

ТРУДЫ
БОРОВЕЖСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

ТРАВМАТИЗМ, ШОК И ОСТРЫЕ
КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ

БОРОВЕЖ
1966

ТРУДЫ ВОРОНЕЖСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Том XXVI

*Глубоководная анестезия в акушерстве
Генеровичу от коллег
Каждому акушеру и гинекологу
16/7 56. ШОК*

ТРАВМАТИЗМ, ШОК И ОСТРЫЕ
КРОВОПОТЕРИ В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ

СБОРНИК РАБОТ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Зав. кафедрой проф. В. А. Покровский

ВОРОНЕЖ
1 9 5 6

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

проф. Н. И. ОДНОРАЛОВ (председатель), проф.
М. Н. ТУМАНОВСКИЙ (зам. председателя),
доц. В. И. ЗАВРАЖНОВ, профессора: М. В.
ЗЕМСКОВ, В. А. ПОКРОВСКИЙ, А. П. ЖУ-
КОВ, А. И. СЕРЖАНИН, Т. Я. ТКАЧЕВ, доцен-
ты: Ю. Ф. МЕХЕДОВА, Н. В. ТАРАСОВ, Г. И.
КРАСНОСЕЛЬСКИЙ, Ю. М. БАЛА (секретарь)
и асс. Я. И. ТАРАДИН (секретарь).

В настоящем сборнике публикуются научные работы акушерско-гинекологической клиники Воронежского государственного медицинского института, выполненные в послевоенные годы.

В клинике за последнее время собирались наблюдения по родовому травматизму, шокowym состояниям и острым кровопотерям в акушерско-гинекологической практике.

Вопросам родового травматизма и борьбе с ним уделяется советским родовспоможением большое внимание. Так, мы имеем в отечественной литературе ряд классических работ по разрывам матки. Тем не менее в отношении терапии разрывов матки существуют различные мнения. Что является ведущим в этой патологии — кровопотеря, инфекция или шок? — этот вопрос также решается отдельными авторами различно.

В сборнике освещаются и другие формы родового травматизма; разрывы шейки матки (их клиника и этиология) мало освещены в литературе. Мы опубликовали также наши данные по разрывам промежности третьей степени и мочеполовым свищам.

В сборник включены наблюдения по шокowym состояниям в акушерстве и гинекологии. При проведении ряда форм акушерско-гинекологической патологии очень часто не учитывалось учение о шоке, между тем нередко травматизм сочетается с шоком. Так, тяжелые формы шока мы наблюдаем при разрывах матки; в зависимости от степени шока при разрыве матки должна быть различная тактика; большое значение при разрывах матки имеет противошоковое лечение.

Учение о шоке позволило нам перестроить свою тактику и при внематочной беременности. Еще в годы Великой Отечественной войны Ф. Я. Венцов (Хабаровская акушерско-гинекологическая клиника) предложил при тяжелых случаях внематочной беременности производить перед операцией трансфузии

крови; этим самым хотя бы частично снимается насаивающееся на кровопотерю шоковое состояние. Наблюдения в течение ряда лет полностью подтвердили правильность этой тактики.

Мы понимаем, что помещаемые в сборнике работы о шоковых состояниях далеко не полно освещают этот вопрос, и нужны дальнейшие исследования в этой области; если мы все же решаемся на их опубликование, то только потому, что в литературе мы имеем еще очень мало работ по этому вопросу.

Кровотечение — самое частое осложнение в акушерско-гинекологической практике. Развивающийся при острых кровопотерях коллапс близок по своей клинической картине к шоку. Нередко эти две формы патологии наблюдаются совместно. Поэтому изучение их в клинической практике неизбежно должно проводиться в неразрывной связи. Наступающие после кровотечений гематологические изменения очень часто оцениваются вне их динамического развития. Представленные в сборнике работы демонстрируют типичные сдвиги в картине крови после острых и повторных кровопотерь.

Исходя из учения отечественной физиологии о целостности организма, необходимо в борьбе с травмой, с шоком и острыми кровопотерями направлять наше внимание на изменения во всем организме. При тяжелых формах разрыва матки, предлежаний плаценты, внематочной беременности в Воронежской акушерско-гинекологической клинике широко применяются до операции трансфузии. Прежде чем произвести ту или иную операцию при этих формах патологии, необходимо уменьшить аноксемические явления в центральной нервной системе.

Нам казалось не лишенным интереса опубликовать результаты исследований клиники за 10 лет. Вопросы травматизма и кровотечений, их оценка, профилактика и терапия и сейчас остаются одними из самых актуальных в нашей области.

В сборник включены работы сотрудников кафедры и базы клиники — родильного дома № 4 (главн. врач Н. З. Строкова).

Профессор В. ПОКРОВСКИЙ.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

Я. Х. СКУЯ, доцент

(Сообщение первое)

Вопрос о родовом травматизме широко обсуждался на 3-м пленуме по родовспоможению 1950 г. Борьба с родовым травматизмом является одной из актуальнейших задач в акушерстве и гинекологии.

Несмотря на огромные достижения советского родовспоможения, разрывы матки продолжают занимать определенное место среди причин материнской смертности в родах. Поэтому вопросы диагностики, рациональной терапии и профилактики разрывов матки сохраняют свою актуальность и в настоящее время.

Это и побудило нас более подробно изучить роды, осложненные разрывом матки, наблюдавшиеся непосредственно в Воронежской акушерско-гинекологической клинике в течение послевоенных лет (1945—1950 гг.), а также разрывы матки (в районах области), разбиравшиеся в областной комиссии по родовспоможению.

В акушерстве долго господствовали чисто механистические объяснения разрывов матки, в частности теория Бандля. На несостоятельность этой теории для объяснения большинства случаев спонтанных разрывов матки первым указал крупный русский акушер Я. Ф. Вербов.

Последующие исследования ряда советских авторов (Б. В. Азлецкий, А. В. Вицкая, А. Я. Блиндер, В. Н. Власов, В. М. Малавинский и др.) полностью подтвердили правильность взглядов Я. Ф. Вербова и показали, что в большинстве случаев спонтанных разрывов матки на месте разрыва имеются ясно выраженные явления дегенерации, признаки перенесенного воспаления маточной стенки и наличие чрезмерного развития соединитель-

ной ткани. В некоторой части случаев на месте разрыва при микроскопическом исследовании, правда, не удается обнаружить признаков предшествовавших патологических изменений со стороны тканей; но исследования матки после происшедшего разрыва не всегда позволяют нам составить ясное представление о состоянии матки до разрыва ее.

По литературным данным, 88% всех разрывов матки приходится на повторнородящих и только 12% — на первородящих.

Наши наблюдения охватывают 40 родов, осложненных разрывом матки, которые необходимо разделить на две группы. Первую группу составляют 20 рожениц с разрывом матки, поступивших в клинику из роддомов города и больниц области для оказания экстренной помощи. Вторая группа охватывает 20 родов с разрывами матки, происшедших в разных больницах области, проводившихся на местах и разбиравшихся в областной комиссии по родовспоможению. При анализе летальности и характера оказанной помощи каждая группа будет разбираться отдельно; сначала мы приведем данные о всех роженицах.

По возрасту наши роженицы распределяются следующим образом: до 20 лет — 1, от 21 до 30 лет — 14, от 31 до 40 лет — 20, свыше 40 лет — 5.

Наши небольшие наблюдения подтверждают, что разрывы матки чаще встречаются у рожениц старше 30 лет.

По количеству бывших родов роженицы нашего материала распределяются следующим образом:

первородящих — 5, вторые роды — 5, третьи роды — 2, четвертые роды — 8, пятые роды — 5, шестые роды — 4, седьмые роды — 2, восьмые роды — 3, девятые роды — 4, десятые роды — 1, двенадцатые роды — 1.

Многорожавшие роженицы (имевшие 5 и больше родов) составляют половину всех рожениц. У 10 рожениц в анамнезе имелись указания на аборт в количестве от 1 до 4; непосредственной причиной одного разрыва необходимо считать нераспознанную перфорацию матки при аборте, предшествовавшем беременности.

Неправильное положение плода и нарушение нормального механизма родов отмечены в 15 родах, а именно: у 10 рожениц было поперечное положение плода, у 4 рожениц — асинклитическое вставление головки, у одной роженицы — передний вид лицевого предлежания.

Что касается моментов, предрасполагающих к разрывам матки, то, как указано выше, они могут быть чрезвычайно разнообразными. Л. С. Персиянинов в своей работе на основании

разбора 236 разрывов матки, собранных в отечественной литературе, указывает, что ведущим предрасполагающим моментом при спонтанных разрывах матки является перерождение мускулатуры самой матки (56,4%). А. В. Вицкая на основании своего материала также указывает на исключительное значение патологических изменений в тканях самой матки; подобным же образом высказывается и А. Я. Блиндер.

С акушерской точки зрения, большой практический интерес представляет группа, в которой ведущей причиной разрыва является механическое препятствие в виде узкого таза, крупного плода или атипического механизма родов.

И. Ф. Жордания опубликовал анализ 414 историй родов, закончившихся разрывом матки; при этом узкий таз встретился в 30%, крупные размеры плода были в 36%, поперечное положение плода в 17%, разгибательные или асинклитические вставления в 6%.

Среди наших наблюдений, судя по историям родов, у четырех был плоскосуженный таз с наружной конъюгатой в 17,5—18,0 см; у одной роженицы был рахитический плоскосуженный таз, у другой роженицы — общесуженный плоский таз с наружной конъюгатой в 16,5 см. Бесспорно, что в части наших случаев незначительные степени сужения остались нераспознанными. Многие роженицы были недостаточно обследованы.

Необходимо учесть следующий момент: при высоких степенях сужения таза персонал, ведущий роды, настораживается, более внимательно следит за течением родов, раньше распознает нарастающую патологию и поэтому своевременно принимает те или другие меры; при малых же степенях сужения, а тем более у повторно-и многородящих с нормальными наружными размерами таза часто забывают о возможности разрывов матки, недостаточно обращают внимание на особенности течения данных родов, не всегда достаточно тщательно анализируют особенности течения предыдущих беременностей и родов, не всегда выявляют отягощенный акушерский анамнез и поэтому нередко просматривают начинающийся разрыв матки и трактуют возникающие при этом «неясные» симптомы как «вторичную слабость родовых болей» или как «упадок сердечной деятельности».

С целью предупреждения разрывов матки и своевременного выявления сужений таза необходимо у всех беременных при первичном посещении консультации производить тщательное внутреннее исследование таза, изменение диагональной конъюгаты, а также определение лучезапястного индекса Г. А. Соловьева.

У трех рожениц роды протекали с ясно выраженным асинклизмом; повидимому, имело место нераспознанное относительное сужение таза. У четырех рожениц были крупные плоды: у одной — вес плода 5000,0 (длина плода 62 см), у двух вес плода был 4500,0, у одной — 4300,0; роды с таким весом плода при нормальных размерах таза у здоровой роженицы протекают нормально, и только иногда при этом наблюдается некоторое удлинение родов. У наших рожениц, повидимому, имелись дегенеративные изменения в стенке матки, что и привело к разрыву ее.

Исключительно важной, с практической точки зрения, является группа так называемых «насильственных разрывов» матки, так как эта группа состоит из разрывов матки, которые не должны были иметь места при правильной оценке и тщательном анализе состояния роженицы в момент вмешательства, а также при выборе самого способа вмешательства. Среди 414 историй родов, подвергнутых анализу И. Ф. Жордания, спонтанные разрывы составляют 75% и насильственные — 25%. Среди наших наблюдений таких разрывов было 14. Все эти разрывы матки относятся ко второй нашей группе (материалы областной комиссии по родовспоможению). Мы приводим ниже неправильно проведенные операции; в одних случаях сама операция была причиной разрыва (поворот), в других, возможно, разрыв имел место уже до операции (высокие щипцы).

1. Поворот на ножку и извлечение при запущенном поперечном положении — 6 родов.

2. Высокие щипцы при подвижной головке (головка легко отошла) — 2 родов.

3. Извлечение за тазовый конец при неполном раскрытии — 2 родов.

4. Разрыв во время декапитации и эмбриотомии (в части случаев, повидимому, уже при наличии разрывов) — 4 родов.

Еще основоположники русского научного акушерства А. Крассовский и Н. Н. Феноменов в своих классических руководствах по оперативному акушерству многократно указывали на абсолютную недопустимость поворота при запущенном поперечном положении плода.

Как видно из приведенных данных, из акушерских операций при насильственных разрывах на первом месте стоит именно поворот на ножку.

Среди наших наблюдений у одной из женщин причиной разрыва матки была грубая внешняя механическая травма при автомобильной катастрофе.

Разрывы по рубцу на матке после перенесенного кесарева

сечения имели место, на нашем материале, у трех рожениц; разрыв после нераспознанной перфорации матки при предыдущем аборте — у одной.

Вопросу о разрывах матки по послеоперационному рубцу посвящено довольно много работ. Повидимому, особенно часто наблюдаются разрывы матки по рубцу после кесарева сечения по поводу эклампсии и при донно-поперечном разрезе (Л. Я. Блиндер, А. Е. Емшанова). Гистологические исследования мускулатуры матки на месте рубца, произведенные В. А. Покровским и Я. С. Рабиновичем, показывают, что в 17% на месте рубца имеется чрезвычайно слабая мускуляризация с тонким рубцом. Отсюда само собой вытекает абсолютная необходимость раннего профилактического стационарирования всех беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение, а также необходимость исключительного внимания и непрерывного наблюдения за ними в течение последних предродовых дней и в течение самих родов.

Характер и локализация разрыва

Как известно, в зависимости от степени повреждения стенки матки различают: 1) полные разрывы, когда разрывается не только мускулатура матки, но и брюшина; таких разрывов среди наших наблюдений было 34; 2) неполные разрывы матки; среди наших наблюдений было 6; при этом брюшина сохраняется и образуется гематома; 3) *Colporagthexis*, когда поперечным разрывом на уровне сводов матки совершенно отрывается от сводов влагалища. Иногда вместе с маткой разрывается и мочевого пузырь. Предрасполагающим моментом в таких случаях является длительная местная ишемия тканей вследствие сдавления вколотившейся подлежащей частью. Среди наших наблюдений разрыв мочевого пузыря отмечен у трех рожениц.

Чаще всего разрыв располагается в пределах нижнего сегмента или на границе с телом матки. Направление разрыва может быть косое, поперечное или продольное. Разрыв, имеющий косое или восходящее направление, нередко переходит на тело матки.

Мы имели разрыв по передней стенке у 11 рожениц, на задней стенке матки — у 3, боковой — у 17 и по рубцу — у 4.

Диагностика разрывов матки

Исключительно важным, с практической точки зрения, является вопрос о своевременной диагностике угрожающего разрыва матки.

Описанный Бандлем и фигурирующий во всех учебниках симптомокомплекс в основном сводится к следующему: 1) сильное перерастяжение нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца, принимающего при поперечных положениях плода косое направление, 2) матка формы «песочных часов», 3) резкая болезненность и напряжение круглых маточных связок, 4) очень сильные, болезненные схватки, с короткими интервалами, иногда тетанического характера; при разрыве наступает внезапное прекращение на высоте одной из схваток бывшей до того бурной родовой деятельности.

По сборной статистике Л. С. Персиянинова, охватывающей 262 случая, полный симптомокомплекс Бандля наблюдался всего у 15 рожениц, а неполный у 16 (всего 31 роды, или 12%). У Б. В. Азлецкого симптомокомплекс Бандля отмечен в 13,9% на 93 случая разрыва. Среди наших историй родов симптомокомплекс Бандля отмечен у 8 женщин. Таким образом, наши наблюдения подтверждают тот несомненный факт, что основная масса разрывов матки в родах протекает без бандлевской клинической картины. Но это не значит, что они протекают бессимптомно. Мы полностью согласны с И. Ф. Жордания, который пишет, что «не существует бессимптомно протекающего, а тем более совершившегося разрыва матки».

У 5 рожениц (из районов) разрыв матки совершенно не был распознан, а был обнаружен на последующей секции. В 7 родах была отмечена вялость родовой деятельности; при этом в пяти из них родовая деятельность была настолько слабой, что был поставлен диагноз «слабость родовых болей» и принимался ряд мер (до применения больших количеств питуитрина включительно) для усиления родовой деятельности.

При двух нераспознанных разрывах матки летальный исход был ошибочно связан с «недостаточностью сердечной деятельности», хотя в анамнезе и в данных объективного обследования при поступлении этих рожениц в больницу не было никаких указаний на наличие отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Из симптомов, которые наблюдались при совершившемся разрыве, необходимо отметить следующие: 1) вялость, инертность, малая реактивность (13 родов); в историях родов мы не нашли указаний на возбужденность, резко выраженное беспокойство; 2) у всех рожениц отмечены явления со стороны сердечно-сосудистой системы — частый пульс, переходящий в нитевидный; 3) падение кровяного давления; у некоторых рожениц кровяное давление определить не удавалось (6 случаев); при этом падение кровяного давления, как правило, не соответ-

ствовало количеству потерянной крови; только у одной роженицы кровопотеря носила катастрофический характер (около 3 литров).

Почти постоянно имелась реакция со стороны брюшины в виде пареза и вздутия кишечника (метеоризм), напряжения брюшной стенки, резкой болезненности при пальпации, нередко икоты и рвоты.

Из других симптомов, наблюдающихся при атипических разрывах, необходимо указать на следующие: 1) чрезвычайная вялость родовой деятельности, не поддающаяся стимуляции, вследствие чего роды принимали очень длительный, затяжной характер, особенно у повторнородящих, при отсутствии явлений несоответствия между подлежащей частью и размерами таза (7 рожениц); 2) появление кровотечения из родовых путей при отталкивании подлежащей части во время вагинального исследования (6 рожениц); 3) легкое отхождение кверху бывшей до того неподвижной, прижатой подлежащей части (3 роженицы); 4) внезапная, необъяснимая другими причинами асфиксия плода (8 родов); 5) при родившемся плоде задержка плаценты и невозможность ее выведения по Лазаревичу-Креде; 6) явное расхождение между учащающимся пульсом и температурой, которая в подавляющем большинстве остается в пределах нижней границы нормы — около $36,0^{\circ}$ (25 родов); 7) окрашивание мочи кровью (6 родов).

Мы могли отметить у рожениц, у которых кровь была взята до операции, значительное ускорение РОЭ. Самый низкий процент гемоглобина был 30; это имело место у роженицы, у которой с момента разрыва до взятия крови прошло около 25 часов.

При явлениях начинающегося или ясно выраженного перитонита картина крови резко меняется; отмечается значительный лейкоцитоз (у одной из наших рожениц 35 500), нейтрофилез, лимфопения, появление юных форм.

Как мы видим, в клинической картине разрывов матки основным является симптомокомплекс шока.

Основным симптомом мы считали низкое кровяное давление, которое неправильно иногда трактуется как результат первичного заболевания сердца.

Большое значение имеют признаки раздражения брюшины в виде болезненности при пальпации, метеоризма, икоты, иногда рвоты; обычно они предшествуют развитию шока.

Кровопотеря (внутрибрюшинная или наружная) не играет ведущей роли в развитии общего симптомокомплекса наступившего разрыва матки.

Количество крови в брюшной полости

	Больше 2 литров	Около 1 литра	Умеренное количество	Незначи- тельное количество	Не указа- но
Число роженец	1	3	7	4	5

Терапия

Единственным правильным вмешательством при наступившем разрыве матки, безусловно, является срочная операция.

При угрожающем разрыве показано немедленное родоразрешение на месте; роженец с угрожающим разрывом матки необходимо считать абсолютно нетранспортабельными, так как неизбежные при перевозке сотрясения только ускоряют наступление разрыва. В этом вопросе мы полностью согласны с И. Л. Брауде и И. И. Яковлевым.

Несмотря на успехи оперативного акушерства и хирургии, разрывы матки и в настоящее время продолжают оставаться наиболее грозным осложнением родов, и смертность от этого осложнения остается высокой (А. С. Персиянинов — 38,8%).

Эффективность оперативного вмешательства в первую очередь зависит от времени, прошедшего с момента разрыва до момента операции. Эта зависимость от фактора времени иллюстрируется и на наших наблюдениях.

Зависимость исхода операций от фактора времени на всех оперированных роженец

Операция в течение первых 6 часов после разрыва		Операция в течение 6—12 часов после разрыва		Операция позже 12 часов после разрыва	
всего	умерло	всего	умерло	всего	умерло
10	3	6	5	11	6

Всего в клинике оперировано 20 больных, умерло 7 (35,0%).

Зависимость исхода операций от фактора времени

(оперированные в клинике)

Операция в течение первых 6 часов после разрыва		Операция в течение 6—12 часов после разрыва		Операция позже 12 часов после разрыва	
всего	умерло	всего	умерло	всего	умерло
6	—	4	1	10	6

Приблизительно такой же процент летальности имела и А. Терехова (33,3%). Таким образом, мы должны констатировать, что советские акушеры-гинекологи достигли некоторого снижения материнской смертности при разрывах матки. Это снижение было достигнуто в результате применения трансфузий крови, местной анестезии и пенициллина.

Изучение летальных исходов и роли фактора времени дает следующую картину. Одна умершая роженица поступила через 39 часов после начала родов, момент разрыва не отмечен; вторая умершая поступила через 54 часа после начала родов, момент разрыва также не отмечен; третья роженица поступила через 87 часов после начала родов, с момента разрыва матки прошло 39 часов; четвертая роженица поступила через 53 часа после начала родов и через 24 часа после происшедшего разрыва; у пятой с начала родов прошло 48 часов, момент разрыва также не указан.

Ввиду редкости одного наблюдения позволим себе привести краткие данные о нем.

Первобеременная, 23 лет, беременность 8 месяцев, двойня; попала в автомобильную катастрофу, во время которой получила травму черепа, по поводу которой была направлена в хирургическую больницу. В больнице исключительно тяжелое состояние беременной было отнесено за счет травмы черепа и только через 8½ часов в агональном состоянии пострадавшая была направлена в акушерскую клинику с диагнозом начавшихся родов. В клинике сразу был поставлен диагноз — «разрыв матки». Срочная операция, во время которой был обнаружен огромный разрыв матки (матка раскололась пополам, как орех), в брюшной полости мертвая двойня и около трех литров крови. Беременная погибла через несколько минут после окончания операции, несмотря на производившиеся во время операции по-

вторные трансфузии крови. Разрыв матки у первобеременной в связи с автомобильной катастрофой наблюдался также А. А. Тереховой.

В одном нашем случае, закончившемся летально, роженица была доставлена из отдаленного района в клинику через 32 часа после наступившего разрыва; в момент поступления роженица находилась в предагональном состоянии (пульс не сосчитывался, явление разлитого перитонита).

Кроме случая с автомобильной катастрофой, в котором основными причинами смерти явилась огромная острая кровопотеря, у остальных шести рожениц разрыв матки сопровождался другими тяжелыми сопутствующими осложнениями: у трех рожениц — разрывом мочевого пузыря, у одной — некрозом мочевого пузыря; кроме того, у всех шести рожениц отмечены перитонеальные явления различной интенсивности, до разлитого гнойного перитонита включительно.

По данным И. Ф. Жордания, причиной смерти женщин после разрыва матки являлось: малокровие — 45,8%, инфекция — 29,8%, шок — 23,1% и прочие причины — 1,3%. Среди всех наблюдений причиной смерти являлось: нарастающий шок — 6, острая кровопотеря — 1, перитонит — 5 и послеоперационный сепсис — 1.

Мы не можем на основании данных нашего материала согласиться с мнением И. И. Яковлева о том, что только «в редких случаях наблюдается смерть не от кровопотери, а от шока...».

Нам кажется, что против острой кровопотери, как самой частой причины смерти при разрывах матки, говорит то, что в сравнительно редких случаях при разрывах матки количество потерянной крови превышает 1 литр (на нашем материале в 4-х случаях). С значительно большими кровопотерями нам иногда приходится встречаться при нарушенной внематочной беременности. Чаще при разрывах матки летальный исход наступает во время или в ближайшие часы после операции.

Время наступления смерти

Время наступления смерти	Всего женщин	Среди оперированных в клинике
Смерть на операционном столе	4	3
В течение 12 часов после операции	3	1
В течение 24 часов после операции	4	1
После 24 часов после операции	3	2

Л. С. Персиянинов на своем сборном материале также отмечает, что в 54,7% смерть наступает в конце операции или в ближайшие часы после операции. Неблагоприятное и усугубляемое влияние на исход операции имеет длительная транспортировка больных, резко углубляющая шоковое состояние. Л. С. Персиянинов указывает, что из 48 женщин, доставленных извне, умерло 35, или 73%.

Среди наших наблюдений из 7 умерших женщин 6 были доставлены из районов через длительные сроки после наступившего разрыва. Из 13 рожениц, которые были доставлены из городских родильных домов или районов области в течение ближайших часов после наступившего разрыва, ни одна не умерла, несмотря на то, что общее состояние многих из них было тяжелым.

Необходимо учитывать, что наибольшую смертность дают женщины, которым производились экстирпации матки. Соответственно наименьшая смертность падает на родильниц, у которых операция ограничилась зашиванием матки. Наблюдения последних лет говорят о том, что консервативная операция (зашивание матки) должна стать основной формой оперативной помощи при операциях по поводу разрыва матки. Такой образ действия диктуется необходимостью оперировать при тяжелом шоке, т. е. при условиях, когда сама операция должна быть минимально травматичной и максимально щадящей. Операции же надвлагалищной ампутации, а тем более экстирпации матки углубляют шоковое состояние больных. Кроме того, после консервативной операции сохраняется физиологическая функция матки.

Если операция ограничивается зашиванием разрыва матки, необходимо попутно произвести стерилизацию, перевязав трубы после их предварительной трипсии. Этот вопрос должен решаться в зависимости от того, имеет ли женщина детей или нет. У женщин молодого возраста, не имеющих детей, стерилизация не должна производиться. В течение 1950 года в клинике было проведено двое родов у женщин, перенесших при предыдущих родах разрыв матки. Одна из рожениц была оперирована 30/XI 1949 г. по поводу полного разрыва матки, было произведено зашивание матки; 6/XI 1950 г., т. е. через 11 месяцев после разрыва матки, она же рожала в нашей клинике, роды были пятые, длились 5 часов, родился живой плод весом 3550,0, послеродовой период протекал совершенно нормально, родильница выписана на 9-й день в хорошем состоянии, с живым ребенком.

Совершенно правильно А. А. Терехова пишет, что при разрывах матки необходимо применять инфильтрационную ане-

стегию по А. В. Вишневскому как метод обезболивания, снижающий и предупреждающий шок. По данным А. А. Тереховой, среди оперированных под инфильтрационной анестезией число выживших женщин резко возросло по сравнению с оперированными под эфирным наркозом. В нашей клинике большинство было оперировано под эфирным наркозом; лишь в последние годы операции производились под инфильтрационной анестезией.

Среди наших оперированных смерть наступила у трех после экстирпации (всех экстирпаций 6), у трех — после ампутации матки (всех ампутаций 9) и у одной — после зашивания матки (всех случаев зашивания матки 5).

В борьбе с развивающимся шоком исключительное значение имеют гемотрансфузии при подготовке женщин к операции. Мы вполне согласны с В. И. Парамоновым, что лучшим способом борьбы с шоком в этих случаях является ранняя, повторная гемотрансфузия. Количество переливаемой крови зависит от состояния больной.

В последние годы, как правило, кроме того применяется пенициллин, который вводится в брюшную полость и после операции внутримышечно (в среднем около 1 миллиона единиц). Применение пенициллина, по нашим наблюдениям, является хорошим профилактическим мероприятием против возможной пневмонии, которой эта группа женщин чрезвычайно подвержена в силу резкого понижения общей сопротивляемости их организма.

В сомнительных случаях (начинающийся перитонит) вначале в брюшную полость нами вводился тампон Микулича или марлевые фитили; в настоящее время в связи с широким применением пенициллина тампон Микулича больше не применяется.

Подытоживая наблюдения Воронежской акушерско-гинекологической клиники, мы можем сделать следующие выводы:

1. Разрывы матки продолжают занимать известное место среди причин материнской смертности в родах.

2. «Симптомокомплекс Бандля» был отмечен нами не чаще чем в 20,0% всех случаев разрывов матки; он не является ведущим для своевременной диагностики угрожающего и наступившего разрыва матки.

3. В части случаев спонтанного разрыва матки мы имеем сложную клиническую картину, сопровождающуюся затихающей родовой деятельностью. При наступлении разрыва развиваются явления нарастающего шока.

4. Бессимптомных разрывов матки нет. Все разнообразие

клинической картины разрывов матки зависит от сочетания различных предрасполагающих моментов.

5. Исключительное внимание должно быть уделено ведению родов у повторнородящих, особенно если предыдущие роды носили длительный, затяжной характер, или если данные роды приобретают такой характер.

6. Необходимо самое пристальное, вдумчивое ведение родов, когда они принимают длительное, затяжное течение, особенно если наступает постепенное затихание родовой деятельности.

7. При угрожающем разрыве матки показана немедленная операция. Роженицы с угрожающим разрывом матки абсолютно нетранспортабельны.

8. При наступившем разрыве матки необходимо срочное чревосечение, так как летальность матерей после наступившего разрыва находится в прямой зависимости от времени операции: чем раньше операция, тем ниже летальность.

9. Успех оперативного вмешательства во многом зависит от эффективности борьбы с явлениями шока и от предупреждения возможного развития перитонита. С этой целью рекомендуется: 1) до- и послеоперационные массивные гемотрансфузии; 2) профилактическое применение пенициллина.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

Я. Х. СКУЯ. доцент

П. В. АНДРЕЕВА,
клинический ординатор

(Сообщение второе)

В данном сообщении нами разобраны 49 родов, осложненных разрывом матки, за 1951—1954 гг. по г. Воронежу и ряду больниц Воронежской области. Роды, осложненные разрывами матки и происшедшие в районах области (38), разбирались на заседаниях областной комиссии по родовспоможению.

По возрасту наши роженицы распределяются следующим образом: до 20 лет — 0, от 21 — 30 лет — 18, от 31 — 40 лет — 25, старше 40 лет — 6.

Данные нашего материала совпадают с данными большинства авторов и показывают, что основная масса разрывов матки падает на женщин в возрасте старше 30 лет. Подавляющее большинство разрывов матки наблюдается у женщин повторно и особенно у многорожавших, а именно: первородящих было 2 и повторнородящих — 47.

По количеству перенесенных родов роженицы нашего материала распределяются следующим образом: первородящих — 2, вторые роды — 11, третьи — 8, четвертые — 7, пятые — 5, шестые — 1, седьмые — 1, восьмые — 3, девятые — 4, десятые роды — 4, больше 10 родов — 2 и количество родов не указано — 3.

Если женщин, рожавших пять и более раз, выделить в группу многорожавших, то всего к этой группе относится 21 роженица из 49 (43,1%). Как и Л. С. Персиянинов, мы обращаем внимание на сравнительную частоту разрывов матки при вторых родах. В наших 49 случаях 11 раз разрыв матки наблюдался при вторых родах, в том числе в 5 случаях по рубцу после перенесенного при первых родах кесарева сечения.

Этиология разрывов матки была следующей: спонтанные разрывы без ясной причины — 12, разрывы по рубцу после кесарева сечения — 11, насильственные разрывы — 8, узкий таз — 5, крупный плод — 5, гидроцефалия — 2, высокое прямое стояние головки — 2, лицевое предлежание — 1, разрыв по перфорационному рубцу после криминального аборта — 1, повторный разрыв (после зашивания матки) и после тяжелого септического послеабортного эндометрита — 1.

На нашем материале наибольшее количество разрывов матки (12) относится к группе рожениц, у которых ведущим моментом необходимо считать дегенеративные изменения в мускулатуре матки, возникшие в результате воспалительных процессов и механической травмы при предыдущих родах или абортах.

На втором месте стоят разрывы матки по рубцу после кесарева сечения (11 раз на 49 разрывов). Во всех этих случаях рубцы располагались в пределах тела и дна матки. В настоящее время большинство авторов считает, что заживление матки после кесарева сечения лучше всего происходит при поперечном разрезе в нижнем сегменте, так как, во-первых, мышечные элементы в этой области матки при кесаревом сечении почти не повреждаются, во-вторых, этот участок матки при послеродовой (послеоперационной) инволюции матки сохраняет максимально спокойное состояние, что способствует хорошей кооптации тканей.

Обратную картину мы имеем в области энергично сокращающегося тела и дна матки. Понятно само собой, что решающее значение необходимо придавать педантичному зашиванию такого мощного мышечного органа, каким является матка. Здесь всякая небрежность и неточность неизбежно будут приводить к плохому заживлению рубца.

