

## Чрезмерно-длительная задержка доношенного плода в полости матки.

Е. Н. Аврова (Елабуга).

Заинтересовавшись вопросом о длительном пребывании плода в матке по истечении нормального срока беременности, я усердно просмотрел за несколько лет „Журнал Акушерства и Женских Болезней“ и другую, имеющуюся у меня под руками, акушерскую литературу, но не встретил ни одного сообщения по данному вопросу<sup>1)</sup>. В виду этого я позволил себе опубликовать в печати встретившийся мне случай 15-месячного задержания плода в матке, представляющий, как мне кажется, известный интерес.

В заведомое мною Хирургическое отделение Елабужской Больницы поступила крестьянка-татарка У. с жалобами на общую слабость, скорую утомляемость и боли в животе и с просьбой сделать ей операцию—вынуть ребенка. До этого никаких болезней у У. не было. Менструировать она начала с 12-ти лет, menses приходили ежемесячно и длились от 3 дней до недели, с болями внизу живота; в 20-летнем возрасте была задержка месячных на 8 месяцев. Замуж У. вышла 23 лет, вскоре забеременела и родила в срок мертвого ребенка. После родов месячные приходили аккуратно в срок 3 раза, потом, в конце декабря 1924 г., месячные не пришли, и с этого времени больная стала считать себя вторично беременной; в середине мая 1925 г. она почувствовала движения ребенка, которые продолжались все время до половины сентября. В это время она упала на живот, причем лишилась сознания и неделю пролежала в постели,—живот у нее сильно болел, но болей, которые-бы походили на родовые, не было. После ушиба ребенок уже более не двигался.

Больная среднего сложения. Кожные и слизистые покровы бледноваты, подкожный жирный слой развит слабо. Из грудных желез выдавливается молоко. Средняя линия живота пигментирована, на животе многочисленные *striae gravidarum*, живот правильной шаровидной формы; окружность его на уровне пупка—92 сант., расстояние от меча до пупка—22 сант., от пупка до лобка—23 сант. Консистенция живота упруго-эластическая; перкуссия на всей поверхности его дает притупление перкуторного звука; при пальпации каких-либо частей плода не прощупывается; при аускультации живота не выслушивается ни сердечных тонов плода, ни каких-либо шумов. При исследовании через влагалище оказалось, что наружный зев прощупывает палец, шейка смажена не вполне, подлежащей части не определяется. Измерение таза дало следующие цифры: D. Tr.—30 сант., D. Cr.—28 сант., D. Sp.—25 сант., C. ext.—17 сант., C. diag.—8 сант.

Основываясь главным образом на анамнезе больной, а также на объективных признаках, указывающих на беременность, я остановился на диагнозе затянувшейся беременности при мертвом плоде и с целью вызвать родовую деятельность впустил сначала больной питуитрин, но без всякого эффекта. Тогда, хотя в данном случае полного показания к родоразрешению *per abdomen* и не было, но, имея в виду возможность патологических изменений матки (что и подтвердилось при операции),

<sup>1)</sup> Конечно, это вовсе не значит, что таких случаев вообще в печати не описано; напротив, имеется довольно значительная литература по данному вопросу, причем случаи затянувшегося пребывания плода в полости матки обычно описываются под названием „*mised labour*“.

Ред.

а также учитывая наличие сужения размеров таза, я остановился на кесарском сечении.

13/III больной была произведена лапаротомия под хлороформом. По вскрытии брюшной полости оказалось, что матка шарообразной формы, на передней поверхности и с боков сращения с париетальной брюшиной, причем сращения с трудом разделяются тупым путем; брюшинный покров матки утолщен и гиперэмирован, местами тускл., с фибринозными отложениями. Ко дну матки оказались приросшими сальник, перерезанный между двумя лигатурами, и петли тонких кишок, отделенные с трудом тупым путем. После того матка выведена из брюшной полости, обложена кругом компрессами и вскрыта продольным разрезом, через который выдвинулось около 600 куб. сант., мутной, серовато-зеленоватой жидкости без запаха, с примесью зернистых, серовато-желтоватых масс. Из матки извлечен мертвый плод, предлежащий тазовым концом, спинкой обращенный к передней стенке матки, а личиком—к задней. Кровотечение из разреза маточной стенки незначительное. Попытка выдвинуть оболочки и послед не удалась вследствие прочного сращения их с маткой, в виду чего, а также в виду возможности инфекции и резких патологических изменений мышцы матки, я решил прибегнуть к экстирпации матки, которая удалась легко. Брюшной разрез зашит наглухо. Послеоперационный период протек нормально, на 8-й день сняты швы, а 25/III больная выписалась в хорошем состоянии.

