

бость родовой деятельности — у 48 (8,35%), предлежание плаценты — у 80 (13,91%), несостоятельный маточный рубец после классического кесарева сечения — у 44 (7,65%), преждевременная отслойка плаценты — у 37 (6,43%), поперечное положение плода — у 29 (5,05%), поздний токсикоз беременности и гипертоническая болезнь — у 18 (3,13%), выпадение пуповины — у 12 (2,08%), тазовое предлежание — у 7 (1,22%), асфиксия плода — у 5 (0,87%), разрыв матки по рубцу после кесарева сечения — у 11 (1,92%).

Повторное кесарево сечение произведено в 9,57%. Мы, как и многие другие акушеры, придерживаемся той точки зрения, что перенесенное ранее кесарево сечение само по себе не является показанием к повторному кесареву сечению, и производим его лишь при несостоятельности рубца на матке или при состоятельном рубце, если есть стабильные показания к кесареву сечению, обычно за несколько дней до ожидаемого срока родов. Консервативное ведение родов после кесарева сечения мы допускали при условии гладкого течения послеоперационного периода, заживления раны первичным натяжением, окрепшего послеоперационного рубца и полного соответствия плода размерам таза.

При выборе метода кесарева сечения (классического или в нижнем сегменте) мы учитывали характер патологии, ведущей к операции, и состояние родовых путей.

Классическое кесарево сечение применяли при предлежании плаценты, преждевременной отслойке ее, поперечных положениях плода и несостоятельных рубцах на матке. По поводу анатомического и клинического узкого таза, неправильных вставлений головки, рубцовых деформаций шейки матки и влагалища, в подозрительных случаях на инфекцию, особенно при преждевременном отхождении вод, при развернутом нижнем сегменте производили кесарево сечение в нижнем сегменте матки по методу Л. А. Гусакова — Н. П. Лебедева. При каждом кесаревом сечении вводили в брюшную полость пенициллин и стрептомицин, а в случаях, подозрительных на инфекцию, в брюшной полости оставляли резиновую трубку для повторного введения антибиотиков.

Одним из серьезных отдаленных последствий кесарева сечения является разрыв матки при последующих беременностях и родах, что мы наблюдали у 11 женщин (1,92%) после корпорального кесарева сечения.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: заживление раны вторичным натяжением — у 14 женщин (2,43%), эндометрит — у 13 (2,26%), метроэндометрит — у 2 (0,35%), гнойный периметрит — у 1 (0,17%), тромбоз глубоких вен таза и бедренных — у 5 (0,87%), эвентрация кишечника — у 1 (0,17%), пневмония — у 3 (0,53%), пиелостит — у 3 (0,53%), перитонит — у 1 (0,17%), септикопиемия — у 1 (0,17%). Общая заболеваемость после кесарева сечения составила 7,65% (по К. Н. Жмакину, Я. Н. Волкову и М. М. Репиной — 18,5%, по В. Я. Илькевичу — 19,2%).

Важнейшим показателем исхода кесарева сечения является материнская смертность. У нас было четыре летальных исхода после классического кесарева сечения (0,69%). Одна больная умерла от эклампсии, 2 — от острой кровопотери в результате разрыва матки по старому рубцу, одна от диффузного гнойного перитонита (после операции по поводу центрального предлежания плаценты).

На 575 кесаревых сечений родилось живыми 558 детей (97,04%), мертвыми — 17 (2,96%), умер 21 ребенок (3,76%). Хотя кесарево сечение представляет собой наиболее щадящий способ родоразрешения для плода, однако перинатальная детская смертность при этой операции остается высокой.

Приведенные данные о материнской и детской смертности диктуют необходимость строгого и обоснованного подхода к кесареву сечению.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА ВЗАМЕН АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

И. А. Капланский

*Акушерско-гинекологическое отделение Рославльской центральной районной больницы
(главврач — П. Д. Костенко)*

Научный руководитель — проф. К. К. Комешко

Хотя с момента внедрения вакуум-экстрактора в акушерскую практику (FINDERLE, 1952; MALMSTRÖM, 1954; К. В. Чачава, 1955; И. П. Демичев и А. И. Петченко, 1956) прошло немного времени, тем не менее эта операция получила широкое распространение и в значительной степени вытеснила акушерские щипцы.

С января 1960 г. по настоящее время мы применили вакуум-экстракцию у 282 женщин (в 3,73% родов), среди которых было 190 первородящих, в том числе 40 (14,2%) в возрасте 31—42 лет, и 92 повторнородящих. При выполнении операции нами создавалось отрицательное давление до — 0,6 атмосферы. 272 раза вакуум-экстрактор был наложен на головку плода и 10 раз — на ягодички. За этот же период щипцы были применены лишь 8 раз.

