

Р. Р. МАКАРОВ
К. М. ФИГУРНОВ

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ
ПО ИЗБРАННЫМ ГЛАВАМ
АКУШЕРСТВА

ВЫПУСК 1

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
ЛЕНИНГРАД-1963

Издание рассчитано на студентов и молодых врачей акушеров-гинекологов.

Книга составлена на основании поликлинических и клинических наблюдений за беременными и роженицами. В нее включены отдельные темы, начиная с диагностики беременности и кончая патологическим акушерством. Каждая тема включает разнообразные случаи из практики.

*Издательство просит отзывы
направлять по адресу:
Ленинград, Ф-2,
ул. Рубинштейна, д. 18/5,
Ленмедгиз.*

ВВЕДЕНИЕ

Приступая к изложению отдельных глав акушерства, прежде всего хочется обратить внимание на сущность этого раздела медицинской науки.

Для женского организма процесс беременности и акт родов — нормальное физиологическое явление. Но, будучи естественным явлением, беременность и роды иногда принимают атипическое течение, а в отдельных случаях — и явно патологическое, угрожая здоровью и жизни матери или плода. Чтобы обеспечить женщине здоровое материнство, акушерская наука должна изучать не только вопросы оказания рациональной помощи при родах, но и вопросы взаимного влияния организмов матери и плода, особенности внутриутробного развития плода, а также защиты его в этом периоде, во время рождения и в первые дни жизни. Однако, несмотря на современные достижения науки, наши знания о процессах, совершающихся в материнском организме во время беременности и родов, еще далеко не полны. Причина этого лежит, конечно, не в том, что научное акушерство начало развиваться поздно, только с XVIII в. Трудность, по нашему мнению, заключается главным образом в изыскании такой методики эксперимента, которая позволила бы вести изучение процессов в организме матери и ее плода, не нарушая нормального течения беременности. Как на дополнительную сложность в изучении этих процессов, можно указать еще и на то, что течение беременности у человека не во всем тождественно с таковым у экспериментальных животных. Однако, несмотря на указанные трудности, акушерами ряда поколений было разрешено много вопросов теоретического и практического акушерства. Наибольшие успехи в этом направлении были достигнуты в XX в. и особенно значительные — в Советском Союзе.

После Великой Октябрьской Социалистической революции организационные мероприятия молодого Советского государства по оздоровлению населения привели к созданию стройной системы здравоохранения, в том числе и системы родовспоможения. Издание ряда трудовых и правовых законоположений, предусматривающих охрану матери и ее ребенка, подготовка

многочисленных акушерских кадров, организация ряда акушерских научно-исследовательских институтов, широкой сети женских консультаций и акушерских стационаров для рожениц и беременных с патологическим течением беременности позволили не только решать важнейшие теоретические проблемы акушерства, но и практически вести борьбу за снижение акушерской патологии. Успехи родовспоможения в Советском Союзе нарастают с ростом благосостояния нашего государства, и не может быть сомнений в том, что оставшиеся еще недостаточно изученными вопросы в свое время будут успешно разрешены.

Успехам практического родовспоможения в нашей стране до известной степени способствовала еще и особенность развития русского акушерства. В то время как на Западе в вопросах практического акушерства являлись ведущими два крайних направления — излишний консерватизм венской школы и чрезмерная активность немецкой школы, русские акушеры в лице классических представителей нашей специальности А. Я. Красовского, Н. Н. Феноменова, И. П. Лазаревича, В. В. Строганова и многих других создали свою, русскую акушерскую школу, основной чертой которой являлось высокое сознание ответственности по отношению к судьбе матери и ее ребенка.

В основе русского направления лежит сочетание необходимости использования в родах физиологических процессов в организме самой беременной и роженицы с разумным применением оперативных вмешательств в размерах действительно необходимого в интересах матери и ребенка.

Эти высокие традиции, созданные в акушерской клинике Военно-медицинской академии еще А. Я. Красовским и его последователями — К. Ф. Славянским, А. И. Лебедевым и другими, оберегаются и поныне.

За многие годы в клинике накопился достаточный опыт в преподавании и в практическом акушерстве. Это послужило основанием обобщить его в виде пособия. Оно составлено не в виде обычного учебника, а в виде практического руководства с целью дать учащемуся не только совет, что необходимо сделать в том или другом случае, но объяснить, почему именно лучше то, а не другое. Наряду с разнообразными примерами даны и теоретические сведения.

Ввиду сложившихся обстоятельств пособие разделено на две части. В данной работе авторы не претендуют на исчерпывающую полноту освещения поставленных вопросов, а излагают преимущественно ту точку зрения, которой придерживается кафедра акушерства и гинекологии ВМОЛА им. С. М. Кирова. Они сочли бы себя вполне удовлетворенными, если их пособие в какой-то мере поможет практическому врачу в его ответственной и сложной работе.

ЛЕКЦИЯ ПЕРВАЯ

ДИАГНОСТИКА НОРМАЛЬНОЙ (И МНОГОПЛОДНОЙ) БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ

Гр-ка В., 24 лет, 20/V 1958 г. пришла на амбулаторный прием с целью выяснить, беременна ли она. Если мы действительно установим у женщины беременность, то ее будут интересовать и многие другие вопросы, как, например: позволяет ли состояние ее здоровья сохранить беременность, как будут протекать роды, какого режима и питания она должна придерживаться, чтобы беременность протекала нормально, и многое другое. Пока же надо выяснить только одно: беременна ли она?

Постараемся ответить на основной вопрос. Хотя наступившая беременность, как вы знаете, сопровождается рядом характерных признаков, по которым женщины с незапамятных времен часто без помощи врача ставили этот диагноз и ставили правильно, нужно помнить, что она не всегда диагностируется легко, особенно в раннем сроке.

В акушерской практике известны примеры, когда в раннем сроке после задержки менструации опухоль матки принималась за беременную матку или, наоборот, беременная матка расценивалась как опухоль. Известны случаи ошибок в диагностике беременности во второй ее половине и даже в периоде «родов», конечно, ложных.

Так, В. Ф. Снегирев¹ в своем труде «Маточные кровотечения» приводит две подобные ошибки. В первом примере, в свое время нашумевшем по всей Европе, речь шла о родах у сербской королевы Драги. С самого начала задержки менструации придворные акушеры диагностировали у королевы беременность и, ведя систематические наблюдения за ней, оберегали ее от возможного наступления аборта. Как отмечали наблюдавшие королеву акушеры, беременность развивалась нормально, и никаких сомнений у них не было. Наконец, в ожидаемый срок наступили «роды». Схватки развивались, как и положено при нормальных родах, но рождения младенца не наступало. По этому поводу на консультацию был приглашен из России проф. В. Ф. Снегирев. Последний, внимательно осмотрев королеву

¹ В. Ф. Снегирев. Маточные кровотечения. СПб, 1895.

Драгу, рекомендовал поставить очистительную клизму, так как переполненный кишечник мешал объективному исследованию. После клизмы был обильный стул, а когда после этого Снегирев стал исследовать королеву, то вопрос о беременности отпал.

Второй пример, приведенный В. Ф. Снегиревым, заключается в следующем. Однажды его пригласили на частную квартиру к больной, у которой опытный врач диагностировал доношенную внематочную беременность и предложил операцию чревосечения. Приехав к больной, В. Ф. Снегирев застал все приготовления к операции уже законченными, ожидали только его приезда, чтобы оперировать в его присутствии. Тщательный осмотр Снегиревым больной и назначенное им очищение кишечника сделали ненужным оперативное лечение, не оказалось не только доношенной внематочной, но и никакой беременности вообще.

Анализируя эти два примера, мы не должны думать, что врачи невнимательно отнеслись к вопросу диагностики беременности или ошиблись по незнанию симптомов ее. По-видимому, ряд неблагоприятных особенностей помешал им в диагностике. Поэтому, памятуя о возможной ошибке, будем с самого начала осторожны в выводах, если в них у нас нет полной уверенности.

Если при первом посещении женщиной врача совершенно ясного впечатления о беременности у нас не создается, не будем считать для себя позорным сказать женщине об этом прямо. Лучше попросим ее прийти еще через 1½—2 недели. Правильнее при сомнении в диагнозе повторить осмотр, чем отдать дань ложному стыду и допустить ошибку. Такая ошибка всегда раскроется и повлияет на авторитет врача. Прежде чем ответить женщине на волнующий ее вопрос, нам нужно очень ясно разобратся в следующих трех положениях.

1. Почему обычными акушерскими приемами диагностировать беременность в раннем сроке иногда бывает очень трудно?

2. Какой самый ранний срок беременности является реальным для диагностики обычными акушерскими приемами?

3. Есть ли более совершенные методы ранней диагностики беременности, кроме обычных амбулаторных?

Разберемся в этих вопросах по порядку.

К обычным акушерским приемам диагностики беременности относятся: а) анамнестические данные (характер менструаций: их начало, цикличность, число менструальных дней, количество кровопотери, день последней менструации; длительность задержки менструаций; особенности субъективных ощущений женщины с момента задержки менструации); б) объективные данные, полученные при врачебном осмотре (состояние грудных желез, вид слизистой влагалища, вид шейки матки, форма,

величина и консистенция матки, а также особенные свойства беременной матки).

Когда решается вопрос о ранней диагностике беременности, то анамнестические данные, конечно, принимаются во внимание, особенно если они подкрепляются и согласуются с данными объективного исследования. Какие же объективные данные могут служить подтверждением беременности в раннем сроке?

Таковыми данными являются вид и состояние слизистой оболочки влагалища, особенно шейки матки, но главным образом форма, величина и консистенция матки. Как же изменяются эти показатели при наступлении беременности? При каком сроке беременности начинает изменяться форма, величина и консистенция матки? Нередко даже врачи-акушеры, исследовав женщину, говорят: «Имеется 4-недельная беременность». Правильно ли это? Нет, неправильно!

Основываясь только на данных о форме, величине и консистенции матки, нельзя говорить о 4-недельной беременности. Для понимания этого надо вспомнить, когда и где происходит процесс зачатия. Начало беременности мы вынуждены обычно считать от первого дня последней бывшей менструации, при этом ясно представляя себе, что в этот день никак не может произойти зачатие, так как в это время нет жизнеспособной яйцевой клетки. Яйцевая клетка от бывшего цикла погибла, следствием чего была менструация, а яйцевой клетки от последующего цикла еще нет, так как овуляция только еще должна будет произойти после менструации в какой-то из дней между 8 и 17-м днями менструального цикла.

Допустим, что после бывшей 1-го числа менструации очередная овуляция произошла на 15-й день менструального цикла (рис. 1) и произошло оплодотворение яйцевой клетки. Предполагается, что встреча яйцевой клетки и сперматозоида происходит вскоре после овуляции, в пределах 5—6 ч, где -то в ампулярной части трубы. Предполагается также, что для продвижения зиготы (плодного пузыря)¹ от ампулярной части трубы до полости матки, где совершается имплантация, проходит в среднем 7—10 дней².

Следовательно, от первого дня последней менструации до момента имплантации плодного пузыря в слизистой тела матки проходит примерно 3 недели. Какой же размер имеет оплодотворенная яйцеклетка (плодный пузырь) в момент ее имплантации?

¹ Применительно к разным стадиям развития беременности у акушеров укоренились термины: яйцо, плодное яйцо. Правильнее применять термины современной эмбриологии: яйцеклетка, зигота, плодный пузырь, зародыш, плод.

² По данным некоторых современных американских авторов, оплодотворенная яйцеклетка этот путь совершает не за 7—10 дней, а за 5 дней.

Хотя это образование и может быть видимо невооруженным глазом, тем не менее размер его еще не настолько значителен, чтобы заметно повлиять на размеры матки. Кроме того (что не менее важно), за этот короткий срок и реактивное нервно-гормональное влияние, приводящее во время беременности к полнокровному росту матки, еще не могло сказаться в такой степени, чтобы заметно изменить ее размеры.



Рис. 1. Схема менструального цикла. Цифрами обозначены дни менструального цикла.

По нашему мнению, для пальпаторной диагностики беременности самым ранним сроком является 5 недель.

Из числа наиболее характерных признаков, которые при бимануальном исследовании именно с этого срока могут быть выявлены в беременной матке и других отделах полового аппарата, являются следующие: а) изменения в слизистой оболочке влагалища; б) изменение консистенции матки; в) изменение формы матки.

Изменения в слизистой оболочке влагалища во время беременности сводятся к тому, что она становится более рыхлой и

приобретает синюшный оттенок. Эти признаки беременности проявляются тем резче, чем больше ее срок.

Уже в предменструальный период матка становится более застойно-полнокровной. Это приводит к некоторому размягчению и увеличению ее. С наступлением же беременности полнокровие увеличивается еще больше. Размягчается вся матка, но в раннем сроке беременности это особенно заметно в области перешейка. Эту особенность беременной матки М. И. Горвиц



Рис. 2. Признак Горвица — Гегара — размягчение перешейка матки во время беременности.



Рис. 3. Признак Губарева — Гаусса — большая подвижность шейки по отношению к телу матки.

в России и Гегар за границей¹ предложили использовать как диагностический признак ранней беременности (рис. 2).

Размягчение матки при беременности было отмечено и рядом других авторов, предложивших свои диагностические признаки. Так, признак А. И. Губарева — Гаусса состоит в определении большой подвижности шейки по отношению к телу матки (рис. 3); первый признак Г. Г. Гентера состоит в определении на передней стенке тела матки продольного «гребешка», идущего по средней линии и не распространяющегося на дно, заднюю поверхность и шейку (рис. 4); второй признак Г. Г. Гентера — в усиленной антефлексии беременной матки; признак Г. И. Русина — в легкой возможности сближения тела матки с шейкой (при бимануальном исследовании), и некоторые другие.

¹ Цит. по А. Л. Каплану. Акушерство. М., 1952.

С наступлением беременности форма матки из несколько уплощенно-грушевидной переходит в шаровидную. Последняя сохраняется примерно до 8—9 недель беременности. После этого срока иногда удается отметить асимметрию, т. е. один из углов матки начинает как бы выступать по сравнению с противоположным (рис. 5). Этот признак, отмеченный Пискачekom, более ясно выражен на 9—12-й неделях беременности. Асимметрия матки возникает вследствие того, что имплантация плодного



Рис. 4. Признак беременности Гентера.



Рис. 5. Наружное выпячивание правого угла матки — признак Пискачека.

пузыря в матке обычно происходит вблизи устья той трубы, по которой он транспортировался.

Приведенные выше ранние признаки беременности у многих женщин действительно имеются. Однако они подвержены индивидуальным колебаниям, и нередко бывает, что они либо недостаточно отчетливо выражены, либо совсем отсутствуют.

На основании наших наблюдений, мы считаем, что при ранней беременности наиболее постоянным и более осязаемым признаком является признак В. Ф. Снегирева, в основе которого лежит легкая раздражимость беременной матки. Он состоит в том, что при бимануальном исследовании матка вначале ощущается мягкой, а затем, в процессе исследования, уплотняется.

Как видно, диагностика ранней беременности иногда может представлять некоторую трудность, и не всегда можно ограничиться однократным исследованием. Трудность диагностики ранней беременности (бимануальным исследованием) усугубляется иногда еще наличием побочных явлений в виде, например, различных заболеваний матки: опухолевых, воспалительных и пороков развития. Есть ли более совершенная методика диагностики ранней беременности? Да, есть. Это биологические реакции. При помощи этого исследования можно диагностиро-

вать беременность и раньше 5-недельного срока ее развития. Таких биологических (гормональных) реакций на беременность предложено много: реакция Ашгейм—Цондека—на неполовозрелых самках мышей; реакция Фридмана—на половозрелых самках крольчих, на выюнах, на самках и самцах лягушек и ряд других. Однако наиболее точная из них—это реакция Ашгейм—Цондека и особенно модификация ее Фридманом.

Принципиальным основанием для постановки реакции Ашгейм—Цондека и ее модификации послужило открытое ими наличие в организме беременных особого гонадотропного гормона, который выделяется ворсинами хориона и носит название хориального (или хорионического) гонадотропина, или хорион-гонадотропина. При введении его молодым животным обнаруживается ряд определенных изменений в их половом аппарате. К их числу относятся: появление застойного полнокровия рогов матки и утолщение их, гиперемия яичников, точечные кровоизлияния в их фолликулах и образование желтых тел, а во влагалище—усиленный рост эпителия.

Хорион-гонадотропный гормон в организме беременной накапливается в избыточном количестве, и часть его выводится из организма всеми выделительными органами, главным образом почками с мочой. Это обстоятельство и послужило поводом использовать для реакции мочу беременных женщин.

Техника производства реакции Ашгейм—Цондека проста. Для нее необходимо иметь пять инфантильных белых мышей в возрасте 3—4 недель (весом от 6 до 8 г). Мыши не должны быть по весу больше 8 г, так как при большем весе (т. е. в старшем возрасте) могут быть явления полового созревания и без воздействия введенного извне гонадотропина. С другой стороны, мыши весом меньше 6 г часто не выдерживают токсического действия мочи и погибают. Моча исследуемой женщины, взятая стерильно и имеющая слабо кислую реакцию, вводится мышам под кожу спины следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Схема введения мочи беременной женщины мышам при постановке реакции Ашгейм—Цондека

№ мышей	Дни и количество вводимой мочи (в мл)						
	1-й день		2-й день			3-й день	
	утро	вечер	утро	день	вечер	утро	
1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	На 4-й день взятие мазков из влагалища
2	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	
3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	На 5-й день мыши убиваются для осмотра половых органов
4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	

Как видно из этой схемы, реакция Ашгейм — Цондека требует много времени для ответа.

Реакция Фридмана представляет собой модификацию реакции Ашгейм — Цондека. Вместо неполовозрелых мышей, которых предложили Ашгейм и Цондек, Фридман рекомендует использовать более крупное животное — половозрелую, но молодую крольчиху, выращенную отдельно от других кроликов — самок и самцов. Такая замена животных дает возможность

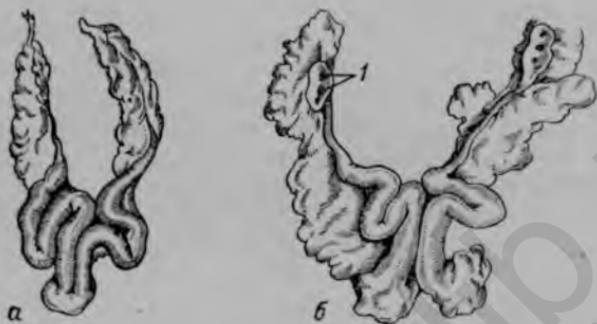


Рис. 6. Реакция Фридмана.

a — отрицательная; *б* — положительная; 1 — кровоизлияния в фолликулы («блютпункты»).

вводить им большее количество испытуемой мочи и при этом однократно. В результате и ответная реакция организма животного на введенные с мочой гормоны ускоряется и проявляется отчетливее, чем у маленького мышонка. Если ответная реакция по Ашгейм и Цондеку проявляется через 100 ч и даже требует микроскопического исследования, то при реакции Фридмана ответ может быть получен через 48—72 ч и невооруженным глазом.

Реакция Фридмана может дать отрицательный ответ при наличии беременности, если зародыш погиб, но она никогда не будет положительной при отсутствии беременности. В этом ее главное достоинство.

Методика реакции Фридмана состоит в следующем: половозрелой, но молодой крольчихе, весом 1500—2000 г, выращенной в соответствующих условиях (о чем было сказано выше), вводится однократно под кожу 30 мл утренней, взятой стерильно, слабо кислой реакции, мочи женщины, у которой предполагается беременность.

Через 72 ч под наркозом производится вскрытие брюшной полости крольчихи и осмотр ее половых органов. При наличии утолщения и гиперемии рогов матки и гиперемии яичников с наличием кровоизлияния в их фолликулах и желтых тел — реакция считается положительной (рис. 6).

Теперь, когда мы, хотя и кратко, ознакомились с основными изменениями, происходящими в половом аппарате женщины с наступлением беременности, которые следует учитывать при диагностике, вернемся к нашей пациентке и постараемся ответить на волнующий ее вопрос. Прежде всего познакомимся с ее анамнестическими данными. Ей 24 года. По профессии она педагог начальной школы, вышла замуж 7 месяцев тому назад, от беременности не предохранялась. Первые менструации у нее начались на 15-м году жизни, установились сразу через 4 недели, по 4 дня, безболезненны; кровопотеря во время менструаций была всегда умеренной. Последний раз менструация была обычной, 9/IV. Следующая менструация, ожидавшаяся 5/V, не наступила. В прошлом беременностей не было. Гинекологических заболеваний не было. Из общих заболеваний отмечает: в детстве — корь и скарлатину, а 3 года тому назад — воспаление легких.

Кроме того, пациентка отмечает, что последние семь дней она стала ощущать неприятное поташнивание по утрам и небольшое недомогание. С этого же времени заметила набухание грудных желез и небольшую болезненность их.

Говорят ли нам эти анамнестические данные о беременности? Да, конечно. Впервые наступившая задержка менструации после начала нормальной половой жизни, подкрепленная такими характерными для беременных субъективными ощущениями в виде появления некоторого недомогания, поташнивания по утрам (называемое vomitus matutinus) и легкого нагрубания грудных желез с повышенной чувствительностью их, почти наверное связана с беременностью. Однако это необходимо подтвердить объективными данными. Все эти субъективные ощущения могут быть следствием и других причин. Эти признаки, хотя и встречаются при беременности, но все же являются только признаками сомнительными и вероятными. Поэтому нужно постараться получить объективные данные и произвести влагалищное исследование. При этом определяется: наружные половые органы развиты правильно, волосяной покров на лобке по женскому типу, слизистая входа во влагалище имеет легкий синюшный оттенок. Девственная плева дефлорирована. Влагалище нерожавшей женщины, слизистая умеренно складчатая, слегка разрыхлена. Влагалищная часть матки конической формы; наружный зев в виде овала, обращен кзади. Матка в нормальном положении (anteflexio anteversio), неправильно-шаровидной формы, величиной с крупное куриное яйцо (такой бывает матка при шестинедельной беременности), мягкой консистенции, при этом она заметно уплотнилась во время исследований (признак Снегирева). Справа прощупывается слегка увеличенный яичник (желтое тело?), слева придатки не определяются, своды свободны, выделения молочного вида, умерен-

ные. Слизистая шейки матки, осмотренная при помощи зеркал, имеет легкую синюшную окраску.

Что же, можем ли мы теперь дать ответ на вопрос обратившейся к нам пациентки? Да, теперь мы это сделать можем. Наше исследование показало, что в половом аппарате имеются изменения, характерные для беременности, и что они (величина матки) соответствуют сроку задержки менструации, т. е. около 6 недель. Так и скажем, что беременность есть, примерно 6-недельная. Окончательная ли эта наша диагностика? Нет, пока еще не окончательная. Хотя мы и уверены в том, что беременность имеется, более или менее уверены и в том, что она развивается нормально, т. е. внутриматочно, однако срок ее еще небольшой, возможна ошибка, и быть в своих предположениях абсолютно уверенными мы пока не можем. Поэтому попросим пациентку навестить нас еще раз через $1\frac{1}{2}$ —2 недели. Тогда картина определится яснее, и мы дадим окончательный ответ.

30 мая гр-ка В. пришла на прием вторично. Повторное исследование показало, что беременность действительно имеется и развивается нормально,— матка стала более шаровидной, разряженной и увеличилась до размеров женского кулака (или гусиного яйца), т. е. соответственно сроку задержки месячных. Правый яичник, определяемый при первом посещении слегка увеличенным (по-видимому, в нем имеется желтое тело), остался тех же размеров. Слева придатки по-прежнему не определяются, своды свободны, выделения молочного вида, небольшие. Синюшная окраска слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки стала более отчетливой.

Теперь мы можем дать совершенно определенный ответ: имеется нормально развивающаяся 8-недельная маточная беременность.

Гр-ка В. была взята на учет, подвергнута общему врачебному обследованию, а в последующем систематически наблюдалась, как это обычно принято в женской консультации для беременных.

Теперь приведем пример диагностики многоплодной беременности.

Гр-ка К., 29 лет, 8/V 1958 г. пришла на амбулаторный прием клиники с жалобами на временами появляющиеся незначительные кровянистые выделения из половых органов, продолжающиеся последние пять дней. Считает себя беременной. Какие-либо вмешательства с целью прервать беременность категорически отрицает. Ознакомимся более подробно с анамнезом.

Пациентка — рабочая текстильной фабрики, по профессии банкбросница. Цех на 2-м этаже. Профессиональный стаж — 6 лет. Замужем с 23 лет. Менструации начались с 16 лет, установились сразу по 5 дней, через 4 недели. Последние менструа-

ции были в ожидаемый срок, 1/II 1958 г., обычного характера. В прошлом были 3 беременности, из которых первая в 1953 г. окончилась срочными нормальными родами, а последующие две (в 1955 и 1957 гг.) были искусственно прерваны, без осложнений. Из гинекологических заболеваний ничего существенного не отмечает. Телосложение правильное, рост средний, на вид — здоровая женщина. Настоящую беременность желает сохранить.

Выслушав подобные жалобы больной и зная анамнестические данные, о каком заболевании мы можем думать? Да, подумать здесь можно о многом. Но сначала произведем гинекологическое исследование. Живот правильной формы, свободно участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. В нижней части его прощупывается шаровидное, слегка мягковатое образование, на два с лишним пальца выше лона, безболезненное. Не мочевого ли это пузырь? Спросим у женщины, когда она была в туалете. Оказывается, только что перед приходом к нам. Проверим катетеризацией. Действительно, это не мочевого пузырь. Тогда что же это? Если допустить, что это матка, тогда почему она такая большая? Ведь последние менструации были 1 февраля, а сегодня — 8 мая. Самый большой срок беременности, который возможен у данной женщины, это 12 недель. Но при 12 неделях беременности матка еще целиком помещается в полости малого таза и только дно ее слегка выступает над лоном.

Вы знаете, что к исходу 3-го месяца беременности размеры матки настолько увеличены, что она начинает подниматься кверху и выходит из полости малого таза, а здесь дно ее на два с лишним пальца выше лона. В чем же дело? Произведем влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно, волосяной покров на лобке по женскому типу, слизистая входа во влагалище с синюшным оттенком. Промежность нормальная. Влагалище рожавшей женщины, слизистая умеренно складчатая, разрыхлена. Влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, нормальной величины. Наружный зев звездчатый, чуть приоткрыт, обращен кзади. Шейка матки непосредственно переходит в неправильно-шаровидной формы образование, слегка мягковатой консистенции вначале и более плотной в конце исследования, верхний полюс которого и определяется со стороны брюшной стенки, выше лона. По-видимому, это матка, увеличенная до 15—16 недель беременности. С обеих сторон придатки без видимых изменений, своды свободны, выделения молочного вида, слегка окрашенные кровью.

В чем же дело? Оказывается, что даже произведя влагалищное исследование, мы не смогли окончательно установить причину кровотечения. Да, это не всегда бывает просто. Дело в том, что во время беременности оно не обязательно возникает только из-за патологии развития беременности (аборт, предле-

жание плаценты и др.), оно может быть вызвано и заболеванием шейки (полипы, эрозии, рак шейки матки), тогда как беременность при этом развивается нормально. В подтверждение этого может быть приведен один из примеров, имевших место в нашей клинической практике.

В клинику поступила роженица с диагнозом врача женской консультации: доношенная беременность, предлежание плаценты. Принявший роженицу дежурный врач клиники, производя исследование, усомнился в правильности диагноза направления, так как данные наружного и внутреннего исследования не указывали на эту патологию. Было произведено дополнительное визуальное исследование влагалища и шейки матки с помощью зеркала. При этом отчетливо выяснилась и причина кровоточивости,— диагноз оказался совсем иным, а именно — рак шейки матки. Беременность к этому кровотечению непосредственного отношения, конечно, не имела.

Почему могла произойти такая ошибка в диагнозе? Вероятно, потому, что врач женской консультации отнесся к больной невнимательно. Такое заболевание, как рак шейки матки, в консультации, где наблюдалась больная, должно быть распознано значительно раньше. Врач даже в момент направления беременной в клинику не исследовал ее, а поставил диагноз предлежания плаценты только потому, что была беременность.

Поэтому будем внимательны и запомним, что при гинекологическом исследовании женщины всегда необходимо не только исследование общее и бимануальное, но и визуальное — шейки матки и влагалища, даже если женщина беременна и беременность у нее большого срока. Исследование с помощью зеркала безопасно и, как видно из приведенного выше, оказывается необходимым.

Продолжим наше исследование и с помощью зеркала осмотрим шейку матки. При этом ничего патологического мы не отметили: шейка матки обычной формы, наружный зев чуть приоткрыт, щелевидной формы, с небольшими поверхностными старыми надрывами. Слизистая — умеренно цианотичной окраски. Ясно, что незначительные кровянистые выделения исходят из полости матки, и, по-видимому, они связаны с патологией беременности.

Что же с нашей больной? Два явления нас особенно интересуют — это размеры матки, не соответствующие сроку задержки месячных, и наличие кровянистых выделений. О чем здесь можно думать? Что в данном случае вопрос идет о беременности маточной — бесспорно. Если бы была внематочная беременность, то несоответствие размеров матки сроку задержки месячных имело бы «обратное соотношение», т. е. матка была бы меньше, чем она должна быть при таком сроке задержки месячных. Здесь же наоборот. Кроме того, при внематочной беремен-

ности мы могли бы обнаружить какое-то образование в области придатков матки, а мы ничего патологического не отметили.

Третья особенность, которая часто сопровождает прерывающуюся внематочную беременность,— это вид кровянистых выделений. Они обычно бывают темной окраски, в виде кофейной гущи. Здесь же выделения светло-красные.

Однако если в данном случае беременность и развивается внутриматочно, то все же имеется какая-то патология. Поэтому будем осторожны и подумаем о том, что мы можем здесь встретить:

1. Многоплодную беременность и угрожающий выкидыш?
2. Пузырный занос?

Разберем вначале возможность наличия многоплодной беременности и угрожающего выкидыша.

Многоплодная беременность довольно часто встречается в отдельных семьях либо по линии жены, либо по линии мужа. Поэтому уточним этот вопрос у больной. Оказывается: у бабушки ее мужа были двойни и мать мужа сама является одной из двойни. Исходя из этого, мы можем расценить найденный большой размер матки, не соответствующий сроку задержки месячных, как беременность несколькими плодами.

При этом кровянистые выделения могут быть объяснены угрожающим прерыванием беременности. Такое предположение вполне возможно, тем более, что две предыдущие беременности у нашей больной были искусственно прерваны. В этом случае необходимо поместить больную в стационар для сохранения беременности. Так в сущности мы сейчас и поступим. Однако для данной женщины одного этого решения недостаточно. Для нее мы еще не все сделали бы, если бы ограничились только этим предположением. Ведь сходную картину может дать и очень тяжелая патология развития части плодного пузыря (хориона) — пузырный занос. Этот вопрос мы должны выяснить обязательно. Только после этого наша врачебная совесть может быть спокойной.

Пузырным заносом (рис. 7) называется особое гидропическое перерождение ворсин хориона, которые могут обладать значительной потенцией роста. Ворсины, вырастая иногда в глубину тканей матки, могут даже перфорировать ее стенку и выйти в свободную брюшную полость (рис. 8). Пузырный занос представляет собой опасную патологию для здоровья матери. Плод при этом, как правило, рано погибает. Нередко на почве пузырного заноса образуется хорионэпителиома. Клинически пузырный занос проявляется тем, что размеры матки не соответствуют сроку задержки месячных, а именно: ее размеры при пузырном заносе «опережают» те, которые свойственны данному сроку развития нормальной беременности. Вторая клиническая особенность этой патологии состоит в том, что при пузырном

заносе всегда появляются кровянистые выделения из матки. Иногда вместе с ними отходят и отдельные гидропически измененные ворсины в виде маленьких водянистых пузырьков.

