 500 000—1 000 000 ЕД) в брюшную полость последняя может быть закрыта наглухо или в нее вводят тонкую резиновую трубку для повторного вливания растворов антибиотиков в последующие дни.

При прободных гнойных перитонитах необходимо применять комплексный метод лечения, основной задачей которого является раннее хирургическое вмешательство и полное устранение причины, вызвавшей перитонит. Дополнительные мероприятия должны быть направлены на борьбу с шоком, инфекцией, интоксикацией, параличом кишечника, ацидозом, обезвоживанием организма и нарушением функций сердечно-сосудистой системы.

Большое значение при лечении перитонита имеет послеоперационный уход.

Борьба с инфекцией при перитоните имеет огромное значение. Применение антибиотиков, особенно при введении их непосредственно в брюшную полость, позволило резко снизить смертность от перитонита.

Х. Г. Гафуров (1957) показал возможность полной стерилизации перитонеального экссудата одновременным введением в брюшную полость пенициллина и стрептомицина.

Полагают, что пенициллин, введенный в брюшную полость, всасывается медленнее, чем из подкожной клетчатки и мышц, действует дольше и при этом создается высокая местная концентрация антибиотика в области поражения (С. Д. Рехлис, И. П. Дерябин, В. Я. Шлапоберский, Х. Г. Гафуров и др.).

Обычно применяют комбинированное лечение пенициллином и стрептомицином, вводя их не только в брюшную полость, но и внутримышечно: пенициллин по 50 000—100 000 ЕД через каждые 3—4 часа и стрептомицин 2 раза в сутки по 250 000 ЕД. В послеоперационном периоде через дренажную трубку ежедневно в течение 3—5 дней вводят в брюшную полость 300 000—500 000 ЕД пенициллина и 250 000 ЕД стрептомицина.

Помимо введения антибиотиков и сульфаниламидов, применяются капельные вливания (внутривенно или подкожно) значительных количеств физиологического раствора хлористого натрия и 5% раствора глюкозы (до 3 л в сутки), а также повторные переливания крови по 100—200 мл. Это уменьшает явления интоксикации и обезвоживания организма, повышает кровяное давление.

При задержке газов, парезе кишечника применяют гипертонические клизмы из 10% раствора хлористого натрия (200—250 мл) и сифонные клизмы. Одновременно для усиления перистальтики внутривенно вводят 10% раствор хлористого натрия в количестве 40—60 мл. В прямую кишку вводят на 15—20 минут газоотводную трубку; с целью вызвать перистальтику применяют инъекции прозерина (1 мл 0,1% раствора) или питуитрина (1 мл), паранефральную новокаиновую блокаду по Вишневному.

В отдельных случаях, при парезе кишечника, не поддающемся перечисленным выше мероприятиям, применяют энтеростомию.

Вследствие тяжелой интоксикации страдает функция сердечно-сосудистой системы, поэтому в послеоперационном периоде назначают с учетом состояния больной инъекции камфары, кофеина, кордиамина, кардиазола или глюкозы со строфантом, вдыхания кислорода.

Учитывая наличие застойных явлений в легких, способствующих возникновению бронхитов и пневмоний, назначают дыхательную гимнастику, банки. Больную укладывают в положение с приподнятой верхней частью туловища (рис. 222), что облегчает дыхание и способствует оттоку

через дренажи воспалительного экссудата из брюшной полости и ограничению процесса в нижнем отделе последней.

Питание больной с перитонитом должно быть не особенно обильным, но включать пищевые продукты, которые легко перевариваются, хорошо усваиваются и содержат большое количество питательных веществ и витаминов. Если пища плохо удерживается в организме (рвота, понос), необходимо вводить внутривенно плазму крови, белковые гидролизаты (гидролизин Л-103 и др.), лечебную сыворотку Беленького. З. А. Чаплыгина (1958) указывает, что даже при полном голодании больной можно парентеральным введением гидролизина Л-103 в сочетании с глюкозой и витаминами длительное время поддерживать питание без заметного

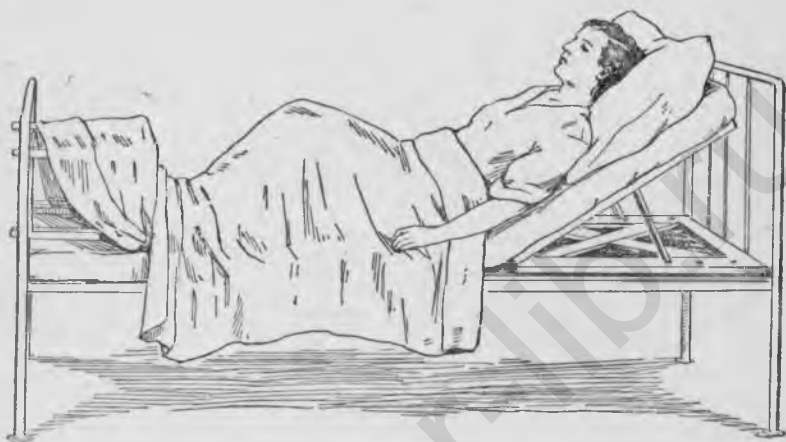


Рис. 222. Приподнятое положение верхней половины туловища больной при перитоните.

ущерба в весе и азотистом балансе и сохранять силы больного организма. Гидролизин вводится внутривенно или подкожно в дозах от 600 до 1000 мл в сутки.

ПОСЛЕРОДОВОЙ И ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Перитонит после родов или абортотв возникает в результате распространения инфекции из матки (метроэндометрит, метротромбофлебит) по лимфатическим путям, гематогенным путем из инфицированных тромбов или через трубы, а также при попадании микробов непосредственно на брюшину, например при проникающих повреждениях матки и влагалища (прободения и разрывы матки, кесарево сечение и др.). Иногда перитонит может быть проявлением генерализованной септической инфекции.

Воспаление может поражать всю брюшину, вызывая разлитой или диффузный перитонит, а может ограничиться полостью таза, вызываяпельвеоперитонит.

В настоящее время в родовспомогательных учреждениях Советского Союза послеродовые и послеабортные перитониты встречаются редко, что связано с резким снижением послеродовых заболеваний вообще и уменьшением числа внебольничных абортов.

По А. И. Крупскому, процент перитонитов за период 1936—1940 гг. после самопроизвольных родов составляет 0,02, а после родов вообще, включая и оперативные, — 0,1. По данным Д. А. Бурматова, послеродовой разлитой перитонит наблюдался у 9 рожениц из 142 676, или в 0,006%.

Г. А. Владимирович указывает, что перитонит после септического выкидыша встречается в $2\frac{1}{2}$ раза чаще, чем после родов.

Гонококковый перитонит протекает обычно в форме тазового перитонита и чрезвычайно редко встречается диффузное воспаление брюшины.

ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТ

Перитонит, ограниченный полостью таза, вызывается как септической, так и гонорейной инфекцией, причем последней преимущественно. Это объясняется тем, что при гонорейном поражении брюшины наблюдается выраженная склонность к локализации воспалительного процесса, к развитиюпельвеоперитонита, в результате возникновения обширных спаек и наложений фибрина. При септической инфекции фибриновые наложения и спайки образуются в недостаточном количестве или же подвергаются расплавлению, вследствие чего тазовый перитонит септической этиологии встречается редко и обычно возникает разлитое воспаление брюшины. Септическийпельвеоперитонит наблюдается обычно у женщин с хорошей сопротивляемостью организма и при слабой вирулентности микробов.

Пельвеоперитониту в 40% случаев, по данным В. Я. Илькевича, предшествует метроэндометрит. Для послеабортного воспаления тазовой брюшины характерно распространение инфекции, обычно гонорейной, из матки по трубе. Иногда инфекция заносится в брюшную полость при перфорации матки.

При возникновении воспаления брюшина становится тусклой, покрывается фибриновыми наложениями, сосуды ее расширяются. В дальнейшем появляется серозный и серозно-фибринозный выпот, который с 3—4-го дня заболевания становится гнойным. Для гонорейной инфекции характерны фибриновые наложения, которые, образуясь на границе воспаления, спаивают сальник и кишечные петли с органами таза и ведут к ограничению воспалительного очага от остальной части брюшной полости.

Быстрота развитияпельвеоперитонита зависит от сопротивляемости организма, способа распространения инфекции и ее вирулентности. После перфорации матки воспаление брюшины развивается в течение первых суток, при септическом метроэндометрите — в течение первой недели послеродового или послеабортного периода. Гонорейныйпельвеоперитонит начинается на второй неделе и позднее.

Чаще всегопельвеоперитонит начинается с бурных проявлений, сопровождаясь высокой температурой, ознобом, тахикардией, тошнотой, рвотой, резкими болями в животе и положительным симптомом Щеткина—Блюмберга.

В начале заболеванияпельвеоперитонит имеет такой же симптомокомплекс, как и разлитой перитонит, и дифференциальная диагностика представляет значительные затруднения. Припельвеоперитоните общее состояние больной страдает меньше, чем при разлитом перитоните, пульс остается удовлетворительного наполнения, частота его обычно до 120 ударов в минуту, реже больше.

Г. А. Владимирович указывал на то, что припельвеоперитоните во время аускультации брюшной полости выслушиваются перистальтические шумы кишечника.

Боли, особенно при гонорейномпельвеоперитоните, бывают резко выражены.

Обычно через 1—2 суток грозные явления воспаления брюшины начинают уменьшаться, общее состояние улучшается и только боли держатся длительное время.

При ограничении воспаления брюшины пульс становится реже, прекращается рвота, язык делается более влажным. Вздутие, болезненность и ригидность при пальпации брюшной стенки ограничиваются нижней половиной живота. На брюшной стенке появляется углубление в виде поперечной борозды, соответствующей верхней границе воспалительного процесса в брюшной полости. Выше этой борозды брюшная стенка принимает участие в дыхательных движениях.

Влагалищное исследование в самом начале заболевания выявляет только болезненность и напряжение заднего свода, иногда отечность влагалищной стенки. Напряжение и болезненность брюшной стенки не позволяют определить имеющиеся изменения со стороны гениталий. Несколько дней спустя можно определить в прямокишечно-маточном пространстве выпот, который выпячивает задний влагалищный свод и смещает матку кверху и вперед. Нижняя часть выпота прощупывается в виде валикообразного выступа плотновато-эластической консистенции, расположенного позади матки и вдающегося во влагалище (рис. 223). Выпот наиболее отчетливо определяется при одновременном исследовании через влагалище (указательным пальцем) и прямую кишку (средним). В пользу пельвеоперитонита говорит наличие ограниченного выпота в прямокишечно-маточном пространстве. Верхняя граница выпота определяется выше уровня лона, причем для пельвеоперитонита характерно то, что при пальпации и перкуссии верхняя граница выпота не совпадает и перкуторная граница (притупление) будет ниже, чем пальпаторная. Это объясняется тем, что верхняя граница выпота при пельвеоперитоните образуется припаявшимися петлями кишечника, которые при перкуссии дают тимпанит.

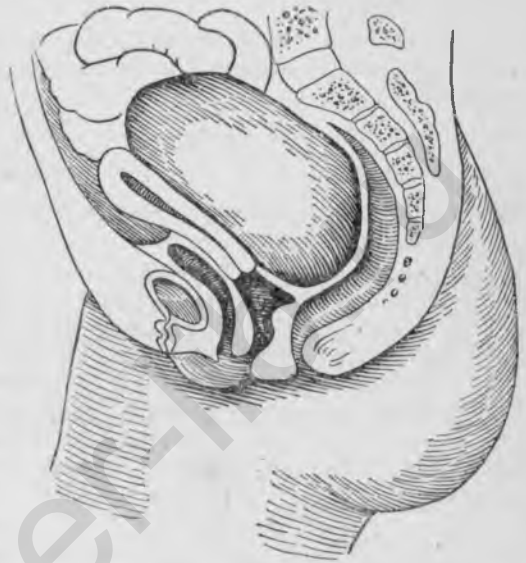


Рис. 223. Экссудативный пельвеоцеллюлит.

При воспалении тазовой брюшины наблюдается нарушение функций соседних органов, выраженное в той или иной степени: болезненное мочеиспускание, иногда задержка последнего и частые позывы, задержка газов и стула, боли во время дефекации.

Реакция оседания эритроцитов при пельвеоперитоните резко ускорена, наблюдается гиперлейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево и лимфопения.

Течение пельвеоперитонита разнообразно. У одних больных высокая температура постепенно снижается и переходит в субфебрильную; выпот подвергается рассасыванию. У других больных вследствие нагноительного процесса температура принимает ремиттирующий характер, усиливаются боли, наблюдаются ознобы и упадок сил.

Если своевременно не вскрыть гнойник, он может прорваться в мочевопузырь, прямую кишку или в брюшную полость. Чаще всего прорыв гнойя происходит в кишечник. За 1—2 дня перед этим появляются тенез-

мы и частые позывы на дефекацию, при которых выделяется слизь. При опорожнении гнойника в кишечник с испражнениями выделяется гной, температура критически падает и сразу уменьшаются боли. Прорыв гноя в кишечник может сопровождаться выздоровлением, но иногда остаются свищи между полостью гнойника и кишечной трубкой. В подобных случаях, помимо истечения гноя, часто наблюдаются рецидивы воспалительного процесса в малом тазу из-за присоединения кишечной флоры к первоначальным возбудителям воспаления. Прорыв гноя в мочевой пузырь способствует развитию восходящей инфекции мочевыводящей системы. Опорожнение гнойника в брюшную полость приводит к развитию перитонита.

Пельвеоперитонит приходится дифференцировать с параметритом. Ниже приводим таблицу с их отличительными признаками (по Л. И. Бубличенко).

Признаки	Пельвеоперитонит	Параметрит
<i>А. Свойства экссудата</i>		
1. Положение	Высокое у тела матки	Низкое у шейки
2. Границы	Определенные снизу и с боков, ясные сверху	Наоборот
3. Отношение к костям таза	Выпот отделяется	Непосредственно переходит на кости таза, прилегает к ним
4. Отношение к сводам	Слизистая сводов свободно смещается	Подвижность ограничена
5. Консистенция	Уплотняется медленно	Быстро затвердевает
<i>Б. Клинические признаки</i>		
1. Болезненность	Значительная	Невелика
2. Признаки раздражения брюшины (метеоризм, тошнота, рвота)	Налицо	Отсутствуют
3. Пульс	Учащен	Соответствует температуре
4. Температура	Умеренная, непостоянная	Постоянного типа

Пельвеоперитонит можно смешать с заматочной кровяной опухолью при внематочной беременности или кровотечении из яичника. Распознаванию помогает анамнез, картина крови, признаки внутреннего кровотечения. В неясных случаях правильно поставить диагноз помогает пункция через задний влагалищный свод с извлечением кровяной жидкости или гноя.

При выявлении гнойника в малом тазу всегда следует учитывать возможность наличия мешотчатых гнойных опухолей труб и яичников, при которых опорожнение гноя с помощью задней кольпотомии не производят из-за опасности возникновения трубно-влагалищных свищей.

О наличии воспалительной опухоли придатков матки будут говорить указания в анамнезе на трубно-яичниковые опухоли в прошлом. При обследовании мешотчатые опухоли труб и яичников имеют более четкие контуры, чем гнойник прямокишно-маточного пространства, расположенный между маткой, придатками, стенками таза и прикрытый сверху спаившимися кишечными петлями и сальником. Воспалительные опухоли придатков имеют более плотную консистенцию и располагаются сзади и сбоку от матки, в то время как при пельвеоперитоните выпот локализуется сзади и выше матки. При мешотчатых опухолях придатков часто удаётся

определить связь последних с маткой в области ее угла. При смещении матки вперед и в стороны вместе с ней смещается и опухоль. Симптомы раздражения брюшины при воспалительных опухолях выражены слабее, чем при пельвеоперитоните.

При дифференциальном диагнозе следует подумать и о гнойнике аппендикулярного происхождения. При наличии последнего в анамнезе имеются указания на задержку стула и приступы болей в правой подвздошной области. Для аппендицита характерна локализованная болезненность в области расположения отростка слепой кишки, ригидность мышц живота в правой подвздошной области, где в последующем и определяется инфильтрат.

Смещение шейки и тела матки не вызывает боли, а исследование через прямую кишку вызывает значительную болезненность в области прямокишечно-маточного углубления (симптом Промитова).

Лечение

В начале заболевания применяется консервативное лечение, способствующее ограничению воспалительного процесса и образованию спаек: полный покой, лед на живот, приподнятое положение туловища, ограничение бимануальных исследований и осторожное их выполнение. Помимо этого, назначаются антибиотики и сульфаниламиды, внутривенные введения 10% раствора хлористого кальция и 40% раствора глюкозы. При болях применяют пирамидон, свечи с белладонной или опиумом.

При образовании выпота в прямокишечно-маточном пространстве производят пункцию через задний влагалищный свод, а при наличии гноя — заднюю кольпотомию; серозный экссудат отсасывают с помощью шприца и затем, не вынимая иглы, вводят антибиотики. При отрицательном результате пункции в область инфильтрата вводятся антибиотики.

При наличии абсцесса в прямокишечно-маточном пространстве прибегают к его вскрытию и опорожнению гнойника с последующим дренированием через задний влагалищный свод.

Техника вскрытия заднего влагалищного свода (colpotomia posterior)

Задняя кольпотомия чаще всего производится под эфирным или хлорэтиловым раушнаркозом, который начинают после того, как больная уложена в положение для влагалищной операции и подготовлена к ней. Перед операцией опорожняют мочевой пузырь. Влагалище широко раскрывают с помощью ложкообразных зеркал и протирают сухими марлевыми шариками, а затем спиртом и смазывают 5% йодной настойкой. Влагалищная часть шейки матки захватывается пулевыми щипцами, наложенными на заднюю губу шейки матки, которую слегка низводят книзу и оттягивают вперед по направлению к лону. Иногда шейку матки можно сместить к лону только с помощью одного подъемника, не накладывая пулевых щипцов.

После указанных манипуляций становится хорошо виден задний влагалищный свод, через который и производится пункция гнойника. После того как подтверждается наличие гноя, шприц удаляют, оставляя иглу. Над иглой производится продольный или поперечный разрез влагалищной стенки длиной 3—4 см (рис. 224). Скальпелем, ножницами, а чаще концом корнцанга вскрывают (прокалывают) брюшину прямокишечно-маточного пространства (рис. 225). При этом хирург ощущает, как корнцанг «проваливается» в полость, и оттуда начинает вытекать гной. Из полости

гнояника корнцанг выводят с широко раскрытыми браншами, увеличивая при этом раневое отверстие. После опорожнения гнойника влагалище очищают от гноя и крови, в кольпотомное отверстие вводят толстую резиновую дренажную трубку (рис. 226). Влагалище вокруг дренажа рыхло выполняют марлевым бинтом. Тугая тампонация влагалища не применяется потому, что она затрудняет мочеиспускание и вызывает боли. Марлевый тампон через 12—24 часа удаляют, оставляя дренажную трубку на 6—8 дней после кольпотомии. На 3—4-й день трубку следует заменить свежей, которая может быть и меньшего калибра. То же самое производят, если дренажная трубка закупоривается гнойной пробкой или сгустком крови. Если дренажную трубку удалить рано, при наличии значительных гной-

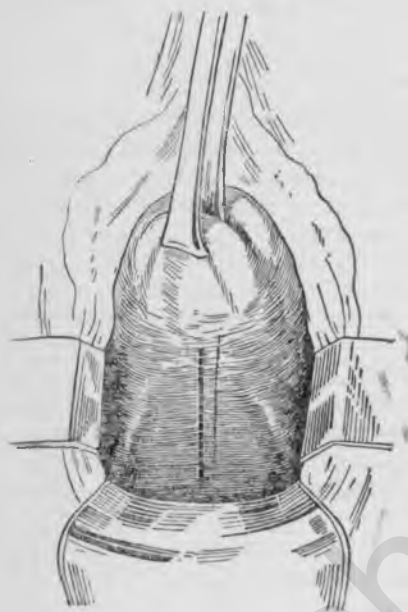


Рис. 224. Задняя кольпотомия. Шейка матки подтянута к лону. Обнажен задний влагалищный свод. Пунктиром обозначена линия разреза.

