

сокращение матки и раздражение рецепторов брюшины. Обычно сокращение матки несколько предшествует возникновению биопотенциалов в прямой мышце живота. Амплитуда и частота потенциалов нарастают на высоте схватки. Электрическая активность прекращается раньше, чем оканчивается схватка. Отсутствие тонических реакций в начальном периоде родов, по-видимому, вызвано либо торможением центров, управляющих тоническим сокращением, либо раздражение рецепторов брюшины и родового канала недостаточно, чтобы вызвать рефлекторную активность тонического аппарата.

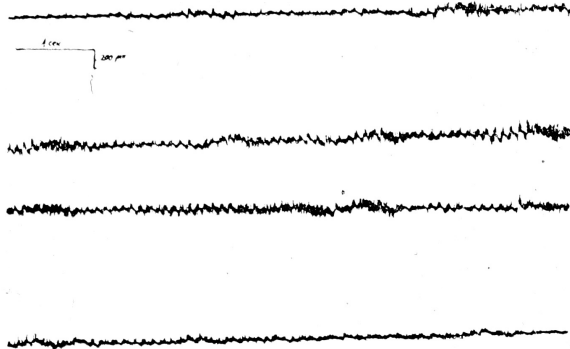


Рис. 2. Биопотенциалы прямой мышцы живота в конце периода изгнания.

сация возникает вслед за схваткой и длится непрерывно на протяжении всей схватки (рис. 2).

Возможно, что облегчение развития тонических компонентов в деятельности прямой мышцы живота связано с большими количествами ацетилхолина, освобождающегося при сократительной активности матки. Как было показано нами (Лебедева, Орлов и Яковлев, 1961), на протяжении периода изгнания при интенсивной сократительной деятельности матки концентрация ацетилхолина в крови достигает 2×10^{-6} .

Исследование характера биоэлектрической активности прямой мышцы живота может быть использовано для прогноза родов. Например, если с самого начала регулярной родовой деятельности регистрируется биоэлектрическая активность прямой мышцы живота, продолжающаяся и в паузах между схватками и носящая аритмичный характер, то, как правило, в дальнейшем наблюдаются явления вторичной слабости родовой деятельности. В таких случаях даже во время потуг, которые клинически являются малозффективными, биоэлектрическая активность не усиливается, потенциалы имеют малый вольтаж, низкую частоту, и полностью отсутствует электрическая активность тонических моторных единиц.

Настоящее сообщение является попыткой использования метода электромиографии в акушерской практике. Тесное взаимодействие сократительной деятельности гладкой мышцы матки и биоэлектрической активности передней брюшной стенки позволяет думать, что электромиографический метод должен найти применение в клинической практике для прогноза родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грязнова И. М. О разрывах промежности и роли мышц тазового дна в биомеханизме родов. Дисс., М., 1953. — 2. Hidekatsu J., Higashi, Tetsuro. J. Med. Sci., 1957, 3, № 2, 153.

Поступила 9 июня 1961 г.

О РАЗРЫВАХ МАТКИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ¹

Канд. мед. наук М. С. Соловьева

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. — проф. Г. К. Черепанин) Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Разрывы матки во время беременности встречаются реже, чем в родах. Они бывают по Л. С. Перснанинову (1952 г.) — в 7,3%, по Г. А. Ворождовой (1957 г.) — в 6,1%, по Е. Д. Дозорцевой (1958 г.) — в 10,2%.

Мы произвели анализ разрывов матки по родильным домам Горького за последние 10 лет (1951—1960 годы). На 179 979 родов мы наблюдали 87 разрывов матки. У 21 больной разрыв произошел до родов — 21,8% к числу разрывов. Все случаи разрывов мы наблюдали во вторую половину беременности, главным образом в конце

¹ Доложено в г. Горьком на заседании научного общества акушеров и гинекологов города и области 16/II 1961 г.

ее. Только у 7 больных разрыв матки наступил при зрелом плоде, у 14 плоды были недоношенными: разрывы наступали при беременности 36—38 недель.

Причинами разрыва матки до родов были:

1) структурные изменения мышц матки на почве бывших внебольничных аборт, перенесенных воспалительных процессов и операций на матке, 2) неполноценность рубца после кесарева сечения, 3) деструктивный рост хориона в рубцово измененных участках стенки матки, 4) травматические повреждения матки.

