

родов (патология отделения плаценты, кровотечения). Это диктует необходимость длительного введения препаратов питуитринового действия, вплоть до окончания родов (в нашей серии — 5 наблюдений).

Несколько слов об опасности самого вливания окситоцина. Мы отметили тахисистолию матки у одной из женщин, гипертонус матки — у 2 (при дозе 5—10 *ед/мин* и исходной чувствительности матки к окситоцину — 0,01—0,03 *ед.*), причем у одной женщины вливание пришлось прекратить в связи с начавшейся асфиксией плода (наблюдение не вошло в разработку). Появились признаки начинающегося отека легких у женщины с комбинированным пороком митрального клапана в стадии субкомпенсации после введения 200 *мл* раствора в течение 4,5 часов (наблюдение также не вошло в разработку). У части женщин токографически выявлена дискоординация в сократительной деятельности матки (спастические схватки, спаренные, строенные схватки, расслабление матки по типу двойного, тройного ската и др.), исчезающая после временного прекращения подачи окситоцина или сведения к минимуму скорости его введения (до 4—5 *ед/мин*).

ВЫВОДЫ

1. Вызывание родов путем внутривенного введения окситоцина малоэффективно при целом плодном пузыре и более эффективно при его вскрытии ($P < 0,01$).
2. Роды, вызванные окситоцином, текут быстрее, чем естественные, особенно при вливании окситоцина на фоне амниотомии.
3. Вливание окситоцина во избежание осложнений следует проводить до окончания родов.
4. Редуцированная детская смертность при этом методе вызывания родов невелика.
5. Внутривенное введение окситоцина — трудоемкий, небезопасный метод вызывания родов. Он применим в крупных родовспомогательных учреждениях в условиях тщательного врачебного наблюдения, желательного с применением технических средств контроля.

УДК 618.5

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕТЯЖКИ НА МАТКЕ В РОДАХ¹

Л. В. Чугунова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. И. В. Данилов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Одним из наиболее постоянных и показательных симптомов бандлевского угрожающего разрыва матки является появление на матке высоко и косо расположенной перетяжки — ретракционной борозды вследствие перерастяжения нижнего сегмента матки на фоне явного механического препятствия в родах, бурной родовой деятельности и отошедших вод, при здоровой маточной стенке (патологически не измененной).

Наши клинические наблюдения показали, что подобные борозды на матке могут появляться при низком прикреплении плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки. В подобных случаях борозда на матке соответствует верхней границе прикрепления плаценты к стенке матки, борозда на матке может появиться при подвижной головке, целых водах и неполном раскрытии шейки матки. Чаще она появляется к моменту кульминации раскрытия шейки матки (при 3—4 пальцах раскрытия), при фиксированной головке и активной родовой деятельности. Борозда имеет косое направление и появляется чаще на уровне пупка, реже — чуть ниже и еще реже — выше пупка, что, видимо, зависит от размеров плаценты и уровня ее прикрепления к матке. Раз появившись, борозда на матке держится почти до конца родов на одном и том же уровне и исчезает лишь тогда, когда головка спускается на тазовое дно.

Обычно появлению перетяжки на матке предшествует появление над лоном подушечкообразного выпячивания (за счет плаценты), мягковатого на ощупь, безболезненного при пальпации. Оно может быть заметным еще при целых водах и подвижной головке. Катетером спущенная моча не ликвидирует это выпячивание над лоном.

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 8/X 1964 г.

При внутреннем исследовании определяется шероховатость и плотность оболочек плодного пузыря, чрезмерная «сочность», мягкость, тестоватость толстых краев маточного зева, при легком разведении которых в стороны появляются значительные кровянистые выделения. Часто передняя губа шейки матки за счет прикрепления плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки бывает более толстой и «сочной», чем задняя.

Кровянистые выделения по мере продвижения предлежащей части плода по родовому каналу постепенно прекращаются. После рождения плода послед обычно рождается быстро — через 5—8—10 мин. При осмотре последа обращает на себя внимание боковое или краевое прикрепление пуповины, разрыв оболочек на 5—6 см от края плаценты и темный, трудно снимаемый сгусток крови на материнской поверхности плаценты, ближе к месту разрыва оболочек. С диагностической целью производимые ручные обследования полости матки подтверждали прикрепление плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки.

