

консолидации переломов, наступающей на 40—50 день, фосфатазная активность достигает нормального уровня.

5. При переломах бедра повышение фосфатазной активности выражено значительнее и возвращение к исходному уровню медленнее, чем при переломах голени.

6. Анализ рентгенологических наблюдений хотя и сравнительно небольшого материала свидетельствует о возможности сокращения сроков гипсовой иммобилизации у детей с переломами бедренной кости.

Поступила 11 октября 1958 г.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РАЗРЫВАХ МАТКИ

Канд. мед. наук Г. А. Гутман

Из акушерско-гинекологической клиники (директор — проф. И. Т. Мильченко) Куйбышевского медицинского института и Куйбышевской областной клинической больницы (главврач — Е. К. Овчинникова)

При значительных достижениях в области профилактики и диагностики разрывов матки это тяжелейшее осложнение встречается не столь редко, хотя оно по частоте и снизилось в 3—4 раза, достигая 0,03—0,04% в отношении всех родов.

Нам удалось собрать 522 случая разрывов матки (325 по всей РСФСР за 1955 и 1956 гг.), из них самопроизвольных оказалось 424.

Изучение собранного материала дало возможность расширить в этом вопросе наши знания вообще и, в частности, заставляет обратить внимание на ту группу рожениц, у которых при разрыве матки произошли самопроизвольные роды.

Разбирая самопроизвольные разрывы матки в количестве 424, мы установили, что у 44 рожениц (10,4%) состоялись при этом осложнении самопроизвольные роды. О возможности самопроизвольных родов при разрыве матки свидетельствуют многие авторы, причем считается, что при подобной акушерской ситуации наблюдаются неполные разрывы матки. Однако, на нашем материале нами выявлено 6 случаев полных разрывов матки, из них в области дна матки — 2, по правому ребру — 2, по ребру с вовлечением нижнего сегмента — 1, и по ребру с вовлечением шейки и нижнего сегмента сзади — 1. Чаще всего матка рвется в нескольких местах (25 случаев), разрыв в одном месте обнаружен в 17 случаях, в громадном большинстве случаев нарушается целостность ребра нижнего сегмента матки (32 случая).

Общепринято мнение, что разрыв стенки матки в сочетании с нарушением целостности только крупных сосудов (art. uter.) вызывает тяжелое состояние роженицы со смертельным исходом. Однако, приводимое ниже наблюдение показывает, что разрыв и мелких сосудов может давать опасное для жизни кровотечение.

1. Я. (родоотделение Красноярской райбольницы Куйбышевской области), 41 года, таз нормальный, беременность 8, родов — 5 (1 — преждевременные, 2 — нормальные, 3 — последовое кровотечение, 4 — двойни). Поступила 3/VIII-56 г. в 4 ч. с хорошей родовой деятельностью и ранним отхождением вод. Данные влагалищного исследования — открытие на 3 поперечных пальца, головка большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Через 2 ч. после поступления при удовлетворительном состоянии роженицы и плода появились сначала незначительные, а затем более обильные выделения крови, ведет себя роженица беспокойно. В 7 ч. 30 мин произошли самопроизвольные роды. Ребенок (вес — 3700,0 и длина 54 см) родился в легкой асфиксии (после отсасывания слизи закричал), кожные его покровы окрашены кровью, во рту и носу — кровянистая жидкость.

Через 5 мин самопроизвольно выделился весь послед, после чего началось профузное кровотечение. Производилось ручное обследование полости матки — обнаружен разрыв матки по правому ребру. Во время подготовки к операции в 8 ч. 25 мин наступила смерть.

Данные вскрытия — резкая анемизация, разрыв слизистой полости матки и ее мышц в области обоих ребер, справа разрыв проникает до брюшины. Данные гистологического исследования — отек стромы матки и всех других внутренних органов, в почках — «нефроз беременных».

Разбор данного случая дает возможность отметить:

1) в процессе родов появление кровянистых выделений являлось сигналом катастрофы, но обычное продвижение головки плода и отсутствие признаков начинающейся у него асфиксии лишили возможности должным образом расценить появление выделения крови;

2) на совершившуюся катастрофу указывало состояние ребенка — легкая асфиксия, кожа его окрашена кровью, а в носу и во рту кровянистая жидкость;

3) на общем фоне нефропатии беременной (по-видимому, были скрытые отеки, так как при поступлении на нижних конечностях они не были обнаружены, и артериальное давление находилось в пределах нормы) нарушение сосудов, проходящих в толще мускулатуры, дало профузное кровотечение;

4) отек стромы матки мог послужить предрасполагающим моментом для разрыва ее стенки во время родов.

