

панова П. А. Тр. Смол. мед. ин-та. Смоленск, 1955, т. V. — 22. Тимофеев Е. Д. Тр. I Лен. мед. ин-та. Л., 1935, 1. — 23. Уткин В. М. Научн. тр. Рязан. мед. ин-та. Рязань, 1960, т. 12, вып. 4. — 24. Фейертаг Г. М. Тр. Кубанского мед. ин-та. Краснодар, 1947. — 25. Шарнин А. К. Тр. Новосиб. ГИДУВа и мед. ин-та, 1939, т. 12. — 26. Anders E. Schweiz. med. Wschr., 1949, 2, 25—28. — 27. Bogso A. Minerva gynec. 1957, 17, 121—126. — 28. Clave A. M. Edinburgh med. j. 1951, 58, 12, 61—76. — 29. Dewhurst C. J. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1957, 64, 1, 113—118. — 30. Eames D. H. Am. J. Obstet. Gynec., 1953, 65, 5, 944—952. — 31. Falls F. H. Am. J. Obstet. Gynec. 1953, 65, 4, 707—719. — 32. Hollstein K. Landarzt, 1962, 5, 194—198. — 33. Järvinen P. A., Pystyhen P. Ann. chir. Gynaec. Fenn. — 34. Lawrence R. F. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 1953, 60, 2, 237—243. — 35. Marshall C. M. Arch. Gynäk., 1951, 180, 153—161. — 36. Menon M. K. J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonwealth, 1962, 61, 1, 18—28. — 37. Russell J. K. Lancet, 1955, 6885, 322—324. — 38. Serment H., Gynec. Obstet., 1951, 50, 4, 386—393. — 39. Wendell-Smith C. P. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 1954, 61, 1, 87—93.

Поступила 10 марта 1964 г.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ РУБЦА МАТКИ ПОСЛЕ КЛАССИЧЕСКОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

А. Л. Верховский

Первое гинекологическое отделение (главврач — Ю. В. Зебницкий) г. Кирова
и Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Все виды операций кесарева сечения до сих пор остаются опасными оперативными вмешательствами. Широко распространенное корпоральное кесарево сечение особенно неблагоприятно по своим последствиям для матери — боли, нарушения менструаций, смещения матки и фиксация ее, расстройства функций кишечника и мочевого пузыря. При беременности и родах после операции частыми и грозными осложнениями являются разрывы матки по рубцу, удельный вес которых в последние годы становится значительным. Разрывы матки после кесарева сечения в нижнем сегменте в отечественной литературе насчитываются единицами.

Указанные выше обстоятельства побудили нас заняться изучением состояния рубца матки после классического кесарева сечения методом гистерографии и пневмоперитонеумграфии. Обследовано этими методами 52 женщины, из них 46 произведена только гистерография, 6 — гистерография и в последующем пневмоперитонеумграфия.

Техника гистерографии общеизвестна. После введения контрастного вещества снимки производились тотчас же, один — в положении на спине, другой — на том или ином боку в зависимости от смещения матки от средней линии, т. е. с таким расчетом, чтобы на контур по возможности вывести предполагаемый рубец матки.

Для пневмоперитонеумграфии использован обычный аппарат завода «Красногвардеец» для наложения искусственного пневмоторака. После введения кислорода женщина переводилась в рентгеновский кабинет и укладывалась вниз животом. Тазовый конец стола приподнимался на 35—45 градусов. Производились 1—2 снимка. Второй снимок обычно производился с небольшим поворотом таза. Введение кислорода мы делали проколом брюшной стенки слева ниже пупка без анестезии.

Технические условия для обоих методов одинаковы. Мы использовали аппарат УРД-д, К-4. Фокусное расстояние 1 м, напряжение 67 кВ, экспозиция 2,5 сек с отсеивающей решеткой. При получении 2 снимков общая доза облучения не превышает 2 р.

От момента операции до обследования у 5 женщин прошло менее 6 месяцев, у 20 — от 6 до 12, у 16 — от 1 до 1,5 лет, у 6 — от 1,5 до 2 лет и у 5 — более 2 лет (у 4 — до 4 лет и у 1 — более 5 лет).

Показаниями к операциям кесарева сечения были: узкий таз и неправильные вставления головки — у 21, предлежание плаценты — у 7, угрожающий разрыв матки — у 6, поперечное положение плода — у 4, отслойка нормально расположенной плаценты — у 3, пороки сердца — у 3, ригидность наружного зева — у 2 женщин. У отдельных женщин показаниями служили крупный плод, некрепкий рубец, упорная слабость родовой деятельности, эклампсия, кишечно-влагалищный свищ. 38 операций выполнены под местной анестезией, 14 — под общим ингаляционным наркозом. 13 женщинам во время операции произведена стерилизация. У 15 оперированных были осложнения в послеоперационном периоде, из них у 2 — тромбоз флебит, у 1 — эндометрит, у 2 — резорбционная лихорадка, у 4 — нагноение и расхождение швов, у 1 — непроходимость кишечника, у 4 — мастит и у 1 женщины — пилит. Длительная высокая температура в послеоперационном периоде была у 4 женщин с септическим состоянием, у 17 — выше 38° менее 2 дней, у остальных — субфебрильная температура от 3 и более дней. Средний койко-день при осложнениях составил 29 дней, без осложнений — 13. 33 роженицы выписаны из родильного дома ранее

14-го дня. Рентгенологическое исследование рубца на матке производилось у женщин с различными показаниями и различным течением послеоперационного периода.

