

Несвоевременному отхождению околоплодных вод способствовали ОРЗ (грипп, ангины, пневмония) и кольпиты, которые встречались соответственно в 2 (21,4% против 10,6%) и в 3 (31,6% против 10,7%) раза чаще ($P < 0,001$), чем в контроле.

В основной группе по сравнению с контрольной беременностью чаще осложнялась различными факторами: ранним токсикозом — в 3 раза (соответственно 39,3% и 13,0%, $P < 0,001$), поздним токсикозом — в 1,5 раза (41,9% и 27,7%, $P < 0,01$), угрозой прерывания беременности — в 1,7 раза (26,5% и 15,6%, $P < 0,01$), тазовым предлежанием — в 6 раз (5,1% и 0,8%, $P < 0,01$), узким тазом — в 5 раз (5,1% и 1,8%, $P < 0,05$). У некоторых женщин основной группы было сочетание нескольких факторов.

Продолжительность безводного периода составляла в среднем $1293 \pm 31,5$ мин, у 111 рожениц — от 25 до 60 ч. У 4 женщин этой группы плоды погибли от внутриутробной пневмонии.

Наиболее частым осложнением родового акта в основной группе являлись аномалии родовой деятельности (15,4% против 3,6%, $P < 0,001$).

Оперативные вмешательства производились в основной группе в 2 раза чаще (12,8% против 6,3%, $P < 0,05$), чем в контрольной. Кровопотеря в основной группе была меньше допустимой — в среднем 118 ± 43 мл ($P < 0,05$).

Показатели массы тела новорожденных у женщин основной группы равнялись в среднем 3138 ± 44 г, у женщин контрольной группы — 3316 ± 52 г ($P < 0,05$); гипоксия плода встречалась соответственно в 38,5% и 22,6% случаев ($P < 0,001$).

У новорожденных из основной группы инфекционная патология, особенно пневмония, регистрировалась в 3,4 раза чаще, чем у детей в контроле. Диагноз внутриутробного инфицирования был констатирован у 53,0% новорожденных в основной группе и у 17,2% — в контрольной ($P < 0,001$). У этих детей имели место нарушения адаптации периода новорожденности, выражавшиеся в снижении общей двигательной активности, вялом акте сосания, малой прибавке массы тела, запоздалом восстановлении первоначальной массы, длительной иктеричности, позднем отпадении пуповины и более позднем заживлении пупочной раны. В дальнейшем $\frac{1}{3}$ детей была выписана домой здоровыми, остальные были переведены в детское отделение для выяснения диагноза.

Таким образом, несвоевременное отхождение околоплодных вод является одним из проявлений суммарного влияния патологий, возникающей до беременности и во время нее и приводящей к развитию фетоплацентарной недостаточности, которая, на наш взгляд, объясняет более низкие показатели массы тела детей.

УДК 618.514—007.43

Ф. А. Мифтахова, В. С. Курятникова (Казань). Самопроизвольный выворот матки в родах

К тяжелым осложнениям третьего периода родов относится выворот матки, который может произойти при неотделившемся детском месте или же после его выделения. Выворот матки возникает при изменении ее функциональных свойств, давления на дно матки со стороны брюшной стенки или при потягивании за пуповину прикрепленной к дну матки плаценты.

Приводим наше наблюдение.

В родильное отделение 4-й городской больницы г. Казани поступила роженица З., 22 лет, с доношенной беременностью. Беременность и роды первые. При первичном осмотре роженицы со стороны внутренних органов патологических изменений не установлено. Живот равномерно выпячен, соответствует доношенной беременности. Положение плода продольное, головное предлежание, вторая позиция, передний вид. Головка малым сегментом во входе в малый таз.

По данным наружного исследования предполагаемая масса тела плода — 2900 г. Размеры таза нормальные. Воды не изливались. Схватки через каждые 3—4 мин продолжительностью до 35—40 с. Сердцебиение плода — 136 ударов в 1 мин справа ниже пупка.

Объективно: влагалище нерожавшей, емкость таза хорошая, шейка матки соглажена, открытие зева на 5—6 см, края шейки тонкие, плодный пузырь цел, плоский. Головка малым сегментом во входе в малый таз, мыс недостижим. Диагноз: беременность 40 нед, роды срочные, первые, I период родов, плоский пузырь.

Из анамнеза установлено, что первые месячные появились с 14 лет, установились сразу, по 7 дней, через 23 дня, обильные, безболезненные. Половой жизнью живет с 21 года. Данная беременность протекала нормально. По данным карты беременной, никаких заболеваний не установлено, группа крови IV (AB), Rh+, Hb—1,9 ммоль/л. Рост беременной — 167 см, астеническая конституция, масса тела — 62,5 кг.

