

на это, беременная жаловалась на чувство тяжести в области сердца, приступы сердцебиения, чувство замирания сердца. В связи с этим больная 13/III 1984 г. в плановом порядке была родоразрешена под эндотрахеальным наркозом кесаревым сечением по Гусакову. Извлечен мальчик массой тела 3700 г, длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар в 8 баллов. Послеоперационный период осложнился повышением АД до 24,0/13,3 кПа (180/100 мм рт. ст.), резкой головной болью, тошнотой, ухудшением зрения. Это состояние было расценено невропатологом как спазм сосудов вертебробазилярного бассейна с начинающимся отеком мозга. Состояние купировалось после введения гипотензивных, спазмолитических и обезболивающих средств.

Больная выписана на 16-й день после операции в удовлетворительном состоянии с ребенком. Рекомендовано амбулаторное наблюдение терапевтом, окулистом, невропатологом не реже 1 раза в 3 мес. Описанное наблюдение указывает на необходимость тщательного обследования беременных в условиях женской консультации. Больные с данной патологией, вставшие на учет по беременности, нуждаются в соответствующем обследовании и решении вопроса о прерывании беременности. При этом необходима преемственность между участковым терапевтом, наблюдавшим больную, терапевтом женской консультации и врачом акушером-гинекологом.

УДК 618.315+618.36—007.274]—089.888.61

Н. Г. Кузина (Казань). Доношенная шеечно-перешеечная беременность с частичным истинным вращением плаценты¹

Шеечно-перешеечное прикрепление плодного яйца с частичным истинным вращением плаценты относится к редкой, но крайне тяжелой патологии, так как сопровождается массивным кровотечением, угрожающим жизни женщины. Частота шеечно-перешеечного прикрепления плодного яйца не превышает, по данным разных авторов, 0,03%, летальность же составляет от 14 до 50%. Клинически эта патология проявляется кровотечением, которое может наступить на любом сроке беременности с различной силой. Чаще всего кровотечение бывает обильным из-за плохой сократительной способности шеечно-перешеечного отдела матки даже после рождения плодного яйца.

В отличие от шеечной беременности, когда плодное яйцо целиком располагается в шейке матки и кровотечение проявляется на ранних сроках, при шеечно-перешеечной беременности лишь небольшая часть плаценты может располагаться в цервикальном канале, большая же часть находится в нижнем сегменте матки. Это создает возможность донашивания беременности, поэтому кровотечение может появиться на более поздних сроках, в начале схваток или даже после рождения плода.

Единственным методом лечения описываемой патологии является своевременная экстирпация матки. Только она может спасти жизнь больной. Приводим наше наблюдение.

Л., 32 года, поступила 26/X 1983 г. в 21 ч 30 мин с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Менstrуальные появились с 16 лет по 3—4 дня, через 30 дней, безболезненные, последние были 10/I 1983 г. Половая жизнь с 20 лет. Родов — 2 (нормальные, срочные, масса тела плодов — 3400 и 3600 г), аборт — 5. Предыдущая беременность была трубной, закончилась удалением левой беременной трубы в 1981 г. Настоящая беременность — девятая, протекала с кровянистыми выделениями из половых путей на сроках 28 и 32 нед, что было расценено как угроза прерывания беременности. Дважды лечилась стационарно. На сроке 32 нед впервые было заподозрено предлежание плаценты.

Объективно: при поступлении состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледноватые. АД — 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.), пульс — 84 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременности. Окружность живота на уровне пупка — 102 см, высота стояния дна матки — 34 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в 1 мин. При поступлении выраженной родовой деятельности нет. Из половых путей выделяется кровь в умеренном количестве.

Диагноз при поступлении: беременность 40—41 нед. Подозрение на предлежание плаценты.

Решено развернуть операционную и произвести осмотр в зеркалах и влагалищное исследование. Через 10—15 мин после поступления в родильное отделение, до влагалищного исследования, появились схватки и началось сильнейшее кровотечение. В 22 ч начато корпоральное кесарево сечение. Извлечен живой зрелый плод мужского пола с оценкой по шкале Апгар в 6 баллов, масса тела новорожденного — 3250 г. В связи с сильным кровотечением начато ручное отделение плаценты, которая располагалась в нижнем сегменте матки. Плацента отделена с большим трудом. Кровоте-

¹ Доложено на заседании общества акушеров-гинекологов г. Казани. 10/X-1984 г.