Смертность среди родильниц этой группы, хотя в ней значительно превалируют неполные разрывы матки, очень высока: умерло 38 женщин из 44 (86%).

Эта группа разрывов матки характеризуется не только очень высоким процентом смертности, но и значительным превалированием среди причин смерти острого нарушения сердечно-сосудистой деятельности: из 38 умерли от указанной причины 36 (92%). Для сравнения укажем, что из 261 женщины, умершей от всех самопроизвольных разрывов матки, погибли от нарушения сердечно-сосудистой деятельности 180 (69%) рожениц. Это обстоятельство способствовало быстрому наступлению смерти: умерли в течение первых 2 часов после родов 24 женщины (из 38). Тяжелое состояние родильниц не могло не отразиться на результатах медицинской помощи.

Хирургическая активность при разбираемом виде разрывов матки весьма низка — 17 из 44 (38%), тогда как, по нашим данным, при всех видах разрывов матки она выражается в 73,7% (из 522 случаев разрывов матки прооперировано 385).

Низкую хирургическую активность следует объяснить не только быстро наступающей смертью во время подготовки женщины к операции, но и тем обстоятельством, что разрыв матки не был своевременно распознан (15 случаев), хотя для этой цели в 10 случаях производилось ручное обследование полости матки.

Приведем одно из наших наблюдений:

И. К. (акушерская клиника Куйбышевского обл. института ОМД). 27 лет, размеры таза 27—29—32—18,5, беременность — 3, роды 2. Поступила на роды 13 ноября 1950 г. Роды протекали нормально, первый период длился 13 ч. 30', второй 1 ч. 00' и третий 0 ч. 10'. В 12 ч. 30' 14/XI произошли самопроизвольные роды. Ребенок родился в асфиксии, весом 3300,0 и длиной 51 см, через 30 мин оживлен. Кожа ребенка покрыта кровью, задние воды окрашены кровью. В 12 ч. 40' началось послеродовое кровотечение, послед выжат по Креду. Из-за продолжающегося кровотечения произведено ручное обследование полости матки: матка целая. Справа обнаружен разрыв шейки до свода, наложены швы. Кровотечение продолжается, проводится переливание крови. В 13 ч. 10' наступает смерть.

Данные вскрытия — неполный разрыв нижнего сегмента по ребру справа и разрыв шейки матки.

Общая характеристика разбираемой группы разрывов матки по своей тяжести неукоснительно диктует, в целях их предупреждения,

необходимость выявления угрожающих симптомов еще в процессе родов. Однако, мы можем привести всего лишь 6 родов, во время которых выявились симптомы назревающей катастрофы.

Чаще всего симптомом, сигнализирующим о начавшейся катастрофе, являются кровастые выделения из влагалища. Это видно, например, при анализе приведенного выше наблюдения I.

Обычно условия для родов и осложнения в процессе родов не внушали опасения, поскольку они встречаются и при обычных самопроизвольных родах, тем более, что наблюдалось не длительное стояние, а различной скорости продвижение подлежащей части. В 32 случаях роды были повторные. Нормальные размеры таза выявлены у 37 рожениц и суженные — у 3. Аномалии со стороны плодного пузыря установлены у 14 рожениц (у 4 — преждевременное отхождение вод и у 10 — раннее). К этим данным необходимо прибавить те симптомы, которые могут быть расценены как «стертые» симптомы угрожающего разрыва матки: несвоевременное начало потуг — у 4, симптомы угрожающей асфиксии плода — у 12, выделения крови из влагалища — у 3, и первоначальная слабость родовой деятельности — у 15. Однако, удлинения родов и длительного стояния головки в одной плоскости, что характерно для угрозы разрыва матки, не наблюдалось.

Давая общую характеристику течению родов в этой группе разрывов матки, следует отметить быстрое рождение плода, в большинстве случаев за счет укорочения второго периода (у 22 второй период длился менее 1 часа).

III. (Донской роддом, Московской области). Б-ная 29 лет, размеры таза нормальные, беременность — 6, роды — 5. При поступлении отсутствует родовая деятельность, приступлено к ее вызыванию методом Штейк — Дубнова на фолликулярном фоне. Дача медикаментов закончена 11/VI в 21 ч. 00', схватки начались в 24 ч. 00', 12/VII в 1 ч. 45' начались потуги, и в 1 ч. 50' — самопроизвольные роды. Ребенок родился в асфиксии, оживлен (3450,0 и длина 50 см). В последовом периоде потеряно 300 мл крови, пульс нитевидный, артериальное давление — 80/40, бледность кожных покровов. Производится ручное выделение последа, во время которого обнаружен разрыв нижнего сегмента по ребру слева. В 3 ч. 00' смерть, во время подготовки к операции.