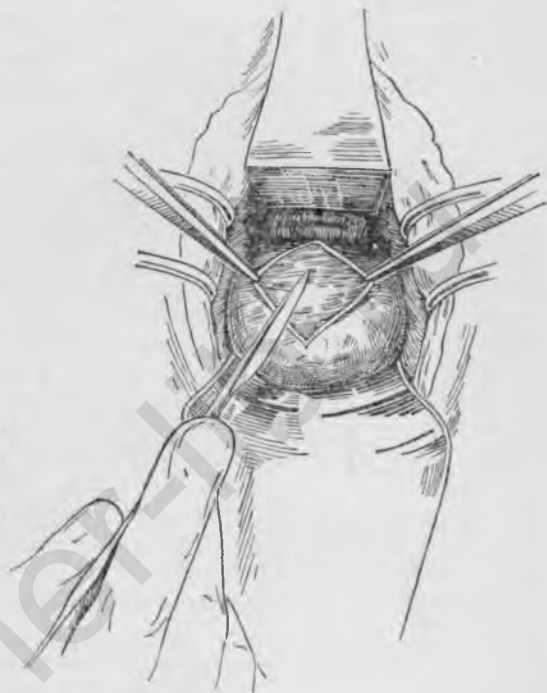


Рис. 225. Вскрытие тазового гнойника через разрез в выпячивающемся заднем влагалищном своде. Края разреза стенки влагалища разведены пинцетами в стороны. Скальпелем вскрывают брюшину прямокишечно-маточного углубления.

ных выделений, то края раны могут склеиваться, что приводит к задержке гнойного отделяемого со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При наличии множественных гнойников в результате воспаления тазовой брюшины операция состоит также в опорожнении гнойников, но представляет большие технические трудности. При этом, помимо кольпотомии, может понадобиться и брюшностеночное чревосечение. При разделении спаявшихся кишечных петель возможны повреждения стенок кишечника, требующие добавочных операций на кишках. Поэтому при множественных гнойниках, развившихся в результате пельвеоперитонита, оперативное вмешательство должен производить лишь опытный врач, хорошо владеющий оперативной техникой.

После того как при пельвеоперитоните минует острый период, переходят к осторожному применению рассасывающего лечения. Последнее

начинают не ранее чем через 7—10 дней после установления нормальной температуры. Обычно вначале применяют грелки, спринцевания влажной, местные световые ванны и, если не наступает обострения, постепенно переходят к другим физиотерапевтическим процедурам. Обычно диатермию назначают через 1—2 месяца после минования острого периода, грязелечение — через 6 месяцев.

Длительность заболевания при пельвеоперитоните 1—3 месяца. При назначении антибиотиков могут наблюдаться легко протекающие или стертые формы заболевания.

ОСТРЫЙ РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ

При диффузном послеродовом или послеабортном перитоните наблюдаются обширное распространение воспалительного процесса и слабо выраженная способность к его отграничению. При лимфогенном пути распространения инфекции перитонит начинается чаще всего на 3—8-й день после родов или аборта (А. В. Бартельс).

Клиническая картина при послеродовом перитоните отличается от таковой при воспалении брюшины после операций, при прободении полых органов и т. п. Характерными признаками являются тошнота, рвота и метеоризм. Болезненность и напряжение брюшной стенки бывают

слабо выраженными, иногда живот при пальпации остается мягким. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо выражен или отсутствует. Перистальтические шумы не выслушиваются. Отхождение газов и испражнений задержано. Язык сухой, пульс учащен до 120—140 ударов в минуту и более, делается малым. Артериальное давление понижается. Температура повышается до 39—39,5°, наблюдаются ознобы. Однако при очень тяжелых формах перитонита температура может и не повышаться. Известное значение при распознавании перитонита имеет разница в температуре, измеренной в подмышечной впадине и прямой кишке, в 1,5—3°. Общее состояние больной быстро ухудшается, черты лица заостряются, глаза вваливаются. Сознание у большинства больных сохраняется, но иногда бывает затемненным, некоторые больные бредят. В тяжелых случаях может наблюдаться эйфория, при этом больная становится возбужденной, беспокойной.

Такие признаки, как *facies Hippocratica* и эйфория, при послеродовом перитоните часто бывают поздними, предсмертными симптомами (В. Ф. Войно-Ясенецкий).

Клиническая картина послеродового перитонита связана с резкой интоксикацией организма и вызванным этим параличом чревного нерва. В результате этого сосуды брюшной полости переполняются кровью, происходит усиленное пропотевание большого количества жидкости в кишеч-

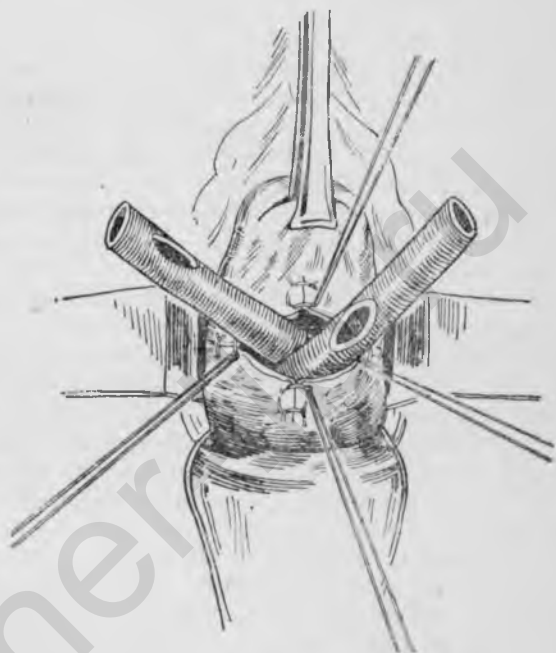


Рис. 226. Задняя кольпотомия. Дренажирование полости тазового гнойника резиновыми трубками.

вик при плохой всасываемости его слизистой оболочки. Частая обильная рвота ведет к обезвоживанию организма. Этими явлениями и объясняются малый, еле ощутимый пульс, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, сглаживание черт лица, сухость языка, малое количество мочи и мучительная жажда.

При обследовании гениталий изменений может и не быть или выявляются слабо выраженные симптомы метроэндометрита. В прямокишечно-маточном пространстве появляется выпот, свободная жидкость может определяться перкуссией в отлогих частях брюшной полости или при перемене положения больной.

При перитонеальном сепсисе, как указывает А. В. Бартельс, клиническая картина значительно отличается от описанной выше. Температура часто бывает интермиттирующей, наблюдаются повторные ознобы. Тошнота и икота часто отсутствуют, болезненности живота и метеоризма также может совсем не быть или же может быть вздутие живота, но болезненности нет. Вместо задержки газов и стула нередко отмечаются профузные септические поносы со зловонными испражнениями. При перитонеальной септикопиемии появляются метастатические явления, в первую очередь в легких.

Перитонит, возникший после кесарева сечения, разрыва матки и т. п., характеризуется началом заболевания в 1—2-е сутки после травмы и более сильными болями, чем напоминает хирургический перитонит.

Картина крови при перитоните в начале заболевания показывает исчезновение эозинофилов, лимфо-моноцитопению, значительное ускорение РОЭ. Впоследствии нарастает число лейкоцитов, появляется нейтрофильный сдвиг влево до юных и миелоцитов включительно. РОЭ ускоряется до 70—75 мм в час, содержание гемоглобина и число эритроцитов уменьшаются. В моче появляются белок и лейкоциты.

При лечении антибиотиками перитонит может протекать атипично, в стертой форме. При этом симптомы вначале слабо выражены и клиническая картина заболевания развивается медленно. Общее состояние в первые дни остается удовлетворительным, температура повышается до 37,5—38,5°, пульс учащен до 100—110 ударов в минуту, симптом Щеткина—Блюмберга слабо выражен, живот умеренно вздут, боли в животе небольшие, изредка наблюдается тошнота. Анализ крови показывает умеренный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, ускорение РОЭ. В дальнейшем при прогрессировании заболевания общее состояние ухудшается и признаки перитонита становятся более ясными. При стертой форме перитонита, так же как и при перитоните у больных с пониженной реактивностью, необходимо тщательно учитывать весь симптомокомплекс заболевания и тщательно следить за признаками, указывающими на появление выпота в брюшной полости.

Наличие выпота характеризуется притуплением перкуторного звука в отлогих частях живота и смещением тупости при поворачивании больной с боку на бок, а также появлением пастозности и выпячивания заднего свода влагалища, что хорошо выявляется при ректовагинальном или ректальном исследовании.

Лечение

Наиболее эффективным методом лечения послеродового и послеабортного разлитого перитонита является своевременно произведенная операция, которую следует применять как можно раньше. При тяжелой общей интоксикации и сердечной слабости (частый малый пульс, выраженный цианоз, похолодание конечностей) операция не дает положительного эффекта.

Хирургическое лечение послеродового перитонита рекомендуют Л. И. Бубличенко, В. Я. Илькевич, С. В. Сазонов, М. С. Малиновский, Г. А. Владимирович и др.

При оперативном вмешательстве из брюшной полости удаляют воспалительный экссудат с помощью марлевых салфеток или водоструйного отсоса и производят дренирование через разрез брюшной стенки и кольпотомное отверстие в заднем своде влагалища. В брюшную полость вводят антибиотики (500 000 ЕД пенициллина и 250 000 ЕД стрептомицина в 150—200 мл 0,25% раствора новокаина).

В послеоперационный период лечение и уход осуществляют по тем же принципам, что и при прободном перитоните, о чем было сказано ранее. При послеабортном перитоните, особенно если имеется подозрение на перфорацию матки, оперативное вмешательство следует производить как можно раньше. Если при чревосечении перфорация подтвердится, то характер оперативного вмешательства будет зависеть от общего состояния больной и степени повреждения матки и соседних органов [см. раздел «Повреждения матки при выскабливании (прободение)»].

АБСЦЕСС (ГНОЙНИК) БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абсцесс бартолиновой железы — это наиболее часто встречающаяся локализация гнойников в области наружных половых органов. Обычно воспаление бартолиновой железы, ведущее к абсцессу, является следствием гонорейной инфекции. Гонорейное воспаление поражает почти исключительно выводной проток железы; сама железа остается здоровой. Воспаленный выводной проток наполняется гноем, отверстие его набухает и склеивается, вследствие чего гной не может излиться наружу. Скопившийся гной растягивает выводной проток железы и превращает его в ложный абсцесс (рис. 227).

Если к гонококкам присоединяются гноеродные микроорганизмы, то может нагноиться и сама железа, и тогда образуется истинный абсцесс бартолиновой железы (рис. 228, см. вклейку стр. 208—209).

Ложный абсцесс бартолиновой железы характеризуется появлением очень болезненной опухоли, которая выпячивает наружную или чаще внутреннюю поверхность большой половой губы, распространяется на малую губу и закрывает вход во влагалище. Кожа над опухолью становится красной, отечной, но остается подвижной. При нагноении железы (истинный абсцесс) и окружающей клетчатки отек и инфильтрация усиливаются и распространяются на соответствующую половину вульвы. Страдания больной усиливаются при движении, поэтому она вынуждена лежать; боли не оставляют больную ни днем, ни ночью. В некоторых случаях вскрытие абсцесса должно быть сделано в порядке неотложной помощи.



Рис. 227. Ложный абсцесс бартолиновой железы.

Распознавание типичного ложного абсцесса нетрудно. От кисты бартолиновой железы ложный абсцесс отличается болезненностью при ощупывании, резкими болями, вызываемыми у больной при малейшем движении, наличием красного венчика (*macula gonorrhoeica*) в области отверстия выводного протока железы. Это покраснение нередко сопровождается отеком кожного покрова. Фурункулы, которые иногда локализуются в этой области, редко бывают такой величины, как абсцесс бартолиновой железы; кроме того, они располагаются более поверхностно, и верхний полюс их гнойно расплавлен. С гематомой, которая имеет характерную окраску и всегда является результатом травмы, о чем говорят анамнестические данные, смешать абсцесс, конечно, трудно. Точно так же трудно принять за абсцесс бартолиновой железы грыжу губы (*hernia labialis*).

Лечение хирургическое, оно состоит во вскрытии гнойника.

Техника вскрытия. Подготовка операционного поля обычная. Волосы на наружных половых органах сбривают, влагалище промывают каким-либо дезинфицирующим раствором (раствор марганцовокислого калия и т. п.) и во избежание загрязнения гноем тампонируют полоской стерильной марли. Для обезболивания мы пользуемся обычно эфирным или хлорэтиловым оглушением, но можно использовать и другие виды обезболивания. Область разреза смазывают йодной настойкой. Разрез надо делать большим и доводить его до нижнего полюса гнойника, иначе останутся карманы, в которых будет скопляться гной, в результате чего останется долго не заживающий гнойный свищ. Продольный разрез ведут через область наиболее ясной флюктуации, где слой ткани, покрывающий абсцесс, наиболее истончен. После того как гной вытечет, полость абсцесса присыпают белым стрептоцидом, протирают маленьким тупфером, смоченным раствором пенициллина, и вводят полосу марли или тонкую резиновую трубку (дренаж), чтобы предотвратить преждевременное закрытие отверстия. По окончании операции извлекают конец марлевой полосы, которая была введена во влагалище перед операцией, а через сутки ее полностью удаляют. Впереди вульвы кладут закладку из марли и ваты для впитывания вытекающего из раны гноя. Накладывать повязку излишне. Дренажную трубку заменяют через 2 дня свежей марлевой полосой или дренажной трубкой меньшего диаметра. Нужно следить, чтобы отверстие не склеивалось раньше, чем грануляции заполнят полость абсцесса. Удовлетворительные результаты дает применение мази Вишневского. Марлевая турунда, пропитанная этой мазью, может быть применена и тотчас после разреза абсцесса бартолиновой железы.

Если воспаление рецидивирует или остается долго не заживающий гнойный свищевой ход, надо удалить железу вместе с ее выводным протоком.

Техника удаления бартолиновой железы. Подготовка операционного поля та же, что и перед вскрытием гнойника. Обезболивание производят любым методом. Кожу или слизистую оболочку разрезают над воспаленной железой, а затем начинают вылушивать опухоль. Опухоль имеет жидкое содержимое: серовато-желтую муцинозную жидкость, иногда гной. Вылушивание опухоли осуществляют острым путем — скальпелем или куперовскими ножницами. Разрез кожи делают эллипсоидный (рис. 229). Узкий лоскут кожи, остающийся при этом на опухоли, легко захватить любыми щипцами, которые не ранят стенку кисты (рис. 230), благодаря чему удаление опухоли целиком (вместе с выводным протоком железы) значительно облегчается (рис. 231).

Отсепарование должно быть тщательным. Надо точно держаться границ опухоли, чтобы не поранить сосуды, проходящие вблизи железы. Помимо венозного кровотечения, при этой операции обычно приходится

останавливать и кровотечение из небольшого артериального сосуда, который следует отыскать в глубине раны и перевязать или обколоть тонкой кетгутовой лигатурой. Рану мы наглухо не зашиваем, а лишь уменьшаем:



Рис. 229. Удаление бартолиновой железы. Эллипсоидный разрез кожного покрова.

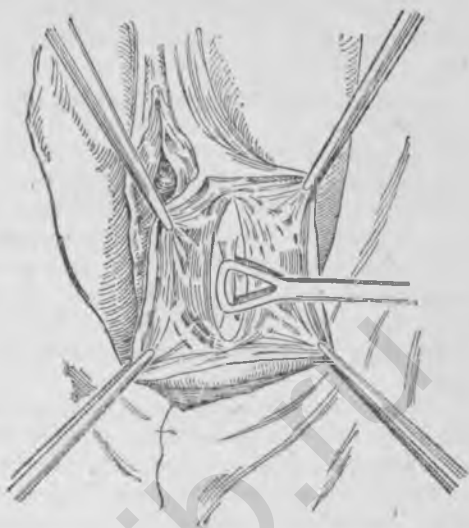


Рис. 230. Удаление бартолиновой железы. Щипцами захвачен узкий кожный лоскут, оставшийся на стенке опухоли.



Рис. 231. Удаление бартолиновой железы вместе с выводным протоком.



Рис. 232. Положение дренажной трубки после вскрытия острого бартолинита по А. И. Сереброву.

накладываем несколько лигатур, захватывающих и глубокие слои. В оставшееся отверстие вводим полосу марли или резиновую трубочку (рис. 232). Дренаж через 2 дня меняем, а к 5-му или 6-му дню удаляем.

Вылущивание опухоли бартолиновой железы тупым пугем невозможно из-за плотных сращений с окружающими тканями.

Беременность не является противопоказанием к операции удаления бартолиновой железы, так как нарушение беременности в результате такой операции наблюдалось очень редко, а возможность возникновения пuerперальной инфекции при наличии гноя вполне реальна.

Гнойный бартолинит во время беременности и в родах

В тех случаях, когда во время беременности, особенно в конце ее, уже образовался свищ, необходимо в целях профилактики послеродовой инфекции удалить железу вместе с протоком.

Операцию мы предпочитаем делать под общим наркозом.

Если абсцесс обнаружен во время родов, то вскрыть его следует по окончании родов. Чтобы во время прорезывания головки абсцесс не вскрылся, Керер (Kehrer) советует сделать эпизиотомию на противоположной от абсцесса стороне и тем предохранить стенку абсцесса от сдавления.

Само собой разумеется, что если ко времени родов абсцесс уже провалился и гной выделяется из свищевого хода, то влагалищное исследование противопоказано, его надо заменить ректальным. В этих случаях надо избегать акушерских операций, производимых через влагалище. Если роды идут совершенно нормально и нет данных, указывающих на то, что может понадобиться операция, то нужно лишь принять профилактические меры к тому, чтобы гной с наружных половых органов не был занесен во влагалище. А для этого, как уже указывалось, не надо делать влагалищного исследования. В течение родов следует часто обмывать наружные половые органы каким-либо дезинфицирующим раствором, а выделяющийся из абсцесса гной удалять марлевым или ватным тупфером. Если же какая-либо серьезная акушерская патология дает основания предполагать необходимость оперативного вмешательства во время родов, то, чтобы избежать внесения инфекции в половой канал, приходится прибегнуть к брюшнорезному кесареву сечению.

Так как причиной бартолинита обычно является гонорея, локализуемая еще и в других отделах мочеполовой системы, то после операции необходимо провести соответствующее лечение.

АБСЦЕСС ПАРАУРЕТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ

Абсцесс возникает на почве воспаления, обычно гонорейного, скеновых желез, слепых ходов, крипт и лакун, расположенных в задних и боковых стенках мочеиспускательного канала. Так же как и при воспалении бартолиновой железы, здесь образуется либо ложный абсцесс вследствие закупорки парауретрального хода, либо истинный абсцесс, когда гнойное воспаление распространяется на окружающую парауретральный ход клетчатку. Гнойник локализуется в уретро-влагалищной перегородке, вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала. Здесь возникает выпячивание, закрывающее отверстие мочеиспускательного канала. Оно покрыто воспаленной слизистой, имеет нерезко очерченные контуры, плотноватую или неясно флюктуирующую консистенцию и очень болезненно при пальпации. Так как при гонорейном воспалении парауретральных желез нередко обнаруживаются и другие локализации гонорейного процесса (уретрит, эндоцервицит, бартолинит), то установить этиологию заболевания обычно нетрудно. Наличие маленьких ложных абсцессов установить не всегда легко. При надавливании из отверстия моче-

испускательного канала иногда появляется немного гноя. Гнойник надо вскрыть как можно раньше, иначе он может вскрыться в уретру. Разрез проводят продольный, по средней линии выпячивающегося гнойника.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ

Мастит лактационный представляет собой не резко очерченную патологическую форму поражения молочной железы, а клиническое понятие, в которое включаются различные виды гнойных поражений как всей железы целиком, так и отдельных ее долек и тканей. Вне лактационного периода и у не кормящих женщин гнойные поражения железы наблюдаются сравнительно редко.