При обычной гистерографии размеры полости матки мало меняются.

По данным гистерографии, нормальная длина полости всей матки (от 7 до 9 см) была у 32 из 47 женщин, у 11 — более нормы (от 9 до 11 — у 7, от 11 и более — у 4) и только у 3 — менее 7 см. Максимальная длина полости была 13,5 см, минимальная — 5 см. Нормальная ширина дна полости матки оказалась только лишь у половины женщин (у 23 из 45) — от 4 до 5,5 см. У всех остальных женщин ширина дна оказалась меньше нормальной. Минимальная ширина — 2 см. У большинства оперированных женщин отмечено уменьшение длины тела матки (норма 5—6 см). Такая длина найдена у 1 — 9,7 см, менее 5 см — у 35 женщин. Из этого количества у 26 женщин она оказалась равной 3—4 см, а у 5 — менее 3 см. Если изменения тела матки после операции происходили в сторону его уменьшения и укорочения, то изменения шейки — в сторону удлинения. Нормальная длина шейки в 2,5—3 см найдена у 6 женщин, менее 2,5 см — у 1, от 3 до 5 см — у 26, от 5 до 7 см — у 10, от 7 до 9 см — у 1 и более 9 см — у 1. Максимальная длина шейки — 9,5 см, минимальная — 2 см. После операции отмечается частое изменение соотношения тела к шейке по длине. Нормальное соотношение 2/1 встретилось у 6, 1/1 — у 24, 1/2 — у 12 и 1/3 — у 3 женщины.

Антефлексия обнаружена у 33, ретрофлексия — у 7, срединное положение — у 12 женщин. У 41 женщины обнаружены смещения матки в стороны: у 21 — влево, у 18 — вправо, у 1 — влево и вверх и у 1 — вправо и вверх. У двух женщин элевация матки была значительной, у одной — верхней граница была расположена выше безмянной линии, у другой — выше гребешка подвздошной кости. У обеих женщин было резкое удлинение шейки.

На боковых и прямых снимках у 26 женщин контуры тела матки оказались ровными, из них у 4 — резко уменьшен передне-задний размер до узкой полоски в виде серпа шириною в 0,5—0,8 см. У половины женщин контуры тела матки были неровными, из них у 10 обнаружены дефекты наполнения различной величины. Дефекты наполнения выявлены по передней поверхности у 3 женщин, у остальных — в дне. Контуры дефектов наполнения различны: неровные треугольной и пирамидной формы. У 3 женщин дефекты наполнения в дне придают матке форму двурогой и седлообразной. Ниши выявлены у 5 женщин, в дне — у 2, по передней поверхности — у 3. Передняя поверхность у 7 женщин оказалась неровной, фестончатой или зазубренной, у 3 — уплощена и у 1 — с игольчатыми выступами. Задняя поверхность матки у всех женщин была ровной или слегка волнистой и выпуклой. Таким образом, если не принимать во внимание дефекты контуров в виде седлообразной матки (1 женщина) и двурогой матки (2 женщины), то изменения очертаний дна и передней поверхности выявлены у 23 женщин из 52.

Шейка у всех женщин имела форму зазубренного веретена с расширением книзу, у 41 была удлинена за счет верхней ее части. Перешеек у нескольких женщин был широким (до 1 см), у части — узким или даже не заполненным контрастным веществом (спазм). У одной женщины перешеек был отклонен резко вправо, у одной — влево, у остальных — смещение перешейка отмечено вместе с телом матки. У 5 женщин контрастное вещество проникло через трубы в брюшную полость, у 10 — трубы заполнились до ампулярной части с обеих сторон, у 6 — только справа и у 2 — только слева. У нескольких женщин контрастное вещество выполняло расширенные отделы труб в виде круглых капель.

Наибольшие изменения при гистерографии обнаружены у оперированных по поводу узкого таза, неправильных вставлений головки и угрожающего разрыва матки (дефекты контуров, сужение бокового размера, элевация, смещения, удлинение шейки). У оперированных по поводу отслойки плаценты, ее предлежания и поперечного положения плода встретились дефекты в дне, смещения матки и удлинение шейки.

Для сравнения у 10 женщин, перенесших в прошлом кесарево сечение с поперечным разрезом матки в нижнем ее сегменте, произведена гистерография спустя 6 мес. — 3 года. Ни у одной из них не обнаружено изменений контуров полости матки. В этой группе у 3 женщин найдено удлинение шейки, у 8 — незначительные смещения матки в сторону.