чение продолжалось, несмотря на введение сокращающих средств. С учетом массивной кровопотери, продолжающегося кровотечения и выраженной гипотонии матки произведена ее надвлагалищная ампутация. После наложения швов на культю шейки матки кровотечение продолжалось. Заподозреношеечное прикрепление плаценты, в связи с чем произведена экстирпация шейки матки. Кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря составила 3500 мл. Во время операции проводилась интенсивная инфузионная терапия и гемотрансфузия. Всего перелито 3200 мл крови, в том числе 400 мл путем прямого переливания, и 2000 мл кровезаменителей.

Описание макропрепарата: тело матки — $16 \times 12 \times 10$ см, серозный покров гладкий. Плацентарная площадка расположена в нижнем сегменте матки с переходом на шейку матки. В удаленной шейке матки передняя и задняя стенки истончены, слизистая в верхней трети — неровная, имеются три участка $0,5 \times 0,5$ см с плотным прикреплением кусочков плацентарной ткани. Гистологически: в стенке шейки матки — выраженная воспалительная межучточная инфильтрация с картиной васкулита и децидуального изменения, врастание ворсин хориона в толщу шейки матки.

Окончательный диагноз: беременность девятая, 40 нед. Роды III, срочные. Шеечно-першеечное прикрепление плаценты с частичным истинным врастанием ворсин хориона в стенку шейки матки. Массивное кровотечение в родах. Геморрагический шок.

Послеоперационный период протекал без осложнений — родильница выписана домой на 11-й день после операции в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

УДК 618.291—07:616.8—053.31

Н. Я. Егорова (Казань). Особенности родовых повреждений нервной системы у детей, родившихся с большой массой тела

Осмотрено 192 новорожденных с большой массой тела и 94 новорожденных (контрольная группа) с нормальной массой тела при рождении. Анализ течения беременности выявил, что у 72% женщин беременность протекала благоприятно. Несколько чаще, чем в контрольной группе, наблюдалась токсикоз I и II половины беременности. Перенашивание беременности у женщин основной группы встречалось в 7 раз чаще, чем в контрольной. Нормальные роды были лишь у 12,5% женщин (в контрольной группе — у 51%). Значительно чаще обычного отмечалось несвоевременное отхождение околоплодных вод (74%), оперативное родоразрешение (в 18 и 192 наблюдений). В незамедлительном лечении по своему неврологическому или соматическому состоянию нуждались 110 из 192 новорожденных (в 5 раз чаще, чем в контрольной группе). Анализ неврологической симптоматики и дифференциация ее в зависимости от локализации поражения позволил разделить всех новорожденных на 3 группы (кроме тех, у кого неврологической симптоматики не было).

1-ю группу составили 53 (28%) новорожденных, у которых неврологическая симптоматика свидетельствовала о преимущественном повреждении головного мозга. У этих детей имелись выраженные признаки гидроцефально-гипертензионного синдрома, спастический тетрапарез, гемипарез, бульбарный синдром.

Во 2-ю группу вошли 52 новорожденных с поражением спинного мозга, проявлявшимся вялыми парезами рук или ног (в зависимости от преимущественного повреждения шейного или поясничного утолщения), а также типичным миотоническим синдромом.

В 3-ю группу включены 56 новорожденных, у которых имелось одновременное повреждение головного и спинного мозга. Возникновение сочетанных травм неудивительно, если учесть, какая большая нагрузка падает при рождении крупного плода на его голову и область плечевого пояса при вытяжении за голову.

Таким образом, у 50% обследованных новорожденных выявлены признаки повреждения спинного мозга в сочетании с церебральными очагами или без них. Среди детей, рожденных с массой тела более 5000 г, преобладала спинальная симптоматика. Из осмотренных новорожденных в скором времени умерли двое. У одного из них имелись признаки церебральной патологии, на аутопсии обнаружена мозговая грыжа. У второго ребенка подозревали сочетанное повреждение головного и спинного мозга, на аутопсии найдена геморагия в области большого серповидного отростка, а также большое эпидуральное кровоизлияние на уровне поясничного утолщения спинного мозга.

Из приведенных данных вытекает необходимость разработки мер по предупреждению гигантской массы тела плода. При массе тела, значительно превышающей средние показатели, следует незамедлительно решить вопрос о показании к кесареву сечению (в связи с большой опасностью родовых повреждений для новорожденного). Каждый новорожденный с большой массой тела должен быть отнесен к группе высокого риска повреждения нервной системы и поэтому подлежит осмотру невропатологом в первые дни жизни. В случае выявления неврологической патологии