У 5 наших рожениц отмечен узкий таз (клинически узкий). К этой же группе можно отнести и те случаи, где был крупный плод (плоды с весом в 4500,0 и больше, один плод в 5100,0); наконец, сюда же могут быть отнесены и плоды с гидроцефалией — 2. Таким образом, можно считать, что у 12 рожениц из 49 (около 25%) имелось явное несоответствие между размерами таза и предлежащей частью. У других авторов группа с узким тазом занимает видное место среди причин, предрасполагающих к разрыву матки: так, у И. Ф. Жордания она составляет 30% (на 414 разрывов), Л. С. Персиянинова — 16,4% на 262 случая. Необходимо, кроме того, учесть, что высокие степени сужения таза диагностируются легко; при этом ведущий роды персонал настораживается, более внимательно следит за тече-

нием родов, раньше распознает назревающую и начинающуюся патологию и поэтому имеет возможность своевременно принять соответствующие меры, при малых же степенях сужения таза, а тем более у повторно и многорожавших с нормальными размерами таза часто совершенно забывают о возможности разрыва матки, недостаточно обращают внимание на особенности течения данных родов (затяжной характер родов, преждевременные потуги при подлежащей части, находящейся во входе в малый таз, постепенно затихающая родовая деятельность и неэффективность стимулирования). Не всегда достаточно тщательно анализируются особенности течения предыдущих беременностей и родов; недостаточно выявляется отягощенный акушерский анамнез: перенесенные акушерские операции, мертворождаемость, септические заболевания в послеродовом периоде и т. д. Поэтому начинающиеся разрывы матки нередко просматриваются, и возникающие при этом «неясные» симптомы трактуются как признак вторичной слабости родовых болей или как «упадок сердечной деятельности», хотя в анамнезе и при объективном обследовании нет никаких указаний на патологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

С точки зрения практического акушерства, особый интерес представляют случаи так называемого «насильственного разрыва матки». На разобранном И. Ф. Жордания материале из 414 разрывов матки насильственный разрыв отмечен в 25 %; у Л. С. Персиянинова соответственно на 262 разрыва насильственный разрыв отмечен в 11,5 %; на материале Ледомского из 128 разрывов матки в 11,4 % имел место насильственный разрыв матки.

Данные нашего материала следующие:

1. Поворот на ножку и извлечение плода при запущенном поперечном положении плода — 4.
2. Высокие щипцы при подвижной головке или головке, находящейся только во входе в малый таз — 1.
3. Форсированное извлечение за тазовый конец при недостаточном раскрытии — 1.
4. Разрыв во время проведения плодоразрушающей операции — 1.
5. Бинт Вербова при крупном плоде и явном несоответствии — 1.

Всего на 49 разрывов матки — 8 раз (16,3 %).

Как видно из приведенных выше данных, насильственные разрывы матки возникают в результате необоснованных попыток форсированного родоразрешения через естественные родовые пути матери при отсутствии соответствующих условий.

В 3 случаях разрыв матки остался нераспознанным и был обнаружен на вскрытии. В тех случаях, когда разрыв остается нераспознанным, роженицы не подвергались операции и погибли.

По степени повреждения маточной мускулатуры и окружающих тканей, а также по локализации разрыва наш материал распределялся следующим образом:

полные разрывы, проникающие в брюшную полость, — 36, неполные разрывы — 13, разрыв произошел по рубцу после кесарева сечения — 10, в том числе по передней стенке таза — 5 и по дну матки (разрез Фриче) — 5.

Необходимо обратить внимание на восходящие боковые разрывы шейки матки, верхний угол которых подымается высоко за внутренний зев. Совершенно ясно, что полноценно зашить такие разрывы со стороны влагалища практически невозможно. Верхний угол разрыва не попадает в шов, больная продолжает кровоточить, обычные кровоостанавливающие мероприятия (холод на живот, питуитрин, эрготин) оказываются неэффективными, и роженицы погибают от шока и анемии. И. Л. Брауде подчеркивает опасность возможных смертельных кровотечений при указанной локализации разрыва матки.

Исключительно важное значение имеет своевременная диагностики угрожающего или наступившего разрыва матки, так как от этого зависит правильный выбор и своевременное лечение роженицы. Необходимо подчеркнуть, что «классический» полный симптомокомплекс Бандля встречается сравнительно редко — на 49 разрывов встретился 4 раза (8,2%).

«Бессимптомных» разрывов матки не бывает, такая грандиозная катастрофа в брюшной полости не может не вызвать целый ряд изменений со стороны функционального состояния не только органов брюшной полости, но и организма в целом. Сложная клиническая картина разрыва матки складывается из целого ряда симптомов, из которых на первом месте стоят признаки нарастающего травматического шока, нередко в сочетании с признаками внутрибрюшного кровотечения.

В данной серии проанализированных нами 49 случаев разрыва матки частота отдельных симптомов была следующая:

одышка была у 24 женщин, прогрессирующая внутриутробная асфиксия плода констатирована у 21, бледность покровов — у 20, напряжение и болезненность брюшной стенки — у 20, холодный пот — у 17, изменение контуров матки и живота — у 16, метеоризм — у 12, цианоз слизистых — у 11, вялость, апатия — у 10, рвота, тошнота, икота — у 10, боли в области сердца — у 8, наружное кровотечение при вагинальном исследовании — у 8.

довании — у 7, легкое смещение кверху предлежащей части — у 6, слабая родовая деятельность — у 2, общее возбуждение, беспокойство — у 4.

Что касается артериального давления, пульса, температуры, то мы имели следующие данные:

Артериальное давление

Артериальное давление аппаратом нельзя было определить — 6 рожениц.

Максимальное артериальное давление в пределах 50 — 70 мм — 8 рожениц.

Максимальное артериальное давление в пределах 71 — 90 мм — 5 рожениц.

Максимальное артериальное давление было выше 120 мм — 3 роженицы.

В последних трех случаях была ясная картина нефропатии (отеки, белок в моче).

Пульс не сосчитывался, временами исчезал у 10 женщин, был нитевидный (сосчитывается с трудом) — у 12, больше 120 ударов в 2 мин. — у 6, от 100—120 ударов в 1 мин. — у 7, нормальный — у 6.

Температура была нормальная у 22, субнормальная — у 10, фебрилитет выше 38° — у 2.

Количество крови (в брюшной полости)

Больше 2 литров	— 1
Около 2 литров	— 2
Около 1,5 литров	— 2
Много (без уточнения количества)	— 7
Около 1 литра	— 6
Умеренное количество	— 3
Незначительное количество	— 2
Количество не указано	— 24

Нужно думать, что в случаях с неуказанным количеством крови кровотечение в брюшную полость было небольшим.

Невольно обращали на себя внимание большое количество симптомов, связанных с состоянием сердечно-сосудистой системы: одышка (24), цианоз видимых слизистых (11), боли в области сердца (8), частый, слабый, иногда нитевидный пульс (22), и все это при нормальной, субфебрильной и даже субнормальной температуре. Если учесть, что в анамнезе не было никаких указаний на ранее перенесенные заболевания сердца, что в на-

чале родовой деятельности и при поступлении не было отмечено никаких объективных отклонений от нормы со стороны сердечно-сосудистой системы, то у ведущего роды акушера должен возникнуть совершенно законный, естественный вопрос: почему так внезапно появились грозные признаки со стороны сердечно-сосудистой системы? Неоценимую услугу тут оказывает измерение кровяного давления, этот абсолютно обязательный прием клинического обследования каждой беременной и роженицы.

Хорошим вспомогательным диагностическим показателем является беспричинная, на первый взгляд, нарастающая внутриутробная асфиксия плода (21 роженица), не поддающаяся обычно эффективным способам борьбы с внутриутробной асфиксией. Понятно, не менее демонстративны и важны симптомы, идущие непосредственно от органов брюшной полости, такие, как нарастающая болезненность и напряжение брюшной стенки (20), изменение контуров матки и формы живота (16), метеоризм (12), икота, тошнота, рвота (10). Различное сочетание этих симптомов дает достаточно убедительную и ясную картину угрожающего или наступившего разрыва матки.

Ясно выраженная картина шока на нашем материале была отмечена 25 раз, в том числе шок I степени — 1 раз, шок II степени — 8 раз, шок III степени — 16 раз. Считаю необходимым отметить, что диагноз шока достаточно широко и правильно ставился в ряде районных и участковых больниц. Живой плод был получен только у 4 женщин на 49 разрывов матки.

Материнская смертность при разрывах матки была следующей: из 49 больных умерло 19 (39,0%), из 12 неоперированных умерло 12 и из 37 оперированных умерло 7 (18,9%).

По акушерско-гинекологической клинике из 11 рожениц умерла 1 (9%); не оперировалась 1 (умерла); из 10 оперированных умерло 0.

Как видно из приведенных данных и сравнивая их с данными, приведенными в первом сообщении, за последние 10 лет мы имеем значительное снижение материнской смертности (в 1946—1950 гг. общая материнская смертность после разрывов матки равнялась 67,5%, а в 1951—1954 гг. она снизилась до 39,0%, а по клинике соответственно в 1946—1950 гг. составляла 35% и снизилась в 1951—1954 гг. до 9%, т. е. уменьшилась в 4 раза). Среди группы неоперированных родильниц смертность осталась неизменной — каждая неоперированная женщина с разрывом матки умирала. Зато резкий сдвиг в сторону улучшения мы имеем среди группы оперированных больных с разрывом матки: в 1946—1950 гг. из 27 оперированных больных

умерло 14 (51,8%), в 1951—1954 гг. из 37 оперированных больных умерло 7 (18,9%), т. е. по сравнению с предшествовавшей пятилеткой смертность уменьшилась почти в три раза. По клинике соответственно материнская послеоперационная смертность снизилась еще резче (с 35% в 1946—1950 гг., а в 1951—1954 гг. на 10 оперированных все выжили). Понятно, что при малых цифрах нельзя вычислять проценты, но сравнить эти цифры необходимо, — они указывают на значительные успехи, достигнутые в области хирургического лечения разрывов матки.

Время производства операции было следующим:

В течение 6 первых часов после разрыва матки оперировано 28, в течение 6—12 часов оперировано 5, после 12 часов — 2, через 48 часов — 1 и время не указано — 1.

Х а р а к т е р о п е р а ц и и

Зашивание матки — 23, умерло — 2, живых — 21

Ампутация » 9, » 3, » 6

Экстирпация » 3, » 0, » 3

Зашивание

шейки » 1, » 1, » 0

Характер операций не указан у 1 (умерла).

Всего 37, умерло — 7, живых — 30; у значительного большинства рожениц производилось зашивание разрыва матки.

Обезболивание было следующим:

Местная анестезия — у 24 женщин, местная анестезия + эфир — у 3. Эфирный наркоз — у 8, хлороформ + эфир — у 1 и не указан вид обезболивания — у 1, т. е. большинство женщин оперировалось под местной анестезией.

Время наступления смерти у оперированных: на операционном столе — 5 женщин, в течение первых 12 часов после операции — 1 и позже 24 часов — 1.

Из дополнительных методов лечения, которые применялись у оперированных женщин, необходимо отметить: гемотрансфузии у 23 (в количестве от 200—800 мл крови на женщину), пенициллинотерапию у 17 (в количествах от 500 тыс. до 6 милл. единиц).

Анализ материнской смертности и результаты лечения разрывов матки позволяют сделать следующие основные выводы:

1. Не должно быть ни одного случая нераспознанного разрыва матки, так как только при этом условии возможно своевременное, эффективное хирургическое вмешательство.

2. При разрыве матки показано немедленное хирургическое вмешательство, так как все (или почти все) неоперированные родильницы с разрывами матки погибают.

3. При неполном разрыве матки с возникновением межсвязочной гематомы, а также при восходящих разрывах шейки матки, если верхний угол разрыва доходит до внутреннего зева или выше его, операция должна производиться абдоминальным путем, так как наложение швов на верхний угол разрыва со стороны влагалища практически невозможно; кровотечение у этих родильниц продолжается, так как повреждены крупные маточные сосуды, а обычные консервативные мероприятия оказываются неэффективными, и родильницы могут погибнуть при явлениях нарастающего шока и анемии.

4. Операция при разрыве матки должна носить возможно щадящий характер, дабы избежать углубления шока, а также с целью возможного сохранения физиологических функций. Такой вполне себя оправдавшей на практике операцией является зашивание разрыва. Ампутация и экстирпация матки допустимы в тех случаях, когда сохранение матки из-за особенностей повреждения не представляется возможным.

5. Операция должна проводиться под местной инфильтрационной анестезией. Этот способ обезболивания является наименее опасным и способствует уменьшению явлений шока.

6. При зашивании разрыва матки по старому рубцу после предшествовавшего кесарева сечения или после операции по поводу интерстициальной внематочной беременности показано иссечение краев разрыва.

7. Вопрос о полутной стерилизации в каждом отдельном случае необходимо решать индивидуально, с учетом возраста, наличия живых детей, желания самой женщины, а также обширности повреждения маточной мускулатуры.

8. Каждая беременная, перенесшая в прошлом операцию на матке (кесарево сечение, консервативная энуклеация миоматозных узлов, зашивание разрыва матки), должна в течение всей последующей беременности находиться под систематическим наблюдением консультации и подлежит за месяц до срока ожидаемых родов госпитализации в акушерский стационар, где имеется опытный акушер-гинеколог.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азлецкий Б. В., Три случая спонтанных разрывов матки во время родов, «Акушерство и гинекология», 1935, № 4.

2. Азлецкий Б. В., Клиническая картина разрыва матки в зависимости от этиологических факторов. Пути предупреждения разрыва матки, «Акушерство и гинекология», 1939, № 12.

3. **Бабенкова М. П.**, Атипические разрывы матки, Сборник «Кровотечения в акушерстве», Воронеж, 1939, стр. 42—53.
4. **Беляев Е. И.**, К вопросу об этиологии разрывов матки во время родов, «Акушерство и гинекология», 1938, № 6.
5. **Березин А. С., Жаботинский Н. Е., Ульмер В. Е.**, Два случая разрыва матки, «Акушерство и гинекология», 1938, № 6.
6. **Бинемсон С. В.**, Три случая разрыва матки во время родов, «Акушерство и гинекология», 1935, № 4.
7. **Блиндер А. Я.**, К вопросу о бессимптомных разрывах матки, «Акушерство и гинекология», 1940, № 11.
8. **Брауде И. Л.**, Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии, 1947, стр. 61—88.
9. **Вербов Я. Ф.**, Матка женщины, ее нормальная работа и ее разрыв во время родов, 1911, стр. 1—40.
10. **Вицкая А. В.**, Спонтанные разрывы матки во время родов, «Акушерство и гинекология», 1937, № 9—10.
11. **Власов В. Н.**, Спонтанные разрывы матки во время беременности и родов по материалам родильного дома им. Грауермана, «Акушерство и гинекология», 1935, № 4.
12. **Галактионова А. И.**, Три случая разрыва матки во время беременности, «Акушерство и гинекология», 1940, № 11.
13. **Емшанова А. Е.**, К вопросу о разрывах матки после кесарского сечения по поводу эклампсии, «Акушерство и гинекология», 1939, № 12.
14. **Жордания И. Ф.**, Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения, «Акушерство и гинекология», 1950, № 4.
15. **Иванов Б. И.**, К вопросу спонтанных разрывов матки во время беременности после бывшего кесарского сечения, «Акушерство и гинекология», 1935, № 4.
16. **Каганович-Дворкин**, Два случая разрыва матки во время родов, «Акушерство и гинекология», 1938, № 6.
17. **Ланковиц А. В.**, Случай разрыва матки в родах по рубцу после операции внематочной беременности, «Акушерство и гинекология», 1935, № 4.
18. **Майзель Е.**, К вопросу разрыва матки в родах, «Акушерство и гинекология», 1939, № 12.
19. **Малиновский М. С. и Кушнир М. Г.**, Руководство по оперативному акушерству, 1946, стр. 412—416.
20. **Парамонов В. И.**, К вопросу о переливании крови при разрывах матки, «Акушерство и гинекология», 1940, № 11.
21. **Персиянинов Л. С.**, О диагностике и терапии разрывов матки, «Акушерство и гинекология», 1947, № 4.
22. **Персиянинов Л. С.**, Разрывы матки, Медгиз, 1955.
23. **Письменный Н. И.**, Десять случаев спонтанного разрыва матки, «Акушерство и гинекология», 1935, № 4.

24. Покровский В. А., Травматизм в родах, Министерство здравоохранения РСФСР, 1947.

25. Покровский В. А. и Рабинович Я. С., Отдаленные результаты классического кесарского сечения, «Акушерство и гинекология», 1930, № 1.

26. Порембский В. К., Разрывы матки по материалам роддома им. проф. Снегирева за 10 лет (1936—1945 гг.), Сборник, 175 лет роддома им. Снегирева, 1946.

27. Терехова А. А., Операция при разрывах матки в родах под местной анестезией по Вишневскому, «Акушерство и гинекология», 1949, № 1.

28. Феноменов Н. Н., «Оперативное акушерство», 1892, стр. 327—330.

29. Шах-Поронян С. С., Экстирпация матки при родовых разрывах с предварительной перевязкой подчревной артерии с обеих сторон, «Акушерство и гинекология», 1939, № 12.

30. Щербаков Н. Т., Два случая разрыва матки в родах, «Акушерство и гинекология», 1938, № 6.

31. Яковлев И. И., Неотложная медицинская помощь при акушерской патологии, 1944, стр. 114—137.

32. Яковлев И. И., К этиологии самопроизвольного разрыва беременной матки, «Акушерство и гинекология», 1930, № 2.

ЭТИОЛОГИЯ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ¹

Е. П. БОНДАРЕВСКАЯ,

кандидат медицинских наук

Шейка матки во время родов под влиянием сократительной деятельности тела матки постепенно растягивается, пока к концу периода раскрытия не образуется с влагалищем нераздельная выходная трубка родового канала; это возможно только при условии эластичности тканей. При нарушениях анатомогистологической структуры в тканях шейки может наблюдаться уменьшение числа эластических волокон и слабое развитие мышечного слоя. Подобные изменения тканей приводят к функциональной недостаточности органа, в результате чего механизм раскрытия шейки во время родового акта нарушается.

Я. Ф. Вербов в своей работе о матке женщины показал, что разрывы матки происходят не в результате усиленной сократительной деятельности тела матки, а в результате хрупкости нижнего отдела и нарушения функции матки. Безусловно, эти положения могут быть приложены и к шейке матки. По Вербову, разрывы шейки происходят в тех случаях, когда поперечные (круговые) мышцы матки начинают сокращаться до полного раскрытия.

По Н. З. Иванову, целостность шейки во время родов сохраняется при нормальном количестве эластических волокон, которые, анастомозируя друг с другом, скрепляют мышечные пучки, раздвигающиеся во время открытия шейки.

Структурные нарушения и патологические изменения в тканях шейки могут быть обусловлены:

¹ Эта статья и две следующие являются отдельными главами из диссертации на ученую степень кандидата медицинских наук, защищенной в Воронежском медицинском институте 28 июня 1952 г.

1) возрастом роженицы, 2) анатомическими особенностями шейки, связанными с неправильными положениями половых органов, 3) неправильностями развития матки и нарушениями ее функции, связанными с нейро-гормональными факторами, 4) воспалительными процессами, имевшими место в половой сфере женщины.

У первородящих и при нормальных тканях часто наступают разрывы шейки в родах, изменяющие в дальнейшем круглую форму маточного зева в щелевидную; такое изменение формы маточного зева является признаком отличия рожавших женщин от нерожавших. При оперативных родах, даже при неизмененных тканях шейки, легко наступают разрывы, особенно в тех случаях, когда применяется насилие или родоразрешение производится до полного открытия шейки; такие разрывы шейки можно отнести к насильственным разрывам.

Путем осмотра зеркалами нами была проверена шейка матки у 1115 родильниц; при обнаружении разрывов шейки последние зашивались.

Среди этих женщин были проведены следующие операции:

№№ п.п.	Виды операций	Всего	Обнаружено разрывов шейки
1	Щипцы высокие	4	4
2	" полостные	21	15
3	" выходные	11	4
4	Краниотомия	13	9
5	Декапитация	3	3
6	Эмбриотомия	1	1
7	Поворот на ножку (классический)	6	3
8	Поворот при неполном раскрытии	1	1
9	Экстракция плода за тазовый конец . .	10	6
	Всего	70	46

Как видно из приведенных данных, оперативные родоразрешения часто ведут к разрывам шейки, причем наибольшая частота разрывов наблюдается при операциях наложения высоких и полостных щипцов; операции же эмбриотомия и декапитация дали у всех рожениц разрывы шейки.

Таким образом, оперативное родоразрешение является одной из причин наступления разрывов шейки. Поэтому осмотр шейки особенно важно проводить после оперативно-законченных родов.

Некоторые авторы указывают, что разрывы шейки могут наступать при преждевременных родах, объясняя это тем, что ткани шейки в этот период беременности еще недостаточно подготовлены к раскрытию. На 1115 родов мы встретили 72 преждевременных родов (6,4%); из них у 12 родильниц наблюдались преждевременные роды при двойнях. Разрывы шейки на это количество преждевременных родов наблюдались у 18 родильниц (25%). Указанный процент разрывов при преждевременных родах меньше среднего процента разрывов шейки ко всему количеству наблюдаемых нами родов; из этого следует, что наши данные не совпадают с выводами некоторых авторов, по мнению которых преждевременные роды дают больший процент разрывов шейки, чем срочные.

Для изучения зависимости разрывов шейки от возраста мы распределили всех первородящих родильниц по возрастным группам.

Возраст родильниц

Возраст	Осмотрено зеркалами	Число разрывов шейки	% разрывов шейки
До 17 лет	1	1	
От 17 до 20 лет	123	33	26,8
„ 21 до 25 „	586	130	22,1
„ 26 до 30 „	227	59	26,0
„ 31 года и выше	110	44	40,0

Как видно, количество разрывов у первородящих увеличивается с возрастом; резко повышается процент разрывов шейки у родильниц в возрасте выше 30 лет. Эти данные подчеркивают влияние возраста при первых родах как фактора, предрасполагающего к разрывам шейки. У «возрастных» первородящих (свыше 30 лет) в шейке уменьшается количество эластических волокон, мышечная ткань заменяется соединительной, шейка становится ригидной, малорастяжимой, что является частой причиной разрывов ее (см. рис. 1).

Н. А. Мельников, А. И. Вележева, Ф. И. Ханина и В. Г. Котельников, изучая этиологию разрывов шейки, пришли к заключению, что конституциональный фактор также играет роль в происхождении разрывов. Мы знаем, что конституция не есть величина постоянная и предопределенная и что она в течение жизни подвергается изменениям.

Одним из предрасполагающих к разрывам шейки факторов является генитальный инфантилизм. Роды при генитальном инфантилизме вследствие недостаточного развития мышечного

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА РОДИЛЬНИЦ

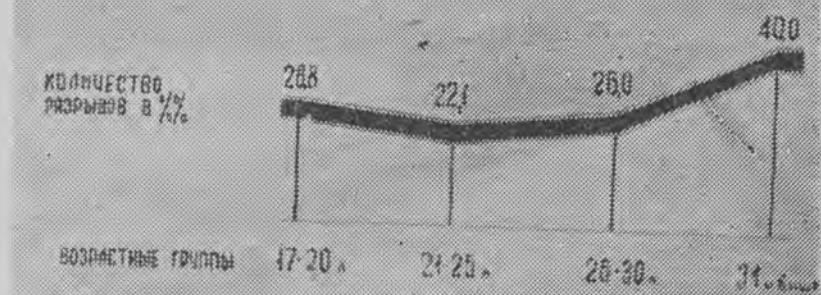


Рис. 1.

сложая характеризуются слабостью и неправильностью родовой деятельности, что и может явиться причиной разрывов шейки. Одним из основных признаков генитального инфантилизма считают позднее появление первых менструаций, чем мы и руководствовались, распределив родильниц по сроку появления первых менструаций.

Приход первых менструаций

Возраст прихода первых менструаций	Число родильниц	Количество разрывов шейки
На 16 году и ранее	867	212 — 24,4%
На 17 году	133	37
На 18 году	58	16
На 19 году и позже	12	3
Не указано	45	
Всего	1115	268

Таким образом, у 203 родильниц первые менструации наступили после 16 лет; разрывы среди них наблюдались у 56 женщин (27,5%), родильницы же с первым появлением менструаций до 16 лет дали разрывы шейки матки в 24,4%.

Некоторые авторы также относят к группе причин, предрасполагающих к разрывам шейки, аномалии таза, так как при су-

жении размеров таза часто наблюдается нарушение нормального течения родов.

Размеры наружной конъюгаты

Размер наружной конъюгаты	Число родильниц	Количество разрывов шейки
Больше 19 см	658	165 25,2%
19 " "	266	78
18 " "	123	43 } 31,1%
17 " "	16	5
16,5 " "	1	1 } 38,8%
15,5 " "	1	1
Не обозначено	50	10

Как видно из таблицы, число обнаруженных нами разрывов увеличивается при узких тазах; чем меньше размеры наружной конъюгаты, тем чаще встречались разрывы шейки. Механизм происхождения разрывов шейки при суженных тазах можно объяснить, с одной стороны, длительным течением родов; с другой — часто встречающимся прижатием подлежащей частью передней губы шейки, в результате чего кровообращение в шейке расстраивается, ткани отекают, а в редких случаях и некротизируются. При узких тазах разрывы шейки чаще наступают при прижатии подлежащей частью передней губы, тогда как остальная часть шейки чрезмерно растягивается и разрывается.

Таково же происхождение разрывов шейки и при длительно протекающих родах; в этих случаях от долгого стояния подлежащей части наступает отек шейки.

Продолжительность родового акта

Продолжительность родов	Всего родильниц	Количество разрывов шейки	Процент разрывов шейки
До 6 часов	109	29	26,6
От 6 до 16 часов	478	117	24,4
От 17 до 25 часов	275	69	25,0
От 26 до 36 часов	117	32	27,3
От 37 до 47 часов	48	19	39,5
От 48 часов и выше	71	35	49,2
Не обозначено	17	2	
Всего	1115	303	27,1

Приведенная таблица показывает, что разрывы шейки чаще наблюдались при затяжных родах продолжительностью свыше 36 часов; особенно высоким был процент разрывов шейки при родах продолжительностью выше 47 часов. Эти данные дают

основание прийти к заключению, что чрезмерная продолжительность родов предрасполагает к разрывам шейки (см. рис. 2).



Рис. 2.

С целью выяснения, имеет ли значение длительность того или иного периода родов в происхождении разрывов шейки, мы разделили всех родильниц по продолжительности первого и второго периода родов и выявили, что наибольший процент разрывов шейки наблюдался при продолжительности первого периода родов свыше 36 часов и при продолжительности второго периода родов свыше 1 часа 30 минут.

Первый период родов				Второй период родов			
продолжительность	всего родильниц	к-во разрывов шейки	% разрывов шейки	продолжительность	всего родильниц	к-во разрывов шейки	% разрывов шейки
До 6 часов . . .	162	45	27,7	До 30 м.	228	52	22,3
От 6 до 16 час. .	42	121	24,5	От 31 м. до 1 ч. 30 м.	352	88	25,0
От 17 до 25 час.	232	50	21,5	От 1 ч. — 1 ч. 30 м.	183	44	24,0
От 26 до 36 час.	103	50	29,1	От 1 ч. 31 м. — 2 ч.	96	31	32,2
От 37 до 47 час.	46	22	47,8	2 ч. и выше	116	52	31,3
От 48 час. и выше	53	24	45,2	Не обозначено	90	36	
Не обозначено	27	11					
Всего . .	1115	303	27,1	Всего . . .	1115	303	27,1

При нормальном течении родов полное раскрытие шейки обычно совпадает с разрывом плодного пузыря. Но разрыв плодного пузыря не всегда совпадает с полным раскрытием шейки матки, часто наблюдается преждевременный его разрыв; в таких случаях функция плодного пузыря по раскрытию зева переходит на опускающуюся подлежащую часть. Растяжение шейки наступает и в этом случае, но она испытывает только давление сверху, а не растягивается изнутри кнаружи. Такое растяжение шейки бывает более длительным и более травматичным. Исходя из этого, мы попытались определить, имеет ли влияние преждевременное отхождение околоплодных вод на наступление разрывов шейки. Наши данные мы приводим ниже.

Раннее отхождение околоплодных вод	Всего родильниц	Число разрывов шейки	Процент разрывов шейки
За 6 часов до рождения плода	100	27	27
За 12 часов	85	24	28,2
За 24 часа	76	28	(36,8)
Преждевременное отхождение околоплодных вод	58	24	(41,3)

Мы видим, что ранний разрыв и преждевременный разрыв плодного пузыря predisполагают к разрывам шейки; наибольшее количество разрывов мы обнаруживали при отхождении околоплодных вод до начала родовой деятельности. Наши выводы в этом отношении совпадают с выводами А. И. Вележевой, В. Г. Котельникова и Ф. И. Ханиной (см. рис. 3).

В этиологии разрывов шейки имеют значение и факторы, исходящие со стороны плода. Причиной разрывов могут явиться неправильные положения плода, крупный вес его, большие размеры головки и неблагоприятные вставления головки. Неправильные положения плода (косые и поперечные) наблюдались у 8 рожениц (0,7%), которые у 6 женщин сопровождались разрывами шейки; ягодичные предлежания встретились у 36 рожениц (3,2%), при них разрывы шейки обнаружены были у 14 рожениц. Большая частота разрывов при неправильных положениях плода и при ягодичных предлежаниях дает основание указывать положения и предлежания плода отнести к моментам, предрасполагающим к разрывам шейки.

Разрывы шейки чаще встретились при головке, окружность прямого размера которой равнялась 37—38 см; меньшие же размеры по этой окружности давали меньший процент разрывов шейки.

ОТХОЖДЕНИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

и КОЛИЧЕСТВО РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ %

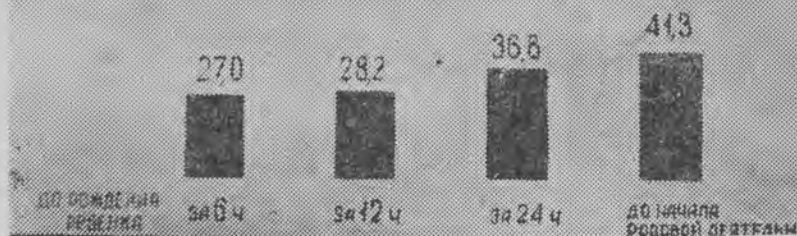


Рис. 3.

Вес плода также является предрасполагающим моментом в этиологии разрывов шейки, так как с увеличением веса почти всегда пропорционально увеличиваются и размеры головки.

Вес плода

Вес плода	Число родильниц	К-во разрывов шейки	Процент разрывов шейки
2500,0—2900,0	151	36	23,8
2900,0—3300,0	344	84	24,4
3300,0—3700,0	247	64	25,9
3700,0—4000,0	74	24	32,4
4000,0—и выше	48	18	37,5
Не обозначено	251	77	
Всего	1115	303	27,6

Как видно из приведенной таблицы, количество разрывов шейки увеличивалось с повышением веса плода; больший вес плода в большей степени будет угрожать наступлению разрывов (см. рис. 4).

По нашим наблюдениям неправильные вставления головки и разогнутые ее предлежания почти во всех случаях вызывали разрывы шейки. Асинклитическое вставление головки наблюдалось у 6 рожениц, из которых 3 имели разрыв шейки. Роды

при высоком прямом стоянии головки (1 роды), низком поперечном стоянии и лицевом предлежании (2 родов) закончились разрывами шейки.

Во всех этих родах также наблюдалось: 1) раннее отхождение вод, 2) затяжное течение родов, т. е. моменты, сами по себе предрасполагающие к разрывам шейки; к ним присоединялся еще неблагоприятный момент — прохождение головки в большем диаметре, чем и можно объяснить высокий процент разрывов шейки.



Рис. 4.

Разрывы шейки, по литературным данным, чаще встречаются на стороне расположения затылка (который является неподатливой частью головки плода, перерастягивающий шейку до крайности, что и способствует наступлению разрыва). Этим обстоятельством объясняют, что разрывы шейки встречаются чаще слева, так как первая позиция плода наблюдается в два раза чаще второй позиции.

Ниже приводимая таблица указывает только на некоторую зависимость локализации разрывов шейки от места расположения затылка, так как разрывы шейки при первой позиции наблюдались в одинаковом проценте как справа, так и слева, а при второй позиции лишь несколько чаще справа.

Локализация разрывов в зависимости от позиции плода

1-я позиция			2-я позиция		
локализация раз- рывов шейки	число раз- рывов	про- цент	локализация раз- рывов шейки	число раз- рывов	про- цент
Левосторонний . . .	55	34,5	Левосторонний . . .	28	28,2
Правосторонний . . .	55	34,5	Правосторонний . . .	43	43,4
Двусторонний . . .	31	19,5	Двусторонний . . .	23	23,2
Передней губы . . .	5		Передней губы . . .	1	
Задней губы . . .	13		Задней губы . . .	4	
Всего . . .	159		Всего . . .	99	

Выводы

На основании данных исследования причин наступления у 307 родильниц разрывов шейки мы приходим к заключению, что в их этиологии играют роль следующие факторы:

1. Оперативное родоразрешение, при котором частота разрывов шейки была очень высокой.