Описание препарата: вес матки с последом и оболочками 1200,0, длина—25 сант., ширина—15 сант., наружная поверхность с остатками сращений с брюшиной и сальником; при разрезе передней стенки толщина ее—около 1 сант., цвет мышцы сероватый, оболочки серовато-зеленоватого цвета, плацента толщиной около 5 мм., сморщена, крепко приросла, особенно к задней стенке матки, так что ее не удается отделить пальцем; граница перехода ее в мышечную стенку нерезко выражена; во время разрезывания маточной стенки ощущается хруст вследствие обильного развития в ней фиброзной ткани. Плод мертвый, женского пола, доношен; длина его—58 сант., вес 3400, подкожный жировой слой развит хорошо, волосы на голове—около 2-х сант. длиной, ногти на руках и на ногах—около 1 сант., кожа на всем пространстве мацерирована; глазные яблоки запали вследствие всасывания стекловидного тела; на коже, особенно головы, много *vernix caseosa*.

Вопрос, почему именно в конце 40-ой недели появляются родовые боли, и начинается родовая деятельность, занимал акушеров уже давно, но до сих пор он не получил еще полного и определенного разрешения, хотя вряд-ли можно сомневаться, что тут заинтересован прежде всего нервный аппарат матки.

В иннервации матки, как известно, главное участие принимает симпатическая нервная система, к которой присоединяются идущие по разным путям цереброспинальные волокна. Симпатические волокна, предназначенные для матки, пройдя по *plexus aorticus* и получив подкрепление в *ganglion solare*, *ganglia renalia*, *ganglia genitalia* и поясничных узлах симпатического нерва, соединяются на высоте отхождения *art. mesentericae inf.* в широкое, содержащее ганглии, нервное сплетение, носящее название *plexus uterinus magnus*. В области мыса это сплетение расщепляется на 2 пучка—*plexus hypogastrici*, охватывающие прямую кишку и подходящие частью непосредственно к бокам матки, частью к *ganglia cervicalia* (s. *Frankenhäuseri*). Эти последние помещаются на шейке и заднем влагалищном своде, снабжая своими разветвлениями большую часть матки.

Спинальные волокна достигают матки различными путями. При посредстве *plexus aorticus* проникают волокна из *vagus'a*, *phrenicus'a* и *n. n. splanchnici*, затем из поясничной части спинного мозга через *n. n. communicantes*; наконец, из толстых стволов *plexus sacralis* отходят крупные ветви как непосредственно к матке, так и к *ganglia cervicalia*. Главная часть двигательных волокон проходит чрез *plexus uterinus magnus*, чувствительные же волокна проходят, повидному, по стволам, соединя-

ющимися *plexus sacralis*. Центры маточной деятельности заложены в продолговатом мозгу и особенно в поясничной части спинного мозга. Но представляется также вероятным, что имеются и периферические центры, способные вызвать самостоятельные или рефлекторные сокращения матки.

Как я уже упомянул, среди акушеров нет единства во взглядах на настоящую причину наступления родов. Несомненно, что беременная матка, благодаря молекулярным изменениям протоплазмы гипертрофированных мышечных волокон, обладает более повышенной раздражительностью, чем небеременная. Одной повышенной раздражительности маточной мышцы, однако, еще недостаточно для объяснения наступления родов,—необходимо еще здесь влияние факторов, дающих непосредственный толчок к началу последних. Одни считают таким фактором нарастающее растяжение маточной стенки растущим плодом, или давление подлежащей части на богатый нервными элементами нижний отрезок матки или шеечное сплетение; другие думают, что подобными факторами являются—прогрессирующее жировое перерождение отпадающей оболочки, нарушающее органическое соединение яйца с маткой и превращающее яйцо как-бы в постороннее для матки тело, или же нарастающая венозность плацентарной крови в конце беременности. Spiegelberg полагает, что причину наступления родов должно искать в зрелости плода, принимая, что некоторые химические вещества, которые тратит плод во время своего развития, и в которых он не нуждается по достижении зрелости, накапливаются в крови матери и раздражают в конце концов двигательные центры матки столь сильно, что появляется правильная родовая деятельность. Как бы то ни было, единого бесспорного мнения о причине начала родовой деятельности до сих пор нет. Отсюда вытекает вся трудность установления и факторов, обуславливающих перенашивание плода.

В нашем случае вполне доношенный плод мог умереть после падения больной на живот, от кровоизлияния в плаценту и от асфиксии. Бывшие при этом боли в животе, по словам больной, не походили на знакомые ей родовые боли при предшествовавшей беременности. Отсутствие родовой деятельности у нашей больной могло зависеть от недостаточной возбудимости нервно-мышечного аппарата матки, стенки которой, как видно из описания препарата, представляли глубокие патологические изменения, вследствие развития фиброзной ткани и перерождения мышечных волокон, каковые изменения, возможно, повлекли за собою нарушение чувствительных и двигательных функций нервных ганглиев. Немалую роль в отсутствии схваткообразных сокращений матки могли играть в данном случае и распространенные сращения стенки матки как с париетальной брюшиной, так и сальником и с кишками.

Вообще же интересный вопрос о причинах перенашивания ждет своего разрешения в будущем.

---