Мы считаем небезынтересным поделить свои наблюдения (14) по этому поводу, ибо подобных клинических описаний мы не встретили в доступной отечественной и зарубежной литературе.

Из 14 рожениц было 10 первородящих, две — с повторными родами и у двух были третьи и четвертые роды.

У 13 рожениц был анатомически суженный таз, причем у 5 1—2 ст. (истинная конъюгата — 8—8,5 см) и у 8—1 ст. (9,5—10—10,5 см). Помимо анатомического сужения размеров таза у 6 рожениц в родах намечалось и функциональное несоответствие. Так, у 4 рожениц признак Вастена был «уровень», а у 2 — даже положительным.

В наших наблюдениях борозда на матке появилась у 7 рожениц при целых водах и у 7 — тотчас после их отхождения. К моменту появления борозды на матке предлежащая головка плода была прижатой ко входу в малый таз у 5 рожениц, у 5 находилась малым сегментом во входе в малый таз, у 2 — большим сегментом во входе в малый таз и у 2 была подвижной. Чаше борозда появлялась к моменту 3—4-пальцевого раскрытия шейки матки при активной родовой деятельности. На всем протяжении родов нижний сегмент матки оставался совершенно безболезненным, а поведение рожениц было спокойным. Ни разу не наблюдалась интра- и постнатальная асфиксия плода. Перетяжка на матке и подушкообразное выпячивание над лоном особенно отчетливо выступали во время схваток и потуг, менее заметны были в паузы между ними и исчезали, когда головка опускалась на тазовое дно. При расположении борозды пальца на два выше пупка матка во время схваток и потуг принимала форму песочных часов. При осмотре последа мы убеждались в правильности поставленного диагноза. В некоторых случаях нами производились ручные отделения последа с последующим ручным обследованием полости матки, чтобы окончательно убедиться в низком прикреплении плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки и целостности стенок матки.

Следует заметить, что 6 родов при наличии анатомически и функционально узкого таза, начиная с раскрытия шейки матки на 3—4 пальца, мы вели в операционной под перемежающимся эфирно-кислородным наркозом.

Дифференциальная диагностика низкого прикрепления плаценты на передней стенке нижнего сегмента матки с угрожающим разрывом матки (бандлевским).

1. При низком прикреплении плаценты нижний сегмент матки бывает безболезненным при пальпации и не истонченным.

2. Появившаяся на матке перетяжка держится на одном уровне с момента наступления полного раскрытия шейки матки и исчезает при опускании головки на тазовое дно. Она может появляться при целых водах, подвижной головке и неполном раскрытии шейки матки. При угрожающем разрыве матки ретракционная борозда появляется на фоне отошедших вод, не остается на одном и том же уровне, а постепенно поднимается до пупка и выше его.

3. Подушкообразное выпячивание над лоном обусловливается расположением плаценты и обычно предшествует появлению борозды на матке. Оно может появиться при подвижной головке, целых водах, неполном раскрытии шейки матки и особенно заметно становится при появлении борозды на матке. При угрожающем разрыве матки тоже может появиться подушкообразное выпячивание над лоном за счет переполненного мочевого пузыря, отека клетчатки ущемляющегося мочевого пузыря. Катетеризация мочевого пузыря помогает исключить его переполнение.

4. Поведение роженицы спокойное. Матка в состоянии нормотонуса, схваткам свойствен определенный ритм и динамика. При угрожающем разрыве матки поведение роженицы беспокойное, матка в состоянии гипертонуса и даже тетануса, схватки теряют свой нормальный ритм.

5. Сердцебиение плода в родах не изменяется, не ухудшается (если нет какой-либо другой акушерской патологии). При угрожающем разрыве матки может наступить асфиксия и смерть плода.

6. При низком прикреплении плаценты роженица самостоятельно мочится, мочевой пузырь свободен. При угрожающем разрыве матки роженица самостоятельно не мочится. Мочевой пузырь бывает часто переполненным. Может быть кровь в моче.