Возбудителем лактационного мастита, как это сейчас признается большинством авторов, является стафилококк; другие микробы, в том числе стрептококки, встречаются редко и им большого значения не придают.

К предрасполагающим факторам возникновения маститов относятся трещины сосков и застой молока.

Все виды лактационных маститов можно классифицировать по следующим группам (С. Б. Рафалькес).

I. С точки зрения патогенетической маститы делят на:

- 1) маститы паренхиматозные,
- 2) маститы интерстициальные.

В отдельных случаях (при септикопиемии) встречаются маститы метастатические. Клинически провести грань между паренхиматозными и интерстициальными маститами не представляется возможным.

II. С точки зрения клинической маститы делят на:

- 1) маститы острые серозные (начинающиеся),
- 2) маститы гнойные (абсцедирующие, флегмонозные),
- 3) маститы инфильтративные (первичные, вторичные),
- 4) маститы гангренизирующие.

III. С точки зрения локализации маститы делят на:

- 1) поверхностные,
- 2) расположенные в толще молочной железы,
- 3) расположенные позади молочной железы (ретромаммарные).

В дальнейшем мы остановимся лишь на гнойных маститах как требующих неотложного хирургического вмешательства.

Распознавание лактационного мастита не представляет особых трудностей. Гораздо сложнее и труднее диагностировать ту или иную форму мастита.

При абсцедирующих маститах температура тела повышается до 38—39°, дает большие ремиссии, изредка появляются ознобы. Общее самочувствие ухудшается, язык становится суховатым, обложенным; сон, аппетит нарушены. Кормление ребенка из пораженной железы становится болезненным. Сама молочная железа увеличивается в размерах, кожа ее гиперемирована с синюшным оттенком, ткань железы уплотнена: хорошо прощупывается инфильтрат, нередко захватывающий почти всю железу, поскольку обычно в этих случаях имеет место и застой молока; пальпация железы резко болезненна. Подкожные вены расширены. Иногда увеличиваются подмышечные лимфатические узлы одноименной стороны, становятся болезненными; болезненны и движения в плечевом суставе (своеобразный миозит функционального характера). В дальнейшем наступает размягчение инфильтрата, появляется флюктуация (образуется гнойник), лейкоцитоз достигает 12 000, РОЭ доходит до 50 мм в час, нерезкий сдвиг формулы белой крови влево.

Если гнойник располагается позади молочной железы, характерно появление резкой боли при попытках сместить пораженную железу в любом направлении. По выражению Э. Бумма «грудь лежит как бы на губке и плавает в гною». Эта форма мастита требует особо экстренного оперативного вмешательства.

Лактационный мастит в форме флегмонозного мастита протекает гораздо тяжелее. Вследствие того что в железистой ткани молочной железы слабо выражена способность к отграничению гнойного процесса (на что уже давно указывал В. Ф. Войно-Ясенецкий), последний легко распространяется по интерстициальной ткани молочной железы, образует множество мелких гнойных очагов различной величины и локализации со слабо выраженной тенденцией к слиянию между собой. Молочная железа увеличена, болезненна, пастозна, инфильтрат без резких границ, занимает почти всю железу. Кожа железы отечна, блестяща, гиперемирована с синюшным оттенком. При нажатии пальцем на коже появляется вдавление желтоватого цвета. Часто по поверхности пораженной железы тянутся красные полосы воспаленных лимфатических сосудов (лимфангоит). Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны (лимфаденит). При оперативном вмешательстве, которое является неотложным, обнаруживается большое количество полостей различной величины, заполненных густым сливкообразным гноем, нередко с примесью обрывков некротизированных тканей, а иногда и больших секвестров мягких тканей. Температура тела доходит до 40°. Наблюдаются повторные ознобы. Общее состояние больной иногда напоминает септическое. Лейкоцитоз 15 000 и выше, резко выраженный дегенеративный сдвиг формулы белой крови влево, моноцитопения, анэозинофилия, лимфопения, РОЭ 60 мм в час и выше, нередко отмечается и падение гемоглобина, правда, незначительное.

Самыми тяжелыми формами флегмонозного поражения лактирующей молочной железы являются: ползучая флегмона, когда, несмотря на радикальное оперативное лечение, продолжают образовываться все новые и новые гнойники: гнойная инфильтрация железы, когда она оказывается точно нафаршированной мелкими гнойничками, причем эти гнойнички не сливаются друг с другом. Иногда такой гнойной инфильтрации подвергается лишь часть молочной железы, которая постепенно секвестрируется.

Эти формы мастита были в свое время выделены В. Ф. Войно-Ясенецким.

Обследование молочных желез должно производиться в лежащем положении больной, причем обнажаются и обследуются обе молочные железы (в первую очередь здоровая) и их соски.

В дифференциально-диагностическом отношении надо иметь в виду в первую очередь застой молока (нагрубание молочных желез). Нагрубание образуется вследствие закупорки выводных молочных протоков; закупорка эта зависит не от воспалительного процесса, а от особенностей функциональной деятельности железы, быстрого и обильного образования молока, неправильных методов кормления. Клиническая картина застоя молока прежде всего отличается от отсутствием повышенной температуры; больная ощущает тяжесть в пораженной железе, при пальпации обнаруживается хорошо отграничивающийся продолговатой формы инфильтрат с как бы зернистой поверхностью. Отсасывание обычно ликвидирует застой. Следует помнить, что застой молока часто служит предрасполагающим моментом в возникновении мастита, но сам маститом (т. е. воспалительным процессом в ткани молочной железы) не является (С. Б. Рафалькес, М. П. Рудюк и др.).

Л е ч е н и е. Основное правило, которым следует руководствоваться во всех случаях — приступать к лечению мастита при появлении первых его признаков.

Общепризнанным методом лечения г н о й н ы х маститов (флегмон, абсцессов) является метод хирургический. Накопившийся за последнее время опыт показывает, что лечение гнойников в молочных железах пункциями с последующим введением в полость их антибиотиков оказывается недостаточно эффективным (длительность течения заболевания, остаточные явления, нередко необходимость дополнительного хирургического вмешательства). К этому надо присоединить выявившееся в последнее время превалирование антибиотикоустойчивых штаммов возбудителей мастита.

Среди всех предложенных до настоящего времени методов оперирования наибольшей популярностью пользуется метод больших (до 10—15 см длины) радиарных разрезов (метод Ангерера и его модификации). Операция производится при наличии гнойника, что должно быть предварительно проверено пункцией участка с наиболее резко выраженной флюктуацией.

Мы, как и И. Л. Брауде, являемся принципиальными противниками ранних разрезов (еще до образования гноя), якобы ведущих к уменьшению напряжения в инфильтрированной молочной железе и предотвращающих нагноение. Наш опыт показывает, что в результате подобных разрезов воспалительный процесс затягивается на многие недели, нагноение протекает весьма вяло и подчас приходится прибегать к повторным хирургическим вмешательствам.

Большое значение мы придаем методу тампонирования полости гнойника и последующему уходу за раной. Резиновые дренажи, рыхлая тампонада, частые перевязки, по нашим наблюдениям, затягивают процессы регенерации, ведут к ослаблению лактационной функции, нередко дают косметические дефекты (втянутые рубцы, остаточные инфильтраты и др.).

Наиболее эффективными мы считаем методы, основанные на концепциях А. В. Вишневого. В обработанной по его методу ране, особенно при оперировании под местной анестезией 0,25% раствором новокаина, быстро обрывается деструктивная фаза, а регенеративные процессы протекают при необычайно живой реакции окружающей ткани (при условии предоставления пораженному органу полного покоя).

Особенно важным моментом является применение масляно-бальзамических тампонов. Они обладают антисептическим действием, дренирующими свойствами и благоприятным влиянием на состояние тканей в самой ране. А. В. Вишневский полагает, что для поддержания нормального тканевого равновесия в ране необходимо устранить отрицательную трофическую реакцию, которая обычно обуславливается сильными раздражениями; масляно-бальзамический тампон переводит эти раздражения в слабые.

При нарушении правил дренирования гноеобразование продолжается.

Эта методика тампонирования не требует частых перевязок, что также способствует созданию в ране покоя.

Переходим к описанию т е х н и к и о п е р а ц и и. Можно пользоваться эфирным оглушением или местной анестезией. Под большую молочную железу делают блокаду по А. В. Вишневскому — вводят 150—200 мл 0,25% раствора новокаина с 100 000 ЕД пенициллина. Блокада играет роль не только одного из компонентов обезболивания, но имеет и достаточно выраженное лечебное значение. Согласно данным А. В. Вишневого, под влиянием новокаиновой блокады в воспалительных тканях

изменяются чувствительность, реактивность, характер обмена, создается нормальное трофическое равновесие тканей; расширяются сосуды, улучшается кровообращение в очаге поражения.

Затем по обычной методике создают тугой линейный инфильтрат вокруг всего гнойника и такой же инфильтрат («лимонная корочка») по траектории будущего разреза. Перед началом операции следует произвести пробную пункцию.

Разрез проводят в радиарном направлении (рис. 233), не нарушая целостности околососкового кружка. Длина его 10—12—15 см. Мы должны



Рис. 233. Разрез молочной железы.



Рис. 234. Обследование раны пальцем.

решительно предостеречь от малых разрезов, что еще довольно часто практикуется. Они не дают возможности тщательно очистить полость гнойника, правильно тампонировать рану, затягивают лечение, нередко ведут к необходимости повторных оперативных вмешательств, оставляют звездчатые рубцы, уродующие молочную железу.

После вскрытия полости гнойника его тщательно обследуют пальцем (рис. 234), удаляют все некротические ткани (иногда приходится прибегать и к помощи ножниц Купера); обнаруженные в толще железы другие осумкованные гнойники вскрывают тупым путем из раны. Таким образом создается одна полость. При тщательном соблюдении техники оперирования необходимость контрапертуры почти не возникает. Лишь в отдельных и, по нашему мнению, редких случаях, при ползучих флегмонах и гнойных инфильтрациях железы и тяжелом общем состоянии больных, могут быть наложены и контрапертуры. После этого рану тщательно осушают сухими марлевыми тампонами и протирают тампоном, смоченным в 96° спирте.

Нам представляется, что образование ползучих флегмон в лактирующей молочной железе в большинстве случаев является результатом позднего и нерационального лечения, в том числе и оперативного (например, малые разрезы).

Для тампонады гнойной полости мы рекомендуем использовать довольно широкие марлевые тампоны (до 10 см). Их пропитывают мазью Вишневского и туго заполняют ими всю полость (рис. 235). Иногда приходится вводить в рану 5—7 тампонов и даже больше. Затем всю молочную железу покрывают марлевой салфеткой, хорошо пропитанной этой же мазью, и всю железу туго забинтовывают, желательнее с образованием «окна» для соска, чтобы больная могла кормить, не снимая повязки.

Методике наложения повязки мы придаем большое значение. Поэтому мы ее здесь кратко опишем. Повязку накладывают при помощи очень широких бинтов. Туры бинта ведут в определенном порядке: один тур, поднимающий, идет через оперированную молочную железу на противоположное надплечье, второй тур, прижимающий, — через большую молочную железу под вторую здоровую (рис. 236). При наличии двустороннего поражения каждую молочную железу перевязывают отдельно. Если оперированная больная хорошо себя чувствует, наложение повязки лучше производить в положении больной сидя.

Лишь в единичных случаях, когда очень небольшой гнойник расположен поверхностно и локализован в области околососкового кружка или даже соска, если диагностическая пункция указывает на наличие жидкого гноя, можно ограничиться небольшим разрезом (на ширину скальпеля), производимым путем прокола. После осторожного удаления гноя полость гнойника промывают 0,25% раствором новокаина и тампонируют очень узкой полоской марли, пропитанной мазью Вишневского. На место прокола накладывают клеющую повязку. Через 3—5 дней повязку меняют и удаляют тампон; в дальнейшем нет необходимости в повторном дренировании.

При всех других локализациях гнойников этот метод применять не следует.

В очень редких случаях, при запущенном ретроаммарном мастите (например, при вовлечении в процесс грудной мышцы), может быть использована операция Барденгейера. Описание ее входит в задачи общей хирургии.

При наличии гнойников в обеих молочных железах операция проводится одновременно.

Послеоперационный период, как правило, протекает с резким уменьшением всех субъективных жалоб. Следует особо подчеркнуть, что при правильном соблюдении изложенной техники операции образование новых гнойных очагов не наблюдается.

Перевязки делают через 6—7 дней, если послеоперационный период протекает с нормальной или субфебрильной температурой и с резким уменьшением всех субъективных жалоб. При наличии жалоб на боли и повышенной температуре перевязки делают чаще. Не следует забывать, что частые перевязки затягивают заживление, нарушая течение регенеративных процессов.



Рис. 235. Дренирование раны по А. В. Вишневскому.

Наверху — правильное — вся полость заполнена марлевым тампоном; внизу — неправильное — между марлевым тампоном и стеной гнойника оставлены незатампонированные пространства, в которых скапливается гной.

В отдельных случаях при обильных выделениях из раны наблюдаются незначительные дерматиты кожи молочной железы. Обычно они появляются при недостаточной всасывающей способности повязки или при неправильном ее наложении, когда молочная железа недостаточно иммобилизована. Поэтому мы накладываем на рану только марлю или лигнин и совершенно отказались от ваты. Покрасневшие участки кожи при перевязках обрабатывают 10% раствором марганцовокислого калия, при более сильных раздражениях — пастой Лассара.

Целесообразно применять переливание крови — 75—100 мл один раз в 5—7 дней (С. Б. Рафалькес и др.), аутогемотерапию — 3—5 мл один

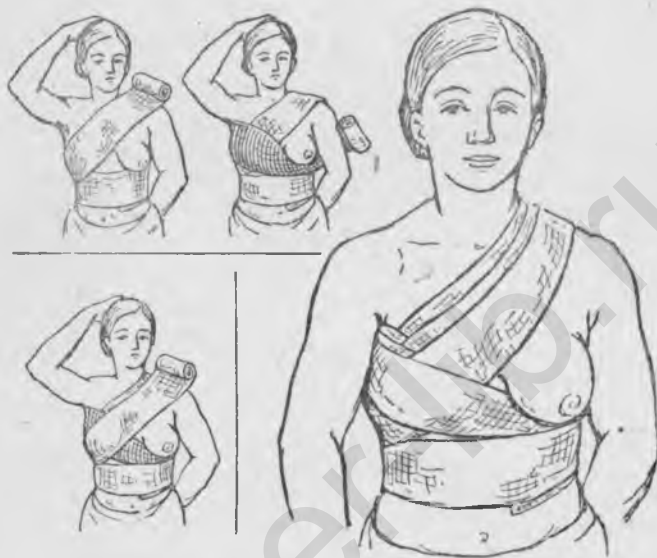


Рис. 236. Наложение повязки на оперированную молочную железу.

раз в 3 дня (К. М. Афанасьевский и др.), ультрафиолетовое облучение нервных корешков D₃ D₇ в эритемных дозах, 10—12 сеансов (С. Б. Рафалькес, Т. М. Лурье и др.).

Для более быстрого рассасывания остаточных инфильтратов можно использовать впрыскивания алоэ, плазмина и др. Стимулирующее лечение резко сокращает число дней болезни после операции, быстрее восстанавливает трудоспособность, в значительной степени предохраняет от возможных осложнений.

Осложнения. 1. Молочные свищи. Обычно не удается установить связи их образования с техникой оперативного вмешательства, с местом расположения основного фокуса воспалительного процесса, со степенью лактационной функции пораженной железы. Можно предполагать, что в подобных случаях имеются анатомические изменения в ходе молочных протоков, их поперечное или косое расположение.

Молочные свищи проявляются к моменту, когда операционная рана начинает хорошо выполняться свежими грануляциями. Характерно, что незначительное инфильтративное пропитывание окружающих тканей отмечается лишь в окружности свищевого хода.

Лечение заключается во введении в свищевой ход узкой полоски марли, обильно смоченной 5% раствором азотнокислого серебра. Смена

полосок ежедневная. При помощи этой методики удается вызвать по ходу свища легкий воспалительный процесс, который приводит к постепенной облитерации свища. Очень редко приходится прибегать к хирургическим методам лечения — рассечению, удалению измененных склерозированных тканей. Стимулирующее лечение эффекта не дает.

2. **Молочные кисты.** Они образуются вследствие закупорки молочного хода воспалительным инфильтратом; для диагностики решающее значение, кроме клинической картины, имеет пункция предполагаемой кисты с обязательным последующим исследованием пунктата (С. И. Бревда). Лечение оперативное — вскрытие с последующим выскабливанием полости кисты. Лучшие результаты получаются при бестампном введении операционной раны. Обязательно стимулирующее лечение — достаточная аутогемотерапия.

3. **Кровотечение из операционной раны.** Это осложнение наблюдается исключительно редко. Оно носит характер паренхиматозного. В качестве лечения применяются все средства для борьбы с кровотечением и острым малокровием, в основном переливание крови, плазмы, жидкостей. Накладывают давящую повязку. Прибегать к хирургическому лечению этих осложнений нам не приходилось и в литературе мы подобных указаний не встретили.

Являясь сторонниками ранней выпи с к и из стационара, мы рекомендуем выписку больных на амбулаторное лечение и с неполностью зажившими ранами после разрезов.

Кормление ребенка. Если нет прямых противопоказаний, то при наличии молока в больной молочной железе следует продолжать кормление грудью. Опасность попадания гноя с молоком весьма относительна; нормальное же функционирование железы улучшает общие условия для ликвидации процесса.

Профилактика маститов сводится главным образом к профилактике трещин сосков.

АСФИКСИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

Внутриутробная асфиксия плода, возникающая как острый патологический процесс во время беременности и родов, требует оказания неотложной помощи.

Асфиксия плода, развиваясь в связи с недостатком кислорода в крови и тканях и накоплением углекислоты, является не самостоятельной патологией, а лишь следствием многих видов акушерской патологии и различных заболеваний материнского организма. В основе развития асфиксии плода лежат различные факторы, одни из которых имеют место во время беременности, другие первично возникают в родах.

Под асфиксией новорожденного принято понимать такое состояние, при котором у плода после рождения при наличии сердечной деятельности дыхание не появляется совершенно или выражается в отдельных, нерегулярных чаще всего судорожных или поверхностных дыхательных движениях. Далеко не всегда плоды, имевшие признаки внутриутробной асфиксии, рождаются с наличием асфиксии. По данным М. М. Шапина, на 9152 родов внутриутробная асфиксия наблюдалась в 1000 (10,9%) случаях. Из 1000 детей, у которых были отмечены признаки внутриутробной асфиксии, 598 (59,8%) родились без признаков асфиксии, 358 (35,8%) — в асфиксии и 44 (4,4%) — мертвыми.

Асфиксия плода и новорожденного часто наблюдается при затяжных родах, особенно после отхождения вод, при интоксикациях в связи с инфекционными заболеваниями матери и токсикозами беременных, при отслойке плаценты и тугом обвитии пуповины вокруг шеи плода, при тазовом предлежании и поперечном положении плода, перенашивании беременности, оперативном родоразрешении через естественные родовые пути и т. д. Что бы ни являлось причиной асфиксии плода и новорожденного, в конечном итоге ребенок страдает от недостатка кислорода.



ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ АСФИКСИИ ПЛОДА

Внутриутробная асфиксия плода имеет характерные признаки, которые выявляются и при обычном клиническом обследовании беременной и роженицы. Чрезвычайно важными условиями своевременного распознавания асфиксии являются: 1) учет тщательно собранных анамнестических данных, дающих представление о предшествующем состоянии здоровья женщины, течении беременности и родов; 2) последовательное тщательное обследование состояния беременной и ее плода при первичном осмотре в родильном доме; 3) систематическое, постоянное наблюдение за состоянием женщины и плода на протяжении всего родового акта; 4) четкое представление о симптоматике асфиксии.

