

ՄԱՅՐԱԿԱՆ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ԱՐԳԱՆԴԻ ՊԱՏՈՎԱԾՔԻ ՊԱՏՃԱՌՈՎ

Հոգվածում վեր է լուծված արգանդի պատվածքի հետեանքով մայրական մահացության 54 դեպք, բերված են մահվան պատճառները, պատվածքների կլինիկական ընթացքը, լոկալիզացիան, վիրահատման մեթոդները և հետվիրահատման շրջանի վարումը:

Առաջարկվում է արգանդի պատվածքների և մայրական մահացության թվի պակասեցման միջոցառումներ:

Հայկական ՍՍՀ ծննդաբնության հիմնարկների տվյալների հիման վրա մենք հայտնաբերել ենք արգանդի պատվածքով մահացության ստաբիլիզացիա, որը վերջին տասնամյակում նույնիսկ որոշ չափով աճել է:

Ուսումնասիրվել ու վերլուծվել են 213 ծննդաբնության նկարագրեր, ըստ որոնց ծննդաբնությունը բարդացել է արգանդի պատվածքի պատճառով: Այդ թվից 83-ը նախկինում՝ կեսարյան հատման ենթարկված կանանց մոտ, 130-ը՝ չվիրահատված կանանց մոտ, որոնցից 22 դեպք վերաբերվում է նախապատերազմյան ժամանակաշրջանին, ուստի դրանց մենք չենք անդրադարձել: Այսպիսով 191 դեպքից մահացել են 54 կին (28,3%), որոնցից 44-ը՝ չվիրահատված արգանդով և 10-ը նախկինում կեսարյան հատման ենթարկված:

47 կնոջ մոտ արգանդի պատվածքը տեղի է ունեցել ծննդաբնության ընթացքում, 7-ի մոտ հղիության ընթացքում՝ ծննդաբնության գործողությունը չսկսված:

54 կանանցից 49-ը (92,5%) մահացել են ժամկետային ծննդաբնության ժամանակ, իսկ 5-ը՝ (7,5%) վաղաժամ ծննդաբնության ընթացքում՝ ծննդաբնության տարբեր ժամկետներում:

Մահացած 54 կանանցից 42-ի մոտ պտուղները եղել են երկարաձիգ, ընդ որում 37-ի մոտ գլխային, 5-ի մոտ կոնքային առաջադրմամբ, 12-ի մոտ միզաձիգ դրությամբ:

Կարևոր նշանակություն ունի նաև ծննդաբնության պրոցեսը, որի պայմաններում արգանդը պատվել է. այսպես օրինակ, բուռն ծննդաբերական գործունեություն եղել է 9 ծննդաբերի մոտ, ծննդաբնության թուլություն նկատվել է 19-ի մոտ, խիստ ցավոտ կծկանքներ 4-ի մոտ, ծննդաբնության գործունեությունը բացակայել է 7-ի մոտ, ծննդաբնության գործունեությունը դադարել է պատվածքի հետեանքով 15 կանանց մոտ:

Բուռն ծննդաբերական գործունեություն եղել է անատոմիական, ֆունկցիոնալ, նեղ կոնք ունեցող և բացիթոդված միջաձիգ դրության պտուղ ունեցող ծննդաբերների մոտ:

Մահացած 54 կանանց արգանդի պատվածքի պատճառները 11-ի մոտ եղել է պտղի միջաձիգ դրությունը, 2-ի մոտ անատոմիական նեղ կոնքը, 5-ի մոտ ֆունկցիոնալ նեղ կոնքը, 14-ի մոտ ծննդաբնության ուժերի թուլու-

թյունը, 1-ի մոտ գլխի բարձր ուղղաձիգ դրույթյունը, 1-ի մոտ հիդրոցեֆալիան, 5-ի մոտ էնդոմետրիտ ծննդաբերության ընթացքը, 5-ի մոտ արդանդի կրճատող դեղամիջոցների ոչ տեղին օգտագործումը, 10-ի մոտ անորակ սպին:

Այսպիսով պատուվածքի մեխանիկական պատճառներ եղել են 25 կնոջ մոտ, հիստոպատիկ 14-ի մոտ, անորակ սպի 10-ի մոտ, բռնի պատուվածք 5-ի մոտ:

Մահացած 54 կանանցից 40-ի մոտ արդանդի պատուվածք տեղի է ունեցել ծննդօգնության հիմնարկներում, 14-ը ծննդաբերական հիմնարկներից դուրս (տանը):