Есть ли у нашей больной эти клинические симптомы? Кровянистые выделения у нее налицо. Однако мы не спросили у нее, не замечала ли она в выделениях маленьких пузырьков. Давайте спросим об этом у больной. Нет, она этого не отметила. Как же установить, имеется пузырьный занос или нет? К счастью, это заболевание диагностируется сравнительно легко.

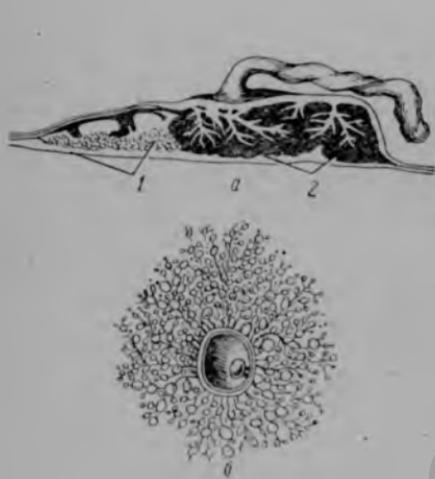


Рис. 7. Пузырный занос.

a — плацента: 1 — перерожденные ворсины; 2 — нормальная ткань плаценты; б — схематическое изображение пузырьного заноса.



Рис. 8. Разрушающий пузырьный занос.

1 — вены с ворсинками; 2 — шейка матки; 3 — область внутреннего зева; 4 — участок матки, проросший пузырьным заносом.

Как вы уже знаете из первого примера, с момента наступления нормальной беременности в организме беременной образуется в значительном количестве хорион-гонадотропный гормон, избыток которого выводится из организма, в частности, с мочой.

Оказывается, что при пузырьном заносе и при хорионэпителиоме этого гормона в организме образуется значительно больше, чем при нормальной беременности. Если взять мочу от женщины, имеющей нормальную беременность, и 30 мл ее ввести крольчихе под кожу спины (поставить реакцию Фридмана), то реакция будет положительной. Если же 1 мл мочи развести в 50 или в 100 мл и от этого раствора взять 30 мл для реакции, то последняя будет отрицательной. Хорион-гонадотропного гормона при нормальной беременности оказывается не так

уж много, чтобы дать положительную реакцию в разведении 1:50 или 1:100.

Реакция Фридмана, поставленная с таким разведением мочи, будет отрицательной и в том случае, если беременность многоплодная без какой-либо патологии.

При пузырьном же заносе или хорионэпителиоме реакция Фридмана оказывается положительной и при разведениях мочи 1:50, 1:100, а иногда даже и 1:200, так как хориального гонадотропина при этих заболеваниях образуется значительно больше. Вот это мы и проверим. Наше предварительное решение будет следующим:

1. Оставить больную в стационаре с предположительным диагнозом: многоплодная беременность, угрожающий аборт. Исходя из этого диагноза, впредь до окончательного выяснения его, будем применять меры для сохранения беременности.

2. Поставить реакцию Фридмана, с разведением мочи 1:50 и 1:100.

Реакция Фридмана при разведении 1:50 оказалась слабо положительной, 1:100 — отрицательной. Результат реакции Фридмана, поставленной с разведенной мочой, показал, что у данной женщины пузырьного заноса нет. Теперь мы можем остановиться только на одном диагнозе, а именно: многоплодная беременность, угрожающий аборт.

Больной был предписан постельный режим, ежедневные инъекции (один раз в сутки) препарата желтого тела (*Sol. Progesteroni 0,5%—1 мл*), в течение недели опийные клизмы (10 капель *T-ae Opii simpl.* на 30 мл воды) — 3 раза в день, ингаляции кислорода (2—3 подушки в день).

В стационаре она пролежала около месяца, выписалась с прогрессирующей беременностью, а затем родила двойню. Оба ребенка были нормально развиты, живые. В данном случае, как видите, для больной все сложилось благополучно.

Если бы реакция Фридмана, поставленная с разведенной мочой, дала положительный ответ, то это было бы расценено как пузырьный занос. При этом мы возможными средствами (фолликулин, синэстрол, хинин, пахикарпин, питуитрин и проч.) стремились бы форсировать прерывание беременности и при соответствующих условиях закончили аборт оперативным путем. При этом следует быть очень осторожным с инструментальным удалением остатков плодного пузыря: требуется большая кюретка для выскабливания, чтобы предотвратить возможность перфорации матки. Последняя при пузырьном заносе особенно возможна вследствие того, что стенка матки может быть истончена внедрившимися в нее гидропически измененными ворсинками.

Если бы во время такой операции возникали сомнения в целостности стенки матки, мы, убедившись в наличии перфорации

путем зондирования, немедленно перешли бы к операции чревосечения. Но и при всех благоприятных условиях, после удаления пузырного заноса, такая больная должна находиться под постоянным врачебным контролем с периодической постановкой (профилактически) реакции Фридмана с целью мочой. Первая проверка реакцией Фридмана должна быть не позже чем через 1—2 месяца после удаления пузырного заноса, вторая — через 3—4 месяца. Двукратный отрицательный ответ реакции может явиться благоприятным прогностическим признаком. При получении положительного ответа показана немедленная операция чревосечения и удаления матки, если только вы вполне уверены в том, что нет вновь наступившей беременности. Поэтому на период проверки женщина не должна жить половой жизнью. Об этом она должна быть осведомлена.

В первой половине беременности, при быстром увеличении размеров матки, не соответствующих сроку задержки месячных, у врача иногда может возникнуть вопрос о многоводии. Многоводие, действительно, иногда может ввести в заблуждение при установлении срока беременности. Однако нужно помнить, что эта патология обычно наблюдается не в первой, а во второй половине беременности. Поэтому при разборе данного примера, встретившегося нам в амбулатории, мы и не фиксировали внимания на многоводии, как причине необычного увеличения размеров матки.

ЛЕКЦИЯ ВТОРАЯ

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ

Гр-ка С., 24 лет, 7/IV в 16 ч поступила в родильное отделение клиники с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, иррадиирующие в поясницу и крестец. Схватки начались еще накануне вечером, но вначале они были слабыми, короткими и редкими, а утром 7/IV (в 11 ч) усилились и участились. В настоящее время схватки через 5—8 мин и держатся до полминуты. Воды не отходили. Беременность первая. С четырех месяцев беременности С. регулярно посещала женскую консультацию и, идя к нам, захватила с собой «обменную карту беременных», в которой имеются следующие записи врача консультации: «Строение тела и, в частности, размеры таза нормальные; со стороны органов грудной и брюшной полостей видимых отклонений от нормы нет. Данные анализов крови и мочи без особенностей. RW — отрицательная, каких-либо заболеваний во время беременности не было. Положение плода продольное, предлежит головка. Сердцебиение плода ясное». Имеется запись о том, что беременная прослушала в консультации четыре беседы врача по вопросам гигиены женщины в периоде беременности и по психопрофилактической подготовке к родам.

По-видимому, перед нами здоровая, молодая, первобеременная женщина, у которой началась родовая деятельность, иначе говоря, вероятно, поступила роженица, находящаяся в первом периоде родов. Какие вопросы должны возникнуть у врача родильного отделения при первичном общении с такой пациенткой? В числе первых вопросов, естественно, должны возникнуть следующие:

1. Каков срок беременности, каково положение плода и жив ли он.

2. Как расценить состояние здоровья роженицы и данные о строении ее тела и, в частности, таза.

3. Каков характер родовой деятельности.

4. Каково предположительное заключение о прогнозе родов для матери и ребенка.

Вот круг вопросов, которые акушер ставит перед собой при поступлении роженицы. И чем раньше и точнее он их

выяснит, тем акушерская помощь будет своевременной и действенной.

Прежнее представление о том, что акушер «принимает роды», т. е. принимает рождающегося младенца, в наше время является недостаточным. Современная роль акушера сводится не только к «приему родов», а к управлению родами. Каждый момент родового процесса акушер должен уметь своевременно и правильно оценить и, исходя из оценки, прийти роженице на помощь. Правильная же помощь возможна только тогда, когда акушер вдумчиво отнесется к анамнезу, результатам объективного исследования и данным, полученным в процессе внимательного наблюдения за роженицей в ходе родов.

Прежде всего следует убедиться, что у женщины действительно имеется беременность. Этим не высказывается недоверия врачу консультации, а только подчеркивается необходимость убеждения в действительном наличии беременности, так как иногда даже в этом отношении бывают ошибки, хотя они и представляют собою исключительную редкость. На примерах из практики проф. В. Ф. Снегирева, приведенных выше, возможность таких ошибок показана с очевидностью.

Но вернемся к поступившей гр-ке С. Прежде всего ознакомимся с ее анамнезом. Как мы уже знаем, поступившей 24 года и эта беременность у нее первая. В семье она росла первым ребенком и, со слов родителей, знает, что развивалась нормально, ходить начала с годовалого возраста, в детстве перенесла корь, ветряную оспу и скарлатину. Есть одна сестра и брат (моложе ее), они тоже здоровы. Отец и мать здоровы. Окончила 8 классов средней школы, после чего поступила в техникум связи, и в настоящее время работает на заводе мастером. Менструации начались на 14-м году, установились сразу с 28-дневным циклом по 4 дня, безболезненные, умеренные. Полтора года тому назад вышла замуж. Муж здоров, ему 29 лет. От беременности не предохранялась.

Последние менструации были 29 июня, обычные. В первые четыре месяца беременности (а особенно в первые два) ощущала общее недомогание, сонливость, быструю утомляемость, поташнивание, иногда по утрам бывала рвота. Затем все эти явления, постепенно уменьшаясь, исчезли. Во второй половине беременности самочувствие было хорошим. 18 ноября впервые ощутила шевеление ребенка.

Судя по записям, сделанным в обменной карте врачом консультации, увеличение размеров матки при каждом посещении соответствовало сроку нормального развития беременности, т. е. совпадало со сроком задержки менструации. Артериальное давление было нормальным, отеков не было, еженедельный прирост веса тела беременной был в пределах 300,0—400,0.

Полученные анамнестические данные подтверждают наше первое предположение о том, что перед нами действительно здоровая беременная женщина.

Объективное исследование. Обратим внимание на общий вид, рост, строение тела, походку. Общий вид вполне удовлетворительный: кожа эластичная, местами пигментирована (белая линия живота, околососковые кружки, наружные половые органы), слизистая век, зева и носа нормальной розовой окраски; подкожная жировая клетчатка развита достаточно хорошо. Обращает внимание увеличенный живот — он равномерно выпячен, что заставляет женщину при ходьбе, в целях сохранения равновесия, несколько отклонять корпус кзади. Рост 160 см. Определяя форму строения тела, мы особенно интересуемся формой поясничного ромба (так называемого ромба Михаэлиса), так как по виду этого ромба можно судить о форме строения таза. При нормальном строении таза ромб имеет форму правильного четырехугольника (см. рис. 9, а), верхней точкой которого является небольшая впадинка под остистым отростком пятого поясничного позвонка, нижней — основание копчика (начало межъягодичной складки), боковыми — небольшие ямки, соответствующие *spinae iliae posteriores superiores*.

При нормальной форме ромба неправильность в строении внутренних стенок таза бывает только тогда, когда имеются костные шипы (экзостозы), которые, не изменяя наружной формы таза, влияют на его внутренние размеры.

Костные образования (экзостозы) встречаются редко и обычно располагаются в области мыса (*promontorium*) или лона. Распознаются они при влагалитном исследовании. Различные же отклонения от нормального строения таза, произошли ли они во время внутриутробного развития или образовались после рождения вследствие перенесенного заболевания (рахит, туберкулезный процесс позвоночника, тазобедренного сустава или нижней конечности), приводят к изменению формы поясничного ромба (рис. 9).

У поступившей роженицы форма ромба правильная. Обратите внимание на изменчивость в ее поведении. Иногда она спокойно ходит или лежит, отвечает на вопросы, а временами останавливается, облакачивается на какую-либо опору и как бы застывает в этом положении, не отвечая на вопросы. Такое состояние у роженицы наблюдается в момент схватки, после которой она опять становится спокойной и отвечает на задаваемые вопросы.

Как правило, родовая боль имеет распространенный характер, и строго локализовать место ее особенного ощущения роженица не всегда может. Начинается же она, по словам рожениц, обычно в области крестца, а затем распространяется на область поясницы и нижнюю часть живота.

Вы видите, что наша пациентка молчаливо переносит болевые ощущения во время схватки. Но другие женщины во время схваток ведут себя иначе: они стонут, иногда кричат и даже мечутся в постели, теряя всякий контроль над своими поступками. В чем же дело? Почему одни женщины во время родов, ощущая болезненность при схватках, ведут себя более или менее спокойно, а другие от боли иногда даже теряют самообладание?

Что представляет собой родовая боль? На этот вопрос пока, к сожалению, еще нельзя дать исчерпывающего ответа. Родо-



Рис. 9. Различные формы поясничного ромба.

a — при нормальном тазе; *б* — при плоском тазе; *в* — при общеравномерно суженном тазе; *г* — при косо суженном тазе.

вая боль, как и боль, вызванная другими причинами, — очень сложное явление. Боль — это своеобразное ощущение человека, определяющееся совокупностью физиологических процессов в центральной нервной системе, вызванных каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражением (БЭМ, т. 4, изд. 1958 г., стр. 74). Может ли быть отнесена боль, ощущаемая во время родовых схваток, к этому общему понятию о боли. Да, может быть отнесена.

Роды, связанные с разнообразными и сложными процессами, происходящими в организме роженицы и особенно в ее родовых путях (различные обменные процессы, сокращения тела матки, растяжения ее шейки, связочного аппарата и тазового дна, давление частей плода на материнские ткани и др.), конечно, не могут протекать без субъективных ощущений, — ведь в тканях родовых путей заложены многочисленные рецепторные аппараты. Ответная же реакция организма на эти раздражения может быть различной. Характер ее зависит, по-видимому, не только от выраженности механических причин, т. е. от степени растяжения тканей, соотношений между размерами плода и родовыми путями, степени сдавления материнских тканей и

характера родовой деятельности, но и от индивидуальных особенностей организма роженицы (в первую очередь от состояния ее нервной системы) и многих других факторов. Ограниченные рамки работы не позволяют изложить подробно вопрос о физиологии родовой боли. Мы осветим его только в общих чертах. Желая ознакомиться с ним подробнее можно рекомендовать книгу А. П. Николаева «Очерки теории и практики обезболивания родов». Л., 1953, и другие книги.

Трудами современных отечественных исследователей — Э. Ш. Айрапетьянца, Б. А. Долго-Сабурова, Н. Л. Гармашевой, К. Х. Кекчеева и Ф. А. Сыроватко и других установлено¹, что в матке и в других отделах родовых путей заложена сложная и многообразная система рецепторов (хемо-, механо-, баро и терморепторов). Она первой воспринимает раздражения, возникающие в половом аппарате. Раздражения от рецепторов по многочисленным путям (спинномозговым нервам, вегетативной системе и по путям сосудистой иннервации и др.) достигают коры головного мозга. В корковых центрах (мозговом конце анализаторов) раздражения, согласно учению И. П. Павлова, приобретают новые качества, в частности, некоторые из них обуславливают возникновение болевых ощущений.

Кора больших полушарий играет важную роль в восприятии и «осознании» боли. Она объединяет и связывает все раздражения, поступающие с периферии по разнообразным центростремительным путям. Эти пути частично заканчиваются в зрительных буграх, но благодаря наличию богатой сети корково-бугровых волокон и ретикулярной формации они так или иначе связываются с клетками высших отделов мозга.

Однако не следует думать, что только в результате механического раздражения рецепторов, заложенных в родовых путях, появляется ощущение боли. В возникновении и оформлении болевых ощущений имеют значение другие причины, как, например: патологическое изменение химизма тканей, нарушение взаиморегуляции отдельных звеньев нервной системы, а также условнорефлекторные механизмы и деятельность второй сигнальной системы в ее взаимодействии с первой сигнальной системой (А. П. Николаев)². В частности, имеет значение эмоциональное состояние роженицы — ее отношение к родам и к будущему ребенку, которое может обуславливать различную степень возникновения болевого ощущения в родах. Известно, что еще до замужества девушка из разных источников (произведений художественной литературы, рассказов замужних женщин и др.) узнает о родах как о болезненном, а иногда и опасном для жизни

¹ Цит. по А. Л. Каплану. Акушерство. М., 1952; Г. А. Кассиль. Боль и обезболивание. М., 1960.

² А. П. Николаев. Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, 1953.

матери и ее ребенка событию. Готовясь к родам, она часто находится под влиянием указанных словесных раздражителей и ожидание предстоящего испытания вызывает у нее чувство страха, что снижает тонус коры больших полушарий, тем самым создавая благоприятный фон для возникновения ощущений боли.

При нормальных родах боль, обусловленная известными физиологическими процессами, у одних женщин вовсе не возникает, другими воспринимается, как вполне переносимая, у третьих же, вследствие чувства страха, может принять необычную форму, т. е. воспринимается как очень сильная. В конечном итоге страх способен не только усилить самую боль, создать неприятный тяжелый фон для ее переживания и снизить порог возбудимости коры головного мозга, но и, истощая силы роженицы, может неблагоприятно повлиять на само течение родов. Вот почему современное акушерство, доказав на практике ненужность и даже вредность боли при родах, стремится к тому, чтобы облегчить страдания рожениц.

Немалые успехи в этом достигнуты уже и в настоящее время. Но это только начало. Не может быть сомнения в том, что с углублением наших познаний во всех областях науки и, в частности, акушерской, проблема массового, действенного обезболивания родов и управления ими будет полностью разрешена.

Современных методов родообезболивания имеется два: один — психопрофилактическая подготовка беременных к родам и второй — фармакологический (медикаментозный). Они не конкурируют между собой, а взаимно дополняют друг друга. Но основным методом все же считается первый.

Мы не будем здесь излагать эти методы, так как обезболивание родов составит отдельную главу. Вернемся к продолжению исследования нашей роженицы. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. Левая граница сердца несколько расширена. Такое изменение левой границы сердца у беременных происходит из-за приподнятости диафрагмы увеличенной маткой, что меняет положение сердца, придавая ему несколько «лежачее» положение. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 68 ударов в одну минуту. Артериальное давление (АД) равно 128/65 мм рт. ст. Отеков нет. Границы легких в пределах нормы, но нижняя апертура грудной клетки несколько расширена (тоже в результате увеличения размеров матки). Дыхание везикулярное. Верхняя граница печени на нормальном уровне, нижний край ее не пальпируется. Состояние нервной системы без особенностей. Поведение роженицы уравновешенное, она спокойно отвечает на вопросы.

В довершение проведенного общего исследования осталось произвести анализ крови, определить групповую ее принадлежность и наличие резус-фактора (даже если эти данные проверялись в консультации), а также анализ мочи и исследование

бактериальной флоры влагалища (если к тому будут показания). Дадим соответствующие указания персоналу и перейдем к специальному акушерскому исследованию.

Акушерское исследование является очень важным звеном в общей цепи исследования роженицы. Оно складывается из двух видов: наружного и внутреннего. Наружное исследование в свою очередь состоит из осмотра, пальпации (живота и матки), выслушивания сердечных тонов плода и измерения (живота, матки, таза). Осмотр мы уже произвели довольно тщательно, перейдем к пальпации. Методика пальпации включает четыре приема. В свое время их называли приемами Леопольда. Однако сейчас даже на его родине приоритет Леопольда оспаривается.

При первых трех приемах врач становится справа от роженицы, лицом к ее голове, а при четвертом — справа же, но лицом к ногам роженицы. Исследование производится осторожно, всей ладонной поверхностью, а не отдельными пальцами, чтобы добиться достаточной полноты ощущений и не вызвать беспорядочных сокращений матки.

При первом приеме (рис. 10, а) обе руки, обращенные концами пальцев друг к другу, помещаются на верхнюю часть живота (дно матки) параллельно краям грудной клетки. Этим приемом определяется высота стояния дна матки, что дает возможность судить о сроке беременности, определяется характер части плода, лежащей в дне (следовательно, косвенно решается вопрос о характере подлежащей части), а также отмечается форма матки (овоидная, поперечно-растянутая, седлообразная и проч.).

При втором приеме (рис. 10, б) руки передвигаются на боковые поверхности живота (матки). Попеременно обеими руками пальпируют боковые стенки матки, стремясь прощупать прилежащие к ним части плода. Спинка определяется по равномерно гладкой и плотной поверхности, а мелкие части — по наличию бугристых участков и толчков, являющихся следствием движений плода. Этим приемом определяются положение плода (продольное, косое, поперечное), позиция (первая — левая или вторая — правая), а иногда — и вид его. По степени подвижности плода, определяемой этим приемом, можно судить и о количестве околоплодных вод. Иногда удается даже определить и место прикрепления плаценты.

Третьим приемом (рис. 10, в) определяется характер подлежащей части. Этот прием производится одной правой рукой. Большой палец отводится, и ладонь руки укладывается на низ живота, над лоном. Концами пальцев охватывают подлежащую часть, отмечая ее форму, величину, плотность, высоту стояния и подвижность. Головка отличается от тазового конца тем, что имеет шарообразную форму и плотную консистенцию. Кроме того, при стоянии головки над входом, иногда удается

отметить симптом баллотирования, который заключается в заметном возвращении головки к исходному положению после легкого, короткого (толчкообразного) смещения ее пальцами. При тазовом предлежании симптом баллотирования, как правило, не определяется. Этим приемом можно отметить и соот-

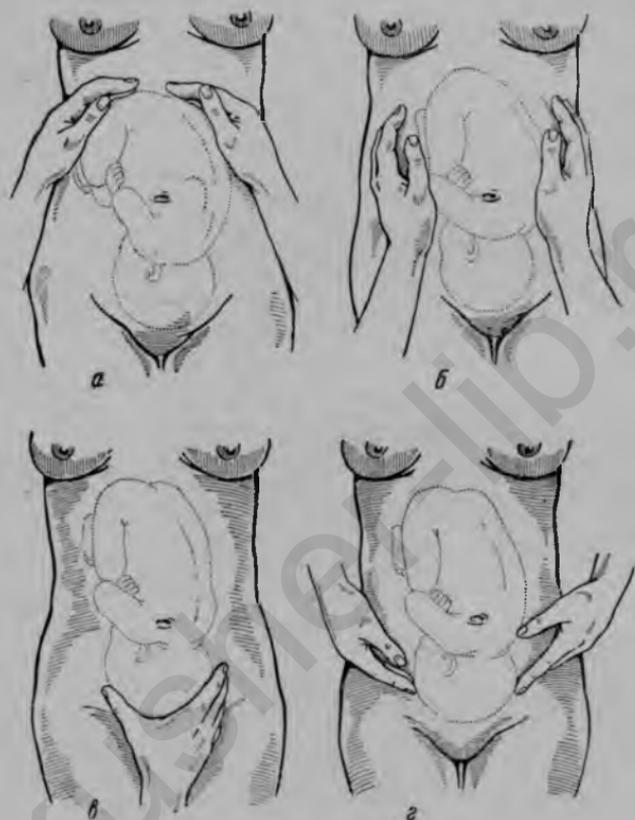


Рис. 10. Приемы наружного акушерского исследования.

а — первый прием; *б* — второй прием; *в* — третий прием; *г* — четвертый прием.

ношение между величиной головки и размерами входа в таз. Чем ниже находится головка в тазу, тем труднее ее прощупать. Однако третий прием не всегда может дать достаточно отчетливое представление о соотношении предлежащей части и входа в таз.

Для более точного определения этого служит четвертый прием (см. рис. 10). При этом исследующий, повернувшись лицом к ногам роженицы и располагая обе руки на нижней части живота, старается пальцами проникнуть между краями лонных

костей и предлежащей частью плода. Этот прием, выполненный осторожно и правильно, позволяет установить высоту стояния головки по отношению ко входу в таз, степень ее подвижности, расположение и отношение к стенкам таза, а иногда определить местоположение затылка и лицевой части головки.

Отмеченное при втором приеме местоположение спинки можно уточнить путем выслушивания сердцебиения плода. При правильном членорасположении сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается со стороны спинки, при головном предлежании — слева или справа ниже пупка, а при тазовом — выше пупка. У нормально развитого плода сердцебиение к началу родов должно быть ритмичным, достигая 120—130 ударов в одну минуту. Учащение, а тем более урежение и аритмия его указывает на возникновение асфиксии. Глухота сердечных тонов тоже иногда является показателем наступившей асфиксии. Если в начале родов сердечные тоны выслушивались отчетливыми, а глухота их наступила позже, в процессе родов, то такое изменение в сердечных тонах чаще всего является следствием асфиксии. Но если при всех прочих нормальных данных сердцебиение плода прослушивается глухим с самого начала родов, то глухость его может быть и не связана с асфиксией. Сердцебиение может быть глухим и вследствие того, что спинка плода обращена к задней поверхности матки (задний вид), поэтому сердцебиение и прослушивается недостаточно отчетливо со стороны живота роженицы.

Измерения. С практической целью в акушерстве принято производить измерения наибольшей окружности живота (на уровне пупка), размеров матки (от лона до дна), расстояния от лона до пупка и до мечевидного отростка, размеров таза. Измерения размеров живота и матки производят сантиметровой лентой, а размеров таза — специальным тазомером (рис. 11). Измерение живота и матки позволяет иметь суждение о правильности развития беременности, т. е. соответствии ее размера сроку задержки менструации, величине плода, а также о наличии многоплодия и многоводия.

В конце нормального развития беременности одним плодом величина окружности живота у здоровых женщин колеблется

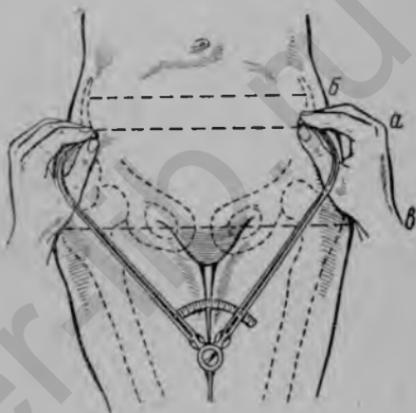


Рис. 11. Измерение поперечных размеров таза.

a — dist. spinarum; *б* — dist. cristarum;
в — dist. trochanterica.

в пределах 95—103 см (рис. 12, а), а высота стояния дна матки — 32—34 см (рис. 12, б).

Измерение таза. Является весьма важным в акушерском исследовании. Анатомически таз принято делить на большой и малый (рис. 13), границами между ними являются: по бокам — терминальная линия (*linia innominata, s. terminalis ossis ilee*), сзади — мыс (*promontorium*), а спереди — верхний край лона.

Большой таз, составленный позвоночником, крыльями крестца и подвздошных костей и имеющий форму полукольца, в силу

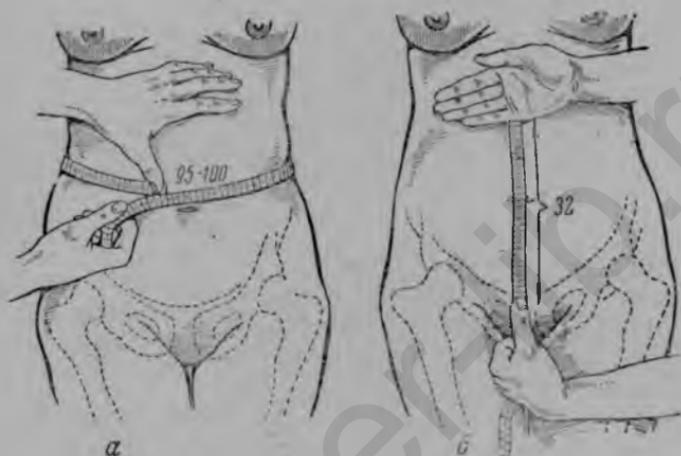


Рис. 12. Измерение окружности живота (а) и высоты стояния дна матки (б).

своей формы и размеров не может вызвать какого-либо препятствия для продвижения плода.

Однако его форма и размеры имеют очень большое значение в практическом акушерстве, так как им соответствуют определенная форма и размеры малого таза, недоступного нам для полного исследования.

В большом тазу различают следующие размеры (рис. 14):

1. *Distantia spinarum (d. sp.)* — расстояние между самыми отдаленными друг от друга наружными точками передне-верхних остей подвздошной кости. При нормальном строении женского таза оно равно 25—26 см.

2. *Distantia cristarum (d. cr.)* — расстояние между наиболее отдаленными наружными точками на гребешке подвздошных костей. Оно равно 28—29 см.

3. *Distantia trochanterica (d. tr.)* — расстояние между самыми отдаленными точками бугров бедренных костей. Оно равно 31—32 см.

Этим трем поперечным размерам большого таза соответствуют определенные поперечные размеры входа в малый (рис. 15). Но прямой размер, так называемая истинная конъюгата (рис. 15). Но прямой размер, так называемая истинная конъюгата

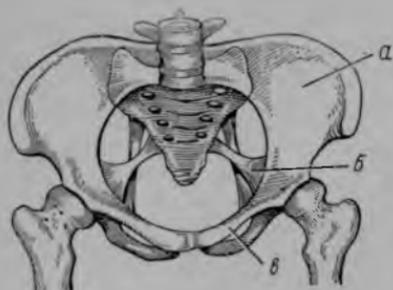


Рис. 13. Нормальный женский таз.

a — большой таз; *б* — малый таз;
в — граница между большим и малым тазами.

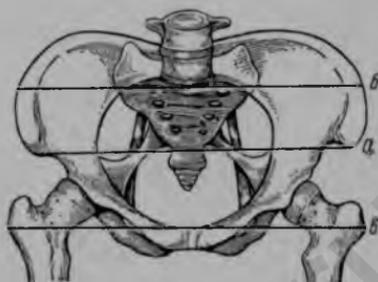


Рис. 14. Точки на костях таза, которые используются для измерения поперечных размеров входа в таз.

a — dist. spinarum; *б* — dist. cristarum; *в* — dist. trochanterica.

югата, которая имеет особенно важное значение для течения родов, этими измерениями не определяется. Для выяснения размера последней измеряют наружную конъюгату (*conjugata ext.*), т. е. расстояние от верхнего угла поясничного ромба до самой верхней наружной

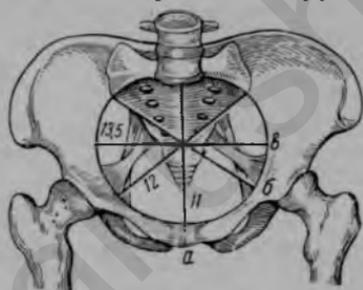


Рис. 15. Нормальные размеры входа в таз.

a — прямой размер; *б* — косой размер; *в* — поперечный размер.

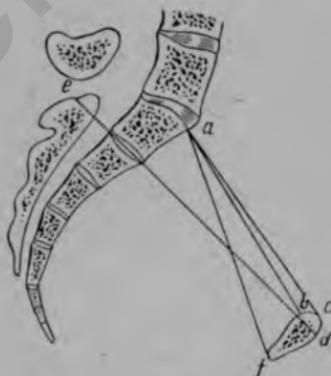


Рис. 16. Передне-задние размеры таза.

ac — анатомическая конъюгата; *ab* — истинная, или акушерская, конъюгата; *aj* — диагональная конъюгата; *ed* — наружная конъюгата.