В настоящее время благодаря успехам радиотехники появилась возможность графически записывать сердечную деятельность плода, его

шевеления и внутриутробные дыхательные движения. Графическая регистрация сердечной деятельности плода позволяет объективно учесть все особенности и истинные стороны этого процесса в короткие отрезки времени. Выслушивание же сердцебиения с помощью стетоскопа позволяет улавливать только более грубые изменения, которые в ряде случаев указывают на выраженное состояние асфиксии, а не на ее начальные проявления.

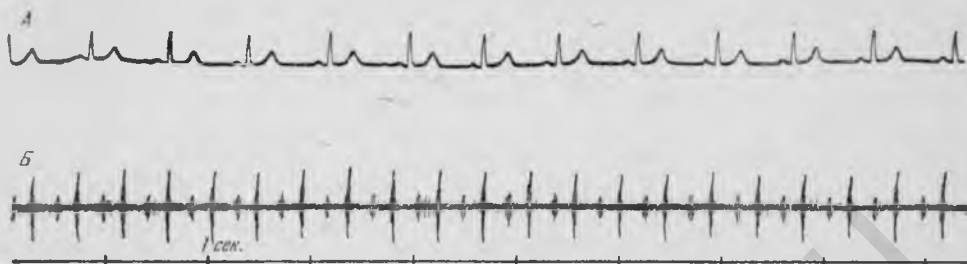


Рис. 237. Нормальная фонокардиограмма плода и электрокардиограмма матери. А — электрокардиограмма матери; Б — фонокардиограмма плода; внизу отметка времени (4 см в секунду).

Применение современных фонокардиографов и фонокардиоскопов позволяет производить регистрацию биений сердца плода в виде безошибочно ясных и четких кривых (рис. 237). Принцип фонокардиографии плода состоит в том, что звуковые колебания, исходящие из сердца внутриутробного плода, преобразуются в электрические, последние усиливаются и графически регистрируются на движущейся ленте самописца.

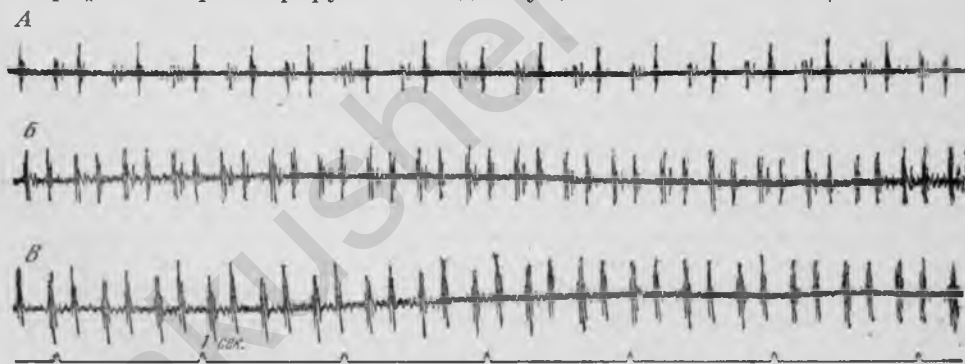


Рис. 238. Фонокардиограмма плода при внутриутробной асфиксии. Учащение сердцебиения, последовательное усиление звучности тонов (Б, Б').

На фонокардиограмме плода отображаются ритм, систолические и диастолические интервалы, появление экстрасистол (рис. 238 и 239), при фонокардиографии улавливаются низкие частоты колебаний тонов сердца, которые при выслушивании стетоскопом остаются неуловимыми.

Внутриутробная асфиксия характеризуется учащением или замедлением сердцебиения плода, изменением ритма и звучности сердечных тонов, отхождением мекония при головном предлежании, усилением движений плода.

Различают три стадии или степени внутриутробной асфиксии плода.

Первая (легкая) степень асфиксии характеризуется учащением сердцебиения плода до 160 ударов в минуту и выше.

Отмеченное учащение сердечных тонов плода наблюдается в интервалах между схватками и сопровождается усилением движений плода. Тоны сердца продолжают оставаться ясными, отчетливыми, ритмичными, но звучность их может усиливаться.

Вторая (средняя) степень асфиксии представляет собой более тяжелую стадию процесса и проявляется неправильным ритмом сердцебиений: сердцебиение, учащенное до 160 и более ударов в минуту, сменяется замедлением до 100 ударов и ниже; интервалы между такими периодами неправильны. Сила и звучность сердечных тонов плода все время меняются: они то сильные, звучные и напряженные, то слабые, глухие и нечеткие. Поведение плода становится беспокойным, движения — частыми и сильными. В околоплодных водах появляется меконий.



Рис. 239. Фонокардиограмма плода при внутриутробной асфиксии. Усиленная звучность тонов, последовательное резкое замедление сердцебиения (B).

Третья (тяжелая) степень асфиксии является сигналом грозящей плоду смертельной опасности и характеризуется стойким прогрессирующим замедлением сердцебиения плода, вначале звучного, напряженного, четкого, а затем слабого, глуховатого, расплывчатого, постепенно как бы удаляющегося от уха исследующего врача. Примесь мекония к околоплодным водам увеличивается. Движения плода, бывшие до того энергичными, замедляются и вскоре совсем прекращаются.

Конечно далеко не всегда удастся наблюдать все эти следующие друг за другом стадии развития асфиксии. Нередко из-за кратковременности отдельных стадий распознаются только вторая и третья или только одна третья. Асфиксия, начавшаяся при той или иной патологии, может прекратиться и последующие стадии асфиксии не будут развиваться, если условия, приведшие к кислородному голоданию, исчезнут. Иногда, как указывает А. П. Николаев, гипоксия или интоксикация, а иногда и механический фактор действуют на плод так сильно, неожиданно и быстро, что сразу возникает глубокое угнетение жизненных центров плода и врач отмечает лишь третью, терминальную стадию асфиксии.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ АСФИКСИИ ПЛОДА

Весьма важны в борьбе с мертворождаемостью и ранней детской смертностью профилактика и лечение внутриутробной асфиксии плода.

Профилактика асфиксии должна осуществляться начиная с женской консультации. Ранняя обращаемость женщин в консультацию при наступлении беременности, правильно организованная гигиена и диететика беременной, широкое использование физической и психопрофилактической подготовки к родам — непрерывные условия, способствующие благоприятному течению беременности и родов, снижающие частоту и тяжесть асфиксий у плода и новорожденного. По данным Института акушерства и гинекологии АМН СССР, у женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам, асфиксия новорожденных встретилась в 3%, мертворождения — в 0,6% случаев вместо 4,7 и 2,1% у неподготовленных.

Ранняя явка беременных в женскую консультацию, тщательное всестороннее обследование женщин и систематическое наблюдение за ними во время всего периода беременности позволяют своевременно выявить заболевания, имевшиеся до наступления беременности, и ранние признаки патологических состояний, возникающих во время беременности. Своевременная диагностика позволяет обеспечить эффективное лечение как в женской консультации, так и в стационаре родильного дома, куда направляется беременная с соответствующей акушерской патологией (перенашивание беременности, поздние токсикозы, неправильные положения плода, узкий таз, отягощенный акушерский анамнез и т. п.) или экстрагенитальными заболеваниями.

В родах в целях профилактики асфиксии плода и новорожденного необходимо стремиться к созданию наиболее благоприятных условий для роженицы в первом периоде родов, обращая внимание на сон, отдых, питание, регулярную деятельность кишечника, движения и дыхательную гимнастику при постоянном наблюдении врача.

Плодный пузырь следует сохранять до конца первого периода родов. Обеспечивая тщательное наблюдение за характером родовой деятельности, следует бороться как с затяжным, так и с чрезмерно быстрым течением родов, особенно в периоде изгнания. При слабости родовой деятельности, обычно ведущей к затяжным родам, необходимо, помимо стимуляции родовой деятельности, обеспечивать и отдых роженице (кратковременный наркоз, медикаментозный сон).

Проводя роды, необходимо учитывать, что наиболее часто внутриутробная асфиксия плода возникает при следующих осложнениях беременности и родов:

1. Хроническая или острая кровопотеря (предлежание и преждевременная отслойка плаценты), болезни крови (анемия, лейкозы); резус-конфликт между матерью и плодом.
2. Заболевания сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения.
3. Поздние токсикозы беременных.
4. Роды переносным плодом.
5. Преждевременное или раннее отхождение вод, особенно длительный безводный промежуток.
6. Аномалии родовой деятельности.
7. Узкий таз и связанные с этим особенности течения родов.
8. Поперечное положение плода.
9. Тазовое предлежание плода.
10. Обвитие пуповины вокруг шеи плода.
11. Различные инфекционные заболевания и лихорадочное течение родов.
12. Оперативное вмешательство, применяемое с целью родоразрешения.

Большое значение для исхода родов вообще и профилактики асфиксии плода и новорожденного в частности имеет учет всех особенностей течения осложненных родов, своевременно составленный план ведения родов с предположительным прогнозом.

Акушерская практика ясно показывает на необходимость строгого обоснования и своевременного проведения оперативных вмешательств. Огромное значение для плода имеет техника акушерских пособий и операций, особенно таких, как ручное пособие при тазовых предлежаниях, акушерский поворот и извлечение плода за тазовый конец, акушерские щипцы. Чем выше акушерское искусство врача, тем благоприятнее исход операции.



Рис. 240. Фонокардиограмма плода при внутриутробной асфиксии до и после применения триады Николаева.

А — электрокардиограмма матери; Б — фонокардиограмма плода до применения триады в периоде раскрытия; В — то же в периоде изгнания; Г — фонокардиограмма плода после применения триады Николаева.

Кесарево сечение, если оно производится в интересах ребенка, должно выполняться своевременно, а не тогда, когда уже развиваются явления асфиксии и внутричерепных кровоизлияний. Этому способствует своевременно составленный предположительный прогноз родов и план их ведения при учете всех особенностей организма женщины, акушерского анамнеза, течения беременности и родового акта.

При угрозе внутриутробной асфиксии плода или появлении ее первых признаков следует применять триаду Николаева или метод Хмелевского.

Триада А. П. Николаева (кислород — глюкоза — кардиазол) применяется следующим образом:

1. Роженице дают дышать увлажненным кислородом из обычной кислородной подушки или из баллона, снабженного редуктором, или же из специальной установки по 10 минут повторно через каждые 5 минут до стойкого выравнивания сердцебиения плода (рис. 240).

2. Внутривенно вводят роженице 1 мл 10% раствора кардиазола (коразола). При отсутствии кардиазола вводят подкожно 2 мл 20% камфарного масла в смеси с 1 мл наркотического эфира; при таком сочетании

камфара действует быстро. Можно применять и кордиамин в той же дозировке, что и кардиазол, но последний более эффективен.

3. Внутривенно вводят 50 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (300 мг).

При невозможности внутривенного введения кардиазола его вводят внутримышечно, но в двойной дозе (2 мл), а глюкозу дают внутрь (50 г в стакане горячей воды или чая). Вдыхание кислорода и введение кардиазола и глюкозы следует производить одновременно.

А. П. Николаев рекомендует повторить триаду через час, даже если явления асфиксии исчезнут. При отсутствии эффекта или если он слабо выражен, применение триады повторяют хотя бы через 10 минут после первого применения. «Если через 10—15 минут после повторного проведения указанных мероприятий сердцебиение плода не выравнивается и отмечается дальнейшее его расстройство, необходимо немедленно приступить к оперативному родоразрешению, продолжая давать роженице вдыхать кислород и еще раз вводя в вену 1 мл 10% раствора кардиазола» (А. П. Николаев, 1928).

В. Н. Хмелевский с целью профилактики и лечения внутриутробной асфиксии рекомендует применять глюкозу (внутрь или внутривенно), хлористый кальций (10 мл 10% внутривенно), витамины С, Р и В₁ и вдыхания кислорода. Одновременное применение этих препаратов создает условия для нормализации газообмена в организме матери и тем самым служит как профилактикой, так и терапией асфиксии плода.

Применяя методы Николаева или Хмелевского, необходимо одновременно стремиться к ускорению родов, а при наличии стойкой асфиксии, не поддающейся терапевтическим мероприятиям, следует ставить вопрос о срочном бережном родоразрешении (выходные и полостные щипцы, извлечение плода за тазовый конец). В исключительных случаях допустимо в интересах плода и кесарево сечение.

Проведение лечебных и профилактических мероприятий при внутриутробной асфиксии плода является в то же время и профилактикой асфиксии новорожденного.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО

По клиническому течению асфиксии новорожденных уже свыше 100 лет принято различать две группы: более легкую — синюю (*asphyxia livida*) и тяжелую — бледную (*asphyxia pallida*), которую в акушерской практике чаще называют белой асфиксией.

При синей асфиксии имеет место недостаток кислорода и избыток углекислоты в крови новорожденного. Кожа ребенка цианотична, рефлексы сохранены, но понижены, тонус мускулатуры удовлетворительный. Сердечные сокращения замедлены, тоны сердца отчетливы. Дыхание редкое, нерегулярное, поверхностное.

А. И. Петченко, И. Ф. Жордания, Флагг (Flagg), Лунд (Lund) и др. синюю асфиксию разделяют на легкую и асфиксию средней тяжести, различая таким образом три степени асфиксии новорожденных. Первая степень асфиксии по описанию И. Ф. Жордания сходна по своим симптомам с легкой, или синей, асфиксией. При этом отмечается резко выраженный цианоз кожи новорожденного, замедление сердечных ударов, редкое и поверхностное дыхание. При второй степени асфиксии кожные покровы ребенка резко цианотичны, сердцебиение значительно или резко замедлено, сердечные тоны глухи, но ритмичны. Младенец не дышит вследствие угнетения дыхательного центра или закупорки дыхательных путей околоплодными водами и слизью, попавшими

в них при первом вдохе, произведенном им до рождения. Третья степень асфиксии по клинической картине соответствует белой асфиксии.

В акушерской практике и при публикации научных исследований обычно различают легкую и тяжелую форму синей асфиксии, что по существу равносильно делению ее на две степени. При оживлении новорожденных, родившихся в синей асфиксии, мероприятия будут зависеть от степени ее тяжести. Легкая (первая степень) синяя асфиксия обычно исчезает быстро и без всякого лечения. Тяжелая синяя асфиксия требует проведения тех или иных методов для оживления новорожденного. Поэтому правильнее будет различать три степени асфиксии, разделяя синюю асфиксию на две степени.

При бледной, или белой, асфиксии наблюдается состояние глубокого торможения, распространяющегося на все отделы головного мозга. Новорожденный не дышит, кожа его бледна, слизистые цианотичны, сокращения сердца очень замедленны, иногда аритмичны, тоны глухи. Тонус мышц и рефлексы отсутствуют или резко снижены.

Белая асфиксия сопровождается тяжелыми патофизиологическими явлениями: падением артериального давления, скоплением крови в системе воротной вены, нарушением функции мозговых центров, их глубоким торможением. Все это сближает белую асфиксию с шоковым состоянием.

Диагностика асфиксии новорожденного основана на описанной выше симптоматике и обычно затруднений не представляет. При осмотре новорожденного, родившегося в асфиксии, практически важно не только определить вид асфиксии (синяя, белая) и степень ее тяжести, но и установить, нет ли признаков внутричерепных кровоизлияний. Последние могут быть следствием асфиксии или родовой травмы, которая часто сопровождается асфиксией.

По данным Г. П. Поляковой, из числа доношенных детей, имевших признаки внутричерепной травмы, родились в состоянии асфиксии 64,7%. И. Г. Мамонтова указывает, что из новорожденных с внутричерепной травмой 72% перенесли асфиксию при рождении.

У части новорожденных внутричерепные кровоизлияния не дают ясных симптомов при рождении, проявляясь лишь на 2—3-й день жизни, поэтому дифференциальная диагностика между асфиксией и родовой травмой представляет значительные трудности.

При родовой травме следует учитывать течение родового акта. На возможность родовой травмы могут указывать затяжные роды с длительным безводным промежутком, узкий таз, ригидность родовых путей, длительный период врезывания головки или долгое ее стояние во входе в таз, наличие большой родовой опухоли и резко выраженной конфигурации головки. Оперативные вмешательства, так же как поворот плода на ножку, акушерские щипцы, извлечение плода за тазовый конец, увеличивают возможность родовой травмы, особенно если операция была трудной или производилась грубо и с большой торопливостью.

Основные клинические симптомы внутричерепной травмы состоят в изменении дыхания и сердечной деятельности. «Стонущее дыхание — постоянный симптом» (И. Г. Мамонтова).

Нарушения дыхания выражаются в изменении частоты ритма и объема дыхательных движений. Обычно наблюдается учащение дыхания до 90—140 в минуту вместо 50—70 у здоровых новорожденных. Дыхание, кроме того, носит непостоянный характер, становясь то частым, то редким, бывает неравномерным по глубине. Иногда дыхание новорожденного становится беспорядочным, сопровождается остановками. При тяжелой картине внутричерепного кровоизлияния наблюдаются редкие судорожные вдохи (5—10 раз в минуту).

Нарушение легочного газообмена после рождения сопровождается гипоксемией, что выражается в стойком цианозе. Пульс замедлен, реже бывает тахикардия. Тоны сердца глухие. Кровяное давление понижено. Мышечный тонус и двигательная активность снижены, крик слабый, иногда стонущий. Длительное отсутствие крика, расстройство сосания и глотания указывают на тяжесть поражения центральной нервной системы.

В некоторых случаях при легких формах внутричерепной травмы стадия общего угнетения выражена слабо и выявляются симптомы, характерные для стадии возбуждения (судороги, отрывистые вскрикивания, косоглазие и др.).

Судороги редко появляются вскоре после рождения. Предвестниками их являются: резкий тремор конечностей, нистагм, двигательное беспокойство. Начинаются судороги с подергиваний мимической мускулатуры, распространяясь в дальнейшем на мышцы конечностей и туловища.

При нарастании симптомов родовой травмы гипотония сменяется гипертонией разгибательного характера. При этом конечности вытянуты и напряжены, головка запрокидывается назад, разгибатели спины напряжены (опистотонус).

У недоношенных новорожденных внутричерепные кровоизлияния (и вообще родовая травма) встречаются чаще. Этому способствует высокая проницаемость сосудов и ряд других моментов, связанных с функциональной неполноценностью новорожденного.

Если при оживлении новорожденного, родившегося в состоянии синей асфиксии, последняя длительно не исчезает, это чаще всего указывает на внутричерепное кровоизлияние.

При рождении далеко не всегда удается точно определить наличие внутричерепной травмы, но течение родового акта, наличие отдельных симптомов позволяют заподозрить внутричерепное кровоизлияние и в соответствии с этим проводить лечебные мероприятия.

ЛЕЧЕНИЕ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО

При оживлении новорожденного, родившегося в асфиксии, основной задачей является возможно быстрое устранение гипоксии мозга и ее последствий. Если ребенок родился в асфиксии, то быстрое установление легочного дыхания ведет к более стойкому и полному восстановлению функций мозга, так как с появлением первого дыхания восстанавливается деятельность других бульбарных центров и улучшается кровоснабжение мозга.

Асфиксия новорожденных нередко сочетается с внутричерепными кровоизлияниями. Распознавание такой комбинации патологических состояний в условиях оказания неотложной помощи ребенку, родившемуся в асфиксии, затруднительно и не всегда возможно из-за неясности клинических симптомов. Это заставляет строго подходить к выбору методов и средств, применяемых при оживлении новорожденных, родившихся в асфиксии. Необходимо стремиться к тому, чтобы применяемые при асфиксии лечебные мероприятия не были грубыми, травмирующими ребенка и не усиливали торможение дыхательного центра.

При оживлении новорожденных, родившихся в асфиксии, давно отказались от травматичных и грубых методов, могущих привести к тем или иным осложнениям у новорожденных. К таким методам относится, например, «качание» по Шульцу.

Применявшиеся и еще нередко применяемые в акушерской практике различные ручные методы искусственного дыхания (Сильвестра, Соколова,

Верта, Огато и др.) являются в той или иной степени травматичными для новорожденного, родившегося в асфиксии, а главное, бесполезными. Ателектатические легкие недышавшего новорожденного при ручных методах искусственного дыхания не расправляются. Салинг (Saling), определяя газы крови при подобных методах искусственного дыхания, не обнаружил никаких изменений в газообмене.