Структурные изменения мышц матки были причиной ее разрыва у 8 больных. 6 доставлены в роддома с совершившимся разрывом, у 2 разрыв произошел в роддоме. У всех отмечались ноющие боли в низу живота на ранних сроках беременности. Во вторую половину беременности боли усиливались, и врачами подобные симптомы рассматривались как признаки угрожающих преждевременных родов. В соответствии с этим и проводилась терапия. Иногда за несколько дней или часов до совершения разрыва боли в низу живота усиливались, а в момент разрыва у больных внезапно появлялись резкие боли в животе, тошнота, рвота, головокружение, учащение пульса, при больших кровопотерях падало и АД. В зависимости от количества излившейся в брюшную полость крови и величины разрыва клиническая картина бывает различной. При больших внутренних кровотечениях на первый план выступают острая анемия, шок и перитонеальные явления, характерно острое начало болезни. При небольших разрывах, без повреждения крупных сосудов, сопровождавшихся небольшими внутренними кровотечениями, клиническая картина не будет столь ярко выраженной, на первый план выступает раздражение брюшины. Симптомы болезни нарастают постепенно, и зачастую ставится диагноз преждевременной отслойки последа, острого аппендицита или кишечной непроходимости.

У 8 больных причиной разрыва был неполноценный рубец после ранее бывшего кесарева сечения: 5 доставлены в родильные дома с совершившимся дома разрывом, и у 3 разрыв произошел в родильных домах. У всех больных во вторую половину беременности, а иногда и в первую, отмечались постоянные тупые или ноющие боли в низу живота, в области послеоперационного шва. В последние недели беременности боли становились сильнее, а в момент совершения разрыва (полного или неполного) внезапно возникали резкие боли. Так как у многих больных в брюшной полости после ранее перенесенной операции были спайки, то явлений разлитого раздражения брюшины здесь зачастую не наблюдалось. Даже при полном расхождении шва у таких больных реже происходит выход плодов в брюшную полость, меньшими бывают и внутрибрюшные кровотечения. Здесь шок, малокровие и перитонеальные явления развиваются медленнее. Иногда даже при полном разрыве матки не происходит изменения ее формы. При отсутствии спаечного процесса в брюшной полости явления раздражения брюшины, шока и малокровия развиваются быстрее, плод выходит в брюшную полость, матка изменяет форму, потому и диагноз в таких случаях ставится легче и быстрее.

У 4 женщин причиной разрыва матки был деструктивный рост хориона в области послеоперационного рубца. Клиническая картина таких разрывов бывает сходна с клиникой при ряде других острых заболеваний: аппендиците, кишечной непроходимости, острой печеночной и почечной колике, а некоторые авторы сравнивают ее с клиникой нарушенной внематочной беременности. Однако эти разрывы имеют свои особенности. Здесь симптомы болезни развиваются постепенно, менее остро и более продолжительно. У больных, начиная со второй половины беременности, все время наблюдаются ноющие боли в низу живота. В момент перфорации боли усиливаются. Но перфорационное отверстие не бывает большим, поэтому у таких больных малокровие развивается медленно. На первый план выступает раздражение брюшины.

В одном случае мы наблюдали травматический разрыв матки.

Исход для матери при разрывах матки во время беременности, по сравнению с другими видами разрывов, сравнительно благоприятный: из 21 больной умерла одна от воздушной эмболии, развившейся сразу же после разрыва (в роддоме) — женщина умерла до операции. Разрывы в основном были небольшими, а потому у большинства не требовалось больших операций. У 17 разрыв был полный, у 4 — неполный. У 11 больных произведено кесарево сечение, у 7 — ушивание разрыва и у 2 — надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период у 18 протекал без осложнений; у одной был параметрит, у 1 — тромбоз вен голени. Среднее пребывание больных в стационаре после операции — 15,5 койко-дня. Исход для детей так же неблагоприятен, как и при других видах разрыва матки: живыми извлечено только 6 детей, 14 извлечены в асфиксии, и в одном случае разрыв матки произошел при мацерированном плоде весом 2800,0, длиной 49 см.

ВЫВОДЫ

1. Профилактика разрывов матки во время беременности должна вестись в направлении снижения причин разрывов: уменьшения абортов, воспалительных заболеваний, оперативных вмешательств на матке, тщательного наблюдения за больными во время беременности.

2. При болях в низу живота в послеоперационном рубце во время беременности должна проводиться возможно ранняя госпитализация в отделения патологии родильных домов.

Поступила 21 апреля 1961 г.