

Таблица 4

Соотношение локализации плаценты и состояния новорожденных

Локализация плаценты	Состояние плода при рождении по Апгар (в баллах)		
	1—4	5—7	8—10
В дне матки . . .	2,0%	13,5%	84,5%
В теле матки . . .	0,6%	10,0%	89,4%
В нижнем сегменте	1,4%	7,0%	91,6%

Таким образом, роженицы, у которых плацента расположена в дне матки, являются «угрожаемыми» по осложненному течению последового и раннего послеродового периодов.

Чтобы выяснить, влияет ли локализация плаценты на состояние плода, мы сопоставили показатели состояния новорожденного при различных локализациях плаценты. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар (см. табл. 4).

Асфиксия несколько чаще наблюдалась у новорожденных, родившихся от матерей, у которых плацента локализовалась в дне матки.

По-видимому, кроме общеизвестных многочисленных факторов, влияющих на состояние плода при рождении, в развитии асфиксии у новорожденных имеет значение и более продолжительное течение родового акта, которое наблюдается при расположении плаценты в дне матки.

Анализ полученных данных позволяет заключить, что при локализации плаценты в дне матки более часто наблюдается удлинение родового акта, слабость родовой деятельности, осложнения третьего периода родов, неблагоприятные исходы для плода, чем при других вариантах расположения плаценты.

На основании проведенного исследования мы считаем, что определение локализации плаценты во время беременности или в родах дает возможность выделять группу рожениц с повышенной степенью риска по развитию слабости родовой деятельности, по осложнениям в последовом периоде, внутриутробной асфиксии плода; к этой группе, в частности, будут относиться женщины с локализацией плаценты в дне матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев А. П. Акуш. и гин., 1972, 7.— 2. Жордания И. Ф. Там же, 1955, 2.— 3. Земляная В. П. Там же, 1974, 11.— 4. Кушнирская Е. С., Иванова Е. Ф. Там же, 1958, 1.— 5. Романовская Н. П. Там же, 1964, 1.— 6. Садаускас В. М., Максимайтене Д. А., Симонайтене Н. И. *Вопр. охр. мат.*, 1978, 2.— 7. Хечинашвили Г. Г. Клиническое значение определения готовности организма женщины к родам. *Л., Медицина*, 1974.— 8. Сааро А. I. *а. о. Am. J. Obstet. Gynec.*, 1963, 87, 6.

Поступила 23 января 1979 г.

УДК 618.5—089.888.61

ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Доц. Е. В. Гладун, доц. М. С. Герман, Л. А. Ецко, канд. мед. наук
Т. В. Продан

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета (зав.— доц. Е. В. Гладун) Кишиневского медицинского института

Реферат. Приведены сравнительные данные об операциях экстраперитонеального (67) и интраперитонеального (78) кесарева сечения. Безводный промежуток при экстраперитонеальном кесаревом сечении длился $541,5 \pm 97,0$ мин, при интраперитонеальном — $293,3 \pm 41,8$ мин ($P < 0,05$). Продолжительность операции составила соответственно $48,7 \pm 2,4$ мин и $63,6 \pm 2,8$ мин ($P < 0,05$). Послеоперационные осложнения в 1-й группе возникли в 14,9%, во 2-й — в 28,2%. Ввиду технической сложности экстраперитонеального кесарева сечения является операцией выбора.

Ключевые слова: кесарево сечение.

2 таблицы. Библиография: 7 названий.

Операция кесарева сечения занимает немалое место в повседневной практике акушерских стационаров. Как в нашей стране, так и за рубежом в абсолютном большинстве случаев используется интраперитонеальное кесарево сечение, производимое поперечным разрезом в нижнем сегменте матки. Преимущества его неоспоримы [2, 4]. Вместе с тем операция кесарева сечения является наиболее травматичной в акушерской практике и дает наивысшие показатели материнской летальности — от 0,048 до 4,4% [1, 4, 5].

В 1974 г. Е. Н. Морозов (Болгария) и Р. Иошко (ГДР) независимо друг от друга предложили модификацию экстраперитонеального кесарева сечения, заключающуюся в отделении мочевого пузыря от нижнего сегмента матки начиная от его ребра. При этом авторы рекомендовали производить поперечный разрез брюшной стенки по Пфанненштилю. Положительные результаты таких операций послужили основанием для внедрения методики абдоминального родоразрешения по Е. Н. Морозову в нашей стране. Л. С. Персианов, Е. А. Чернуха и Л. М. Комиссарова (1977) опубликовали первое сообщение о 27 успешно проведенных операциях внебрюшинного кесарева сечения по Морозову.

Нами с 1976 г. методика Морозова была применена при абдоминальном родоразрешении у 67 женщин (возраст — от 28 до 39 лет) в следующей модификации: делалась не только поперечный, но и срединный разрез, благодаря чему существенно сокращалась продолжительность вмешательства до момента извлечения плода. В отличие от рекомендаций Е. Н. Морозова, ручное отделение плаценты и инструментальный контроль стенок матки производили только по строгим показаниям (всего у 4 оперированных). Целость матки восстанавливали одноэтажными кетгутowymi швами, а для активной эвакуации раневого секрета вводили в пузырно-маточное пространство полиэтиленовую трубку, которую удаляли на 3-и сутки. Это позволяло проводить (по необходимости) и санацию антибиотиками области разреза на матке.

Для сравнительной оценки применяемого нами метода в качестве контрольной группы изучено 78 операций интраперитонеального кесарева сечения. Причины, побудившие прибегнуть к оперативному родоразрешению, приведены в табл. 1.