Применение «гуморальных стимуляторов» дыхания, таких, как лобелин, цититон, корамин и т. п., не оправдывает себя при резком угнетении дыхательного центра. Обычно применяемые малые дозы этих препаратов не оказывают должного эффекта, а большие могут лишь усилить торможение дыхательного центра (В. А. Неговский, Н. В. Лауэр, Г. С. Лобанов и др.).

Наиболее распространенным в нашей стране при оживлении новорожденных, родившихся в асфиксии, является метод Легенченко. Применяется также метод Персианинова и аппаратное искусственное дыхание.

Сущность метода Легенченко заключается в том, что родившийся в асфиксии новорожденный не отделяется от матери и продолжает получать кислород, постепенно выходя из асфиксии. Для того чтобы ребенок не охлаждался, его помещают в ванночку с теплой водой.

Ранее Легенченко и другие авторы предлагали при оживлении новорожденных не перевязывать пуповину до прекращения пульсации ее сосудов и не охлаждать ребенка (Г. Г. Гентер, А. Д. Аловский, В. Н. Солов).

Однако ребенка, родившегося в асфиксии, не отделяли от матери лишь в случае, если имелась пульсация сосудов пуповины.

При белой (бледной) асфиксии пульсация сосудов пуповины не определяется. Хорошо известно, что в подобных случаях до 1947 г. акушеры немедленно отделяли ребенка от матери и начинали применять различные методы и способы оживления, получая большой процент неудач.

И. С. Легенченко в противоположность всем другим авторам предложил не отделять ребенка от матери и в тех случаях асфиксии, когда пуповина спадается и видимая пульсация отсутствует. Он исходил из того, что плацентарный круг кровообращения полностью не выключается и при бледной асфиксии. Пока у плода имеется сердечная деятельность, а легкие находятся в спавшемся состоянии и не функционируют малый круг кровообращения, плод получает необходимый ему кислород через плацентарный круг кровообращения. Если же перевязать пуповину, то плод лишается единственного источника получения кислорода.

Целесообразность метода Легенченко подтверждается исследованиями Р. А. Хентова, показавшего, что у родившихся в асфиксии новорожденных при неперевязке пуповины содержание кислорода в крови пупочной вены колеблется от 17 до 5% (норма 18—20%) и не меняется в течение многих минут, что свидетельствует о сохранении на некоторое время плацентарного газообмена через пуповину.

Широкое внедрение метода Легенченко в акушерскую практику позволило резко снизить число неоживленных новорожденных, родившихся в асфиксии. До применения метода Легенченко из числа родившихся в асфиксии не удавалось оживить 20—25% новорожденных и до 30% детей, выведенных из асфиксии, погибало от ее последствий (С. Л. Кейлин, А. Н. Морозова, А. Л. Каплан, И. С. Легенченко и др.). По литературным данным последних лет (А. М. Агаронов, Р. Г. Бакиева, И. С. Легенченко, Л. С. Персианинов), при оживлении новорожденных по методу Легенченко из числа родившихся в асфиксии не удается оживить от 2,8 до 4% новорожденных и 5,7—8,4% умирают после оживления от последствий асфиксии.

Несмотря на все достоинства метода Легенченко, позволившего добиться больших успехов в борьбе с асфиксией новорожденных, имеется еще большая потеря детей при этом. Кроме того, оживление по методу Легенченко — процесс длительный; до полного восстановления дыхания и сердечной деятельности с нормальным уровнем артериального давления проходит 10—15 минут и больше. Нарушения же в коре головного мозга наступают не только при полной анемизации, но и при длительном кислородном голодании с расстройством кровообращения. Деятельность коры головного мозга нарушается уже при артериальном давлении 50 мм ртутного столба. Поэтому основной задачей при лечении асфиксии является возможно быстрое устранение гипоксии мозга и ее последствий.

Исследования Б. В. Лебедева, проведенные в лаборатории по изучению развития мозга Института педиатрии АМН СССР, показали, что асфиксия является одним из факторов, отрицательно влияющих на последующее психическое развитие ребенка, причем тяжесть асфиксии и ее длительность имеют большое значение в возникновении неблагоприятных отдаленных последствий. Имеются и другие литературные данные, указывающие на неблагоприятные отдаленные последствия у детей, перенесших тяжелую асфиксию при рождении. Чаще всего это выявляется в школьном возрасте, сказываясь в разнообразных проявлениях невропатии.

Все это заставляет изыскивать новые, более эффективные методы оживления новорожденных, родившихся в асфиксии.

Введение в вену пуповины при лечении асфиксии различных лекарственных веществ с целью стимуляции работы сердца и дыхания не оправдывает себя и поэтому не получило распространения в широкой практике.

Г. А. Колегаев, широко применявший вливание в пупочную вену растворов глюкозы, кофеина и адреналина, отмечал благоприятный эффект лишь в более легких случаях асфиксии. Внутривенное введение гипертонического раствора хлористого кальция, рекомендуемое И. Ф. Жордания, может вызвать, особенно при быстром введении, падение уровня артериального давления. При тяжелой асфиксии, когда артериальное давление и без того является низким, дальнейшее его падение может оказаться роковым.

Неоднократно различные авторы с целью лечения асфиксии новорожденных предлагали введение в пупочную вену 10—15 мл крови (Б. Ф. Шаган, С. Л. Кейлин, А. И. Петченко и др.) или 30—40 мл крови, насыщенной кислородом [Валле (Valle), Феррарис (Ferraris)].

Помимо малой эффективности, быстрое введение 15—40 мл крови в вену новорожденного с резко ослабленной сердечной деятельностью может принести вред. Рентгенологические исследования Л. С. Персианинова показали, что введение в пупочную вену указанных количеств жидкости ведет к переполнению венозной системы и правого сердца. Клинические наблюдения ряда авторов при терапии терминальных состояний указывают на опасность внутривенных переливаний при резко ослабленной сердечной деятельности и низком уровне артериального давления (А. В. Гуляев, А. Н. Бакулев, С. Ф. Автюхович, В. С. Ракуть и др.).

Иное положение имеет место при внутриартериальном введении лекарственных веществ и крови при восстановлении жизненных функций организма, находящегося в терминальном состоянии.

При введении в артерию тот или иной раствор оказывает, помимо собственного ему фармакологического действия, влияние на нервнорецепторный аппарат сосудистой стенки химическими элементами вводимой жидкости и растяжением артериальной стенки при вливании раствора или крови под высоким меняющимся давлением. Возникающие импульсы рефлекторно тонизируют сосудистую систему, поднимают реактивность

нервных центров и приводят к улучшению деятельности сердца и восстановлению дыхания.

Л. С. Персианинов (1952), считая, что в механизме действия внутриартериальных вливаний при асфиксии ведущая роль принадлежит нервной рецепции артериальных сосудов, разработал свой метод оживления новорожденных, который с успехом применяется в Советском Союзе и в некоторых зарубежных странах.

После применения метода Персианинова у новорожденных, выведенных из состояния асфиксии, реже наблюдаются легочные осложнения, быстрее восстанавливается первоначальная потеря веса тела. Метод основан на введении в пушловинную артерию гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы, а при недостаточном эффекте — в дополнительном введении крови под высоким меняющимся давлением.

Применение этого метода в акушерской клинике Минского медицинского института позволило снизить число неживших новорожденных и умерших после выведения из асфиксии в 3 раза по сравнению с предшествующими годами, когда оживление новорожденных проводилось по методу Легенченко. Такие же хорошие результаты наблюдаются в Саратове и Саратовской области (Ф. Н. Полущев), где широко применяются внутриартериальные вливания хлористого кальция при оживлении новорожденных, родившихся в асфиксии.

Ряд отечественных (В. А. Неговский, К. А. Пшеницина, И. Ф. Жордания, И. Х. Зейлигман, Т. Н. Гроздова) и зарубежных авторов сообщает об успешном применении при оживлении новорожденных, родившихся в асфиксии, искусственного дыхания при помощи специальных аппаратов. Этот метод приводит к расправлению ателектатического легкого и рефлекторным путем стимулирует дыхательный центр. При этом необходимы соответствующая аппаратура и применение интубации у новорожденного.

Интубацию производят следующим образом. Ребенка укладывают на спину со слегка откинутой головой, рот очищают от слизи. Введение твердого интубатора (металлического или резинового с мандреном) производится с помощью указательного пальца левой руки, который вводится глубоко в рот. При этом необходимо предварительно научиться нащупывать следующие части гортани: надгортанник, ощущаемый в виде маленького мягкого валика, поперечно расположенного тотчас за корнем языка; вход в гортань, определяемый в виде узкой щели, расположенной перпендикулярно надгортаннику между двумя черпалонадгортанными связками, представляющимися при ощупывании в виде двух почти параллельных валиков; далее кзади вход в пищевод, определяемый в виде ямки. Кончиком пальца, введенного в рот, закрывают вход в пищевод ладонная поверхность кончика ногтевой фаланги лежит на гортани. Интубатор вводят в рот по ладонно-лучевой поверхности указательного пальца левой кисти, ногтевая фаланга которого, нащупав кончик интубатора, направляет и вставляет его в гортанную щель (метод интубации разработан А. С. Снегиревым). Затем интубатор проталкивают правой кистью в глубь трахеи на расстояние 2—3 см.

В дальнейшем при проведении искусственного дыхания необходимо следить, чтобы интубатор не продвинулся слишком глубоко и не obturировал какой-либо бронх. После введения в трахею резинового интубатора из него осторожно удаляют мандрен.

Некоторые авторы (В. Ф. Матвеева, М. И. Корецкий), проводя искусственное дыхание при помощи аппаратов, не применяют интубаторы, а вместо этого используют маску с obtуратором.

В настоящее время метод аппаратного искусственного дыхания при оживлении новорожденных, родившихся в тяжелой асфиксии, применяют

в ряде родовспомогательных учреждений нашей страны (Москва, Харьков и др.), при этом используются отечественные аппараты.

Из отечественных аппаратов для искусственного дыхания В. А. Неговский рекомендует аппарат ДП-5 (с электроприводом) и РД-1 (ручной). Вдох осуществляется при ритмическом вдувании воздуха в легкие под давлением, а выдох происходит пассивно за счет эластической тяги легких и грудной клетки. Давление при искусственном дыхании у недышавшего новорожденного при первых 10—12 вдохах должно быть 30 мм ртутного столба. После расправления легких и установления хорошей экскурсии грудной клетки искусственное дыхание проводится при давлении 15—20 мм ртутного столба. При искусственном дыхании у детей дышавших или с ослабленным дыханием давление сразу устанавливается на 15—20 мм ртутного столба. Искусственное дыхание проводится с частотой 24—30 вдохов в минуту. Прекращают аппаратное искусственное дыхание после того, как у новорожденного устанавливается ритмичное, глубокое, самостоятельное дыхание.

МЕТОДИКА ОЖИВЛЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, РОДИВШЕГОСЯ В АСФИКСИИ

При рождении ребенка в асфиксии независимо от метода оживления прежде всего необходимо освободить верхние дыхательные пути от слизи и околоплодных вод.

В ряде случаев достаточно только отсасывания аспирированных околоплодных вод из дыхательных путей новорожденного, чтобы он начал дышать. При наличии дыхания, хотя бы и резко нарушенного, ребенку дается для вдыхания кислород.

В решении X Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов (декабрь 1957 г.) указано: «Для оживления новорожденных, находящихся в асфиксии, в качестве основного рекомендуется метод Легенченко. В тех случаях, когда этот метод не может быть применен (кесарево сечение, отслойка плаценты и др.) или не дает эффекта, рекомендуется метод Персианинова. При длительной асфиксии допустимо сочетание обоих этих методов».

Метод Легенченко. Сразу после рождения, не перевязывая пуповины, ребенка погружают до головки в ванночку с кипяченой водой при температуре последней 38—40°; ванночка установлена между ногами роженицы.

Слизь и околоплодные воды, попавшие в верхние дыхательные пути, удаляют с помощью резинового баллона с мягким наконечником или баллона, надетого на стерильный эластический катетер. Конец последнего под контролем пальца вводят в трахею.

Для удаления жидких масс из дыхательных путей новорожденного к катетеру, введенному в трахею, можно присоединить шланг водоструйного или педального отсоса. Для удаления слизи и околоплодных вод, попавших в рот ребенка, иногда бывает достаточно наклонить его головку в сторону и осторожно протереть полость рта сухой стерильной марлей. Нос очищают от слизи сухой марлей или отсасывают с помощью баллончика. После этого головку ребенка слегка приподнимают вверх и оставляют новорожденного в ванночке с теплой водой до оживления. Матери в это время дается для вдыхания кислород.

Наблюдая за лежащим в ванночке новорожденным, можно видеть, как постепенно набухают сосуды пуповины, становится заметной их пульсация; вначале она видна только у пупочного кольца, но вскоре распространяется по протяжению пуповины в сторону плаценты; меняется окраска кожи плода, появляются рефлексy. Глубокая бледная асфиксия переходит в синюю, появляется первый вдох, а затем и крик ребенка.

При сохранившихся рефлексах, что обычно имеет место при синей асфиксии, или если бледная асфиксия перешла в синюю, применяют обрызгивание грудной клетки ребенка, приподнятого в ванночке, небольшим количеством холодной воды, что вызывает рефлекторное раздражение дыхательного центра. Легенченко рекомендует выждать, полагаясь лишь на свой метод, до крика ребенка, который обычно указывает на выхождение его из состояния асфиксии.



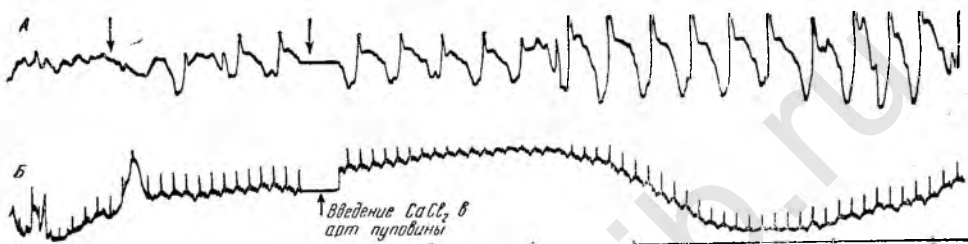
Рис. 241. Оживление новорожденного, родившегося в асфиксии, введением в пуповинную артерию 3 мл 10% раствора хлористого кальция при неперевязанной пуповине.

Метод Легенченко не всегда может быть применен (кесарево сечение, отслойка плаценты, кровотечение в последовом периоде), иногда он не дает эффекта или эффект наступает очень медленно, и ребенок, особенно его центральная нервная система, продолжает страдать от гипоксии.

Если метод Легенченко не дает эффекта в первые 3—4 минуты после рождения ребенка, то его можно сочетать с методом Персианинова.

Сочетание методов Легенченко и Персианинова. После рождения ребенка пуповину не перевязывают и проводят все мероприятия, рекомендованные Легенченко. Помимо этого, применяют метод Персианинова — вливание в артерию пуповины гипертонического раствора хлористого кальция или кальция и глюкозы. Производится это следующим образом.

Пушовину слегка сдавливают между пальцами на расстоянии 8—10 см от пупочного кольца. Сосуды наполняются кровью и пульсирующие артерии начинают просвечивать через вартонов студень в виде синих извитых тяжей, а вена спадается. Острой иглой, надетой на шприц, наполненный 3 мл 10% раствора хлористого кальция, под острым углом пунктируют артерию на расстоянии 6—8 см от пупочного кольца. При попадании иглы в просвет артерии в шприце показывается струйка крови; убедившись в этом, вводят толчкообразно, отдельными порциями раствор хлористого кальция (рис. 241). Положительное действие сказывается немедленно. Кожа новорожденного становится ярко-розовой, появляется дыхание (рис. 242) и крик ребенка, что сигнализирует о выходе его из состояния асфиксии. В некоторых случаях введения одного хлористого кальция бывает недостаточно для оживления новорожденного, родившегося



5 сек.

Рис. 242. Пневмограмма (А) и электрокардиограмма (В) новорожденного, родившегося в тяжелой синей асфиксии и оживленного введением в артерию пуповины 3 мл 10% раствора хлористого кальция. Стрелками показано начало и конец введения хлористого кальция.

в асфиксии. Поэтому при отсутствии эффекта от вливания в пуповинную артерию раствора хлористого кальция вводят добавочно через ту же иглу 5—7 мл 40% раствора глюкозы.

При отсутствии видимой пульсации пунктировать артерию пуповины через вартонов студень не удастся; в этих случаях (обычно при тяжелой бледной асфиксии и безуспешности метода Легенченко в первые 3—4 минуты после рождения) ребенка отделяют от матери и применяют методику, описанную ниже.

Метод Персианинова. После отделения новорожденного от матери его кладут на стерильной пеленке на столик, предварительно согретый грелками и электролампами. Второй стерильной пеленкой закрывают окружность пупка. Протирают пуповину шариком, смоченным в спирте, отсекают ее острыми ножницами на расстоянии 10—12 см от пупочного кольца и место разреза снова протирают спиртом. На край поперечного разреза пуповины накладывают зажим Пеана, чтобы легче было удерживать скользкую пуповину. При этом можно захватить и широко зияющее отверстие пересеченной вены, из которой нередко вытекает темная кровь, затрудняющая дальнейшие манипуляции. На разрезе пуповины, помимо вены с ее широким просветом, видны две более тонкие артерии. Поддерживая пальцами одной руки пуповину и наложенный на край ее среза зажим Пеана, второй рукой осторожно вводят иглу в просвет одной из артерий. Ввиду того что артерии обычно извиты, продвижение иглы возможно лишь при осторожном вращательном движении. Острая игла легко прокалывает стенку артерии, поэтому употребляются иглы без острия, срезанные предварительно в поперечном направлении. Для вливания в пуповинные артерии используют иглы, применяемые обычно при



Рис. 243. Введение в пуповинную артерию раствора хлористого кальция. Новорожденный начинает дышать и издает крик во время вливания хлористого кальция.

инъекции камфарного масла или более тонкие. После того как игла вошла в просвет артерии на 1,5—2 см, пуповину над иглой лучше всего захватить зажимом Кохера, который хорошо фиксирует иглу в артерии. Можно перевязать пуповину над иглой шелковой лигатурой, подготавливая ее к завязыванию перед введением иглы.

Однако этот прием более кропотливый и труднее осуществляется.

После того как игла введена в просвет артерии и фиксирована в ней, к игле присоединяют шприц, заранее наполненный 10% раствором хлористого кальция, и вводят 3 мл раствора толчкообразными движениями поршня шприца (рис. 243 и 244). При отсутствии положительного эффекта, который должен проявляться сразу, немедленно вводятся через ту же иг-

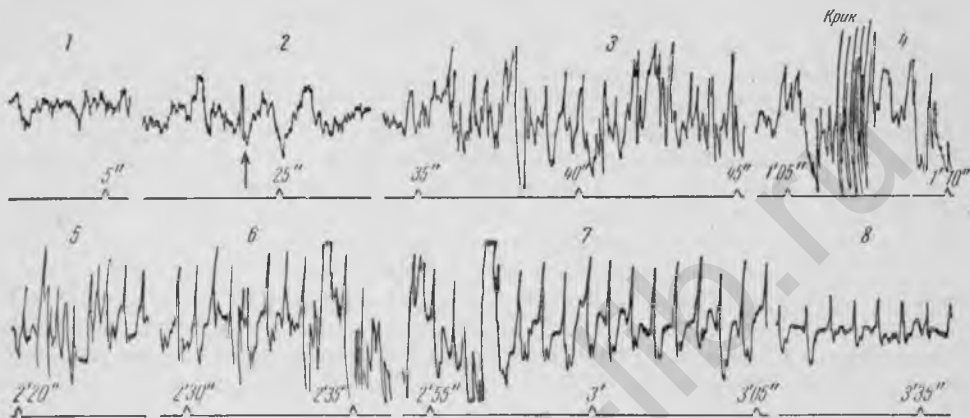


Рис. 244. Пневмограмма новорожденного, родившегося в асфиксии.

