

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.

Приводим вкратце эти истории родов:

I. Ч-а В. Д., 34 лет, поступила 25/IX-57. Первобеременная, первородящая. Беременность доношенная, протекала без осложнений. Таз: 26—29—32—21. Предлежит головка. Вторичная слабость родовой деятельности.

26/IX кожно-головные щипцы (раскрытие — 3 пальца, головка в широкой части полости таза) с подвесом груза в 400 г, хинин с прозергином, кислородная палатка. Щипцы сняты через 2 ч. 50 мин. Родила 26/IX живого мальчика; вес его — 4 600, длина — 54, окруж. головки — 39 см. Продолжительность родов — 24 ч. 35 мин: I — 23 ч. 30 мин, II — 50 мин, III — 15 мин.

27/IX: резкие боли в области лона и правого паха. Ткани над лобком и правая большая губа отечны. Активные движения в нижних конечностях невозможны, пассивные резко болезненны. Расхождение лонных костей на 2 пальца, пальпация резко болезненна. Рентгенологически: разрыв лонного сочленения с расхождением лонных костей на 3 см; крестцово-подвздошные сочленения не изменены. Мочепуспускание не нарушено. Имобилизация таза в гамачке в дорзальном подвешивании; витамины С, Д и К. В послеродовом периоде Т — 37,2 — 38,4°.

30/IX: в верхней трети правой большой губы уплотнение; расхождение лонных костей клинически не определяется. При влагалищном исследовании: предпузырная клетчатка справа уплотнена. Гамачок снят. Кости таза стянуты матерчатым бинтом.

16/XI выписана. Походка несколько изменена, при ходьбе небольшие боли.

II. К-о Г. Г., 31 г., поступила 23/I-58. Третья беременность, вторые роды. Нерезко выраженный ранний токсикоз. Беременность доношенная. Таз: 25—28—32—20. Чистое ягодичное предлежание. Ручное пособие. 26/I родился живой мальчик; вес его — 3900; длина — 52, окруж. головки — 36 см. Продолжительность родов — 17 час. 20 м.: I — 15 ч. 30 мин, II — I ч. 10 мин, III — 40 мин.

28/I: Боли в области симфиза, ткани над ним припухшие. Нижние конечности в состоянии abduction с некоторым выворотом бедер наружу. Активные движения невозможны, пассивные резко болезненны и при них ощущается подвижность краев лонных костей. Расхождение последних на 2 пальца. Рентгенологически: разрыв лонного сочленения с расхождением костей на 3 см. Имобилизация таза в гамачке в дорзальном подвешивании, витаминотерапия (С, Д и К). В послеродовом периоде температура до 37,6°. Мочепуспускание все время нормальное.

27/II: Клинически отмечается консолидация лонных костей. Снят гамачок, таз стянут матерчатым бинтом. Выписана 22/III. Походка не изменена, при ходьбе болей нет.

III. Д-а Е. Н., 27 лет, поступила 23/III-58. Первобеременная, первородящая. Беременность доношенная, протекала без осложнений. Таз: 25—28—30—20. Предлежит головка. Роды нормальные. Родила 24/III живого мальчика; вес его — 3 500; длина — 50, окруж. головки — 36 см. Продолжительность родов — 27 час. 35 мин: I — 27 часов, II — 15 мин, III — 20 мин.

25/III: Сильные боли в области симфиза. Ноги в состоянии abduction с некоторым выворотом бедер наружу. Расхождение лонных костей почти на 3 пальца. Активные движения ногами невозможны, пассивные резко болезненны, и при них ощущается смещение концов симфиза в вертикальном направлении. Рентгенологически: разрыв лонного сочленения с расхождением костей на 5 см. Имобилизация таза в гамачке в дорзальном подвешивании, витаминотерапия (С, Д и К). В послеродовом периоде: тромбоз глубоких задних вен левой голени; температура до 37,9°. Мочепуспускание все время свободное.

28/IV снят гамачок, тугое бинтование таза матерчатым бинтом, 14/V клинически расхождение костей лона не определяется. Походка почти не изменена; при ходьбе еще имеются незначительные боли. 15/V выписана.

IV. Н-й О. И., 30 лет, поступила 25/IV-58. Первобеременная, первородящая. Беременность доношенная, протекала без осложнений. Таз: 26—29—32—20. Предлежит головка. Первичная слабость родовой деятельности. Применен метод Курдиновского. 28/IV родила живую девочку; вес ее — 3 000; длина — 50, окруж. головки — 35 см. Продолжительность родов — 47 часов 45 мин: I — 47 час., II — 15 мин, III — 30 мин.