2. Возраст родильниц, а именно: пропорционально возрасту у первородящих увеличивалось число разрывов шейки; у возрастных первородящих процент разрывов шейки был равен 40,0.

3. Продолжительность родового акта — при затяжных родах (свыше 36 часов) разрывы шейки наблюдались в 39,5%; свыше 48 часов — в 49,2%.

4. Преждевременное и раннее отхождение вод predisполагало к наступлению разрывов шейки: при отхождении вод до начала родовой деятельности процент разрывов шейки был равен 41,3%, а при раннем отхождении вод — 30,2%.

5. Размеры таза оказывали влияние на частоту разрывов шейки. При узких тазах частота разрывов шейки возрастает.

6. Вес новорожденного выше 3600 повышал частоту разрывов шейки (32,4%).

7. Неправильные вставления головки и разогнутые ее предлежания predisполагают к разрывам шейки; из 8 родов с разогнутыми предлежаниями головки разрывы шейки наблюдались у 5 родильниц. При асинклитическом вставлении головки разрывы шейки наступили у 3 родильниц из 6.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаревская Е. П., Зашивание шейки матки после родов как профилактическое мероприятие, «Акушерство и гинекология», 1950, № 1.
 2. Вележева А. И., Котельников В. Г. и Ханина Ф. И., Лечение спонтанных разрывов шейки матки во время родов как профилактика последствий акушерского травматизма, «Акушерство и гинекология», 1933, № 3.
 3. Вербов Я. Ф., Матка женщины, ее нормальная работа и ее разрывы во время родов, Петербург, 1913.
 4. Вербов Я. Ф., О самопроизвольном разрыве матки при затянувшихся родах и об отсутствии при этом сложной механики, «Акушерство и женские болезни», 1911, № 11—12.
 5. Иванов Н. З., Об эластической ткани в матке во время беременности, «Акушерство и женские болезни», 1901, № 5—6.
 6. Мельников Н. А., О травматизме шейки матки в родах, «Акушерство и гинекология», 1930, № 6.
-

ВИДЫ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Е. П. БОНДАРЕВСКАЯ,

кандидат медицинских наук

Шейка матки в родах подвергается травматизации в той или иной степени. Травматизация шейки выражается прежде всего в нарушении слизистой оболочки цервикального канала. На всем протяжении доступная осмотру слизистая шейки как бы отсутствует, и только остатки ее в виде отдельных островков располагаются на стенках цервикального канала. Травмируется также во время родов и наружный маточный зев, по окружности которого располагаются мелкие трещины и надрывы. Чаще всего разрывы располагаются радиально по бокам шейки. По локализации разрывы шейки различаются односторонние и двусторонние: передняя и задняя губы шейки редко подвергаются травматизации. Нами наблюдалась следующая локализация разрывов шейки:

Локализация разрывов	Число разрывов	Процент разрывов
Левосторонние	99	34,5
Правосторонние	100	34,8
Двусторонние	60	20,9
Задняя губа	21	7,3
Передняя губа	7	2,4
Всего:	287	100

Радиальные разрывы шейки были разделены нами условно по длине. Мы выделили разрывы, захватывающие влагалищную часть шейки на длину 1,5—2 см; затем средние раз-

рывы, доходящие до середины влагалищной части, длиной в 3—4 сантиметра и, наконец, разрывы, доходящие до свода влагалища, длиной в 5—6 см.

Локализация разрывов шейки	Число разрывов		
	длиной 1,5—2 см	длиной в 3—4 см	доходящие до свода
Левосторонние	29	47	23
Правосторонние	31	51	18
Двусторонние	8	33	19
Задней губы	4	9	8
Передней губы	3	3	1
Всего	75	143	69

Но не всегда разрывы шейки были продольными; встречались и другие виды разрывов. Так, наблюдались разрывы звездчатой формы, при которой несколько радиальных разрывов располагалось вокруг маточного зева: мы наблюдали пять таких разрывов.

В трех случаях мы наблюдали лоскутные разрывы шейки. Такой разрыв шейки, начинаясь у маточного зева, сначала располагается вдоль шейки, а потом у свода влагалища или несколько ниже его меняет направление на поперечное, в результате чего образуется лоскут, соединенный только одной стороной с шейкой матки. У двух родильниц наблюдался лоскутный разрыв передней губы и у одной — задней губы.

К редким видам разрывов шейки относятся выпадения слизистой оболочки цервикального канала, при которых слизистая цервикального канала, отторгаясь у своего основания, выпадает. Мы наблюдали выпадения всей слизистой оболочки цервикального канала только у одной родильницы, у двух родильниц наблюдалось выпадение слизистой задней губы.

Далее мы встретили 2 разрыва шейки, названные Г. Г. Гентером «опасными», которые по клиническому течению близко стоят к неполным разрывам матки. Подобного вида разрывы обычно возникают при акушерских операциях; они захватывают всю влагалищную часть шейки, затем, вскрыв влагалищный свод, тянутся на надвлагалищную часть или, поворачивая в сторону бокового свода, доходят до стенки таза. Эти же разрывы шейки называют также «проникающими», так как они проникают в параметрий, а в исключительных случаях и в брюшину. По И. Л. Брауде, разрывы шейки, проникающие глубоко в параметрий с образованием в клетчатке гематомы, должны относиться к неполным разрывам матки. По нашему мнению,

разрывы шейки, распространяющиеся на влагалищный свод и незначительно только вскрывающие околوماتочную клетчатку, должны рассматриваться как разрывы шейки. У одной родильницы при проникающем разрыве имело место оперативное родоразрешение; при этом гематомы клетчатки не наблюдалось, и мы его отнесли к разрывам шейки; у второй родильницы «проникающий» разрыв наступил после спонтанных родов.

Исключительно редко встречаются самопроизвольные циркулярные отторжения влагалищной части шейки; при наших исследованиях круговой ампутации шейки не наблюдалось. У двух родильниц мы имели некроз передней губы и у одной — частичное отторжение шейки матки. У этих женщин в результате отторжения шейки при заживлении ее наблюдалась резкая деформация: передний свод влагалища переходил непосредственно в цервикальный канал.

Еще реже наблюдаются «центральные» разрывы шейки. Эти разрывы аналогичны центральным разрывам промежности. При срочных родах они представляют исключительную редкость, чаще они встречаются при преждевременных родах и абортах. Отверстие разрыва почти всегда располагается на задней стенке шейки, обычно оно не доходит до края маточного зева сантиметра на 1,5—2. Плод во время изгнания родится в образованное отверстие, тогда как наружный маточный зев остается точечным, или открывается лишь на один палец. Центральные разрывы шейки обычно просматриваются, так как они не сопровождаются ни объективными, ни субъективными симптомами, и только позже они выявляются случайно при гинекологическом исследовании в виде шеечно-влагалищного свища (fistula laquaetica). Мы также наблюдали такой свищ, образовавшийся после центрального разрыва. Роды у этой женщины были преждевременные.

Виды разрывов шейки

Виды разрывов	Число разрывов
Продольные	287
Лоскутные	3
Сегментированные	2
Звездчатые	3
Частичная ампутация шейки	1
Некроз шейки (частичный).	2
Выпадение слизистой	3
«Проникающие»	2
Всего	303

По клиническому течению диагностировать разрывы шейки удается редко, так как в своем большинстве они протекают бессимптомно. Единственный признак разрывов шейки — кровотечение — не является постоянным; оно часто отсутствует, а наличие его также не всегда указывает на разрыв.

Мы поставили правильный диагноз разрыва, до осмотра зеркалами, по характеру кровотечения у 25 родильниц. У двух родильниц наблюдалось профузное кровотечение из разрыва шейки матки, причина которого была установлена после осмотра шейки зеркалами. Обе родильницы были доставлены в акушерскую клинику на самолете через несколько часов после родов.

Размеры кровотечений, наблюдавшихся при разрывах шейки, представлены ниже. (Указанные величины кровопотери являются приблизительными, так как для точного измерения кровопотери необходимы специально приспособленные родильные кровати.)

Кровопотеря	Число родильниц	Процент
До 300 мл	186	61,4
От 300—500 мл	68	22,4
„ 500—700 мл	33	10,9
„ 700—1000 мл	11	3,6
Выше 1000 мл	5	1,6
Всего	303	100

Как видно из приведенных данных, кровопотеря выше 500 мл наблюдалась у 49 женщин (16,2%), при остальных родах—254 (83,8%) кровопотеря не превышала 500 мл (см. рис. 5)

На основании этого можно сделать вывод, что кровотечение при разрывах шейки является непостоянным клиническим признаком. Можно было бы предположить, что чем глубже разрыв шейки, тем больше будет кровопотеря; но нас иногда поражали размеры повреждений шейки, которые не сопровождались кровотечением и выявлялись только при осмотре шейки матки зеркалами.

Мы разделили все случаи разрывов шейки соответственно длине и размерам кровотечения.

Кровопотеря	Всего родиль- ниц	Разрывы в 1,5—2 см	Разрывы в 3—4 см	Разрывы до свода влагал.
До 300 мл	186	51	97	30
От 300 до 500 мл	68	14	33	19
От 600 до 700 мл	33	7	8	15
От 700 до 1000 мл	11	3	4	2
Выше 1000 мл	5	—	1	3
Всего	303	75	143	69

Анализируя данные, указанные в таблице, можно заключить, что высокие разрывы шейки (до свода в 71%, а средние в 90% протекали при «умеренной» кровопотере; только у 49 женщин (16,2%) при этих степенях разрывов наблюдалось значительное кровотечение. Обильные кровопотери хотя и наблюдались чаще при разрывах шейки «средних» и «высоких», достигающих до свода влагалища, но в большинстве своем даже высокие разрывы (71%) протекали при умеренной кровопотере.



Рис. 5.

Таким образом, сильное кровотечение, являясь единственным объективным признаком разрывов шейки, по нашим наблюдениям, встретилось не у всех родильниц, у многих оно не превышало так называемой «физиологической» кровопотери, что и лишает нас возможности по этому признаку диагностировать

разрывы шейки. На основании этого мы приходим к выводу, что только осмотр шейки зеркалами дает возможность безошибочно установить диагноз разрыва шейки матки. При более обильном кровотечении после родов всегда следует заподозрить наличие разрыва шейки.

Травматизм шейки в родах редко встречается изолированно, наряду с разрывами шейки обычно наблюдаются повреждения и других отделов мягких родовых путей. Среди повреждений мягких родовых путей чаще наблюдаются разрывы промежности, которые, распространяясь вверх, вовлекают в разрыв и влагалище.

Мы установили, что на 1115 родов разрывы шейки наблюдались у 303 родильниц (27,1%), разрывы промежности — у 266 родильниц (23,8%) и трещины слизистой влагалища — у 175 (15,6%); при этом разрывы промежности и трещины слизистой входа влагалища встречались чаще у тех родильниц, у которых имелся разрыв шейки. У родильниц с разрывами шейки разрывы промежности наблюдались в 21,5%; трещины слизистой влагалища в 17,2%.

Основываясь на этих данных, можно предположить, что в наступлении разрывов шейки и разрывов промежности действует один и тот же этиологический фактор. При недостаточно растяжимой шейке, приведшей к разрыву ее, будет наблюдаться и неполноценная растяжимость мышц тазового дна.

Таким образом, самым частым повреждением родового канала являются разрывы шейки (27,1%), второе место занимают разрывы промежности (23,8%).

ВЫВОДЫ

1. Травматизм мягких родовых путей у первородящих является самым частым осложнением родов; по частоте разрывы шейки занимают первое место — 27,1%, на втором месте стоят разрывы промежности — 23,8%.

2. Разрывы шейки в большинстве случаев протекали без объективных клинических признаков (83,8%) и только в 16,2% разрывы сопровождались значительным кровотечением, превышающим 500 мл.

3. Длина разрывов шейки оказывает относительное влияние на размеры кровопотери, так как даже разрывы, доходящие до свода влагалища в 71%, протекают без больших кровопотерь.

4. По локализации разрывы шейки преимущественно располагались по длиннику шейки (94,7%), другие виды разрывов наблюдались в единичных случаях.

ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ

Е. П. БОНДАРЕВСКАЯ,
кандидат медицинских наук

Зашивание шейки матки после родов является одним из профилактических мероприятий в борьбе с раком шейки. Известный онколог нашей страны Н. Н. Петров в перечне профилактических мероприятий против злокачественных новообразований указывает, что систематическое зашивание шейки после родов поведет к уменьшению заболеваемости раком шейки матки.

Но широкого применения в акушерстве эта операция не получила, и «немые» разрывы шейки, т. е. протекающие бессимптомно, остаются очень часто нераспознанными. В большинстве родильных домов только в неотложных случаях при разрывах, сопровождающихся кровотечением, производится операция — зашивание шейки матки. «Против целесообразности восстановления шейки при травматических повреждениях ее, едва ли кто из акушеров будет протестовать, а между тем с вопросом о лечении разрывов шейки обстоит так же, как пятьдесят лет тому назад обстоит вопрос с лечением разрывов промежности», — пишет А. И. Серебров.

Одним из сторонников восстановления шейки после родов еще в 90-х годах прошлого столетия был Н. Н. Феноменов, который считал, что в целях профилактики заболеваемости шейки каждый разрыв непосредственно после родов должен подвергаться тщательному лечению. А. И. Вележева, В. Г. Котельников и Ф. И. Ханина, проводя обследование женщин после зашивания шейки, обнаружили, что при заживлении разрывов вторичным натяжением наблюдается довольно большой процент заболеваний шейки матки.

Зашивание шейки является одним из предупреждающих мероприятий против таких состояний шейки, которые по современным представлениям могут предшествовать заболеванию раком (предраковые состояния). В клинической терминологии «предрак» уже завоевал себе место, хотя четкого его определения и не имеется. Под термином «предракового состояния» шейки большинство клиницистов понимают ряд заболеваний, при которых имеется известная возможность перехода данного заболевания в рак.

При анатомических нарушениях шейки матки (разрывах) создаются такие условия, которые часто способствуют развитию патологических изменений ее. При разрывах шейки возникают длительно протекающие воспаления цервикального канала, которые во всех случаях сопровождаются эрозиями. Ряд авторов (О. Е. Нудольская, Е. Ф. Беляева и М. И. Малева и другие) при гистологическом исследовании среди хронических воспалительных эрозий выявляли очень ранние формы рака шейки матки. По материалам О. Е. Нудольской, на 161 случай эрозий начинающееся раковое поражение шейки было обнаружено у 11 больных (6,8%).

При двусторонних разрывах шейки с образованием эктропиона слизистая подвергается постоянному раздражению со стороны влагалища, что является также predisposing фактором в развитии рака шейки; образование рубцов, по А. А. Богомольцу, при разрывах шейки является почвой для развития рака. Следовательно, патологические процессы шейки, наступающие в результате разрывов ее, могут в дальнейшем угрожать возможностью перехода в рак. Переход таких состояний в рак практически доказан (О. Е. Нудольская).

В нашей стране изучению предраковых состояний в настоящее время уделяют большое внимание. Клиницисты в терапии предраковых состояний видят самый надежный путь борьбы с раковым новообразованием. Не терапия предраковых состояний, а их профилактика имеет еще более важное значение. Профилактика рака шейки должна начинаться с профилактики предраковых состояний.

Исходя из этого положения, мы и стали проводить систематический осмотр шейки зеркалами после родов и при выявлении нарушения целостности шейки восстанавливали ее непосредственно после родов зашиванием. Мы восстанавливали шейку при длине разрыва более 1 см, разрывы меньшей длины не зашивались. Всего было проведено зашиваний шейки после родов у 303 женщин—267 у первородящих и 36 у повторнородящих. Из числа первородящих 27 женщин были повторнобеременными, они

в анамнезе имели аборт: 1 аборт — 18 женщин, 2 аборта — 7, 3 аборта — 1, 4 аборта и больше — 1 женщина.

По возрасту они распределялись:

Возраст	Число женщин
До 17 лет	1
от 18 до 20 лет	34
от 21 до 25 лет	133
от 26 до 30 лет	70
от 31 до 35 лет	47
от 36 и выше	18

Всего

303

Операция восстановления шейки матки должна проводиться в условиях самой тщательной асептики; желательно иметь при зашивании шейки двух помощников, одного для помощи в операции и другого для исполнения обязанностей операционной сестры.

Методика зашивания шейки матки проста. Обработку наружных половых органов мы производили такую же, как и при любой акушерской операции, обработка влагалища не производилась. В большинстве случаев при зашивании шейки матки мы пользовались местной инфильтрационной анестезией наружных половых органов по способу А. В. Вишневого. Матку легкими массирующими движениями приводили к сокращению и выжимали из нее сгустки крови. Затем шейка матки обнажалась широкими зеркалами, так как осмотр обычными ложкообразными зеркалами после родов при растянутости влагалища неудобен. Шейку захватывали не пулевыми щипцами, а щипцами типа геморроидальных, которые не так рвут ткани отечной шейки. Для удобства наложения швов взятая на щипцы шейка подтягивалась ко входу влагалища и в сторону, противоположную разрыву, с этой же целью подъемником оттягивалась и стенка влагалища на стороне разрыва. Щипцы, захватывающие шейку, располагались параллельно разрыву, отступая от края его сантиметра на 1,5. При наложении швов мы пользовались кетгутом. Лучшее сближение краев раны достигалось при накладывании узловатых швов. Мы пробовали накладывать и матрачный шов, но преимущества этого вида шва отметить не могли.

Важно при разрывах шейки, сопровождающихся кровотечением, наложить правильно первый шов на верхний угол разрыва. Если же верхнего угла разрыва не удавалось достигнуть, мы

накладывали шов на середину разрыва и подтягиванием лигатуры постепенно добирались до вершины его. При зашивании шейки пользовались круто изогнутыми иглами № 2. Вкол и выкол делался на симметричных местах, отступая от края разрыва на 1—1,5 см, ближе наложенные швы из-за рыхлости ткани послеродовой шейки легко прорезывались. При зашивании мы избегали включать в шов слизистую шейного канала. При завязывании лигатур края разрыва тщательно соединяли друг с другом так, чтобы слизистую присоединить к слизистой, мышечный слой к мышечному.

На восьмой день после зашивания шейки, для выявления ближайших результатов восстановления ее, мы с асептической предосторожностью производили вновь осмотр шейки зеркалами. Для этого осмотра мы пользовались ложкообразными зеркалами. При осмотре избегали производить давление на заднюю стенку влагалища, так как при разрывах промежности давление может привести к нарушению еще неокрепшего рубца. В это время шейка матки представлялась уже сформированной, имела форму цилиндра, наружный маточный зев имел вид широкой щели, проходимой для 1—2 пальцев, реже он зиял. Мелкие трещины и ссадины, располагающиеся по краю маточного зева, были заэпителизированы, более крупные разрывы шейки находились в стадии заживления. Иногда при двустороннем разрыве шейки на одной стороне наблюдалось заживление первичным натяжением, а на другой — вторичным натяжением. Нами осмотрено было после зашивания шейки 276 родильниц; результаты восстановления мы приводим ниже.

Степень заживления шейки	Число ро- дильниц	Процент
Первичное	239	86,5
Вторичное	20	7,4
Первичное натяжение с одной стороны и вторичное — с другой	17	6,1
Всего	276	100

Из данной таблицы видно, что заживление разрывов первичным натяжением наблюдалось в 86,5%, вторичным — в 7,4% и первичное натяжение с одной стороны и вторичное с другой встретились в 6,1%. На заживление разрывов вторичным натяжением, как нам удалось установить, влияет ряд моментов: в первую очередь степень повреждения шейки может являться одной из причин заживлений разрывов вторичным натяжением.

По нашим наблюдениям, при разрывах «высоких», доходящих до свода влагалища, вторичное натяжение встретилось чаще (45,0%), при «средних» в 40,0% и при разрывах 1,5—2 см — в 15%. После родоразрешающих операций, при которых травма шейки наносилась большая, заживление шейки вторичным натяжением наблюдалось чаще, чем при спонтанных родах. При ручном вхождении в полость матки мы не наблюдали повышения заживлений разрывов вторичным натяжением. При послеродовых осложнениях, протекающих с повышенной температурой, число заживлений разрывов вторичным натяжением увеличивалось.

На основании изложенного мы позволяем себе прийти к выводу, что на заживление разрывов шейки оказывают влияние степень повреждения в родах и осложнения послеродового периода.

Через 5—6 месяцев после родов мы снова произвели исследование женщин уже для выяснения отдаленных результатов зашивания шейки. Для сравнения результатов восстановления шейки мы произвели аналогичные исследования и у женщин, которым непосредственного осмотра зашивания шейки после родов не производилось. Эти группы женщин по составу, по числу родов и по сроку родов были однородными, мы обследовали всего триста женщин, по сто пятьдесят женщин из каждой группы. Исследование женщин начинали с выяснения их жалоб, потом производили вагинальное исследование, осмотр шейки зеркалами и брали мазки на чистоту влагалищного секрета. Мы считали результаты восстановления шейки совершенными, если место бывшего разрыва отыскивалось с трудом (не было рубца) и шейка матки по форме походила на шейку нерожавшей. Такое заживление на месте бывшего разрыва вполне возможно.

К удовлетворительным «результатам» восстановления шейки мы относили те случаи, в которых вокруг маточного зева располагалась эрозия, не превышающая в диаметре пяти миллиметров.

Плохими результатами восстановления шейки мы считали такие, где при исследовании выявлялись патологические изменения шейки,—те или иные заболевания ее или рубцовые нарушения. В группе с зашиванием «совершенные» результаты наблюдались в 68%, удовлетворительные — в 24,6% и плохие — в 7,3% случаев. В группе без зашивания шейки были получены результаты: совершенные — в 7,3%, удовлетворительные — в 61,3% и плохие — в 31,3% (см. рис. 6).

Таким образом, патологические изменения шейки наблюда-

лись в $4\frac{1}{2}$ раза чаще в группе женщин, которым непосредственного зашивания шейки после родов не производилось.

Отдаленные результаты зашивания шейки матки непосредственно после родов

Группа с зашиванием шейки матки



Группа контрольная



- свершенные (чистая шейка)
- удовлетворительные (небольшая неровность маточного зева)
- плохие (эрозия, рубцы и т.д.)

Рис. 6.

Патологические изменения шейки, как мы наблюдали, не у всех женщин сопровождаются субъективными ощущениями; они протекали часто бессимптомно, а у некоторых женщин, особенно у лиц неустойчивых в нервном отношении, и незначительные изменения со стороны шейки вызывали целый ряд жалоб.

Самым частым симптомом, на который жаловались женщины, являлись «бели». На выделение белей в группе с зашиванием шейки жаловались 22 женщины (14,6%), а в группе без зашивания — 58 женщин (38,3%). Осмотром шейки зеркалами и вагинальным исследованием было установлено, что лейкорея не у всех женщин была связана с заболеванием шейки, иногда выделение белей зависело и от других причин: от воспаления влагалища, от заболеваний матки, а у некоторых женщин местные патологические изменения и вовсе отсутствовали. Выделение белей, зависящее исключительно от поражения шейки, встретилось после зашивания шейки у 9 женщин (6%), а без зашивания — у 41 женщины (27,3%).

Некоторые женщины жаловались на боли различной локализации: внизу живота, в крестце, в нижней части живота. Три женщины с зашиванием шейки жаловались на общую слабость,

недомогание, раздражимость, которые они связывали с постоянными выделениями, появившимися после родов. У женщин без восстановления шейки подобные жалобы наблюдались в 9 случаях.

Мы выделили эрозии диаметром более 3 мм, цервициты, эктропионы и разрывы с рубцевыми изменениями шейки (диагностируемые легче пальпаторно). У женщин после зашивания шейки наблюдалось 9 эрозий, 2 разрыва и 2 эктропиона; а в группе без зашивания шейки было обнаружено 30 эрозий, 17 разрывов шейки, которые у 5 женщин сопровождались эктропионами. Таким образом, у женщин без зашивания шейки несросшиеся разрывы наблюдались в 11%, т. е. у каждой одиннадцатой женщины после родов имелся разрыв шейки матки. Это обстоятельство указывает, что разрывы шейки являются нередкими страданиями женщин. Кажущаяся редкость этих изменений шейки объясняется тем, что в силу бессимптомности и в силу расположения шейки они длительное время остаются незамеченными.

Разрывы шейки в родах часто не диагностируются, так и их последствия (патологические изменения шейки) могут длительно протекать без субъективных ощущений. Последнее обстоятельство указывает, какое большое значение для выявления патологических изменений шейки матки имеют профилактические осмотры, которые проводятся регулярно в Советском Союзе и охватывают с каждым годом все большее количество женщин.

Осмотр женщин мы дополняли исследованием влагалищного секрета, определяя степень его чистоты. Для исследования мы брали секрет из заднего свода влагалища. В результате исследования влагалищной флоры мы установили, что в группе с зашиванием шейки матки первая степень чистоты влагалища наблюдалась у 31 женщины (20,6%); вторая степень чистоты — у 92 женщин (61,3%) и третья степень чистоты — у 27 женщин (18%). Исследования влагалищного секрета у женщин без зашивания шейки дали следующие результаты: первая степень чистоты наблюдалась у 18 женщин (12%), вторая степень — у 58 (38,6%) и третья степень — у 74 женщин (49,3%) (см. рис. 7). Таким образом, в группе с зашиванием шейки третья степень чистоты влагалища наблюдалась в $2\frac{1}{2}$ раза реже, чем у женщин без зашивания; это показывает, что защитные приспособления влагалища у этих женщин должны быть выше.

Итак, нашими исследованиями было установлено, что патологические изменения шейки в группе с зашиванием ее наблюдались в $4\frac{1}{2}$ раза реже, чем в контрольной группе. В группе

е зашиванием шейки наблюдалась в $2\frac{1}{2}$ раза реже третья степень чистоты влагалищного секрета, вследствие чего у женщин без восстановления шейки чаще встретились и субъективные жалобы на бели, боли, общее недомогание, которые они связывали с постоянной лейкокореей.

Основываясь на этих данных, мы приходим к выводу, что операция восстановления шейки после родов является мероприятием, предупреждающим наступление патологических изменений шейки, ведущим к уменьшению гинекологической заболеваемости. Поэтому операция зашивания шейки показана не только в случаях разрывов, сопровождающихся кровотечением, но и при разрывах, протекающих клинически бессимптомно.



Рис. 7.

Таким образом, зашивание шейки после родов является надежным профилактическим мероприятием, ограждающим женщину от последствий травматизма шейки в родах. На основании этого мы считаем, что в оборудованном роддоме с подготовленным медперсоналом операция осмотра шейки после первых родов и после оперативного родоразрешения должна проводиться систематически.

ВЫВОДЫ

1. Заживление разрывов после зашивания шейки первичным натяжением встретилось в 86,5%, вторичным натяжением — в 7,4% и первичным натяжением с одной стороны и вторичным с другой — в 6,1%.

2. На заживление разрывов шейки оказывает влияние величина разрыва и травматизация шейки, а также послеродовые заболевания.

3. Операция вхождения в полость матки при ручном отделении последа не является противопоказанием к зашиванию шейки матки.

4. Операция зашивания шейки матки после родов является надежным лечебно-профилактическим мероприятием против наступления патологических изменений шейки. У женщин с зашиванием шейки матки патологические изменения на шейке наблюдались в $4\frac{1}{2}$ раза реже, чем у женщин без зашивания шейки матки и не подвергавшихся осмотру после родов.

5. Защитные приспособления влагалища против инфекции выше у женщин с зашиванием шейки. Третья степень чистоты влагалища наблюдалась в $2\frac{1}{2}$ раза чаще у женщин без зашивания шейки матки.

6. Субъективные жалобы (боли внизу живота, бели) чаще наблюдались в группе без восстановления шейки, что объясняется более частой поражаемостью шейки в этой группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беяева Е. Ф. и Малева М. И., Значение широкого применения биопсий при воспалительных эрозиях для выяснения ранних стадий рака шейки матки, «Акушерство и гинекология», 1938, № 12.

2. Богомолец А. А., Новые пути в лечебной борьбе против рака, «Советская медицина», 1947, № 9.

3. Вележева А. И., Котельников В. Г. и Ханина Ф. И., Лечение спонтанных разрывов шейки матки во время родов, как профилактика последствий акушерского травматизма, «Акушерство и гинекология», 1933, № 6.

4. Вишневский А. В., Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата, Казань, 1932.

5. Нудольская О. Е., Предраковое состояние шейки и тела матки, Москва, 1947.

6. Нудольская О. Е., Предраковое состояние шейки и тела матки, «Акушерство и гинекология», 1945, № 3.

7. Петров Н. Н., Этиология и патогенез злокачественных опухолей. Медгиз, Злокачественные опухоли, 1947, т. 1.

8. Петров Н. Н., Профилактика рака, Сборн. «Злокачественные опухоли», АМН СССР, 1947.

9. Серебров А. И., Рак шейки матки, Медгиз, 1947.

10. Феноменов Н. Н., Оперативное акушерство, 1907.

ШЕЕЧНО-ВЛАГАЛИЩНЫЕ ФИСТУЛЫ

Г. И. ИЛЬЕВА,

ординатор родильного дома

Этиология шеечно-влагалищных свищей изучена недостаточно. Большинство этих свищей является следствием центральных разрывов шейки матки, подобно центральному разрыву промежности, при этом плод во время изгнания рождается через образовавшееся отверстие, тогда как наружный зев остается неповрежденным.

Шеечно-влагалищные свищи обычно возникают при преждевременных родах и абортах. Отверстие разрыва располагается на задней стенке матки.

Литература небогата описаниями данной патологии. Из русских авторов этим вопросом занимались Л. И. Бубличенко, Успенский, В. С. Груздев, Б. Л. Гуртовой, В. И. Селиванов и другие.

Сообщение В. И. Селиванова включает 26 случаев шеечно-влагалищных фистул, собранных в литературе. По сборной статистике Оттова, из 45 случаев на спонтанные аборт приходятся 21 разрыв шейки, на криминальные — 17; семь случаев имели неясную этиологию.

В образовании шеечно-влагалищных фистул придают большое значение неполноценности гениталий, их гипоплазии. При инфантилизме мышечная ткань развивается недостаточно, эластические волокна или отсутствуют или они скудны, а шейка состоит из фиброзной ткани. При инфантилизме не наступают в должной мере те изменения, которые готовят шейку матки к растяжению во время родов. При инфантильной матке, как правило, наблюдается гиперантефлексия.

Б. Л. Гуртовой пишет, что продвигаемое деятельностью маточной мускулатуры плодное яйцо направляется к внутреннему зеву, но, не будучи в состоянии расправить острый угол между телом и шейкой матки и расширить цервикальный канал, плодное яйцо идет по линии наименьшего сопротивления, устремляясь на

заднюю стенку, которая постепенно растягивается и истончается, давая выход плодному яйцу. Согласно последним исследованиям (Гросс), в шейке следует различать две части — влагалищную и надвлагалищную; эти части ведут себя физиологически различно в процессе раскрытия; во влагалищной части имеется плотное малоподатливое кольцо эластических волокон, окружающее наружный зев. Образование шеечно-влагалищных фистул должно быть связано с чрезмерной неподатливостью этого кольца. Часто трудно установить, имеется ли спонтанный разрыв или травматическое повреждение шейки.

По мнению Л. И. Бубличенко, возможны самопроизвольные разрывы задней стенки шейки матки при выкидыше без всякого вмешательства. Наличие признаков инфекции не является безусловным показателем криминального вмешательства. Л. И. Бубличенко говорит, что при длительном течении самопроизвольного выкидыша создаются благоприятные условия для инфекции. По автору повышение температуры и признаки инфекции нельзя еще считать доводом против самопроизвольного выкидыша и доказательством криминального вмешательства, как думают многие; совершенно невероятным Л. И. Бубличенко считает, чтобы врач или акушерка могли проделать обычно употребляемыми инструментами такое отверстие в задней стенке шейки матки. Л. И. Бубличенко считает, что если манипуляция производится через наружный зев при ретрофлексии, то перфорационное отверстие должно вести по направлению к мочевому пузырю, а при антефлексии — по направлению к заднему Дугласу, в брюшную полость и прилегающую к матке клетчатку. При перфорации со стороны заднего свода такое отверстие при всем желании проделать невозможно, так как плотная шейка будет ускользать в сторону от перфорирующего инструмента.

Центральные разрывы шейки матки в момент их образования обычно просматриваются, так как они не сопровождаются ни субъективными, ни объективными симптомами и только позже они выявляются в виде шеечно-влагалищного свища (*fistula laquaetica*). Внешний вид фистул иногда имитирует раковую язву, что может даже привести к диагностическим ошибкам. Так, например, шесть женщин было направлено в консультацию роддома № 4 с диагнозами: эрозия шейки матки (5 больных), подозрение на *c-g colli uteri* (1 больная).

Несмотря на обширные повреждения, центральные разрывы шейки редко представляют собой какую-нибудь опасность. Значительные кровотечения ввиду скудной васкуляризации шейки обычно не наблюдаются. Большой угрозы в смысле общей ин-

фекции эти разрывы также не представляют, так как и параметрий и брюшина остаются неповрежденными.