1 — до оживления; 2 — при оживлении введением в артерию пуповины 3 мл 10% раствора хлористого кальция; стрелкой указано окончание введения последнего; 3, 4, 5, 6 — дыхание, появившееся через 10 секунд после вливания хлористого кальция, неравномерное, аритмичное; 7—8 — через 3 минуты после введения хлористого кальция дыхание становится ритмичным, равномерным.

лу 5—7 мл 40% раствора глюкозы. В редких случаях, после безуспешного применения вливаний в пуповинную артерию гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы, приходится прибегать к введению крови. Кровь вводят через ту же иглу, соединяя ее с системой для внутриартериального вливания крови. Применяют обычно консервированную кровь 0 (I) группы и лучше всего резусотрицательную. Вливают кровь из обычной ампулы, на верхний тубус которой надевают резиновую трубку, соединенную при помощи стеклянного тройника с манометром или сфигмоманометром и резиновым баллоном. Давление в ампуле доводят до 180 мм и затем снимают зажим с резиновой трубки, идущей к игле.

Во время вливания давление в ампуле поднимают до 220 мм путем ритмических сжиманий груши около 40 раз в минуту. Для оживления новорожденного, родившегося в тяжелой (бледной) асфиксии, в пуповинную артерию вводят 35—40 мл крови после предварительного введения гипертонических растворов хлористого кальция и глюкозы.

При наличии у новорожденного асфиксии и признаков кровоизлияния в мозг Л. С. Персианинов рекомендует применять введение в пуповинную артерию 3 мл 10% раствора хлористого кальция и 7—10 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой (50—100 мг).

При тяжелой степени асфиксии целесообразно сочетать вливание в пуповинную артерию хлористого кальция и глюкозы с аппаратным искусственным дыханием по методике, описанной выше.

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ ПОСЛЕ ВЫВЕДЕНИЯ ЕГО ИЗ СОСТОЯНИЯ АСФИКСИИ

Новорожденного после оживления подвергают первому туалету, затем завертывают в сухие, теплые стерильные пеленки, укладывают в согретую постель и тщательно следят за дыханием. При согревании ребенка следует избегать перегревания, используя грелки с температурой не выше 50°.

Новорожденному, выведенному из состояния тяжелой асфиксии, обеспечивают подачу увлажненного кислорода из кислородной подушки через воронку или тонкие катетеры, вводимые в нос. Кислород из подушки, на которую кладется груз в 2—3 кг, проходит через стеклянную банку из-под аппарата Боброва, наполненную до половины водой. При этом он увлажняется и под давлением через систему резиновых трубок поступает новорожденному в нос. Можно подавать кислород при помощи специальной установки или помещая новорожденного в кислородную палатку или кувез со специальной строго дозированной подачей кислорода до 5—6 л в минуту и с концентрацией не более 40—50%.

С целью рефлекторного воздействия на дыхательный центр и улучшения легочного дыхания назначают горчичники или горчичные обертывания, а для предупреждения бронхопневмонии применяют антибиотики.

Для облегчения условий дыхания ребенку придают в кроватке положение с приподнятыми головкой и верхним отделом туловища. В последующие дни новорожденному назначают внутривенные вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой и витамином В₁. Доношенному новорожденному вводят в вены головки 20—25 мл 20% раствора глюкозы с 50—100 мг аскорбиновой кислоты и 1—2 мг витамина В₁. При отсутствии нарушения сосания и глотания дают внутрь по 40—60 мл в сутки 10—15% раствора глюкозы.

При явлениях внутричерепного кровоизлияния у ребенка, выведенного из состояния асфиксии, ему необходимо обеспечить полный покой, подачу увлажненного кислорода. Применяют холод к головке. В дальнейшем назначают внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой и витамином В₁, при состоянии возбуждения — люминал и бром. Последний вводят внутривенно вместе с глюкозой в 10% растворе в количестве 0,5—1,5 мл; при хорошем глотании 0,25—0,5% раствор брома дают внутрь по 5 мл 3—4 раза в день. Люминал назначают по 0,005—0,01 г 2—3 раза в день (меньшие дозы могут усилить состояние возбуждения).¹

При судорогах И. А. Штерн рекомендует внутримышечное введение 1—2 мл 25% раствора сернокислой магнезии, а А. Ф. Тур хлоралгидрат в клизме в количестве 0,25 г. Целесообразно применение внутримышечных инъекций консервированной крови в количестве 5—8—10 мл через день.

В настоящее время при лечении внутричерепной травмы широко применяется глутаминовая кислота, которая назначается в 1% растворе по 5 мл 3—4 раза в день. В тяжелых случаях болезни лечение глутаминовой кислотой проводят в течение 3—4 недель.

К груди матери ребенка прикладывают только после исчезновения клинических проявлений стадии возбуждения. До этого новорожденного кормят в кроватке из бутылочки или с ложки сцеженным у матери молоком. При нарушенном глотании кормление осуществляется с помощью зонда.

ЛИТЕРАТУРА

Мы считаем, что для читателя удобнее пользоваться указателем литературы, расположенным по разделам. Учитывая, что при этом неизбежны повторения названий основных руководств, использованных при написании нашей книги, мы решили дать список этих руководств и монографий лишь один раз — перед указателем литературы, расположенным по разделам.

Общая литература

- Агаронов А. М. Оперативное акушерство. Государственное издательство Армянской ССР. Ереван, 1935.
- Бодяжина В. И. Акушерство. Медгиз, 1956.
- Брауде И. Л. Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии. Медгиз, 1947 (2-е изд.).
- Брауде И. Л. Оперативная гинекология. Медгиз, 1952 (2-е изд.).
- Бубличенко Л. И. Патология послеродового периода. НКЗ СССР, Л., 1939.
- Бубличенко Л. И. Послеродовая инфекция. Медгиз. Л., 1949.
- Бумм Эрнест. Оперативная гинекология. Пер. с посмертного немецкого издания Д. Е. Шмундак. Изд. «Космос». Харьков, 1927.
- Гентер Г. Г. Учебник акушерства. Биомедгиз. Л., 1937.
- Гентер Г. Г. Акушерский семинар. Л., 1932.
- Груздев В. С. Гинекология. Казань, 1922.
- Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Государственное издательство РСФСР. Берлин, 1922.
- Губарев А. П. Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии. М., 1915.
- Диагностика острого живота. Под ред. проф. Н. Н. Самарина. Наркомздрав СССР. Ленинградское отделение, 1940.
- Жмакия К. Н. и Сыроватко Ф. А. Акушерский семинар. Медгиз, 1960.
- Жордания И. Ф. Учебник акушерства. Медгиз, 1959.
- Каплай А. Л. Акушерство. Медгиз, 1950.
- Каплай А. Л. и Степанов Л. Г. Акушерская госпитальная клиника. Медгиз. 1959.
- Левит М. Б. Техника гинекологических и акушерских операций. Медгиз. Л., 1949.
- Малиновский М. С. Оперативное акушерство. Медгиз, 1955.
- Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Медгиз. Л., 1959.
- Окинчиц Л. Л. Оперативная гинекология. Биомедгиз. Л., 1928.
- Отт Дм. Оперативная гинекология. СПб., 1914.
- Персианинов Л. С. Акушерский семинар. Т. I. Минск, 1957.
- Персианинов Л. С. Акушерский семинар. Т. II. Минск, 1960.
- Скробанский К. К. Учебник акушерства. Биомедгиз. Л., 1937.
- Снегирев В. М. Маточные кровотечения. М., 1907.
- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов. Медгиз. Л., 1939.
- Шварцман Е. М. Краткий курс оперативной гинекологии. Медгиз, 1947.
- Строганов В. В. Важнейшие осложнения беременности и родов. Госиздат. М.—Л., 1928.

Яковлев И. И. Неотложная медицинская помощь при акушерской патологии. Медгиз. М., 1944.

Bumm E. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. Wiesbaden, 1905.

Davis C. H. Gynecology and Obstetrics. Hagerstown, Maryland W. F. Prior Company. INC, 1949.

Döderlein A. Handbuch der Geburtshilfe. Zweite Auflage. München, 1925.

Halban Josef u. Seitz Ludwig. Biologie und Pathologie des Weibes. Berlin, 1924.

Crossen H. S. u. Crossen R. I. Operative gynecology. Fifth edition St. Louis. The C. V. Mosby Company, 1938.

Jaschke Rud. Th. u. Pankow O. Lehrbuch der Gynäkologie. Berlin, 1923.

Liepmann W. Kurzgefasstes Handbuch der gesamten Frauenheilkunde. Leipzig, 1914.

Mikulicz-Radecki Felix. Geburtshilfe des praktischen Arztes. Sechste Auflage. Leipzig, 1959.

Opitz E. Handbuch der Frauenheilkunde. München, 1927.

Stander H. I. Textbook of Obstetrics. New York — London, 1945.

Te Linde. Operative Gynecology. London — Montreal, 1946.

Veit J. u. Stoeckel N. W. Handbuch der Gynäkologie. München, 1928.

Winter G. Operative Geburtshilfe. Berlin — Wien, 1927.

Stoeckel W. Lehrbuch der Gynäkologie. Leipzig, 1931.

Кровотечения и борьба с ними

Авдеева О. И. Инструментальное и ручное обследование полости матки в раннем послеродовом периоде. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 12—14.

Автюхович С. Ф. Применение внутриаптервального переливания крови при острой кровопотере в акушерской практике и эксперименте. Автореф. дисс. Минск, 1955.

Александров А. В. Клиника трубной беременности. Медгиз. М.—Л., 1930.

Аловский А. Д. Клиника внематочной беременности. Медгиз. Л., 1945.

Аловский А. Д. Применение кожно-головных щипцов при предлежании плаценты. Акушерство и гинекология, 1951, 4.

Амос Вонг и Хва Ю и Сиань Дальнейшие замечания по поводу несостоявшегося абортa (Missed abortion). Акушерство и гинекология, 1958, 3, 86—91.

Бакулев А. Н., Виноградов В. В. и Семенов Ю. Д. Опыт применения артериального переливания крови под давлением для лечения терминальных состояний. В кн.: Труды конференции по патофизиологии и терапии терминальных состояний. Медгиз. М., 1954.

Бабук В. В. Травматический шок и острые кровопотери. Минск, 1953.

Бакшеев Н. С. и Бобик Ю. Ю. Применение нового спазмолитического препарата тропазина для лечения угрожающего преждевременного прерывания беременности. Акушерство и гинекология, 1960, 1, 45—49.

Бартельс А. В. О поздних послеродовых кровотечениях. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 21—27.

Баукова О. П. Гемотрансфузионный шок при переливании резусотрицательной крови. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 79—82.

Беккер С. М. Маточные кровотечения. Л., 1940.

Биренбаум Е. Л. К вопросу о борьбе с атоническими кровотечениями и профилактика послеродовых заболеваний. Советская медицина, 1940, 20.

Борщевская М. Б. Пузырный занос и его лечение. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, 5, 60—67.

Бульина М. А. О морфологических изменениях в стенке матки при предлежании детского места. Акушерство и гинекология, 1954, 5, 43—45.

Бурденко Н. Н. Шок, кровотечение и борьба с ним. Собрание сочинений. Т. III. Изд. АМН СССР, 1951.

Бурлаков И. Г. О лечении абортов, осложненных лихорадкой. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, 3, 362—372.

Васильев А. А. К этиологии апоплексии яичника. Акушерство и гинекология, 1960, 6, 57—61.

Волков Я. Н. Анализ 239 случаев предлежания детского места. Акушерство и гинекология, 1934, 2, 66—74.

Волков Я. Н. Результаты лечения предлежания детского места в Баумановском роддоме. Акушерство и гинекология, 1936, 12, 1458—1463.

Выдрин М. Л. и Рахманчик Л. И. Инструментальное обследование полости матки в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Акушерство и гинекология, 1951, 6, 40—45.

- Г а л а к т и о н о в А. И.** Терапия предлежания плаценты. Акушерство и гинекология, 1941, 4, 31—34.
- Г а р ф у н к е л ь П. Я.** О терапии лихорадящего выкидыша. Журнал акушерства и женских болезней, 1934, 2.
- Г о м е н ю к И. П.** О профилактике послеродовых и ранних послеродовых кровотечений. Акушерство и гинекология, 1958, 6, 32—37.
- Г р у з д е в В. С.** Материалы к вопросу внематочной беременности. В кн.: Медицинские монографии Казанского медицинского журнала. В. 10, 1932.
- Г у д к о в а О. К.** Атоническое кровотечение. Кровотечения в акушерстве. Воронежское областное книгоиздательство, 1939.
- Г у р в и ч Н. Л.** Фибрилляция и дефибрилляция сердца. М., 1957.
- Д а в и л о в И. П.** К вопросу об этиологии самопроизвольного прерывания беременности. Акушерство и гинекология, 1945, 2, 5—10.
- Д а н и л о в а В. П.** Доношенная истинная шейная беременность. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 110—111.
- Д е ш а л ь т Ю. И.** Кровотечения из яичников. Акушерство и гинекология, 1956, 2, 61—63.
- Е в с е е в В. И.** О применении при родах кожно-головных щипцов по Иванову. Акушерство и гинекология, 1957, 2, 25—28.
- Ж м а к и н К. Н.** Операция наложения кожно-головных щипцов в современном акушерстве. Акушерство и гинекология, 1957, 3, 40—42.
- З а к И. Р.** Об осложнениях при переливании резуснесовместимой крови. Проблемы гематологии и переливания крови, 1959, 12.
- И в а н о в А. А.** Анализ 200 операций наложения кожно-головных щипцов. Акушерство и гинекология, 1957, 2, 21—25.
- И н о з е м ц е в а В. П.** Шейная беременность. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 111—112.
- Инструкция** по применению методов восстановления жизненных функций больных, находящихся в терминальных состояниях. Утверждена Президиумом Ученого совета Министерства здравоохранения СССР. Медгиз. М., 1959.
- К а з а н с к и й П. П.** 4450 случаев неполных аборт. Гинекология и акушерство, 1927, 6, 517—525.
- К а н т а р о в и ч Л. И. и Ш а т е р я к В. Н.** Клиника внематочной беременности. Минск, 1936.
- К о г а н А. А.** Новые симптомы для диагностики внематочной беременности. Сборник трудов акушерско-гинекологической клиники Ташкентского медицинского института, 1947, 119—125.
- К о з б о г а р о в А. А.** Апоплексия яичника. Акушерство и гинекология, 1958, 1, 107—110.
- К о з л о в И. Ф.** О диагностическом значении пробной пункции заднего свода при прервавшейся внематочной беременности. Омский медицинский журнал, 1927, 5—6.
- К о з л о в И. Ф.** Материалы о внематочной беременности по данным акушерско-гинекологической клиники. Казанский медицинский журнал, 1934, 7—8.
- К о з л о в Л. А.** Инструментальное обследование матки после родов. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 20—21.
- К о л о с о в М. А.** О приращении плаценты при срочных родах. Труды II съезда российских акушеров и гинекологов. М., 1908.
- К о н у х е с М.** Случай одновременной внутри- и внематочной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, 5, 594—597.
- К р и в с к и й Л. А.** По поводу внематочной беременности по данным Обуховской больницы. Журнал акушерства и женских болезней, 1932, 5—6.
- Л у р ь е А. Ю.** Ручное отделение плаценты. М., 1930.
- М а к а р о в Р. Р.** Внематочная беременность. Медгиз. Л., 1958.
- М а л и н о в с к и й М. С.** Внематочная беременность. БМЭ, 1957, т. 3, стр. 775—791.
- М а н е я к о в П. В.** Простой, эффективный и безопасный способ искусственного отделения плаценты. Труды Казанского государственного медицинского института. В. 2. Казань, 1948.
- М а я е н к о в П. В.** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Акушерская госпитальная клиника. Медгиз, 1959, 185—192.
- М я г а л о в с к а я Г. Н. и Ш е й м а н А. И.** Кожно-головные щипцы. Акушерство и гинекология, 1955, 6, 23—27.
- М и х а й л о в а Н. П.** Истинное приращение плаценты при центральном предлежании ее. Акушерство и гинекология, 1957, 2, 107.
- Н е г о в с к и й В. А.** Патифизиология и терапия агонии и клинической смерти. Медгиз. М., 1954.
- Н е г о в с к и й В. А.** Оживление организма и искусственная гипотермия. Медгиз. М., 1960.

- Неговский В. А. и Зак Р. Л. Артериальное нагнетание крови как метод терапии смертельных кровопотерь в акушерско-гинекологической практике. Акушерство и гинекология, 1951, 1, 20—26.
- Новицкий Д. А. Ускорение родовой деятельности по способу А. А. Иванова. Акушерство и гинекология, 1951, 4, 57—58.
- Осповат Р. М. К вопросу о терапии предлежания плаценты. Сборник работ по акушерству и гинекологии. Медгиз. М., 1944.
- Персианинов Л. С. Внутривенное переливание крови в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1955.
- Персианинов Л. С. О применении внутривенного переливания крови при острой кровопотере в родах. Акушерство и гинекология, 1955, 2, 94—102.
- Персианинов Л. С. Особенности распространения лекарственных растворов, вводимых в артерии и вены при острой кровопотере. Экспериментальная хирургия, 1959, 2, 30—35.
- Персианинов Л. С. Ручное и инструментальное обследование матки в послеродовом периоде. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 15—20.
- Петровский Б. В. Переливание крови в хирургии. Медгиз. М., 1954.
- Петров-Маслаков М. А. К вопросу о терапии предлежания плаценты. Акушерство и гинекология, 1941, 4, 34—36.
- Петров И. Р. Шок и коллапс. Медгиз. Л., 1947.
- Петров И. Р. О роли нервной системы при кислородном голодании. Медгиз. Л., 1952.
- Петров И. Р. Внутривенное введение крови при кровопотере, шоке и оживлении организма. В кн.: Актуальные вопросы переливания крови. Медгиз. Л., 1952, стр. 22—32.
- Петров И. Р. и Филатов А. М. Плазмозамещающие растворы. Медгиз. Л., 1958.
- Петченко А. И. и Бушueva А. Н. Лечение инфицированного выкидыша кровезамещающими растворами. Советский врач, 1947, 10.
- Покровский В. А. Шок в акушерско-гинекологической практике. Воронеж, 1947. Воронеж, 1954.
- Покровский В. А. Острые кровопотери и шок в акушерстве и гинекологии. Акушерство и гинекология, 1952, 2, 26—30.
- Покровский В. А. Акушерский травматизм. В кн.: Очерки акушерской патологии. Под ред. К. Н. Жмакина и Л. Г. Степанова. Медгиз. М., 1953, стр. 253—267.
- Покровский В. А. Инфильтрационная анестезия по методу А. В. Вишневого в гинекологической и акушерской практике. Воронеж, 1954.
- Покровский И. А. О клинике предлежания плаценты. Акушерство и гинекология, 1956, 1, 16—19.
- Покровский В. А. Атоническое кровотечение. В кн.: Госпитальная акушерская клиника. Медгиз, 1959.
- Рождественская-Осякина А. И. О транспорте яйца из яичника в матку. Медгиз. Л., 1947.
- Русин Я. И. Родоразрешение по способу Виллета—Иванова. Магнитогорский городской отдел здравоохранения. Магнитогорск, 1944.
- Сазонов С. В. Лечение начавшихся выкидышей. Гинекология и акушерство, 1923, 2—3, 95—111.
- Синицына Ю. А. Применение кожно-головных щипцов при различных видах акушерской патологии. Акушерство и гинекология, 1957, 36—41.
- Смирнова Г. И. Профилактика атонических кровотечений в акушерской практике. Акушерство и гинекология, 1958, 1, 39—42.
- Сыроватко Ф. А. К вопросу о комбинации рака шейки матки и беременности. Труды Сталинградского медицинского института, 1948, 7.
- Сыроватко Ф. А., Волков Я. Н., [Любимов Н. И.] К вопросу об этиологии, клинике и терапии атонических (гипотонических) кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах. Акушерство и гинекология, 1955, 2, 64—68.
- Телал М. А. и Хренникова А. А. Рентгенодиагностика предлежания детского места. Акушерство и гинекология, 1941, 4, 26—30.
- Терехова А. А. Смертность от кровотечений в родах и пути дальнейшего ее снижения. Акушерство и гинекология, 1955, 2, 44—55.
- Тиканадзе И. Е. К вопросу о борьбе с послеродовым атоническим кровотечением при помощи влагалищного ущемления маточных артерий. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, 5, 449—454.
- Тимофеев А. И. Неотложные гинекологические операции. В кн.: Неотложная хирургия. Медгиз, 1931, стр. 252—266.