18 (33,7%) կանանց մոտ արդանդի պատուվածքը տեղակայվել է ձախ կողմում, 9 (16,7%) կանանց մոտ աջ կողմում, 2 (3,9%) կնոջ մոտ ձախ կողմից և առջևից ստորին սեգմենտով, միայն ստորին սեգմենտում 13 (24,3%) կնոջ մոտ, 2 (3,9%) կնոջ մոտ կոլպոպորեքսի տիպի: Կորպորալ կեսարյան հատումից հետո սպինի ուղղությամբ 8 (13,5%) կնոջ մոտ, ռետրովերդիկալ կեսարյան հատումից 1 (2,5%) կնոջ մոտ և կորպոպորեքսի դեպք 1 (2,5%) կնոջ մոտ:

Արդանդի պատուվածքի հետ միաժամանակ եղել է նաև ձախ անոթային հյուսակի պատուվածք 8 կնոջ մոտ, աջի 2-ի մոտ, որը ներքին և արտաքին արոֆուզ արյունահոսության պատճառ է դարձել:

Արգանդի պատուվածքի ախտորոշումից հետո կնոջ ծննդալուծելը բնական ճանապարհով թույլատրվում է ծայրահեղ դեպքում, քանի որ այն լայնացնում է պատուվածքը և խորացնում տրավմատիկ և հեմոդինամիկ շոկի վիճակը: Սակայն մեր վերլուծված ծննդաբերության նկարագիրների մեջ 6 կնոջ մոտ՝ արգանդի պատուվածքի առկայության դեպքում, ծննդաբերությունն ավարտվել է բնական ճանապարհով, որը և նրանց մահվան պատճառ է դարձել:

Ա Ղ Յ Ո Ւ Ս Ա Կ

Վիրահատության անվանումը	Վիրահատության թիվը	Մահացած կանանց թիվը վիրահատումից հետո
Վակուում էքստրակցիա	3	1
Կրանիոտոմիա	3	3
Արցաններ	3	—
Էմբրիոտոմիա	2	2

6 կին մահացել են անմիջապես պտուղը դուրս բերելուց հետո, հեմոդինամիկ և տրավմատիկ շոկից: Որպես բացառություն, բնական ճանապարհով ծննդալուծման կարելի է դիմել միայն այն դեպքում, երբ պտղի դուրսը գտնվում է կոնքի ելքում, այն էլ լայարատոմիայից անմիջապես առաջ պտուրաստի վիրասրահի և վիրահատող անձնակազմի առկայության դեպքում:

Մահացած կանանցից 50-ի մոտ վիրահատությունը կատարվել է 2-ից մինչև 48 և ավելի ժամ ուշացումով:

Մահացած 54 կանանցից վիրահատվել են 40-ը, որոնցից 10-ի մոտ վերականգնվել է արգանդը, 25-ի մոտ կատարվել է արգանդի վերհեշտոցային անդամահատում և 5-ի մոտ արգանդի էքստիրպացիա՝ առանց հավելումների, 14 կին մահացել են առանց վիրահատման: Այսպիսով վիրահատված

40 կանանցից 30-ի մոտ կատարվել է ռադիկալ վիրահատություն, իսկ 10-ի մոտ կոնսերվատիվ պատվածքի վերացում:

Մահվան պատճառը 54 մահացածներից 46-ի (85,3%) մոտ եղել է հեմոդինամիկ և տրավմատիկ շոկը, 2-ի (3,7%) մոտ պտղաջրերի էմոցիան և 6-ի (11%) մոտ պերիտոնիտը:

Վիրահատման ժամանակ մահացել են 9 կին, վիրահատումից հետո 6 ժամվա ընթացքում—7 կին, 12 ժամվա ընթացքում 5 կին և մեկ օրից հետո 19 կին:

Չվիրահատված 14 կանանցից 9 մահացել են առաջին 6 ժամում, 3 կին պատվածքից 3 օր հետո, մնացած 2-ը 12 ժամվա ընթացքում:

Մահացած 54 կանանց մոտ արյան կորուստը նորմալի սահմանում (300—500 մլ) եղել է միայն 2 կնոջ մոտ, մնացած 52 դեպքում արգանդի պատվածքը տղեկցվել է 1000—2500 մլ արյան կորուստով, որը 46 ծնունդ-կանի մահվան պատճառ է հանդիսացել:

Մահացած 54 կանանցից արյան փոխներարկում կատարվել է միայն 36 ծննդականի մոտ, ընդ որում մինչև 400 մլ ներարկվել է 19 կնոջ, 11 կնոջ մոտ փոխներարկվող արյան ծավալը կազմել է 50% արյան կորուստի համեմատ, 1 կնոջ մոտ—20%, 3 կնոջ մոտ—10%, միայն 2 կնոջ մոտ այն կատարվել է 110%, 9 ծննդականների կատարվել է միայն արյան փոխարինող հեղուկների ներարկում, իսկ 9 կանանց առհասարակ ներարկում չի կատարված: Հասկանալի է, որ շոկի և սուր անեմիայի դեմ նման պայքարի դեպքում արգանդի պատվածքի պատճառով մահացությունը պետք է մեծ թիվ կազմեր:

Մեր դիտումներից երևում է, որ արգանդի պատվածքների պրոֆիլակտիկան և մայրական մահացության թիվը իջեցնելու համար հանրապետության ծննդօգնության ասպարեզում ընդունված պրոֆիլկտիկ միջոցառումները ժամանակին և լիարժեք ձևով չեն կատարվում: Դրությունը բարելավելու համար առաջարկվում է:

1. Զգգված մանկաբարձական անամնեզով և բազմածին կանանց անհրաժեշտ է վերցնել դիսպանսեր հսկողության տակ: Այս խմբի մեջ պետք է մտնեն այն հղի կանայք, որոնք նախկինում ունեցել են արգանդի վիրահատություններ, կորպորալ և ռետրովզիկալ կեսարյան հատում, կոնսերվատիվ միոմեկրոմիա, արգանդի պերիֆորացիա, ոչ ուժեղ արտահայտված նեղ կոնքեր, խոշոր պտուղ, նախկինում պաթոլոգիական ծննդաբերություն, մեռածնվածություն անամնեզում և այլն: Ծննդաբերությունից 2—3 շաբաթ առաջ նրանց պետք է հնթարկել պրոֆիլակտիկ հոսպիտալիզացիայի, որն ապահովում է ծննդաբերության ճիշտ վարումը և կանխում է ծննդաբերության ընթացքում զարգացող այս կամ այն շեղումը:

2. Կատարել անամնեստիկ և օբյեկտիվ քննությունների տվյալների ճիշտ գնահատություն, որը հնարավորություն է տալիս արգանդին սպառնացող պատվածքի թույլ արտահայտված աշխտանիշները հայտնաբերել, ախտորոշել արգանդին սպառնացող վտանգը և կանխել այն: Քիչ չեն այն դեպքերը, երբ օբյեկտիվ քննության ժամանակ բաց է թողնվում ախտորոշման կարևոր մի մոմենտ, երբ նեղ կոնքով, մանավանդ նեղ կոնքով խոշոր պտուղ ունեցող հղի կանանց, ոչ միշտ են հնթարկվում պարտադիր ռենտգենպելվիմետոսո-րիայի:

3. Նախկինում կորպորալ կամ ռետրովեզիկալ կեսարյան հատման ենթարկված ծննդաբերների արգանդի պատռվածքի հետևանքով մայրական մահացությունը վերացնելու, ինչպես նաև պատռվածքի կանխարգելման համար կարևոր նշանակություն ունի ծննդալուծման հղանակի ընտրությունը: Հաշվի պետք է առնել նաև հետվիրահատման շրջանի ընթացքը, բարդությունները, վիրահատված կանանց նախորդ ծննդաբերությունների ժամանակ առաջացած շնչումները և մանկաբարձական վիրահատությունները:

Նման հղի կանանց ծննդալուծման համար մենք առաջարկում ենք կեսարյան հատում՝ ստորին սեգմենտում:

Արգանդի սպի ունեցող կանանց մոտ արգանդի «սպառնացող» պատռվածքը անհրաժեշտ է գնահատել որպես սկսվող պատռվածք և ծննդաբերությունն ավարտել կեսարյան հատումով:

4. Մայրական մահացությունը արգանդի պատռվածքի պատճառով վերացնելու կամ կրճատելու համար հատուկ կարևորություն ունի ռեանիմացիան: Արգանդի պատռվածքին նախորդում է ձգձգված ծննդաբերությունը, որին պատռվածքի հետևանքով միանում է նաև վարակումը: Այս բոլորը միասին բերում է օրգանիզմի կոմպենսատոր հատկությունների քայքայմանը, որի պատճառով արգանդի տրավմայի ժամանակ մեծ արագությամբ զարգանում է տերմինալ վիճակ: Շուրջ պաթոգենետիկ ֆակտորը արգանդի պատռվածքի ժամանակ հանդիսանում է արյունահոսությունը և ցավը, ուստի ռեանիմացիայի հիմքում ընկած է ցավաղրկումը և արյան կորուստի լրացումը:

Մահացած կանանցից 46-ը գտնվել են շուրջ և տերմինալ վիճակի մեջ, արյան կորուստը եղել է 1000—2500 մլ և ավելի: Հետևաբար, արյան փոխներարկման չափը պետք է որոշել արյան կորուստի չափով, շուրջ և տերմինալ վիճակի ծանրությանը: Շուրջ թեթև աստիճանի դեպքում արյան փոխներարկումները պետք է կատարել 100—110%-ի չափով արյան կորուստի համեմատ: 3-րդ աստիճանի շուրջ և տերմինալ վիճակի ժամանակ հեմոդինամիկայի կանոնավորման համար անհրաժեշտ է ներարկել մեծ քանակությամբ արյուն և արյանը փոխարինող հեղուկներ, կորցրած արյան 140—150%-ի չափով:

Ծննդաբերության հիմնարկները թարմ արյունով ապահովելու համար մենք առաջարկում ենք կազմակերպել ընկերքային արյան կոնսերվացիա, որը հնարավորություն կտա արյան փոխներարկում կատարել 110—150%-ի չափով:

5. Արգանդի պատռվածքի պատճառով մայրական մահացությունը վերացնելու կամ կրճատելու համար ծննդօգնության հիմնարկներում պետք է կիրառել անսաթեզիդոլոգիայի արդի նվաճումները, որն այդ ուղղությամբ հրակայական օգուտ կարող է տալ: Սակայն մինչև այժմ ՀՍՍՀ ծննդօգնության հիմնարկներում արգանդի պատռվածքների ժամանակ վիրահատությունը կատարվում է դիմակով նարկոզի պայմաններում կամ որոշ շրջաններում տեղային անզգայացումով:

6. Կարևոր նշանակություն ունի կադրերի տրակավորման հարցը: Հանրապետության շրջանային հիվանդանոցների, ծննդաբերական բաժանմունքների վարիչների զգալի մասը չի տիրապետում արգանդի անդամահատման և էքստրիպատիայի տեխնիկային: Նման վիրահատությունները կատարվում

Են շրջանային վիրաբույժները, որոնք ըստ մասնագիտության կարող են շտի-
րապետել վերը նշված խիստ մասնագիական վիրահատությունը կատարվում
է տեխնիկայես սխալ և բարձրացնում է մայրական մահացությունը:

Մենք կարծում ենք, որ առողջապահության մարմինները լուրջ ուշա-
դրություն պետք է դարձնեն այս հարցի վրա և ձեռք առնեն միջոցառումներ
մասնագետներ պատրաստելու ուղղությամբ:

Երևանի պետական բժշկական
ինստիտուտի մանկաբարձության և
գինեկոլոգիայի ամբիոն

Ստացված է՝ 6.6. 1975 թ.

В. А. ГЕВОРКЯН

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

Р Е З Ю М Е

Нами проанализировано 54 случая материнской смертности после разрыва матки в родах и во время беременности. Из 54 женщин 49 умерли во время срочных и 5 при преждевременных родах. У 42 умерших женщин положение плода было продольное, у 37 из них головное, у 5 ягодичное предлежание; у 12 женщин отмечено поперечное положение плода.

При анализе причин разрыва матки установлены механические причины у 25 женщин, гистопатические—у 14, неполноценный рубец на матке—у 10. Насильственный разрыв матки имел место у 5 женщин. Причиной смерти у 46 (85,3%) из 54 умерших женщин явился гемодинамический и травматический шок, у 2 (3,7%) эмболия околоплодными водами, у 6 (11%) перитонит.

Оперировано 40 женщин; у 30 было произведено радикальное оперативное вмешательство, у 10 ушивание разрыва матки. При разрыве матки со смертным исходом только у 2 женщин потеря крови была в пределах 300—500 мл, в 52 случаях эта потеря была в пределах 1000—2500 мл. Переливание крови проводилось 36 женщинам, кровопотери была возможна только у двух женщин, 9 женщинам перелита только кровезаменяющая жидкость.