Наклонность к заживлению центральных разрывов шейки невелика. Полное заживление встречается крайне редко. Отверстие принимает на себя в отношении менструаций, абортот и родов функцию наружного зева. Если фистула не причиняет особых беспокойств, она не требует особой терапии. Если она приводит к кровотечению во время coitus'a, к упорным воспалениям цервикального канала, предлагают делать иссечение свища или высокую ампутацию шейки с последующим зашиванием. Хорошие результаты дает электрокоагуляция свищей со стороны шейки.

В нашей клинике с 1947 года наблюдалось 15 женщин с шеечно-влагалищными фистулами. Все они молодого возраста — от 20 до 28 лет, одной женщине было 36 лет. Двенадцать женщин имели одну беременность, три — несколько. У повторно-беременных были указания в анамнезе на то, что фистулы образовались при первой беременности.

У всех женщин с шеечно-влагалищными свищами обнаружены признаки более или менее выраженного инфантилизма. У 12 женщин менструации наступили с 17—20 лет, с болями, через 3—4 недели, установились через 3—6 месяцев. При объективном исследовании была обнаружена конической формы шейка у девяти женщин, цилиндрико-конической — у трех. У шести женщин отмечалась гиперантефлексия матки. У трех женщин объективно инфантилизм матки не выражен, но из анамнеза выявлено, что менструации пришли с 17—19 лет, с сильными болями.

Шеечно-влагалищные свищи обнаружены у восьми женщин через большой промежуток времени, спустя 1—2—3 года, после их образования; выявлены они при гинекологическом осмотре.

Семь женщин поступили в стационар с неполными лихорадящими абортами, и при осмотре зеркалами у них были обнаружены шеечно-влагалищные фистулы. У пяти из них выявлено криминальное вмешательство. У всех женщин плод вышел до поступления в стационар, при поступлении в матке были обнаружены остатки плодного яйца.

У большинства наблюдаемых с данной патологией женщин беременность прервалась в первой половине: при двухмесячной беременности — у пяти женщин, на 3-м месяце беременности — у восьми женщин, на 4-м месяце — у одной беременной и в одном случае — при преждевременных родах в 30 недель.

В хирургическом отделении роддома № 4 прооперированы две женщины с fistula laquaetica. Производилась операция по

Штумдорфу — клиновидная ампутация шейки матки вместе с фистулой. Обе женщины затем нами наблюдались. Результаты операции положительные. Данных лечения электрокоагуляцией наша клиника не имеет.

Дважды проводилось зашивание свежих центральных разрывов шейки матки через несколько дней после их образования. Эффект заживления отрицательный.

ВЫВОДЫ

1. Шеечно-влагалищные свищи не дают субъективных ощущений и обычно случайно обнаруживаются при гинекологических осмотрах.

2. Даже при криминальных абортах механизм возникновения шеечно-влагалищных фистул связан не с механизмом повреждения шейки, а с разрывом ее при неподатливости наружного зева.

МОЧЕПОЛОВЫЕ СВИЩИ У ЖЕНЩИН ПО МАТЕРИАЛАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Ф. С. СИРОТКИНА,

кандидат медицинских наук

Мочеполовые свищи относятся к чрезвычайно тяжелому виду родового травматизма; возникновение их связано с неправильным ведением родов.

В нашей отечественной литературе мы имеем ряд работ о лечении свищей, относящихся к середине XIX столетия (Поль и Паженкопф, Пирожков, Савостицкий) и к концу XIX столетия (Заяицкий, Андреев, Дроницын, А. П. Губарев и др.).

В дореволюционное время в России, в связи с отсутствием квалифицированной помощи в родах, число больных с мочеполовыми свищами было велико. В. С. Груздев говорит об этом так: «Весной с открытием навигации, особенно когда начинается учебный год, Казанская акушерско-гинекологическая клиника подвергается настоящей осаде со стороны больных с мочеполовыми свищами, съезжающих сюда за помощью со всех сторон Восточной России».

М. С. Малиновский говорит, что за 15 лет (с 1901 по 1916 г.) в Казанскую клинику обратились 448 свищевых больных; эти больные составляли 2,1% в отношении всех амбулаторных больных и 7,49% в отношении стационарных.

Из этих цифр видно, что за год в Казанскую клинику обращалось в среднем около 30 свищевых больных.

После Октябрьской революции благодаря постоянным заботам Советского правительства об улучшении родильной помощи количество фистулезных больных резко снизилось. Об этом говорит, в частности, статистика Е. К. Александрова в работе. «Обзор свищей женского канала за 15 лет (1917—1931 гг.)». Однако и до сих пор мы имеем больных с мочеполовыми свищами, образовавшимися в результате патологических родов.

В настоящее время мы встречаемся с единичными свищевыми больными, поступающими в клинику.

Недопустимо длительное течение родов является основным фактором образования свищей. На материале Д. Н. Атабекова средняя продолжительность родов составляла 72 часа.

Однако важна не столько общая продолжительность родов, сколько продолжительность стояния головки в одной и той же плоскости после отхождения вод. В результате долгого прижатия мягких тканей, лежащих между головкой и лоном, возникает анемия, нарушение питания с последующим омертвением данного участка.

В этиологии свищей значительное место занимает узкий таз. По материалу М. С. Малиновского узкий таз встретился в 91,6 %, по Е. А. Романовской — в 84 %.

Однако одно анатомическое сужение таза не имеет самодовлеющего значения; играют роль клинически узкий таз, неправильные вставления головки и вторичная слабость родовой деятельности.

К. К. Скробанский говорит, что образование свища угрожает, если ткани сжимаются головкой в течение 12 часов. Я. Н. Полонский наблюдал появление свища через 8 часов после отхождения вод. Что касается насильственных свищей, то они встречаются редко.

По данным А. Ф. Пальмова, в Повивальном институте на 800 родов со щипцами был один случай свища и его нельзя было отнести к насильственным. Не оттого образуется свищ, что сделана операция, а оттого, что она сделана поздно.

Недопустимый консерватизм губит роженицу, приводит ее к инвалидности. Боязнь влагалищного исследования, замена его ректальным, а иногда ведение родов вслепую приводят роженицу к образованию свища.

За последние 9 лет через гинекологическую клинику Воронежского медицинского института прошли 36 больных с акушерскими свищами; удельный вес свищевых больных в Воронежской клинике за последние годы почти в 20 раз меньше, чем в Казанской клинике в дореволюционное время. Из них 35 больных обратились с мочеполовыми свищами и одна с кишечно-влагалищным. За исключением двух больных, живущих в городе, у которых и образование свища произошло в городских роддомах, все остальные были больные, приезжие с периферии.

По возрасту больные распределялись следующим образом: от 20 до 24 лет — 8, от 25 до 29 лет — 9, от 30 до 34 лет — 7, от 35 до 39 лет — 2, от 40 до 44 лет — 3, от 45 до 49 лет — 2, от 50 до 54 лет — 4 и 65 лет — 1 больная.

Продолжительность страдания была: до 1 года — у 13 больных, до 2 лет — у 8, до 5 лет — у 5, до 10 лет — у 4, до 15 лет — у 2, до 20 лет — у 2, до 25 лет — у 1 и 35 лет — у 1, т. е. у значительного числа больных свищи образовались более 2 лет тому назад; обращение через 5 и более лет было связано с условиями военного времени.

Образование свища относилось к возрасту: от 20 до 24 лет — 11, от 25 до 29 лет — 10, от 30 до 34 лет — 7, от 35 до 39 лет — 5, от 40 до 44 лет — 3.

Мы видим, что у многих больных (15) свищи образовались в возрасте старше 30 лет.

Свищ образовался при первых родах у 21, при повторных — у 15; из 21 первородящей старше 30 лет было 5 женщин.

Среди повторнородящих возникновение свища имело место: при третьих родах — у 1, при четвертых — у 5, при пятых — у 4, при шестых — у 1, при седьмых — у 3, при четырнадцатых — у 1.

Таким образом, мы должны помнить, что свищи образуются не только при первых, но и при повторных родах.

У некоторых повторнородящих мы имели осложненный акушерский отдаленный анамнез, как-то: щипцы, перфорация, мертворождение при предшествующих родах; у других предыдущие роды протекали нормально.

Продолжительность последних родов была следующей: 1 сутки — 1, 1½ суток — 3, 2 суток — 9, 3 суток — 16, 4 суток — 4, 5 суток — 3.

Таким образом, только у одной больной роды длились сутками, у значительного большинства мы имели очень большую длительность родов.

Измерение таза отмечено в историях болезни у 18 женщин, из них наружная конъюгата 18—18½ см была у 6 больных, 17—17½ см у 10 и 16 см — у 2, т. е. у всех обследованных в отношении таза больных мы имели сужение таза; в этом отношении наши данные совпадают с данными М. С. Малиновского, Д. Н. Атабекова.

Средний рост наблюдался у 16 женщин; рост ниже среднего — у 15 больных и низкий — у 5; таким образом, рост ниже среднего как один из показателей узкого таза мы имели более чем у половины больных.

Одним из признаков полового инфантилизма может служить позднее появление менструальной функции.

Начало менструальной функции имело место в возрасте: 13—14 лет у 9, 16 лет — 6, 17 лет — 14, 18 лет — 4, 19 лет — 1, 20 лет — 2 больных.

То есть больше половины больных (21) начали менструировать позже 16 лет и, следовательно, имели запаздывание в развитии полового аппарата.

Среди очень большого числа наблюдений Д. Н. Атабекова 50 % больных разрешились самостоятельно; щипцы же всегда являлись последним, заключительным аккордом после долго длящихся родов, чаще всего «запущенных».

Из общего количества 36 наших больных рожали спонтанно — 12 женщин. Значительную группу составляют больные, у которых роды закончились операцией по истечении 2, 3, 4 суток.

Роды закончились щипцами — у 13, перфорацией — у 10, ампутацией матки при разрыве ее — у 1. Все дети родились мертвыми; все роды были длительные; в больнице, куда женщины поступили с началом родовой деятельности, операция произведена поздно.

Из поступивших в клинику 36 больных с родовым травматизмом 23 сохранили менструальную функцию, 13 больных после образования свища не менструировали. Продолжали половую жизнь 10 женщин. Уже подвергались ранее операции 9 больных, при этом: по одному разу — 5 больных, два раза — 2, три раза — 1 и четыре раза — 1 больная, т. е. у четверти больных мы имели свищи, ранее оперированные безуспешно.

Кроме 36 больных с акушерскими свищами, в клинику поступили 4 женщины с гинекологическими свищами, из них 2 по поводу травматического свища, 1 — послеоперационного и 1 со свищем после дифтерии влагалища.

По локализации свищи распределялись следующим образом: свищей пузырно-влагалищных — 27, уретро-влагалищных — 1, пузырно-шеечных — 3, разрушение уретры — 4, отрыв уретры и стеноз влагалища — 1, отрыв уретры и отсутствие задней стенки пузыря — 1, разрушение пузырно-влагалищной перегородки с выпадением стенок мочевого пузыря — 2, кишечно-влагалищный свищ — 1.

Каждая больная пробыла в клинике в среднем 60 дней, из них 40 дней до операции и 20 дней после операции. Больные длительно готовились к операции промываниями мочевого пузыря и спринцеваниями.

Больные с пузырно-влагалищными свищами оперировались по методике расщепления Д. Н. Атабекова. Операция производилась под спинно-мозговой анестезией у 29 женщин, под местной инфильтрационной анестезией — у 6 и при смешанном наркозе — у 2.

Двум больным операция производилась двухмоментно (через влагалище и внутрибрюшинно).

После операции постоянный катетер у большинства больных не применялся, и у многих после операции с первого дня устанавливалось самопроизвольное мочеиспускание.

Всего оперированы 37 больных, из них эффект анатомический и физиологический — 27 (73%), эффект анатомический — 8 (22%), эффекта не получено — 2 (5%).

У 8 больных был получен анатомический успех, но функционально, ввиду недостаточности сфинктера, они удерживали мочу лишь частично.

Представленные нами случаи тяжелого родового травматизма налагают на нас ответственность за рациональное проведение родов и обязывают к применению всемерной профилактики акушерских свищей.

Профилактика должна проводиться, с одной стороны, по линии работы женских консультаций и акушерских пунктов в смысле:

- а) охвата всех беременных данного участка;
- б) полноты анамнеза и обследования беременной — когда начала ходить, не болела ли рахитом, когда наступили первые менструации, течение предыдущих родов; обязательное измерение таза с влагалищным исследованием для определения диагональной конъюгаты. При дальнейшем наблюдении беременной женщины необходимо отмечать величину головки плода, не перенашивает ли беременность;
- в) необходимо заблаговременно госпитализировать всех беременных с узким тазом, с отягощенным анамнезом, с перенесенной беременностью, а также возрастных первородящих.

С другой стороны, необходимо внимательное наблюдение за течением родового акта; при вагинальном исследовании необходимо обращать внимание — нет ли симптомов сдавливания мягких тканей; эти симптомы: нависающая отечная губа шейки матки, задержка мочеиспускания.

Если пузырь переполнен, самостоятельное мочеотделение отсутствует и проведение катетера не удается, создается угроза образования свища.

О всех объективных данных и динамике родов должны быть исчерпывающие записи в истории родов. С момента полного раскрытия шейки роды должны закончиться у первородящих не позже 6 часов, у повторнородящих — не позже 3—4 часов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Е. К., Обзор свищей женского полового канала, наблюдавшихся в течение 15 лет (1917—1931), Сборник, посвященный проф. Горизонтову, Новосибирск, 1935.
 2. Атабеков Д. Н., Недержание мочи у женщин, Биомедгиз, М., 1936.
 3. Атабеков Д. Н., Анализ причин образования пузырно-влагалищных свищей при родах, «Акушерство и гинекология», 1950, № 4.
 4. Авоян, Фистулы по материалам Армянского института.
 5. Жордания И. Ф., Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения, «Акушерство и гинекология», 1950, № 4.
 6. Игрицкая А. Б., Результаты оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей, «Акушерство и гинекология», 1939, № 10.
 7. Кузнецкий Д. П., О лечении мочевого свища у женщин, «Акушерство и гинекология», 1938, № 9.
 8. Малиновский М. С., К этиологии и лечению мочевого свища у женщин по материалам Казанской гинекологической клиники, Сборник, посвященный профессору В. С. Груздеву, Казань, 1922.
 9. Романовская Е. А., Значение родовой травмы в этиологии акушерских свищей, «Акушерство и гинекология», 1936, № 9.
 10. Яковлев И. И., Избранные отделы патологического акушерства, Л., 1940.
-

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ФИЗКУЛЬТУРОЙ

А. С. ТОЛСТЫХ,

кандидат медицинских наук

Восстановление функции мочевого пузыря является одной из трудных задач в гинекологии. Недержание мочи функционального порядка у женщин чаще всего является следствием родовой травмы. Недержание мочи обычно развивается после длительных родов, сопровождающихся травмой родовых путей, а также после родов с применением родоразрешающих операций.

Недержание мочи появляется не сразу после родов, а иногда спустя годы. Недержание мочи бывает двух степеней: абсолютное и относительное (при подъеме тяжести, чихании, кашле, смехе и т. д.).

Родовая травма, вызывая нервно-трофические нарушения, ведет к слабости замыкателя мочевого пузыря.

При диагнозе функционального недержания важно убедиться в отсутствии свища, так как последний требует оперативного лечения.

Все теории, объясняющие этиологию недержания мочи, в большинстве случаев указывают только на анатомо-топографические изменения, которые наступают в результате родовой травмы, а именно: рубцы в области сфинктера, низкое стояние дна мочевого пузыря, слабость связочного аппарата.

На основании этих предположений о причинах недержания мочи авторы предлагали различные методы лечения. За последнее полустолетие предложено свыше 60 оперативных методов. В основе этих операций лежит механистическое понимание вопроса, все они преследуют одну цель — сужение мочеиспускательного канала или изменение положения дна мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Д. Н. Атабековым предложен способ лечения недержания мочи физкультурой. Гимнастические упражнения этого комплекса связаны с преимущественной нагрузкой на мышцы, прикрепляющиеся к костям таза в области его выхода; они вызывают расширение сосудов, питающих эти мышцы. Упражнения способствуют, кроме того, сокращению мышц брюшного пресса, тем самым периодически то повышая, то понижая внутрибрюшное давление, то уменьшая, то увеличивая нагрузку на дно малого таза. В это время мышцы дна таза рефлекторно сокращаются или расслабляются. Эти упражнения способствуют повышению функциональных способностей этих мышц. Благоприятное влияние физкультуры при лечении функционального пуэрперального недержания мочи у женщин мы должны связывать не только с местными изменениями, но подходить к этим процессам с точки зрения целостности организма и учитывать кортикальную регуляцию всех его функций.

Гимнастические упражнения проводятся в стационаре или амбулаторно. Большое значение для успеха в лечении имеет возраст больной. Отмечено, что наиболее подходящим является возраст до 40 лет. Длительность занятий колеблется от 15 до 45 минут в зависимости от состояния женщины, ее тренированности.

Упражнения проводятся в среднем, умеренном темпе, чередуя упражнения с напряжением с упражнениями на расслабление. Сеанс упражнений сначала проводится через день, потом 2 раза в неделю. Продолжительность лечения 1—2 месяца.

В нашей клинике за 1949—1950 гг. через гинекологическое отделение прошло 3 больных с функциональным недержанием мочи; 2 больных после клинического обследования были направлены в областной кабинет лечебной физкультуры (всего 5 больных). 4 больных были в возрасте до 40 лет и одна — старше 40 лет, из них 2 имели одни роды. С этими больными были проведены занятия по комплексу. Занятия проведены по 2 месяца для каждой больной. Длительность занятий была в пределах 15—30 минут. Обычно первый день выполнялись упражнения в положении больной «стоя» — дыхательная гимнастика, начиная с ходьбы по комнате и на месте в течение 3 минут. На следующий день прибавлялось 3—4 упражнения, причем занятия по всему комплексу проводились на 8—10-е занятие. Мы проводили занятия через день по дыхательной гимнастике, через день — по всему комплексу. Упражнения более тяжелые выполнялись вначале и чередовались с упражнениями на расслабление.

Упражнения группировались в зависимости от исходного положения и характера физической нагрузки на определенный участок тела. Так, например, упражнения в положении «стоя» способствуют укреплению мускулатуры верхних и нижних конечностей и туловища. Упражнения в положении «сидя» и «стоя на коленях» способствуют укреплению глубокой мускулатуры дна таза и промежности, мускулатуры брюшного пресса, приводящих мышц бедра, создавая попеременное увеличение и уменьшение внутрибрюшного давления. Упражнения в положении больной «лежа на животе и спине» укрепляют мышцы спины и брюшного пресса.

Привожу краткие выдержки из истории болезни:

1. Б-ная П., 39 лет, в анамнезе 3 родов, третьи роды продолжались 3 суток, закончились извлечением щипцами мертвого плода. В связи с полным недержанием мочи был заподозрен мочеполовой свищ и через 8 месяцев после родов больная была направлена в клинику для оперативного лечения. При обследовании свищ не был обнаружен. В течение 2 месяцев проводились занятия физкультурой.

Больная выписана домой в хорошем состоянии (мочу удерживала), отсутствующие в течение 8 месяцев после родов менструации восстановились.

2. Б-ная Т., 28 лет, первородящая. В анамнезе — тяжелые роды мертвым плодом. Недержание мочи появилось через 6 месяцев после родов. Больная получала в течение года стрихнин. Моча подтекала при кашле, смехе, чихании. В клинике проведено лечение физкультурой. После комплекса в течение 2 месяцев выписалась домой в удовлетворительном состоянии, мочу удерживала. Первое время дома чувствовала себя хорошо, мочу удерживала; но через полтора месяца пошла работать и иногда снова стала подтекать моча. После этого мы произвели восстановление промежности у больной и провели повторный комплекс. Больная была выписана с хорошим эффектом; но мы сочли необходимым дать ей заключение воздержаться от тяжелой работы.

3. Б-ная А., 28 лет, моча подтекает после длительных родов мертвым плодом. По поводу недержания мочи в 1947 г., через год после родов, оперирована по методу Гебель-Штеккеля, но без эффекта, так как моча продолжала подтекать. В 1948 г. больная две недели находилась в клинике; за это время было проделано лишь четыре занятия по комплексу, и больная выписалась ввиду семейных обстоятельств. При вторичном поступлении моча подтекала при вставании, шевелении в постели, при ходьбе. При наполнении мочевого пузыря емкость

его соответствовала 800,0 без чувства позыва к акту мочеиспускания. Первые дни мочилась часто. После окончания занятий по комплексу (через 2 месяца) стала мочиться реже. Моча подтекала только изредка. При наполнении мочевого пузыря до 700,0 появился легкий позыв, до уборной (20 метров) больная дошла сама, жидкость больше не подтекала.

Через 3 недели после выписки больная была повторно осмотрена и сообщила, что прошла 12 км и моча не подтекала.

Две следующие больные (обе рожавшие, у обеих в анамнезе были затяжные роды) занимались по комплексу в областном кабинете лечебной физкультуры. Больные провели занятия амбулаторно в течение месяца, а затем продолжали занятия дома. Но уже через месяц они почувствовали улучшение, моча не подтекала.

Проверив на небольшом материале комплекс, мы убедились в эффективности этой терапии.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ 3-Й СТЕПЕНИ ПО МАТЕРИАЛАМ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

А. В. БОЛГОВА,

ординатор родильного дома

Разрывы промежности 3-й степени являются тяжелой травмой для женщины, так как ведут к нарушению функции прямой кишки. Советское здравоохранение уделяет большое внимание снижению родового травматизма; поэтому мы и сочли целесообразным проанализировать имеющиеся в клинике данные по этой форме травматизма.

Славянский К. Ф. предлагал все разрывы промежности разделять на «частичные» и «полные»; под термином «полные» он понимал разрывы, заходящие за наружный сфинктер *anus'a*.

В настоящее время принято различать три степени разрывов промежности, и «полные» разрывы, по Славянскому, относятся к 3-й степени.

Частота разрывов промежности, по литературным данным, варьирует в больших пределах.

По Гузинову П. А., по материалам Астраханского родильного дома, разрывы промежности наблюдаются в 7%. По Гольденбергу С. М., обработавшему данные Ростовской клиники, частота разрывов равняется 8,2%.

Если Попков (Свердловский институт ОММ) указывает 11,3%, то по Крупскому А. И. процент разрывов промежности при обычных методах приема родов равняется 22,3%.

Разница в процентах должна быть поставлена, в известной степени, в связи с методикой их учета.

Разрывы промежности чаще наблюдаются у первородящих. Так, по П. А. Гузинову, разрывы наблюдались у первородящих в 16,85%, у повторнородящих же в 6,7%; по С. М. Гольденбергу — у первородящих в 10,73%, у повторнородящих — в 4,07%.

Помимо общей частоты разрывов промежности, важным является частота разрывов 3-й степени. Нарушение сфинктера прямой кишки ведет к тяжелому страданию, недержанию газов и жидкого кала.

По материалам Ростовской клиники, разрывы 3-й степени наблюдались у трех рожениц, что составляло 0,3% ко всем разрывам промежности, или 0,02% ко всем родам.

Из причин, предрасполагающих к разрывам промежности, указывают на «высокую промежность». У первородящих старше 30 лет частота разрывов повышается; по данным Ростовской клиники, у этой группы они составили 13,02%, об этом же говорят наблюдения Воронежской клиники.

Частота разрывов стоит в связи с величиной головки; по С. М. Гольденбергу, среди первородящих с весом плода выше 3000,0 процент разрывов поднимается до 73%.

Высокий процент разрывов промежности наблюдается при наложении щипцов. По данным Ростовской клиники, на 172 операции наложения щипцов разрывы промежности встретились в 36,6%. Частота разрывов промежности увеличивается при заднем виде затылочного предлежания, быстрых родах, а также домашних родах.

Мною разработан материал, касающийся разрывов промежности 3-й степени как прошедших через акушерское отделение клиники за период с 1945 по 1955 год, так и прошедших через гинекологическое отделение за этот же период. Целью работы являлось выяснение причин, в результате которых наступал разрыв промежности 3-й степени.

Разработано 48 разрывов промежности 3-й степени, из них 13 разрывов, прошедших через родильное отделение клиники, и 35 больных, поступивших в хирургическое отделение.

По родильному отделению за период с 1945 по 1955 год зарегистрировано 13 разрывов промежности 3-й степени в родах, из них у первородящих — 12, повторнородящих — 1. Первородящие были в возрасте от 18 до 29 лет. Повторнородящая 39 лет.

Разрыв 3-й степени произошел при домашних родах — 1 (у повторнородящей, 39 лет), при выходных щипцах — 2, при полостных щипцах — 7.

В трех случаях разрыв произошел при выведении головки по Фейт-Смелли.

Все разрывы после родоразрешения были зашиты. У 11 родильниц произошло заживление первичным натяжением, и они выписались с полным восстановлением функций прямой кишки

и промежности. У 2 женщин отмечалось частичное расхождение швов.

Эти наблюдения показывают, что разрывы промежности 3-й степени происходили в стенах родовспомогательного учреждения в первую очередь при наложении щипцов, а именно, в том случае, если врач не овладел еще полностью техникой этой операции; выведение головки требует осторожности, а у первородящих в щипцах целесообразнее профилактически производить перинеотомию.

В гинекологическом отделении клиники за период с 1945 по 1955 год произведено 35 пластических операций по поводу бывших разрывов промежности 3-й степени. Среди больных жителей сельской местности было 30 и жителей г. Воронежа — 5.

Разрыв промежности 3-й степени произошел: при домашних родах — 14, самопроизвольных родах в родильном отделении — 9, при наложении щипцов — 8, при перфорации головки — 1, в результате бытовой травмы — 2 (ранение рогом коровы и падение на острый сук), 1 редкий случай разрыва промежности 3-й степени (описан ниже).

Среди этих больных почти половину составляют женщины, рожавшие дома. Больные этой группы по преимуществу рожали либо в военное время, либо в первые послевоенные годы.

При первых родах разрывы произошли у 20 больных, при повторных родах — у 12 больных. Первые роды имели место в возрасте от 20 до 25 лет у 11 больных, от 25 до 39 лет — у 9 больных.

Впервые обратились за хирургической помощью 22 больные, во второй раз — 7, в третий раз — 5 больных. Последние 12 больных ранее оперировались в сельских больницах.

У больных была одна и та же жалоба на то, что после родов появилось недержание газов, жидкого кала, попадание каловых масс во влагалище.

Обратилась за оперативной помощью через 12 часов после происшедшего разрыва одна больная (травматический разрыв); до года обратилось 10 больных, через 1—3 года — 10 больных, через 5—8 лет — 8 больных, через 12 лет — 2, через 18 лет — 1, через 24 года — 1, через 27 лет — 1 больная. В одном случае срок обращаемости не установлен.

У некоторых больных разрыв промежности вообще не зашивался; у других он был зашит, но с отрицательным результатом. У больных, имевших в дальнейшем беременность, роды проходили без осложнений. В двух случаях отмечены самопроизвольные выкидыши.

Двум больным перед операцией произведен искусственный аборт. Менструальная функция в связи с разрывом не изменилась. В анамнезе нет указаний на другие женские болезни.

Позволю кратко описать редкий случай разрыва промежности 3-й степени у больной Р., 33 лет, поступившей в клинику 5 марта 1955 года. Недержанием газов и кала страдает с момента своего рождения. Рождалась сама в ягодичном предлежании; акушеркой ей была нанесена травма, причем произошел разрыв промежности 3-й степени. В 6-летнем возрасте в 1927 году оперировалась в клинике г. Воронежа, но без эффекта. Больше хирургическому вмешательству не подвергалась. Менструации ходят с 16 лет через 21 день, по 4 дня без болей. Половая жизнь с 20 лет. Роды первые нормальные в 1946 году, искусственных абортов 5, последний в октябре 1954 года. Женскими болезнями не болела. В последние 3 года ощущает выпадение прямой кишки. При исследовании установлено выпадение слизистой прямой кишки на 3 см и типичный разрыв промежности 3-й степени. Со стороны внутренних половых органов патологических изменений не отмечено.

Операция 17/III-55 года под местной анестезией прошла без осложнений. Выписана с полным восстановлением промежности и функции прямой кишки.

До 1954 года больные оперировались под спинномозговой анестезией. С 1954 года — под местной инфильтрационной анестезией (1/4% раствора новокаина).

Больным проводилась дооперационная подготовка — 4 суток они получали лишь 8 стаканов простокваши, два раза в сутки очищался кишечник, получали спринцевания.

Операции проводились однотипно; после поперечного разреза на грани влагалища и прямой кишки производилась отсепаровка слизистой влагалища. На края прямой кишки накладывались отдельные кетгутовые швы, затем производились смена инструментов и зашивание промежности.

Из 35 произведенных операций восстановления сфинктера прямой кишки и тазового дна 32 дали полное восстановление функции сфинктеров прямой кишки. У трех больных положительного эффекта не получено.

ВЫВОДЫ

1. Вышеизложенные данные подтверждают, что щипцы могут дать разрывы промежности 3-й степени в том случае, если у акушера нет точных знаний техники операций, осторожности и умения при тракциях.

2. Опасность разрыва промежности 3-й степени имеет место при ягодичных и ножных родах, поэтому при этом пособии акушер должен быть осторожным и соблюдать точно методику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольденберг С. М., К вопросу о разрывах промежности, Труды Ростовского н/Дону государственного медицинского института. Ростовский сборник IV, 1939.

2. Гузиков П. А., О разрывах промежности и влагалища во время родов, Медицинское обозрение Нижнего Поволжья, 1928.

3. Крупский А. И., Защита промежности от разрыва во время родов, «Акушерство и гинекология», 1938, № 6.

4. Славянский К. Ф., Разрыв промежности и его лечение, Русская медицина, 1886, № 58.

5. Панков, Разрывы промежности по материалам Свердловского Института охраны Материнства и Младенчества, Сборник работ Свердловского института ОММ, Свердловск, 1940.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА

Ф. С. СИРОТКИНА,

кандидат медицинских наук

Вопрос о рациональном ведении родов при узком тазе тесно связан с актуальнейшей проблемой акушерства — борьбой с родовым травматизмом.

В родовой травматизм включается, с одной стороны, травматизм матери, с другой стороны, травматизм новорожденного; обе группы травматизма часто обуславливаются узким тазом и нерационально примененными операциями.

В современном акушерстве прогноз родов при узком тазе часто ставится в процессе родового акта, когда несоответствие головки с тазом выявляется путем наблюдения за характером вставления головки, ее конфигурацией, ее продвижением в связи с родовой деятельностью после отхождения вод.

Предупреждение наиболее тяжелых форм акушерского травматизма (разрывов матки, мочеполовых свищей) нередко связано со своевременным применением кесарева сечения.

Главнейшей опасностью операции кесарева сечения является возможность инфицирования брюшной полости с последующим перитонитом. В деле борьбы с этой опасностью большое значение имеет развитие методики и техники кесарева сечения. Если в начале XX века применялся срединный разрез тела матки с выведением ее, то данная методика давала 6—10% материнской летальности.

Со времени 8-го Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов (1928 г.) наблюдается переход к ретровезикальному кесареву сечению для обеспечения акушерского будущего женщины, так как последующие роды после классического кесарева сечения иногда дают грозное осложнение — разрыв матки. Если материнская смертность при классическом кесаревом сечении, по сводной статистике Бакшта Г. А., составляла 5,8%, по материалу Лурье Р. Г. — 3,8%, по материалу Чукалова Н. Н. — 4,8%,

то при операции в нижнем сегменте смертность, по материалу Бакшта Г. А., составила 2,5%.

В нижнем сегменте мы имеем ряд преимуществ: легко сдвигаемую брюшину, что обеспечивает лучшую перитонизацию мышечного шва, большую резистентность нижнего сегмента против инфекции, способность нижнего сегмента к более активной локализации инфекционного процесса.

В связи с успехами в борьбе с инфекцией при кесаревом сечении большинство акушеров считает показанным операцию кесарева сечения при узких тазах в случаях: 1) когда при наличии энергичной родовой деятельности через несколько часов после отхождения вод при полном раскрытии отсутствует поступательное движение головки, 2) при отошедших водах, при слабости родовой деятельности, несмотря на стимуляцию, 3) при крупном плоде, перенесенной беременности, 4) у старых первородящих, при неблагоприятном вставлении головки и неправильных положениях плода, 5) у повторнородящих с отягощенным акушерским анамнезом.

Наш материал с 1945 по 1951 г. охватывает 106 операций кесарева сечения по поводу узкого таза. Первородящих, подвергшихся кесареву сечению, было 58 женщин, при вторых родах оперировано 20 женщин и многорожавших — 28.

Распределение по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение по возрасту	Первородящих	Повторнородящих
20—25 лет	16	6
26—30	17	11
31—35	17	13
36—40	5	10
41—45	2	8
50	1	—
Всего	58	48

Возрастных первородящих было 25. У повторнородящих «осложненный» анамнез имели 33 женщины, а именно: перенесенное кесарево сечение — 9 (из них 2 оперировались в третий раз), в прошлом имели свищи мочеполовые — 3, перфорацию головки плода — 8, наложение щипцов — 6, имели мертворождаемость, кроме случаев перфорации головки, — 7.