точки на симфизе (рис. 16). Она равна 20—21 см. В ряде случаев роды принимают патологическое течение только потому, что малый таз имеет неправильное строение или уменьшенные размеры. Малый таз, т. е. костную часть родового канала,

делят на три отдела: вход, полость и выход. Границы входа совпадают с границей между большим и малым тазом (промонторий — терминальная линия — верхний край лона).

В нем различают следующие размеры: прямой — истинная конъюгата (с. vera) — между самыми приближенными друг к другу точками на мысе (promontorium) и на симфизе. Он равен 11 см и ориентировочно определяется путем вычитания из наружной конъюгаты 9—10 см, в зависимости от толщины костных и мягких тканей.

Два косых размера между крестцово-подвздошным сочленением и лобковым бугорком (tuberc. ilio-pubicum). Левый косой размер — от левого подвздошно-крестцового синхондроза — к правому бугорку и правый — от правого синхондроза к левому бугорку. Оба они равны 12 см. Поперечный размер измеряется между самыми отдаленными точками на терминальной линии. Он равен 13—15,5 см (см. рис. 13).

Полость таза имеет чашеобразную форму и является самой вместительной частью таза. Она образуется сзади крестцовой костью, с боков — седалищными костями, а спереди — лонными. В полости таза различают широкую и узкую часть. Границей между ними является плоскость, мысленно проводимая между следующим образованием: спереди — нижним краем лона, сбоку — серединой вертлужных впадин, сзади — границей между II и III крестцовыми позвонками. Величина прямого размера здесь примерно равна величине поперечных размеров (12 см). Кроме того, в тазу принято проводить еще одну плоскость — плоскость узкой части таза, ее границами являются: сзади — граница между крестцом и копчиком, с боков — ости седалищных костей, спереди — нижний край лона. Здесь также различают прямой размер, два косых и поперечный.

Выход таза образован сзади вершиной копчика, с боков — плотными связками между крестцом и седалищными буграми (lig. sacro-tuberosum) и самими седалищными буграми и спереди нисходящими ветвями лонных костей, образующих лонный угол. Прямой размер выхода равен 9—9,5 см, а поперечный — 11 см (рис. 17 и 18). Снизу выход таза закрыт плотным мышечно-фасциальным слоем, образующим тазовое дно.

Вследствие особенности формы строения задней и передней стенок, ограничивающих полость и выход малого таза, образуется так называемое колено родового канала. В колене родового канала изменяется направление приводной оси таза — линии, соединяющей середины прямых размеров всех его плоскостей. Ось идет книзу и кзади во входе, меняя свое направление у выхода (вперед и кверху) (рис. 19).

Это обстоятельство, как мы увидим ниже, имеет существенное значение в процессе родов, определяя комплексе приспособительных движений плода, иначе говоря, определяя биомеха-

низ родов. Тазовое дно состоит из системы мышц и фасций, расположенных черепицеобразно, что дает возможность узкой половой щели (*hiatus genitalis*) расширяться во время родов до размеров величины плода (рис. 20 и 21).



Рис. 17. Измерение поперечного размера выхода таза.

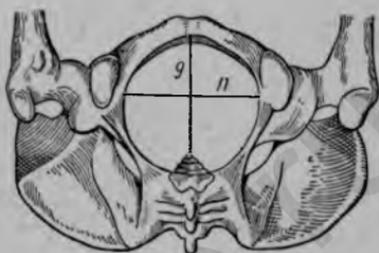


Рис. 18. Нормальные размеры выхода таза: прямой (9 см); поперечный (11 см).

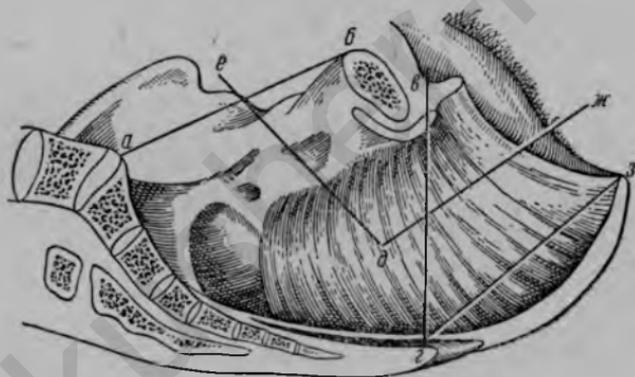


Рис. 19. Направление родового канала при полном «развертывании» его мягкого отдела.

аб — плоскость входа; *вг* — плоскость выхода; *дж* — колено родового канала; *едж* — направление оси родового канала; *зз* — формирование дополнительного мягкого отдела родового канала.

В практическом акушерстве имеет значение и так называемый угол наклона таза. Под этим термином понимается угол, образуемый пересечением плоскости входа в таз с горизонтальной плоскостью, при положении женщины стоя. При нормальном строении тела этот угол равен 50—60°.

При увеличении угла наклона лоно становится ниже и несколько отдалается от мыса, что ведет к удлинению на 0,5—

1 см истинной конъюгаты. При уменьшении угла получается обратное соотношение (рис. 22).

Какие же данные мы получили у нашей роженицы, проделав наружное акушерское исследование? Окружность живота —



Рис. 20. Схематическое изображение тазового дна до родов (вид снизу).

99 см, высота стояния дна матки (от лона) — 31 см. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка, фиксирована во входе малым сегментом. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 124 удара в одну минуту, отчетливое. Строение таза нормальное, а его размеры, указанные в об-

менной карте, совпадают с нашим измерением, они равны 26; 29; 32; 21 см.

Как видите, наружное исследование подтвердило наличие беременности. Об этом говорят не только предположительные



Рис. 21. Схематическое изображение тазового дна во время родов (вид снизу).



Рис. 22. Изменение длины конъюгаты при максимальном сгибании (10 см) и разгибании (10,5 см) в тазобедренных суставах.

признаки: отсутствие менструации, увеличение живота, но и достоверные: шевеление плода, ощущаемое врачом и самой женщиной, и отчетливо прощупываемые нами части плода, а также выслушивание его сердцебиений.

Сочетая анамнестические данные с данными наружного исследования, мы можем заключить, что беременность доношен-

ная, положение плода правильное, плод живой и что роды, по-видимому, должны протекать нормально.

Таким образом, перед нами молодая здоровая беременная женщина, у которой начались срочные роды. О срочности родов говорят данные о дне последней менструации, дате первого шевеления плода, а также размеры матки. Как определяется предполагаемая дата родов по менструации, по первому шевелению плода и по размерам матки?

Многочисленные наблюдения показывают, что беременность у человека продолжается около 280 дней, а наиболее часто — 273 дня. Чтобы определить предполагаемую дату родов по менструации, Негеле (Naegele)¹ предложил от первого дня последней бывшей менструации вычесть три календарных месяца и добавить 7 дней. Дату родов можно определить и по дню первого шевеления плода, прибавив к нему 4½ календарных месяца. Однако при этом следует учесть, что первое шевеление плода, которое обычно ощущается по истечении 20 недель беременности, повторнوبرеменные (повторнородящие) отмечают несколько раньше, чем первобеременные (первородящие). Иногда разница в ощущении первого шевеления плода у первои повторнوبرеменных может достигать двух недель.

Если из анамнеза устанавливается, что данной беременностью предшествовало только одно единственное половое сношение и срок его точно известен, то предполагаемую дату родов можно вычислить и по этому признаку. Для этого от даты полового сношения следует отсчитать 3 календарных месяца.

Нередко встречаются беременные и роженицы, которые не могут указать дня последней менструации и первого шевеления плода, а половое сношение у них не было единственным. В этом случае о сроке беременности и о предполагаемой дате родов приходится судить по размерам матки, а после рождения младенца — по ряду признаков, характеризующих его зрелость

О размерах матки мы судим по высоте стояния ее дна (от лона), измеренной сантиметровой лентой². Как показывает опыт, такое измерение при нормальной беременности может быть в большинстве случаев достаточным. Однако иногда оно может оказаться и ошибочным, так как величина матки меняется в зависимости от индивидуальных колебаний размера плода, от количества плодных вод и от других условий. Эти обстоятельства необходимо учитывать. Как изменяются размеры матки, можно представить себе из рис. 23 и 24.

Для определения срока беременности применяются и другие способы измерения. Так, В. В. Сутугин³ предложил

¹ Цит. по К. К. Скробанскому. Учебник акушерства. М., 1936.

² Некоторые акушеры это измерение производят тазомером Мартина.

³ А. В. Рудаков. Определение срока беременности. Автореф. дисс., Л., 1955.

пользоваться газометром, измеряя им длину плода через брюшинную стенку матери. Для этого один конец тазомера устанавли-

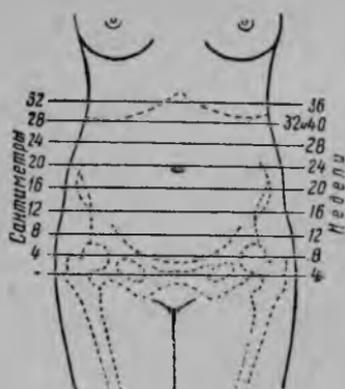


Рис. 23. Высота стояния дна матки по неделям беременности (в сантиметрах).

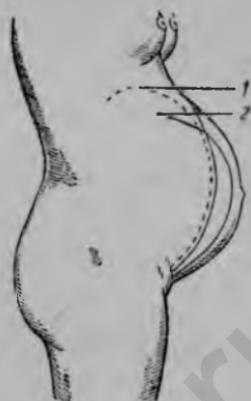


Рис. 24. Высота стояния дна матки на 36-й (1) и 40-й (2) неделях беременности.

ливаются у дна матки, а другой — у нижнего полюса предлежащей части плода (рис. 25). Полученная величина при доношенной беременности равна 25 см, она удваивается, и, таким образом, длина плода оказы-



Рис. 25. Измерение длины плода через брюшную стенку.

вается равной 50 см. Скульский этот вопрос решает иначе. Он предложил формулу: $\frac{(L \times 2) - 5}{5}$, где L — длина от

симфиза до дна матки, полученная при измерении этого расстояния тазомером, 2 — коэффициент удвоения (для определения длины плода), а 5 — толщина стенок матки.

А. В. Рудаков предложил метод, основанный на измерениях плода через брюшную стенку, позволяющий определить наружным способом срок беременности, начиная от 12 недель и до родов. Измерение

производится сантиметровой лентой и в основном состоит в определении длины и ширины плода, точнее говоря, двух дуг по передней полуокружности пальпируемого плода, располо-

женных перпендикулярно одна другой. Полуокружность длины измеряется от нижнего до верхнего полюса плодного овоида, а ширины — между наиболее отдаленными боковыми точками. Если головка фиксирована во входе в таз, измерение начинается от лона. Полученные величины перемножаются, в результате чего определяется индекс величины плода. Для более удобного использования метода в практической работе им составлена таблица, учитывающая возможные варианты развития плода. В табл. 2 указаны следующие данные: срок беременности, индекс величины плода, вес плода и прирост веса плода за неделю (в граммах).

Таблица 2

Определение срока беременности по А. В. Рудакову

До 28 недель				От 28 до 40 недель				
срок беременности	индекс	вес плода (в г)	прирост веса за неделю (в г)	срок беременности	индекс для перво-беременных	индекс для повторно-беременных	вес плода (в г)	прирост веса за неделю (в г)
12	40	20	40	28	580	600	1100	150
13	65	60		29	620	640	1250	
14	100	100		30	650	680	1400	
15	135	140		31	690	710	1550	
16	170	180	65	32	720	750	1700	185
17	205	220		33	750	790	1885	
18	240	285		34	790	830	2075	
19	275	350		35	830	870	2260	
20	310	415	105	36	860	910	2450	210
21	345	480		37	900	950	2600	
22	380	545		38	930	990	2875	
23	415	610		39	960	1035	3085	
24	450	675	40	1000	1075	3300		
25	485	780						
26	520	885						
27	555	990						

Примечание. Обычно к концу беременности индекс уменьшается на 25—75 ед.

Как отмечает и сам А. В. Рудаков, числовое отображение не является абсолютно точным, могут быть варианты развития плода, но последние невелики и допустимы, как при многих исчислениях.

Таким образом, методов определения срока беременности имеется много. Все они имеют практическое значение и могут быть использованы.

Как вы, наверно, уже заметили, даже при наличии известных данных (сведений о последней менструации, первом

шевелении плода, а также о сроке единственного полового сношения и ряде методов измерений плода) о дате родов говорится только как о предполагаемой. Хотя для большинства женщин эти расчеты оказываются правильными, тем не менее иногда они не совпадают с истинной датой родов,— иногда рсды наступают раньше, а иногда позже предполагаемого срока.

При этом в обоих случаях дети рождаются зрелыми. В чем причина того, что врач будто бы допустил ошибку, когда, основываясь на анамнестических данных о сроке последней менструации и первого шевеления плода, определил дату родов, а она не совпала с действительной? Конечно, возможна и ошибка, если беременная не совсем точно отметила даты последней менструации и первого шевеления плода и если врач не наблюдал ее с самого начала возникшей беременности. Но дата родов, исчисленная по первому дню последней менструации или по дню первого шевеления плода, может не совпасть с действительной еще и по другой причине. Дело в том, что у человека нет абсолютно постоянной продолжительности беременности. Как правило, у большинства женщин она равна 280 дням. По этому признаку и строятся расчеты о дате родов. Однако этот срок может измениться как в сторону укорочения, так и в сторону удлинения. При этом укороченном сроке, т. е. при кажущейся «доношенной беременности», дети рождаются вполне созревшими, без признаков недоношенности, незрелости (общий вид, вес, длина и т. п.). Также и при кажущейся «переношенной беременности» дети иногда рождаются только зрелыми, а не переношенными («перезрелыми»).

Минимальная продолжительность беременности у человека, когда ребенок рождается вполне созревшим, равна 242 дням, а максимальная 322 дням (К. М. Фигурнов, И. И. Богоров) ¹.

К. К. Скробанский допускает, что созревание плода может быть и более быстрым, а именно: в пределах 230 дней продолжительности беременности и даже при более коротком сроке — 218 днях.

Какие биологические причины приводят то к быстрому, то к замедленному созреванию плода, пока не известно. Но, хотя эти явления и представляют сравнительную редкость, акушеру их необходимо учитывать, особенно тогда, когда приходится решать вопрос об отцовстве в судебно-медицинской экспертизе. При этом судебно-медицинская экспертиза считает минимальную продолжительность беременности (когда ребенок рождается зрелым) равной 240 дням (М. И. Райский) ².

¹ И. И. Богоров. Продолжительность беременности и ее диагностика. Л., 1939.

² М. И. Райский. Судебная медицина. М., 1953.

У нашей роженицы, как мы уже отметили, беременность развивалась нормально: размеры матки вполне соответствуют сроку задержки менструации, роды (по сроку последних месячных) начались только на 2 дня позже, а по дню первого шевеления — на 3 дня раньше. Расхождение между началом родов, данными менструации и первого шевеления в пределах до двух недель считается вполне возможным и не говорящим о неправильности общепринятых исчислений.

Таким образом, закончив наружное исследование роженицы и имея предварительные данные для суждения о прогнозе родов, нам осталось произвести внутреннее акушерское исследование, которым уточним ряд данных, полученных при наружном исследовании.

К внутреннему исследованию относятся влагалищное и ректальное. В некоторых случаях бывает необходим и визуальный осмотр стенок влагалища, особенно шейки матки. Эти исследования проводятся в положении роженицы на спине с широко раздвинутыми бедрами, осторожно (так как у некоторых женщин оно вызывает болезненное ощущение) и строго асептично. Полезно бывает лишний раз напомнить о том, где могут скапливаться микробы на руках человека (рис. 26).

До и после исследования необходимо произвести еще и спринцевание влагалища каким-либо антисептическим раствором. В нашей клинике применяется раствор сулемы, в разведении 1,0 : 4000,0.

Итак, подготовимся к влагалищному исследованию. Подготовка к этому в нашей клинике состоит в следующем:

1. Мытье рук двумя стерильными щетками (по 5 мин каждой).
2. Обмывание рук в растворе сулемы (1,0 : 2000,0).
3. Протираание рук спиртом.
4. Смазывание йодом ногтевых фаланг и складок на тыльной стороне пальцев.
5. Перед и после исследования влагалище спринцуют сулемовым раствором (1,0 : 4000,0).

7/IV в 17 ч произвели влагалищное исследование. При этом нашли: шейка матки сглажена, наружный зев открыт на 2 1/2



Рис. 26. Вид кожи пальца под микроскопом.

1 — корень волоса; 2 — скопления бактерий.

пальца, края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, фиксирована во входе малым сегментом, стреловидный шов в поперечном размере, расположен синклитически. Малый родничок несколько слева, большой не достигается. Одновременно измерим и диагональную конъюгату (рис. 27) — она равна 12,5 см. Чтобы по размеру диагональной конъюгаты установить размер истинной, следует от первой вычесть 1,5—2 см. У нашей роженицы, следовательно, истинная конъюгата имеет нормальный размер или близка к нему, т. е. приблизительно равна 11 см. Некоторые акушеры, однако, стараются избегать влагалищного исследования, заменяя его ректальным, на том основании, что первое небезопасно для роженицы: беременные и роженицы легко инфицируются.



Рис. 27. Измерение диагональной конъюгаты.

ab — анатомическая конъюгата; av — диагональная конъюгата.

Однако, как показал многолетний опыт многих акушеров и, в частности, опыт нашей клиники, влагалищное исследование роженицы, произведенное асептично и осторожно, никакой опасности причинить не может. Данные же, полученные при этом исследовании, значительно шире и точнее, чем полученные при ректальном.

Так, при ректальном исследовании часто не может быть получено такого ясного представления о степени раскрытия зева, целости плодного пузыря, характере тканей шейки матки (ригидность зева), характере предлежащей части, предлежании мелкой части плода, наличии экзостозов на стенках таза и проч., как это выявляется при влагалищном. Своевременное же установление той или иной патологии обеспечивает благоприятный исход родов как для матери, так и для ребенка.

Следовательно, влагалищное исследование роженицы, произведенное с соответствующей осторожностью и вниманием, оказывается не только не вредным, но и полезным. Однако это не означает, что ректальным исследованием не следует пользоваться. Ректальное исследование может применяться как ориентировочное и после влагалищного, в ходе дальнейшего наблюдения за течением родов.

Таким образом, закончив исследование, мы установили: общее состояние здоровья роженицы вполне удовлетворительное, беременность доношенная, положение плода правильное, плод живой, нормальных размеров, родовая деятельность выражена хорошо, размеры таза нормальные, следовательно, имеются все данные для благоприятного прогноза родов в отношении ма-

тери и ребенка. Остается только произвести анализ крови для установления группы ее и наличия резус-фактора в ее эритроцитах (Rh).

Для каких целей необходимо знать у роженицы заранее группу крови и Rh-принадлежность ее? Это нужно на случай, если понадобится переливание крови в родах, в последовом или в ближайшем послеродовом периоде. Какова будет кровопотеря у роженицы в родах и каков будет тонус матки после родов, мы заранее предугадать не можем. Переливание крови может понадобиться в экстренном порядке. Поэтому лучше заранее приготовить кровь нужной группы.

Что касается резус-принадлежности крови, то этот анализ производится не только в интересах матери, но и ребенка. Большинство людей (до 85—90%) имеют так называемый Rh-фактор. Это значит, что эритроциты крови у этих людей имеют особую белковую структуру, иную, чем у некоторых (10—15%) лиц, не имеющих этого фактора.

Если отец и мать ребенка имеют одну и ту же Rh-принадлежность крови, т. е. кровь у обоих либо резус-положительная (Rh₊), либо резус-отрицательная (Rh₋), то резус-конфликта возникнуть не может, и ребенок рождается здоровым. Если же кровь отца резус-положительная, а кровь матери — резус-отрицательная, то их ребенок, чаще всего наследуя отцовский фактор, становится резус-положительным. Это приводит к тому, что эритроциты плода, частично попадая в кровеносное русло матери (через разрывы капилляров ворсин) и будучи для нее белком другой структуры (антигеном), могут вызывать в ее крови ответную реакцию, в виде образования в крови антител. Эти материнские антитела в свою очередь могут проникать через плаценту в кровеносное русло плода и производить угнетение кроветворной функции в его органах и даже разрушать его эритроциты, вызывая серьезное заболевание плода (гемолитическую болезнь).

Подгрупповых видов резус-фактора имеется несколько. Следствием имеющихся различий в свойствах антигенов и антител наблюдаются и различные влияния подобного конфликта на развитие зародыша, а в дальнейшем и плода. При активной выработке материнским организмом антител их влияние на организм плода может быть настолько значительным, что плод может погибнуть внутриутробно, даже в раннем периоде своего развития, вследствие чего может наступить выкидыш.

Иногда беременность развивается до естественного конца, но, в зависимости от активности материнских антител, исход для плода может быть различным. В одних случаях ребенок рождается мертвым или нежизнеспособным при наличии выраженной анемии и общего отека, в других случаях в первые часы после рождения новорожденный кажется вполне здоро-

вым, но вскоре наступает желтуха, общая вялость, и он погибает в первые дни после рождения. Это состояние у новорожденных носит название гемолитической болезни, которая проявляется в трех формах: отечной, анемической и желтушной. Последняя форма (желтушная) встречается значительно чаще двух первых. В то время, как отечная форма гемолитической болезни является наиболее тяжелой и такие дети обычно поги-



Рис. 28. Врожденная водянка.
Мертворожденный. Общие отеки и врожденный асцит, гидроперикардит, гидроторакс, эритролейкобластоз.

бают внутриутробно или вскоре после рождения, если только они родились живыми (рис. 28), при других формах — анемической и желтушной — при которых изменения в органах плода еще обратимы, имеется эффективное средство помощи, кото-

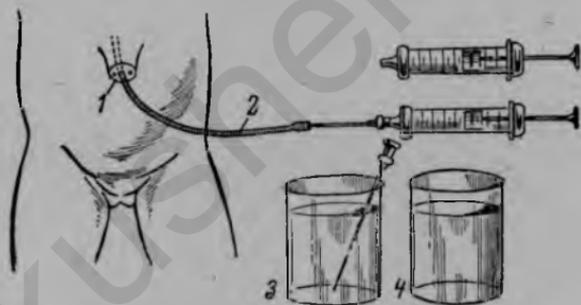


Рис. 29. Аппаратура и методика заменного переливания крови.

1 — пупочная вена; 2 — нелатонский катетер; 3 — резус-отрицательная кровь с 3,8% лимоннокислого натрия; 4 — физиологический раствор.

рым в большинстве случаев удается спасти жизнь ребенка. Это заменное переливание донорской резус-отрицательной крови. Чем скорее это переливание произведено, тем лучше результат (рис. 29).

Как показывает клиническое наблюдение, материнские антитела особенно активно проникают в кровь плода в первый момент после рождения, т. е. когда младенец еще связан с ма-

терью пуповиной. Опыт показывает, что при первой беременности (даже при несовпадении по резус-фактору крови матери и крови плода) каких-либо проявлений гемолитической болезни не бывает. Однако это не является абсолютной закономерностью. При активном резус-антигене у плода в крови матери могут накапливаться в значительном количестве и весьма активные антитела. Современное понимание гемолитической болезни новорожденных и заставляет устанавливать заблаговременно резус-принадлежность рожениц. Правильнее было бы производить это исследование еще в консультации и не только у беременной, но и у отца ее будущего ребенка, что сейчас уже делается в ряде учреждений.

Если мы установим, что кровь роженицы резус-отрицательная, то, готовясь к оказанию необходимой помощи ребенку, мы заранее приготовим донорскую резус-отрицательную кровь и после рождения младенца быстро перевяжем и перережем пуповину, причем, учитывая необходимость переливания крови, оставим подлиннее пупочный остаток (для использования с этой целью пупочной вены). Произведя анализ крови, мы нашли, что группа крови II (A) Rh₊ (положительная). При анализе мочи, взятой при поступлении, отклонений от нормы обнаружено не было. Этим мы полностью закончили исследование роженицы и теперь будем наблюдать за ходом родового процесса и за общим состоянием ее.

Как вы уже отметили, роженица спокойна, хорошо использует приемы психопрофилактической подготовки и пока в нашей помощи не нуждается. Здесь уместно уточнить некоторые теоретические и практические вопросы акушерства, имеющие отношение к родовому акту: 1) о возникновении родовой деятельности; 2) о периодах родов; 3) о биомеханизме родов; 4) о защите промежности.

Вопрос о причине возникновения родовой деятельности интересовал умы врачей еще в глубокой древности. Однако, несмотря на давний интерес к нему, об этом интимном биологическом процессе мы и в настоящее время, к сожалению, осведомлены недостаточно.

Несомненно, уже во время самой беременности в организме происходят подготовительные процессы для нормального завершения ее. В чем же проявляется эта подготовка? Почему, например, у одних (у большинства) женщин роды начинаются спустя 280 дней после задержки менструации, а у других (у меньшинства) — раньше или позже?

Почему, например, при одних и тех же видимых условиях у одних женщин родовая деятельность протекает нормально, а у других сопровождается рядом отклонений (слабость и другие)? Ясное понимание этого сложного биологического процесса в значительной степени облегчило бы управление родами и по-

высило бы эффективность акушерской помощи. Наука будущего, несомненно, разрешит этот вопрос, а пока мы пользуемся только отдельными звеньями, полученными в результате длительного и упорного изучения его многими учеными. Хотя эти сведения и отражают лишь какую-то часть действительных подготовительных процессов, тем не менее знание и учет даже этого иногда дает в руки современным акушерам возможность успешного руководства родами.

Как уже говорилось, роды представляют собой сложный биологический процесс, в котором принимает участие весь организм роженицы. Однако непосредственным фактором, обуславливающим их развитие, является сократительная способность мускулатуры тела матки. Но только ли во время родов сокращается матка? Нет, она может сокращаться не только во время родов. Сокращения матки происходят и во время менструаций и на протяжении беременности. Прав Д. О. Отт, говоря, что маточные сокращения во время беременности («физиологическая мышечная гимнастика») подготавливают матку к родовой функции, подобно тому как прегравидное состояние слизистой матки подготавливает последнюю к имплантации яйца. Таким образом, сокращения матки происходят и во время беременности и чем ближе к ее концу, тем они становятся заметнее, достигая наивысшего развития в родах. В чем же состоит сущность наступления родовой деятельности?

Следует полагать, что роды, как и всякие иные процессы жизнедеятельности организма, представляют собой в какой-то мере рефлекторный акт, возникающий при сочетании многочисленных и разнообразных причин. При этом существенное значение для их возникновения имеет состояние нервной системы (центральной и периферической). К числу причин, которые принимают участие в развитии родовой деятельности, современные акушеры относят:

1) повышение возбудимости нервно-мышечного аппарата матки, вследствие чего она становится более чувствительной к различным раздражениям;

2) накопление в организме к концу беременности эстрогенного гормона (в частности, эстрадиола — высокоактивной его фракции) с одновременным понижением уровня прогестерона. В результате этого возбудимость нервно-мышечного аппарата матки еще больше повышается. Последнему способствует и нарастание уровня гликогена, кальция, калия и других веществ, необходимых для моторной деятельности;

3) повышение содержания в организме к концу беременности ацетилхолина — медиатора нервного возбуждения;

4) повышение к концу беременности питуцина (продукт деятельности гипофиза, фракция питуитрина), способного непосредственно вызвать сокращение мускулатуры матки;

5) значительные функциональные изменения к концу беременности в деятельности центральной нервной системы, в частности, снижение возбудимости коры головного мозга при одновременном повышении возбудимости нижележащих отделов центральной нервной системы, в частности спинного мозга.

Так, акад. П. П. Лазаревым¹ было установлено, что в различные периоды беременности в центральной нервной системе создаются совершенно определенные и закономерные соотношения между корой головного мозга и подкорковыми центрами. Если весь процесс развития беременности у человека, продолжающийся примерно девять месяцев, мысленно разделить на три равные части, то в первые три месяца возбудительные процессы в коре мозга оказываются пониженными, в течение следующих трех месяцев, наоборот, повышенными и в течение последних трех месяцев — опять пониженными.

Что же из этого следует? Согласно учению И. М. Сеченова, состояние возбудительных и тормозных процессов в коре головного мозга известным образом сочетается с состоянием этих же процессов в подкорковых образованиях. Согласно «феномену Сеченова», при понижении возбудимости в коре повышается возбудимость в подкорке, а следовательно, — и в спинных центрах, и наоборот.

Если учесть, что спонтанное прерывание беременности наступает чаще всего в первые три месяца беременности, а нормальные роды возникают в последние три, что может быть отчасти объяснено указанными взаимоотношениями между корой головного мозга и подкорковыми центрами в эти периоды, то следует сделать вывод, что в развязывании родовой деятельности известная роль принадлежит и центральной нервной системе. При этом большое значение имеет, по-видимому, и состояние интерорецепторов матки, воспринимающих химические, механические, термические и другие раздражения.

От состояния центральной нервной системы во многом зависит и характер течения родов. Поэтому, чтобы правильно руководить родами, нужно учитывать, наряду с общим состоянием здоровья роженицы, и состояние ее нервной системы; в частности, следует отмечать, как роженица реагирует на схватки, продолжительность родов и проч.

Поэтому понятно, что в одном случае акушерская помощь будет заключаться в применении средств, тонизирующих нервную систему, в других, наоборот, — в применении наркотических, дающих возможность роженице отдохнуть и восстановить нормальную деятельность нервной системы.

¹ П. П. Лазарев. Приложение современного учения об адаптации в области акушерства. Акушерство и гинекология, 2, 1937.

Наряду с подготовленными процессами, которые совершаются в организме к концу беременности, на наступление родовой деятельности оказывают влияние и многие другие факторы, являющиеся раздражителями многочисленных и разнообразных рецепторов матки.

К числу их могут быть отнесены:

1) более тесное соприкосновение плода со стенками матки вследствие увеличения объема и веса плода к концу беременности, относительного уменьшения плодных вод и опущения предлежащей части плода;

2) движения плода;

3) рефлекторные раздражения, идущие от плода, в связи с изменениями у него кровяного давления (Н. Л. Гармашева)¹.

Находясь в сложной взаимосвязи, эти факторы (при нормально совершившихся подготовительных процессах) приводят к раздражению многочисленных интэрорецепторов, заложенных в матке, что в итоге, по-видимому, и приводит к наступлению родовой деятельности.

Весьма возможно, что приведенные данные о причине возникновения родов являются только какой-то частью существующего в действительности. Очень возможно, что во время беременности в самой матке происходят какие-то подготовительные процессы, которые на фоне вышеприведенных изменений и влияний оказывают свое дополнительное воздействие на развязывание родов. Это предположение подкрепляется данными гистологического исследования маток рожениц, произведенного в нашей клинике Г. И. Довженко.

В акушерской практике часто приходится наблюдать различное течение родового процесса. У одних рожениц роды протекают нормально — схватки регулярные и интенсивные, а у других они слабые, короткие и редкие.

У второй категории рожениц нередко наблюдается и гипотоническое или даже атоническое состояние матки, приводящее к более обильной кровопотере в родах.

Производя гистологическое исследование маток, удаленных по тем или иным причинам (разрыв матки, атоническое кровотечение), Г. И. Довженко обратил внимание на различную картину, которая встречалась ему в срезах из маток, обладающих в родах хорошим тонусом, и в срезах из маток, удаленных по поводу атонического кровотечения, т. е. имевших пониженный тонус в родах.

