

ше было емким, длиной 10—11 см, диаметром 3,5—4 см. Стенки вагины бледно-розового цвета, блестящие, не кровоточащие. Половая жизнь разрешалась с первых же дней после выписки из стационара.

Сроки наблюдения за данными больными от 3 месяцев до 2,5 лет. Все больные нормально живут половой жизнью. Влагалище сохраняет полученные при операции размеры; сужения, рубцевания его не происходит. Микроскопически и при осмотре кольпоскопом отмечается эпителизация стенок нижних двух третей влагалища.

Гистологическое исследование кусочков, взятых из этих отделов влагалища, подтверждает наличие здесь многослойного плоского эпителия. Дальнейшие наблюдения покажут, распространяется ли эпителизация на верхние отделы влагалища.

Благоприятные исходы операций, простота техники, отсутствие послеоперационных осложнений, быстрое восстановление функций влагалища дают основание предложить аллопластику влагалища для более широкой проверки в эксперименте и клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиговский Е. Е. Однорукавный метод образования влагалища у женщины из сигмовидной кишки. Медгиз, М., 1963.
2. Губанов А. Г. Нов. хир. арх. 1960, 3.
3. Даурова Т. Т. Экспер. хир. 1958, 6.
4. Жмур В. А. и Буянов В. М. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 4.
5. Крылов В. С. Тез. докл. Всеросс. съезда хирургов, Ленинград, 1958.
6. Монаков Н. З. Там же.

Поступила 13 мая 1964 г.

УДК * 618.346—007.251—616.089.888.15

МЕТОДЫ СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ РАННЕМ ОТХОЖДЕНИИ ВОД

З. Н. Якубова

Вторая кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Х. Х. Мешеров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Раннее излитие околоплодных вод нередко является серьезной акушерской патологией, омрачающей прогноз родов для матери и особенно для плода. По сводной статистике Н. И. Фроловой, частота оперативного родоразрешения при этом явлении колеблется от 6,8% до 26%, мертворождаемость — от 3% до 11,9%, асфиксия плода — от 3,1% до 20,9%, ранняя смертность детей — от 4,7% до 25%, послеродовые заболевания матерей — от 4,6% до 22,6%.

Частота раннего отхождения вод по данным А. И. Петченко наблюдается от 2,1% до 75% у первородящих и от 32,6% до 60% у повторнородящих, по нашим данным — в 18%.

Раннее излитие вод часто сочетается с узким тазом, тазовым предлежанием плода, многоводием, многоплодием, поперечным положением плода, токсикозами беременных и очень часто (А. И. Петров-Маслаков, А. И. Шейнман, Г. Н. Мигаловская, Н. И. Любимов и др.) со слабостью родовой деятельности.

В нашем учреждении наблюдалось 665 родов с ранним отхождением вод, у 200 роженниц излитие вод было на фоне хорошей родовой деятельности, нужды в стимуляции схваток не было. У остальных 465 роженниц раннее отхождение вод сочеталось со слабостью родовой деятельности, в связи с чем применялась стимуляция схваток. Настоящая работа посвящена анализу этих 465 родов.

Первородящих было 283 женщины (60,8%), повторнородящих — 182. В возрасте до 20 лет было 28, от 21 до 30 — 330, от 31 до 40 — 94 и от 41 до 45 лет — 13 женщин. Эти цифры подтверждают литературные данные, что раннее отхождение вод происходит чаще у молодых первородящих женщин.

Излитие вод произошло при открытии шейки матки на 1—2 поперечных пальца у 207 роженниц, на 2—3 — у 146 и 3—3,5 — у 112.

Узкий таз был у 14,9% наших женщин, токсикозы беременных — у 14,5%, многоплодие и крупный плод — у 13,1%, тазовые предлежания плода — у 12,6%, многоводие — у 7,3%, поперечные положения плода — у 2,3%, общая гипотония — у 6,3%, сердечно-сосудистые заболевания — у 6%, нервно-психические заболевания — у 5,4%, общие хронические инфекционные заболевания — у 3,9%. Эти данные также совпадают с литературными (Н. К. Березина, М. П. Гармаш, С. П. Кокунько, Е. Т. Шабад и др.).