Кроме узкого таза, были диагностированы следующие осложнения в родах.

Таблица 2

Другие осложнения в родах	Первородящие	Повторно-родящие
Лобное предлежание	2	1
Лицевое предлежание (передний вид)	—	1
Высокое прямое стояние головки	3	3
Задний асинклитизм	—	2
Ягодичное предлежание	2	4
Угрожающий разрыв матки	2	2
Комбинированный порок сердца	1	—
Крупный плод (от 4000 до 4600 г)	10	10
Из них:		
переношенная беременность	6	3

Продолжительность родовой деятельности представлена в таблице 3

Таблица 3

Продолжительность родовой деятельности	У первородящих	У повторно-родящих
До схваток	6	7
8—16 часов	11	13
16—24 „	10	14
24—48 „	10	6
Более 48 „	7	2
Отсутствие родовой деятельности при отхождении вод	14	6

25 рожениц имели родовую деятельность 24 и более часов, из них 9 более 48 часов.

Продолжительность «безводного» периода представлена в таблице 4.

Таблица 4

Продолжительность «безводного» периода	У первородящих	У повторно-родящих
Целые воды	10	11
0—8 часов	18	14
8—16 „	10	10
16—24 „	7	7
24—48 „	7	5
Более 48 часов	5	—
Неизвестно	1	1
Всего	58	48
Из них:		
воды отошли дома	18	14
здние воды с гнилостным запахом	3	1

Таким образом, у 51 роженицы безводный период был более 8 часов, из них у 31 женщины более 16 часов; все операции кесарева сечения у этих женщин по старой терминологии должны быть отнесены к так называемым «сомнительным».

Произведено влагалищное исследование в родах первородящим у 26, повторнородящим у 19. Корпоральное кесарево сечение произведено у 35 женщин, операция в нижнем сегменте—у 71, из них провизорно-экстраперитонеальное кесарево сечение—у 15.

Если необходимость кесарева сечения устанавливается в «сомнительных» случаях, при затянувшихся родах, при длительном безводном периоде, у утомленных рожениц, то при этих условиях наилучшей методикой, по наблюдениям нашей клиники, является кесарево сечение по типу провизорно-экстраперитонеального. Методика провизорно-экстраперитонеального кесарева сечения сводится к следующим моментам: после вскрытия брюшной полости, непосредственно над местом перехода брюшины на мочевой пузырь, производится поперечный надрез пузырно-маточной складки; затем производится отсепаровка брюшины пузырно-маточной складки кверху, по направлению к верхней границе нижнего сегмента. После этого брюшина по средней линии разрезается; для отграничения поля операции от остальной части брюшной полости несколькими зажимами листки отсепарованной брюшины соединяются с париетальной брюшиной («провизорная экстраперитонеальность»). Далее производится поперечный разрез нижнего сегмента с увеличением раны тупым путем; головка извлекается щипцами.

На нашем материале провизорно-экстраперитонеальное кесарево сечение произведено 15 женщинам. Если при корпоральном кесаревом сечении плод легко извлекается за ножку, а при кесаревом сечении в нижнем сегменте с подвижной головкой выведение ее производится рукой, то при головке, стоящей плотно во входе малым сегментом, выведение ее производится нами при помощи щипцов. Для этого личико должно вставляться в рану, ложки же щипцов накладываются таким образом, что верхушки их направлены к малому тазу. На нашем материале головка извлечена щипцами у 30 женщин.

В «сомнительных» в отношении инфекции родах клиника пользуется введением пеницилина в брюшную полость (у 25 женщин). У отдельных рожениц может быть применено и дренирование брюшной полости. Если гинекологи до сих пор при особых показаниях пользуются введением тампона, как, например, в отдельных случаях при операциях по поводу рака матки

или гнойных опухолей придатков, то в акушерстве укоренилось мнение, что тампон при кесаревом сечении вреден. Опыт нашей клиники (до широкого применения пенициллина) показывает, что при операции в нижнем сегменте и при провизорно-экстраперитонеальной методике тампон удобно подвести к пузырно-маточной складке или даже к нижнему маточному сегменту. Удалив тампон на 3-й день при гладком течении, мы не нарушаем заживления раны первичным натяжением. На нашем материале введение фитилей в брюшную полость применялось у 17 женщин, введение фитилей и пенициллина — у 5, тампона Микулича — у 1 женщины.

Опыт абдоминальной хирургии показывает, что опасность развития инфекции при операции в брюшной полости тем меньше, чем ниже производится разрез передней брюшной стенки. Известно более благоприятное послеоперационное течение после влагалищных операций. В гинекологической практике более легкое течение послеоперационного периода, по наблюдениям нашей клиники, дают операции, произведенные с надлобковым разрезом. Поэтому клиника испытала этот разрез и при кесаревом сечении у 24 женщин. Некоторая узость раны при надлобковом разрезе не является отрицательным фактором, так как при местной анестезии несколько лишних минут нахождения плода в матке не оказывают никакого влияния, и плод извлекается без признаков асфиксии.

Наиболее благоприятной формой обезболивания как для матери, так и для плода при кесаревом сечении является инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому, которую почти исключительно применяет клиника. Из 106 операций под общим эфирным наркозом было произведено лишь 4, применен смешанный наркоз у 5, операция под местной инфильтрационной анестезией — у 97 женщин. Материнская смертность 1 (0,9%, при общем наркозе). Материнская заболеваемость: тромбоз — 1, эндометрит — 5, пневмония — 3, осложнения со стороны раны — 5.

Среднее количество койко-дней — 16. Применялось лечение пенициллином в послеродовом периоде у 33. Мертворождаемость — 2 случая (1,9%), в одном случае при общем эфирном наркозе, при многоводии и относительной гидроцефалии; второй случай — плод, переносивший на 20 дней, извлечен в асфиксии, оживить не удалось.

Средний вес новорожденных равнялся 3300 г.

Необходимо отметить, что из 106 женщин, оперированных по поводу узкого таза, только 30 были своевременно стационарованы консультациями в палату патологии беременности. Из

них 14 из женской консультации объединения РД № 4. Остальные 16 прибыли из различных районов области; это были женщины, перенесшие уже кесарево сечение или имевшие в анамнезе перфорацию головки плода, другие — с кососуженным, коксалгическим тазом, т. е. случаи явно выраженной патологии. Большинство же женщин было доставлено в родах, что свидетельствует о недостаточной работе консультаций по обследованию беременных.

ВЫВОДЫ

1. В борьбе за снижение материнской смертности и родового травматизма, а также в борьбе с мертворождаемостью немалую роль играет внедрение в акушерскую практику современных методов кесарева сечения.

2. Для решения вопроса о кесаревом сечении при узких тазах, особенно у первородящих, необходим тщательный анализ родовой деятельности, вставления и поступательного движения головки, что возможно решить только путем повторного вагинального исследования и наблюдения за динамикой родов после отхождения вод.

3. Неправильное вставление головки у возрастных первородящих и отягощенный анамнез у повторнородящих служат показанием к кесареву сечению.

4. Кесарево сечение при узком тазе должно производиться в нижнем сегменте для обеспечения благоприятного послеродового течения и акушерского будущего женщины.

5. При затянувшихся родах, длительном безводном периоде лучшей методикой кесарева сечения является провизорно-экстраперитонеальное.

6. При плотностоящей во входе головке, при операции в нижнем сегменте можно рекомендовать выведение ее при помощи наложения щипцов.

7. В случаях «сомнительных» в смысле инфекции необходимо введение пенициллина в брюшную полость. У отдельных рожениц может быть применено дренирование брюшной полости.

8. Поперечный надлобковый разрез брюшной стенки при кесаревом сечении дает более легкое течение послеоперационного периода.

9. На основании своего опыта клиника может рекомендовать широкое применение при кесаревом сечении инфильтрационной анестезии по А. В. Вишневскому, как наиболее благоприятной формы обезболивания для матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшт Г. А., Абдоминальное родосечение (кесарское сечение) в современном акушерстве, Монография, 1934.
 2. Волох-Исаева М. Н., Кесарево сечение по материалам клиники, Сборник трудов акушерско-гинекологической клиники Ташкентского мед. института, 1946, стр. 124—139.
 3. Коган М. З., Трансперитонеальное кесарево сечение с исключением брюшной полости, «Акушерство и гинекология», 1948, № 5.
 4. Коган М. З., Эволюция кесарского сечения за 150 лет существования ЦИАГ, «150 лет деятельности ЦИАГ», Л., 1947.
 5. Лебедев Н. П., К методике поперечного разреза в перешейке матки для брюшностеночного родоразрешения, «Акушерство и гинекология», 1951, № 6.
 6. Пальмов А. Ф., Учение об узком тазе и о терапии родов при нем, «150 лет деятельности ЦИАГ», Л., 1947.
 7. Покровский В. А., Рабинович Я. С., Отдаленные результаты классического кесарского сечения, «Гинекология и акушерство», 1930.
 8. Покровский В. А., Дальневосточный мед. журнал, 1937, № 2.
 9. Чукалов Н. Н., Василькова А. А., К вопросу расширения показаний к операции кесарского сечения в интересах плода. В кн. «К проблеме снижения материнской и детской заболеваемости и смертности», Ижевск, 1950, № 5—8.
-

ОБШИРНЫЙ ВЛАГАЛИЩНО-РЕКТАЛЬНЫЙ СВИЩ РЕДКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Е. П. БОНДАРЕВСКАЯ,

кандидат медицинских наук.

Повреждения влагалища во время полового акта на большем больничном материале не представляют редкости.

Наиболее легко объяснимы случаи, когда повреждения происходят вследствие недоразвития женских гениталий.

Значительно труднее объяснить повреждения влагалища у здоровых, нормально развитых женщин. Многие авторы (С. В. Жевахов, П. Ф. Писемский) указывают как на причину повреждения бурный половой акт. Опынение, сопротивление женщин также могут играть роль этиологического фактора.

Известную роль играет и абсолютная короткость влагалища. По А. И. Тимофееву длина задней стенки влагалища равна в среднем 8—9,5 см, по Н. М. Какушкину—11,5 см.

Наиболее вероятной благоприятствующей причиной повреждений половых органов во время полового акта является приложение силы под определенным углом к стенке влагалища. Некоторое значение имеет относительная короткость влагалища. Чаще всего в результате полового сношения наблюдаются разрывы заднего свода. Редко при этом происходят разрывы ректально-влагалищной перегородки. С. Д. Михнов в своем «Систематическом указателе русской акушерско-гинекологической литературы» указывает на описание ректально-влагалищных фистул в результате полового акта следующими авторами: Н. Л. Гальбрейхом (1896 г.), Р. А. Синайским (1889 г.), Н. Н. Феноменовым (1894 г.).

В гинекологическое отделение Воронежской клиники 18/X-51 г. поступила больная Н., 25 лет, колхозница, для оперативного лечения по поводу обширного влагалищно-ректального

свища. Повреждение влагалища произошло 7/1-51 г. (8 месяцев тому назад) после первого полового сношения. Менструрует с 19 лет. Менструации ходят скудные, безболезненные. Беременностей не было.

Больная среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания, вторичные половые признаки хорошо выражены.

Наружные половые органы нерожавшей женщины: малые губы хорошо развиты, клитор не увеличен. Длина задней стенки влагалища 9 см. Отступя на 2 пальца от входа влагалища, на задней стенке ее располагается свищ длиной 6 см и шириной в 3 см с рубцевыми краями, он пропускает 3 пальца, через свищ кал идет во влагалище. Шейка матки цилиндро-конической формы, маточный зев округлый. Своды глубокие. Матка в правильном положении, тело ее нормальной величины и консистенции. Придатки без пальпаторных отклонений. Осмотр зеркалами — шейка не эрозирована. Выделения из шейки матки слизисто-гноевидные.

После предварительной подготовки больной в течение 6 дней (диета и спринцевание больной) под спинномозговой анестезией была произведена операция — фистулоррафия.

3/XI-51 г. операция (В. А. Покровский). Тщательная подготовка дезинфицирующими средствами прямой кишки и влагалища, после чего произведен разрез слизистой оболочки вокруг свища; разрез продлен вверх и в стороны по типу якорного. Отсепарована стенка кишки от влагалища. В продольном направлении на края прямой кишки наложен ряд шелковых швов. Дополнительно наложены кетгутовые швы в том же направлении. После этого также наложены швы на стенку влагалища. В толщу промежности введено 200.000 ЕД пенициллина.

Послеоперационный период протекал без осложнений. 17/XI-51 г. осмотр больной—влагалище глубокое, рубец на месте свища (на задней стенке влагалища) хорошо зажил первичным натяжением. Шейка цилиндро-коническая. Матка в правильном положении. Придатки не определяются. Осмотр зеркалами: шейка без эрозий, маточный зев округлый. Выделения слизистые.

У нашей больной имелся некоторый инфантилизм (позднее начало менструаций); причиной разрыва, повидимому, послужила неопытность и опьянение партнера при бурном половом акте. Как показали результаты операции, способ расщепления при обширных влагалищно-кишечных свищах дает хорошие результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальбрейх Н. Л., Случай ректо-вагинального свища при coitus'e «Врачебные записки», 1897 № 2—3.
 2. Жевахов С. В., Случай разрыва заднего свода при coitus'e. Проток. засед. акуш.-гинеколог. общества в Киеве, т. 12, вып. 24, протокол 99.
 3. Какушкин Н. М., О стенозах и атрезиях шеечного канала, Казанский медицинский журнал, 1932, № 7.
 4. Писемский П. Ф., Демонстрация больной с ректо-вагинальной фистулой, Протокол акуш.-гинеколог. общества в Киеве, т. 12, вып. 24, 1899.
 5. Синайский Р. А., Первое совокупление, как причина разрыва промежности и образования ректо-вагинальной фистулы, Русская медицина, 1889, № 46.
 6. Тимофеев А. И., Анатомия, физиология и топография женских половых органов, Руководство по женским болезням под редакцией Кривского, 1947.
 7. Феноменов Н. Н., К казуистике повреждений, наносимых при половом сношении, «Акушерство», 1894.
-

ШОКОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

А. Н. ПРОСКУРИНА,

ординатор родильного дома

Русские акушеры и гинекологи внесли большой вклад в учение о внематочной беременности. Уже в 1784 году Н. М. Амбодик упоминает о внематочной беременности. Н. Н. Феноменов убедительно писал о неотложности и срочности операции при внематочной беременности.

«Я настаиваю,—писал Н. Н. Феноменов в 1881 году, когда только еще зарождалась абдоминальная гинекология, — на безотлагательном производстве чревосечения с прямой целью остановить кровотечение».

С развитием абдоминальной гинекологии в конце XIX века операция по поводу внематочной беременности стала входить в повседневную практику гинекологических клиник и отделений больниц.

Течение внематочной беременности в настоящее время изучено самым детальным образом. Нередко при внематочной беременности внезапно развивается тяжелый инсульт у больной, которая всего несколько часов тому назад чувствовала себя хорошо.

Как же определить наступающий при внематочной беременности инсульт? Мы имеем дело с внутрибрюшным кровотечением и с развитием коллапса. Можем ли мы говорить о шоке при внематочной беременности?

О шоке при внематочной беременности пишут А. Э. Мандельштам, И. Л. Брауде, В. А. Покровский, Ф. Я. Венцов и др.

Но Р. А. Черток писал, что при внематочной беременности при значительных кровопотерях на первый план выступают явления анемии—головокружения, полуобморочные или обморочные состояния, мелькание в глазах, недостаток воздуха из-за кислородного голодания.

Нужно сказать, что инсульт при внематочной беременности изучался мало. О шоковом состоянии при внематочной беремен-

ности говорит И. Л. Брауде в описании «острого живота» при внематочной беременности; но данных об изменениях основного при шоковом состоянии показателя — артериального давления при внематочной беременности в литературе почти не имеется.

После исследований, проведенных за годы Великой Отечественной войны, нужно считать установленным, что в большинстве случаев шок развивается не только в результате травмы, но и кровотечения, поэтому не всегда можно провести резкую грань между коллапсом на почве кровопотери и шоком. При внематочной беременности мы имеем дело не только с кровопотерей, но и с болевым фактором, поэтому мы считаем возможным говорить о шоке при внематочной беременности.

Кровяное давление является одним из важнейших показателей состояния больной при внематочной беременности.

В. А. Покровский приводит некоторые данные об изменении кровяного давления при внематочной беременности (Хабаровская клиника).

У 12 больных из 36 — максимальное кровяное давление было ниже 80 мм, т. е. имело место значительное падение артериального давления.

Наши наблюдения охватывают 85 больных с внематочной беременностью:

максимальное кровяное давление оставалось выше 100 мм у 29 больных, максимальное кровяное давление было от 70 до 90 мм — у 40 больных, максимальное кровяное давление было от 70 мм и ниже — у 10 больных.

У 6 больных артериальное давление не определялось совершенно. Максимальное кровяное давление было от 45 до 70 мм у 10 больных; у всех этих 16 больных мы имели шоки 3-й степени.

У этих больных пульс не прощупывался, холодный пот покрывал кожные покровы; имелся цианоз конечностей; наблюдалась полная апатия, больные говорили шопотом, иногда наступало частичное затемнение сознания.

Максимальное кровяное давление от 70 до 90 мм мы наблюдали, как указано, у 40 больных; состояние этих больных соответствует 2-й степени шока.

Мы видим, что у ряда больных при клинической картине тубарного аборта «инсульт» может протекать при мало измененном кровяном давлении (выше 100 мм).

Помимо изменения со стороны кровяного давления, мы позволим себе остановиться и на некоторых других изменениях у наших больных.

Температура тела у больных при поступлении была следующей:

ниже	35°	—	у	5
35°	—	35,5°	—	» 22
36,6°	—	36°	—	» 40
36°	—	37,9°	—	» 15
37°	—	37,2°	—	» 3

Всего 85 больных

Как мы видим, у значительного большинства была пониженная температура (67 больных); нормальная температура (выше 36,0°) была у 15, субфебрильная — только у 3 больных.

По данным С. М. Клейна, у 93 % всех больных температура была нормальной; в свежих случаях разрыва трубы температура падала ниже нормы (35,6—35,8°); таких случаев автор отмечает всего лишь 3,5 %. Разница между данными частоты снижения температуры у С. М. Клейн и нашими наблюдениями зависит от того, что нами изучались только тяжелые больные, С. М. Клейн анализировал данные о всех больных с внематочной беременностью.

Таким образом, при инсультах в связи с внематочной беременностью мы можем иметь понижение температуры как один из признаков шока.

Одним из важных симптомов при оценке шокового состояния является частота и характер пульса.

И. В. Брауде отмечает замедление пульса, которое иногда наблюдается при внематочной беременности; он правильно объясняет это раздражением блуждающего нерва.

По данным Аловского А. Д., при внематочной беременности пульс в 6 % был замедленный, в 38 % — нормальный, в 5,0 % — нитевидный, в 51 % — учащенный. По данным С. М. Клейна, пульс колебался в зависимости от времени осмотра и величины кровопотери.

Мы наблюдали следующий пульс:

от	45 уд.	в 1 м.	у 13 больных,
от 60 до	65 уд.	в 1 м.	» 12 »
от 92 до	100 уд.	в 1 м.	» 16 »
от 100 до	120 уд.	в 1 м.	» 9 »
от 122 до	140 уд.	в 1 м.	» 19 »
не прощупывался			» 16 »

Всего 85 больных

т. е. у 25 больных пульс был замедленным; в этом отношении наши данные совпадают с наблюдениями А. Д. Аловского (это-

му симптому следует уделять большее внимание в клинической практике, чем это делалось до сих пор). Наши наблюдения подтверждают указания И. Л. Брауде на то, что инсульт при внематочной беременности нередко сопровождается замедлением пульса.

Большое практическое значение имеет вопрос, в какой мере развитие шокового состояния связано с кровопотерей.

Кровопотеря при операции у наших больных равнялась:

от 300,0 до 600,0 — у 30 больных,

от 600,0 до 1000,0 — у 35 больных

от 1500,0 до 2000,0 — у 14 больных

Всего 79 больных

У ряда больных при значительном количестве крови в брюшной полости кровяное давление было нормальным. Это связано с аккомодационными способностями сосудистой системы. Если больная справляется с кровопотерей, то, несмотря на наличие значительного количества крови в брюшной полости, кровяное давление может быть нормальным.

У других больных мы наблюдаем пониженное кровяное давление при небольшом кровоизлиянии в брюшную полость. Этот факт показывает, что тяжелое состояние нередко обуславливается не столько кровопотерей, сколько сильным болевым приступом, т. е. может быть квалифицировано как шоковое.

Вопрос о развитии шокового состояния при внематочной беременности важен для решения вопроса о тактике при внематочной беременности.

В настоящее время необходимость хирургического вмешательства при внематочной беременности общепризнана. Считается решенным вопрос и о том, что, как только поставлен диагноз внематочной беременности, следует тотчас производить операцию и при тяжелейшем состоянии больной. И. Л. Брауде, указывая на необходимость немедленной операции, пишет, что «операция снимает явления шока».

Но в литературе имеются и другие указания. Так, Писемский предлагал у тяжелых больных с внематочной беременностью откладывать операцию с тем, чтобы за это время стихли явления шока.

В. А. Покровский в своей работе «О шоке в акушерско-гинекологической практике», основываясь на наблюдениях в Хабаровской клинике, пишет: «В последние годы в самых тяжелых случаях внематочной беременности, когда при поступлении у больной кровяное давление не определяется, мы считаем пока-

занной предварительную трансфузию до операции». И далее он говорит: «Обычно трансфузия в средней дозе оказывает благоприятное влияние на больную, и операция, тотчас произведенная, проходит без осложнений».

Исходя из той точки зрения, что при внематочной беременности мы имеем не только внутрибрюшное кровотечение, но и шоковое состояние той или иной степени, мы в Воронежской клинике за последние годы у тяжелых больных с внематочной беременностью считали необходимым перед операцией переливать больным кровь; при шоке 2-й и 3-й степени мы начинали с лечения шока, для чего производили трансфузии крови по 1—2 ампулы.

До операции трансфузии крови были произведены 33 больным; из них 6 раз по 500 мл. консервированной крови и 3 раза по 750 мл.

Некоторым больным, еще не вышедшим из шокового состояния после операции, снова переливалась кровь; это было проведено 13 больным. Другим больным производились трансфузии только после операции; это делалось тем больным, у которых до операции максимальное кровяное давление было 90 мм, а после операции падало до 80 мм, таких трансфузий было произведено 35 больным по 250—200 мл.

27 больным кровь не переливалась; сюда относятся более легкие случаи.

По литературным данным, смертность при внематочной беременности колеблется от 0,3 до 3%.

№№ пп.	Автор	Число случаев	Годы	% смерт- ности
1	Аловский А. Д.	1203	1924—1937	1,9
2	Апетов С. А.	433	1948	0,69
3	Даниахия И. А. и Туревич З. И.	603	1940—1946	1,7
4	Жмакин К. Н.		1940	1,8
5	Кузнецова А. В.	222	1933—1937	2,2
6	Рапопорт М. Т.	325	1925—1937	1,54
7	Елкин		1937	0,5
8	Клейн С. М.	1128	1925—1938	2,3
9	Граффагино, Сойлер и Баккерман	445	1919—1936	11,4
10	Кирен, Коленс и Романо . .	309	1924—1934	11,6
11	Проскурина А. Н.	461	1945—1949	0
12	Андрюшенко П. А.		1947	0,34

На 471 больную, оперированную в клинике с 1945 по 1949 год, согласно указанным выше принципам, мы не имели ни одного летального исхода.

ВЫВОДЫ

1. Критерием при оценке тяжести шока при внематочной беременности является высота кровяного давления; поэтому кровяное давление должно систематически измеряться у каждой больной с внематочной беременностью.

2. Инсульт при внематочной беременности сопровождается у трети больных урежением пульса; при тяжелых шоковых состояниях у больных температура оказывается пониженной.

3. При кровяном давлении ниже 90 мм перед операцией должна производиться трансфузия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аловский А. Д., Клиника внематочной беременности, 1945.
 2. Андрущенко П. А., Аутотрансфузии крови, излившейся в брюшную полость при внематочной беременности, «Советская медицина», 1951, № 2.
 3. Брауде И. Л., «Острый живот» при внематочной беременности — диагностика и лечение, «Акушерство и гинекология», 1939, № 4.
 4. Венцов Ф. Л., Реинфузии при шоках и острых анемиях, Сборн. работ по акушерству и гинекологии, Наркомздрав СССР, 1944.
 5. Клейн С. М., Этиология внематочной беременности, Сборн. «Кровотечения в акушерстве», Воронеж, 1939.
 6. Клейн С. М., Исторический обзор вопроса о внематочной беременности, Сборн. «Кровотечения в акушерстве», Воронеж, 1939.
 7. Кузнецов В. А., О внематочной беременности, «Акушерство и гинекология», 1939, № 8.
 8. Коленс, Кирен и Романо, Американский журнал «Акушерство и гинекология», 1949, № 6, стр. 1144.
 9. Мандельштам А. Е., Внематочная беременность, «Акушерство и гинекология», 1939, № 4.
 10. Покровский В. А., Шок в акушерско-гинекологической практике, Воронеж, 1947.
 11. Рапорт М. Т. и Бекман И. М., Отдаленные результаты внематочной беременности, «Акушерство и гинекология», 1939, № 8.
 12. Черток Р. А., Внематочная беременность, глава 1-я, стр. 32, Воронеж, 1939.
-

ШОК ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

А. Н. ПРОСКУРИНА,

ординатор родильного дома

Самой бесспорной формой шоковых состояний в акушерской практике является шок при разрывах матки. На развитие шока при разрывах матки указывают И. Л. Брауде, В. А. Малиновский и М. Г. Кушнир, В. А. Покровский, И. И. Яковлев, И. И. Фейгель и др. Однако вопросами шоковых состояний еще очень мало занимались и при этой форме акушерской патологии.

Разрывы матки в родах и при беременности представляют собой грозное осложнение, дающее большой процент летальности, по В. А. Малиновскому и М. Г. Кушнiru — 50 %, по Л. С. Персиянинову — 47 %, М. П. Теворовскому — 43 %, по А. А. Тереховой — 33,3 %.

При описании клинической картины разрыва матки Г. Г. Гентер ставит на первое место шок. Причину шока при разрывах матки Г. Г. Гентер, Р. А. Черток и др. объясняют внутренним кровотечением и выходением в брюшную полость плода и последа.

Наш клинический материал составляет 26 родов, осложненных разрывами матки за период 1946—1951 г.; из них 13 рожениц были доставлены в клинику санитарной авиацией из районов области и с врачебных сельских участков; все эти женщины были доставлены уже с происшедшим разрывом матки. Из родильных домов г. Воронежа поступило 6 рожениц. Мы включили 2 родов, осложненных разрывом матки, происшедших в одном из родильных домов г. Воронежа, но оперированных с участием консультантов из клиники. В стенах клиники произошло 5 разрывов матки у женщин с отягощенным анамнезом. Для решения вопроса о шоке при разрывах матки прежде всего следует остановиться на величине внутрибрюшного кровотечения у этих женщин.

У 19 женщин кровотечение в брюшную полость превышало

500 мл, а у 5 женщин кровотечения в брюшную полость не было, поэтому нужно считать, что почти у всех женщин общее тяжелое состояние было в связи с шоком, а не с кровопотерей; лишь у двух женщин при операции было обнаружено внутрибрюшное кровотечение в количестве почти 2 литров.

Температура при поступлении была у 9 рожениц от 35 до 35,6°; у 14 рожениц — от 35,6 до 36°; у 2 — от 37,4 до 37,8° и у одной роженицы температура была 38°, т. е. 23 женщины поступили с пониженной температурой (36° и ниже), как с одним из проявлений шока.

Важным симптомом при оценке шокового состояния является частота и качество пульса. У 6 рожениц пульс был от 80 до 104 в 1 мин., у 8 рожениц пульс при поступлении не пальпировался на лучевой артерии. Таким образом, $\frac{2}{3}$ женщин поступили с частым, слабым пульсом, у 8 рожениц пульс не считывался. После операции пульс не считывался у 6 и у 4 женщин он был от 120 до 136, у 16 женщин был от 80 до 110 в 1 минуту.

Артериальное давление при поступлении совсем не определялось у 3 рожениц; максимальное давление было от 45 до 65 мм у 3 рожениц; у 2 рожениц оно было от 65 до 78 мм, у 5 рожениц кровяное давление было от 78 до 85 мм, у 8 рожениц — от 85 до 90 мм, у 5 рожениц — от 105 до 125 мм.

После операции кровяное давление у 4 не определялось, максимальное давление было от 70 до 74 мм у 8, от 85 до 90 мм — у 3 родильниц, от 90 до 95 мм — у 3 родильниц, у 4 женщин — от 100 до 110 мм и от 115 до 125 мм у 4 родильниц.

Мы видим, что у 21 роженицы при поступлении было очень низкое кровяное давление; следовательно, мы имели шок:

1-й степени — у 5 рожениц,

2-й степени — у 13 рожениц,

3-й степени — у 8 рожениц.

В клинике всем женщинам с шоком перед операцией проводилась противошоковая терапия, в первую очередь трансфузия крови. 12 роженицам произведена трансфузия крови до операции в количестве от 200 до 250 мл; до операции перелиты массивные дозы крови (от 400 до 650 мл) 2 роженицам.

Если после операции максимальное кровяное давление было ниже 90 мм, то женщинам повторно переливалась кровь; от 200 до 250 мл перелито 8 родильницам, от 400 до 550 мл — 3 родильницам.

Относительно характера оперативного вмешательства при разрывах матки существуют различные мнения. Отдельные авторы (Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, И. Л. Брауде и др.) рекомендуют более радикальный метод — надвлагалищную

ампутацию или полную экстирпацию матки. В. А. Покровский, Л. С. Персиянинов и Н. Е. Сидоров, на основании своих данных о разрыве матки, считают, что зашивание разрыва матки дает меньшую смертность. На нашем материале зашивание разрыва матки произведено у 12 рожениц, полная экстирпация у 6 женщин и надвлагалищная ампутация — у 7.

Из 12 женщин, у которых произведено зашивание разрыва матки, умерла одна (разрыв при автомобильной катастрофе с кровопотерей в количестве 2000 мл). После операции экстирпации матки, произведенной 6 роженицам, умерло 3; из 7 женщин, которым была произведена операция надвлагалищной ампутации, умерло 2; одна родильница умерла с неполным разрывом матки после чревосечения от сепсиса. Таким образом, из 26 рожениц умерло 7, т. е. 26,9%.

Результаты лечения разрывов матки улучшились в связи с применением трансфузий крови до операции. Операции, проведенные по методу зашивания разрыва, прошли гладко; послеоперационный период также не дал осложнений.

Наши наблюдения показывают, что при разрывах матки следует производить зашивание матки, а не ампутацию матки.

Наилучший метод анестезии при разрывах матки — метод А. В. Вишневого; он не углубляет шока, но при этом методика должна быть совершенной, с применением больших количеств раствора новокаина.

Разрыв матки может зашиваться без освежения его краев. Исключением являются разрывы по рубцу после кесарева сечения; в этих случаях края матки покрыты вросшей слизистой, поэтому перед зашиванием они должны быть освежены.

Если разрыв произошел по передней стенке, то при операции матка не должна выводиться из брюшной полости. При разрыве матки по задней поверхности этого сделать нельзя — ее приходится выводить; это можно сделать только после тщательной анестезии сначала круглых и широких связок, пузырно-маточной складки; после выведения матки необходимо тщательно анестезировать крестцово-маточные связки, и лишь после этого приступают к зашиванию матки. Необходимо помнить, что само смещение матки из стороны в сторону может вызывать боли, а потому обращаться с маткой при зашивании нужно крайне бережно.

Метод А. В. Вишневого применялся у 10 рожениц, местная анестезия вместе с эфиром — у одной, у 15 женщин — эфирный наркоз. Операции при разрывах матки производились под эфирным наркозом до 1949 года, в последние годы все операции производились под анестезией по А. В. Вишневскому.

Операция должна производиться возможно быстрее после произошедшего разрыва матки. Это подтверждают Г. А. Колпак и С. В. Решетникова на своем материале. Среди женщин, оперированных в первые 2 часа после разрыва матки, летальность не наблюдалась.

Из 7 умерших одна женщина оперировалась с температурой 38° и умерла от сепсиса. Три женщины умерли от начинающегося разлитого перитонита, одна женщина умерла от шока и две от анемии. Все умершие женщины доставлены были в клинику после разрыва матки через длительный срок (от 24 до 66 часов).

Таким образом, наши наблюдения показывают, что летальность при разрывах матки падает на рожениц с поздним поступлением.