В то время, как в сосудах губчатого слоя слизистой оболочки «тонизированных» маток он наблюдал наличие определенных клеток, напоминающих по виду зернистые шары, в со-

¹ Н. Л. Гармашева. О рефлекторном механизме наступления родов. Акушерство и гинекология, 1951, 2.

судах маток, удаленных по поводу атонического кровотечения, таких клеток либо вовсе не было, либо их было незначительное количество. Сопоставив гистологические данные и клиническую картину родов, Г. И. Довженко высказал предположение о том, что найденные им в сосудах тубчатого слоя матки особые клетки — «зернистые шары» — есть не что иное, как элементы подготовительного процесса к родам — коагуляционного некроза слизистого слоя матки, фагоцитированные лейкоцитами. Некротические элементы, в свою очередь обладая химизмом (аминокислоты и проч.), вызывают раздражение интерорецепторов, обильно снабжающих стенки сосудов. Это раздражение рецепторных окончаний передается в центральную нервную систему и на фоне общей подготовленности организма беременной к родам является первым импульсом для пускового механизма развязывания родовой деятельности — сокращений матки. В том случае, если этот подготовительный процесс в самой матке совершается без отклонений на фоне общей нормальной подготовленности организма, матка сокращается достаточно интенсивно. Если же какое-либо звено из этой цепи подготовлено недостаточно, то и сокращения матки в родах совершаются слабо.

Такое предположение Г. И. Довженко расширяет наше современное понимание биомеханизма наступления родовой деятельности, так как создает целостную картину участия в этом процессе всего организма, включая в него и основной действующий в родах «мотор» — матку. Хотя эти известные данные, как уже говорилось, по-видимому, и являются неполными, тем не менее при правильном их понимании они дают акушеру возможность оказать действенную помощь в необходимом случае.

ЛЕКЦИЯ ТРЕТЬЯ

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ

(продолжение)

Как протекает процесс родов? Весь процесс родов принято делить на три периода: период раскрытия, период изгнания и последовый период. Такое деление оправдано с теоретической и практической точек зрения.

Каждый из них имеет свои особенности, но все важны и ответственны, одинаково требуя внимания акушера. Наиболее длительный из них — первый, более короткий — второй и самый короткий — третий. Во времени первый и второй периоды у перво- и повторнородящих отличаются, а третий различия не имеет. В то время как у первородящих первый период длится в среднем до 15—18 ч, у повторнородящих он почти в два раза короче (до 10 ч); второй период у первородящих занимает 2 ч, у повторнородящих около часа; третий период у перво- и повторнородящих продолжается одинаково — 30 мин. Различное время, за которое у перво- и повторнородящих совершаются первый и второй периоды, зависит, по-видимому, от того, что родовые пути (шейка матки, тазовое дно) у повторнородящих подготовлены, растянуты предыдущими родами, почему раскрытие и изгнание у них ускоряется.

Это предположение подтверждается тем, что и в механизме процесса раскрытия у перво- и повторнородящей имеется различие. В то время как у повторнородящей сглаживание шейки, раскрытие внутреннего и наружного зева происходит одновременно, у первородящей наружный зев раскрывается только в конце, после завершения сглаживания шейки и раскрытия внутреннего зева (рис. 30).

Первый период родов — период раскрытия. Для того, чтобы ясно представить себе, как совершаются процессы раскрытия и изгнания, необходимо вспомнить об анатомическом строении матки и тазового дна, а также о тех изменениях, которые происходят в них во время беременности, особенно в конце ее.

Особенность анатомического строения матки состоит в том, что будучи как бы единым органом, она по своей архитектонике и функциональным особенностям делится на три отдела: тело матки (основной отдел, способный к активным сокращениям — «мотор» матки), перешеек (малоактивный участок)

и шейку («пассивный» отдел, способный по преимуществу только к растяжению в момент сокращения тела).

Ввиду наличия анатомической связи между активным и пассивным (перешейка и шейки) отделами матки и ряда других причин, всякое сокращение моторной части матки, начавшееся в области фаллопиевых труб, постепенно распространяясь на все тело и частично на перешеек, обязательно приводит к растяжению шейки.

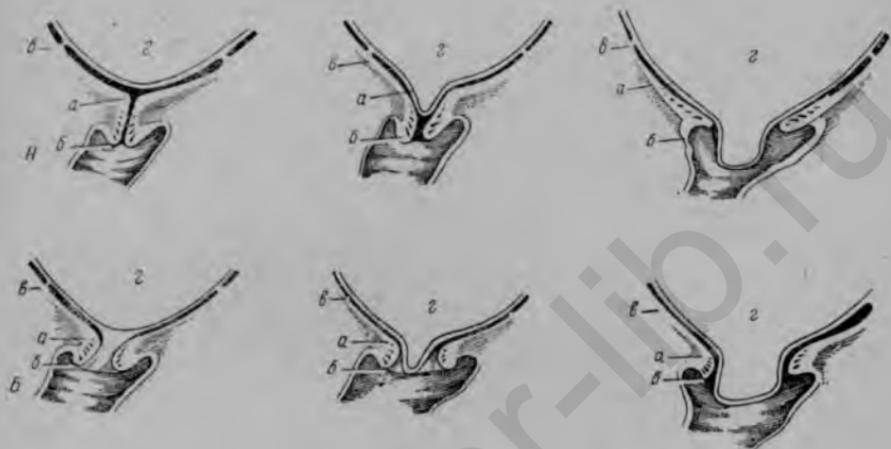


Рис. 30. Схематическое изображение сглаживания шейки матки и раскрытия зева во время родов у перво- и повторнородящей.

А — первородящая: а — область внутреннего зева матки; б — наружный зев; в — стенка нижнего отдела тела матки; г — область плодного пузыря. Б — повторнородящая. Обозначения те же.

Такая функциональная согласованность между телом и шейкой матки происходит не только во время родов доношенным плодом, но и в других случаях сокращений матки, например при прерывании беременности в раннем сроке (аборт), при иногда наблюдаемом постепенном изгнании («рождении») фиброматозного узла, расположенного под слизистой оболочкой в теле матки.

Это своеобразное соотношение между ретракцией с контракцией мышц тела матки (т. е. сокращением мышечных волокон с захождением их друг за друга) и дистракцией (растяжением) шейки возможно благодаря особому архитектоническому расположению мышечных волокон в матке. В то время как в теле матки мышечные волокна имеют продольное и циркулярное направление, в шейке они расположены только циркулярно (рис. 31), причем длинные волокна матки вплетаются в круговые волокна шейки, поэтому сокращения тела матки и приводят к растягиванию шейки.

Особенность анатомического строения тазового дна состоит в том, что все мышечные слои размещены черепицеобразно,—

один слой частично прикрывает другой. Такое строение способствует участию мышц тазового дна в формировании мягкого



Рис. 31. Схематическое изображение направления мышечных волокон матки в разных ее отделах.

отдела родового канала, и половая щель (*hiatus genitalis*) способна расширяться без нарушения целостности тканей (см. рис. 19). Что же касается изменений, происходящих в половом аппарате во время беременности, то для практического акушерства особенное значение имеют те из них, которые сводятся к разрыхлению тканей, вследствие более обильного кровоснабжения их и обогащения водой. Это приводит к тому, что стенки родового канала становятся более податливыми даже в межкостных соединениях, оказывают

меньшее сопротивление продвигающемуся плоду.

Процессу сглаживания шейки и раскрытию зева способствует и то, что шейка матки к концу беременности превращается как бы в кавернозное тело (рис. 32, 33).

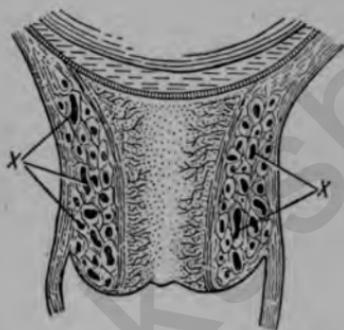


Рис. 32. Схематическое изображение структурных изменений в шейке матки к концу беременности.

Расширенные кровеносные сосуды превращают ткань шейки матки в кавернозное тело.

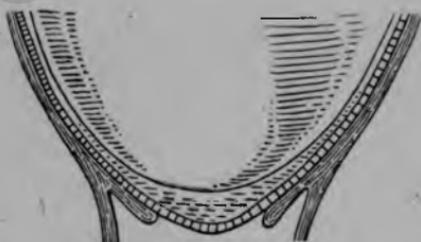


Рис. 33. Та же шейка матки в первом периоде родов.

Она сглажена.

Как же идет процесс раскрытия зева? В практическом акушерстве принято считать начало родов с того момента, когда схватки становятся ритмичными, повторяются каждые 15—20 мин, а затем — и чаще. Наблюдающиеся у некоторых бере-

менных слабые, короткие и очень редкие схватки (иногда всего по несколько таких схваток за сутки) еще не являются родовыми и называются схватками-предвестниками. Они говорят о том, что процесс беременности завершается, матка в тоне, и в скором времени следует ожидать наступления самих родов.

Что же это за явление — «родовые схватки», и почему их возникновение является критерием для определения начала родов? Возникновение схваток связано с сокращением мышц моторной части матки и одновременным растяжением шейки. Обычно они воспринимаются роженицей как болезненное ощущение, начинающееся в нижней части живота и иррадиирующее в поясницу и крестец. Продолжительность его вначале до четверти минуты, после чего болезненность постепенно проходит с тем, чтобы через какое-то время вновь возникнуть. Такое периодическое возникновение боли, постепенно нарастающей и постепенно же проходящей, действительно напоминает «схватку» (сжатие и растяжение), откуда и получило свое название. Чем дальше идут роды, тем схватки становятся продолжительнее, сильнее, а промежутки между ними укорачиваются. Болезненные ощущения при этих схватках вполне объяснимы. Они связаны с самим сокращением мышц матки, растяжением шейки и связочного аппарата, а также с давлением плодного пузыря и частей тела плода на различные отделы родового канала. Явление это физиологическое, но восприятие ощущений бывает различным у разных женщин. Об этом мы уже говорили выше.

Итак, начало родов связывается со схватками, а ощущение схватки связано в начале родов с сокращением мускулатуры тела матки и растяжением шейки¹. Каждая схватка приводит все к большему растяжению шейки и открытию внутреннего зева (у повторнородящей — и наружного). В момент сокращения тела матки внутриматочная полость, естественно, уменьшается. Это приводит к повышению давления на стенки матки со стороны плодного пузыря, заключающего в себе плод и околоплодные воды. Согласно физическому закону о гидравлическом давлении, давление со стороны плодного пузыря на стенки матки совершается равномерно на все участки последней. Но в то время как у дна и у боковых стенок матки плодный пузырь встречает сопротивление, в области внутреннего зева (начало шейечного канала) этого противодействия нет, почему он в этом месте и начинает выпячиваться, образуя подобие клина (рис. 34).

¹ Иногда (весьма редко) встречаются женщины, которые не ощущают родовых схваток, а между тем родовой процесс у них совершается довольно быстро. Такие женщины могут родить совершенно неожиданно для себя и для окружающих в любых условиях — на работе, на улице.

С каждой новой схваткой шейка растягивается все больше, позволяя «клину» плодного пузыря опускаться ниже. «Клин» этот, не давая шейке «спадаться» по окончании схватки, в то же время облегчает истончение ее путем выжимания крови из кавернозных пространств. Одновременно вклинившись в цервикальный канал, он, равномерно и нежно давя на стенки шейки, раздражает заложенные в ней рецепторные окончания,

что приводит к возникновению новой, очередной схватки. Так, сочетанными действиями основной силы — сокращений моторной части матки и дополнительной — давлением плодного пузыря шейка постепенно сглаживается, а внутренний и наружный зев матки раскрываются. Степень раскрытия маточного зева практически принято оценивать по проходимости его для одного, двух и т. д. пальцев. Раскрытие его на величину пяти поперечных пальцев определяет полное растяжение зева. Выражение «зев совершенный» означает, что в это время его края как бы слились со стенками влагалища, и через него может пройти головка доношенного плода. Наиболее точно это определяется влагалищным исследованием, хотя ориентировочно может быть отмечено и ректальным.

К моменту полного раскрытия зева, когда матка и влагалище представляют собой один общий

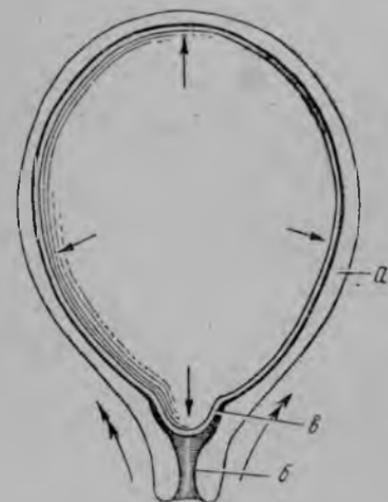


Рис. 34. Действие сокращений матки в период раскрытия: *a* — стенки матки; *б* — цервикальный канал; *в* — клиновидное внедрение плодного пузыря. Одинарными стрелками показано направление гидравлического давления; двойными — направление движения нижних отделов матки. Матка к концу беременности.

канал, плодный пузырь в своем нижнем полюсе, истонченном от длительного давления околоплодных вод, обычно разрывается на высоте одной из схваток, и отходят воды.

Практически околоплодные воды делят на передние и задние.

Это разделение вод производится «поясом соприкосновения», т. е. частью нижнего отдела матки, стенки которой плотно соприкасаются с предлежащей головкой, по ее окружности (рис. 35). Пояс соприкосновения имеет большое практическое значение, так как им предотвращается не только несвоевременное излитие основной массы («задних») околоплодных вод, но и выпадение мелких частей плода (его конечностей и пуповины).

Несмотря на то, что околоплодным пузырем фактически является весь плодный мешок, заключающий в себе плод, пуповину и воды, практически, когда речь идет о разрыве плодного пузыря, мы понимаем под ним только его нижний отдел, находящийся ниже пояса соприкосновения и вклинившийся в раскрытый зев. Именно в этом отделе при нормальных условиях и происходит разрыв плодного пузыря.

Разрыв плодного пузыря при полном раскрытии зева (или близкого к полному) является нормальным и называется своевременным, в отличие от разрывов преждевременного, раннего и запоздалого. Время разрыва плодного пузыря имеет большое значение и требует к себе внимания.

Под преждевременным разрывом понимается разрыв пузыря, происшедший еще до наступления родовой деятельности. Такой разрыв чаще всего говорит не о патологии родов, а о недостаточной прочности оболочек, когда они не могут противостоять даже небольшому внутриматочному давлению, возникающему при схватках-предвестниках, которых сама беременная даже и не ощущает. Нередко роды после преждевременного разрыва плодного пузыря протекают без осложнений. Под ранним разрывом плодного пузыря понимается разрыв его уже после начала родовой деятельности, но до полного раскрытия (например, когда зев раскрыт еще только на 1—2 пальца).

Такой разрыв может говорить не только о непрочности оболочки плодного мешка, но чаще о какой-то патологии, приведшей к отсутствию или несовершенству пояса соприкосновения (поперечное положение, неправильные вставления головки и проч.). При отсутствии пояса соприкосновения нет деления вод на передние и задние. Следовательно, при каждой схватке нижний полюс плодного мешка испытывает на себе особенно значительное давление, рано истончается и, наконец, рвется при неполном раскрытии зева. Под термином «запоздалый разрыв» плодного пузыря понимается разрыв его после достижения полного раскрытия, в том числе и после рождения младенца. В этом случае младенец рождается вместе с водами, заключенными в целый плодный мешок. Рождение такого младенца именуют в народе «рождением в сорочке» и предсказывают ему счастливую жизнь. Как складывалась судьба такого новорожденного, «родившегося в сорочке», едва ли кто-нибудь проверял. Однако, если при таких родах младенец остался живым, то несомненно, он счастливец.



Рис. 35. Пояс соприкосновения.

Но счастье его заключается не в будущем, а в настоящем, именно в том, что принимавший роды успел быстро разорвать оболочки и извлечь его живым из плодного мешка.

Второй период родов — период изгнания начинается с момента полного раскрытия зева и кончается рождением ребенка. Если первый период совершается силами самой матки, то для изгнания одних этих сил оказывается недостаточно. К сокращениям маточной мускулатуры в этот период присоединяются рефлекторно возникающие сокращения мышц диафрагмы, брюшной стенки и отчасти — мышечной системы всего тела.



Рис. 36. Родовые потуги с помощью опоры.

Примечание. Начало периода изгнания, т. е. периода, в котором происходит рождение плода, принято считать с момента полного раскрытия зева, так как это имеет большое практическое значение, определяя возможность тех или иных акушерских мероприятий. Повседневный опыт показывает, что процесс раскрытия зева и поступательное движение плода (определяемое по продвижению предлежащей части) совершаются одновременно. Обычно полное раскрытие зева заканчивается тогда, когда предлежащая часть уже глубоко опустилась во вход таза. Иногда к этому времени уже начинается и внутренний поворот головки.

Момент включения в работу мышечной системы тела в периоде изгнания характерен изменением внешнего вида роженицы. В периоде раскрытия, даже и при очень болезненных схватках, общий вид роженицы не изменяется, хотя она стонет и даже мечется в постели. В периоде изгнания она «тужится» (рис. 36), ищет опоры для ног и рук, задерживает на время потуги дыхание, отчего цвет лица из обычного принимает вначале более красный, а затем застойный, синюшный оттенок. Длительность такой схватки, именуемой теперь потугой, продолжается до полминуты, иногда — до минуты, после чего она, постепенно ослабляясь, проходит, — роженица делает глубокий вдох и лежит спокойно до наступления новой очередной потуги. При нормальной родовой деятельности промежутки между потугами становятся все короче, достигая одной минуты и даже

меньше, а интенсивность их возрастает. На высоте одной из потуг начинает слегка выпячиваться промежность и раскрывается авальное отверстие, а затем в половой щели показывается и волосистая часть головки, — головка врезывается.

С каждой новой потугой головка врезывается все больше и, наконец, по окончании потуги уже не уходит в глубину половой щели. С этого момента головка начинает прорезываться¹. Как только прорежутся теменные бугры и из-под лона родится затылочный бугор, головка начинает разгибаться, и из-за промежности рождается личико. Вслед за головкой вскоре прорезывается плечевой пояс, а за ним вместе с задними водами без затруднений рождается остальная часть туловища и конечности. Этим заканчивается процесс изгнания и наступает третий период родов — последовый.

Третий период родов. После длительного напряжения всех сил, связанных с рождением младенца, уставшая роженица чувствует облегчение и отдыхает. Но этот период сравнительно короткий. Затем опять появляются легкие схватки, вслед за которыми рождается послед. Весь последовый период обычно длится около 30 мин.

Роды закончились, и с этого момента роженица именуется родильницей.

Нередко вскоре после рождения ребенка (а иногда после окончания родов) у роженицы возникает озноб. Можно думать, что это ощущение является ответной реакцией организма на проделанную работу и, по-видимому, связано с большой тратой энергии и тепла в родах, перенесенными душевными волнениями.

Не исключена возможность, что дополнительной причиной озноба у роженицы и родильницы является реакция организма на всасывание с большой раневой поверхностью матки. Если этот озноб не связан с наличием обильной кровопотери или инфекции, то он вскоре проходит и, кроме укрытия роженицы (родильницы) теплым одеялом, никаких мероприятий не требует.

Несмотря на то, что последовый период является коротким, он, тем не менее, требует к себе тщательного внимания, так как в этом завершающем периоде нередко возникает тяжелое осложнение в виде кровотечения.

В связи с наличием третьего, отдельного периода родов, т. е. отслойки последа только после рождения ребенка (при нормальных родах), возникает вопрос: почему послед отделяется после изгнания плода, а не вместе с ним?

¹ Некоторые акушеры считают, что прорезывание начинается с момента фиксации под ланом подзатылочной ямки головки плода и разгибания головки.

Этот вопрос должен возникнуть уже потому, что основной силой для изгнания плода и последа является сокращение матки и отчасти других мышц тела. Ответ на него мы можем получить при ознакомлении с некоторыми особенностями матки и плаценты¹. Они сводятся к следующему:

1. Отслойка детского места происходит в спонгиозном слое децидуальной оболочки (рис. 37, 38). Уже в конце беременности в этом слое происходят регрессивные подготовительные изменения, приводящие к появлению в нем коагуляционного

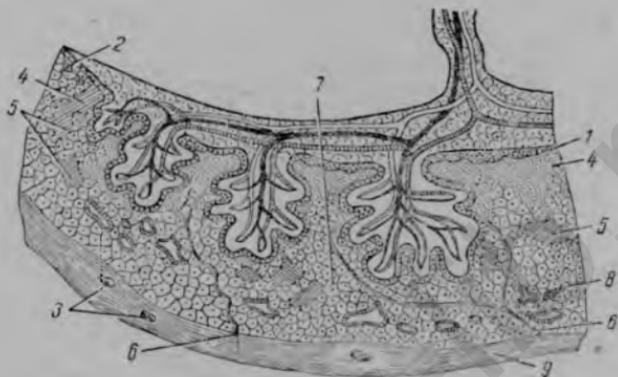


Рис. 37. Связь плаценты со стенкой матки (схема):
 1 — трофобласт; 2 — краевой синус; 3 — синцитиальные блуждающие клетки; 4, 5, 6 — межворсинчатые пространства; 7 — децидуальные клетки; 8 — децидуальные железы;
 9 — мышечный слой матки.

некроза. Не исключено, что завершение этого подготовительного процесса наступает именно к концу периода изгнания.

2. Развитие плаценты обычно бывает в месте имплантации зародыша, т. е. при нормальной беременности где-нибудь вблизи дна матки.

Однако, несмотря на то, что плацента находится в моторной части матки, во время сокращения ее она не отслаивается, так как плацентарная площадка сокращается более слабо, чем участки, где прикреплена оболочечная часть последа. Кроме того, плацента, не обладая способностью к сокращению в силу своего анатомического строения, может сжиматься наподобие губки, поэтому объем ее в момент сокращения матки умень-

¹ Иногда (в пределах 0,1%) наступает отслойка детского места еще до рождения плода. Чаще это происходит во время родов, но возможно и во время беременности. Такое течение беременности или родов является тяжелой патологией как для матери, так и для плода. В прошлом, по наблюдениям акушеров, материнская смертность при этой патологии достигала 20%, а детская — 80%.

шается. После же рождения младенца условия изменяются: вследствие ретракции и контракции мышечных волокон уменьшается поверхность матки и, в частности, поверхность плацентарной площадки. Это приводит к отрыву ворсин от своего ложа, к вскрытию интервилезных сосудов и образованию гематомы, что способствует дальнейшей отслойке плаценты.

Если плацента начинает отделяться с центра (по механизму, описанному Шульцем) (Schulz) (рис. 39), то одновременно с родившимся последом отделяется и изливающаяся из вскрытых маточных сосудов кровь.

Если же плацента начинает отслаиваться с наружного своего края (по механизму, описанному Дунканом) (Duncan)¹ (рис. 40), то кровь из вскрывшихся интервилезных лакун может вытекать и раньше рождения последа.

Общая кровопотеря при нормальных родах весьма индивидуальна, колеблясь в пределах 100,0—500,0 мл. Кровопотерю в пределах 500,0 мл старые акушеры считали физиологической, не требующей компенсации, так как в процессе беременности масса крови у беременной увеличивается примерно на это же количество.

Однако опыт показал, что такой подход к этому вопросу без учета индивидуальных особенностей реакции организма роженицы на кровопотерю является неправильным. Нередко можно видеть, что даже значительно меньшая кровопотеря приводит к выраженному коллапсу (бледности кожных покровов, одышке, заметному падению артериального давления, появлению частого, мягкого пульса и пр.), требующему компенсаторной трансфузии.

Вопрос о кровопотере в родах неоднократно обсуждался акушерами-гинекологами. Основываясь на современном опыте, большинство акушеров пределом физиологической кровопотери считают 250,0 мл.

О биомеханизме родов. Несмотря на то, что понятие «биомеханизм родов» должно было бы охватить собой весь сложный



Рис. 38. Поперечный разрез стенки матки на 3-м месяце беременности.

1 — decidua compacta; 2 — decidua spongiosa; 3 — stratum muscularis.

¹ Цит. по К. К. Скробанскому.

и многообразный биологический процесс родов и относиться как к подготовительным изменениям, совершающимся в организме беременности, так и к трем периодам родов, тем не менее



Рис. 39. Последовательные этапы отделения и изгнания последа (по Шульцу).



Рис. 40. Последовательные этапы отделения и изгнания последа (по Дункану).



в акушерстве установилось правило относить это понятие только к продвижению плода по родовому каналу. Здесь мы разберем биомеханизм родов при переднем виде затылочного

предлежания, как наиболее типичный, характеризующий биомеханизм нормальных родов.

Если с принципиальной, научной точки зрения отношение этого понятия только к продвижению плода можно было бы считать не вполне правильным, то с практической — оно вполне оправдано, так как принимающий роды врач, не усвоивший знаний о закономерных положениях плода в различных отрезках родового канала, не может правильно оценить обстановку и своевременно оказать действенную помощь, если в ней окажется необходимость.

Продвижение плода по родовому каналу сопряжено с рядом совершенно закономерных приспособительных изменений его положения. Если от этой закономерности возникают отклонения, то роды протекают атипически, а иногда принимают и патологическое течение. Это приспособление начинается уже в первом периоде родов. Поэтому нельзя относить понятие «биомеханизма родов» только к периоду изгнания.

Весь комплекс приспособительных движений плода при продвижении его по родовому каналу (биомеханизм родов) большинством акушеров принято делить на четыре момента: сгибание головки, внутренний поворот головки, разгибание головки и наружный поворот ее.

Однако мы на кафедре, объясняя биомеханизм родов, говорим о пяти моментах, вводя понятие «внедрение головки» и считая его вторым моментом. С нашей точки зрения, расчленение биомеханизма родов на пять моментов оправдано следующими соображениями. Во-первых, наша школа, соблюдая старые традиции, придерживается в этом вопросе взгляда А. Я. Красковского. Во-вторых, момент внедрения характеризует возможность поступательного движения плода, без чего не могут совершиться остальные моменты биомеханизма родов.

При этом следует учесть, что если в понятии биомеханизма родов приспособительные движения головки именуются «моментами», то из этого не следует, что эти движения совершаются очень быстро, в течение какого-то момента. Приспособление происходит медленно (иногда часами) от одного момента до другого и находится в зависимости как от состояния материнского организма (способность к формированию дополнительного мягкого отдела родового канала, пластичность ткани и мускульной силы), так и от состояния организма плода (его размеры, степень конфигурабельности головки, членорасположение и податливость его тканей к изменению формы).

Чем вызвана необходимость этих приспособительных движений и почему они возможны? Первый момент биомеханизма родов — сгибание головки (*flexio capitis*). Вы знаете, что вход таза не представляет формы круга: его поперечный размер равен 13 см, а прямой — 11 см. В то же время и головка

не имеет формы шара — ее прямой размер (от переносья до затылочного бугра) равен 12 см, а большой поперечный 9—9,5 см. Поэтому головка уже к началу родов (при нормальном членорасположении плода) всегда устанавливается в наиболее выгодном физиологическом положении, т. е. своим прямым размером (стреловидным швом) располагается в поперечном или слегка косом размере входа в таз. При этом стреловидный шов головки располагается еще и синклитически, т. е. на одинаковом расстоянии от мыса и лона, по проводной оси таза (рис. 41). Но если размеры — прямой (головки) и поперечный (входа в таз), казалось бы, соответствуют по величине друг другу, то соответ-

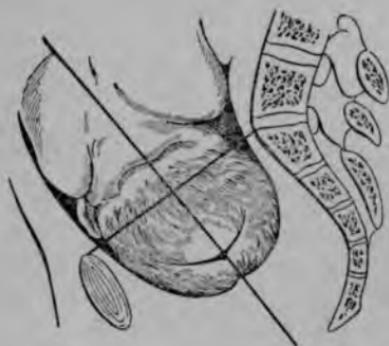


Рис. 41. Синклитическое вставление головки.

ствие это весьма относительное (надо еще принять во внимание наличие мягких тканей на головке и тазе). Поэтому головка в этом положении может пройти вход в таз с большим затруднением. Это продвижение будет более легким, если головка согнется и пройдет вход в таз не прямым размером, а меньшим — малым косым (от подзатылья к большому родничку), который равен 9,5 см (рис. 42, 43). Поэтому первый момент биомеханизма родов и состоит в сгибании головки, которая, встретив сопротивление во входе в таз, останавливается. В то же время сокращения матки продолжают оказывать давление на туловище плода, которое через позвоночник передается на головку и вынуждает ее к сгибанию. Последнее происходит спереди, в сторону лицевой (большой) части головки, согласно механическому закону о сгибании двуплевого рычага с неравными «плечами» (рис. 44, 45).



Рис. 42. Начальная фаза вставления головки во вход таза. Головка слегка разогнута.

Вторым моментом биомеханизма родов является внедрение головки. Многие акушеры опускают этот момент. Однако наша

клиника, сохраняя традиции классиков акушерства и, в частности, А. Я. Крассовского, К. Ф. Славянского и Н. Н. Феноменова, выделяет его в самостоятельный момент биомеханизма, считая, что при отсутствии поступательного движения (внедрения) не может идти речи и о последующих моментах. Все моменты биомеханизма должны рассматриваться не как отдельные движения, а как связанные между собой общим поступательным движением плода, в динамике.

Третий момент (по мнению большинства акушеров, — второй момент) — внутренний поворот головки (*rotatio capitis interna*) наступает по следующим причинам. Мы уже говорили о том, что родового канала не имеет формы прямого цилиндра, а вследствие особенности строения малого таза и наличия мышечно-фасциальных образований тазового дна, принимает



Рис. 43. Последующая фаза вставления головки во вход таза.

Головка согнулась и вставляется малым косым размером.

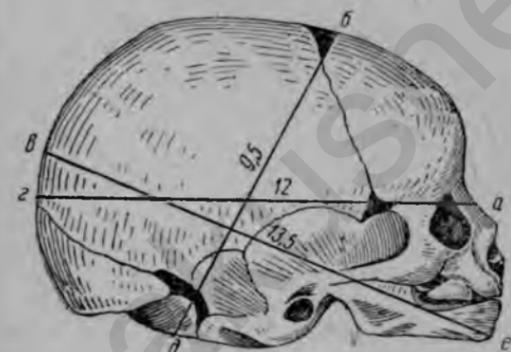


Рис. 44. Череп новорожденного младенца (вид сбоку).

аг — передне-задний размер; *бд* — малый косой; *вг* — большой косой.



Рис. 45. Объяснение первого момента биомеханизма родов.

аг — передне-задний размер головки, наибольшее давление со стороны позвоночника приходится на область точки *в*; *аг* — длинное плечо двулучевого рычага; *вб* — короткое плечо рычага.

изогнутую форму. Если представить роженицу в положении стоя, то первоначальное движение плода направлено: до колена родового канала книзу и кзади, а от него кверху и кпереди (см. рис. 19). Это обстоятельство и приводит к необходимости

для плода проделать такое приспособительное движение, которое позволило бы ему преодолеть колено родового канала. Это возможно только в том случае, если головка повернется



Рис. 46. Вращение головки и установление ее в прямом размере затылком кпереди под воздействием мышц тазового дна.

