

Таким образом, изучение резус-конфликта практически важно в профилактике недонашиваемости, мертворождаемости и ряда заболеваний в периоде новорожденности и в детском возрасте.

ВЫВОДЫ

1. Только своевременное выявление женщин с Rh (—) кровью, проведение соответствующей десенсибилизации, раннее выявление и лечение гемолитической болезни новорожденных может привести к дальнейшему снижению процента мертворождаемости, смертности и инвалидности детей.

2. Все вышеизложенное диктует необходимость более широкого развертывания работы по исследованию женщин в Казани на резус-принадлежность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большев И. Н. Акуш. и гинек., 1956, 5. — 2. Дробышева Н. С. Сов. мед., 1955, 2. — 3. Макарова Г. А. Казанский мед. журн., 1958, 1. — 4. Николаев А. П. Практическое акушерство, 1958. — 5. Соловьева Т. Г. Резус-фактор в лабораторной и клинической практике, 1957. — 6. Попиванов Р. Сов. мед., 1955, 2. — 7. Персианов Л. С. Акушерский семинар, т. 2, 1960. — 8. Тур А. Ф. Гемолитическая болезнь новорожденных, 1958. — 9. Умнова М. А. Пробл. гематологии и переливания крови, 1956, 2.

Поступила 27 июня 1960 г.

О РАЗРЫВАХ МАТКИ

Асс. М. А. Давыдова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

За 5 лет (1954—1958 гг.) в роддомах Казани разрывы матки наблюдались у 29 женщин. В возрасте от 20 до 30 лет было 10, от 30 до 40 лет — 17, свыше 40 лет — 2 женщины. Первобеременной была одна, повторнобеременными и повторнородящими — 28. Разрывы наблюдались минимум при 2—4, максимум при 10—11-й беременности. У 15 больных в прошлом была операция кесарева сечения, у 13 акушерский анамнез отягощен или лихорадочными, искусственными, чаще криминальными абортми, либо затяжными родами, лихорадочным послеродовым периодом, что, вероятно, вызвало деструктивные изменения мышц матки и привело к ее функциональной неполноценности при последующих родах.

Размеры таза у 9 женщин были нормальными, у одной неизвестны, у 19 размеры большого таза уменьшены на 1—2 см, у 6 из них диагональная конъюгата равнялась 9—11 см, у 10 мыс не достигался, у 3 диагональная конъюгата не измерялась.

Насильственный разрыв матки был у одной (перфорация головки плода при угрожающем разрыве матки), и у 28 женщин разрывы были самопроизвольные.

Разрывы диагностированы до начала родовой деятельности у 5 женщин (у 4 по послеоперационному рубцу на матке, у одной проедающие стенки матки плацентой, по-видимому, на месте бывшей перфорации матки при аборте), в первом периоде родов — у 11, во 2 периоде — у 9 и после родов — у 4. Роды у 4 последних были самостоятельными, у одной из них живым, а у 3 — мертвыми плодами; предлежание плода у 3 было головным, у одной — тазовым. Разрыв матки обнаружен при ручном исследовании полости матки, произведенном из-за раннего послеродового кровотечения или же из-за признаков внутреннего кровотечения. Таким образом, самостоятельные роды, даже живым плодом, не исключают возможности разрыва матки. Анализ историй родов этих 4 рожениц показывает, что матка может одновременно и «рваться», и изгонять плод.

Безводный период до наступления разрыва продолжался от 1 до 10 часов у 4, от 10 до 18 часов — у 10, свыше суток — у 4, и плодный пузырь был целым у 11 женщин (из них у 9 разрыв произошел по послеоперационному рубцу на матке). Как видно из приведенных данных, разрыв матки, особенно по послеоперационному рубцу, может произойти и при целом плодном пузыре.

Разрыв был локализован по ребру тела матки слева у 3, справа — у 3, по ребру нижнего сегмента справа — у одной, слева — у 2, зигзагообразный разрыв передней стенки — у 2, поперечный разрыв нижнего сегмента спереди — у одной и продольный разрыв тела матки сзади, ближе к левому ребру — у одной. У 2 произошло проедающие стенки в области дна матки хориальной тканью, на участке 2—3 см. У 14 разрыв произошел по послеоперационному рубцу на матке.

Полный разрыв матки наблюдался у 23 женщин, у 9 из них с выходом плода и плаценты в брюшную полость, а у 3 из них и с отслойкой мочевого пузыря от матки. Неполный разрыв установлен у 6.