Наши наблюдения убедительно показывают, что снижение кровяного давления и другие симптомы (частый пульс, снижение температуры, заторможенность) при разрывах матки связаны чаще всего с типичным шоком, а не с кровопотерей; последняя встречается значительно реже.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брауде И. Л., Лечение разрывов матки, «Акушерство и гинекология», 1940, № 11.
2. Брауде И. Л., Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии, Медгиз, 1941.
3. Гентер Г. Г., Учебник акушерства, Биомедгиз, 1937.
4. Жордания И. Ф., Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения, «Акушерство и гинекология», 1950, № 4.
5. Малиновский М. С. и Кушнир М. Г., Руководство по оперативному акушерству, Медгиз, 1939.
6. Персиянинов Л. С., Разрывы матки, Медгиз, 1952.
7. Покровский В. А., Шок в акушерско-гинекологической практике, Воронеж, 1947.
8. Покровский В. А., Острые кровопотери и шок в акушерстве и гинекологии, «Акушерство и гинекология», 1952.
9. Сидоров Н. Е., К вопросу о лечении разрывов матки, «Акушерство и гинекология», 1953.
10. Теверовский М. И., К вопросу о разрывах матки во время беременности и родов, «Акушерство и гинекология», 1949, № 1.
11. Терехова А. А., Операции при разрыве матки в родах под местной анестезией по А. В. Вишневскому, «Акушерство и гинекология», 1949, № 1.
12. Фейгель И. И., Родовой шок, БМЭ, том 29.
13. Черток Р. А., Осложнения беременности и родов, Воронеж, 1939.

АНЕСТЕЗИЯ ПО А. В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В. П. МАРКИНА,

кандидат медицинских наук

Оперативное лечение прервавшейся внематочной беременности является бесспорным, выбор же момента операции в состоянии инсульта не всеми гинекологами решается одинаково.

При только что нарушенной внематочной беременности больная находится в состоянии более или менее выраженного коллапса, близкого к шоку. Р. А. Черток при нерезко выраженных явлениях шока, когда вскоре за инсультом состояние больной начинает улучшаться, рекомендовал, во избежание усиления шока от вскрытия брюшной полости, оперировать больную лишь по прошествии суток, когда оперативное вмешательство для больной является менее опасным, чем во время инсульта.

При значительном внутрибрюшном кровотечении большинство гинекологов настаивает на немедленной операции, не взвешивая на тяжелое шоковое состояние (В. С. Груздев, А. И. Тимофеев, Г. Г. Гентер, Шполянский), ибо оно не является противопоказанием к операции (А. Д. Аловский).

При этом, ради быстроты производства операции, авторы не считают необходимым проведение ряда противошоковых мероприятий, в частности переливания крови перед операцией. Более того, всякие меры к повышению кровяного давления до операции они считают противопоказанными (Л. И. Кантарович, А. Д. Аловский, И. Л. Брауде).

Опыт медицины в Великой Отечественной войне показал, что при огнестрельных ранениях живота, которые сопровождаются в 80,4% кровотечением в брюшную полость и когда срочность оперативного пособия очевидна, операция, как правило, не начиналась до тех пор, пока в результате проведения противошоковых мероприятий, в первую очередь переливанием крови, хотя бы частично не снималось шоковое состояние

(А. В. Мельников, Н. Н. Милостанов, С. И. Банайтис, Г. Ф. Николаев, А. А. Бочаров).

Когда противошоковые мероприятия, в том числе и переливание крови, оказывались малоэффективными, что указывало обычно на значительное внутреннее кровотечение, приходилось оперировать немедленно, одновременно продолжая переливание крови во время операции (Г. Ф. Николаев, В. И. Титов, И. М. Воронцов). Таким образом, хирурги придавали исключительно большое значение выведению раненых из шокового состояния перед операцией.

В силу вышеизложенного при прервавшейся внематочной беременности с наличием инсульта гинекологи должны также начинать с проведения противошоковых мероприятий и лишь после этого переходить к операции, причем оперировать под таким обезболиванием, которое не только не усиливало бы шоковое состояние, но и было бы терапевтическим мероприятием в борьбе с шоком.

В нашей клинике, начиная с 1945 года, во всех случаях шока при прервавшейся внематочной беременности до операции проводилась противошоковая терапия в виде переливания консервированной крови. За период времени с 1945 по 1950 год было оперировано 569 больных по поводу внематочной беременности, в том числе 185 операций (32,5%) было экстренных, когда имели место явления шока и острого внутреннего кровотечения. За указанный период мы не имели ни одного случая летального исхода после операции по поводу внематочной беременности. В течение последних двух лет (1954—1955 гг.) на 330 операций по поводу внематочной беременности мы имели одну смерть от острой анемии, что составило 0,3% летальности.

Противошоковая терапия дала нам возможность значительно снизить летальность непосредственно от шока и острой кровопотери, а местная анестезия позволила нам продолжить и во время операции борьбу с шоком и снизить послеоперационные осложнения, нередко приводящие к летальному исходу.

В настоящее время в литературе все настойчивее начинают говорить о местной анестезии как о противошоковом мероприятии. Так, С. И. Банайтис в своей статье «К характеристике операционного шока» пишет: «Производство оперативных вмешательств под местной анестезией, само по себе является своего рода противошоковым мероприятием». Далее он говорит, что инъекции новокаина в пристеночную брюшину приводят к снятию рефлексов и устраняют опасность возникновения депрессорных реакций. Автор подчеркивает, какое важное значение в производстве самой анестезии имеет бережное отноше-

ние к тканям, ибо грубые манипуляции в момент введения новокаина могут явиться причиной неблагоприятных рефлекторных реакций.

Анализируя опыт операционного лечения проникающих ранений живота за время Великой Отечественной войны, ряд авторов (В. И. Титов, Г. Ф. Николаев) утверждает, что при необходимости оперировать при шоке хирург, вполне владеющий техникой местного обезболивания, может оперировать раненых при таком способе обезболивания с меньшим риском потерять их во время операции, чем хирург, оперирующий под общим наркозом.

Н. Н. Петров, С. М. Рубашев также рекомендуют пользоваться местной анестезией как одним из видов обезболивания, не усиливающим явления шока.

На основании вышеизложенного с конца 1949 года в нашей клинике мы начали систематически применять местную анестезию и при экстренных операциях по поводу внематочной беременности, когда были выражены, в той или иной степени, явления шока. Успех обезболивания и хорошие результаты его зависят от владения техникой анестезии и исключительно бережного отношения к тканям.

В доступной литературе нам удалось выяснить, что одним из противопоказаний для анестезии по А. В. Вишневскому долгое время считалась внематочная беременность. Даже в клинике Казанского мединститута, где разработкой местной анестезии при гинекологических операциях занимаются с 1926 года, долгое время внематочная беременность была одним из противопоказаний для нее. Так, А. И. Тимофеев (1928 г.) оперировал внематочную беременность лишь 4 раза, в более позднем сообщении (1929 г.) он указывает еще на 10 операций по поводу внематочной беременности, проведенных под местной анестезией. В своем сообщении автор подчеркивает, что внематочная беременность остается одним из противопоказаний для местной анестезии потому, что до операции имеется резкое раздражение брюшины с его рефлекторным влиянием на общее состояние организма.

Дальнейшая разработка местной анестезии в гинекологии, проводимая И. Ф. Козловым и В. В. Дьяконовым (1933 г.), не дала положительных результатов в отношении оперирования внематочной беременности; ими сделано всего только 9 этого рода операций, и эта патология опять осталась среди противопоказаний к местной анестезии. С течением времени усовершенствование методики инфильтрационной анестезии шло по линии упрощения техники и снижения процента неудач при сложных

гинекологических операциях (П. В. Маненков, 1946, 1948, 1953 гг.).

П. В. Маненков уже не считает внематочную беременность противопоказанием для местной анестезии. Так, лично проф. Маненковым П. В. внематочная беременность оперировалась 18 раз, в том числе в 15 случаях давно прервавшаяся (на 400 чревосечений, проведенных лично автором под местной анестезией).

Н. И. Фролова подвергла анализу 389 случаев внематочной беременности, прошедших с 1935 по 1944 год через Казанскую клинику, из которых внематочная беременность была оперирована под местной анестезией в 39 случаях; 3 операции, начатые под местной анестезией, были закончены под общим наркозом.

Н. В. Андресен, проводя анализ деятельности Казанской клиники с 1925 по 1946 год, отмечает, что на 2106 операций, произведенных под местным обезболиванием, больные с внематочной беременностью были оперированы 88 раз и в 11 операциях местное обезбоживание оказалось недостаточным (12,5%).

Другие авторы, в клиниках и больницах которых обезбоживание по А. В. Вишневскому не получило широкого распространения, говорят о внематочной беременности, как об одном из противопоказаний для местной анестезии (И. С. Венгеровский; 1936 г.); некоторыми авторами приводятся только единичные случаи, оперированные под местным обезболиванием (В. В. Виттенбург, 1927 г.); автором произведено 3 операции и в одном случае пришлось перейти на общий наркоз; А. Д. Аловский (1945 г.) сообщает о двух операциях, произведенных под местной анестезией на 1203 случая внематочной беременности.

М. В. Шац (1929 г.) сообщает об успешно проведенных операциях под местной анестезией, но недостатком ее считает невозможность выбрать из брюшной полости кровь, что влечет за собой переход к наркозу.

Ф. В. Стадлер (1934 г.) сообщает о 5 операциях по поводу внематочной беременности, успешно проведенных под местной анестезией, с благоприятным послеоперационным течением.

Б. С. Пойзнер (1939 г.) в своей докторской диссертации высказывает надежду, что в ближайшее время будет разработана методика местной анестезии для оперирования «остро прервавшейся» внематочной беременности; 23 операции, проведенные автором под местной анестезией, в силу большого количества неудач (полное обезбоживание было получено только у 13 больных, у 3 — частичное и у 7 больных перешли на общий наркоз) заставили вернуться к ингаляционному наркозу.

Значительно позднее (1948 г.) автор еще раз повторяет свое положение, что под местным обезболиванием можно оперировать только случаи старой внематочной беременности, а при разрывах трубы с большим кровоизлиянием в брюшную полость местная анестезия неэффективна и необходимо пользоваться в этих случаях ингаляционным наркозом.

В. С. Фриновский (1950 г.), горячо отстаивающий преимущества проводниковой анестезии перед инфильтрационной, пользуясь данным методом, внематочную беременность оперировал только один раз.

Даже в Хабаровской клинике, где местная анестезия применялась очень широко, неудачи ее при внематочной беременности составили 13,5% (И. И. Томилов); автор при старой внематочной беременности и при большом брюшном кровотечении и шоке рекомендует общий наркоз.

Таким образом, становится ясным, что операция по поводу внематочной беременности с наличием большого количества крови в брюшной полости требует от хирурга владения в совершенстве техникой анестезии по А. В. Вишневному.

В силу сказанного, прежде чем приступить к изучению техники анестезии, нами были произведены анатомические исследования передней брюшной стенки в гипогастральной области, которые и легли в основу разработки техники анестезии передней брюшной стенки.

При внематочной беременности был применен поперечный надлобковый разрез (Пфанненштиля).

В имеющейся литературе по поводу поперечного разреза имеются различные мнения. По мнению одних гинекологов (А. Д. Аловский, Л. И. Кантарович, В. Н. Крылов), этот разрез сложный и совершенно непригодный для экстренных операций; И. Л. Брауде считает его допустимым только при плановых операциях, однако и при этих операциях им мало пользуются. По А. Д. Аловскому он применялся в 0,9% всех операций, а по Л. И. Кантаровичу в Минской акушерско-гинекологической клинике пользовались исключительно продольным разрезом, а поперечный разрез отвергался. В. Н. Крылов этот разрез считает антифизиологическим, анатомически не обоснованным и предлагает свою модификацию разреза. Другие гинекологи, пользующиеся поперечным разрезом нечасто, сообщают о нем без критической оценки (Л. С. Кравченко, Н. И. Фролова, В. В. Виттенбург). Наконец, третья группа гинекологов широко рекомендует поперечный разрез (Л. Новолодский, Н. М. Какушкин, А. И. Кочетков, Г. И. Гиммельфарб, М. С. Александров), как разрез, который является физиологическим, так как

он совпадает с тягой мышц боковых отделов брюшного пресса (Л. Новолодский), меньше повреждает нервы и сосуды, не дает зияния краев раны (Г. И. Гиммельфарб, Л. Новолодский), менее опасен, так как кишечник устраняется из раны; хирург при этом разрезе почти не прикасается к кишечнику, и последний защищен от охлаждения (А. И. Кочетков, Г. И. Гиммельфарб); разрез сохраняет полную физическую трудоспособность женщин (М. С. Александров).

М. С. Александров этот разрез применил в 96,3% всех лапаротомий, удаляя через него опухоли очень больших размеров кускованием и винтованием.

Справедливо утверждение И. П. Виноградова, который на 25-м съезде хирургов привел слова Покотило, сказанные им на 13-м съезде хирургов, что только «привычка и традиция мешают перейти к поперечным разрезам».

В нашей клинике за последние годы внематочная беременность ранних сроков оперируется только с поперечным надлобковым разрезом, независимо от того, экстренная ли операция с обширным внутрибрюшным кровонизлиянием или это давно прервавшаяся внематочная беременность с наличием заматочных и перитубарных кровяных опухолей, достигающих иногда больших размеров.

Пользуясь этим разрезом, мы стали с успехом применять анестезию по А. В. Вишневскому у женщин с жирной брюшной стенкой, у которых жировой слой в надлобковой области значительно тоньше, чем в более высоких отделах ближе к пупку, где часто имеется целый вал жира.

Этот разрез дает достаточный доступ к матке и ее связочному аппарату, ибо после окончания анестезии передней брюшной стенки весь кишечник сползает к диафрагме и малый таз остается свободным для глаза, что очень облегчает проведение анестезии внутренних половых органов.

В нашей клинике прервавшаяся внематочная беременность ранних сроков оперируется только под инфильтрационной анестезией в сочетании с поперечным надлобковым разрезом; лишь как редкое исключение применялась местная анестезия с «низким срединным» разрезом при повторной внематочной беременности или при наличии старых послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. Начиная с 1953 года, прервавшаяся внематочная беременность оперируется только с надлобковым разрезом, независимо от наличия старых послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке.

Прежде чем перейти к анализу собственного материала, мы позволим себе остановиться на подготовке больной к операции,

технике анестезии передней брюшной стенки и внутренних половых органов.

В Казанской клинике, где раньше других начала применяться анестезия по А. В. Вишневскому, в самом начале большое внимание уделялось подготовке больной. А. И. Тимофеев считал обязательным вечером и утром в день операции давать по 0,5 веронала, а за 2 часа и за час до операции—подкожно по 0,01 морфина. В настоящее время в этой клинике уделяется большое внимание подготовке нервной системы перед операцией, и во избежание рвоты ни до, ни во время операции морфин не вводят.

В. С. Фриновский рекомендует перед операцией вводить пантопон.

С. М. Рубашев, подчеркивая преимущества оперирования под местной анестезией больных, находящихся в шоке, считает обязательным введение перед операцией морфина в достаточной дозе.

В нашей клинике подготовке больной уделяется большое внимание. В самом начале применения местной анестезии при плановых операциях больные вечером и утром в день операции получали люминал по 0,1, а непосредственно перед операцией 1 мл, 1% раствора морфина; при экстренных операциях мы ограничивались введением 1 мл 1% раствора морфина. Применение морфина нередко давало во время операции рвоту, что соответствует наблюдениям И. П. Павлова. Поэтому очень скоро мы перешли на подготовку к операции внутривенным введением бромистого натрия (10% раствор—10 мл) перед началом ее, а основная подготовка больных проводится с момента поступления систематическими беседами врача; в этой подготовке важно также общение с оперированными больными.

Для проведения анестезии по А. В. Вишневскому мы пользовались $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина на 0,45% растворе хлористого натрия, подогретого до 36°.

По линии кожного разреза производится внутрикожная анестезия с обязательным образованием «лимонной корки». Первый укол мы обычно делаем тонкой иглой, чтобы больная не ощущала даже минимальной болезненности. Кожной анестезии мы придаем большое значение, так как боль, причиненная в самом начале операции, настораживает больных, и они начинают реагировать ненормально повышенной чувствительностью на всякое прикосновение к ране, что сильно осложняет операцию; хорошая кожная анестезия позволяет безболезненно зашить рану.

Анестезия подкожной клетчатки делается через кожный

желвак. Сначала игла вводится только под кожу, и этот поверхностный слой клетчатки наполняется раствором последовательными уколами до тех пор, пока не образуется широкий, тугой, напряженный инфильтрат. После этого игла продвигается к апоневрозу и раствор подводится к глубоким слоям клетчатки.

После того как по линии разреза пальпаторно определяется широкий плотный инфильтрат, анестезия клетчатки заканчивается.

Прежде чем приступить к разрезу, нами проводится анестезия глубокого слоя и подводится раствор под апоневроз наружной косой мышцы. Для этого на середине расстояния между передне-верхней остью подвздошной кости и лонным бугорком в вертикальном направлении вкалывается игла до апоневроза наружной косой мышцы, а затем игла прокалывает и его. В промежуток между апоневрозами наружной и внутренней косыми мышцами вводится по 30—40 мл раствора новокаина. Таким образом, проходящие здесь нервы *p. ilioinguinalis* и *p. iliohypogastricus* (последний проходит несколько реже, чем первый) оказываются погруженными в раствор новокаина, что дает возможность по ходу операции безболезненно растягивать подкожную клетчатку.

Далее делается разрез кожи и подкожной клетчатки, обычно вполне достаточно длиной 10—12 см. Края этого разреза должны подниматься вверх, а выпуклая часть разреза располагается на 1—1½ см выше верхнего края лонных костей.

Для анестезии глубокого слоя мы пользуемся длинными иглами. После разреза кожи и подкожной клетчатки рана выглядит в форме вытянутого овала. По всей окружности этого овала с расстоянием в 2—3 см делаются отвесные уколы иглой, и раствор новокаина вводится непосредственно в толщу мышц.

Кроме этого, делается по несколько дополнительных уколов, параллельно белой линии (в толщу прямых мышц) и вниз (в толщу пирамидальных мышц) для обеспечения анестезии при последующей отсепаровке апоневроза.

Апоневроз вскрывается поперечно. Острым путем он отсекается от белой линии, а по бокам — тупым путем; в этих отделах не следует нарушать перфорирующих сосудистых и нервных веточек, которые при тупой отслойке легко вытягиваются из подкожной клетчатки и не мешают приподнимать апоневроз и раздвигать мышцы.

Края апоневроза сшиваются с кожей и салфеткой; потягиванием за концы шелковых ниток удобно расширять рану. Прямые и пирамидальные мышцы расслаиваются острым путем

по белой линии. Брюшина вскрывается продольно. Обычно разрез ее делается без дополнительной анестезии, так как брюшина оказывается хорошо инфильтрированной во время анестезии мышечного слоя.

В тех случаях, когда мочевого пузыря располагается высоко, разрез брюшины вниз приходится продолжать справа от пузыря.

Анестезия париетальной брюшины проводится в два пояса. Первый пояс — на расстоянии 5 — 6 см в окружности от линии разреза, и второй — на расстоянии 9 — 10 см. Особенно тщательно проводится анестезия в сторону пупка и к мочевому пузырю. По мере проведения анестезии париетальной брюшины кишечник постепенно сползает к диафрагме и анестезия брюшины заканчивается после того, когда края брюшной стенки совершенно потеряют свое напряжение. К краям париетальной брюшины прикалываются салфетки для защиты клетчатки.

Описанный ход анестезии париетальной брюшины легко выполним при давно прервавшейся внематочной беременности. В экстренных случаях анестезии париетальной брюшины несколько мешает жидкая кровь, заполняющая всю брюшную полость. В этих случаях, для того чтобы сделать второй пояс анестезии, мы придаем больной положение Тренделенбурга и большими марлевыми салфетками отсасываем жидкую кровь. Это позволяет полностью провести анестезию париетальной брюшины и для глаза оказывается доступной матка, а часто и разорванная труба.

Анестезия внутренних половых органов в этих случаях очень облегчается и начинается с анестезии круглой связки; раствор вводится в нее до тех пор, пока связка сильно увеличивается в объеме и становится почти белого цвета. После этого временно захватываем круглую связку большим Кохером и, несколько приподняв матку, поворачиваем ее в сторону лона так, чтобы можно было видеть трубу, после чего проводится анестезия мезосальпинкса, и по мере наполнения его раствором ампулярный конец трубы сам приподнимается вверх.

Проводится тщательная анестезия воронко-тазовой связки и собственной связки яичника. Накладываются два зажима: один на мезосальпинкс, а второй — на маточный конец трубы; труба отсекается. При интерстициальной беременности труба иссекается из угла матки. Культия после перевязки тщательно перитонизируется круглой связкой.

Осмотр трубы второй стороны может быть произведен после анестезии ее мезосальпинкса; за образовавшийся желвак труба подтягивается вверх и осматривается вместе с яичником. Вто-

рая труба в экстренных случаях удаляется редко, только при наличии гематосальпинкса или гидросальпинкса.

После осмотра второй стороны по возможности удаляются тупферами сгустки крови, причем это делается очень осторожно, не травмируя кишечник. Жидкая кровь не удаляется.

В случаях экстренной внематочной беременности с большим кровоизлиянием, когда описанным способом не удастся обнажить матку, мы наощупь захватываем беременную трубу двумя пальцами и приподнимаем ее так, чтобы уже под контролем зрения ее можно было захватить зажимом Пеана, а лучше геморроидальными щипцами. После этого начинается анестезия. Сначала анестезируется мезосальпинкс, а потом все остальные связки. Матку ни захватывать, ни подтягивать не следует, так как это вызывает сильные боли и может повести к невозможности продолжать операцию под местным обезболиванием. Большой процент неудач в проведении местной анестезии, который дает Н. В. Андресен, в известной мере можно объяснить тем, что перед началом анестезии матка захватывается за дно пулевыми щипцами.

При внематочной беременности, когда прерывание беременности протекает по типу трубного аборта с образованием перитубарной и заматочной кровяной опухоли, обычно матка оказывается доступной для зрения, что облегчает анестезию. Анестезию начинаем с круглых связок, потом переходим на мезосальпинкс. В этих случаях для анестезии обычно бывает доступна передняя поверхность широкой связки, так как труба часто завернута в задний Дуглас. Поэтому, прежде чем приступить к тупому разъединению спаек и выведению трубы, мы предварительно подводим раствор новокаина к тазовому сплетению со стороны круглой связки, а также и к воронко-тазовой связке по основанию широкой связки. Выведение трубы в этих случаях проходит планомерно и совершенно безболезненно, а самое главное, это позволяет полностью удалить капсулу.

При наличии больших капсул в конце операции мы вводим в брюшную полость пенициллин (200 000 ед.) и брюшную стенку зашиваем наглухо.

Техника анестезии при внематочной беременности довольно проста. Не следует только при операции спешить, а проводить ее необходимо систематически, соблюдая последовательность и принцип тугой инфильтрации тканей.

Начиная с сентября 1949 года, внематочная беременность в нашей клинике оперируется только под местной анестезией с поперечным надлобковым разрезом.

Нами проведен анализ 530 операций при внематочной беременности под местным обезболиванием в сочетании с надлобковым разрезом и 200 оперированных под общим наркозом со срединным разрезом.

Из общего числа оперированных под местным обезболиванием 316 больных оперированы в плановом порядке и 214 — в порядке экстренной помощи в состоянии разных степеней шока.

В группе с общим наркозом, относящейся к периоду 1948 — 1949 гг., было 120 операций плановых и 80 срочных.

В самом начале применения местной анестезии при внематочной беременности на 200 произведенных операций мы имели неудачу анестезии при 4 операциях, когда пришлось перейти на общий эфирный наркоз.

В тяжелых случаях старой внематочной беременности мы пользовались смешанным обезболиванием, где на фоне продолжающейся местной анестезии мы давали общий наркоз. Под таким обезболиванием проведено 4 операции.

Из полученных нами данных следует, что внематочная беременность может быть оперирована с успехом под инфильтрационной анестезией при сочетании с поперечным разрезом. Продольный разрез для этой операции является менее подходящим, так как дает чаще неудачи анестезии, и поэтому нами он совершенно оставлен.

Основная масса больных оперирована в возрасте от 26 до 40 лет.

Таблица 1

Возраст больных	Б-ные, оперированные под местной анестезией		Б-ные, оперированные под общим наркозом	
	всего б-ных	в т. ч. срочных	всего б-ных	в т. ч. срочных
20—25 лет	52	17	22	10
26—30 „	173	72	59	24
31—35 „	153	62	82	33
36—40 „	122	50	35	11
41 и старше	30	13	2	2
Всего	530 чел.	214 чел.	200 чел.	80 чел.

Объем оперативного вмешательства при внематочной беременности сводился преимущественно к удалению одной беременной трубы. Особенно строго этот принцип оперативного вмешательства выдерживался нами в случаях экстренных операций, когда больная находилась в состоянии шока.

С. И. Банайтис в своем заключении к разделу 8 «Огнестрельные ранения и повреждения живота» пишет, что «оперативно-технические приемы при повреждении органов живота определялись с одной стороны характером повреждения, а с другой стороны принципиальным стремлением ограничить размер вмешательства, сократив его продолжительность и уменьшив травматичность».

Такого же принципа придерживаемся и мы при оперировании прерванной внематочной беременности, сопровождающейся тяжелым шоковым состоянием, и проводим анестезию с обычной пунктуальностью. Оперирование при недостаточной анестезии усугубляет шоковое состояние, ведет к беспокойному поведению больной, а само вмешательство, при наличии большого количества крови в животе, окажется невозможным.

Хорошо проведенная анестезия ведет к устранению депрессорных реакций, более спокойному поведению больной и, как это указывает М. Н. Русанов, сама по себе является противошоковым мероприятием.

Так, из 214 операций, проведенных в порядке срочных операций, в 188 из них вмешательство состояло в удалении одной беременной трубы, у 18 больных были удалены обе трубы при сочетании трубной беременности с гематосальпинксом с другой стороны и у 8 больных одновременно с удалением беременной трубы были резецированы кистозно-измененные яичники.

Таблица 2

Объем оперативного вмешательства

Объем операции	Б-ные, оперированные под местной анестезией		Б-ные, оперированные под общим наркозом	
	всего больных	в т. ч. срочных	всего больных	в т. ч. срочных
Удаление беременной трубы	446	188	165	72
Удаление обеих труб	53	18	19	4
Удаление беременной трубы с измененным яичником	29	8	16	4
Иссечение беременного рога матки .	1	—	—	—
Беременность в культе трубы	1	—	—	—
Всего	530 чел.	214 чел.	200 чел.	80 чел.

Мы строго придерживаемся принципа о минимальном объеме оперативного вмешательства, тогда как отдельные авторы указывают на необходимость удаления второй трубы при ее воспалении или послевоспалительных изменениях. По данным Л. И. Кантаровича, на 145 операций вторая труба удалялась у 56 больных и у 58 больных попутно производилась аппендектомия.

Л. С. Кравченко рекомендует удаление второй трубы при резких воспалительных изменениях ее.

Вторым важным вопросом является обработка брюшной полости. В литературе нет единого мнения относительно того, осушать ли брюшную полость от излившейся крови или же оставлять ее.

И. Л. Брауде настойчиво высказывается за тщательное осушение и вытирание брюшной полости в целях профилактики возникновения послеоперационных внутрибрюшинных спаек.

Другие рекомендуют удалять только избыток крови (Л. С. Кравченко), сгустки крови (Р. И. Репин).

В нашей клинике мы ограничиваемся удалением только сгустков крови и избытка жидкой крови; большая часть жидкой крови остается в брюшной полости. Таким образом, у нас возникла необходимость проверить и сравнить послеоперационное течение у больных, оперированных под инфильтрационной анестезией, у которых оставалась большая часть крови в брюшной полости, и течение послеоперационного периода у больных, которым операция проводилась под общим наркозом, с более тщательным удалением крови из брюшной полости.

Для сравнения было проанализировано 200 историй болезни больных, оперированных под общим наркозом с разрезом по белой линии, в том числе было 80 операций срочных, когда больные доставлялись в клинику в состоянии более или менее выраженного шока, и 120 больных были оперированы в плановом порядке. У 193 больных был применен эфирный наркоз в количестве от 100 до 200 мл и у 7 больных — хлороформенный — до 30 мл¹. Сам по себе наркоз дал у 2 больных очень тяжелую асфиксию.

Большинство больных (176 чел.) относилось к возрасту от 26 до 40 лет. Объем оперативного вмешательства в контрольной группе был следующим: при срочных операциях у 72 больных была удалена только беременная труба, у 4 больных — обе трубы и у 4 больных — трубы вместе с кистозноизмененным

¹ Хлороформ применялся в первые послевоенные годы при перебоях в снабжении эфиром.

ячником. Таким образом, при срочных операциях объем оперативного вмешательства был соответственно таким же, как и в группе срочных операций, произведенных под инфльтрационной анестезией.

Послеоперационный период у больных, оперированных под местной анестезией, протекал значительно легче, с меньшими осложнениями и меньшим повышением температуры.

Самым ранним осложнением после общего наркоза у 6 больных была очень длительная мучительная рвота, продолжавшаяся больше суток; при местной анестезии мы наблюдали рвоту значительно меньшую по своей частоте и продолжительности.

Бережное отношение к тканям при местной анестезии в сочетании с небольшим надлобковым разрезом дало нам возможность снизить число таких осложнений, как парез кишечника.

После операции под общим наркозом мы наблюдали чаще явления метеоризма, сопровождавшегося в некоторых случаях рвотой, резким вздутием живота, разлитой болезненностью в области живота. Такие тяжелые явления метеоризма при общем наркозе были у 18 больных, в том числе у 10 больных после срочной операции. При инфльтрационной анестезии явления метеоризма были только у 12 больных на 530 операций и ни одного раза не было после срочных операций. Это мы объясняем тем, что при общем наркозе применялся прежде всего продольный разрез значительных размеров (от пупка до лобка), что приводило во время операции к ненужному охлаждению кишечника, а стремление к тщательному удалению крови из брюшной полости — к травматизации. Все вместе давало длительный парез кишечника.

При общем наркозе после операции мы значительно чаще имели более высокую температуру, чем при местной анестезии. Многократное повышение температуры до 38° и выше при общем наркозе наблюдалось у 35 больных, в том числе у 16 больных после срочных операций. При местной анестезии многократное повышение температуры до 38° было только у 28 больных на 530 операций, в том числе у 11 после срочных операций. Более высокая температура при общем наркозе связана с большим количеством осложнений со стороны легких.

При инфльтрационной анестезии осложнения со стороны легких стали редким явлением, тогда как при общем наркозе у 25 больных мы имели ясно выраженные явления бронхита, сопровождавшиеся высокой температурой, кашлем, особенно мучительным в первые дни после операции, так как каждый кашлевой толчок дает резкую болезненность в области послеоперационного шва. При инфльтрационной анестезии бронхит

был у 5 больных, а пневмония осложнила послеоперационное течение только у двух больных; при общем наркозе пневмония была у 12 больных, причем у одной больной (больная В., история болезни № 244) на фоне тяжелой пневмонии возникла эвентерация.

У двух больных с пневмонией произошло частичное расхождение поверхностных швов в результате длительного мучительного кашля.

Инфильтраты в подкожной клетчатке и в области послеоперационной культи встречались чаще при операциях с общим наркозом. При общем наркозе на 200 операций инфильтратов в подкожной клетчатке было 14, а в области послеоперационной культи широкой связки — 10. При местной анестезии на 530 операций в подкожной клетчатке было 13 инфильтратов, а в области культи широкой связки — 15.

Вторичное заживление послеоперационной раны при общем наркозе было у 5 больных, а при местной анестезии — только у трех больных.

В группе операций, проведенных под местной анестезией, мы имели у одной больной илеус. Больная К. (история болезни № 1314, 1950 г.) оперирована в плановом порядке по поводу давно прервавшейся внематочной беременности. На 13-е сутки, при ранее гладко протекавшем послеоперационном периоде, развились явления непроходимости. Больная была переведена в хирургическую клинику, где оперирована с хорошим исходом. Данное тяжелое осложнение возникло в результате образования послеоперационных спаек, возможно в результате оставшихся в брюшной полости сгустков крови.

Местная анестезия при внематочной беременности дает возможность с меньшим риском для жизни оперировать больных в шоке, когда сама анестезия является дальнейшим мероприятием по борьбе с шоком.

Как мы видим, инфильтрационная анестезия дает значительно меньше осложнений в послеоперационном периоде, чем общий наркоз, а следовательно, и среднее количество койко-дней, проведенных больными после операции под местной анестезией, меньше (12,7 койко-дня при плановых и 13,1 койко-дня — при срочных операциях), чем оперированных под общим наркозом (14,5 койко-дня при плановых операциях и 15,6 койко-дня при срочных операциях).

Опасения ряда гинекологов, что оставшаяся в брюшной полости кровь, которую при местной анестезии нельзя удалить, может дать более тяжелое послеоперационное течение, не имеет достаточных оснований.

ВЫВОДЫ

1. Инфильтрационная анестезия по А. В. Вишневскому является наилучшим обезболивающим методом при внематочной беременности, особенно, когда она сопровождается шоковым состоянием.