ее затылком кзади (рис. 46 и 47). Почему же происходит именно такой поворот головки? Ответ на этот вопрос мы находим при рассмотрении особенностей членорасположения плода, формы головки его и формы половой щели (hiatus genitalis).

В чем состоит особенность членорасположения плода? В полости матки плод находится в положении, которое позволяет ему иметь наименьший объем при данной массе тела. Это вынужденное положение сводится к тому, что головка согнута и как бы втянута, плечики приподняты, ручки скрещены на груди и как бы охватывают туловище, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к передней поверхности тела.

В результате такого положения, придающего плоду определенную форму, которая называется акушерами «плодным цилиндром» или валиком (рис. 48), возможность более свободного и легкого сгибания у плода сохраняется только в известных отделах тела и в известных направлениях.

Так, в шейном отделе наиболее легкое и полное сгибание возможно только кзади и относительное — кпереди, поскольку подбородочек упирается в грудь и ручки; боковые же сгибания невозможны из-за втянутости головки и приподнятости плечиков. В силу этих особенностей головка, подойдя к колену родового канала и встретив здесь препятствие в виде копчика и тазового дна, останавливается до тех пор, пока сокращениями мускулатуры мягкого отдела родового канала, главным образом — мышц тазового дна, не совершит поворота так, чтобы форма плода в этом отделе

стреловидным швом из поперечного размера таза (во входе) в прямой. При этом наиболее часто и даже в заднем виде поворот совершается затылком кпереди, причем в заднем виде головка описывает дугу, равную 135° вместо 45° , как это было бы при повороте

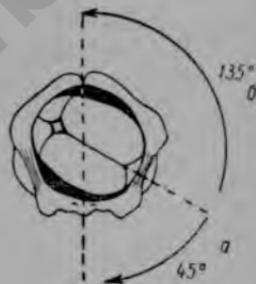


Рис. 47. Величина дуги, описываемая головкой при различных вариантах ее внутреннего поворота при заднем виде.

a — при повороте затылочком кзади — 45° ; *б* — при повороте затылочком кпереди — 135° .

совпала с формой родового канала (рис. 49, а, б, в). Поворот головки из поперечного размера в прямой облегчает прохождение и плечевого пояса через вход в таз, так как одновременно с поворотом головки происходит и поворот плечиков из прямого размера таза в поперечный (или косой), который больше прямого.

Внутренний поворот головки затылком кпереди происходит еще и потому, что при нем форма головки совпадает с формой половой щели.

Если посмотреть на головку сверху, то можно отметить, что ее форма напоминает форму клина: задняя часть (между теменными буграми) шире передней (между височными отделами) (рис. 50). В то же время и половая щель имеет эту же форму: под лоном она шире, чем кзади (см. рис. 20).

Такое совпадение форм головки (при затылочке, обращенном кпереди) и половой щели в момент продвижения головки по мягкой части родового канала вызывает меньшее растяжение тканей, чем при затылочке, обращенном кзади.

Вот почему роды при атипических вставлениях головки (разогнутые положения, задний вид) часто сопровождаются длительным течением и обширными разрывами промежности.



Рис. 48. Членорасположение плода в матке к моменту начала родов, придающее ему вид «валика».



Рис. 49. Схематическое пояснение причин внутреннего поворота головки затылком кпереди (третий момент биомеханизма родов).

а — направление оси родового канала; б — положение головки от входа в таз до колена родового канала; в — положение головки, миновавшей колена родового канала.

В понимании явления, именуемого в биомеханизме родов «внутренний поворот головки», имеются различные взгляды. Здесь излагаем нашу точку зрения, положив в основу ее мнение И. П. Лазаревича. Наиболее полно она разработана Зельгаймом (Selheim). Мы не считаем, что только это объяснение

является единственным и вполне исчерпывающим для понимания такого сложного приспособительного движения плода на пути продвижения его по родовому каналу. С нашей точки зрения, это объяснение только больше, чем другое, приближает нас к пониманию, почему происходит внутренний поворот головки, в частности затылком кпереди, а также почему совершается наружный поворот головки. О других взглядах, объясняющих это явление, будет сказано ниже.

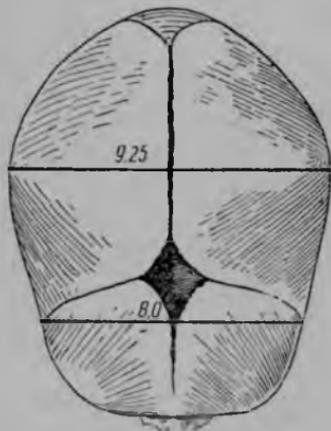


Рис. 50. Череп новорожденного младенца (вид сверху).

9,25 — большой поперечный размер головки; 8,0 — малый поперечный размер головки.

Ряд других акушеров внутренний поворот головки объясняют иначе. Так, Н. Ф. Толочинов¹ основной причиной этого явления считает направление равнодействующей изгоняющих сил, которая при затылочном предлежании упирается в затылок и гонит его по направлению наименьшего сопротивления в сторону лонного угла (здесь мягкие ткани, азади и с боков — твердая костная ткань).

В. В. Сутугин² объясняет внутренний поворот головки как результат движения спинки плода, которое передается головке. Спинка же плода поворачивается кпереди в результате уплощения матки в периоде изгнания. С. Д. Михнов объясняет внутренний поворот формой головки. Он рассматривает ее как тело почкообразной

формы, имеющее два полюса, соединенные между собой «линией головной кривизны». Эта линия, по его мнению, проходит от подбородка к затылку и обращена своей выпуклостью к большому родничку. Наиболее совершенным движением головки по родовому каналу будет такое, при котором произойдет как бы слияние «линии головной кривизны» с «линией кривизны родового канала». А это вынуждает головку совершать повороты, приспособляясь к кривизне родового канала.

Н. З. Иванов, И. И. Яковлев, П. А. Белашапко³ и другие полагают, что основную роль в повороте играет взаимоотношение между формами головки и пространства между мышцами тазового дна. А. Н. Бурденко объясняет внутренний поворот головки с точки зрения рефлекторной теории.

¹ А. И. Петченко. Акушерство, Киев, 1954.

² И. Ф. Жордания. Учебник акушерства, М., 1955.

³ То же.

Четвертый момент биомеханизма родов (третий,— по терминологии большинства акушеров) — разгибание головки (*deflexio capitis*) совершается после того, как прорежутся теменные и затылочные бугры. С этого момента подзатылочная ямка упирается под лоно, а из-за промежности начинают постепенно рождаться лоб, нос и подбородок (рис. 51, 52).

Пятый момент (четвертый,— по терминологии большинства акушеров) — наружный поворот головки (*rotatio capitis externa*). Объяснение для этого момента мы находим, как и для третьего, в особенности членорасположения. Если у «плодного цилиндра», или «валика», наиболее легкое сгибание головки



Рис. 51. Врезывание головки.



Рис. 52. Прорезывание головки.

в шейном отделе может совершаться только кзади и невозможны боковые движения, то в туловищном (поясничном) отделе, наоборот, сгибание невозможно кпереди или кзади, но может совершаться в стороны. Сгибанию плода в поясничном отделе кпереди или кзади препятствуют ручки и ножки, прижатые к передней поверхности тела, которые, как шины, удерживают позвоночник от сгибания в этих направлениях.

Вследствие такого положения, прорезавшаяся теменной и затылочной частями и упершаяся подзатыльем под лоно головка дальше вперед продвигаться не может, потому что к колену родового канала к этому времени придвинулся плечевой пояс. С этого момента туловище должно изменить направление движения: оно должно продвигаться кверху и кпереди, как это сделала и головка. Изогнуться же кзади или кпереди туловище не может. Но родовые изгоняющие силы продолжают действовать. В этих условиях головке остается продолжать движение только за счет разгибания, которое, как мы знаем, возможно. Это и приводит к рождению личика из-за промежности. Момент прорезывания головки и рождения личика, даже при физиологических соотношениях между формами головки и половой щели (при затылке, обращенном кпереди), сопряжен

ческих целей может быть рекомендован простой и в то же время совершенно достаточный для правильного определения местоположения головки по отношению к тазу, следующий метод, основанный на ряде признаков, определяющих высоту стояния головки в тазу. Различают следующие положения головки:

1. Головка подвижна над входом — четвертым приемом акушерского исследования она определяется вся, включая и ее нижний полюс. При влагалищном исследовании она не достигается.

2. Головка прижата ко входу — четвертым приемом она пальпируется вся над входом в таз, за исключением нижнего полюса, который исследующие пальцы охватить не могут. При влагалищном исследовании она может быть достигнута и иногда легко отодвигается вне схватки.

3. Головка фиксирована во входе малым сегментом — четвертым приемом большая часть головки прощупывается над лоном; нижняя же ее часть не определяется, так как она уже вступила во вход в таз. При влагалищном исследовании выясняется, что ее нижний полюс находится на уровне нижнего края лона. Головка может быть иногда отодвинута кверху, но с некоторым усилием (лучше этого не пытаться делать). Стреловидный шов в поперечном размере. Мыс может быть достигнут (головка не мешает этому).

4. Головка фиксирована во входе большим сегментом — четвертым приемом определяется только небольшая часть ее над входом в таз. При влагалищном исследовании определяется, что нижний полюс головки стоит ниже нижнего края лона, но большая часть крестцовой впадины еще свободна. Стреловидный шов находится в поперечном размере, но иногда при небольших размерах головки можно отметить и начинающийся ее поворот. Мыс не может быть достигнут, этому мешает опустившаяся головка.

5. Головка в широкой части полости малого таза, — снаружи головка не определяется. При влагалищном исследовании выясняется, что крестцовая впадина почти полностью выполнена головкой. Стреловидный шов может быть в одном из косяных размеров.

6. Головка в узкой части полости малого таза. При влагалищном исследовании головка легко достигается, стреловидный шов в прямом размере. Началась потужная деятельность.

7. Головка у выхода из малого таза — при влагалищном исследовании головка определяется сразу же за половой щелью. Стреловидный шов в прямом размере. При потуге начинает раскрываться анус и выпячиваться промежность. Головку, находящуюся в узкой части полости и у выхода таза, можно прощупать и путем пальпации ее через ткани промежности.

Мы отметили, что у нашей роженицы головка плода фиксирована во входе в таз большим сегментом. Следовательно, роды у нее протекают нормально, в нашей помощи она не нуждается и остается только следить за ходом родовой деятельности и за сердцебиением плода. Если роженица будет ощущать трудно переносимые боли, то мы сделаем вывод, что дальнейшая надежда на болеутоление приемами психопрофилактической подготовки нецелесообразна, и применим фармакодинамические средства обезболивания: в первом периоде родов —

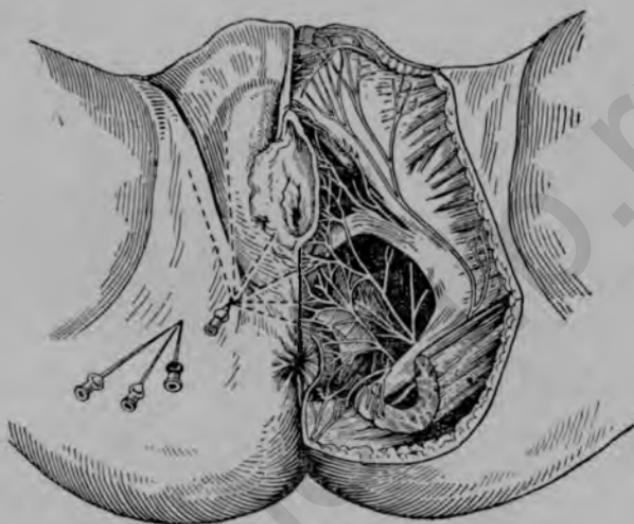


Рис. 55. Схематическое изображение пудендалной анестезии.

наркотические (эвкодал с промедолом; салицилаты с белладонной или с пантопоном и проч.); во втором периоде — новокаиновую блокаду тазового дна и промежности или эфирный наркоз, небольшими порциями и только в момент потуги.

Методика обезболивания второго периода родов путем анестезии срамного нерва наиболее тщательно разработана Г. И. Довженко. Применяя этот метод обезболивания, мы должны иметь в виду, что у одних женщин тип иннервации бывает концентрированный, а у других — рассыпной. Но так как по внешним признакам определить тип иннервации нельзя, то вводить новокаин (или его заменители — лупикаин или аникаин) следует веерообразно по всей ишеоректальной клетчатке.

Учитывая, что наружные половые органы и промежность иннервируются иногда не только срамным нервом, но и *pervus ilio-inguinalis*, следует вводить анестетик и в область лонного бугорка, где проходит веточка этого нерва (рис. 55). Анестезия

двусторонняя. В каждую сторону вводится по 50,0—100,0 мл 0,25—0,5% -ного раствора новокаина.

Для обезболивания нормальных родов в конце периода раскрытия (при открытии зева не менее, чем на 4 пальца) Г. И. Довженко разработан и метод паравагинальной анестезии (рис. 56).

Если возникает слабость родовой деятельности — соответственно состоянию роженицы и характеру самой слабости, — дадим ей либо отдых, усыпив эфиром или другими наркотиками, либо назначим средства, усиливающие работу матки.



Рис. 56. Схематическое изображение паравагинальной анестезии.

Если возникнут какие-либо изменения в сердцебиении плода (учащение или урежение ритма, глухость тонов и аритмия), постараемся установить причину этого и будем поступать в зависимости от акушерской ситуации: либо применим способ борьбы с внутриутробной асфиксией плода по А. П. Николаеву (введение роженице внутривенно 1,0 кардиазола (коразола) и 20,0—40,0 40% -ного раствора глюкозы, ингаляция кислорода — при недостаточном открытии зева и высоко стоящей головке), либо будем форсировать роды, например, путем применения акушерских щипцов (при полном открытии и головке, стоящей в полости таза или у выхода), а может быть, ограничимся только вскрытием плодного пузыря.

Всякое акушерское мероприятие должно быть тщательно продумано и обосновано. Наблюдая за течением родов, мы дол-

жны одновременно проверить, все ли подготовлено для младенца. Что нужно иметь в родильной комнате для новорожденного младенца? Все необходимое для оживления новорожденного, обогревания его для первичной обработки и туалета.

Для оживления может понадобиться: слизееотсос, кислород, аппаратура для переливания крови и искусственного дыхания, сердечные возбуждающие средства. Для обогревания — теплая ванна, электрический рефлектор или грелки для нагревания пеленального столика.

Для первого туалета — стерильные ножницы (для перерезки пуповины) и лигатуры (или клеммы) для ее перевязки, спирт, йодная настойка и стерильные марлевые салфетки для наложения повязки на пуповинный остаток, 2%-ный раствор азотно-кислого серебра или 3%-ный раствор протаргола — для закапывания в конъюнктивальный мешок, а новорожденным девочкам — и в половую щель.

Мы в клинике применяем не раствор ляписа, а раствор протаргола, во избежание несчастного случая — повреждения глаз. В последнее время некоторые акушеры и педиатры для этой цели рекомендуют пенициллин (200 000 ед. в 10 мл физиологического раствора). Первый туалет новорожденного в нашей клинике несколько отличается от такового в других родильных учреждениях.

Так, мы снимаем первородную смазку стерильным маслом, после чего купаем ребенка в слабом растворе марганцевокислого калия.

Такой туалет, по нашему мнению, более отвечает гигиеническим требованиям, чем туалет без купания и с оставлением первородной смазки, являющейся питательной средой для многочисленных микробов, с которыми неизбежно приходится соприкоснуться новорожденному. Несколько иначе у нас осуществляется и нумерация ребенка.

В ряде акушерских учреждений для этой цели новорожденному в области запястья обеих рук одевают клеенчатые манжеты, на которых и отмечают фамилию, имя матери, дату рождения, пол ребенка и номер его истории развития. По нашему мнению, манжеты негигиеничны. Номер истории развития ребенка мы пишем бриллиантовой зеленью на его грудке. Бриллиантовая зелень не раздражает кожу, сама является хорошим антисептиком. При надобности надпись может быть легко восстановлена в отделении новорожденных. Проверим, имеется ли все необходимое для приема новорожденного, и будем ожидать рождения ребенка.

7/IV — 23 ч. Состояние роженицы хорошее. Схватки начинают принимать характер потуг. Посмотрим, где находится головка — снаружи она уже не определяется. Воды еще не отошли. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, место его наиболее

отчетливого выслушивания сместилось к средней линии живота роженицы и ближе к лону. В процессе поступательного движения плода такое смещение точки наиболее ясно прослушиваемого сердцебиения книзу и к средней линии живота — явление закономерное.

23 ч. 30 мин. Схватки приняли характер потуг. Заметно легкое выпячивание промежности. отошли воды в умеренном количестве, слегка мутноватые.

Иногда при разрыве плодного пузыря отходят воды, окрашенные меконием в зеленоватый цвет. Если этому не предшествовало изменение в сердцебиении плода, указывающее на асфиксию, то такая окраска меконием околоплодных вод не должна вызывать тревогу; хотя и не так часто, но это бывает и при нормальных родах в головном предлежании. Если же отхождению таких вод предшествовали те или иные изменения сердцебиения плода, то это говорит о состоянии внутриутробной асфиксии плода, вследствие которой расслабляется анальный сфинктер и в водах появляется меконий.

8/IV — 01 ч. Роды протекают нормально, началось врезывание головки. Состояние роженицы удовлетворительное. Сердцебиение плода отчетливое, ритмичное, 120—130 ударов в одну минуту, выслушивается над лоном. Обратите внимание, какими приемами защищается промежность и как предотвращается инфицирование половой щели и ребенка от каловых масс, выжимающихся из прямой кишки: роженица лежит на стерильной простыне, наружные половые части периодически обмываются ватным шариком, смоченным в растворе какого-либо антисептического вещества (0,2% раствора хлорамина). У нас в клинике применяется раствор сулемы 0,1 : 4000,0.

О защите промежности мы уже говорили. В момент врезывания головку осторожно удерживают ладонной поверхностью всей кисти левой руки, не давая ей быстро продвигаться и преждевременно разогнуться, а пальцами правой руки слегка растягивают вульварное кольцо.

Как вы видите, с началом потуги роженица ищет опору для ног, усиливая изгоняющие силы с помощью «возжей» — тяги для рук, приспособленной к родильной койке. Как только под лоно вставится подзатылочная ямка и наступит момент рождения личика из-за промежности, всякое усилие со стороны роженицы должно прекратиться. Для этого она должна положить руки на грудь, не тужиться и делать глубокие вдохи. Если к моменту прорезывания головки заметно большое напряжение промежности и края вульварного кольца начинают бледнеть, то в целях предотвращения разрыва промежности следует ее разрезать, сделав перинеотомию или эпизиотомию (рис. 57). По окончании родов резаную рану легче зашить и заживление ее будет лучше, чем раны рваной.

8/IV — 01 ч 15 мин. Родилась головка, личико повернулось к правому бедру матери. Теперь осталось вывести плечевой пояс. Предлагаем роженице потужиться, хотя этого желания у нее в данный момент и нет, а сами, взяв головку обеими руками за боковые поверхности, производим тракции на себя и книзу с тем, чтобы под лоно подошло кпереди лежащее плечо (в данном случае правое) (рис. 58). Как только переднее плечико подошло под лоно, направление тракций меняется. Они производятся «на себя» и кверху (рис. 59). Этим приемом выводится заднее плечо (в данном случае левое). Последующее рождение остальной части туловища и ножек никакого пособия не требует.



Рис. 57. Разрез промежности — эпизиотомия.

В процессе родов ребенок почти всегда испытывает кислородную недостаточность. К этому приводят сокращения матки,



Рис. 58. Выведение плечевого пояса — подведение под лоно переднего плечика,



Рис. 59. Выведение плечевого пояса — выведение «заднего» плеча при одновременном поддержании промежности.

из-за чего ухудшается плацентарное кровообращение, происходит сжатие головки (конфигурация) в родовых путях. В патологических случаях нарушение газового обмена между матерью и плодом приводит к накоплению в его крови такой концентрации

углекислоты, которая способна вызвать раздражение дыхательного центра. В результате внутриутробный плод делает дыхательные движения, аспирирует воды, слизь и кровь, находящиеся в родовом канале. Иногда эта аспирация небольшая и не оказывает заметного влияния на плод, а иногда является одной из причин рождения его в асфиксии. Поэтому не следует укладывать ребенка в горизонтальное положение и добиваться первого громкого крика сразу же после рождения. С профилактической целью целесообразно на $\frac{1}{4}$ мин придать ему вертикальное положение с опущенной вниз головкой, чтобы облегчить и ускорить вытекание аспирированных вод из глубины дыхательных путей¹. Только после этого можно производить все мероприятия по оживлению, если ребенок в них нуждается. Однако не следует применять предлагаемый метод (кратковременное положение новорожденного с опущенной головкой) без учета состояния ребенка. Весьма возможно, что такое положение для тяжело травмированных детей может оказаться и нецелесообразным. Если нет показаний к быстрому отделению ребенка от матери, спешить с перевязкой пуповины не следует, пока пульсируют пупочные сосуды. Резервная порция крови, поступившая к плоду из плаценты, которая может достигать 100 мл, не будет для него лишней.

Пуповина перевязывается в двух местах. Одна лигатура на расстоянии 10 см от пупочного кольца, вторая — на некотором расстоянии от половой щели роженицы. Почему пуповина лигируется в двух местах? На случай, если не распознана двойня. Если при этом двойня была однойцевой, когда плацента для обоих плодов может быть общей, то второй плод, оставшийся в матке, может истечь кровью через неперевязанную пуповину первого, родившегося плода.

О ч 20 мин. Родилась живая девочка со всеми признаками зрелости. Состояние роженицы вполне удовлетворительное. Вес ребенка — 3150,0, длина — 50 см.

Обратите внимание на головку плода. Вы видите, что она несколько неправильной формы: в затылочно-теменной области имеется поверхностное выпячивание, мягковатое на ощупь. Это головная или родовая опухоль. Образуется она на подлежащей части любого отдела тела только после отхождения вод, в силу разности в давлении на части головки, расположенные выше и ниже пояса соприкосновения.

В то время как большая часть плода, находящаяся выше пояса соприкосновения, испытывает повышенное давление (атмосферное и давление изгоняющих сил), часть головки, расположенная ниже пояса соприкосновения, находится под воз-

¹ Лучше придать ребенку почти горизонтальное положение с несколько наклоненной книзу головкой и приподнятым тазом (Ред.)

действием только одного атмосферного давления. Разница между силами давления и приводит к тому, что жидкие ткани плода, легко меняющие форму, перемещаются книзу, к участку меньшего давления.

По анатомической структуре родовая опухоль представляет собою отек подкожной клетчатки с небольшими, иногда только точечными кровоизлияниями. В клиническом отношении она не требует терапии, так как бесследно исчезает через 2—3 дня после рождения (рис. 60).

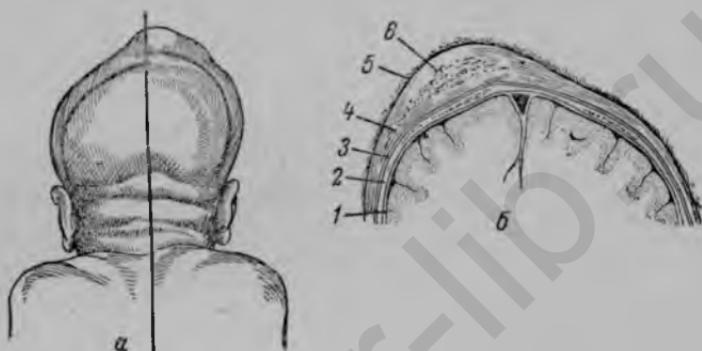


Рис. 60. Схематическое изображение головной (родовой) опухоли.

a — асимметрия головки при головной опухоли; *б* — разрез головки новорожденного через родовую опухоль: 1 — твердая мозговая оболочка; 2 — кость; 3 — периост; 4 — galea; 5 — кожа; 6 — отек клетчатки в области родовой опухоли.

Чем длительней роды после отхождения вод и чем сильнее при этом родовая деятельность, тем больше родовая опухоль. Иногда она может достигать таких размеров, что приближается к выходу из родового канала, в то время как головка стоит еще во входе. Это обстоятельство может привести к ошибке в определении местонахождения головки. Однако родовой опухоли может и не быть, если роды протекают быстро или если они и продолжительны, но протекают на фоне слабых родовых схваток.

Родовую опухоль следует отличать от другого внешне сходного образования — кефалогематомы. Последняя возникает вследствие отека, а является поднадкостничным кровоизлиянием (рис. 61). Кефалогематома отличается от родовой опухоли тем, что она возникает реже, размер ее меньше и она выявляется обычно не в процессе самих родов, а некоторое время спустя, постепенно нарастая. Так как кефалогематома — кровоизлияние поднадкостничное, а периост в области костных швов, в частности, в области стреловидного шва, фиксирован

к кости, то кефалогематома располагается в очерченных границах правой или левой половины головки (см. рис. 49).

Рассасывается кефалогематома медленно, сохраняясь в выраженных случаях даже в течение нескольких недель.

Если кефалогематома заметно нарастает, то необходимо наложить давящую асептическую повязку. Пунктировать свежую гематому нельзя из-за опасности продолжения кровотечения и возможности инфицирования ее.

Если в течение 2—3 недель не отмечается рассасывания гематомы, а размер ее значительный, то для прижатия отсло-

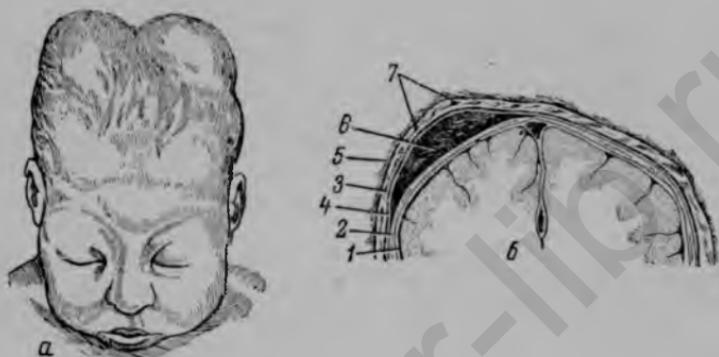


Рис. 61. Схематическое изображение кефалогематомы.

a — изображение головки при кефалогематомах в области теменных костей; *б* — разрез головки новорожденного через кефалогематому: 1 — твердая мозговая оболочка; 2 — кость; 3 — подкожная клетчатка; 4 — отделившаяся надкостница; 5 — кожа; 6 — гематома; 7 — экстравазаты в клетчатке.

ившегося периоста к кости некоторые рекомендуют пункцией удалить излившуюся кровь и наложить давящую повязку. Но делать это надо только при строгих показаниях и с соблюдением строжайшей асептики.

Но вернемся опять к нашей роженице. С рождением младенца наступает третий период родов. Мы уже говорили о том, что последовый период является не менее ответственным, чем первый и второй периоды. Основное правило при ведении этого периода родов заключается в тщательном наблюдении за роженицей, кровопотерей и отделением последа. При этом не следует забывать о существовании в практическом акушерстве крылатой фразы: «Руки прочь от последовой матки». Это, конечно, не значит, что к матке в последовом периоде нельзя прикасаться. Уточнять признаки отделения последа можно и нужно. Но делать это надо осторожно, не производя беспорядочных давлений на матку, чтобы не вызвать в ней несвоевременных сокращений, которые могут привести к возникновению

опасного кровотечения. Для того чтобы решить, отслоился ли послед от стенок матки, существуют несколько способов, которые могут быть осуществлены без ущерба для роженицы.

Эти признаки основаны на изучении формы матки, высоты стояния ее дна и подвижности пуповины.

1. Матка после рождения плода принимает шаровидную форму, и дно ее стоит на уровне пупка. После рождения последа она, сохраняя ту же форму, становится более плотной, а дно ее понижается примерно на 2 пальца ниже пупка. Если послед отслоился, но родился из матки только во влагалище, а не наружу, матка, будучи плотноватой консистенции, принимает удлиненную и несколько уплощенную форму, а дно ее поднимается выше пупка, отклоняясь обычно вправо (рис. 62).

2. Если ребром ладони надавить брюшную стенку над лоном, что приведет к некоторому смещению матки вверх, то при неотделившемся еще последе пуповина, следуя за маткой, будет втягиваться. При отделившемся же последе пуповина втягиваться не будет (признак Н. И. Чукалова — Кюстнера) (рис. 63).



Рис. 63. Надавливание над лоном для определения отделения последа от маточной стенки (прием Чукалова — Кюстнера).

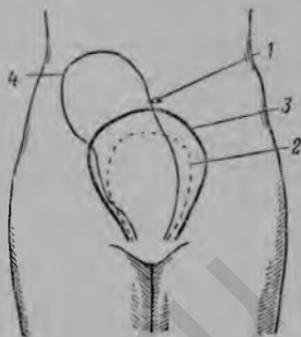


Рис. 62. Форма матки и высота стояния ее дна при различных фазах отделения и изгнания последа.

1 — пупок; 2 — положение и форма матки при еще не отделившейся от ее стенок плаценте; 3 — послеродовая матка; 4 — положение и форма матки при отделившемся последе, опустившемся в нижний сегмент матки (или во влагалище).

3. При глубоких вдохах и выдохах роженицы пуповина будет втягиваться и опускаться, если послед еще не отделился, и останется неподвижной, если он уже не соединен со стенками матки, т. е. отделился.

4. Лигатура на пуповине может постепенно отдаляться от половой щели, если послед отделился и постепенно рождается.

5. При искусственной потуге пуповина будет втягиваться, если послед еще не отделился от матки, и останется на месте при уже отделившемся (признак С. Л. Клейна). При этом следует помнить, что переполненный мочевого пузырь рефлекторно препятствует сокращениям матки и рождению последа.

01 ч 30 мин. В течение 10 мин после рождения ребенка роженица лежала спокойно и даже дремала, а сейчас опять отмечает появление небольших схваток. Это хороший признак. После кратковременного относительного покоя матка вновь начала сокращаться, что приведет к отслойке и рождению последа. Используя признак Г. И. Довженко, предложим роженице сделать несколько глубоких вдохов и выдохов — пуповина вытягивается.

Используем признак Н. И. Чукалова — пуповина вытягивается. Осторожно пальпируем плоскостью всей ладони, а не отдельными пальцами — дно матки на уровне пупка.



Рис. 64. Схематическое изображение материнской поверхности плаценты.

Все говорит о том, что послед не отделился. Что делать? Есть ли показания к вмешательству? Нет, таких показаний нет. За это говорят следующие данные: общее хорошее состояние роженицы, ровный пульс, стояние дна матки на уровне пупка — следовательно, большой кровопотери и скопления крови в полости матки нет, а наружная кровопотеря, как мы видим, незначительная. Кроме того, прошло всего только 10 мин после рождения ребенка, а мы видим, что матка уже начала сокращаться.

01 ч 55 мин. Небольшие схватки сохранялись все это время, а сейчас роженица слегка потужилась, и послед родился самопроизвольно. Матка хорошо сократилась, дно ее на 2 пальца ниже пупка. Осмотрим послед (рис. 64). Отделение его произошло по типу центральной отслойки, так как родился он ввернутым в оболочки, а на материнской поверхности плаценты имеется сгусток крови — ретроплацентарная гематома.

Послед (особенно плацентарную его часть) следует осмотреть очень внимательно. Задержка плацентарной ткани в матке может привести к тяжелым осложнениям в послеродовом периоде. Поэтому при малейшем подозрении на задержку в матке плацентарной ткани нужно со всем вниманием и осторожностью произвести проверку большой кюреткой (или рукой). Если сразу после родов такое выскабливание безопасно, то по прошествии 2—3 дней его произвести нельзя, так как к этому времени матка будет инфицирована и очень мягка, что создает большую угрозу перфорации ее при таком вмешательстве.