- Гопчичева О. И. О кровотечениях из яичника. Акушерство и гинекология, 1938, 9, 87—92.
- Трегуб С. И., Генина Н. П., Бабудина З. М. Опыт применения кожно-головных щипцов по Иванову в акушерских клиниках Львовского института охраны материнства и детства. Акушерство и гинекология, 1957, 2, 28—31.
- Федоров И. И. О рефлексогенной зоне области деления брюшной аорты. Архив патологии, 1950, 1, 15—22.
- Филатов А. Н. Кровозамещающие растворы, их приготовление и применение. М., 1944.
- Цейтлин Л. Я. Внематочная беременность. В кн.: Кривский Л. А. Руководство по женским болезням. Л., 1927.
- Цирульников М. С. Истинное предлежание плаценты при краевом прикреплении ее. Советская медицина, 1959, 11, 148—149.
- Цирульников М. С. Клиника, диагностика и лечение апоплексии яичника. Акушерство и гинекология, 1959, 3, 86—89.
- Цовьянов Н. А. Ведение родов при предлежании последа. Акушерство и гинекология, 1937, 3, 49—55.
- Чаплыгина З. А. Современное состояние вопроса о парентеральном питании. Тезисы докладов на научной сессии Ленинградского института переливания крови 25—28 января 1956 г. Л., 1956.
- Шарпова Ф. И. Истинное частичное приращение плаценты в сочетании с центральным предлежанием. Акушерство и гинекология, 1954, 5, 41—42.
- Юдина Е. А. К вопросу о профилактике гипотонических и атонических кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде. Акушерство и гинекология, 1954, 4, 54—57.
- Baden H., Berner A. et Hollender L. La transfusion intraarteriale. Une etude experimentale et clinique avec presentation de 13 cas personnels. Acta chir. belg., 1954, 53, 1, 7—32.
- Beacham W., Webster H. a. Beacham D. Ectopic pregnancy of New Orleans Charity Hospital. Am. J. Obstet. Gynec., 1956, 72, 4, 830—840.
- Binet L. et Strumza M. Le probleme de la reanimation apres des hémorragies foundroyantes. La transfusion sanguine intra-arterielle et intra-jugulaire. Sem. hôp. de Paris. Sem. méd., 1947, 23, 38, 2282—2285.
- Borell V. A. O. Diagnostic value of arteriography of iliacartery in gynecology and obstetrics. Acta radiol. (Stockholm), 1952, 38, 4, 247.
- Borell V., Fernström J. a. Westman A. Diagnostic value of percutaneous retrograde arteriography of iliac artery in cases of tubal pregnancy. West. J. Surg., 1953, 61, 223.
- Campbell R. M. The diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 63, 1, 52—54.
- Flichhaur H. Zervikale Schwangerschaft als lebensbedrohliche Komplikation bei der Abortausräumung. Zbl. f. Gyn., 1951, 4, 238—242.
- Greenchill J. Ectopic pregnancy. В кн.: Obstetrics. Philadelphia — L., 1955, p. 402.
- Gromadzki W. Winiki po dotychczasowych sposobach operacyjnego udrzhania sajowodow. Ginec. pol., 1954, 25, 3, 239—252.
- Hartnett L. a. Hartnett D. Interstitial occlusion of the fallopian tube: A consideration of its surgical treatment. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 64, 3, 637—643.
- Haselhorst. Extrauterin gravidität. Biologie und Pathologie des Weibes. Seitz — Amreich, 1953, Bd. 7.
- Hoene O. Ectopische Schwangerschaft. В кн.: Biologie u. Pathologie des Weibes, Halbau u. Seitz, Berlin — Wien, 1927, 7, 2, 597—823.
- Mattaci H. Eine neue Methode zur konservativen Operation der Extrauterin gravidität. Zbl. Gynäk., 1956, 19, 734—738.
- Novak E. a. Novak E. R. Textbook of gynecology. Baltimore, 1952, ed. 4.
- Palmer R. Les resultats du traitement chirurgical des obturation tubaires. Bruxelles med., 1953, 18, 1449—1457.
- Robertson R., Triucher J. a. Dennis E. Intra-arterial transfusion. Experimental and clinical considerations. Surg. Gynec. Obstet., 1948, 87, 695—704.
- Schmid H. H. Blutungen in und nach der Nachgeburtperiode aus der Placentastelle, Reihenfolge der hierbei anzuwendenden Verfahren. Zbl. Gynäk., 1952, 9, 321—328.
- Schumann E. Extra-uterine Pregnancy. New York, 1921.
- Seely S. Intra-arterial bloodtransfusion. Am. J. Surg., 1949, 78, 5, 733—735.
- Seely S., Nelson R. a. Wesolowaki S. Technic of intra-arterial transfusion. Med. J., 1952, 12, 1801—1807.
- Seely S. a. Nelson R. Intra-arterial transfusion. Surg. Gynec. Obstet. (Intern. abstr. surg.), 1952, 94, 3, 209—214.

- Steffen F. W.** Lebensbedrohliche Blutung infolge Placentarestes Zervikalkanal nach Kaiserschn. bei Placenta praevia cervicale accreta. Zbl. Gynäk., 1957, 30, 1158—1160.
- Vitavsky J.** Die Tubenimplantation (Indikationsstellung. Operationstechnik und Resultate). Gynäkologia, 1948, 125, 6, 347—368.
- Werth R.** Die Extrauterinschwangerschaft. Handbuch der Geburtshilfe von v. Winkel. Wiesbaden, 1904, 11, 2, 655—1022.
- Westbrook O.** Surgery in the presence of intrauterine pregnancy. Texas State J. med., 1956, 5, 2, 78—80.
- Wexler D., Kohn A. a. Biruberg Ch.** Conservative tubal surgery in ectopic pregnancy. Fertil. a. Steril., 1956, 7, 3, 241—250.

Повреждения половых органов

- Авлецкий Б. В.** Клиническая картина разрыва матки в зависимости от этиологических факторов. Пути предупреждения разрыва матки. Акушерство и гинекология, 1939, 12, 50—58.
- Алешко К. Б.** К вопросу об острых послеродовых выворотах матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, 1, 106—109.
- Асратян Э. А.** Очерки по этиологии, патологии и терапии травматического шока. Медгиз. М., 1945.
- Бакиева Р. Г.** Вазомоторный коллапс при позднем токсикозе беременности. Акушерство и гинекология, 1959, 4, 38—45.
- Бутковский Г. И.** К материалам о перфорациях матки при операции искусственного прерывания беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, 8, 828—831.
- Вербов Я. Ф.** О самопроизвольном разрыве матки при затянувшихся родах и об отсутствии при этом сложной механики. Журнал акушерства и женских болезней, 1911, 10.
- Веселкин П. Н.** Экспериментальные данные по патогенезу травматического шока. Труды конференции по проблеме шока. Киев, 1937.
- Галактионов А. И.** Три случая разрыва матки во время беременности. Акушерство и гинекология, 1940, 11, 57—59.
- Гиллерсон А. Б. и Бакиева Р. Г.** Разрывы матки после операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1957, 2, 59—62.
- Жорданиа И. Ф.** Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения. Акушерство и гинекология, 1950, 4, 3—11.
- Жорданиа И. Ф.** Об осмотре зеркалами шейки матки у родильниц. Акушерство и гинекология, 1950, 1, 14—15.
- Зацепин С. Д.** К вопросу о вывороте матки и его лечении. Гинекология и акушерство, 1930, 3, 451—456.
- Кочергинский А. З.** Прободение матки при искусственном аборте. Акушерская госпитальная клиника. Медгиз, 1959, 72—77.
- Ледомский В. И.** К вопросу о патологии и терапии разрывов матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1909, 1 и 2.
- Персианов Л. С.** Разрывы матки. Медгиз. М., 1952; Минск, 1954.
- Рабиянович Е. З.** К вопросу о диагностике неполного прободения матки при абортах. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 97—98.
- Семенченко В. Ф.** Выворот матки, обусловленный родившийся субмукозной фибромиомой. Акушерство и гинекология, 1956, 6, 86.
- Сидоров Н. Е.** К вопросу о лечении разрывов матки. Акушерство и гинекология, 1953, 2, 57—60.
- Терехова А. А.** Операция при разрыве матки в родах под местной анестезией по Вишневскому. Акушерство и гинекология, 1949, 1, 3—8.
- Ульяновский Л. В.** К учению о гематоме наружных половых органов и влагалища во время родов. Труды акушерско-гинекологической клиники проф. А. А. Редлиха. В. 1. СПб., 1913, 161—176.
- Шах-Паропян С. С.** Экстирпация матки при родовых разрывах с предварительной перевязкой подчревных артерий с обеих сторон. Акушерство и гинекология, 1939, 12, 58—59.
- Bak Th. a. Hayden G.** Rupturae of the pregnant uterus. Am. J. Obstet. Gynec., 1955, 70, 5, 961—971.
- Bill H. a. Barney W. a. Melody G.** Rupture of uterus. Am. J. Obstet. Gynec., 1944, 47, 5, 712—717.
- Brierton J.** Rupture of the pregnant uterus. Am. J. Obstet. Gynec., 1950, 59, 1, 113—124.
- Zangenmeister W.** Inversio uteri puerperalis im Handbuch der Geburtshilfe, A. Döderlein. Bd. III. München, 1925.

Кесарево сечение

- Бакшеев Н. С.** Ведение родов после перенесенного кесарева сечения. Педиатрия, акушерство и гинекология (укр.), 1954, 4.
- Бакшт Г. А.** Абдоминальное родосечение (кесарево сечение) в современном акушерстве. Изд. Воронежского института, 1934.
- Белоглядова Н. И. и Коровина Т. Н.** К вопросу о кесаревом сечении при перитоните. Советская медицина, 1958, 3, 131—132.
- Белшапко П. А.** Об абдоминальном кесаревом сечении. Акушерство и гинекология, 1956, 6, 51—53.
- Бубличенко Л. И.** О расширении показаний к брюшностеночному кесарскому сечению. Гинекология и акушерство, 1927, 3, 265—274.
- Бурдэ Б. И.** Роды при узком тазе за 35 лет (1922—1956). Акушерство и гинекология, 1958, 5, 41—44.
- Бурханов А. И.** Роды после операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1957, 4, 55—57.
- Бурханов А. И.** О повторном кесаревом сечении с поперечным разрезом в нижнем сегменте. Акушерство и гинекология, 1958, 5, 49—50.
- Буханов Я. Г.** К вопросу о перенашивании беременности. Акушерство и гинекология, 1959, 2, 50—53.
- Вейс В. П.** Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1952, 3, 41—44.
- Гуровская Т. М.** Сравнительная оценка некоторых методов брюшностеночного кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 28—37.
- Гуртовой Л. Е.** Некоторые дополнительные данные о классическом кесаревом сечении. Акушерство и гинекология, 1956, 6, 48—51.
- Гуртовой Л. Е. и Сизова В. И.** Непосредственные и отдаленные результаты классического кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1954, 5, 49—52.
- Гусаков Л. А.** О видоизменении операции Дерффлера. Акушерство и гинекология, 1939, 11, 64—66.
- Жмакин К. Н., Волков Я. Н., Репина М. М.** Кесарево сечение в современном акушерстве. Акушерство и гинекология, 1952, 3, 30—40.
- Ильин И. В.** О ведении беременности и родов у женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Автореф. дисс. Минск, 1958.
- Каплинский И. А.** О производстве кесарева сечения под местной инфльтрационной анестезией в сочетании с двусторонней паранефральной блокадой по А. В. Вишневскому. Акушерство и гинекология, 1959, 2, 92—93.
- Капустина З. А.** Кесарево сечение. Акушерство и гинекология, 1957, 3, 96—98.
- Кейлиа С. Л.** К 35-летию операции влагалищного кесарева сечения по Ю. А. Лейбчику. Советская медицина, 1959, 2, 156—158.
- Козлов И. Ф., Дьяконов В. В.** Местная инфльтрационная анестезия при брюшностеночных чревосечениях в акушерстве и гинекологии. В кн.: Работы кафедры акушерства и женских болезней Казанского медицинского института. В. 1—2. Казань, 1934, стр. 139—159.
- Лебедев Н. П.** К методике поперечного разреза в перешейке матки для брюшностеночного родоразрешения. Акушерство и гинекология, 1951, 6, 12—16.
- Малиновский М. С.** Кесарево сечение. БМЭ, 1959, т. 12, 669—697.
- Маненков П. В. и Фролова Н. И.** О течении и ведении срочных родов после перенесенной операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1958, 5, 44—49.
- Персианинов Л. С.** Местная анестезия по Вишневскому при акушерских и гинекологических операциях. Медгиз. М., 1955.
- Персианинов Л. С.** Об отдаленных результатах операции кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1956, 4, 20—24.
- Полонский Я. Н.** Сравнительная оценка абдоминального и вагинального родоразрешения. Советская медицина, 1946, 12.
- Полонский Я. Н.** Современные показания к операции кесарева сечения. Советская медицина, 1952, 3, 29—32.
- Полонский Я. Н. и Ильина Н. В.** О сравнительной оценке ретровезикального и классического кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1956, 4, 24—28.
- Туганова А. М.** Роды после операции корпорального кесарева сечения. Акушерство и гинекология, 1956, 4, 28—32.
- Фортус Р. М.** Непосредственные и отдаленные результаты кесарева сечения для матери и плода. В кн.: Акушерско-гинекологическая практика. Киев, 1952, 76—79.
- Черток Р. А.** Абдоминальное кесарское сечение. Воронеж, 1939.

Ш а л ы т Л. Г. Некоторые особенности техники ретровезикального кесарева сечения по Гусакову. *Акушерство и гинекология*, 1952, 5, 72—73.

Ю р ь е в а Л. В. Кесарское сечение при узком тазе по материалам акушерской клиники Хабаровского медицинского института за 10 лет. *Труды Хабаровского медицинского института*. Хабаровск, 1952, 12, 260—265.

В а с е г К. Vaginal delivery after lower uterine cesarean section. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1955, 100, 6, 6, 690—696.

С о л в и н Е. Expansion versus restriction of cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1953, 4, 194.

Д у с к е р и н г F. Delivery after cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1946, 51, 621—634.

Н о л л а н д. Rupture of the cesarean section scar etc. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1921, 3/4, 488.

К р а у с с о л д E. Beckenendlage und kaiserschnitt. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 36, 1409—1422.

Н о в а с к Н. Schnittentbindungserfahrungen der Universitäts-Frauenklinik Leipzig in den letzten 15 Jahren. *Zbl. f. Gynäk.*, 1952, 22, 861—870.

Р е н к е р т M. Ein sechster Kaiserschnitt. *Zbl. f. Gynäk.*, 1950, 4, 193—197.

В и л л и а м с J. Study of uteri removed et cesarean section. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1917, 28, 335.

В и л с о н A. Labour and delivery after cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1951, 62, 6, 1225—1233.

С т е ф ф е н F. W. Lebensbedrohliche Blutung infolge Plazentarestes im Zervikal kanal nach Kaiserschnitt, bei Placenta praevia cervicalis accreta. *Zbl. f. Gynäk.*, 1957, 30, 1158—1161.

Г н о й н ы е п р о ц е с с ы

Б а р о н М. А. Реактивные структуры внутренних оболочек. *Медгиз*. М., 1949.

Б а р т е л ь с А. В. Септические послеродовые заболевания. В кн.: *Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство*. Под ред. К. Н. Жмакина и Л. Г. Степанова. *Медгиз*. М., 1953, стр. 431—490.

Б е л ь с к и й А. В. К патогенезу, клинике и лечению гнойных маститов. Автореф. дисс. Саратов, 1952.

Б р а у д е И. Л. Хирургическое лечение гнойных параметритов и парацеллюлитов. *Акушерство и гинекология*, 1946, 3, 29—37.

Б р а у д е А. И. О всасывающей способности брюшины малого таза женщин. *Акушерство и гинекология*, 1950, 1, 8—13.

Б р а у д е А. И. Роль широких связок матки в образовании полостной жидкости. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 1950, 2, 143—150.

Б р а у д е А. И. Рецепторы париетальной брюшины малого таза женщин. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*, 1952, 10, 65—71.

Б р а у д е А. И. Об изменениях сосудистого русла широких связок матки при нарушении иннервации. *Известия АН ЛатССР*, 1954, 8, 113—117.

Б р а у д е А. И. Функциональная морфология брюшины малого таза человека. Дисс. Рига, 1955.

Б р е г а д з е И. Л. Внутривнутрибрюшинная химиопрофилактика и химиотерапия перитонита. Новосибирск, 1955.

В и ш н е в с к и й А. В. и В и ш н е в с к и й А. А. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид патогенетической терапии. М., 1952.

В л а д и м и р о в и ч Г. А. Хирургическое лечение местных проявлений септического пуэрперального процесса. Сборник работ по акушерству и гинекологии. *Медгиз*. М., 1944.

В л а д и м и р о в и ч Г. А. Хирургическое лечение пуэрперального сепсиса и его осложнений. М., 1947.

В о й н о - Я с е н е ц к и й В. Ф. Очерки гнойной хирургии. *Медгиз*, 1946.

Г а ф у р о в Х. Г. Разлитой гнойный перитонит. Ташкент, 1957.

Г и л ь е р с о н А. В. Перитониты генитального происхождения. В кн.: И. Л. Брауде. *Оперативная гинекология*. М., 1959.

Г о л у б е в а В. А. Сравнительная оценка хирургического лечения острых гнойных маститов в сочетании с некоторыми антибиотиками. Автореф. дисс. М., 1953.

Д о р о х о в И. И. Некоторые вопросы морфологии и патогенеза острого перитонита. *Вестник хирургии имени Грекова*, 1955, 7, 58.

Ж д а н о в Д. А. Функциональная анатомия лимфатической системы. Л., 1940.

И л ь к е в и ч В. Я. Диагностика и систематика послеродовых инфекционных заболеваний. *Гинекология и акушерство*, 1930, 2, 165—182.

- Илькевич В. Я. Послеродовые заболевания. Проблемы теоретической и практической медицины. Сб. IV. Биомедгиз, 1937.
- Иосифов В. Г. К вопросу о всасывании лимфатическими путями диафрагмы. Русский архив анатомии, гистологии, эмбриологии, 1928, 7, 2, 219.
- Лисицина О. Б. Морфологические изменения брюшины при острых гнойных перитонитах, леченных антибиотиками. Экспериментальная хирургия, 1958, 6, 58.
- Лурье Т. М. Лечение гнойных лактационных маститов пенициллином. Автореф. дисс. М., 1950.
- Малиновский М. С. и Кушнир М. Г. Послеродовая инфекция. М., 1927.
- Маягейм А. Е. Патогенез, клиника и лечение послеродового лактационного мастита. Минск, 1936.
- Низовцев В. И. К вопросу о морфологии рецепторного аппарата париетальной брюшины человека. Сборник научных работ Минского медицинского института, 1958, 21, 427.
- Петров В. А. О функции брюшины в нормальных и патологических условиях. Вестник хирургии имени Грекова, 1955, 4, 18.
- Рафалькес С. Б. Трещины сосков и лактационные маститы. М., 1951.
- Ревис В. А. и Муравей И. П. О всасывании крови из брюшной полости при асептическом воспалении брюшины. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1950, 29, 4, 423.
- Рехелис С. Д. Лечение перитонитов пенициллином. Труды Кишиневского медицинского института, 1950, т. II, стр. 261.
- Рудюк М. П. Абсцедирующий лактационный мастит. В кн.: Акушерская госпитальная клиника. М., 1959.
- Сазонов С. В. Опыт динамической систематики септических заболеваний. Гинекология и акушерство, 1935, 4, 39—47.
- Greuning M. u. Hognisch R. Erneuter Anstieg der Mastitigfrequenz. Bakteriologische Untersuchungen über Ausbreitungsweg und Prophylaxe. Zbl. Gynäk., 1955, 11, 430—439.
- Dögg H. Mastitis probleme. Münch. med. Wschr., 1956, 35, 1162—1163.
- Jaschke T. Die weibliche Brust. В кн.: Biologie und Pathologie des Weibes. Seitz L. u. Amreich, 1955, t. V.