2. Инфильтрационная анестезия при внематочной беременности может быть с большим успехом выполнена в сочетании с поперечным надлобковым разрезом.

3. Инфильтрационная анестезия дает более легкое послеоперационное течение, с меньшими осложнениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров М. С., Консервативные и пластические операции на матке при фибриомах, «Акушерство и гинекология», 1948, № 4, стр. 5—9.

2. Аловский А. Д., Клиника внематочной беременности, Медгиз, 1945, стр. 5—180.

3. Анчелевич В., К патогенезу и хирургическому лечению внематочной беременности, «Акушерство и гинекология», 1936, № 6.

4. Андресен Н. В., Методика, техника и результаты местной инфильтративной анестезии по А. В. Вишневскому при гинекологических операциях по материалам акушерско-гинекологической клиники им. проф. В. С. Груздева за 1925—1946 гг. Канд. дисс. 1952.

5. Архангельский Б. А., К терапии фибриомиом матки, «Акушерство и гинекология», 1948, № 4, стр. 9—11.

6. Банайтис С. И., Заключение к 8-му разделу «Огнестрельные ранения живота». «Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—45 гг.», т. XII, стр. 541—563.

7. Банайтис С. И., К характеристике операционного шока. Военно-мед. ж., 1950, № 11 стр. 56—63.

8. Бочаров А. А., Общая характеристика ранений живота, «Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—1945 гг.», т. XII, гл. III, стр. 44—64.

9. Брауде И. Л., «Острый живот» при внематочной беременности. Диагностика и лечение, «Акушерство и гинекология», 1939, № 10, стр. 50—66.

10. Венгеровский И. С., Местная анестезия в гинекологии, «Акушерство и гинекология», 1936, № 3, стр. 325—331.

11. Вишневский А. В., Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата, Москва, 1938.

12. Виттенбург В. В., Местная анестезия при гинекологических чревосечениях, «Труды I Всеукр. съезда акуш. и гинек.», Киев, 23—28 мая 1927 г., стр. 839—843.

13. Воронцов И. М. и Сурвилло О. Н., Проникающие ранения живота, ранения паренхиматозных органов, «Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—1945 гг.», т. XII, гл. III, стр. 233—300.

14. Гиммельфарб Г. И., О надлонном поперечном разрезе фасции (Пфannenштиля) при чревосечениях, Труды II съезда Общ. Российских акуш.-гинеков., Москва, 28—30 декабря 1907 г., стр. 323—331.

15. Голубчин С. Б., Местная анестезия в гинекологии, «Акушерство и гинекология», 1933, № 4, стр. 31—38.

16. Гордиенко В. И. и Частовский В. Л., К вопросу об интерстициальной беременности, «Акушерство и гинекология», 1950, № 5, стр. 59.

17. Какушкин Н. М., Клинические материалы по вопросу о внематочной беременности, Труды IV съезда Общ. Российских акуш.-гинеков., 16—19 декабря, С.-Петербург, стр. 499—539.

18. Кантарович Л. И. и Шатерник В. Н., Клиника внематочной беременности, Минск, 1936, стр. 5—149.

19. Козлов И. Ф. и Дьяконов В. В., Местная инфильтрационная анестезия при брюшно-стеночных чревосечениях в акушерстве и гинекологии, Сб. работ Каз. мед. инст., 1933, № 5—6.

20. Кочетков А. И., К вопросу о поперечном разрезе брюшной стенки по способу Пфannenштиля, Докт. дисс., 1910.

21. Кравченко Л. С., Внематочная беременность по материалам 1-й горбольницы в г. Покровске за 1923—27 гг., «Вестн. здравоохран. Н.-Волжск. края», 1929, № 7—8, стр. 87—93.

22. Крылов В. Н., Физиологически обоснованный разрез брюшной стенки в акушерской и гинекологической практике, «Акушерство и гинекология», 1948, № 4, стр. 38—41.

23. Маненков П. В., Местная инфильтрационная анестезия при гинекологических и акушерских чревосечениях, «Акушерство и гинекология», 1946, № 4.

24. Маненков П. В., Разработка клиники им. проф. Груздева местной инфильтрационной анестезии по Вишневскому, применительно к гинекологическим операциям, Тр. Каз. мед. инст., 1948, II вып., стр. 37—48.

25. Маненков П. В., Местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому при гинекологических и акушерских чревосечениях, «Акушерство и гинекология», 1948, № 4, стр. 41—43.

26. Маненков П. В., Аппарат для местной инфильтрационной анестезии по методу Вишневского при операциях, Тр. Каз. мед. инст., 1948, II вып., стр. 49—53.

27. Маненков П. В., Местная инфильтрационная анестезия по методу проф. А. В. Вишневского при гинекологических и акушерских операциях, «Сов. мед.», 1953, № 6, стр. 9—11.

28. Мансветова В. С., Овариотомия при беременности, Автореферат дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук, МОНИАГ, Москва, 1949.

29. Маркина В. П., Анатомические обоснования местной анестезии в гинекологии. В кн. В. А. Покровский «Инфильтрационная анестезия по методу А. В. Вишневского в гинекологической и акушерской практике», Воронеж, 1954.

30. Мельников А. В., Последствия ранений брюшной полости, Тр. XXV Всесоюз. съезда хирургов, Медгиз, 1948, стр. 233—260.
31. Николаев Г. Ф., Сурвилло О. Н., Метелица И. И., Проникающие ранения живота, ранения полых органов, «Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—45 гг.», т. XII, гл. II, стр. 142—225.
32. Николаев Г. Ф. и Титов В. И., Общие принципы оказания помощи и этапного лечения раненых в живот, «Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—45 гг.», т. XII, гл. IV, стр. 78—110.
33. Новолодский Л., Несрединные чревосечения, В кн. «Военн. мед. на Ленингр. фронте», 1946, стр. 99—103.
34. Новиков Г. М., Применение местной анестезии по Вишневскому в экстренной хирургии и травматологии, Каз. мед. ж., 1940, т. 36, № 2, стр. 7—13.
35. Петров Н. Н., Травматический шок, В кн. «Лечение военных ранений» под ред. Петрова Н. Н. и Куприянова П. А., Ленинград, 1945, гл. X, стр. 126—133.
36. Покровский В. А., Местная анестезия в оперативной гинекологии, «Сов. мед.», 1949, № 6, стр. 31.
37. Покровский В. А., Шок в акушерско-гинекологической практике, Воронеж, 1947, стр. 3—29.
38. Покровский В. А., Инфильтрационная анестезия по методу А. В. Вишневского в гинекологической и акушерской практике, Воронеж, 1954.
39. Пойзнер Б. С., Техника местной инфильтрационной и инфильтрационно-проводниковой анестезии при гинекологических и акушерских лапаротомиях, Докт. дисс., Томск, 1939.
40. Пойзнер Б. С., Методика и техника местной анестезии при некоторых гинекологических операциях, «Акушерство и гинекология», 1948, № 4, стр. 43—47.
41. Рапопорт М. Ш. и Бенуман И. М., Отдаленные результаты внематочной беременности, «Акушерство и гинекология», 1939, № 8, стр. 37—39.
42. Репин Р. И., Внематочная беременность по материалу Балашовской больницы с 1923 по сентябрь 1928 г. включительно, «Вестн. здравоохр. Н.-Волжск. края», 1929, № 6, стр. 73—77.
43. Рубашев С. М., Обезболивание при хирургических операциях, Медгиз, 1948, стр. 191.
44. Руденко О. М., Русанов М. Н., Проникающие ранения живота, сочетанные ранения полых и паренхиматозных органов, «Опыт сов. мед. в Вел. Отеч. войне 1941—1945 гг.», т. XII, гл. IV, стр. 303—320.
45. Русанов М. Н., Роль охранительного торможения в профилактике и лечении операционного шока, Военно-мед. ж., 1951, № 8, стр. 8—14.
46. Стадлер Ф. В., Местная анестезия и внематочная беременность, «Вестн. хирургии и погр. обл.», 1934, т. 33, кн. 97—99, стр. 308—311.
47. Тимофеев А. И., Местная анестезия в гинекологии, «Вестн. совр. медиц.», 1929, 18, стр. 935—939.

48. Тимофеев А. И., Опыт применения местной инфильтрационной анестезии при гинекологических операциях, Каз. мед. ж., 1928, № 10.
49. Томилов И. И., Местная анестезия по Вишневскому в гинекологии и акушерстве, Труды Хабаровск. мед. инст., Сб. XI, 1951, стр. 60—65.
50. Усанова М. И., Хирургическое лечение фибромиом матки, Автореф. дисс. на соискание уч. степ. канд. мед. наук, МОНИАГ, Москва, 1950.
51. Фриновский В. С., Проводниковая анестезия при гинекологических чревосечениях, «Акушерство и гинекология», 1950, № 2, стр. 3—6.
52. Фролова Н. И., Внематочная беременность по материалу акушерско-гинекологической клиники КГМИ за 1935—1944 гг. включительно, Труды Каз. мед. инст., 1948, вып. II, стр. 183—187.
53. Черток Р. А., Внематочная беременность, в кн. «Осложнения беременности и родов», Воронеж, 1939, стр. 32—63.
54. Шац М. В., О местной анестезии в гинекологии и акушерстве, Уральск. мед. ж., 1929, № 3, стр. 38—45.
55. Штерн С. И. и Косоглядов В. М., Внематочная беременность (обзор 250 случаев за 1926—1933 гг.), «Акушерство и гинекология», 1936, № 6.
-

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ В РОДАХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Р. М. СЛОБОДСКАЯ,

зав. клинической лабораторией

Гематологические исследования у рожениц производились нашими соотечественниками еще в конце прошлого столетия.

А. А. Козина и А. И. Эккерт в 1881 году в журнале «Врач» опубликовали свои исследования крови у рожениц и родильниц, при этом они нашли у них снижение количества эритроцитов и уменьшение гемоглобина. В дальнейшем этот вопрос исследовался С. Я. Острогорским, посвятившем ему свою диссертацию (1891 г.).

А. А. Козина и А. И. Эккерт первыми указали на изменения количества лейкоцитов у рожениц. По исследованиям этих авторов, содержание белых кровяных шариков в крови рожениц увеличивается во время родов более чем в $1\frac{1}{2}$ раза (с 9000 до 14000). Наступающий в родах лейкоцитоз быстро уменьшается в пуэрперальном периоде с небольшим подъемом на 6-й день. Гивен приводит следующие средние числа лейкоцитов: перед родами — 10 500, в родах — 16 000, на 12-й день после родов — 7 000.

Нами были проведены наблюдения изменений крови у 47 рожениц. До схваток кровь исследовалась в 9 случаях. Средний процент гемоглобина у беременных «на сносях» равняется 67,8%; в двух случаях гемоглобин был довольно низкий (52%) В родах при исследовании 34 женщин гемоглобин почти не изменялся, после родов он снижался на 3—4%.

Число эритроцитов у беременных «на сносях» в среднем равнялось 4 350 000; ни у одной из женщин оно не было ниже 4 080 000.

Нами проводились исследования в первом периоде родов, при этом мы не могли констатировать того гиперэритроцитоза, который, по литературным данным, наблюдается иногда в пе-

риод изгнания. В послеродовом периоде у 36 женщин в первые дни число эритроцитов несколько падало, в среднем на 340 000.

Лейкоцитоз у беременных в среднем равнялся 10 258, у отдельных беременных число лейкоцитов доходило до 14 700; при этом гематологические исследования нами приводятся только при нормальной беременности; у женщин, которым мы проверяли состав крови до наступления родов и сравнивали его с картиной крови в первом периоде родов, мы констатировали небольшое увеличение количества лейкоцитов, в среднем на 700 лейкоцитов в 1 мм^3 . В периоде плодоизгнания (16 рожениц) среднее число лейкоцитов равняется 12 963, а у трех женщин лейкоцитоз в потугах поднимался до 22 500, т. е. в этом периоде мы имели резко выраженный лейкоцитоз.

После родов число лейкоцитов падает и в среднем на 6—8-й день равняется 8 700.

Таким образом, на основании наших наблюдений мы должны придти к тому выводу, что в родах число лейкоцитов увеличивается; особенно резко это выражено во втором периоде родов, когда, по нашим наблюдениям, число лейкоцитов доходило до 22 500. Лейкоцитоз в родах авторы связывали обычно с усиленной мышечной работой. Имеются данные о влиянии эмоций на картину белой крови. В частности, это влияние показали Борчанинова и Назарова. По наблюдениям Григорьяна, сильные болевые раздражения вызывают лейкоцитоз, а слабые — лейкопению; это зависит от того, что раздражения афферентных нервов вызывают сокращения селезенки, следствием чего является выжимание депонированных в этом органе клеточных элементов.

Мы не ставили перед собой задачи детального изучения механизма лейкоцитоза в родах, так как эта работа была проведена в комплексе с изучением изменений крови после острых кровопотерь в родах.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СДВИГИ ПРИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ КРОВОПОТЕРЯХ

К. Я. СКУЯ,
и. о. ассистента

Изменения крови после острых акушерских кровопотерь освещены в литературе недостаточно, хотя кровотечения в акушерстве являются одной из наиболее грозных патологий.

Н. Н. Еланский указывает, что средние кровопотери в $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$ массы крови компенсируются учащением сердечной и дыхательной деятельности. Тяжелые же кровопотери в $\frac{1}{3}$ от массы крови, как правило, ведут к явлениям аноксемии и смерти, т. е. в большинстве случаев совсем не компенсируются. Непосредственно после кровотечения, по Еланскому Н. Н., возникает сгущение периферической крови, при этом происходит увеличение гемоглобина и числа эритроцитов в 1 мм^3 . Нужно указать, что вопрос о сгущениях крови тотчас же за кровотечением не может считаться решенным, так как некоторые авторы не подтверждают этот факт.

Так, Волин и Сорочкина, поставив ряд опытов с массивным кровопусканием у собак, пришли к выводу, что сразу после кровопускания гемоглобин и эритроциты резко падают, затем продолжают медленно падать до 6—8-го дня, после чего наступает медленный подъем; возврат же к прежним цифрам происходит на 18—20-й день. Падение гемоглобина и эритроцитов идет почти параллельно. Масса же крови почти восстанавливается на следующие за кровопусканием сутки за счет притока межтканевой жидкости.

Х. А. Лифскинд в работе, посвященной картине крови при острых кровотечениях, указывает, что в момент кровотечения или вскоре после него кровь имеет нормальный состав эритроцитов, наименьшее же их содержание наблюдается на 3—4-й день после кровотечения. Изменения, происходящие в картине

крови после кровотечения, по автору, можно выразить постоянного типа кривой, причем тип кривой не меняется и при применении трансфузии крови. Автор выделяет три фазы в картине крови после острой анемии. Первая (в момент кровотечения и вскоре после него) — с нормальным составом красной крови, продолжительность ее 4—6 часов. Вторая — фаза гидремии, продолжительность этой фазы 4—5 дней; третья — фаза регенерации красной крови. Эта фаза наступает приблизительно на 5—7-й день после кровотечения.

По данным трудов группы № 1 ВСУ Первого Украинского фронта по изучению шока, относительно низкие цифры красной крови имеют место при ранениях конечностей, грудной клетки и живота, при внутренних кровотечениях без перитонита.

Если об изменениях в первые часы после кровопотери существует некоторое разногласие, то все занимавшиеся этим вопросом авторы констатируют наступающее в последующие за кровопотерей дни падение числа эритроцитов и гемоглобина, объясняя это разжижением крови в связи с поступлением в ток крови тканевой жидкости. С 4—7-го дня начинается медленная регенерация крови.

Как мы уже указывали, исследований об изменениях крови после акушерско-гинекологических кровотечений очень мало.

Разбираемый нами материал содержит 34 наблюдения акушерско-гинекологических кровотечений, а именно:

при внематочной беременности	— 14 больных
при предлежании детского места	— 9 »
при гипотонии и атонии в родах	— 11 »

Из всех видов акушерско-гинекологических кровопотерь больше освещен вопрос о состоянии красной крови при внематочной беременности.

Л. И. Кантарович говорит, что при эктопической беременности чаще количество эритроцитов колеблется в пределах 3 000 000 — 3 500 000; разницу в колебании автор ставит в зависимость от времени, прошедшего после инсульта. Параллельно с уменьшением эритроцитов уменьшается гемоглобин, удерживаясь обычно на высоте в 50—70 %, и только в 20 % случаев падает ниже 50 %, до 30 %.

А. Д. Аловский указывает, что наблюдаются колебания в количестве эритроцитов от 2 500 000 до 4 000 000 в 80,4 %. Вместе с уменьшением числа эритроцитов, по Аловскому, уменьшается и количество гемоглобина. Так, гемоглобин был выше 70 % лишь в 13,6 % случаев.

О. Н. Антошина пишет, что при разрывах трубы и тубарных абортас количество эритроцитов колеблется в широких пределах — от 2 500 000 до 4 000 000 и указывает, что количество эритроцитов может даже превышать 4 000 000.

Новикова считает, что при внематочной беременности наблюдается снижение количества гемоглобина даже без нарушения эктопической беременности; чаще это наблюдается при трубном аборте; автор почему-то не связывает уменьшение гемоглобина с кровотечением в брюшную полость.

Приводимые ниже данные позволяют нам не соглашаться с этой точкой зрения; мы считаем, что снижение гемоглобина при внематочной беременности происходит вследствие повторных, незначительных по количеству кровотечений в брюшную полость; к моменту операции кровь из брюшной полости может всасываться, регенерация же элементов красной крови затягивается.

Таким образом, мы видим, насколько общи и расплывчаты указания об изменениях со стороны крови даже в специальных монографиях, посвященных внематочной беременности.

Мы производили исследование крови у 14 больных с внематочной беременностью, поступивших в клинику в порядке скорой помощи. По возможности первый анализ крови делался непосредственно в момент поступления, а затем через 1—2 дня повторно. Из 14 больных (см. таблицу 1) только у двух гемоглобин был выше 50% (52 и 69%), соответственно количество

Таблица 1

Боль- ная №	Данные при поступ- лении		В после- дующие дни		Данные при выписке	
	гемо- глобин (в проц.)	эритроцит.	гемо- глобин (в проц.)	эритроцит.	гемо- глобин (в проц.)	эритроцит.
1	62	4120000	43	2910000	48	4170000
2	30	3120000			42	3130000
3	52	3130000	42	2860000	51	3540000
4	32	2440000	26	1880000	33	2620000
5	41	3230000	28	2510000		
6	34	2540000	31	1860000	35	2660000
7	31	2210000			37	2880000
8	49	3490000	35	2780000	36	2800000
9	41	2770000	39	2490000	45	3150000
10	38	3160000	38	2580000		
11	30	2610000	30	2110000	46	2950000
12	33	2610000	33	2300000	43	3190000
13	35	2690000	30	2510000	43	3110000
14	44	3070000			50	4140000

эритроцитов равнялось 3 130 000 и 4 120 000. У остальных 12 больных гемоглобин и количество эритроцитов были довольно низкими: в одном случае гемоглобин был 49%, а число эритроцитов 3 490 000; самыми низкими были гемоглобин 30% и эритроциты — 2 210 000. Все 14 больных были доставлены в клинику с явлениями инсульта. У 4 больных были указания на повторные инсульты. У 13 больных мы наблюдали более или

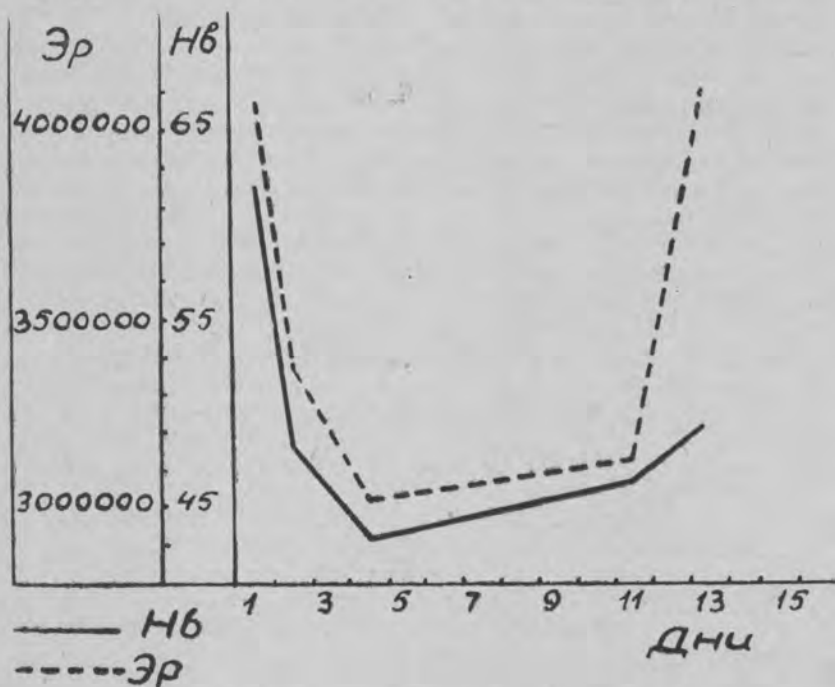


Рис. 1. Внематочная беременность. Больная С.

менее выраженные симптомы шокового состояния с падением кровяного давления. Кровь у больных исследовалась в первые сутки после поступления и от 1 часа до двух суток после последнего инсульта.

Таким образом, почти у всех больных (у 12 из 14) кровь начинала исследоваться в начале второй фазы — гидремии. У 9 из наблюдавшихся больных можно было отметить типичную кривую изменения крови.

Позволим себе привести несколько примеров.

Наблюдение № 1. Больная С., 33 лет, поступила в клинику в шоковом состоянии через час после начала резких болей в животе и обморока. Больная очень бледная, вялая, пульс — 58 уд. в 1 мин., мягкий, кровяное давление 90/50. Диагноз — внематочная беременность, разрыв трубы. Экстренная лапаротомия. В брюшной полости большое количество жидкой крови (до 1,5 литра).

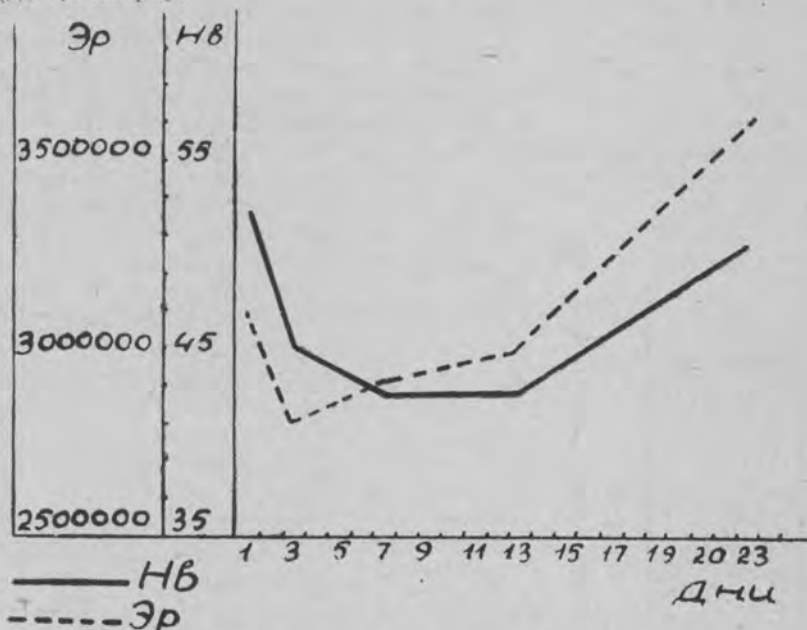


Рис. 2. Внематочная беременность. Больная К.

Рис. 1 дает нам чрезвычайно наглядный пример изменений, происходящих в красной крови после острых кровопотерь. Так как больная поступила в клинику через час после начала инсульта, то первое исследование крови не дало никаких признаков анемии. Лишь в последующие дни наступило падение гемоглобина и эритроцитов.

Наблюдение № 3. Больная К. доставлена в клинику каретой скорой помощи в очень тяжелом состоянии через 11—12 часов после начала первого приступа — резких болей в животе. Больная не отвечает на вопросы, пульс на лучевой артерии не сосчитывается, кровяное давление максимальное — 45, минимальное не определяется. Срочно производится лапаротомия

после предварительной трансфузии крови путем венесекции. При операции в брюшной полости было много (1 500 мл) крови. Изменения в крови изображены на рис. 2.

При поступлении у этой больной количество гемоглобина и эритроцитов значительно ниже, чем в предыдущем случае, потому что больная поступила значительно позже — через 11—12 часов после начала инсульта (начало фазы гидремии). Внутреннее кровотечение было большим, и в последующие три дня имелось значительное падение числа эритроцитов и гемоглобина.

Наблюдение № 13. Больная Ф. поступила в клинику с жалобами на скудные кровянистые выделения и резкие боли в животе. Считает себя больной около 2 недель, когда впервые появились резкие боли в животе и рвота. До поступления в клинику подобные приступы были несколько раз. При поступлении пульс 102 уд. в 1 мин., кровяное давление 90/80. Больная оперирована. В брюшной полости много сгустков и свежей крови. Соответственные изменения в крови показаны на рис. 3.

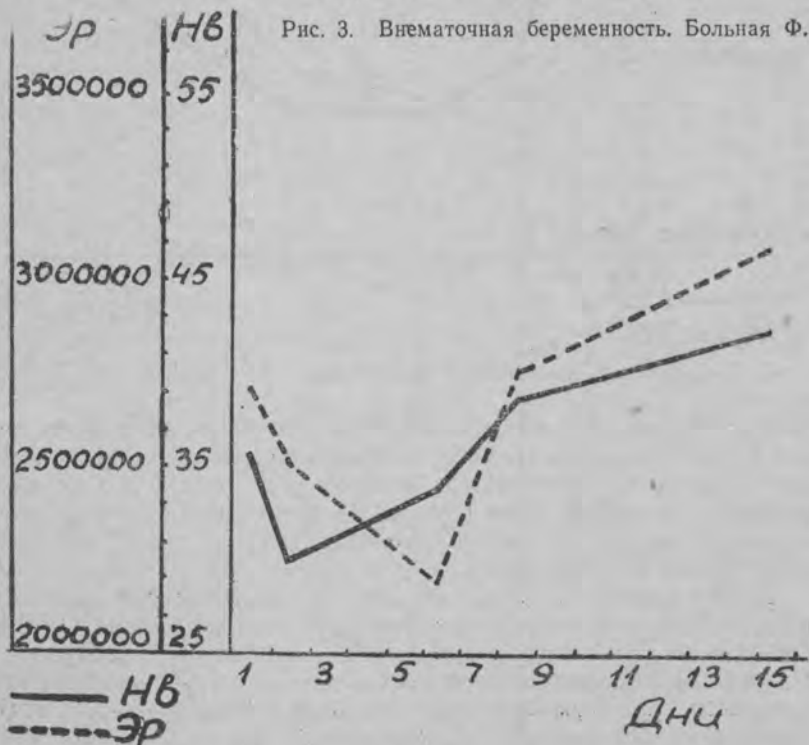


Рис. 3. Внематочная беременность. Больная Ф.

В данном случае больная поступила в клинику с значительной анемизацией, которая развивается на почве повторных кровоизлияний в брюшную полость. После операции происходит дальнейшее небольшое падение гемоглобина с последующим подъемом его.

Разбирая наши наблюдения, мы приходим к заключению, что анемизация больных с внематочной беременностью является следствием повторных инсультов. Кривые падения показателей красной крови во всех случаях идентичны. Степень снижения гемоглобина и эритроцитов зависит от того, когда больная поступает в стационар. Если мы имеем перед собой больную с первым инсультом, наступившим только что, то изменения крови незначительны и лишь в последующие 3—4 дня выясняется степень происшедшей анемизации больной. Наоборот, если больная поступает после нескольких инсультов или поздно стационарируется при тяжелом инсульте, мы имеем значительное снижение числа эритроцитов и гемоглобина.

Под нашим наблюдением находилось 9 беременных женщин с предлежанием плаценты. Из этих беременных восемь были родоразрешены путем кесарева сечения, в одном случае роды проводились консервативно по методу А. А. Иванова.

У 8 беременных в анамнезе имелись указания на повторные кровотечения до поступления в клинику за 5—8 дней. Гематологические данные приводятся нами в таблице 2.

Таблица 2

№№ п/п	При поступлении		Данные в последующие дни		Данные при выписке	
	гемогл. (в проц.)	эритроциты	гемогл. (в проц.)	эритроциты	гемогл. (в проц.)	эритроциты
1	64	3990000	55	4010000		
2	40	287 000	30	2340000	45	3110000
3	71	4311 000	65	3160000		
4	38	2730000	29	2040000	50	3900000
5	56	36 0000	40	2370000	42	2360000
6	55	3410000	53	3560000	60	4 10000
7	62	4000000			64	4290000
8	48	3370000	35	2750000	48	2920000
9	50	3870000	33	2130000	34	2590000

Во всех случаях, кроме одного (случай № 3), кровотечение началось за 5—7 дней до поступления в клинику и с большей или меньшей силой повторялось ежедневно. Поэтому первый анализ крови производился во вторую фазу — гидремии. Фаза

гидремии при одномоментном кровотечении длится 4 — 6 дней; в наших же случаях можно предположить ее большую длительность, так как на конец одной фазы гидремии наслаивается другая. Только в одном случае (№ 3) гемоглобин был равен 71%,

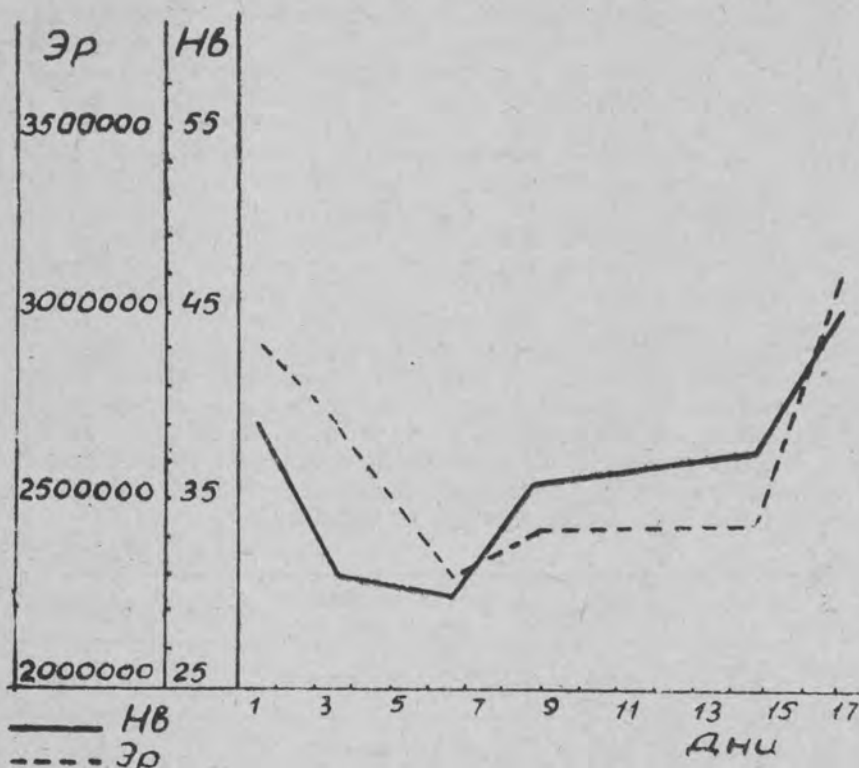


Рис. 4. Предлежание последа. Больная Е.

а эритроциты — 4 310 000. В этом случае кровотечение до поступления в клинику было настолько незначительным, что не могло существенным образом отразиться на составе красной крови; поэтому мы и имеем такие высокие показатели красной крови. Независимо от исходных данных, во всех случаях в последующие дни можно наблюдать типичную кривую изменений красной крови.

Наблюдение № 2. История болезни № 358. Больная Е., 27 лет, поступила в клинику в экстренном порядке — доставлена самолетом 16/IV в очень тяжелом состоянии; пульс на лучевой артерии не сосчитывается, максимальное кровяное давление 65, на вопросы не отвечает, кожные покровы мертвенно-бледные. Беременность на сносях, обильное кровотечение. Положение плода поперечное, сердцебиение плода не прослушивается. Из анамнеза удастся выяснить, что последние 3 дня

Таблица 3

№№ п/п	При поступлении		Данные в последующие дни		При выписке	
	гемогл. (в проц.)	эритроциты	гемогл. (в проц.)	эритроциты	гемогл. (в проц.)	эритроциты
1	70	4620000	52	3640000	61	4030000
2	49	3500000	50	3310000	51	3090000
3	55	3200000	56	3350000	55	3660000
4	70	4290000	60	4100000	62	4030000
5	65	3730000	46	2850000	50	3580000
6	74	4370000	58	3780000		
7	70	4670000	65	3910000	62	4290000
8	60	4130000	59	3990000	60	4080000
9	67	4030000	60	4090000		
10	44	2870000	45	3210000	47	3490000
11	65	4170000	48	2890000	50	3720000

у женщины появились обильные кровянистые выделения, без схваток. В последний день выделения перешли в кровотечение. Экстренно лапаротомия после предварительной трансфузии. Изменения, происходящие в красной крови, изображены на рис. 4.