Осмотрен послед: плацента и оболочка все. Измерим кровопотерю — 400,0 мл.

02 ч 20 мин. Общее состояние родильницы хорошее. Дыхание ровное, пульс хорошего наполнения, 72 удара в одну минуту. Родильница дремлет. Матка хорошо сокращена, дно ее на два пальца ниже пупка. Кровотечения нет.

Осмотрим шейку матки, влагалище и промежность — нет ли разрывов. Такой детальный осмотр тканей родового канала, включая и шейку матки, обычно производится только у первородящих. У повторнородящих можно ограничиться осмотром промежности, контроль шейки матки и стенок влагалища — по показаниям (кровотечение).

Опыт показывает, что разрыв промежности может произойти как у первородящей, так и у повторнородящей. У последней он даже более возможен из-за наличия рубцовых изменений в тканях промежности как следствия разрывов при бывших родах. Разрыв же шейки матки чаще можно встретить у первородящей. Если значительные разрывы шейки матки оставить не ушитыми, то спонтанное заживление раны может идти медленно, рана будет легко инфицироваться, что может привести к осложнениям в послеродовом периоде. Кроме того, что является особенно важным, спонтанное заживление разрывов шейки матки всегда приводит к деформации шейки, вывороту слизистой цервикального канала и к образованию эрозии (эктропиона). Такое состояние шейки должно рассматриваться как состояние предрака. Поэтому оно и требует профилактики — ушивания разрывов шейки сразу после окончания родов. При осмотре шейки на зеркалах выяснилось, что разрывов нет. В течение двух часов родильница и ее ребенок должны находиться в родильной комнате под внимательным наблюдением. Только по прошествии этого времени мать можно переводить в послеродовое отделение, а ребенка — в палату новорожденных. Из каких соображений требуется такое длительное пребывание родильницы и ребенка в родильном зале? В отношении родильницы это пребывание необходимо по той причине, что, как показывает опыт, тонус послеродовой матки может снизиться и привести к гипотоническому кровотечению в пределах первых двух часов после родов.

Если за это время матка остается хорошо сокращенной, то дальнейшее расслабление ее наступает весьма редко, а если и встречается, то без грозного кровотечения. Пребывание ребенка необходимо вследствие возможного расслабления лигатуры на пуповинном остатке, из-за чего может наступить опасная для жизни кровопотеря.

Если понадобится срочная помощь, последняя в родильной комнате может быть оказана быстрее, чем в послеродовом отделении и в детской.

03 ч 40 мин. Состояние родильницы хорошее. Матка хорошо сокращена, дно ее на 2 пальца ниже пупка, кровотечения нет. Переводится в послеродовое отделение. Состояние новорожденной хорошее. Повязка на пуповинном «остатке» не кровоточит. Переводится в отделение новорожденных.

Краткий эпикриз. В родильное отделение клиники поступила первобеременная роженица. Беременность протекала нормально. В консультации она прослушала цикл занятий по вопросам гигиены женщины в период беременности и по психопрофилактической подготовке к родам.

Роды протекали нормально, длились всего 15 ч 15 мин. Из них: I период — 12 ч 20 мин; II период — 2 ч 20 мин; III период — 0 ч 35 мин. Родилась живая доношенная девочка, сразу громко закричала. Через 2 ч после окончания родов родильница и новорожденная в хорошем состоянии переведены из родильной палаты в соответствующие отделения.

ЛЕКЦИЯ ЧЕТВЕРТАЯ

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Гр-ка Ж-я, 24 лет, в 9 ч 45 мин 1 января 1956 г. поступила в клинику с хорошо выраженной родовой деятельностью. Схватки начались сегодня, в 6 ч утра. Воды не отходили. Из анамнеза выяснили следующее: в детстве развивалась нормально, но ходить начала после года. Уроженка Калининской области. Из общих заболеваний в детском возрасте ничего не отмечает. Год тому назад перенесла операцию удаления червеобразного отростка.

По профессии — полиграфист, работает начальником цеха типографии. Первые менструации начались на 17-м году жизни, установились спустя 8 месяцев по 3—4 дня, через 28 дней. Наследственность благоприятная. Замуж вышла 22 лет; муж здоров. Последний раз менструация была 19 марта 1955 г. Настоящая беременность первая, протекала нормально и с самого начала ее беременная находилась под наблюдением врача женской консультации. В октябре врачом консультации впервые было высказано предположение о том, что имеется тазовое предлежание. При последующих посещениях этот диагноз подтвердился.

Объективное исследование. Рост—149 см, вес—64,2 кг, телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, границы сердца в пределах нормального, тоны ясные. Дыхание везикулярное, границы легких тоже в пределах нормы для беременной с доношенной беременностью. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 ударов в одну минуту. Артериальное давление (АД) — 110/50 мм рт. ст. Группа крови А (II), резус-положительная (Rh +). Реакция Вассермана (RW) — отрицательная. Температура тела 36,4.

Наружное акушерское исследование. Форма поясничного ромба правильная. Живот равномерно куполообразно выпячен, овоидной формы, безболезненный. Брюшная стенка упругая, пупок выпячен. Обхват живота 97 см. Расстояние от лона до пупка 19 см, до дна матки — 35 см, до мечевидного отростка — 39 см. Рубцы беременности умеренно выраженные, свежие. Положение плода продольное, предлежат ягодицы, прижаты ко входу таза, головка у дна матки. Спинка

плода слева, мелкие части — справа. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, ясное, ритмичное, 132 удара в одну минуту.

Размеры таза: *d. spinarum* — 26 см; *distantia cristarum* — 29 см; *d. trochanterica* — 32 см; *conjugata externa* — 21 см. Наружные половые органы развиты правильно, слизистая входа во влагалище синюшного цвета. Промежность высокая.

Внутреннее (влагалищное) акушерское исследование. 1/1 — 13 ч 30 мин. Влагалище нерожавшей женщины, растяжимо. Шейка матки сглажена, зев открыт на 2 пальца. Края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Предлежат ягодицы, прижатые ко входу в таз. Мыс не достигается.

В данном случае мы почти полностью уверены в тазовом предлежании потому, что у дна матки отчетливо определяется головка плода. В этих случаях ошибка может быть только при наличии двойни, имеющей различие в предлежании (один предлежит тазовым концом, другой — головкой). Но в данном случае признаков движения нет. Если же головка плода так отчетливо у дна не определяется, мы при влагалищном исследовании руководствовались бы другими диагностическими признаками, позволяющими уточнить тазовое предлежание. Такими диагностическими признаками тазового предлежания является определение при влагалищном исследовании крестца, копчика, пахового сгиба, ножек. Диагностика при этом тем проще, чем больше раскрыт зев и чем ниже стоит предлежащая часть. При целом плодном пузыре и неполном раскрытии пальпация должна быть крайне осторожной из-за опасности раннего вскрытия пузыря.

Как видно из всего сказанного выше, у этой женщины имеется доношенная беременность, ягодичное предлежание, первый период родов.

В настоящее время состояние роженицы хорошее, родовая деятельность нормальная и в какой-либо нашей помощи ни роженица, ни плод не нуждаются. Будем внимательно наблюдать за течением родов, а пока вмешательства не требуется, разберем весьма актуальный вопрос практического акушерства — вопрос о тазовых предлежаниях.

Как часто встречаются роды в тазовом предлежании? Частота родов в тазовом предлежании, по данным различных авторов, колеблется от 3 до 4% на общее число родов. В нашей клинике на 9000 с лишним родов тазовое предлежание встретилось у 252 рожениц, что составляет 3,6%. Как отмечают многие, это атипическое положение плода чаще бывает у повторно-, чем у первородящих, и при этом, как отмечено наблюдением нашей клиники, чаще в возрасте от 20 до 30 лет.

Какие причины приводят к образованию тазового предлежания? Причины возникновения тазового предлежания установить

не всегда возможно. Нередко встречаются роженицы, у которых нет никакой особенности, которую можно было бы поставить в причинную связь с наличием у нее тазового предлежания. Однако, как показывает опыт, это предлежание чаще встречается там, где длительно сохраняется свободная подвижность плода, или головка встречает условия, не допускающие фиксации ее в нижнем сегменте матки или во входе в таз. Следовательно, к таким причинам могут быть отнесены: многоводие, многоплодие, наличие в нижнем отделе матки опухоли, предлежание плаценты, гидроцефалия, неправильная форма матки и таза.

Образование тазового предлежания возможно и из косого положения, когда в одной из подвздошных впадин матери находится тазовый конец плода. Нельзя исключить и случайность его образования. Дело в том, что до 7 месяцев беременности, вследствие объемных соотношений между количеством околоплодных вод и величиной плода, подвижность его довольно свободна. Поэтому на 5—7-м месяце беременности тазовое предлежание встречается сравнительно часто. После 7 месяцев подвижность плода уже ограничена. Если к этому сроку плод находился в тазовом предлежании, оно может таким и остаться до конца.

Отмечено, что образованию тазового предлежания способствует многоплодная беременность, по-видимому, вследствие имеющихся при этом ограниченных возможностей в подвижности одного плода или обоих.

Как детализируется диагноз тазового предлежания? Понятие «тазовое предлежание» является общим. Оно свидетельствует только о том, что не головка, а тазовый конец предлежит ко входу в таз. Однако для прогноза родов небезразличными оказываются детали этого предлежания. Поэтому в тазовом предлежании следует различать: ягодичное, ягодично-ножное и ножное. О ягодичных предлежаниях (они именуется еще как чисто-ягодичные) говорят тогда, когда обе ножки вытянуты вдоль передней поверхности туловища, будучи согнутыми в тазобедренных суставах и разогнутыми в коленных. Ягодично-ножные предлежания образуются, если обе ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и, будучи перекрещенными между собой, в то же время плотно прижаты к передней поверхности туловища. Если ножки, хотя частично и согнуты в тазобедренных и коленных суставах, но не прижаты к туловищу, а опущены книзу, то говорят о ножных предлежаниях. Диагноз тазового предлежания детализируется еще и по признаку, согнуты ли обе ножки или только одна.

Таким образом, окончательная классификация тазовых предлежаний такова:

1. Чисто-ягодичное — обе ножки вытянуты вдоль туловища (рис. 65).

2. Ягодично-ножное: а) полное — согнуты обе ножки (рис. 66); б) неполное — одна ножка согнута, другая разогнута.



Рис. 65. Ягодичное предлежание.
Первая позиция, задний вид.



Рис. 66. Ягодично-ножное предлежание (полное).
Вторая позиция, задний вид.

3. Ножное: а) полное — предлежат обе ножки (рис. 67); б) неполное — предлежит одна ножка (рис. 68).

Имеется еще одна разновидность тазового предлежания, именуемая коленным предлежанием. При этом одна или



Рис. 67. Полное ножное предлежание.
Первая позиция.



Рис. 68. Неполное ножное предлежание.
Выпадение ножки.

обе ножки не только опущены разогнутыми в тазобедренном суставе, но и согнуты в коленном, при этом одно или оба колена образуют предлежащую часть. Такое положение является

неестественным и неустойчивым. Ножке легче выпасть совсем, чем, согнувшись, создать коленное предлежание. Поэтому оно (коленное предлежание) и встречается крайне редко.

В практической работе чаще приходится иметь дело с ягодично-ножным предлежанием, так как из всех разновидностей тазового предлежания только оно одно и определяет правильное членорасположение. Предлежания же чисто-ягодичные и ножные образуются при неправильном членорасположении, поэтому и встречаются реже.

Определение позиции и вида плода при тазовом предлежании производится, как и при головном, по спинке. Например, если спинка обращена влево и кпереди — налицо первая позиция и передний вид и т. д. Диагностика тазовых предлежаний не всегда проста. Плотно прижатый ко входу тазовый конец можно легко принять за головку, особенно при хорошем тоне брюшной стенки и у тучных женщин. Однако тщательная пальпация живота беременной (роженицы) позволяет распознать головку у дна матки. Этим косвенно облегчается и определение предлежащей части (иметь в виду возможность наличия двойни!). Диагностическими признаками, отличающими тазовое предлежание от головного могут служить следующие: а) головка крупнее тазового конца, плотнее и имеет округлую форму; б) головка способна давать симптом баллотирования, который не определяется при наличии тазового конца. Симптом баллотирования заключается в том, что на легкое толчкообразное смещение головки пальцами она, возвращаясь на место, отвечает обратным толчком; в) более высокое стояние дна матки при тазовом предлежании; г) выслушивание сердцебиения плода при тазовом предлежании обычно выше пупка (или на уровне его).

При наружном исследовании определение головки у дна матки является наиболее верным доказательством тазового предлежания (если нет двойни). Диагностика тазового предлежания путем внутреннего (влагалищного) исследования более совершенна, если имеется достаточное открытие зева и нет плодного пузыря. Вполне понятно, чем шире раскрыт зев, тем точнее диагностика. Внутреннее исследование должно производиться очень осторожно, так как ягодичное предлежание можно легко смешать с лицевым. Кроме того, грубым исследованием могут быть травмированы половые органы и анальное отверстие плода.

Ориентирами тазового предлежания при влагалищном исследовании являются: а) форма и консистенция, отличающиеся от головки (головка более шаровидная и более плотная); б) нахождение крестца по гребешку (*crista sacralis*), с помощью чего уточняется не только наличие самого тазового

предлежания, но также позиция и вид плода; в) определение ножек.

Предлежащая ножка отличается от ручки по наличию пятки, величине и расположению пальчиков (большой палец на руке отставлен), по различию формы колена от локтя (колено имеет округлую форму, локоть — более острую). Своевременное дифференцирование ручки от ножки является практически важным, так как, думая о тазовом предлежании, иногда забывают о поперечном положении, и наоборот. Допустить же такую ошибку можно при вколотившемся плечике. Если возникает дилемма: имеется ли в данном случае тазовое предлежание или поперечное положение, то диагноз должен быть уточнен обязательно, даже если для этого понадобилось бы и низведение предлежащей мелкой части (ручки, ножки). Однако лучше этого избегать, стремясь к уточнению диагноза иными путями, в частности рентгенографией.

Как протекает беременность при тазовом предлежании? Течение беременности при тазовых предлежаниях почти не отличается от такового при головном предлежании. Сама беременная может и не знать, что у нее имеется эта особенность. Однако отсутствие при тазовых предлежаниях пояса соприкосновения иногда может привести к преждевременному разрыву плодного пузыря и наступлению преждевременных родов.

Как протекают роды при тазовом предлежании? Течение родов при тазовых предлежаниях иногда может и не отличаться от нормального. Роды тогда проходят сравнительно быстро и без осложнений. Но нередко они характеризуются некоторыми особенностями, которые могут неблагоприятно отражаться на здоровье плода и даже матери.

К числу таких особенностей относятся:

1. Недостаточная эффективность родовых схваток, проявляющаяся в первичной или вторичной слабости родовой деятельности и приводящая к затяжным родам.

2. Ранний разрыв плодного пузыря.

3. Возможность прохождения тазового конца при неполном раскрытии зева, когда для прохождения головки еще нет условий.

4. Неподготовленность мягкой части родового канала впереди идущим тазовым концом для продвижения последующей головки.

Понятно, что каждая из этих особенностей, а тем более их сочетание, может отягощать течение родов, неблагоприятно отражаясь на здоровье матери и жизнеспособности плода. Мертворождаемость и ранняя детская смертность при родах в тазовом предлежании, особенно у первородящих, выше, чем при нормальных родах. По данным различных статистик, детская смертность еще недавно достигала 10%. Однако достиг-

нутые в наше время успехи в отношении своевременного оказания рациональной помощи привели к значительному снижению детской смертности. Все же следует считать, что роды в тазовом предлежании стоят на грани физиологии и патологии, хотя, казалось бы, в принципе они и могут быть отнесены к разряду нормальных (атипических) родов.

Как видно из изложенного, прогноз при родах в тазовом предлежании должен ставиться с осторожностью. Последняя касается главным образом оценки жизнеспособности плода, хотя осложнения иногда могут отразиться и на здоровье матери. Чтобы понять, почему возникают осложнения, нужно хорошо уяснить особенности, которыми могут сопровождаться такие роды, и их биомеханизм.

Разберем вначале особенности течения родов при тазовом предлежании.

1. *Слабость родовой деятельности.* Эта особенность неблагоприятно сказывается на течении всяких родов. Но при тазовых предлежаниях она таит в себе особенно большие опасности. Особенно неблагоприятно ее наступление в периоде изгнания, когда тазовый конец уже подошел к колену родового канала. Если это случится при головном предлежании, то возникшая слабость может быть компенсирована акушерским вмешательством — тягой с помощью акушерских щипцов. При «вколоченном» же тазовом конце применение акушерских щипцов далеко не всегда бывает успешным. До недавнего времени, если приходилось извлекать плод за тазовый конец щипцами, обычно пользовались прямыми щипцами (без тазовой кривизны) типа Лазаревича или Кьеллянда. В настоящее же время С. А. Кацнепольским предложена новая модель щипцов, предназначенная для извлечения плода за тазовый конец. Отличие щипцов Кацнепольского от обычных щипцов, предназначенных для головки, состоит в том, что они, как и некоторые модели головных щипцов, прямые, а их ложки короче и с более крутой «тазовой» кривизной.

Для извлечения плода за тазовый конец акушерские щипцы Кацнепольского лучше, чем какие-либо модели обычных щипцов. Но, к сожалению, и ими не всегда можно достичь желаемого успеха при «вколоченном» тазовом конце. А длительная остановка родов, когда тазовый конец плода уже опустился к колену родового канала, неблагоприятна для плода. Возникающее при этом нарушение плацентарного кровообращения приводит к гипоксемии и гипоксии, вследствие чего обменные процессы между плодом и матерью нарушаются. В результате могут произойти тяжелые, а иногда необратимые изменения в центральной нервной системе плода.

Почему при этих условиях может возникнуть нарушение плацентарного кровотока? Когда тазовый конец подошел

к колену родового канала, а тем более к половой щели, то в это время полость матки оказывается уже освобожденной от большей массы тела плода. При этих условиях частично опорожненная матка не может оставаться растянутой, она сокращается, плацентарное кровоотечение нарушается. Для матери остановка в продвижении плода при этих условиях тоже иногда может быть неблагоприятной. Начинающийся эндометрит в родах заставляет тогда врача вмешаться — ускорить роды.

Предположим, что медикаментозные средства и попытка извлечь плод пальцами за паховые сгибы не дали эффекта. В таком случае акушеру остается только прибегнуть к наложению щипцов. Хорошо, если с их помощью удастся извлечь ребенка. Если же и они не оправдали надежды акушера, остается прибегнуть к последнему (худшему) средству — к применению крючка Брауна. Оно всегда сопряжено с тяжелыми повреждениями плода. Однако нужно отметить, что крючок Брауна приходится применять только в исключительно редких случаях (и как правило — на мертвых плодах), когда по состоянию здоровья матери бывает необходимо быстро закончить роды, чего другими методами сделать было нельзя.

В чем причины возникновения слабости родовой деятельности при тазовых предлежаниях? Причины наступления слабости родовой деятельности весьма многообразны. Слабость родовой деятельности встречается и в родах с нормальным положением плода. Но при тазовом предлежании она встречается чаще. Можно предположить, что одной из причин более частого возникновения слабости родовой деятельности при тазовом предлежании является наличие самого атипичного предлежания: менее объемистый и более мягкий тазовый конец плода, по-видимому, в меньшей степени, чем объемистая и плотная головка, оказывает влияние на рецепторный аппарат нижнего сегмента и шейки матки. Возможно, имеются и другие причины, которые не всегда удается установить.

2. *Ранний разрыв плодного пузыря* при тазовом предлежании — явление нередкое. Как уже говорилось неоднократно, причина этого лежит в отсутствии совершенного пояса соприкосновения. Раннее отхождение вод может повлечь за собой удлинение времени родов, что, в свою очередь, может неблагоприятно отразиться на состоянии матери и плода. При тазовом предлежании такая задержка особенно вредна по тем соображениям, которые уже отмечены выше.

Вот почему, если возможность раннего разрыва плодного пузыря отмечена своевременно, то с целью предотвращения этого может быть использован кольпейринтер. Если уже произошел разрыв плодного пузыря, а открытие зева еще только на 1—2 пальца, то в таком случае показан метрейриз, т. е. введение метрейринтера. При таком положении баллон, закры-

вая собой наружный зев, сохранит еще оставшиеся воды, усилит родовую деятельность и, постепенно рождаясь, растянет родовой канал для более свободного прохождения последующей головки.

3. *Опасность ущемления последующей головки плода.* Возможность прохождения тазового конца при неполном раскрытии зева вполне очевидна. Тазовый конец мягче и менее объемистый, чем головка,— он может пройти и при раскрытии зева на 4 пальца. Головка же доношенного плода через такое отверстие пройти не может.



Рис. 69. Сдавление пуповины во время продвижения головки плода через таз после рождения туловища.

В результате происходит ущемление шеи плода зевом матки. Одновременно сжимается и пуповина. Такое положение может длиться неопределенное время и, как правило, приводит к гибели плода, а также и к инфицированию матери.

4. Неподготовленность мягких частей родового канала для прохождения последующей головки впереди идущим тазовым концом, более мягким и менее объемистым, приводит к тому, что головка в процессе движения сама должна растягивать родовой канал. Это требует известного времени и хорошей родовой деятельности. А в это время условия для плода весьма неблагоприятные.

Во-первых, находящаяся рядом с головкой пуповина может быть прижата ею и кровообращение плода нарушается (рис. 69). Образовавшийся в организме плода избыток углекислоты вначале приводит к раздражению дыхательного центра,— появляются дыхательные движения,— а затем и к необратимым изменениям в жизненно важных органах. Плод погибает.

Это неблагоприятное условие усугубляется, во-вторых, тем, что дыхательные движения возникают и вследствие раздражения «холодным» атмосферным воздухом кожных рецепторов

уже родившейся большей части плода. Атмосферный воздух родильной палаты даже при температуре в 25° ниже температуры полости матки примерно на 12° . Кроме того, кожные рецепторы раздражаются и руками врача, оказывающего пособие. Ухудшается прогноз и в том случае, если происходит нарушение членорасположения плода, иногда приводящее к выпадению ножек и запрокидыванию ручек за головку (рис. 70).

С выпадением ножек объем тазового конца еще больше «сужается», следовательно, для продвижения головки условия ухудшаются. Запрокидывание же ручек затрудняет выведение



Рис. 70. Запрокидывание ручек за головку.

головки и именно в тот момент, когда время для спасения жизни плода исчисляется несколькими минутами.

Все эти явления, встречающиеся при тазовых предлежаниях, естественно, ухудшают прогноз родов. Все же большинство родов в тазовом предлежании заканчивается благополучно, но требует к себе большого внимания, а также своевременного, рационального и умелого пособия.

Какой биомеханизм родов при тазовом предлежании?

Как об этом уже говорилось выше, биомеханизм родов представляет ряд приспособительных движений плода во время его продвижения по родовому каналу. Причина, которая обуславливает возникновение этих движений, лежит в особенностях формы родового канала, имеющего колено. Силами же, совершающими эти движения, являются маточные сокращения, с одной стороны, и сопротивления мышечной ткани тазового дна, с другой стороны. Поэтому принципиального различия между биомеханизмом нормальных родов и родов в тазовом предлежании нет. Имеются только некоторые особенности, характерные для родов в тазовом предлежании.

Однако, поскольку тазовое предлежание имеет свои разновидности (ягодичное, ягодично-ножное и ножное предлежание), можно предположить (а наблюдение это подтверждает), что при каждой из них могут быть какие-то особенности биомеханизма родов. Поэтому рассмотрим биомеханизм родов отдельно, соответственно разновидностям тазового предлежания плода. При этом имеется в виду наличие нормальной родовой деятельности и нормального таза.

Механизм родов при типичном членорасположении плода — ягодично-ножном предлежании. Во вхо-

де в таз ягодичцы устанавливаются в одном из косых размеров (рис. 71). При первой позиции, переднем виде — в левом косом, при заднем виде — в правом косом. При второй позиции переднем виде — в правом косом, при заднем виде — в левом косом¹.

Как показывает наблюдение, при обеих позициях передний вид встречается чаще, чем задний. Так как тазовый конец эластичней и менее объемистый, чем головка, то он, не приспособившись к входу, находясь в косом размере таза, так и продвигается до колена родового канала. От колена родового канала направление движения меняется. Этот участок туловища плода может преодолеть только в том случае, если примет соответствующую форму, т. е. изогнется. Но так как в туловищной своей части плод может изогнуться только в боковых направлениях, то начинается первый поворот — поворот туловища из косого размера в прямой. Поворот туловища оказывается целесообразным и для головки. Если в момент опускания тазового конца к колену родового канала стреловидный шов головки находился в косом же размере, но противоположном тому, в каком опускались ягодичцы, то переход последних из косого размера в прямой влечет за собой и частичный поворот головки, — ее прямой размер приближается к поперечному.

В прямом размере ягодичцы врезаются и в половую щель (рис. 72 и 73). При этом вначале показывается «передняя» ягодичца, обращенная к лону. Как только под лонную дугу подойдет «передняя» подвздошная кость, дальнейшее продвижение этой ягодичцы приостанавливается. С этого момента подвздошная кость, подошедшая под лонный угол, является фиксирующей точкой, вокруг которой начинает вращаться тазовый конец (изгибаться кпереди, кверху). В результате из-за промежутиости начинает показываться «задняя» ягодичца, обращенная к крестцу (рис. 74). С рождением «задней» ягодичцы из-под лона показывается и остальная часть «передней». За тазовым концом следуют и ножки. К моменту врезывания ягодич в половую щель ко входу таза подходит плечевой пояс в том же косом размере, в каком опускались ягодичцы. На тазовом дне (у колена родового канала) плечевой пояс делает поворот из косого в прямой размер (рис. 75).



Рис. 71. Вставление ягодичек во вход таза.

Ведущей точкой является копчик; первая позиция, передний вид.

¹ При изложении биомеханизма родов при тазовых предлежаниях положение тазового конца определено не по межъягодичной линии, разделяющей обе ягодичцы, а по линии, мысленно проведенной от одного седалищного бугра к другому (межбугровая линия).

Поворот плечиков из косого в прямой размер завершает поворот головки, переводя ее прямой размер в поперечный размер таза. А мы уже знаем, что вступление головки прямым размером (*d. fronto-occipitalis*) в поперечный размер таза благоприятнее, чем в косой.



Рис. 72. Врезывание передней ягодицы.
Видна отечная мошонка.



Рис. 73. Начало прорезывания ягодиц.

В прямом размере плечевой пояс и врезывается в половую щель. При этом вначале показывается «переднее» плечико, обращенное к лону (при I позиции — левое, при II — правое) до



Рис. 74. Ягодицы прорезались.



Рис. 75. Прорезывание плечевого пояса при родах в тазовом предлежании.
Плечевой пояс в прямом размере таза.

тех пор, пока оно полностью не подойдет под лонную дугу. Как только это произошло, дальнейшее продвижение его прекращается. С этого момента «переднее» плечо является фиксирующей точкой, вокруг которой вращается плечевой пояс (туловище в боковом направлении изгибается кпереди, кверху), и из-за промежутиости показывается «заднее» плечико, обращенное

к крестцу. С рождением «заднего» плеча из-под лона легко выходит «переднее», и рождаются ручки.

С прорезыванием плечевого пояса спинка плода поворачивается кпереди. Это ведет к тому, что головка, прошедшая костное кольцо таза в поперечном размере (возможно — слегка в косом), у колена родового канала делает поворот из поперечного размера таза в прямой, затылочком кпереди. Такой поворот головки оказывается целесообразным в двух отношениях. Во-первых, при этом условии форма головки соответствует форме половой щели (*hiatus genitalis*) и, во-вторых, такой поворот позволяет этому отделу плода принять форму родового канала.

А из сказанного выше мы знаем, что в шейном отделе свободное сгибание головки возможно кзади. В прямом размере головка врезывается в половую щель до тех пор, пока под лона не подойдет подзатылье (рис. 76). С этого момента подзатылье является фиксирующей точкой, вокруг которой вращается головка, и из-за промежутиости начинает показываться личико (подбородок — носик — лобик). Таким образом, головка прорезывается тем же размером, что и при головном предлежании (т. е. малым косым). С рождением личика из-под лона легко выскальзывает затылок.



Рис. 76. Рождение головки при родах в тазовом предлежании, нормальный механизм.

Форма головки при родах в тазовом предлежании обычно бывает более правильной, чем при головном предлежании. Так, мускулатура родового канала и тазового дна последовательно изменяет положение плода, приспособлявая его к возможности рождения при нормальном членорасположении тазового предлежания. Вполне понятно, конечно, что такие моменты, как изгибание кверху уже родившегося туловища при прорезывании «заднего» плечика и головки, не могут совершаться без акушерской помощи. При таких родах, предоставленных естественному течению, большая часть родившегося туловища в силу своей тяжести должна опуститься книзу. Это приводит к нарушению механизма, что скажется на прогнозе родов. Вот почему для оказания правильного пособия необходимо хорошо уяснить биомеханизм родов. Но о пособии будет сказано ниже.

Биомеханизм родов при чисто-ягодичных предлежаниях от изложенного выше отличается только тем, что иногда (сравнительно редко) в силу меньшего объема предлежащей части (ножки вытянуты вдоль туловища) во время перехода из косого в прямой размер может произойти чрезмерный поворот туло-

вища плода, тогда совершается переход из одной позиции в другую. Иногда такой чрезмерный поворот может произойти не только при прорезывании тазового конца, но и плечевого пояса.

Как показывает опыт, нередкой причиной такого «переповорота» является неумелое ведение родов. Главная ошибка при ведении таких родов заключается в необоснованном желании ускорить их течение. Недостаточное понимание совершающегося процесса приводит к несвоевременному оказанию пособия, в виде потягивания за родившуюся часть. Несвоевременное и необоснованное пособие может привести (иногда) и к худшим результатам, а именно: к нарушению членорасположения (запрокидывание ручек за головку). При таком положении роды нередко заканчиваются гибелью плода.



Рис. 77. Неполное ножное предлежание.

«Передняя» ножка задержалась у симфиза.

Если врач отмечает, что такой «переповорот» совершается самопроизвольно, не нужно ему препятствовать. Наоборот, внимательно наблюдая за родами, следует своим пособием помочь в том направлении, в каком намечается поворот.

Чисто-ягодичное предлежание отличается от ягодично-ножного еще и тем, что впереди идущий тазовый конец менее объемистый при вытянутых вдоль туловища

ножках и, следовательно, в меньшей степени подготавливает родовую путь для последующей головки.

Мало чем отличается от изложенного выше и механизм родов при ножных предлежаниях. При полном ножном предлежании за лоном лежит: при I позиции — левая ножка, при II позиции — правая.