Данные вскрытия: острая анемия, межсвязочная гематома слева, разрыв нижнего сегмента слева по ребру.

Резкое ухудшение общего состояния наступало обычно после рождения плода, и оно сопровождалось симптомами: выделения крови — в 33 случаях, ухудшения пульса — в 25, снижения артериального давления — в 22, бледности кожных покровов — в 21, метеоризма — в 10. Целый ряд симптомов наступившей катастрофы наблюдался в единичных случаях: болезненная матка — 7 раз, отклонение матки в сторону — 3 раза, быстро нарастающая мягкая опухоль над лоном — 3, обморок — 2, рвота — 2, холодный пот — 1, головокружение — 1 раз и кровавая моча — 1 раз.

То обстоятельство, что чаще всего наступает кровотечение после рождения плода, делает понятным тактику врача — оказывается помощь по поводу кровотечения путем борьбы с ошибочно предполагаемой атонией матки или с послеродовым шоком, не думая с самого начала о разрыве матки.

Все изложенное дает основание дать следующую характеристику разбираемой группы разрывов матки:

1. Высокий процент смертности матерей, значительное преобладание неполных разрывов матки, продвижение в процессе родов подлежащей части при отсутствии при этом грозных симптомов надвигающейся катастрофы, резкое ухудшение общего состояния после рождения плода — все это, являясь общей характеристикой самопроизвольных родов при самопроизвольных разрывах матки, дает право выделить их в отдельную группу.

2. В процессе родов не выявляются грозные симптомы назревающей или совершившейся катастрофы (разрыва матки), хотя наблюдающиеся симптомы (кровянистые выделения, «слабость» родовой деятельности, угроза асфиксии плода) можно считать «стертыми» симптомами угрозы разрыва матки. При отсутствии задержки в продвижении подлежащей части эти симптомы обычно объясняются другими, не требующими срочного родоразрешения, осложнениями.

3. Разрыв матки происходит во время родов, ухудшение же общего состояния матери наступает после них. Ведущим симптомом при этом является влагалищное кровотечение, быстро вызывающее состояние коллапса и шока, что должно заставлять для выбора метода терапии производить тщательное обследование полости не только с целью выявления и борьбы с причинами «атонии» матки, но и для проверки целостности мускулатуры матки. С особой тщательностью необходимо обследовать нижний сегмент с боков, по ребрам, а при обнаруженном разрыве шейки матки следует проверять, не находится ли верхний его угол выше внутреннего зева и нет ли возможности через него пройти в параметриях.

4. Высокий процент смертности матерей при неполных разрывах матки опровергает общепринятое мнение о более благоприятном исходе для матерей неполных разрывов матки.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Азлецкий Б. В. Акуш. и гинек., 1939. — 2. Вербов Я. В. Матка женщины, ее нормальная работа и ее разрывы во время родов. 1913. — 3. Гутман Г. А. Сов. мед., 1946, 10. — 4. Жорданиа И. Ф. Акуш. и гинек., 1950, 4. — 5. Иванов Н. З. Труды I съезда рос. акушеров, 1904. — 6. Илькевич В. Я. Акуш. и гинек., 1940, 2. — 7. Николаев А. П. Основы организации и работы акушер. стац. 1950. — 8. Персианинов Л. С. Разрывы матки, 1954.

Поступила 6 июля 1958 г.

О ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Доц. А. Ф. Златман

Из акушерско-гинекологической клиники № 2 (зав. — доц. Т. Я. Калиниченко) Киевского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. акад. А. А. Богомольца

Большие или меньшие повреждения лонного сочленения в родах происходят чаще, чем об этом принято думать. В роддоме им. К. Цеткин разрыв лонного сочленения наблюдали 1 раз на 1524 родов, а Петченко наблюдал его 1 раз на 1000 родов.

В нашей клинике подобная родовая травма наблюдалась, примерно, 1 раз на 1587 родов, включая и те случаи, которые неправильно были квалифицированы, как «симфизит».

Причины, ведущие к повреждению лонного сочленения в родах, следующие: 1) чрезмерная неподвижность лонного сочленения, недостаточное разрыхление связочного аппарата таза (Барделебен и Леман); 2) общая гипоплазия всего организма женщины (Гольцбах); 3) неблагоприятное вставление головки при несоответствии между ее размерами и тазом беременной (Штумпф); 4) чрезмерное разрыхление связочного аппарата таза во время беременности, переходящее уже в патологическое состояние. Последняя причина — наиболее частая и общепризнанная.

На протяжении сравнительно короткого времени мы наблюдали 5 случаев повреждения лонного сочленения в родах.