Аппендицит и беременность

- Богатырев М. Ф. Острый аппендицит и беременность. Акушерство и гинекология, 1953, 3, 67—68.
- Введенский К. К. Острый аппендицит и беременность. Акушерство и гинекология, 1953, 1, 68—71.
- Виноградов Н. А. Аппендицит и беременность. Л., 1941.
- Гуревич Н. И. Острые хирургические заболевания брюшной полости. Медгиз. М., 1959.
- Заславский Л. Д. Об ошибках в диагностике острого аппендицита при беременности. Акушерство и гинекология, 1959, 1, 55—57.
- Каплан А. Л. Аппендицит и беременность. В кн.: И. Л. Брауде. Оперативная гинекология. М., 1959.
- Рихтер Г. А. Динамическая непроходимость кишечника. В кн.: И. Л. Брауде. Оперативная гинекология. М., 1959.
- Сапожников В. И. Сочетания заболеваний половых органов женщины с аппендицитом. В кн.: И. Л. Брауде. Оперативная гинекология. М., 1952.
- Burke J. Early historical aspects of appendicitis. Surgery, 1930, 130, 5, 905.
- Gucci G. L'addome acuto nel quardo diagnostico della appendicite acuta. Firenze, 1955.
- Karn H. History of acute appendicitis. New Engl. med. j., 1950, 49, 400.
- Mikulicz-Radecki F. Appendicitis während der Schwangerschaft. Med. Klin., 1954, 41, 1644—1649.
- Serment H. et Duittoz E. A propos du traitement de l'appendicite aigue et la grossesse. Gynéc. et Obstét., 1952, 3, 264—270.

Опухоли половых органов

- Агаронов А. М. К вопросу о терапии кист яичника при беременности. Акушерство и гинекология, 1959, 6, 91—95.
- Александров М. С. Хирургическое лечение фибромиом матки (консервативно-пластические операции на матке при фибромиоме). Медгиз, 1958.

- Г о р и з о н т о в Н. И. Об осложнении беременности раком. Гинекология и акушерство, 1929, 1, 16—22.
- Б а к у л е в А. Н. Клинические очерки оперативной хирургии. Медгиз. М., 1954.
- Б р а у д е И. Л. О хирургическом лечении фибромом матки во время беременности. Акушерство и гинекология, 1948, 4, 11—14.
- Д а в и д е н к о А. А. Оценка гистологического и гормонального методов диагностики хорионэпителиомы. Акушерство и гинекология, 1960, 3, 30—32.
- Д о б р о т и н С. С. 1102 случая операции Вертгейма в модификации К. Ф. Богуша. Акушерство и гинекология, 1939, 7, 45—48.
- Ж о р д а н а И. Ф. К проблеме рака яичника. Акушерство и гинекология, 1956, 5, 40—45.
- К а п л а н А. Л. Пузырный занос. Хорионэпителиома. Акушерская госпитальная клиника. Медгиз, 1959.
- К в а т е р Е. И. Оперативное лечение рака матки. Советская медицина, 1947, 7.
- К е й л и н а Х. В. Роды и послеродовой период при фибромоме матки. Советская медицина, 1940, 1.
- К р а с т и н а Э. М. Случай рака влагалища при беременности. Вестник рентгенологии и радиологии, 1955, 3, 101—102.
- Л а н д а у Я. М. Клиника и диагностика хорионэпителиомы матки по материалам акушерско-гинекологической клиники Сталинского медицинского института. Акушерство и гинекология, 1960, 3, 24—27.
- Л е б е д е в а А. Н. Рак шейки матки и беременность. Проблемы онкологии, 1948, 4.
- Л у р ь е Р. Г. Беременность и роды при фибромоме матки. Труды VI I Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов. Киев, 1930.
- М а й к а п а р - Х о л д и н а Т. А. Метастатические опухоли яичников и беременность. Акушерство и гинекология, 1949, 4, 27—33.
- М а к с и м е н к о З. С. Хорионэпителиома и перфорация тела матки. Акушерство и гинекология, 1956, 6, 82—83.
- М а л и н и н А. И. Осложнения родов нагноившейся дермоидной кистой. Журнал акушерских и женских болезней, 1926, 3, 303—308.
- М а л и н о в с к и й М. С. Заболевания яичников. Глава в руководстве по женским болезням Л. А. Кривского. Л., 1927, 892—951.
- М а н д е л ь ш т а м А. Э. Хорионэпителиома матки. Л., 1938.
- М а н д е л ь ш т а м А. Э. Пузырный занос, хорионэпителиома. В кн.: Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. Медгиз, 1953.
- М а н е н к о в П. В. и А н д р е з е и Н. В. Наша техника местной инфльтрационной анестезии при акушерско-гинекологических операциях. Казань, 1956.
- М а р к о в А. Я. О сочетании рака матки с беременностью. Акушерство и гинекология, 1959, 1, 87—88.
- М и х а й л о в В. П. и Т е р е х о в а А. А. Ближайшие и отдаленные результаты 800 операций Вертгейма. Вопросы онкологии. М., 1950.
- М и х н о в С. Д. Консервативная миомэктомия при беременности. СПб., 1905.
- М о г и л е в М. В. Об оперативных вмешательствах при фибромиомах матки у беременных. Советская медицина, 1951, 8.
- Н о в и к о в Ю. И. К вопросу о раке шейки матки при беременности. Акушерство и гинекология, 1954, 3, 66—68.
- П е р с и а н и о в Л. С. Местная анестезия по Вишневскому при акушерских и гинекологических операциях. Медгиз. М., 1955.
- П е т р о в Н. Н. Профилактика злокачественных опухолей. Новости медицины. Злокачественные опухоли. Издательство АМН СССР, 1947.
- Р о м а н о в с к а я Н. П. Течение беременности и родов при фибромоме матки. Дисс. М., 1948.
- С е р е б р о в А. И. Показания к оперативному и лучевому методу лечения рака матки. Советская медицина, 1947, 7.
- С е р е б р о в А. И. Рак матки. Медгиз. Л., 1957.
- С е р е б р о в А. И. Современное состояние вопроса о лечении злокачественных опухолей женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1960, 3, 7—13.
- С о р о к а П. Г. Рак шейки матки и беременность. Акушерство и гинекология, 1960, 3, 108—109.
- Т и м о ф е е в А. И. Опыт применения местной инфльтрационной анестезии при гинекологических операциях. Казанский медицинский журнал, 1928, 10, 1013—1023.
- У д а л о в а К. Н. Беременность, роды, послеродовой период при фибромоме матки и после консервативной миомэктомии. Автореф. дисс. М., 1953.
- Ц в а й н е р Я. П. Кисты яичника, осложняющие беременность. Акушерство и гинекология, 1960, 6, 97—98.
- Ч е р н е ц о в а Е. С. Отдаленные результаты оперативного лечения фибромом матки. Акушерство и гинекология, 1955, 3, 59—61.

- Чудновский Ф. М. О сохранении полового цикла при радикальных операциях миом матки. *Акушерство и гинекология*, 1938, 9, 63—67.
- Шмундак Д. Е. Ранняя диагностика рака матки. *Советская медицина*, 1949, 6.
- Шуб Р. Л. Хирургическое лечение фибриомом и трудоспособность. *Акушерство и гинекология*, 1938, 9, 68—71.

- Allan M. S. a. Hertig A. T. Carcinoma of the ovary. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1949, 58, 4, 640—653.
- Berens I. I. Krukenberg tumors of the ovary. *Am. J. Surg.*, 1951, 81, 5, 484—491.
- Breitner J. Ausgetragene Gravidität und lebendes Kind bei faustgrossen submukösem Korpusmyom. *Zbl. gynäk.*, 1952, 8, 289—291.
- Brown A., Chamberlain R., Te Linde R. Myomectomy. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1956, 71, 4, 759—763.
- Braunschwig A. Le traitement chirurgical moderne du cancer du col uterin. *Union Med. du Canada*, 1955, 83, 5, 509—512.
- Chmelik V. K technice hysterektomie pri velkém a nepohyblivém cervikalním myomu. *Českoslov. gynaek.*, 1951, 16, 433—443.
- Danforth W. C. Sarcoma of the uterus. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1950 59, 3, 598—608.
- Dargent M., Mayer M., Colon J. Les limites et les indications de l'exentération pelvienne pour cancer gynécologique en phase avancée. *C. R. Soc. franç. gynéc.*, 1957, 293—303.
- Dargent M. et Mayer M. Valeur de la colpo-hystérectomie totale par voie périnéale dans le traitement des cancers du corps utérin. *Lyon chir.*, 1956, 51, 5, 580—586.
- Davis A. M. Myomectomy. Surgical technique and results in a series of 1.150 cases. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1952, 63, 3, 592—604.
- Didle A. W. End results in the surgical treatment of ovarian cancer. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1949, 58, 4, 790—794.
- Döderlein G. Der Begriff der Operabilität beim Collum Karzinom. *Arch. Geschwulstforsch.*, 1949, 1, 1—12, 211—214.
- Döderlein G. Die Wertheimische Operation. *Arch. Gynäk.*, 1955, 186, 408—418.
- Harold L., Gaineg M. D. a. James Keeler M. D. Submucosus myoma in term pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1949, 4, 727—737.
- Heberer H. Zur Symptomatologie des malignen Chorionepitheliomis. *Zbl. Gynäk.*, 1950, 17, 1032—1035.
- Johnson W. O. Ovarian tumors: a five year study (1949—1954) in four Louisville hosp. *Am. J. Surg.*, 1956, 22, 2, 179—186.
- Kirschbaum H. A new and extended radical operation for carcinoma of the uterus (cervix a fundus). *J. Intern. Cool. Surg.*, 1948, 11, 5, 485—498.
- Nunnell E. W. a. Taylor H. C. Ovarian carcinoma. A review of 200 primary and 51 secondary cases. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1949, 58, 5, 943—959.
- Navratil E. Die Entwicklung der Operationsmethoden zur Entfernung der karzinomatösen Gebärmutter. *Wien. klin. Wschr.*, 1948, 17, 233—238.
- Nowak F. Beitrag zur Klinik des Chorionepitheliom. *Zbl. Gynäk.*, 1957, 41, 1601—1609.
- Nordmeyer K. Tumor und Gravidität. *Zbl. Gynäk.*, 1952, 21, 804—808.
- Rammel A. Die Therapie des Ovarial Karzinoms an der Univ. Frauenklinik Würzburg von 1939—1952. *Zbl. Gynäk.*, 1957, 48, 1865—1867.

Асфиксия плода и новорожденного

- Агарнов А. М. Бережный метод оживления при асфиксии новорожденных. *Врачебное дело*, 1950, 5.
- Аядреев Ф. А. Опыт восстановления деятельности сердца, дыхания и центральной нервной системы. *Вопросы научной медицины*, 1913, 2.
- Аршавский И. А. К механизму возникновения асфиксии у новорожденных детей и физиологическому обоснованию методов борьбы с ней. В кн.: *Патофизиология внутриутробного развития*. Медгиз. Л., 1959.
- Зейлигман И. Х. Асфиксия новорожденных и борьба с ней. Автореф. дисс. Иваново, 1950.
- Каминская В. Т. О внутриартериальных вливаниях крови и лекарственных веществ при асфиксии у новорожденных, о гистоморфологии нервных приборов сосудов пупочного канатика и кожи пупочного кольца. Автореф. дисс. Минск, 1956.
- Легенченко И. С. Физиологический метод оживления мнимоумерших новорожденных. *Акушерство и гинекология*, 1947, 4, 38—43.
- Персиянинов Л. С. Оживление новорожденных, родившихся в асфиксии, внутриартериальными вливаниями крови и лекарственных веществ. *Акушерство и гинекология*, 1953, 2, 10—14.

- Персианинов Л. С. Особенности распространения лекарственных веществ, вводимых в пупочные сосуды при асфиксии. *Акушерство и гинекология*, 1959, 3, 63—70.
- Персианинов Л. С. Асфиксия плода и новорожденного. *Медгиз*. М., 1961.
- Полущев Ф. Н. Оживление новорожденных, родившихся в асфиксии, введением в пупочную артерию раствора хлористого кальция. Автореф. дисс. Саратов, 1958.
- Пшеницина К. А. Оживление новорожденных, родившихся в асфиксии, с помощью аппарата для искусственного дыхания. *Акушерство и гинекология*, 1956, 6, 33—37.
- Ракуть В. С. Восстановление жизненных функций организма при асфиксии внутриартериальным введением комплекса лекарственных веществ. Автореф. дисс. Минск, 1958.
- Соколов В. Н. Метод бережного оживления при асфиксии новорожденных. Сборник научных трудов Башкирского медицинского института, 1941, 4, 53—57.
- Соловьева Т. Г. Резус-фактор в лабораторной и клинической практике. *Медгиз*. Л., 1957.
- Челомбитко Ю. П. Оживление новорожденных, родившихся в асфиксии. *Акушерство и гинекология*, 1941, 6, 22—23.
- Хентов Р. А. Газовый состав крови пупочных сосудов в норме и при асфиксии. Автореф. дисс. М., 1949.
- Barcroft J. *Researches on prenatal life*. Oxford, 1946.
- Bickenbach W. Neue Methoden in der Behandlung asphyktischer Neugeborener. *Dtsch. med. Wschr.*, 1947, 72, 31/32, 434—437.
- Ferraris G. Nota di tecnica sulla transfusione endofunicolare per il trattamento dello shock asfittico del neonato. *Minerva ginec.*, 1955, 7/7, 312—315.
- Potter E. L. *Pathology of the fetus and the newborn*. Chicago, 1953.
- Valle G. Presentazione di un caso eccezionale di riviviscenza. *Minerva ginec.*, 1952, 4/6, 262—267.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Предисловие	3
Введение	5
Организация неотложной акушерско-гинекологической помощи. Проф. <i>О. В. Макаева</i> и кандидат медицинских наук <i>Н. Е. Гранат</i>	
Острая кровопотеря и борьба с ней. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	18
Борьба с острой кровопотерей	26
Внутриартериальное переливание крови	31
Значение резус-фактора при переливании крови	40
Маточные кровотечения при беременности. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	42
Выкидыш	42
Методика и техника опорожнения матки при выкидыше	49
Пузырный занос	56
Хориоэпителиома матки	59
Кровотечения в конце беременности и в родах (до рождения плода). Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	62
Предлежание плаценты	62
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	71
Выпадение плаценты	74
Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	75
Шеечная беременность. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	84
Повреждения половых органов во время беременности и родов. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	87
Повреждения матки при выскабливании (прободение)	87
Повреждения наружных половых органов, влагалища и промежности во время родов	94
Разрывы шейки матки. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	108
Разрывы тела матки. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	111
Этиология и патогенез разрывов матки	112
Симптоматология и диагностика угрожающего разрыва матки	114
Терапия угрожающего разрыва матки	120
Симптоматология и диагностика совершившегося разрыва матки	121
Терапия совершившегося разрыва матки	127
Профилактика разрывов матки	134
Выворот матки. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	137
Разрыв мочевого пузыря в родах. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	145
Кесарево сечение. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	148
Абсолютные показания к операции кесарева сечения	148
Относительные показания к операции кесарева сечения	149
Подготовка к операции	153
Классическое кесарево сечение	154
Брюшностеночное кесарево сечение в нижнем сегменте	160
Влагалищное кесарево сечение	165
Кесарево сечение в инфицированных случаях	169

Ведение родов у женщин, перенесших кесарево сечение	170
Острый аппендицит у беременных. Проф. <i>В. А. Жмур</i>	171
Симптоматология и клиника аппендицита	174
Лечение при остром аппендиците	179
Непроходимость кишечника у беременных. Проф. <i>В. А. Жмур</i>	183
Завороты	186
Спаечная непроходимость	189
Обтурационная непроходимость	190
Лечение при непроходимости	192
Ретрофлексия матки и беременность. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	196
Внематочная беременность. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	200
Клиника и диагностика внематочной беременности	200
Клиника и диагностика при разрыве беременной трубы	201
Клиника и диагностика при трубном выкидыше	205
Лечение при внематочной беременности	216
Редкие формы внематочной беременности	229
Кровотечения при повреждениях половых органов и опухолях матки. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	237
Повреждения наружных половых органов	237
Кровотечения из матки	239
Надвлагалищная ампутация и экстирпация матки	240
Опухоли внутренних половых органов при беременности и родах. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	250
Доброкачественные опухоли яичников	250
Фибромиома матки	251
Фибромиома матки и роды	256
Фибромиома, осложняющая послеродовый и послеродовой периоды	257
Злокачественные опухоли яичников	257
Рак шейки матки	258
Рак шейки матки и беременность	258
Рак шейки матки и роды	260
Расширенная экстирпация матки	261
Перекручивание ножки опухоли или целого органа половой сферы женщины. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	274
Перекручивание придатков матки	281
Яичниковые кровотечения. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	282
Гнойные процессы	285
Гнойный параметрит. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	285
Оперативное лечение гнойного параметрита	288
Брюшностеночный метод вскрытия гнойника	288
Влагалищный метод вскрытия гнойника	292
Перитонит. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	295
Функционально-морфологические изменения брюшины при перитоните. Доктор медицинских наук <i>А. И. Брауде</i>	295
Прободной перитонит в акушерско-гинекологической практике. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	302
Лечение	304
Послеродовой и послеабортный перитонит	309
Пельвеоперитонит	310
Лечение	313
Техника вскрытия заднего влагалищного свода	313
Острый разлитой перитонит	315
Лечение	316
Абсцесс (гнойник) бартолиновой железы. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	317
Гнойный бартолинит во время беременности и в родах	320

Абсцесс парауретральных желез. Проф. <i>И. Л. Брауде</i>	320
Острый гнойный лактационный мастит. Доцент <i>С. Б. Рафалькес</i>	321
Асфиксия плода и новорожденного. Проф. <i>Л. С. Персианинов</i>	328
Диагностика внутриутробной асфиксии плода	328
Профилактика, и лечение внутриутробной асфиксии плода	330
Клиника и диагностика асфиксии новорожденного	333
Лечение асфиксии новорожденного	335
Методика оживления новорожденного, родившегося в асфиксии	339
Уход за новорожденным после выведения его из состояния асфиксии	344
Л и т е р а т у р а	345
Общая литература	345
Кровотечения и борьба с ними	346
Повреждения половых органов	350
Кесарево сечение	351
Гнойные процессы	352
Аппендицит и беременность	353
Опухоли половых органов	353
Асфиксия плода и новорожденного	355

Брауде Исаак Леонтьевич
Персианинов Леонид Семенович
**Неотложная помощь при акушерско-
гинекологической патологии**

Редактор *К. В. Порай-Кошиц*
Техн. редактор *Н. А. Бульдяев*
Корректор *А. Е. Конторовская*
Переплет художника *С. Н. Новоского*

Сдано в набор 10/VII 1961 г. Подписано к печати 9/XII 1961 г. Формат бумаги $70 \times 108^{1/16} = 22,5$ печ. л. + 0,25 печ. л. вкл. (условных 31,7 л.) 28,83 уч.-изд. л. Тираж 20 000 экз. Т. 13326 МН-76

Медгиз, Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ 1/1176. Цена 1 р. 67 к.

Московская типография № 5 Мосгорсовнархоза. Москва, Трехпрудный пер., 9.