Средняя продолжительность родов у первородящих составила 28 час., у повторно-рождающих — 17 час. 47 мин. Разрывы и разрезы промежности были у 58 рожениц (11%, на общем материале 7,9%), оперативные родоразрешения применены у 3,2%, послеродовые кровотечения были у 3,2%, послеродовые кровотечения — у 3,4%, послеродовые заболевания матерей — у 9,5%. Из 498 детей (33 двойни) родились мертвыми 18 (3,6%), умерли вскоре после рождения — 5 (1,1%). Таким образом, общая потеря детей равна 4,7%. В состоянии асфиксии родилось 45 детей (9,6%), явления внутричерепной родовой травмы отмечены у 10 (2,2%).

По методам стимуляции родовой деятельности мы разделили наших рожениц на три группы.

I — 220 рожениц. Родостимуляция проводилась касторово-клизменным методом (60,0 касторового масла принимаются двумя дозами в течение 2 часов, через час после второго приема ставится очистительная клизма). Процедура повторяется через 4 часа по окончании первой и через 6 часов по окончании второй. Эффект оценивается как хороший при развитии регулярных схваток после проведения одной процедуры, как слабый — после двух. Проведение третьей процедуры обычно бывает бесполезным, а главное — тягостным для роженицы мероприятием.

Хороший эффект получен у 192 рожениц (из 220), слабый — у 15, эффекта не было у 13. У последних 28 рожениц пришлось прибегнуть к дополнительной медикаментозной стимуляции. Таким образом, касторово-клизменный метод оказался эффективным в 87,3%.

Положительные стороны метода — простота и безвредность. Следует отметить благотворное влияние его при нефропатии беременных (падение АД, уменьшение отеков после очищения кишечника).

Отрицательная сторона метода — отвращение к касторовому маслу у части рожениц. Из гигиенических соображений нецелесообразно применять метод одновременно более чем 2—3 роженицам, небезопасно применять метод при вставившейся в таз головке плода (возможность заворота кишок), нельзя применять метод при наличии в анамнезе роженицы дизентерии (возможность возобновления открытого бактерионосительства).

II гр. (130 рожениц) получала пахикарпин по 0,2 через 1 час до 4—5 раз и спазмолитики по показанию (первородящая старше 30 лет, болезненные схватки и т. д.).

Данный метод оказался эффективным в 88,6%. У двух рожениц после приема пахикарпина наступило острое расстройство сердечно-сосудистой деятельности.

III гр. (115 рожениц) получала маммофизин или питуитрин внутримышечно (по 0,2 через 30 мин. до 4 раз) и хинин (по 0,1 через 30 мин. до 10 раз) плюс спазмолитики по показанию. Метод оказался эффективным в 89,3%.

Большинство авторов относится к применению маммофизина и хинина положительно. Но есть указания А. П. Белкиной, Б. Н. Клосовского, Мествердта и др. о вредном влиянии хинина на плод. Наши данные подтверждают это мнение.

Эффективность касторово-клизменного метода сравнительно ниже других, но исходы родов для матерей более благоприятны. При этом методе значительно больше процент неосложненных родов, вероятно, он более физиологичен.

Перинатальная смертность детей при касторово-клизменном методе составила 3,8%, у получавших пахикарпин — 4,6% и у получавших маммофизин (или питуитрин) и хинин — 5,8%. Значительно чаще наблюдалась асфиксия у плодов последней группы рожениц.

Итак, при раннем излитии вод в числе других способов стимуляции родовой деятельности может быть рекомендован и касторово-клизменный метод. Акушерское условие для этого метода — подвижная над входом в таз головка плода. Метод противопоказан при наличии спаечного процесса в брюшной полости, а также при скрытом бактерионосительстве дизентерии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любимов Н. И., Петров-Маслаков А. И., Шейнеман А. И., Шигаловская Г. Н., Толстых А. С. Тр. I Всерос. конф. акуш. и гинек. 1—5/II 1957, М., 1958. — 2. Петченко А. И. Физиология и патология сокращений матки. Медгиз, М.—Л., 1946. — 3. Ставская Е. Я., Высоцкая Ю. И., Ходоровская З. Д. Акуш. и гинек. 1941, 9. — 4. Фролова Н. И. Вопросы этиопатогенеза слабости сократительной деятельности матки и стимуляция ее при преждевременном и раннем отхождении вод. Автореф. дисс. Челябинск, 1963.