Через 12 ч 55 мин от начала схваток родила живую доношенную девочку массой тела 3100 г. II период продолжался 15 мин. В момент прорезывания головки при ухудшении сердцебиения плода произведена левосторонняя эпизиотомия. Через 5 мин самостоятельно родился послед и как бы повис на задержавшихся во влагалище плодных оболочках. При пальпации брюшной стенки тело матки не определялось. Запо-

дозрен выворот матки. После внутривенного введения 1 мл 2% раствора промедола произведено влагалищное исследование

Во влагалище обнаружена шаровидная опухоль мягкой консистенции с ущемленными плодными оболочками справа. Общее состояние родильницы в момент выворота оставалось удовлетворительным, сознание ясное, контактна. АД — 16,6/8,7 кПа, пульс — 104 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Жалоб не предъявляла, кровотечения из половых путей нет. Оболочки легко удалены и начато вправление матки с центра. Из-за сокращения кольца зева (в начале III периода родов вводили 1 мл метилэргометрина в 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно с целью профилактики кровотечения) вправление сразу не удалось. Под действием промедола зев расслабился, и при осторожном давлении на дно постепенно матка вправилась. При попытке извлечь руку из влагалища правый и левый своды матки западали и создавали угрозу повторного выворота. Производили массаж матки на кулаке, внутривенно и внутримышечно вводили окситоцин, после этого матка сократилась. Через переднюю брюшную стенку тело матки фиксировано руками помощника, и произведена тампонада влагалища. Общая кровопотеря составила 250 мл.

В первые сутки назначали сокращающие средства через каждые 3 ч, в последующие дни — 3 раза внутримышечно. Постельный режим в течение 5 дней. Тампон из влагалища удален через 16 ч. Выписана домой в удовлетворительном состоянии на 9-е сутки.

Данное наблюдение интересно как пример самопроизвольного выворота матки в родах без симптомов шока и кровотечения. Немедленное вправление выворота не ухудшило состояния родильницы. Поэтому при возникновении выворота матки в родах следует рекомендовать немедленное вправление при соответствующем обезболивании.

УДК 618.11—006.5—076.5

В. П. Нефедов (Казань). Гистохимический профиль муцинозных кистом и опухолей Бреннера

Мы провели гистологическое, гистохимическое и гистоэнзимологическое исследование 42 муцинозных кистом (из них 27 доброкачественных, 6 пограничных и 9 злокачественных) и 4 доброкачественных опухолей Бреннера. Оперированные больные были в возрасте от 20 до 70 лет*.

В криостатных замороженных срезах опухолей определяли активность щелочной и кислой фосфатаз (ЩФ, КФ), неспецифической эстеразы (НЭ) методом азосочетания, сукцинатдегидрогеназы (СДГ), α -глицерофосфатдегидрогеназы (α -ГФДГ), глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) и 6-фосфоглюконатдегидрогеназы (6-ФГДГ). Активность изучаемых ферментов в опухолях оценивали визуально в зависимости от количества гранул диформаза в срезах по 5-балловой шкале.

Парафиновые срезы опухолей окрашивали гематоксилин-эозином, азур-эозином, по Ван-Гизону, толудиновым синим на кислые мукополисахариды и тучные клетки, по Браше на РНК, по Фельгену на ДНК; проводили ШИК-реакцию по Мак Манусу на нейтральные полисахариды.

Общим признаком, объединяющим все муцинозные кистомы в единую группу, является строение эпителия. Он имеет вид однорядной клеточной каймы, состоящей из высоких цилиндрических клеток с четкими границами, светлой цитоплазмой и мелкими гиперхромными, базально расположенными ядрами. Эти клетки отличаются малым содержанием РНК, но очень большим содержанием ШИК-положительных веществ. Сецернирующий эпителий муцинозных опухолей давал отрицательную реак-

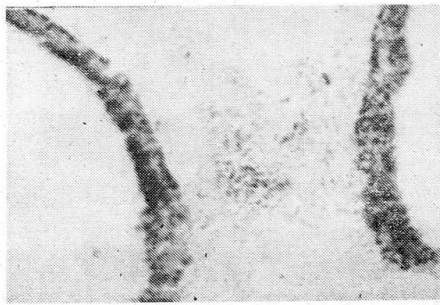
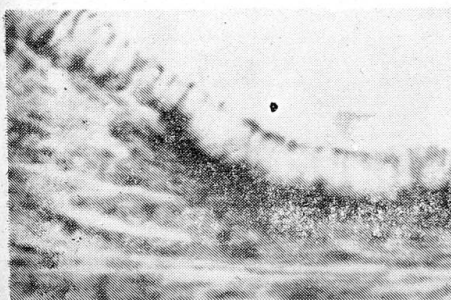


Рис. 1. Доброкачественная муцинозная киста: а) слабая активность ЛДГ в эпителии; б) большая активность СДГ в эпителии. Окраска нитросиним тетразолием. $\times 200$.

* Приношу глубокую благодарность сотрудникам гинекологического и патологоанатомического отделений онкологического диспансера г. Казани за помощь в сборе материала.