Вторичная родовая слабость явилась показанием к наложению вакуум-экстрактора у 114 рожениц (40,42%), вторичная родовая слабость в сочетании с начинающейся внутриутробной асфиксией плода — у 70 (28,37%), начинающаяся внутриутробная асфиксия плода — у 35 (12,4%), сочетание вторичной родовой слабости и нефропатии в родах — у 30 (10,6%), сочетание вторичной родовой слабости с нефропатией и угрожающей внутриутробной асфиксией плода — у 28 (10%), недостаточность митрального клапана без нарушения кровообращения — у 2, перенесенный инфаркт миокарда три месяца назад — у 1 и частичная преждевременная отслойка нормально прикрепленного последа — у 2 рожениц.

При I и II ст. сужения таза вакуум-экстрактор был применен у 83 женщин, при сочетании сужения таза I и II ст. с преждевременным отхождением околоплодных вод — у 26, при осложненных преждевременным отхождением околоплодных вод родах — у 10, при преждевременном отхождении околоплодных вод в сочетании с первичной родовой слабостью — у 34, при отягощенном акушерском анамнезе — у 30 (у 3 из них при предыдущих родах было кесарево сечение, у 14 — наложение акушерских щипцов, у 4 — вакуум-экстрактора, у 1 применялась перфорация головки, у 1 — эмбриотомия, у 7 были мертворождения), при ригидной шейке матки, потребовавшей предварительных насечек, — у 15. Таким образом, кроме основных показаний, к вакуум-экстракции мы прибегали 198 раз (70,2%) при сложной акушерской ситуации.

Из 266 извлеченных при вакуум-экстракции детей 6 (2,25%) родилось мертвыми, а 3 (1,13%) вскоре умерли. Следовательно, перинатальная смертность при применении вакуум-экстрактора составила у нас 3,38%. По данным патологоанатомических вскрытий нами установлено, что у 4 мертворожденных была асфиксия, у 2 — кровоизлияние в мозг. У 1 из 3 умерших новорожденных было уродство, у 1 — ателектаз легких и у 1 — гемолитическая желтуха при отсутствии группового и резус-конфликта крови.

У рожениц при применении вакуум-экстрактора реже, чем при наложении акушерских щипцов, наблюдаются травматические повреждения мягких родовых путей, а тяжелые повреждения (свищи мочевого пузыря, разрывы промежности и шейки матки III ст. и др.) вообще нами не отмечены. При вакуум-экстракции только у 40 женщин из 266 (15,7%) произошел разрыв промежности I и II ст. У 68 (24,8%) женщин была сделана перинеотомия или эпизиотомия, чаще всего по показаниям со стороны плода. Разрывы шейки матки I ст. были у 30 (11,2%) и II ст. — у 4 рожениц.

Недостатком вакуум-экстрактора является то, что влекущая сила иногда оказывается недостаточной для извлечения плода. Это приводит к частым срывам чашечки и к безуспешности вакуум-экстракции. По сборной статистике Jaluvca (1966), на 7381 вакуум-экстракцию она была безуспешной у 721 женщины. Из 282 проведенных нами вакуум-экстракций результат не был получен у 16 женщин (у 14 первородящих и 2 повторнородящих), т. е. у 5,7%. На 34 вакуум-экстракции при стоянии головки во входе в полость малого таза безуспешными были 6 (17,7%), на 115 вакуум-экстракций при головке, находящейся в широкой части полости малого таза, — 7 (6,1%), на 97 наложений при головке, находившейся в узкой части полости малого таза, — 3 (3,1%). Применяя же вакуум-экстракцию у 36 рожениц вместо выходных щипцов, мы неизменно имели успех.

После безуспешных тракций длительностью в 20—30 мин. и 3—4-кратных срывов чашечки мы вынуждены были у одной роженицы закончить роды кесаревым сечением и у 15 — наложением акушерских щипцов. У 2 (из 15) женщин оказались безуспешными и акушерские щипцы, и роды были закончены краниотомией. При 16 безуспешных вакуум-экстракциях было извлечено 4 мертворожденных ребенка. Из 12 извлеченных живыми после безуспешных вакуум-экстракций без асфиксии было лишь 3 ребенка и у 6 отмечены явные симптомы внутричерепной травмы.

Причинами безуспешных вакуум-экстракций были: относительное несоответствие между головкой плода и тазом, высокое стояние головки, крупный плод. На наш взгляд, безуспешные вакуум-экстракции, заканчиваемые наложением акушерских щипцов, представляют большую опасность для плода.

ВЫВОДЫ

1. Вакуум-экстракция полностью может заменить лишь выходные щипцы.
2. Она небезразлична для плода и поэтому должна проводиться по строгим акушерским показаниям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петченко А. И., Демичев И. П. Акуш. и гинек., 1957, 6. — 2. Чачава К. В. Вакуум-экстрактор в акушерстве. Тбилиси, 1962. — 3. Funderle V. Gynaecologia, 1953, 133, 4, 224—230. — 4. Malmström T. Arch. Gynäk., 1963, 198, 512—522. — 5. Jaluvca V1. Zbl. Gynäk., 1966, 45, 1521—1530.