Из 29 женщин 8 были доставлены в роддома с совершившимся разрывом: одна с прорезанием стенки матки плацентой и 4 с разрывом по послеоперационному рубцу на матке; трое — из районных больниц Татарии, причем у двух из них было несоответствие между тазом и головкой, у одной — запущенное поперечное положение плода. У 21 разрывы матки произошли в роддомах Казани.

Причины разрывов: у 2 прорезание стенки матки плацентой, видимо, на месте бывшей перфорации при абортках, у одной — запущенное поперечное положение плода, у 3 — несоответствие между тазом и головкой при гидроцефалии в одном случае, передне-теменном вставлении — в двух случаях. У одной из двух последних разрыв матки обнаружен после перфорации и краниоклазии плода, произведенной при угрожающем разрыве матки. Причем наблюдавший за этой роженицей врач, несмотря на ясно выраженные признаки угрожающего разрыва, перерастянутый нижний сегмент матки принял за переполненный мочевой пузырь. У 14 женщин разрыв произошел по послеоперационному рубцу на матке. У остальных 9 причиной разрыва, по видимому, были патологические изменения стенки матки.

Изучение историй родов у этих 9 рожениц показывает, что разрыв наступил как бы «испудоволь» без выраженных признаков угрожающего разрыва. Общими для них всех являются: первичная или вторичная слабость родовой деятельности, внутриутробная асфиксия плода вплоть до его гибели и локализованная боль в животе соответственно месту разрыва матки. Подобная же картина наблюдалась и при разрывах по послеоперационному рубцу на матке. Таким образом, у большинства причиной разрыва матки явилась функциональная неполноценность ее мышц, в первую очередь из-за послеоперационного рубца, а затем вследствие перенесенных абортов, чаще криминальных, патологических родов и послеродовых заболеваний.

У 15 женщин, как было нами упомянуто, разрыв матки наступил после кесарева сечения. У двух женщин оно произведено из-за центрального предлежания плаценты, у одной во время операции по поводу непроходимости кишечника. В остальных случаях показания для этой операции были относительные (асфиксия плода, выпадение пуповины, неправильное вставление головки плода). Заживление послеоперационной раны у 5 женщин было вторичным, а у остальных 10 — первичным натяжением.

Срок давности кесарева сечения у одной всего один год, у 6 — 2 года, у 8 — от 3 до 6 лет.

У 7 настоящая беременность была первой после кесарева сечения, остальные 7 после операции имели по одному аборт, из них у 5 аборт был искусственный, у 2 — самопроизвольный. А у одной после кесарева сечения разрыв наступил вторично после ушивания первого разрыва по рубцу, происшедшему при родах 3 года тому назад.

Из 15 женщин у 13 в прошлом произведено корпоральное кесарево сечение, и у всех разрыв при настоящей беременности произошел по послеоперационному рубцу на матке.

У двух женщин ранее кесарево сечение произведено с поперечным разрезом в нижнем сегменте. У одной из них наступил полный разрыв по послеоперационному рубцу в начале второго периода родов. Другая женщина с плоскорахитическим тазом родила самостоятельно живого доношенного ребенка весом 4100,0, плацента выделилась самостоятельно. При ручном исследовании полости матки, произведенном из-за кровотечения, обнаружен полный разрыв по ее ребру. Послеоперационный рубец на матке остался совершенно целым и был едва заметным.

Таким образом, после корпорального кесарева сечения во всех случаях разрыв наступил только по послеоперационному рубцу на матке, тогда как у одной из двух женщин после кесарева сечения по Гусакову матка разорвалась вне рубца.

Все 29 женщин подвергнуты операции — чревосечению: 17 оперировались под местной анестезией 1,4% раствора новокаина, 8 — под общим эфирным наркозом, у 4 операция начата под местной анестезией, а затем был дан эфирный наркоз.

У 11 произведена надвлагалищная ампутация тела матки, у 18 — ушивание разрыва (со стерилизацией у 12 и без стерилизации — у 6 женщин). Выздоровели 27 женщин, 2 умерли от перитонита (одна после ампутации тела матки, другая — после ушивания разрыва).

Из 29 женщин у 22 дети родились мертвыми, у 7 (5 из них при разрыве по рубцу матки) — живыми. Из последних 7 новорожденных 5 выписаны из роддома, а двое умерли.

Как видно, мертворождаемость при разрывах матки очень высока. Она несколько ниже при разрыве по рубцу на матке. Так, из 14 женщин с разрывом по рубцу у 9 дети родились мертвыми, а у 5 — живыми. У 15 остальных с разрывом матки лишь у двух новорожденных были живыми.