При неполном ножном предлежании под лоном обычно находится разогнутая (выпавшая) ножка, тогда как согнутая — обращена кзади, к крестцу. Если спонтанно или вследствие врачебной ошибки (при низведении ножки) под лоном оказалась согнутая ножка, упершаяся в лоно, не следует насильственно изменять положение (рис. 77). Опыт показывает, что в подобных случаях природа сама исправляет ошибку (свою или врачебную), — и совершается поворот с изменением позиции. Разогнутая ножка, бывшая у крестца, оказывается под лоном. При таком повороте спинка плода, как правило, проходит обращенной к позвоночнику матери (т. е. кзади). Родовая опухоль

при тазовых предлежаниях располагается на нижнем полюсе предлежащей части. При ягодичных и ягодично-ножных предлежаниях опухоль занимает область ягодиц — при I позиции она на левой ягодице, при II — на правой; при ножном предлежании — на ножке. Размер опухоли и степень застойного полнокровия зависят от времени, прошедшего от момента разрыва плодного пузыря до рождения плода и от интенсивности родовой деятельности. Чем длительней это время и сильнее схватки, тем значительней опухоль. Особенно сильно может отекать мошонка. Как и на головке, родовая опухоль на тазовом конце также исчезает по прошествии нескольких дней после родов.

Ведение родов при тазовых предлежаниях во многом зависит от ряда сопутствующих условий (возраста роженицы, наличия предшествующих родов, формы и размеров таза, размеров головки плода, общего состояния здоровья и др.). Вполне понятно, что при сочетании всех благоприятных обстоятельств прогноз при таких родах может и не отличаться от прогноза нормальных родов, происходящих в головном предлежании.

Какая акушерская помощь может оказаться нужной при тазовых предлежаниях? При нормальном течении таких родов акушерская помощь ограничивается обычно систематическим наблюдением за сердцебиением плода с применением триады Николаева, а в дальнейшем — ведением родов по специальному плану (оказание так называемого ручного пособия).

В практическом акушерстве есть два метода ведения естественных родов в тазовом предлежании. Первый из них предложен в 1927 г. советским акушером Н. А. Цовьяновым и получил у нас в стране широкое распространение. Второй разработан еще в XVIII столетии несколькими авторами (Файтом, Смелли, Мориссо), но главным образом — французской акушеркой М. Л. Лашапель (M. L. Laschappelle) и получил в литературе название «классического».

Остановимся вначале на изложении метода Цовьянова. Первоначально он был предложен только для чисто-ягодичных предлежаний. Однако в последующем автор распространил его и на все остальные варианты тазового предлежания. Как показывает практика, при наличии хорошей родовой деятельности и планомерного поступательного движения плода, метод Цовьянова имеет преимущество перед «классическим» — он прост в осуществлении и дает хороший эффект.

Однако, если родовая деятельность слаба и плод продвигается замедленными темпами, не следует терять время, обязательно добиваясь успеха от метода Цовьянова. В этом случае нужно перейти к оказанию «классического» пособия. Принцип метода Цовьянова состоит в мероприятиях, предупреждающих нарушение членорасположения плода, т. е. в предостав-

лении ему возможности родиться в том положении, какое он занимал в матке. Этого можно достигнуть в том случае, если не давать свисать книзу уже родившейся части тела плода, одновременно прижимая ножки к передней поверхности его тела.

К началу врезывания ягодиц в половую щель акушер и роженица должны быть соответственно подготовлены. С врезыванием ягодиц акушер поддерживает их, не давая им «свисать».

С появлением бедер акушер берет обеими руками тазовый конец так, чтобы большие пальцы прижимали к животу ножки, а остальные четыре пальца обеих рук легли на крестец.

Одновременно рождающийся тазовый конец приподнимается кверху. Никакой тяги производить не следует. Чем больше рождается туловище, тем ближе

к половой щели передвигаются обе руки акушера, удерживающие ножки на своем месте, и тем выше (к лону) приподнимается рождающаяся часть. Подобным же путем (подъем туловища) выводится и головка.



Рис. 78. Ягодицы прорезались, родился весь тазовый пояс.



Рис. 79. Ведение родов при тазовом предлежании (по Цовьянову).

а — 1-й момент — рожившийся тазовый пояс поддерживается во избежание провисания его; б — 2-й момент — руки акушера передвигаются по ножкам и туловищу по мере рождения большей части плода, туловище приподнимается кверху.

Таким образом, рождающийся тазовый конец описывает полудугу в направлении от половой щели к лону.

На рис. 78, 79 представлены последовательные моменты оказания пособия по этому методу.

Оказание пособия по методу Цовьянова при ножном (или ножных) предлежании отличается от вышеизложенного только тем, что с появлением в половой щели ножки (или обеих но-

жек) акушер препятствует ее (их) дальнейшему опусканию. Для этого он ладонью плотно прикрывает половую щель, и ножка вынуждена будет согнуться. В дальнейшем, с врезыванием ягодич, поступают так же, как изложено выше.

Второй метод — «классическое» пособие. Он состоит в том, что акушер, ведущий роды при тазовом предлежании, предоставляет их естественному течению до того момента, когда в половой щели покажется нижний угол лопатки¹. С этого времени возникает особенно грозная опасность для жизни плода. Появление в половой щели нижнего угла лопатки говорит о том, что в это время головка плода вступила во вход в таз, а следовательно, возникла опасность прижатия ею пуповины к костному кольцу таза.

Так как естественное течение родов может продлиться дольше, чем плод способен пережить последствия уменьшения или полного прекращения газообмена, то с этого момента требуется ускорить его рождение. Опыт показывает, что продвижение плода от нижнего угла лопаток до выведения головки в течение времени больше 5 мин опасно для его жизни. Более длительное нарушение плацентарного кровообращения, наступившее от сдавления пуповины, приводит к тяжелым изменениям в жизненно важных органах от гипоксии.

Это, конечно, не значит, что если прошло больше времени, то нет никакой надежды на его оживление. Даже если этот промежуток времени достигает 10 мин, и тогда нужно приложить все усилия и использовать все средства для оживления. Иногда и по прошествии этого времени бывает успех — ребенка удается оживить.

«Классическое» ручное пособие, как и пособие по Цовьянову, предназначено для ускорения рождения плода. Оно состоит из следующих приемов:

1. С началом врезывания ягодич роженица укладывается на край родильной кровати с ногами, приведенными к животу и согнутыми в коленных суставах. Вне схваток роженице дают дышать кислород. Акушер подготавливает руки, как ко всякой операции. Наружные половые органы, лобок, промежность, ягодичы и внутренние поверхности верхних третей бедер роженицы подготавливаются, как операционное поле, с отграничением его стерильным бельем от окружающего.

2. С рождением тазового конца и дальше акушер поддерживает родившуюся половину плода, не давая ей свисать. Даже небольшой тяги применять не следует до появления нижних углов лопаток.

¹ Ряд акушеров начинают оказывать классическое ручное пособие с момента рождения пупочного кольца, так как уже в это время создается угроза сдавления пуповины плечиками плода, вступившими в это время в таз. (Ред.).

3. С появлением в половой щели нижних углов лопаток, в чем убеждаются путем пальпации, приступают к низведению ручек. Ручки следует низводить со стороны крестцовой впадины роженицы. Это выгодно потому, что крестцовая вогнутость позволяет «задней» ручке «развернуться», тогда как «передняя» ручка (у лонного сочленения) этого сделать не может.

Следовательно, если имеется I позиция, то вначале должна быть освобождена правая ручка. Для этого левой рукой берут ножки плода в области голеностопного сустава так, чтобы указательный палец был проложен между лодыжками (без этого можно легко нанести травму — перелом лодыжек и костей голени).

Приподнимая кверху захваченные ножки, вместе с тем, приводят их к правому паху матери; одновре-



Рис. 80. Освобождение «задней» ручки (по Н. Н. Феноменову).



Рис. 81. Начало поворота плода на 180° для освобождения второй ручки (по Н. Н. Феноменову).

менно двумя пальцами другой руки, со стороны спинки, входят во влагалище и, постепенно скользя от плечика к кисти, нажимая на нее, низводят ручку (рис. 80). При этом освобожденная ручка, проходя перед личиком, грудкой и животиком, производит как бы омывающее движение. При II позиции положение соответственно изменяется. Ножки берут правой рукой и сгибают их к левому паху матери, а ручка выводится пальцами левой руки.

4. После освобождения одной ручки, обеими руками беря за грудку (одновременно прижимая к боковой поверхности грудки и освобожденную ручку), поворачивают туловище плода в противоположную позицию так, чтобы спинка прошла под лоном (рис. 81). Это приводит к тому, что «передняя» ручка, бывшая до этого под лоном, оказывается обращенной кзади и может быть освобождена.

5. Низведение второй ручки производится так же, как и первой. Разница состоит только в том, что ножки берут правой рукой и приводят их к правому паху матери, а ручку освобождают пальцами левой руки, как это производится при II позиции.

6. После освобождения второй ручки туловище плода (вместе с ручками) вновь поворачивают спинкой кпереди. Теперь остается извлечь головку.

7. Для извлечения головки плод «сажают верхом» на левую руку, указательный палец которой вводится в ротик плода, а ладонь правой руки укладывается на спинку плода так, чтобы



Рис. 82. Освобождение последующей головки (классическое ручное пособие).



Рис. 83. Нормальный механизм рождения последующей головки.

указательный палец лег на левое плечико, а остальные — на правое. Плечи плода являются точками приложения тяги (рис. 82).

8. Прижимая указательным пальцем левой руки нижнюю челюсть к грудке (производя сгибание головки), одновременно правой рукой производят тракцию на себя и кверху (по ходу родового канала). Этим приемом выводится головка (рис. 83).

Как уже говорилось, при тазовом предлежании головка не конфигурируется, что приводит к значительному растяжению промежности и нередко к разрыву ее.

Если промежность высокая, рубцовоизмененная и малоэластичная, то следует перед выведением головки произвести перинеотомию или эпизиотомию. Если выведение головки затруднено, можно присоединить давление на нее сверху, через брюшные покровы матери рукой ассистента (осторожно!). Так протекают роды в тазовом предлежании при типичном положении плода и нормальной родовой деятельности.

Однако, как показывает опыт, от такого типичного течения могут встречаться и отклонения. Они могут заключаться в на-

рушении нормального членорасположения — запрокидывание ручек за головку (см. рис. 70), в атипичном повороте плода (спинкой кзади) и в возникновении слабости — первичной или вторичной. Последняя, в свою очередь, может явиться причиной возникновения других осложняющих явлений: эндометрита в родах, остановки продвижения плода («вколоченные ягодицы») и др., которые заставят акушера прибегнуть к оперативному родоразрешению. Как показывает опыт, одной из причин возникновения осложнений в виде запрокидывания ручек за головку и наступления атипичного поворота может явиться несвоевременное (раннее) вмешательство, когда к этому нет показаний. Существуют, по-видимому, и другие причины, например пониженный тонус у плода, небольшой плод и другие, которые не всегда могут быть учтены. Опасность запрокидывания ручек состоит в трудности их извлечения, в связи с чем удлиняется время выведения головки. Извлечение запрокинутой ручки (или обеих ручек) производится теми же приемами «классического» пособия, но при более энергичном приведении пожек и туловища плода к паху матери. Поворот плода спинкой кзади может привести к раз-



Рис. 84. Атипичный механизм рождения последующей головки при тазовом предлежании. Задний вид: головка разогнулась, подбородок «повис» на лоне.

гибанию головки в момент вступления ее во вход таза и захождению подбородка за лоно (рис. 84).

Такое положение головки тоже удлиняет время ее выведения, так как исправление его представляет большую трудность. Однако это иногда удается с помощью приема, предложенного Н. Н. Феноменовым. Прием состоит в следующем: спинка плода укладывается на левую руку акушера, а пальцем правой руки, введенным во влагалище, путем давления на подбородок, пытаются сместить его с лона. Затем, введя указательный палец в ротик ребенка, отодвигают нижнюю челюсть от лона, сгибают головку, и в таком положении она выводится (рис. 85).

Что касается осложнения в виде слабости родовой деятельности, то последствия, к каким эта патология может привести, зависят от условий, при которых она наступила. При слабости, не поддающейся устранению, роды могут быть закончены и абдоминальным кесарским сечением.

При современном развитии медицинской науки эта операция не представляет такой большой опасности, как 20—30 лет тому назад. Но не следует забывать, что и в современных усло-

виях она должна производиться только по строгим показаниям с учетом ряда факторов (состояние роженицы, ее горячее стремление иметь ребенка живым, хотя бы ценой оперативного разрешения и проч.), которые не противопоказывают ее применение. Если же роды решено вести консервативно, с надеждой на рождение ребенка естественным путем, то при первичной слабости, как и при прочих акушерских случаях, требуется родостимуляция и одновременное применение триады Николаева в интересах ребенка. При уже отошедших водах назначаются антибиотики (профилактика воспалительных заболеваний).

При наступлении вторичной слабости нужно предоставить роженице отдых. С этой целью внутривенно вводят 40—50 мл 40%-ной глюкозы с витаминами С и В₁, а затем пантопон. Можно назначить и эфирный акушерский наркоз. После отдыха можно приступить и к возбуждению родовой деятельности. В большинстве случаев слабость удается преодолеть, и роды завершаются благополучно. Но нередко новорожденный младенец, родившийся в тазовом предлежании, находится в состоянии асфиксии. Причиной последней являются бывшие в родах нарушения плацентарного кро-



Рис. 85. Пособие по Н. Н. Феномелу для извлечения последующей разогнутой головки при родах в заднем виде.

а — 1-й момент — подбородок отодвигается, пальцы акушера проводятся между головкой плода и лоном матери; б — 2-й момент — палец акушера вводится в ротик плода, и головка сгибается.

вообращения, аспирация окружающей жидкости в момент вдоха при головке, находящейся еще в родовых путях, и другие моменты. Поэтому перед оживлением необходимо вначале очистить дыхательные пути и только после этого приступить к оживлению младенца (искусственное дыхание, внутривенное введение 3 мл 5%-ного хлористого кальция и пр.). При оживлении не следует забывать о том, что теплоотдача у новорожденного более высокая, чем у взрослого человека, в то время, как теплообразование и теплорегуляция у него понижены. Поэтому оживление должно сочетаться с обогреванием. Но и обогревание должно проводиться с осторожностью, так как кожа новорожденных легко подвергается ожоговой травме.

В настоящее время есть наблюдения о том, что выведение новорожденных из асфиксии в условиях обогревания дает мень-

ший эффект, чем при условиях повышенной теплоотдачи. Опыт хирургов, оперирующих в условиях временного прекращения кровообращения, показывает, что при гипотермии, когда все обменные процессы понижены, организм (в частности, центральная нервная система) меньше страдает от гипоксии. Однако следует иметь в виду, что гипотермия — это охлаждение организма до весьма низких (относительно) температур, чего не бывает у новорожденных, родившихся в асфиксии. Поэтому говорить о гипотермии по отношению к ним неправильно, а охлаждение их в условиях комнатной температуры может привести лишь к неблагоприятным последствиям в дальнейшем.

Если младенец оживлен, то в последующем, уже в отделении новорожденных, ему должно быть оказано особое внимание. Назначается кислородная ингаляция, витаминизация, обогревание, антибиотики, возвышенное положение головки и другие мероприятия по показаниям.

Осложнения родов, которые могут наступить при тазовом предлежании, не исчерпываются только одной слабостью родовой деятельности. В некоторых сравнительно редких случаях возможно сочетание слабости родовой деятельности с наступлением эндометрита в родах, а в это время тазовый конец плода может быть уже плотно вколоченным в родовом канале и не продвигается, хотя и имеется уже полное раскрытие зева матки.

Такое положение при тазовом предлежании представляет большую опасность для плода, чем при головном предлежании. Если при головном предлежании роды могут быть закончены с помощью наложения акушерских щипцов, то при тазовом предлежании это не всегда приводит к успеху. Для наложения на тазовый конец могут быть использованы любые из числа ныне существующих моделей акушерских щипцов. Но, как нам кажется, все же лучше использовать прямые щипцы, без тазовой кривизны (типа Лазаревича или Къелянда и особенно специальные для тазового конца — щипцы Кацнепольского). Вместо акушерских щипцов может быть использован и вакуум-аппарат (см. рис. 164). Преимущество его перед щипцами состоит в том, что он может быть применен при неполном раскрытии зева (например, при раскрытии на два пальца), чего нельзя сделать при применении щипцов. Однако при недостаточном раскрытии зева вакуум-аппарат может применяться только для усиления родовой деятельности путем повышения давления предлежащей части на тазовое дно. Как вакуум-экстрактор он в этом случае использоваться не может. Но даже и для указанной цели (для усиления родовой деятельности), вакуум-аппарат должен применяться с осторожностью, в виду возможности образования обширной гематомы на месте его приложения, с последующим инфицированием ее.

Что же делать, если обстоятельства заставляют быстрее закончить роды, а с помощью щипцов или вакуум-аппарата не удается сместить «вколотившиеся» ягодицы? Как уже говорилось выше, в таком особенно неблагоприятном случае течения родов приходится прибегнуть к извлечению плода за тазовый конец с помощью пальцев (рис. 86), крючка Брауна (рис. 87) или краниокласта (рис. 88). Вполне понятно, что к крючку Брауна и тем более к краниокласту приходится прибегать редко, только в исключительном случае и, как правило,— на мертвом плоде.



Рис. 86. Пальцевое извлечение плода за паховый сгиб.



Рис. 87. Извлечение плода крючком Брауна.

Но вернемся к нашей роженице. Прошло 2½ ч с того момента, как мы произвели ей влагалищное исследование. За это время родовая деятельность усилилась — схватки стали чаще, энергичнее и болезненнее. Тазовый конец плода опустился в полость таза, только что отошли воды. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в одну минуту. Что нужно сделать сейчас? Можно ли применять средство, обезболивающее роды? Прежде всего необходимо сделать повторное внутреннее (влагалищное) исследование. Оно необходимо для уточнения положения подлежащей части. Одновременно ответим на второй вопрос. Из изложенного выше мы знаем, что при родах в тазовом предлежании может развиться слабость родовых сил. У данной роженицы этого нет; наоборот, за время наблюдения мы отметили усиление схваток. Возможно, что они будут продолжаться с такой же интенсивностью и после применения обезболивающего средства. Но может случиться и обратное. Имеющиеся в насто-

ящее время медикаменты, обезболивающие роды, нередко снижают силу родовой деятельности, а наступление слабости именно в этот период может осложнить их течение. Поэтому воздержимся от обезболивания.

16 ч 20 мин. Влагалищное исследование показало, что открытие зева почти полное. Плодный пузырь отсутствует. Предлежат ягодицы, находящиеся в полости малого таза. Ягодицы в левом косом размере, копчик справа и кзади. Необходимо ли сейчас какое-либо вмешательство? Нет, кроме повторения триады Николаева, никакого вмешательства сейчас не требуется. Подготовимся к оказанию ручного пособия — и будем терпеливо наблюдать за течением родов.

16 ч 50 мин. Ягодицы опустились на тазовое дно, схватки приобретают характер потуг. Начал выделяться меконий. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 ударов в одну минуту слева ниже пупка. Говорит ли об асфиксии появление мекония? Отделение мекония (первородного кала) при головном предлежании, несомненно, говорит за наличие внутриутробной асфиксии. Почему при асфиксии появляется меконий? Он выделяется потому, что избыточное накопление углекислоты при асфиксии приводит к расслаблению мускулатуры, в результате чего мыш-

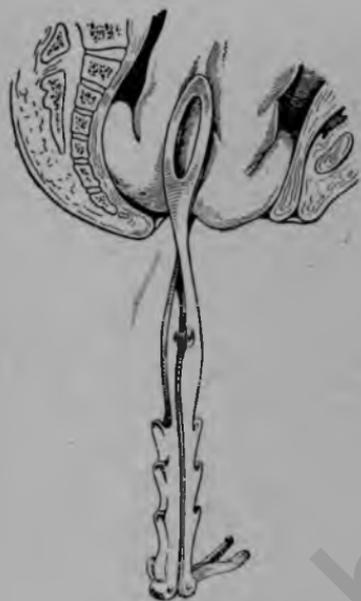


Рис. 88. Извлечение плода с помощью краниокласта (по Гентеру).

цы ануса не выполняют роли сфинктера, жома, анус начинает зиять. Одновременно с этим избыток углекислоты, воздействуя на рецепторы кишечника, вызывает усиленную его перистальтику, что также способствует выделению мекония. Но так происходит при головном предлежании. Механизм появления мекония при тазовом предлежании совсем другой. Появление мекония при тазовом предлежании есть не следствие асфиксии, а следствие механического выдавливания его из прямой кишки. Туловище плода, проходя родовый канал, особенно в момент врезывания в половую щель, подвергается сжатию, которое передается на кишечник. Анальный жом не может противостоять силе этого сжатия, и в результате «выжимается» меконий. Следовательно, появление мекония при родах в тазовом предлежании есть явление физиологическое, не связанное с внутриутробной асфик-

сией. Конечно, и при тазовом предлежании асфиксия возможна. Но тогда меконий будет появляться не во время врезывания ягодиц в половую щель и не только во время самой потуги, когда наступает наивысшее сжатие, а значительно раньше и не только при схватке. Поэтому будем продолжать ингаляцию кислорода роженице и терпеливо ждать.

18 ч. От начала потуг прошел 1 ч. Потуги через 2—3 мин. В половую щель рядом с ягодицами врезывается отечная синеватого цвета мошонка. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, выслушивается между пупком и лоном, по-прежнему 140 ударов в одну минуту. Неправда ли, как «тянутся руки» помочь, ускорить рождение плода? Нет. Сейчас вмешательство может оказаться не помощью, а вредным мероприятием. Оно покажет только недостаточное знание процесса данных родов и отсутствие акушерского терпения. Ведь и показаний к этому нет. А потягивание тазового конца в это время может привести к нарушению членорасположения, к запрокидыванию ручек, что ухудшит прогноз для ребенка. Будем терпеливо ждать.

18 ч 30 мин. Сердцебиение плода ясное, ритмичное. Началось прорезывание ягодиц. Промежность напряжена, и на коже появились поверхностные трещины.

Нужно ли сейчас вмешаться? Да, теперь для этого пришло время. Что же нужно сделать? Приступить к оказанию пособия по Цовьянову. Одновременно сделаем перинеотомию — предотвратим промежность от разрыва. Начав оказание пособия по Цовьянову, мы заметили, что спинка имеет стремление повернуться кзади. Образовалась первая позиция, задний вид. Что делать? Продолжать ли оказывать пособие по Цовьянову? Нет, применение метода Цовьянова для такого атипического течения не подходит. Откажемся от него и перейдем к «классическому». По правилам, изложенным выше, легко извлечена задняя (правая) ручка. Однако попытка повернуть плод во вторую позицию (для перевода «передней» ручки кзади) не удалась. Почему? После освобождения «задней» правой ручки оказалось, что «передняя» ручка запрокинута и мешает повороту головки. Что делать? Попытаемся низвести ручку атипически, не со стороны крестца, а из-под лона. Как показывает опыт, после освобождения одной (задней) ручки выведение второй, запрокинутой, из-под лона иногда удается без особенного усилия. Как же это производится? Для выведения ручки из-под лона нужно отклонить ножки не кверху и в сторону, к тому или иному паху матери, а книзу. Одновременно пальцами другой руки, со стороны лона, заходят за плечико и, скользя по ручке, низводят ее кпереди и освобождают, как это показано на рис. 89.

Как вы видите, этот прием удался, хотя и с некоторой трудностью. Что делать дальше? Выведем головку обычным при-

емом «классического» пособия. Повернем плод спинкой кпереди, посадим его верхом на левую руку, введем указательный палец в ротик и согнем головку, а за плечики правой рукой потянем на себя и книзу до появления подзатылочной ямки, после чего будем извлекать плод в направлении кверху. Таким путем головку удалось легко вывести. Родился мальчик в легкой асфиксии, закричал после отсасывания слизи. Вес ребенка 3700,0, длина 50 см.

Что делать теперь?

Произвести обработку пупочного остатка, закапать в конъюнктивальный мешок 2 капли 3%-ного раствора протаргола и проделать весь полагающийся новорожденному первый туалет, как это было описано ранее.

Закончились ли роды? Нет, еще не родился послед. В последовом периоде может возникнуть кровотечение. Поэтому будем внимательными.

18 ч 45 мин. Через 45 мин после рождения ребенка самостоятельно родился послед, без дефектов. Однако вместе с последом выделилось около 1 л крови. Матка мягковатая. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Что делать? Прежде всего необходимо добиться хорошего сокращения матки. Для этого внутримышечно, в бедро (или в ягодицу), введем 2,0 мл эрготина (или питуитрина), положим на область матки пузырь со льдом, помассируем ее и приступим к переливанию консервированной крови.



Рис. 89. Освобождение «передней» ручки (по Гофмайеру).

Какое количество консервированной крови нужно перелить? В каждом отдельном случае кровопотери этот вопрос должен решаться индивидуально, исходя из состояния здоровья роженицы. При равной кровопотере бывает, что одной роженице нужно компенсировать ее полностью, другой с учетом физиологической потери (300,0—500,0), а третьей только небольшую часть. Как же мы поступим? Примем во внимание, что наша роженица — женщина здоровая, перельем ей 500,0 мл крови и 250,0 мл 5%-ного раствора глюкозы. Этого количества крови и жидкости вообще окажется вполне достаточным. Если в процессе наблюдения за течением послеродового периода мы отметим признаки малокровия, переливание крови можно будет повторить. Для организма введение большого количества крови, без особенных для этого показаний, не всегда может быть по-

лезным. Это и было сделано. Матка хорошо сократилась, кровотечение не возобновилось. Что делать теперь? Осталось осмотреть шейку матки и зашить рану на промежности, которую мы рассекли в родах. Шейка цела. Разрез на промежности зашит. Спустя 3 ч после родов родильница переведена в палату послеродового отделения.

В дальнейшем течение послеродового периода шло нормально, и на 14-й день после родов она была выписана из клиники здоровой, с нормально развивающимся ребенком.

Краткий эпикриз. В клинику поступает первородящая с тазовым предлежанием плода. Роды ведутся консервативно. С момента врезывания ягодиц начато оказание пособия, по Цовьянову. Однако сразу же отмечен атипичный биомеханизм родов — поворот спинки кзади, что заставило перейти к «классическому» методу оказания ручного пособия. Как оказалось, поворот спинки кзади наступил вследствие запрокидывания «передней» ручки. Ввиду невозможности произвести поворот плода в другую позицию (после освобождения первой «задней» ручки) пришлось «переднюю» ручку выводить атипично, из-под лона. Это удалось. Последующая головка вывелась без затруднений. В родах намечался разрыв промежности — произведена перинеотомия. В последовом периоде кровопотеря достигла I л, вследствие чего произведено переливание консервированной крови и глюкозы в количестве, вполне обеспечивающем кровезамещение. Рана промежности ушита. Послеродовый период протекал нормально и на 14-й день мать с нормально развивающимся ребенком была выписана домой.

Теперь рассмотрим прием ведения родов в ягодичном предлежании в сочетании с нефропатией и первичной слабостью родовой деятельности.

Гр-ка М-а, 34 лет, первобеременная, 19/III 1956 г. пришла на амбулаторный прием нашей клиники с жалобами на общее недомогание и отеки нижних конечностей. Принявший ее врач установил следующее.

Анамнестические данные. В детстве развивалась нормально, ходить начала с 11 месяцев. Из заболеваний в детстве отмечает корь и пневмонию. Будучи уже взрослой, кроме гриппа, ничем не болела. Менструации начались с 18 лет, установились сразу, по 6—7 дней, через 35—40 дней.

Во время Великой Отечественной войны менструаций не было в течение всего 1942 г. В последующем они восстановились и своего характера не изменили. По профессии — медицинская сестра. 26 лет вышла замуж, от беременности не предохранялась, но до 1955 г. беременности не наступало.

15 июня 1955 г. последний раз была менструация. В конце июля месяца обратилась к врачу женской консультации, который установил беременность. С тех пор она наблюдается врачом консультации. Первое шевеление плода ощутила во второй половине ноября. Первая половина беременности протекала нормально, но с 7 месяцев стали появляться небольшие отеки на ногах, исчезающие к утру, после ночного отдыха.

Функции внутренних органов, артериальное давление, по данным обменной карты беременных, без патологических отклонений. Последний раз у врача консультации была 3 недели тому назад. На амбулаторный прием пришла не с направлением врача, а по личному желанию, с целью проверить состояние своего здоровья, так как в последние две недели появилось общее недомогание и несколько увеличались отеки ног, полностью не исчезающие и после ночного отдыха.

Данные объективного исследования. 1. При общем исследовании отмечается: рост — 160 см, вес — 85 кг. Строение тела правильное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, небольшая отечность голеней и стоп. Со стороны органов грудной полости — без отклонений от нормального, пульс 86 ударов в одну минуту, ритмичный. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст. Температура тела — 37,4. Реакция Вассермана, по данным консультации от 14/XI 1955 г., отрицательная.

2. Акушерское исследование. Живот равномерно куполообразно выпячен. Окружность его — 105 см. Расстояние от лона до пупка — 18 см, до дна матки — 38 см, до мечевидного отростка — 42 см.

Положение плода продольное, спинка слева. Предлежит тазовый конец, подвижный над входом, — головка ясно прощупывается у дна матки. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, ритмичное, 120 ударов в одну минуту.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая входа во влагалище разрыхлена и цианотична. Промежность высокая. Внутреннее исследование в амбулаторных условиях не производилось.

Каков диагноз? Что должен делать врач, принявший эту больную в амбулатории? Диагноз, видимо, вы уже поставили сами. Здесь речь идет о почти доношенной беременности, осложненной токсикозом беременности — нефропатией. Кроме того, имеется атипичное положение плода — тазовое предлежание. Надо учесть возраст беременной женщины. Перед нами «старая» первобеременная. Если вы вспомните некоторые особенности из анамнеза (позднее начало менструации, аменорея в течение года во время войны) и сопоставите их с диагнозом, то перед вами обязательно должен встать вопрос о характере предстоящих родов. Можно предположить возможность наступления слабости родовой деятельности, несвоевременности отхождения вод и другие осложнения. Следовательно, прогноз предстоящих родов должен ставиться с осторожностью. Решение врача амбулатории может быть только одно, а именно: госпитализация. Это ведь не просто беременная, а больная беременная. Наличие ряда неблагоприятных условий у этой женщины не позволяют врачу наблюдать за ней в домашних условиях. Расценив данную роженицу именно так, врач и оставил ее в стационаре.

Таким образом, 19/III эта беременная оказалась в клинике. Произведенное в стационаре исследование мочи патологических элементов не обнаружило. Группа крови А (II), резус-положительная (Rh+). Что же следует предпринять в стационаре? Может быть, попытаемся изменить положение плода из тазового на головное? Из первого примера мы знаем, что роды в тазовом предлежании менее благоприятны, чем в головном. Тем более у «старой» первородящей, у которой может проявиться и слабость родовой деятельности, да и ребенок может быть более крупным. А повернуть плод еще возможно,— воды целы и тазовый конец подвижен над входом. Нет, наружный поворот в данном случае противопоказан из-за имеющейся нефропатии. Основное, что сейчас вызывает тревогу,— это нефропатия. С целью лечения предпишем ей строгий постельный режим с соответствующей диетой, назначим магниальную терапию, внутривенно введем 40 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, ограничим питьевой режим и установим контроль за суточным диурезом.

Дежурный врач, ведя периодическое наблюдение за больной, в 2 ч 30 мин ночи 20/III (на следующий день) отметил внезапное отхождение околоплодных вод в большом количестве.

