

нения: поперечное положение плода (у 1), преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод (у 5), первичная или вторичная слабость родовой деятельности (у 3), тазовое (полное ножное) предлежание плода (у 1), кровотечение в послеродовом (у 1) и раннем послеродовом (у 1) периодах. Оперативные вмешательства в родах потребовались у 4 женщин: у 1 произведено кесарево сечение ввиду упорной первичной слабости родовой деятельности, преждевременного отхождения околоплодных вод, желая иметь живого ребенка; у 2 — вакуум-экстракция плода в связи со слабостью потужной деятельности и угрозой асфиксии плода; у 1 — ручное обследование полости матки из-за кровотечения в раннем послеродовом периоде. Средняя продолжительность родов составляла от 6 до 34 часов.

Все дети родились живыми, весом от 1800 до 3900 г. Оценка по шкале Апгар — 9—10 баллов. Перинатальная смертность отсутствовала. Аномалий развития новорожденных не выявлено.

Таким образом, у наблюдаемых нами беременных и рожениц имелись осложнения, характерные для аномалий развития матки, однако своевременная диагностика этой патологии и лечение осложнений позволили избежать перинатальной смертности новорожденных.

В качестве примера приводим выписку из истории родов роженицы Б., 31 года. Поступила в клинику 11/IV 1967 г. по поводу срочных родов. Из анамнеза: менструации с 15 лет, через 4 недели, по 3 дня, умеренные. Замужем с 25 лет. Настоящая беременность восьмая, семь предыдущих закончились самопроизвольными абортами на сроках 7—8 недель. Лечение по поводу невынашивания не проводилось. Во время данной беременности было установлено, что у Б. двурогая матка, и она дважды была госпитализирована в отделение — на сроках 6 и 22 недель. В связи с угрозой прерывания беременности проводилось лечение спазмолитическими и седативными средствами. В дальнейшем беременность протекала без осложнений и закончилась рождением доношенной здоровой девочки весом 3300 г, длиной 52 см. Родильница выписана на 9-й день в удовлетворительном состоянии.

Наши наблюдения свидетельствуют, что у всех беременных с пороками развития матки реальна угроза невынашивания. Своевременная диагностика и рациональная терапия позволяют избежать прерывания беременности. Следует рекомендовать заблаговременную госпитализацию беременных с этой патологией матки для проведения профилактических мероприятий по снижению осложнений в родах у матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пиганова Н. Л. Акуш. и гинек., 1973, 4.— 2. Трепачков Е. А. Труды 7-го Международного конгресса антропологических и этнографических наук. М., 1968, т. 1.

Поступила 3 мая 1977 г.

УДК 618.4—08:618.252—055.26:618.14—007.66

РОДЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ В ОБОИХ РОГАХ ДВУРОГОЙ МАТКИ

М. А. Давыдова, В. С. Морозова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Казанского ГИДУВа (зав.— доц. А. З. Уразев), акушерско-гинекологическое отделение Казанской дорожной больницы № 2 (главврач — В. П. Тимофеев)

Реферат. Описан благополучный исход родов двойней у женщины с двурогой маткой.

Одновременное наступление беременности в обоих рогах двурогой матки относится к редким видам многоплодия. В отечественной литературе нам удалось найти сообщения только о двух случаях ранней беременности в обеих частях двурогой матки [1, 3] и об одном случае родов двойней при двурогой матке [2].

Нами были проведены роды двойней у женщины с двурогой маткой. За время функционирования родильного отделения Казанской дорожной больницы было проведено родов 13 294, из них двойней 121, что составляет 0,9% общего числа родов. И лишь у одной женщины с двойней была установлена двурогая матка.

М., 22 лет, поступила в гинекологическое отделение Казанской дорожной больницы 3/VI 1975 г. с диагнозом: беременность 12 недель, опухоль левых придатков матки. Менструации с 13 лет, умеренные, безболезненные; цикл установился сразу через месяц по 6—7 дней. Замужем с 20 лет, данная беременность 2-я. Первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем при сроке 11 недель в январе 1975 г. Последняя нормальная менструация — 15/III 1975 г.