При пневмоперитонеумграфии у 2 женщин обнаружена ротация матки на 40—45°, у 3 — смещение тела кзади, у 6 — вправо, у 2 — влево и только у одной смещения матки не было. У всех величина широкой части тела матки было нормальной или больше нормы, только у одной тело матки оказалось небольшим. На снимках найдены короткие и длинные сращения тела матки с мочевым пузырем, петлями кишечника и уходящие кпереди и вверх у 6 женщин, из них у 4 мочевого пузыря спайками деформирован. Придатки у 1 женщины с обеих сторон, у 7 — с одной стороны покрыты вуалью (спайки), у 1 женщины — не видны. На снимках с контрастным веществом видна толщина стенок матки, проходимость и направление труб, на боковом снимке у одной найден дефект наполнения клиновидной формы чуть выше перешейка. У одной женщины передняя стенка оказалась против массивной длинной спайки тоньше задней. Передняя поверхность тела матки у этой женщины была выпячена в виде кия треугольной формы.

Выявленные при гистерографии и пневмоперитонеумграфии резкие смещения матки, удлинения шейки, в особенности изменения контуров передней поверхности и дна после классического кесарева сечения, надо полагать, имеют прямое отношение к наличию у таких женщин потенциально неполноценного маточного рубца. Поэтому все женщины с выявленными дефектами при рентгенологическом обследовании подлежат выделению в группу диспансерных больных. Прогноз следующих беременностей и родов в отношении самостоятельного родоразрешения у них следует считать неблагоприятным.

Рентгенологический метод исследования женщин после кесарева сечения может быть полезным при решении вопроса о возможности и прогнозе следующих беременностей и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болгова А. В. Сов. мед. 1961, 5.—2. Василевский Г. К. Акуш. и гинек., 1958, 2.—3. Гиллерсон А. Б. и Бакиева Р. Г. Там же. 1957, 2.—4. Гутман Г. А. Там же. 1960, 5.—5. Кушнир И. М. Там же. 1960, 4.—6. Сидоров Н. Е. Там же. 1953, 2.—7. Соловьева М. С. Там же. 1957, 3.—8. Хренова В. Г. Там же. 1963, 5.

Поступила 13 апреля 1964 г.

О ЧАСТОТЕ СХВАТОК ПО НАРУЖНОЙ ГИСТЕРОГРАФИИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТЕЧЕНИИ РОДОВ

Асп. Ю. Г. Кременцов

Акушерское отделение (зав. — проф. Я. С. Клеицкий)
Института акушерства и гинекологии АМН СССР

Оценка родовой деятельности как при нормальном течении родов, так и при различного рода осложнениях производится в практическом акушерстве по 3 показателям: частота, продолжительность и интенсивность схваток.

За последние годы, в связи с широким применением наружной гистерографии, получена возможность более точной регистрации сократительной деятельности матки. Однако данные, полученные методом гистерографии, не могут быть механически перенесены в клиническую практику, так как они несколько отличаются от ощущений самой роженицы и от той частоты, продолжительности и интенсивности, которую мы можем определить обычной пальпацией. Тот факт, что гистерография обнаруживает несколько большее число сокращений, чем способна уловить сама роженица и врач, наблюдающий роды, объясняется тем, что часть сокращений настолько слаба, что ускользает при обычных методах клинического исследования.

Уже во время беременности ряд авторов (М. Я. Мартышин, Альварец и Кольдейро, Гаррет, Келли) отметил наличие двух различных типов сокращения матки.

1. Слабые, частые, короткие сокращения, равномерные во всех отделах, совершенные безболезненные, не замечаемые самими беременными и не ощущаемые при пальпации живота. Это сокращения первого типа (М. Я. Мартышин).

2. Неритмичные сокращения большой интенсивности. Они могут быть иногда ощутимы при пальпации, их может ощущать сама женщина. Это сокращения второго типа (М. Я. Мартышин). В течение первых восьми месяцев беременности они возникают очень редко, их частота увеличивается с прогрессированием беременности. В течение девятого месяца они очень часты, но все еще без регулярного ритма. С приближением родов увеличивается число сокращений второго типа и уменьшается число сокращений первого типа между ними. В начале родов наблюдаются сокращения того и другого типа, но постепенно сокращения второго типа становятся преобладающими и приобретают четко регулярный характер. Роженица начинает ощущать схватки.

Из клинической практики известно, что при слабости родовой деятельности схватки бывают реже, чем в норме.

Применяя гистерографию, можно во время родов регистрировать гораздо большее число сокращений, чем за то же самое время при клиническом наблюдении. Например, если сама роженица ощущает схватки через каждые 8—10 мин и пальпация матки определяет такую же частоту сокращений, то гистерография нередко показывает, что схватки возникают через 3—4 мин.

Это происходит за счет регистрации более слабых и коротких сокращений, не ощущаемых самой роженицей и плохо определяемых или совсем недоступных пальпации.

Мы стремились выяснить, существует ли зависимость между частотой сокращений и течением родов. Не обусловлена ли малая частота схваток тем, что часть их из-за своей малой интенсивности ускользает из-под нашего наблюдения, производимого обычными клиническими методами.