Первородящих в основной группе было 35, в контрольной — 29, повторнородящих — соответственно 32 и 49; безводный промежуток до операции составлял $541,5 \pm 97,0$ и $293,3 \pm 41,8$ мин ($P < 0,05$); число влагалищных исследований равнялось в среднем 3,5 и 2,6. 87% рожениц в обеих группах оперированы в срочном порядке. Все операции произведены под эндотрахеальным наркозом с применением нейролептических и анальгетических средств. Длительность операции до момента извлечения ребенка в основной и контрольной группах была в пределах $14,1 \pm 0,8$ мин. В то же время общая продолжительность операции составляла соответственно $48,7 \pm 2,4$ и $63,6 \pm 2,8$ мин ($P < 0,05$).

Состояние новорожденных 1-й группы оценивалось в $6,5 \pm 0,2$ и $7,6 \pm 0,2$ балла по шкале Апгар (через 5 мин), 2-й гр. — в $5,8 \pm 0,3$ и $6,5 \pm 0,2$ балла. Масса тела новорожденных колебалась от 1800 до 4650 г. Средняя масса тела детей 1-й гр. равнялась $3592,0 \pm 105,9$ г, 2-й — $3547 \pm 39,2$ г ($P > 0,05$). В обеих группах в перинатальный период погибло по одному ребенку, что не зависело от техники операции (при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты).

Экстраперитонеальное кесарево сечение технически более сложно. При данной операции более стеснен доступ к нижнему сегменту матки, что затрудняет извлечение ребенка. При отслойке мочевого пузыря и пузырно-маточной складки у 5 пациенток произошло нарушение целостности париетальной брюшины, которая была ушита до вскрытия нижнего сегмента. У 1 больной после внебрюшинного кесарева сечения возникло

Таблица 1

Показания к операции кесарева сечения

Показания	Число под- вергшихся операции	
	экстра- перито- неаль- ным ме- тодом	интра- перито- неаль- ным ме- тодом
Анатомически и клинически уз- кий таз	28	21
Комплексированные (сочетан- ные) показания	17	13
Предлежание плаценты	4	3
Преждевременная отслойка нор- мально расположенной пла- центы	2	2
Поперечные и косые положе- ния плода	3	4
Неправильное вставление го- ловки плода	3	7
Несостоятельный рубец после перенесенного кесарева сече- ния	—	12
Выпадение петель пуповины	1	1
Дистоция мягких тканей	3	2
Прочие акушерские показания	6	13
Всего	67	78

Таблица 2

Осложнения послеоперационного периода

Характер послеоперационных осложнений	Экстраперитонеальный метод	Интраперитонеальный метод
Осложнения в операционной ране	6	5
Субинволюция матки	1	2
Метроэндометриит	1	4
Перитонит	—	2
Прочие осложнения	2	9
Всего осложнений	10	22

номицина утром и вечером в дренажную трубку. На третьи сутки дренаж извлекали. В основной группе осложнения в послеоперационном периоде были выявлены у 10 больных, в контрольной — у 22 (см. табл. 2).

Средняя продолжительность пребывания рожениц в стационаре после операции кесарева сечения в основной группе составила $11,3 \pm 0,5$ дня, в контрольной — $12,2 \pm 1,9$ дня ($P > 0,05$).

Полученные данные указывают, что при экстраперитонеальном кесаревом сечении опасность возникновения в послеоперационном периоде тяжелых септических осложнений, особенно перитонита, значительно ниже, чем при интраперитонеальном методе вмешательства. Однако ввиду технической сложности внебрюшинного кесарева сечения оно должно являться операцией выбора. Выполнение его может осуществляться лишь в клинических условиях акушерами-гинекологами высокой квалификации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ландеховский Ю. Д. Акуш. и гин., 1972, 12.— 2. Персианинов Л. С. Там же, 1967, 8.— 3. Персианинов Л. С., Чернуха Е. А., Комиссарова Л. М. Там же, 1977, 5.— 4. Слепых А. С. Абдоминальное кесарево сечение в современном акушерстве. М., Медицина, 1968.— 5. Уткин В. М. Аспекты операции «кесарево сечение» в свете современных представлений о рациональном ведении родов. Автореф. докт. дисс., Воронеж, 1971.— 6. Морозов Е. Н. Акуш. и гинек. (София), 1974, 13, 4.— 7. Joschko R. Zbl. Gynäk., 1974, 96, 49.

Поступила 9 января 1979 г.

УДК 618.3—008.6:616—059:615.456.1

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ПОЗДНЕГО ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Г. М. Савельева, С. Я. Малиновская, Г. Д. Дживелегова, Р. И. Шалина, О. Н. Широкинская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—чл.-корр. АМН СССР проф. Г. М. Савельева) педиатрического факультета 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова

Реферат. Обобщены данные наблюдений за 58 беременными с тяжелыми формами позднего токсикоза, комплекс интенсивного лечения которых включал введение инфузионных сред. Констатирована более высокая эффективность инфузионных сред, содержащих гепарин. Предлагаемый комплекс терапевтических мероприятий приводит к сравнительно быстрой нормализации нарушенных функций, но не устраняет основного заболевания, имевшего место до беременности.

Ключевые слова: поздний токсикоз беременных, инфузионная терапия.

Библиография: 9 названий.

Применение инфузионной терапии при позднем токсикозе беременных является патогенетически обоснованной мерой [1—3, 5], поскольку она направлена на коррекцию возникающих при этом осложнений беременности гемодинамических и метаболических нарушений. Однако следует учитывать, что патогенез позднего токсикоза изучен не полностью. В последние годы большое значение в развитии заболевания придают