Телосложение правильное, рост 162 см. Таз нормальных размеров. Двуручное исследование: влагалище нерожавшей, шейка цилиндрическая, зев закрыт, тело матки увеличено соответственно 15—16 неделям беременности, правые придатки не увеличены. Слева от матки определяется опухоль величиною с мужской кулак, мягковатой консистенции.

29/VII 1975 г. произведена лапаротомия. Обнаружена двурогая матка с наличием плодного яйца в обоих рогах, причем левый рог увеличен до 15—16-недельной беременности, правый — до 12-недельной. Стенки правого рога настолько истончены, что легко пальпируются части плода. Брюшина рана послойно зашита наглухо. Послеоперационный период протекал без осложнений, и беременная выписана в хорошем состоянии на 12-й день после операции.

Повторно М. поступила на роды в акушерское отделение той же больницы 9/XII 1975 г. с диагнозом: беременность 37—38 недель в двурогой матке. Нефропатия беременных.

Объективно: живот овоидной формы, наибольшая окружность его 110 см. При положении женщины на спине ясно видна бороздка между двумя плодами шириною в ладонь. В правом роге плод в косом положении, неподвижен, головка прижата ко входу в малый таз, тазовый конец упирается в правое подреберье, сердцебиение плода ясное, 140 уд. в 1 мин. В левом роге плод расположен также косо, головка его баллотируется над входом в малый таз и располагается впереди от головки первого плода, тазовый конец — у левого подреберья. Второй плод более подвижен, при изменении позы женщины легко принимает продольное положение. Сердцебиение второго плода — справа выше пупка, ясное, 130 уд. в 1 мин.

Проводилось лечение нефропатии. Женщина постоянно жаловалась на сильные, временами невыносимые боли в области печени. Объяснялись они давлением тазового конца первого плода на печень матери. Ввиду того, что пациентка из-за болей настаивала на прерывании беременности, которая достигла 40—41-недельного срока, решено вызвать родовую деятельность.

29/XII 1975 г. произведено родовозбуждение по методу М. Е. Бараца. Первый период родов продолжался 8 часов. Головка первого (правого) плода вставилась во вход в малый таз стреловидным швом в прямом размере входа в малый таз затылком кзади. В таком положении головка опустилась в широкую часть полости малого таза. И из-за начавшейся внутриутробной асфиксии плода на головку наложен вакуум-экстрактор. Извлечен живой плод мужского пола весом 2700 г, длиной 49 см. Самостоятельно родилась плацента — целая. Кровопотеря 300,0 мл.

Через 30 минут после рождения первого плода вскрыт плодный пузырь второго. Спустя 10 минут родился второй живой плод мужского пола, весом 3000 г, длиной 50 см. В связи с кровопотерей, достигшей 200 мл, произведено ручное отделение и выделение последа из левого рога. Правый рог резко сократился, стал величиною с женский кулак, в полость его попасть было почти невозможно, с трудом прошел лишь палец.

Послеродовой период осложнился преэклампсией, ввиду чего проведено лечение. Родильница выписана 12/I 1976 г. на 14-й день после родов, с двумя здоровыми детьми. Двуручное исследование в день выписки: вагина рожавшей, шейка цилиндрической формы, наружный зев пропускает палец, внутренний закрыт, тело матки соответствует 9—10-недельной беременности, плотное, правый рог значительно меньше левого: его легко можно принять за фиброматозный узел.

Пороки развития матки считают одной из причин бесплодия и невынашивания беременности. Наше наблюдение свидетельствует о возможности благополучного исхода беременности даже при одновременном наступлении ее в обеих частях двурогой матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гентер Г. Г. Учебник акушерства. Гос. изд. мед. литературы. Ленинградское отделение, 1938. — 2. Иоффе С. Я. Акуш. и гинек. 1957, 2. — 3. Мандельштам А. Э. Журнал акушерства и женских болезней, 1924, 35, 1.

Поступила 23 марта 1976 г.