Вес новорожденных у 7 женщин — от 4100,0 до 4500,0, у 15 — от 3000,0 до 4000,0, у 3 — от 2500,0 до 3000,0 и у 4 — от 2100,0 до 2500,0, то есть большинство были весом, значительно превышающим средний вес доношенного ребенка — 3200,0.

Анализ материала показывает, что послеоперационный рубец на матке наиболее уязвим при последующих родах. На сегодня разрывы матки чаще всего имеются по рубцу после кесарева сечения. Поэтому эта операция должна производиться только по строгим показаниям, в основном со стороны матери. Второй по частоте причиной разрывов матки являются патологические изменения мышц матки, чаще в сочетании

с крупным плодом и незначительным сужением таза. И, наконец, последнее место занимают пространственные несоответствия между плодом и тазом.

При изучении историй родов больных с разрывом матки оказалось, что ни одна из женщин после кесарева сечения не была заблаговременно госпитализирована в роддом, как это следовало. Несомненно, что основная работа по профилактике разрывов матки должна проводиться в женских консультациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев Е. И. *Акуш. и гинек.*, 1960, 1. — 2. Козбагаров А. А. *Акуш. и гинек.*, 1960, 2. — 3. Персианинов Л. С. *Разрывы матки*. Минск, 1954. — 4. Репина М. М. *Акуш. и гинек.*, 1955, 6. — 5. Туганова А. М. *Акуш. и гинек.*, 1956, 4.

Поступила 28 июня 1960 г.

О ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ¹

Ст. научн. сотр. А. В. Частикова

Горьковский научно-исследовательский кожно-венерологический институт
(директор — проф. М. П. Батунин)

Мы изучали детородную функцию у женщин, ранее болевших восходящей гонореей и лечившихся в стационарах венерологического института и городского вендиспансера г. Горького. При выявлении бесплодия мы пытались найти его причину. С этой целью у ряда больных мы проводили гистеросальпингографию, исследование мочи на прегнандиол в секреторную фазу (для выявления ановуляторных циклов) и у некоторых больных — пробу Шуварского (на совместимость цервикального секрета и сперматозоидов).

Всего исследовано 150 женщин.

После окончания лечения гонореи до момента исследования прошли разные сроки — от 6 месяцев до 11 лет.

Преобладающее большинство женщин исследовалось через 4—5 лет после заболевания.

К бесплодию мы относили те случаи, когда беременность не наступала в течение 2 и более лет замужней жизни.

В прошлом острая восходящая гонорея была у 25 больных.

При исследовании установлено, что 10 женщин после болезни не жили половой жизнью, две предохранялись, у одной была операция по поводу рака матки, у второй — по поводу фибромы, две женщины были в климактерическом периоде, и у 23 женщин причины бесплодия могли быть другие (негонорейного характера).

Из оставшихся 111 женщин, которые после заболевания жили половой жизнью, 40 (36%) имели беременности, заканчивавшиеся родами или искусственными абортми.

У 67 женщин (61,2%) установлено бесплодие, которое со всей достоверностью следует отнести за счет перенесенного гонорейного заболевания.

У преобладающего большинства женщин, страдающих бесплодием, бимануально отмечались измененные придатки или спайки в полости малого таза, но у 15 женщин (в 22%) при пальпации не было никакой патологии.

Наши наблюдения показывают, что гонорейное заболевание значительно чаще ведет к бесплодию и реже — к внематочной беременности.

У 40 женщин, страдающих бесплодием, проведена гистеросальпингография. Контрастным веществом служил йодолипол, вводимый в количестве 4—6 мл. Осложнений после введения йодолипола мы не наблюдали ни в одном случае.

При гистеросальпингографии мы получили следующие показатели. Обе трубы оказались проходими у 8, обе трубы непроходимы — у 14, одна труба непроходима — у 18 женщин.

Наблюдались случаи, когда контрастное вещество, пройдя трубу, задерживалось в перитубарном пространстве, около ампулярной части трубы. Следовательно, кроме облитерации труб, спайчные изменения в полости малого таза, выразившиеся на рентгенограммах в виде перитубарных замкнутых полостей, атипично расположенных труб, также вели к разобщению между трубой и яичником и, по всей вероятности, являлись причиной бесплодия.

Причиной бесплодия, возможно, могли явиться и ановуляторные циклы, на которые указывало отсутствие прегнандиола в моче в лютеиновую фазу у 3 из 17 исследованных женщин.

¹ Доложено на дерматологической секции научной конференции Казанского медицинского института, посвященной 40-летию ТАССР, состоявшейся 7—10 мая 1960 г.