В группу с атоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде относятся 11 случаев. У 8 беременных первый анализ крови производился до кровотечения и у трех — после кровотечения через 1, 3, 4 часа. Данные приводятся в таблице 3.

При первом исследовании только у двух беременных гемоглобин был ниже 50%, а именно — 49% и 44%; но в случае № 10 можно предположить анемию беременных, так как в крови отмечен анизопойкилоцитоз эритроцитов. В дальнейшем у всех наших женщин развивается типичное изменение красной крови.

Характерен следующий случай № 11. Больная П. Поступила в клинику для операции кесарева сечения по поводу доношен-

ной беременности и косо-суженного таза. Во время операции имело место тяжелое атоническое кровотечение, кровопотеря около 1 000 мл. Родильница стала беспокойна, появился звон в ушах (рис. 5).

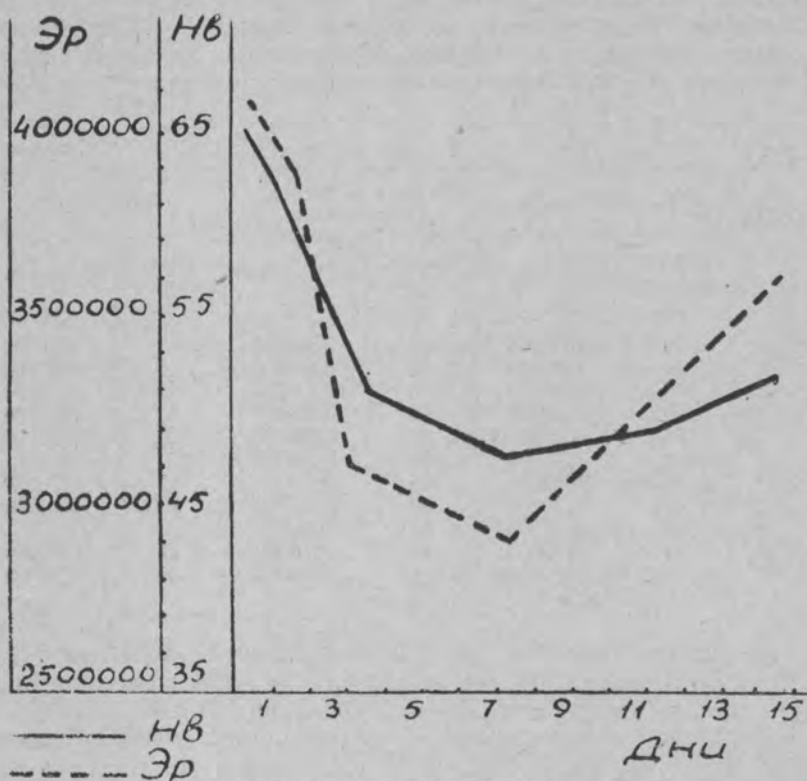


Рис. 5. Атоническое кровотечение. Больная П.

ВЫВОДЫ

1. При острых кровопотерях исследование крови, сделанное вскоре после конца кровотечения, не отражает истинных размеров степени анемизации.
2. Для выяснения степени анемизации необходимо повторно исследовать кровь на 4—5—6-й день после кровотечения.
3. Для суждения о величине кровотечения нужно измерять

кровенное давление, так как падение кровяного давления быстрее отражает величину кровотечения.

4. Имеется аналогия между фракционными кровотечениями при предлежании плаценты и повторными кровотечениями в брюшную полость при внематочной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аловский А. Д., Клиника внематочной беременности, Медгиз, 1945.
 2. Антошина О. Н., К диагностике нарушенной внематочной беременности, Сборник научных трудов, посвященный Л. Л. Окинчицу, Ленинград, 1924.
 3. Еланский Н. Н., Военно-полевая хирургия, Медгиз, 1950.
 4. Кантарович Л. И. и Шатерник В. И., Клиника внематочной беременности, Минск, ГИЗ, 1936.
 5. Новикова Е. В., Картина крови в диагностике внематочной беременности, «Акушерство и гинекология», 1939, № 8.
 6. Лифскинд Х. А., Картина крови при острой анемии, «Сов. медицина», 1946, № 4.
-

ДАННЫЕ ГЕМАТОКРИТА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Е. И. ФИЛИНА,
ассистент

Данная работа посвящена малоизученным в акушерстве и гинекологии нарушениям крови при шоке и острых кровопотерях — вопросу изменения процентных соотношений эритроцитов и плазмы крови, определяемых гематокритом. Параллельно с этим определялось количество эритроцитов и процентное содержание гемоглобина.

А. В. Гуляев показал, что мы имеем различные изменения гематокрита после кровопотери и при шоке. После кровопотери гематокрит снижается, так как число форменных элементов в крови падает; наоборот, при шоке гематокрит повышается, так как имеет место сгущение крови.

С целью изучения этих сдвигов, выяснения вопроса, наблюдаем ли мы и при акушерско-гинекологических формах шока сгущение крови, и были предприняты эти исследования.

Исследования производились на беременных женщинах, роженицах, родильницах и гинекологических больных; другая часть наблюдений проводилась на беременных и гинекологических больных, находившихся в шоковом состоянии или в состоянии коллапса.

Методика исследований процентных отношений плазмы и эритроцитов крови была следующей: брался капилляр длиной в 10 см, диаметром просвета в 1 миллиметр, отградуированный на 100 делений. Капилляр предварительно промывался цитратом, затем наполнялся кровью и оба конца капилляра закрывались круглой резинкой во избежание вытекания крови из капилляра. Заполненный капилляр ставился в электрическую центрифугу с 2 700 оборотов в 1 мин. Центрифугирование продолжалось 30 минут. Объем эритроцитов выражался в процентах.

По С. Д. Балаховскому, у женщин в норме гематокрит равен 35—48%. Результат читался по границе раздела эритроцитов и плазмы. Подсчет эритроцитов и определение гемоглобина производились обычным путем.

Мною обследовано 87 женщин, а именно: во время беременности, в родах и после родов — 7 женщин, только во время беременности — 3 женщины, в родах и после родов — 24 женщины, рожениц, доставленных с острыми профузными кровотечениями — 8, больных с внематочной беременностью — 15, больных, поступивших по поводу фибромиомы матки, — 16, больных по поводу неполного аборта — 4, с прочими гинекологическими заболеваниями — 12.

Гематокрит (Г) у беременных женщин колебался в пределах от 27 до 33% и был ниже, чем в контрольной группе гинекологических больных; таким образом, данные гематокрита показывают, что у беременных мы имеем известное разжижение крови.

В родах (в первом и втором периодах) Г колебался от 25 до 32%, причем отмечалось понижение Г на 1—2%; в послеродовом периоде (исследование производилось через сутки) у 17 родильниц отмечалось понижение Г в пределах от 1 до 12%, у 10 родильниц — повышение от 1 до 7%, у 4 родильниц Г не изменялся.

При одновременном определении гемоглобина и количества эритроцитов у 10 родильниц отмечалось уменьшение как гемоглобина, так и количества эритроцитов; у 4 родильниц имелось увеличение гемоглобина и числа эритроцитов. В случаях, где Г не изменялся (4 женщины), гемоглобин и количество эритроцитов или продолжало понижаться или также оставалось неизменным.

У 12 родильниц в послеродовом периоде при повышающемся гематокрите гемоглобин и количество эритроцитов 1—2 дня продолжали падать. Исследования производились после родов, которые не сопровождалась кровопотерей.

Особый интерес представляют беременные, которые доставлялись в нашу клинику с острыми профузными кровотечениями. В большинстве случаев эти женщины доставлялись в клинику каретой скорой помощи ночью или рано утром; им срочно производилась операция, поэтому исследования крови у них производились после операции. Были обследованы 3 беременных с **предлежанием плаценты**, 2 из них — с **центральной** предлежанием плаценты, одна — с **боковым**.

Предлежание плаценты

№№ наблюдений	Кровопо- теря	Кровяное давлен.		Гематокрит (в проц)	
		до опе- рации	после опера- ции	до опе- рации	после опера- ции
1. Беременная К-ва .	600 мл.	100/70	110/75	27	28
2. " Д-ва .	2000 мл.	—	100/75	—	20
3. " Г-ва .	1000 мл.	48/0	100/65	—	18

Второй и третьей женщинам до операции производилась трансфузия крови в количестве 200,0 и 400,0. Всем этим женщинам производилось кесарево сечение. (См. рис. 1, 2 и 3).

Б-ная К-ва

Частичное предлежание плаценты



Рис. 6.

Наибольшее падение гематокрита наблюдалось у третьей женщины, у которой перед операцией в связи с кровопотерей кровяное давление пало до 48/0 мм (рис. 3). У этой роженицы низкий гематокрит указывал на очень большую анемизацию, поэтому, кроме указанной кровопотери (1000 мл), беременная, повидимому, теряла кровь до поступления в клинику.

Б-ная Д-ва ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

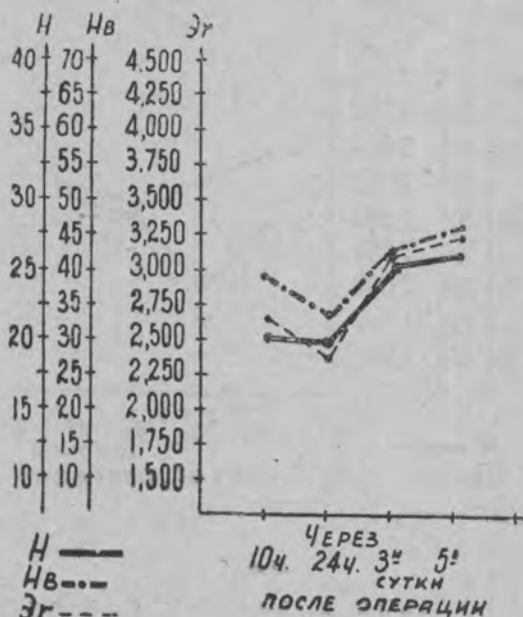


Рис. 2.

К концу первых суток Г у первой беременной начал повышаться до 28% (рис. 1), у второй (рис. 2) и третьей женщин он продолжал понижаться на 1—4%, затем началось постепенное повышение гематокрита. Гемоглобин и количество эритроцитов изменялось во всех случаях почти соответственно изменениям гематокрита (рис. 1, 2).

Мы наблюдали 4 родильницы с кровотечением в послеродовом периоде и с атоническим кровотечением.

Б-ная Г-ва
ЦЕНТРАЛЬНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

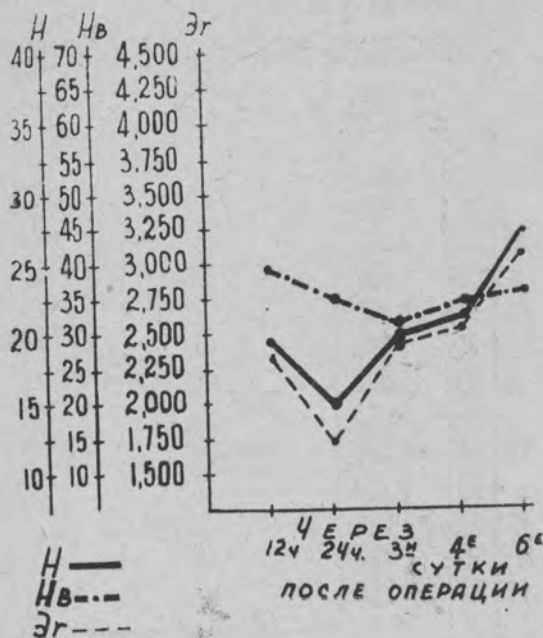


Рис. 3.

Кровотечения в раннем послеродовом периоде

№№ п/п		Кровопо- теря	Кровяное давление		Гематокрит (% проц.)	
			до опе- рации	после операции	через 12 часов	через 24 часа
1	Больная	500 мл	—	90/50	24	23
2		600 мл	—	100/70	25	24
3	Ч-ва	2000 мл	60/30	120/70	19	19
4		700 мл	75/0	105/70	22	24

Третьей и четвертой родильницам производилась трансфузия крови; всем женщинам было произведено ручное или инструментальное обследование полости матки. Г определялся после родов в первые сутки, через 12 и через 24 часа.

В этой группе наименьший гематокрит мы имели у третьей женщины, у которой кровяное давление упало до 60/30 мм; отношение эритроцитов к плазме (гематокрит) у этой женщины равнялось лишь 19%; затем (на 2—3—5-е сутки) Г постепенно начал повышаться (см. рис. 4);

Б-АЯ Ч-ВА АТОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

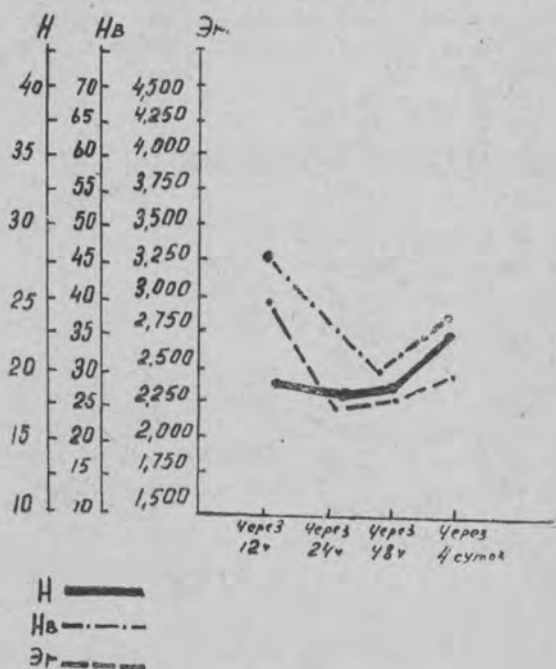


Рис. 4.

Гемоглобин и количество эритроцитов сначала продолжали понижаться, а затем медленно нарастали.

Наблюдения над родильницами с атоническими кровотечениями показали падение гематокрита, но и у этих женщин более резкие колебания давало кровяное давление; поэтому при этих кровотечениях наиболее чувствительным методом определения

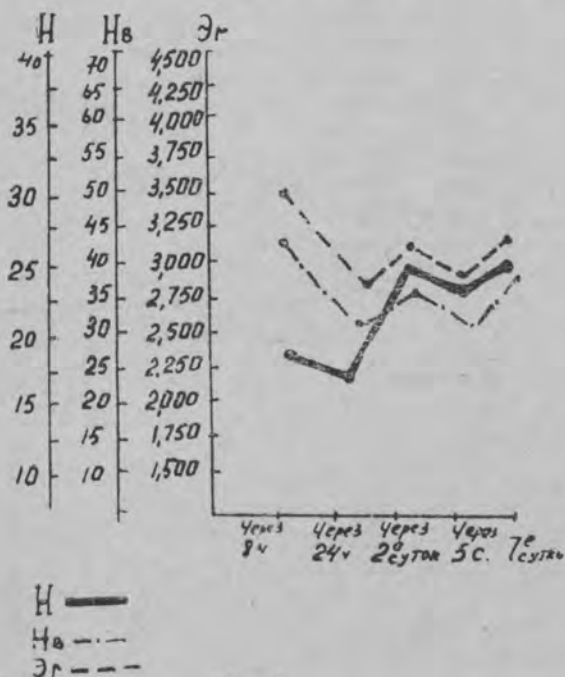
тяжести состояния является определение кровяного давления.

Нами обследовался случай полного разрыва матки, сопровождавшийся большим внутрибрюшным кровотечением (до 2000,0 мл). При поступлении кровяное давление равнялось 95/65 мм, после трансфузий 600 мл крови кровяное давление повысилось до 120/80 мм.

Гематокрит через 8 час. после операции равнялся — 18 %.

Гематокрит через 24 час. после операции равнялся — 17 %, т. е. гематокрит показывал истинную анемию после острой кровопотери лишь в ближайшие сутки; у этой женщины гематокрит пал до 17 %. К концу третьих суток гематокрит стал постепенно повышаться (24 %), на 7-е сутки он равнялся 25 %. Одновременно отмечалось повышение гемоглобина и количества эритроцитов, но только более медленное, чем повышение гематокрита (см. рис. 5).

Б-ая К-ва Полный разрыв матки



Многo обследовались 4 женщины, поступившие по поводу **неполного аборта**, и 2 женщины по поводу **плацентарного полипа** после аборта. У одной женщины с профузным кровотечением кровяное давление при поступлении равнялось 65/45; после выскaбливания и трансфузии крови кровяное давление повысилось до 100/65.

Изменения гематокрита были следующими:

Неполный аборт

	После операции	Через 1 сутки	Через 2 суток	Через 3 суток
Гематокрит (в проц.)	19	18	16	18,5
Гемоглобин	37%	32%	32%	34%
Эритроциты	2 430 000	2 370 000	2 400 000	2 720 000

У этой больной наименьший гематокрит мы наблюдали к концу вторых суток (16%); на третьи сутки гематокрит начал уже повышаться.

В наших наблюдениях при «прочих» заболеваниях (12 больных) гематокрит колебался в пределах от 28 до 40%; после операции у этих больных Г изменялся то в сторону уменьшения в пределах 3—4%, то в сторону увеличения в пределах 2—4%.

При обследовании больных, поступивших по поводу **внематочной беременности** (15 больных) с картиной тубарного аборта, данные гематокрита колебались в пределах от 20 до 38,5%. т. е. гематокрит был среди этих больных ниже, чем в группе «прочих». У 10 больных с внематочной беременностью в первые сутки послеоперационного периода наблюдалось снижение процента Г от 0,5 до 5%. У больных, у которых кровь бралась позднее (через 48—72 часа после операции) гематокрит или не изменялся или увеличивался по сравнению с дооперационным периодом на 2% (трое больных).

При внематочной беременности при значительном снижении гемоглобина и числа эритроцитов мы имеем и небольшой показатель гематокрита. Клинические наблюдения показывают, что кровяное давление при внематочной беременности может упасть до различных степеней, в зависимости от тяжести случая, и является более чувствительным показателем тяжести больной.

Гематокрит определялся 15 больным с **фибромиомами** матки. Исследования проводились до и после операции; ни у одной из больных в момент обследования обильного кровотечения не наблюдалось. Гематокрит до операции у них колебался в пределах от 23 до 43%; после операции кровь бралась в течение

первых суток через разные промежутки времени, у шести больных отмечалось увеличение Г от 2 до 4 %, у трех больных Г понизился на 4 — 14 %, остальные больные (6) были выписаны без операции.

Таким образом, мы видим, что данные гематокрита обычно проделывают после кровопотери изменения той же закономерности, что и гемоглобин и число эритроцитов; мы имеем тот же тип кривой. Но данные гематокрита начинают восстанавливаться раньше, чем гемоглобин и число эритроцитов; у ряда больных я не смогла проследить падение гематокрита в первые сутки.

Так, у одной женщины с неполным абортom гематокрит после операции (через 4 часа) равнялся 25 %, через 26 часов — 27 %; гемоглобин и количество эритроцитов у больной повысились параллельно повышению гематокрита.

У больной, доставленной по поводу остатков плодного яйца, кровавое давление до операции равнялось 90/55, гематокрит тотчас же после операции 27 %, через 24 часа Г — 27,5 %.

Во втором случае с подобного же рода кровотечением кровавое давление при поступлении равнялось 80/55, Г — 19 %, после операции и трансфузии крови кровавое давление повысилось до 98/60 мм; Г в момент поступления равнялся 19 %, через 24 часа после операции — 23 %.

У этих больных отмечалось в дальнейшем одновременное с гематокритом повышение гемоглобина и количества эритроцитов. Мы видим, что при неполных абортах мы можем иметь значительное снижение гематокрита.

Таким образом, из наших наблюдений мы можем сделать следующие выводы:

1. Во время беременности отмечается небольшое разжижение крови; после родов это разжижение продолжается в течение первых суток, а затем начинается медленное нарастание процента эритроцитов.

2. При острых профузных кровотечениях в первые сутки наблюдается значительное разжижение крови; затем гематокрит увеличивается, гемоглобин и количество эритроцитов также постепенно увеличиваются, но отмечается отставание нарастания гемоглобина и количества эритроцитов от гематокрита.

3. Некоторое повышение гематокрита наблюдалось у части гинекологических больных в послеоперационном периоде.

4. У больных с инсультом при внематочной беременности наблюдается понижение гематокрита, связанное с малокровием больных.

5. Повышение гематокрита, которое наступает при сгущении крови и является одним из симптомов шока, среди обследованных мною больных не наблюдалось; в частности, низкий гематокрит наблюдался и при разрыве матки; но нужно сказать, что у обследованной роженицы разрыв матки сопровождался большой кровопотерей.

ПРОФИЛАКТИКА КОЛЛАПСА ПРИ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛАЦЕНТЫ

Ф. П. ПАТУШИНСКАЯ,

кандидат медицинских наук

Предлежание плаценты, как одна из самых тяжелых форм акушерской патологии, всегда тревожило и тревожит до сих пор акушеров. Опасность этого осложнения заключается в кровотечении, а также легкости инфицирования плацентарной площадки, расположенной близко к цервикальному каналу, а значит, и к влагалищу.

Оба эти момента — кровотечение и возможность развития инфекции в матке — дают большую смертность детей и матерей.

Предлежание плаценты встречается в среднем в 0,35—0,7% (Фролов О. Р., Гусаков Л. А., Осповат Р. М.).

Нами были подвергнуты анализу наблюдения Воронежской акушерско-гинекологической клиники с 1945 по июль 1955 г. Эти данные, по некоторым показателям, мы сравниваем с разработанными ранее нами наблюдениями по Воронежской акушерско-гинекологической клинике за 1933—1938 гг.

В Воронежской акушерско-гинекологической клинике за 13 лет (с 1925 по 1938 г.) предлежание плаценты имело место в 0,5%; за последние 10 лет 6 мес. (с 1945 г. по июль 1955 г.) имелось 1,08% родов, осложненных предлежанием плаценты. Повышение процента частоты предлежания на материале Воронежской клиники в послевоенные годы стоит в связи с концентрацией патологических родов в клинике.

Встречается предлежание плаценты значительно чаще у повторнородящих, нежели у первородящих. Так, среди беременных, страдавших предлежанием плаценты, повторнородящих было 90,6% (1933—1938 гг.) и 84,8% (1945—1955 гг.).

Основной симптом предлежания плаценты — кровотечение. В большинстве случаев первое кровотечение наблюдается в по-

следние месяцы беременности. Иногда кровотечение появляется в начале родовой деятельности.

На 214 женщин за 1945—1955 гг. кровотечение началось в родах только у 8, у остальных кровотечение появилось при беременности от 4 до 10 месяцев, причем в большинстве случаев на 8—9—10-й месяц (193 женщины — 90,1%); по данным Р. М. Осповат, кровотечения впервые появились после 24 недель беременности у 91,5% всех беременных с предлежанием плаценты.

Количество теряемой крови колеблется в значительных пределах — от нескольких капель до очень обильных, угрожающих жизни кровотечений. Иногда дело ограничивается однократным кровотечением, но в большинстве случаев кровотечения повторяются с различной интенсивностью. Промежутки между отдельными кровопотерями также могут колебаться от нескольких дней и до 1—2 недель.

Опасность предлежания плаценты заключается в повторных кровотечениях. Первое кровотечение может быть небольшим по количеству теряемой крови, но при последующих кровопотерях постепенно развивается тяжелая анемия, падает количество эритроцитов, регенерация крови не имеет места, анемия прогрессирует, и при следующей кровопотере, даже небольшой по количеству теряемой крови, может развиваться тяжелый коллапс. Последняя даже небольшая кровопотеря является той каплей, которая переполняет наполненную чашу.

Повторные кровотечения ведут к тяжелому коллапсу, схожему со вторичным шоком, в котором родильница может оставаться в течение нескольких часов и из которого в одних случаях женщина может быть выведена лишь героическими усилиями, в других же наступает летальный исход (В. А. Покровский).

На изученном нами материале за 1945—1955 гг. анемизация прослежена на 65 беременных; процент гемоглобина колебался от 20 до 25% — 3 женщины, от 30 до 45% — 35, от 45 до 50% — 21 и выше 50% — 6 женщин.

Из этих цифр мы видим, что гемоглобин был ниже 45% более чем у половины женщин; эта группа беременных должна считаться значительно анемизированной. У значительного числа гемоглобин колебался от 45 до 50%; лишь у 6 женщин гемоглобин был выше 50%, у этих женщин исследование не дало признаков анемии.

Коллапс (общее тяжелое состояние, резкая бледность, кислородное голодание) наблюдался в той или иной степени в 24,3% (65 беременных).

Всего: 65

11 женщин.

связи с профузным кровотечением.

Д. Е. Шмундак).

СТВОМ.

ция.

примеров.

Послеоперационное течение гладкое; выписалась на 14-й день.

релито крови 1 200 мл; выписалась с живым ребенком.

деятельности нет. До операции кесарева сечения перелито

1200 мл крови; извлечен живой ребенок, который умер на 2-й день; выписалась на 15-й день.

За 1946—1955 гг. было сделано 185 переливаний крови 144 женщинам с предложением плаценты.

Трансфузии производились:

до операции	— 95 раз
во время операции	— 31 »
после операции	— 59 »
Всего	— 185

Как видно из приведенных цифр, в отдельных случаях мы переливали кровь до оперативного вмешательства, во время и после него. В среднем каждой женщине из числа получавших трансфузии переливалось 220 мл крови.

При отсутствии родовой деятельности мы считаем наиболее целесообразным у беременных с предложением плаценты прибегать к кесареву сечению под местной инфльтрационной анестезией. За 1945—1955 гг. в нашей клинике было произведено 142 кесаревых сечения среди 214 беременных с предложением детского места (66,3%).

По мнению Петрова Н. И., кесарево сечение как при центральном, так и при частичном предлежании последа является наилучшим и самым бережным методом родоразрешения. Наши данные совпадают с данными многих авторов (А. Ю. Лурье, Р. М. Соколовская, Р. М. Осповат, П. А. Белошапко).

Еще в 1904—1907 гг. А. В. Марковский поднимал вопрос о применении абдоминального кесарева сечения при предлежании детского места, считая этот метод рациональным; на I съезде российских акушеров-гинекологов (1903 г.) в качестве одного из способов лечения предлежания детского места было предложено кесарево сечение. К этому времени Г. Е. Рейн собрал в мировой литературе всего 10 операций абдоминального кесарева сечения при предлежании детского места.

В настоящее время среди показаний к кесареву сечению предложение плаценты занимает второе место в большинстве акушерских клиник нашей страны.

При наличии родовой деятельности, при открытии зева на 2½—3 п., при частичном предлежании детского места, при головном предлежании мы считаем наиболее целесообразным применение метода А. А. Уилт-Иванова. Гемостатический эффект и быстрое окончание родов при этом методе проверены нами на материале 1933—1938 гг. (50 женщин). Р. М. Осповат на материале 40 случаев также получила подобный эффект.

Преимущества метода А. А. Иванова перед старыми консервативными методами (поворот на ножку, метрейриз и т. д.) в

связи с простотой и асептичностью его производства несомненны.

Широкое применение при предлежании плаценты переливания крови, производство кесарева сечения под местной анестезией позволили Воронежской клинике значительно снизить смертность при этом грозном осложнении беременности и родов. Позволяем себе привести некоторые данные отдельных авторов о смертности при предлежании детского места.

Материнская смертность при предлежании плаценты

№ п/п	А в т о р	Количество наблюдений	% материнской смертности
1.	Гольденберг С. М.	140	2,27
2.	Енукидзе Б. М. (1948 г.)	41	7,3
3.	Петров Н. И.	32	12,5
4.	Соколовская Т. М.	168	5,3
5.	Осват Р. М.	220	2,72
6.	Поволоцкая О. В., Строганов В. В.	156	2,6
7.	Патвшинская Ф. П. (1933-1938 гг.)	107	13,0
8.	Патушинская Ф. П. (1945-1955 гг.)	214	1,4

До 1938 г. наша клиника прибегала к трансфузии крови только в исключительных случаях, обычно после родоразрешения. Общая материнская смертность составляла 13%.

После Отечественной войны клиника стала широко пользоваться переливанием крови при всех повторных кровотечениях; при предлежании плаценты материнская смертность упала до 1,4%; на 214 беременных с предлежанием плаценты умерло 3 беременных. Летальные исходы имели место в 1945 и 1947 гг.; с 1948 г. по июль 1955 г. материнской смертности не было.

ВЫВОДЫ

1. Повторные кровотечения при предлежании детского места могут повести к развитию коллапса, подчас в очень тяжелой форме.

2. Гемотрансфузии непосредственно перед оперативным вмешательством являются могучим профилактическим фактором против коллапса при предлежании детского места.

3. Своевременная гемотрансфузия и кесарево сечение под местной инфильтрационной анестезией безусловно снижают смертность при предлежании детского места.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аловский А. Д., Применение кожно-головных щипцов при предлежании плаценты, «Акушерство и гинекология», 1951, 4, стр. 55—57.
 2. Белошапко П. А., Лечение предлежаний плаценты, Сборник 150 лет деятельности ЦИАГ Мин-ва здравоохранения СССР, 1947, Ленинград, т. II, стр. 97.
 3. Гольденберг С. М., Клиника предлежания последа, «Акушерство и гинекология», 1939, 9, стр. 49.
 4. Енукидзе Б. М., К вопросу о терапии предлежания плаценты, Труды Тбилисского стоматологического ин-та, 1948, 1, стр. 163—167.
 5. Лифшиц Д. Д., Предлежание плаценты, Здравоохранение Казахстана, 1951, 2, стр. 34—36.
 6. Николаев А. П., Кровотечение в родах. Основы организации и работы родильного стационара, 1950, стр. 240—249.
 7. Ошоват Р. М., К вопросу о терапии предлежания плаценты, Сборник работ по акушерству и гинекологии, Москва, 1944, 35.
 8. Патушинская Ф. П., К вопросу о лечении Placenta praevia, Сборник «Кровотечения в акушерстве», Воронеж, 1939.
 9. Петров Н. И., Эффективность лечения предлежания плаценты по данным родильного дома Куйбышевского р-на, «Акушерство и гинекология», 1939, 9.
 10. Покровский В. А., Шок в акушерско-гинекологической практике, Воронежский гос. мед. институт, 1947.
 11. Покровский В. А., Острые кровопотери и шок в акушерстве и гинекологии, «Акушерство и гинекология», 1952, 2, 26.
 12. Соколовская Р. М., 168 случаев предлежаний плаценты на материале роддома им. Клары Цеткин за 10 лет, «Акушерство и гинекология», 1939, 9.
 13. Файнберг В. П., Кесарское сечение по данным Ярославской акушерско-гинекологической больницы за 10 лет (1926—1936 гг.), «Акушерство и гинекология», 1936, 10.
 14. Шмундак Д. Е., Кровотечения во второй половине беременности и в родах, Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство, М., 1953, 217.
-

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

Предисловие	3
Я. Х. Скуя Разрывы матки. (Сообщение первое)	5
Я. Х. Скуя и П. В. Андреева. Разрывы матки (Сообщение второе)	18
Е. П. Бондаревская. Этиология разрывов шейки матки	28
Е. П. Бондаревская. Виды разрывов шейки и их клиническое течение	39
Е. П. Бондаревская. Зашивание разрывов шейки матки и его результаты	45
Г. И. Ильева. Шеечно-влагалищные фистулы	55
Ф. С. Сироткина. Мочеполовые свищи у женщин по материалам акушерско - гинекологической клиники	59
А. С. Толстых. Лечение функционального недержания мочи у женщин физкультурой	65
А. В. Болгова. Разрывы промежности 3-й степени по материалам акушерско-гинекологической клиники	69
Ф. С. Сироткина. Кесарево сечение в профилактике родового травматизма	74
Е. П. Бондаревская. Обширный влагалищно-ректальный свищ редкой этиологии	81
А. Н. Проскурина. Шоковые состояния при внематочной беременности	84
А. Н. Проскурина. Шок при разрывах матки	90
В. П. Маркина. Анестезия по А. В. Вишневскому при внематочной беременности	94
Р. М. Слободская. Гематологические сдвиги в родах и в послеродовом периоде	113
К. Я. Скуя. Гематологические сдвиги при акушерско-гинекологических кровопотерях	115
Е. И. Филина. Данные гематокрита при кровотечениях в акушерстве и гинекологии	127
Ф. П. Патушинская. Профилактика коллапса при предлежании плаценты	137

О П Е Ч А Т К И

Страницы	Напечатано	Следует читать
7, 3-я строка снизу	изменение	измерение
50, в клише	7,0%	7, 4%
80, 5-я строка снизу	8. Покровский В. А., Дальневосточный мед. журнал	8. Покровский В. А., Кесарское сечение в акушерстве наших дней, Дальневосточ- ный мед. журнал
90, 6-я и 12-я строки сверху	В. А. Малиновский	М. С. Малиновский
94, 2-я строка снизу	переливанием	переливания