2/V: боли в области лона; поднять вытянутые ноги не может, подтянуть их к животу, не отрывая пяток от постели, не может. Пассивные движения резко болезненны. Расхождение лонных костей на 1 палец. Рентгенологически: разрыв лонного сочленения с расхождением костей на 1,5 см. Имобилизация таза в гамачке в дорзальном подвешивании, витаминотерапия (С, Д и К). В послеродовом периоде температура — 37,2—37,8°. Мочепуспускание нормальное.

9/VI клинически имеется консолидация лонных костей. Активно двигает ногами, боли при этом небольшие. 11/VI снят гамачок, заменен стягивающим таз матерчатым бинтом. 18/VI выписана. Походка не изменена. При длительной ходьбе боли в правой ноге.

V. Б-о М. Я., 34 лет, поступила 1/V-58. Вторая беременность, вторые роды. На протяжении данной беременности дважды лежала в стационаре по поводу угрозы преждевременного ее прерывания. Таз: 24—28—32—20. Предлежит головка. Преждевременное отхождение околоплодных вод, первичная слабость родовой деятельности. Стимуляция последней. 3/V родила живого, доношенного мальчика; вес его — 3 200; длина — 50, окруж. головки — 36 см. Продолжительность родов — 28 ч. 50 мин: I — 27 ч. 50 мин, II — 20 мин, III — 40 мин.

6/V: Боли в области лона, мягкие ткани над ним припухшие. Активные движения в нижних конечностях невозможны, пассивные резко болезненны. Пальпаторно — диастаз лонных костей не определяется. Рентгенологически: разрыв лонного сочленения с расхождением костей на 1,5 см. Иммобилизация таза в гамачке в дорзальном подвешивании, витаминотерапия (С, Д и К). В послеродовом периоде температура — 37,2—37,6°. Мочеиспускание свободное.

16/VI: Обои нижними конечностями двигает свободно, боли при этом небольшие. Гамачок снят, таз стянут матерчатым бинтом. 19/VI выписана. Походка правильная, при ходьбе болей нет.

Итак, из 5 случаев разрыва лонного сочленения в родах первородящих было трое (расхождение лонных костей на 1,5, 3 и 5 см), повторнородящих — двое (расхождение на 1,5 и 3 см). Ни у одной из рожениц не было клинически узкого таза, неблагоприятного вставления головки и не было оказано оперативное родоразрешение. Во всех 5 случаях, надо думать, изменения в симфизе и связочном аппарате таза, имеющиеся при всякой беременности, далеко вышли за физиологические пределы и достигли таких размеров, при которых повреждение лонного сочленения стало возможным даже под влиянием самого незначительного фактора.

В первом случае родился крупный плод. Позволительно думать, что при подготовленной почве это могло быть тем непосредственным моментом, который причинил травму лонного сочленения.

Обращает на себя особое внимание тот факт, что в трех случаях из пяти изгнание плода совершалось очень быстро: у 2 первородящих в 15 мин, у 1 повторнородящей — в 20 мин. Возможно, что и у этих рожениц не успевшая сконфигурироваться головка привела к тем же результатам в месте наименьшего сопротивления.

Но возможно и другое объяснение, по нашему мнению, более правдоподобное: изгнание плода потому именно и совершалось быстро, что увеличилось костное кольцо, благодаря расхождению лонных костей.

Во всяком случае, быстрое изгнание плода обязывает акушера убеждать в целостности костей и сочленений таза, чтобы, в противном случае, можно было своевременно принимать меры к полному функциональному восстановлению.

Диагностика интересующей нас травмы в выраженных случаях легка. Рентгенография всегда выправит или подтвердит диагноз.

Хорошая иммобилизация костей таза в гамачке в дорзальном подвешивании дает вполне удовлетворительные результаты. Для усиления регенерации тканей, улучшения обмена фосфора и кальция и своевременного их отложения в новообразованной кости полезно назначать витамины С, Д и К. Действие витамина Д усиливается при одновременном введении солей фосфора и кальция.

У всех 5 родильниц послеродовой период протекал с повышением температуры.

Выздоровление родильниц наступало через 7—9 недель. Только одна выписалась с несколько измененной походкой, но в функциональном отношении состояние всех было вполне удовлетворительным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бергал М. М. Каз. мед. журнал, 1935, 3—4.
2. Ванина Л. В. Акуш. и гинек., 1949, 3.
3. Жордания И. Ф. Акуш. и ж. бол., 1929, 7—8.
4. Жмакин Е. Н. Очерки акуш. патологии. М., 1954.
5. Петченко А. И. Акушерство. 1954.
6. Юсим Е. М. Актуальн. вопросы акуш. и гинек. М., 1957.

Поступила 3 октября 1958 г.