7. При низком прикреплении плаценты происходит разрыв оболочек на 5—6 см или еще ближе к краю плаценты. В этом месте на материнской поверхности плаценты имеется темный, часто трудно снимаемый сгусток крови. Прикрепление пуповины боковое, краевое или оболочечное. При угрожающем разрыве матки послед без особенностей.

Мы советуем подобные случаи родов вести консервативно-наблюдательно и только опытным, квалифицированным акушерам-гинекологами, ибо молодые, неопытные врачи могут пропустить настоящую угрозу разрыва матки при консервативном ведении родов. Советуем также вести подобные роды в конце 1 и во 2 периоде в операционной, под легким перемежающимся эфирно-кислородным наркозом.

УДК 618.5

РОСТ РОЖЕНИЦЫ И ПЕРВИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В. В. Давыдов

Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества
Минздрава РСФСР

Выяснению причин слабости родовой деятельности посвящено большое количество работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Однако в этих работах мы не нашли указаний на связь роста рожениц с развитием слабости родовой деятельности. Естественно предположить, что чем сильнее физически развита женщина, тем меньше у нее возможности появления слабости родовой деятельности и, наоборот, чем меньше она развита физически, тем такая возможность больше.

Рост людей является, как известно, одним из важнейших показателей физического развития. В родовом акте принимает участие не только мускулатура матки, а вся мышечная система организма женщины как одно целое. И действительно, многие авторы (Ю. Ю. Бобик, В. А. Струков, Е. В. Молжанинов, А. И. Лопатченко, Л. Д. Ярцева и др.) в причинах слабости родовой деятельности указывали на недостаточность развития матки, слабость брюшного пресса, инфантилизм, пороки развития половой сферы, узость таза и другие причины, имеющие, несомненно, самые тесные отношения к степени развития организма в целом, а следовательно и к его росту.

Нами уже сообщалось в журнальной статье «Значение роста роженицы в акушерской патологии», что частота кесаревых сечений у женщин низкого роста больше, чем обычно, и тем больше, чем меньше рост рожениц. Отсюда мы предположили, что рост роженицы должен играть определенную роль и в развитии слабости родовой деятельности, особенно первичной.

В данном сообщении мы будем касаться только соотношения между ростом роженицы и частотой возникновения в родах первичной слабости родовой деятельности. Мы, в частности, под первичной слабостью родовой деятельности понимаем такую, которая возникает с самого начала родов и имеет налицо все или часть следующих признаков слабости — схватки или слабые, редкие или малоэффективные. Другие виды слабости родовой деятельности мы не включили в наше исследование, так как в их определении у акушеров нет единого представления, а также и потому, что в их возникновении имеет значение целый ряд факторов, связанных с неправильным ведением родов, чего обычно не бывает при первичной слабости родовой деятельности. Чтобы решить поставленную задачу, мы изучили 19066 историй родов. Для определения основных параметров (показателей) вариационного ряда (средней арифметической, среднего квадратического отклонения, средней ошибки, средней арифметической, средней ошибки среднего квадратического отклонения и коэффициента вариации) по способу моментов мы провели ряд вычислений.

Первичная слабость родовой деятельности на 19066 родов встретилась у 623 (3,27%) женщин, что близко подходит к данным некоторых авторов (Л. С. Персианинов — 4,14%, В. А. Струков — 5,92%) и значительно ниже, чем указывается в учебниках (А. И. Петченко — 3—8%, И. Ф. Жордания — 10%).

У рожениц высокого роста частота развития первичной слабости родовой деятельности оказалась наименьшей (2,32%), она была в 1,4 раза (2,32% и 3,27%) меньше, чем на всем материале, и в 3 раза (6,41% и 2,32%) меньше, чем у рожениц низкого роста. У рожениц выше среднего роста слабость родовой деятельности составила 3,90%, что более чем в 2 раза меньше, чем у рожениц низкого роста (3,90% и 6,41%) и в 1,6 раза меньше, чем у рожениц ниже среднего роста (4,15% и 3,90%).