Сердцебиение плода нормальное, общее состояние больной хорошее. Артериальное давление 130/65 мм рт. ст., отмечаются слабые схватки. Что делать? Прежде всего такую беременную на каталке нужно направить в родильную комнату и там произвести внутреннее (влагалищное) исследование. Последнее было сделано в 3 ч (через 30 мин после отхождения вод) и при этом найдено: влагалище нерожавшей женщины, достаточно растяжимо. Шейка слегка укорочена, цервикальный канал пропускает палец. Плодный пузырь отсутствует, предлежат ягодицы, которые достигаются с трудом. Мыс не достигается. Внутренняя поверхность стенок малого таза нормальная. Что же произошло? Каков диагноз? За сравнительно небольшой промежуток времени, прошедший с момента поступления больной в стационар, произошли изменения. Прежде всего стало видно, что нефропатия, о которой мы говорили при обследовании больной в амбулатории, оказалась выраженной в легкой степени, быстро купировалась постельным отдыхом и предпринятыми лечебными средствами. Однако будем внимательны! Возможен и рецидив. Но, наряду с улучшением одного, ухудшилось другое: возникли новые условия в связи с преждевременным разрывом плодного пузыря. При тазовых предлежаниях такая особенность встречается нередко. Это явление существенное. Если в момент госпитализации основным диагнозом было: доношенная беременность, осложненная нефропатией, то теперь диагноз будет иной. Перед нами уже не беременная, а роженица — «старая» первородящая, с тазовым предлежанием, у которой про-

изошло раннее отхождение вод. Нефропатия же пока «отодвинулась», хотя следить за состоянием артериального давления и других ее проявлений нужно неослабно.

Что теперь делать? Нужно ли какое-нибудь вмешательство? Да. Если бы родовая деятельность была хорошей, то пока в нашей помощи нужды и не было бы. Но родовая деятельность слабая. Это видно из наблюдения за роженицей и из данных влагалищного исследования. Что же следует предпринять? Сейчас наша помощь должна предупредить следующие возможные осложнения. Во-первых, отхождение вод в начале родов при отсутствии выраженной родовой деятельности может неблагоприятно отразиться на общем состоянии матери и плода.

Роды могут затянуться, это может повести за собой инфицирование матери и плода, а у больной уже при поступлении была субфебрильная температура. Кроме того, такое раннее отхождение вод приводит к уменьшению объема матки, что ухудшает условия плацентарного кровообращения. Поэтому прежде всего назначим пенициллинотерапию и применим триаду Николаева (кардиазол, глюкоза, ингаляция кислорода).

Во-вторых, слабость родовой деятельности дает худший прогноз в тех случаях, где она своевременно не устранена. Поэтому применим родостимуляцию из числа имеющихся у нас фармакологических средств. Выбор родостимулирующего средства должен быть сделан с учетом бывшего ранее у роженицы повышенного артериального давления.

Как показывает опыт, в данном случае можно применить прозерин в сочетании с атропином. Механизм родостимулирующего эффекта прозерина заключается, как полагают фармакологи, в том, что он, угнетая активность холинэстеразы, предохраняет ацетилхолин от быстрого гидролитического расщепления. А ацетилхолин, как мы уже знаем, является химическим передатчиком (медиатором) нервного возбуждения. Лишь в его присутствии возможна нормальная родовая деятельность.

В акушерской практике выгода сочетания прозерина с атропином заключается в сочетанном действии обоих средств: прозерин усиливает сократительную способность матки, а атропин расслабляет ткань шейки, облегчая раскрытие зева.

Назначив прозерин по прописи: прозерина — 0,015; сахара — 0,2; атропина серноокислого. — 0,0003 по одному порошку, с перерывом в 40 мин, будем наблюдать за его эффектом. Существует ли еще какой-нибудь другой метод ведения таких родов? Да, другой метод есть. Но дежурный врач к нему не прибегнул. Об этом методе можно говорить не применительно к данной роженице, а как о методе, который может быть использован при подобных ситуациях. Этот метод заключается в введении метрейринтера. Метрейринтер был бы очень полезен для нашей роженицы.

Наша роженица — «старая» первородящая, у которой имеется ягодичное предлежание плода, а роды осложнились преждевременным отхождением вод и слабостью родовой деятельности. Мы уже говорили о том, что такое сочетание неблагоприятно. Поэтому, чем дольше сохранится хотя бы часть вод и чем энергичнее разовьется родовая деятельность, тем лучше прогноз для матери и плода. Метрейринтер же способен удержать еще оставшиеся в матке воды. Кроме того, как мы уже знаем, он, оказывая давление на нервные узлы, расположенные вокруг шейки матки, и на нервные окончания, заложенные в стенке влагалища и шейки матки, способен вызвать или усилить родовую деятельность. Одновременно, постепенно рождаясь, он растянет собой родовый канал, чем будет способствовать более быстрому и легкому продвижению последующей головки плода. Эти положительные качества метрейриза и обращают на себя внимание при ведении родов в тазовых предлежаниях после несвоевременного отхождения вод. Он может быть применен тогда, когда отходят воды еще только при начавшейся родовой деятельности. Понятно, что при слабости родовой деятельности его выгодно сочетать с родостимулирующими средствами.

Однако если у роженицы имеется нефропатия, то метрейриз применять не следует, так как он может вызвать неблагоприятные последствия (переход нефропатии в эклампсию). Этим сообщением и руководствовался врач.

Наблюдая за роженицей, мы заметили, что, спустя 40 мин после приема первого порошка прозерина, появились схватки. Сначала они были слабыми, но, постепенно усиливаясь и учащаясь, к 8 ч утра приняли ритмичный характер, стали довольно энергичными и болезненными. Ягодицы плода прижаты ко входу таза. Сердцебиение отчетливое, ритмичное, 130 ударов в минуту. Артериальное давление продолжает оставаться нормальным (130/80 мм рт. ст.). Можно ли применить в данном случае обезболивание? Можно, если схватки будут очень болезненными. Но у этой роженицы обезболивание не очень желательно. Дело в том, что все обезболивающие средства, какими пользуются акушеры в настоящее время, обладают отрицательным свойством, они способны ослаблять родовую деятельность. А мы уже говорили о неблагоприятных условиях, какие сложились у данной роженицы. Поэтому используем психопрофилактический метод родообезболивания. Это, конечно, задача трудная, но иногда таким путем удается снизить восприятие боли.

В последующем — хорошие схватки, продолжались до конца родов. Плод медленно продвигался по родовому каналу, и к 9 ч 30 мин утра 21 марта ягодицы достигли тазового дна — началась потужная деятельность. Применена вторично триада Николаева. Сердцебиение плода остается удовлетворительным. В 10 ч началось вырезывание ягодиц, и мы приступили к оказа-

нию пособия по Цовьянову. Одновременно между схватками роженица продолжает вдыхать кислород. Однако закончить роды с помощью метода Цовьянова не удалось. Нарушилось членорасположение плода — ручки запрокинулись. Что делать? Продолжать ли принимать роды по Цовьянову или нужно перейти к оказанию ручного пособия по так называемому «классическому» методу? Метод ведения родов в тазовом предлежании по Цовьянову, как уже говорилось, применим только в том случае, если потуги энергичные и эффективные, а членорасположение плода не нарушено. Это имеет особо важное значение в отношении ручек плода. Если потуги слабые, короткие и мало эффективные, если нарушилось членорасположение плода (ручки отошли от грудки и поднялись к головке), то принимать эти роды, оказывая пособие по Цовьянову, не следует. При этих условиях до рождения ребенка может пройти больше времени, чем то, в течение которого он способен перенести кислородное голодание и воздействие избытка углекислоты. В этих условиях нужно быстрее извлечь ручки и освободить головку. Это можно сделать только путем оказания «классического» пособия. Так мы и поступили.

В 10 ч 10 мин была извлечена живая девочка, в синей асфиксии, громко закричавшая спустя 9 мин после рождения. Оживление производилось в такой последовательности: отсасывание аспирированной жидкости, искусственное дыхание в теплой ванне с дачей кислорода матери (по Леренченко) и плоду, внутримышечное введение кардиозола 0,2 и введение в пупочную вену 5 мл 5%-ного раствора хлористого кальция.

Ребенок родился весом 2970,0 и длиной 50 см.

Последовый период прошел без осложнений. Кровопотеря — 300,0. Нормально протекал и послеродовой период. На 10-й день после родов мать была выписана домой вполне здоровой, с нормально развивающимся ребенком.

Краткий эпикриз. В амбулаторию клиники приходит 34-летняя первобеременная с жалобами на общее недомогание и отеки. Состоит под наблюдением врача консультации. Врач клиники, ознакомившись с анамнезом и исследовав беременную, установил, что имеется доношенная беременность, легкая степень нефропатии и тазовое предлежание плода. Врач оставляет ее в стационаре клиники, где проводятся мероприятия, направленные на борьбу с токсикозом. Ночью следующего дня происходит раннее отхождение вод, родовая деятельность слабая. Применяется родостимуляция, пенициллинотерапия и триада Николаева.

Возникшая родовая деятельность, периодически несколько ослабляясь, продолжается в течение всего периода родов, длившихся 30 ч. С момента врезывания ягодиц начато оказание ручного пособия по Цовьянову. Однако запрокинувшиеся ручки заставляют перейти на «классический» метод. Родилась живая девочка, в синей асфиксии, оживлена. Последовый и послеродовой период протекали нормально. На 10-й день после родов мать вполне здоровой была выписана домой с нормально развивающимся ребенком.

ЛЕКЦИЯ ПЯТАЯ

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Гр-ка За-на, 29 лет, повторнородящая. В 20 ч 45 мин 6/XII 1955 г. поступила в клинику для родоразрешения, без схваток, но с отходящими водами. Плодный пузырь вскрылся самопроизвольно, в 19 ч (за 1 ч 45 мин до поступления в клинику).

Анамнез. Уроженка Ленинграда. В детстве развивалась нормально. Менструации начались с 14 лет, за год до начала Великой Отечественной войны, во время которой (с 1941 г. по 1944 г.) они отсутствовали. Во время войны жила в блокированном Ленинграде. По специальности — конструктор. Замуж вышла 25 лет. Были 3 беременности. Из них две прерваны искусственно (по личным мотивам) и одна — два года тому назад окончилась нормальными родами. В 1947 г. болела гепатитом. Последние месячные были 20 марта 1955 г. Время первого шевеления не отметила. Беременность протекала нормально, наблюдалась врачом заводского медицинского пункта.

Объективные данные. При общем исследовании отмечено: общее состояние здоровья вполне удовлетворительное. Видимые слизистые нормальные, кожа голеней слегка отечна. Телосложение правильное. Рост — 162 см, вес — 71,5 кг. Состояние органов грудной полости — без отклонений от нормального; пульс — 84 удара в минуту, температура тела — 36,7. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Группа крови — 0 (I), резус-положительная.

Наружное акушерское исследование. Живот бочковидной формы, окружность — 105 см. Расстояние от лона до дна матки — 35 см. При пальпации прощупываются два плода. Из них один в продольном положении и в тазовом предлежании, второй — в поперечном. Сердцебиение плода выслушивается одно, справа ниже пупка, ясное, ритмичное, 132 удара в минуту.

Размеры таза: *distantia spinarum* — 25 см; *distantia cristarum* — 29 см, *distantia trochanterica* — 32 см, *conjugata externa* — 20 см. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище разрыхлена, цианотична.

Внутреннее (влагалищное) акушерское исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка укорочена. Цервикальный канал раскрыт на 1,5 пальца, плодный пузырь отсутствует. Предлежат ягодицы, фиксированные вовходе таза. Мыс не достигается.

Диагноз: согласно анамнестическим сведениям и данным объективного исследования, перед нами роженица, у которой имеются некоторые особенности.



Рис. 90. Трехъяйцевая пятерня (однойяйцевая тройня и двуяйцевая двойня). Плаценты слиты.

Последние состоят в том, что, во-первых, роды начались раньше срока (беременность 37—38 недель). Во-вторых, — беременность, многоплодная, — двойня и, в-третьих, — произошло преждевременное отхождение околоплодных вод. Являются ли преждевременное отхождение вод и преждевременные роды редкой особенностью при двойне? Наступление преждевременных родов и несвоевременное отхождение вод при многоплодной беременности — явление нередкое. Но чтобы хорошо уяснить, почему это происходит, разберем подробнее особенности многоплодной беременности. Под многоплодной разумеется такая беременность, когда в материнском организме одновременно развиваются два и большее число плодов.

Как явление обычное оно не свойственно человеку, но все же не представляет большой редкости. Опыт показывает, что многоплодие встречается чаще в тех семьях, в роду которых оно бывало и раньше, либо по линии жены, либо по линии мужа, и особенно в том случае, если наблюдалось по линии обоих супругов.

Возникновение многоплодной беременности еще более вероятней, если сама беременная является одной из двойни и, особенно, если из двойни были и она и ее муж. В наступлении многоплодия некоторое значение, как полагают, имеет и число

беременностей у данной женщины, а также ее возраст. Отмечено, что у повторнобеременных она встречается чаще, чем у первобеременных. Отмечено также, что при повторениях многоплодной беременности у одной и той же женщины двойня чаще встречается в возрасте от 25 до 29 лет, тройня — от 30 до 34 лет и четверня — от 30 до 39 лет.

В литературе неоднократно приводились примеры из практики, где многоплодная беременность как бы передавалась



Рис. 91. Однояйцевая пятерня в возрасте 5 лет (из Канаева).

из поколения в поколение. Так, К. К. Скробанский приводит случай Бера, наблюдавшего женщину, которая родила три раза двойню, 6 раз тройню и 2 раза четверню. Как показывает опыт, чем большее число зародышей развивается одновременно, тем такое многоплодие встречается реже. Так, беременность двумя плодами может встретить каждый акушер, тройню — сравнительно немногие, четверню — уже немногие и пятерню (рис. 90) — только единицы.

Есть случаи родов пятью близнецами, из которых все выжили и в дальнейшем развивались нормально (рис. 91). Беременность шестью плодами описана тремя авторами. Но все эти случаи большинством акушеров подвергаются сомнению. Описанный же один случай беременности семью плодами вызывает еще большее недоверие. Для простоты запоминания частоты многоплодия Геллин, на основании анализа значительного числа родов, предложил свою формулу. Хотя она и не является совершенно точной, а только приближенной, тем

не менее, ею вполне можно пользоваться в практической статистике.

Так, двойня встречается один раз на 80 родов,
 тройня » » » » 80² »
 четверня » » » » 80³ »
 пятерня » » » » 80⁴ »
 (40 360 000 родов)
 и т. д.

Генез (происхождение и процесс образования) многоплодной беременности окончательно еще не изучен.

Однако уже и в настоящее время имеются данные, которые до известной степени дают возможность понять течение этого сложного биологического процесса. На основании их можно предположить существование нескольких вариантов происхождения многоплодия.

Обычно в яичнике созревает один очередной фолликул. Однако известно,



Рис. 92. Графов фолликул с тремя яйцеклетками.

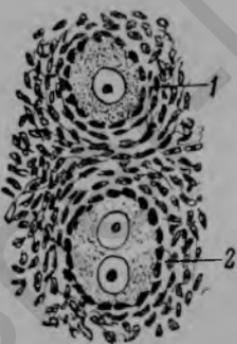


Рис. 93. Схематическое изображение примордиальных фолликулов.

1 — яйцеклетка с одним ядром; 2 — яйцеклетка с двумя ядрами.



Рис. 94. Схематическое изображение яйцеклетки с двойным ядром; в одном из ядер — два ядрышка.

1 — протоплазма яйцеклетки; 2 — ядра; 3 — ядрышки.

что иногда одновременно могут созревать два и большее число фолликулов, в одном или обоих яичниках. Следовательно, имеется возможность одновременного оплодотворения двух и большего числа яйцевых клеток, выделившихся из фолликула во время овуляции. В каждом фолликуле обычно заключено по одной яйцеклетке. Однако встречаются фолликулы, в которых их заключено две и даже три (рис. 92), и все они могут быть оплодотворены.

Обычно каждая яйцеклетка имеет одно ядро, а в последнем — одно ядрышко. Однако можно встретить такие яйцеклетки, в которых заключено не одно ядро, а два, и в нем — два ядрышка (рис. 93 и 94).



Рис. 95. Схематическое изображение различных пороков развития плодов при многоплодной беременности.

1 — краниопаги; 2 — торакопаги; 3 — Dipsosopus; 4 — Dipygus; 5 — Acardiacus.

Оплодотворение сперматозоидом такой яйцеклетки, следовательно, тоже может привести к образованию не одного, а двух зародышевых зачатков.

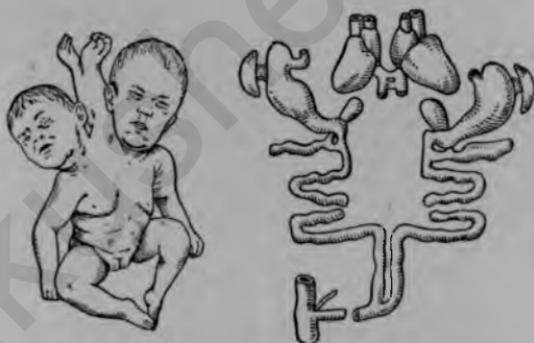


Рис. 96. Соединенные близнецы. Зеркальность строения и расположения органов (из Канаева).

Такой генез многоплодия, по-видимому, и приводит к образованию моноамниотической двойни, когда возможны различные виды уродств, в виде сращения двух близнецов, иногда даже жизнеспособных (рис. 95, 96, 97, 98, 99). Для этих явлений термин «сращение близнецов», строго говоря, неправильный. Здесь имеет место не сращение их, а неполное расщепление



Рис. 97. Ксифопаги — «сиамские близнецы» Чанг и Энг (из Канаева).



Рис. 98. Лигопаги — «богемские сестры» Роза и Иозефа (из Канаева).



Рис. 99. Пигопаги, подвижно соединенные в области крестца (из Канаева).

двух зародышевых зачатков в процессе первоначального дробления (рис. 100). Сперматозоид человека обычно имеет следующее строение: головка, шейка, промежуточный отдел и хвост (рис. 101). Однако можно встретить сперматозоиды атипического строения, имеющие не одну головку, а две, и раздвоенный хвостовой отдел (рис. 102).

Как полагали в прошлом, оплодотворение яйцеклетки таким атипическим сперматозоидом тоже может явиться причиной образования двойни.

Хотя такой генез многоплодия и кажется возможным, тем не менее Соббота¹ — известный знаток этого вопроса — его отвергает так же, как и возможность возникновения двойни вследствие оплодотворения нормальным сперматозоидом яйцеклетки, содержащей два ядра.

В случаях однояйцевой двойни генез образования сращенных близнецов, по Соббота, состоит не в оплодотворении атипической яйцеклетки нормальным сперматозоидом, а в процессе атипического дробления зиготы



Рис. 100. Схематическое изображение развития зародышей в матке при однояйцевой двойне.

Плодные зачатки лежат рядом, что ведет к развитию их в одной амниотической полости и к возможному сращению. 1 — первый эмбрион; 2 — второй эмбрион.

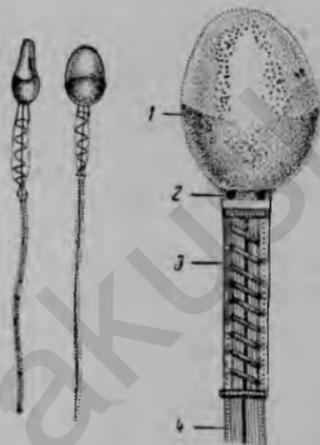


Рис. 101. Схематическое изображение нормального сперматозоида человека.

1 — головка сперматозоида; 2 — шейка; 3 — промежуточная часть; 4 — хвост.

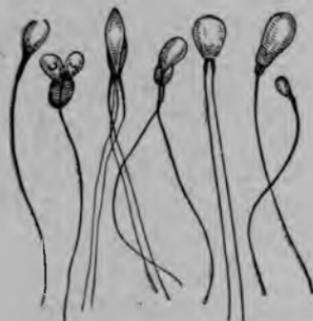


Рис. 102. Схематическое изображение атипических форм человеческого сперматозоида.

(оплодотворенной яйцеклетки). В результате такой особенности дробления зиготы образуются два плодных зачатка — эмбрио-

¹ Цит. по К. К. Скробанскому. Учебник акушерства. М—Л., 1936.

бласта. Какой из этих четырех вариантов предполагаемого генеза является верным — покажет результат будущего изучения этого вопроса. Не исключено, что каждый из них окажется правильным для определенных случаев многоплодия.

Образование двуйцевой двойни. Если генез многоплодия, при наличии уже известных данных о фолликуле, яйцеклетке и сперматозоиде, является еще недостаточно ясным, то еще менее известным оказывается вопрос о времени оплодотворения двух яйцеклеток и о времени имплантации зародышей в слизистой оболочке матки. Можно допустить, что оплодотворение нескольких яйцеклеток происходит одновременно и зародыши одновременно же перемещаются по трубе к матке. Однако нельзя исключить и того, что оплодотворение их и перемещение по трубе происходит с некоторыми перерывами во времени. Достигнув матки, зародыши (оплодотворенные яйцеклетки — зиготы) имплантируются.

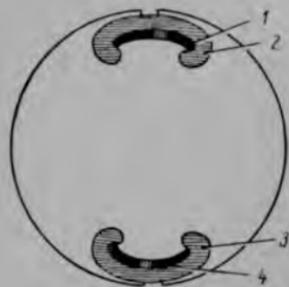


Рис. 103. Схематическое изображение развития зародыша в матке при двуйцевой двойне.

Каждый зародыш имплантирован отдельно и заключен в отдельные оболочки. 1 — первый эмбрион; 2 — первый амнион; 3 — второй эмбрион; 4 — второй амнион.

Имплантация их может произойти либо на некотором расстоянии друг от друга, либо в близком соседстве (рис. 103, 104). Если оба зародыша имплантировались на некотором расстоянии один от

другого, то тогда над каждым из них образуется своя decidua capsularis (рис. 104, а). Если же они осели в близком соседстве,



Рис. 104. Различные виды имплантации зародышей при двуйцевой двойне (схематическое изображение).

то decidua capsularis будет общей для обоих (рис. 104, б). При обоих вариантах имплантации истинная отпадающая оболочка (decidua vera) будет общей.

Однако какое бы расстояние ни отделяло двух различных зародышей при их имплантации в матке, каждый из них будет развиваться в своей плодной камере, состоящей из двух оболочек: амниотической — внутренней и хориальной — наружной. В последующем, даже при отдельной имплантации, когда развитие плодов приведет к сближению обеих камер, каждый из

плодов будет находиться обособленно в своей камере, и перегородка между ними будет состоять из 4 слоев: двух оболочек хориона и двух амниотических (рис. 105, 106).

Может возникнуть вопрос: почему при раздельной имплантации двух зародышей перегородка между ними состоит только из четырех слоев? Что же стало с decidua capsularis, которая была у каждого своя? Они, конечно, тоже слились и образовали свой, пятый слой в перегородке. Но в то время как 4 первых слоя могут быть сравнительно легко разъединены и видимы невооруженным глазом, слившиеся поверхности децидуальной оболочки, видимо, частично атрофируются. Они не поддаются отделению и обычному визу-

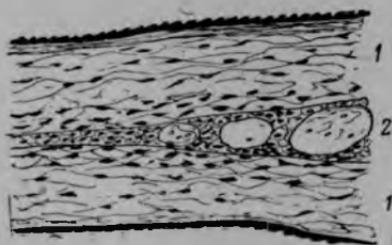


Рис. 105. Схематическое изображение строения перегородки плодных оболочек при двуяйцевой двойне.

1 — амнион; 2 — хорион; обе хориальные оболочки склеены, ворсины хориона атрофированы.



Рис. 106. Двуяйцевая двойня.

Перегородка между плодами состоит из 4 слоев (амнион — хорион — хорион — амнион). Плаценты обособлены. 1 — плацента; 2 — амнион; 3 — хорион.

альному осмотру и могут быть обнаружены только под микроскопом в виде рыхлой ткани и отдельных децидуальных клеток. Такая двойня носит название двуяйцевой (двойня dichorialis). При этой двойне, если даже оба зародыша осели в такой непосредственной близости, что ворсины их хориальной оболочки переплетаются между собой и образованная ими плацента кажется как бы единой, развитие плодов будет идти обособленно, — сосуды ворсин одного зародыша не сообщаются с сосудами ворсин другого (рис. 107, 108).

Образование однойяйцевой двойни. Несколько иначе выглядит так называемая однойяйцевая двойня (двойня monochorialis). В этом случае всегда имеется не только одна общая децидуальная оболочка, но и общая оболочка хориона. При этом в большинстве случаев каждый из зародышей разви-

вается в своей обособленной амниотической полости (биамниотическая двойня) (рис. 109). Но возможно развитие обоих зародышей и в одной, общей амниотической полости (моноамниотическая двойня), что встречается очень редко.

Поэтому, в отличие от двуяйцевой двойни, перегородка между плодами при однойяйцевой двойни, перегородка из двух,— амниотических. Хориальная же оболочка, как уже говорилось,— общая для обоих. Поскольку при однойяйцевой двойне хориальная оболочка одна, очевидно, что и сосудистая система у обоих плодов одина, т. е. в ворсинах общей хориальной

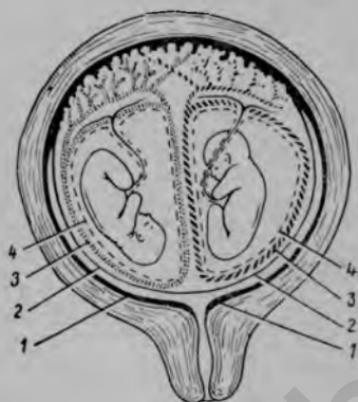


Рис. 107. Двуяйцевая двойня.

Перегорodka между плодами состоит из 4 слоев, но из-за близости имплантации обоих зародышей плаценты их слиты, хотя полностью обособлены. 1 — decidua vera; 2 — decidua capsularis; 3 — хорион; 4 — амнион.



Рис. 108. Схематическое изображение ворсины хориона и ее капиллярной системы.

оболочки сосуды анастомозируют: артерии ворсин одного плода переходят в артерии или в венозные сосуды ворсин другого. Следовательно, при анастомозе сосудов обоих плодов создаются условия, при которых кровь одного плода смешивается с кровью другого.

Такая общность сосудов, создавая третий круг кровообращения, может оказать влияние на развитие обоих плодов, что имеет большое практическое значение. Если в третьем круге кровообращения кровяное давление хорошо уравновешено, тогда оба плода получают одинаковое количество питательного материала и оба они развиваются одинаково.

Если же вследствие каких-то причин равновесие в третьем круге нарушается, тогда какой-то один из плодов начинает по-

лучать меньшее количество крови и начинает отставать в своем развитии. Последнее может привести не только к недоразвитию, но и к формированию у него уродства, несовместимого с жизнью, и даже к внутриутробной гибели.

Причина образования безголового урода — у одного из близнецов при однойцевой двойне (acardiacus) — окончательно не выяснена. Есть предположение (П. Г. Светлов, А. Г. Кнорре¹), что такой порок развития может возникнуть из-за нарушений нормальных условий развития передних сегментов тела. Но почему по-

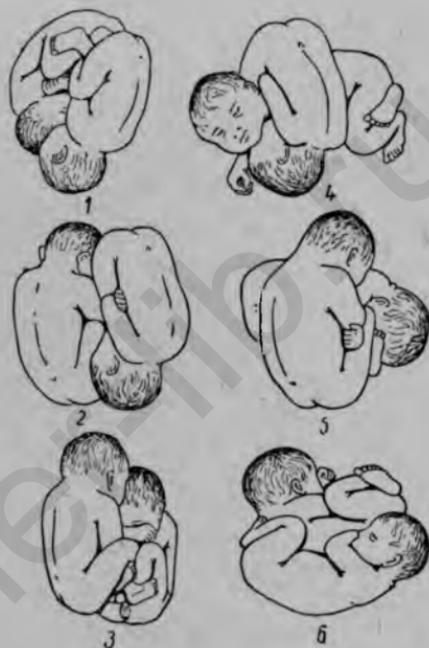
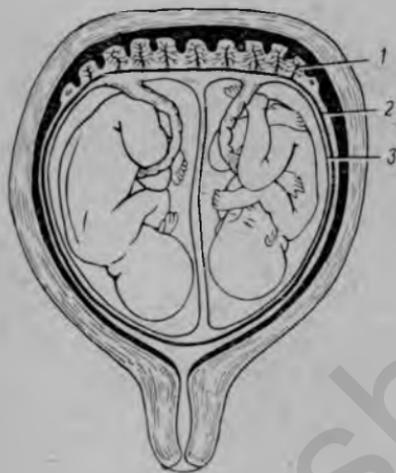


Рис. 109. Однояйцевая двойня.

Перегородка между плодами состоит из двух слоев (амнион — амнион). Хориальная оболочка и плацента общие для обоих плодов. 1 — плацента; 2 — хорион; 3 — амнион.

Рис. 110. Схематическое изображение различных вариантов взаиморасположения плодов в матке при двойне и частота каждого из них.

1 — 47%; 2 — 34%; 3 — 10%; 4 — 5%;
5 — 3,72%; 6 — 0,3%.

вреждающие факторы оказали свое влияние только на одного близнеца, а другой устоял против их воздействия и развился нормально, — неизвестно.

Образование такого порока можно объяснить и другой причиной. Так, можно предположить, что при однойцевой двойне, когда у обоих близнецов имеется одна плацента, при отставании (по каким-либо причинам) в развитии одного из плодов второй плод, развивающийся нормально, заметно опережает его. В дальнейшем он не только обеспечивает себя, но все

¹ А. Г. Кнорре. Краткий очерк эмбриологии человека. Л., 1959.

больше берет на себя функцию кровоснабжения второго плода, отставшего в развитии. В результате этого второй плод начинает существовать за счет работы сердца первого, а работа его сердца постепенно уменьшается, становится не нужной. В итоге верхние конечности и головка второго плода, лишенные нормального кровоснабжения, атрофируются. При однойяйцевой двойне близнецы всегда бывают однополыми и одной группы крови.

При двуяйцевой же двойне — близнецы могут быть как однополыми, так и разнополыми.

Двухяйцевые двойни встречаются чаще, чем однойяйцевые, а моноамниотическая однойяйцевая — совсем редко. Так, двухяйцевая двойня встречается примерно в 75%, а однойяйцевая — в 25%. Генез тройни, четверни и т. д., видимо, не отличается от генеза двойни. Можно допустить, что тройня, например, образуется в результате оплодотворения трех обособленных яйцеклеток, выделившихся из трех одновременно созревших фолликулов в одном яичнике (или обоих) — трехъяйцевая тройня. Можно допустить также, что два плода будут представлять однойяйцевую двойню, а третий обособленный, или все три плода развились из одной яйцеклетки — однойяйцевая тройня. Положение плодов при двойне может быть различным. На рис. 110 показаны эти возможные варианты его и их частота. Следует иметь в виду, что даже в момент родов положение плодов может изменяться, особенно возможно изменение положения второго плода после рождения первого. Эта особенность имеет практическое значение, требуя от врача, ведущего роды, большого внимания.

Диагностика двойни не всегда бывает легкой, даже и к концу беременности. Одним из наиболее существенных признаков двойни, исходящих со стороны материнского организма, является относительно большое увеличение живота. Если окружность живота при доношенной беременности превышает 110 см, то может быть заподозрено многоплодие. Однако этот признак не говорит обязательно за многоплодие. Большая окружность живота может быть следствием и других причин, например: обильно развитой подкожной жировой клетчатки, наличия опухоли в животе, гигантского размера одного плода, гидрамниона и асцита. Поэтому большая окружность живота может указывать на многоплодие только в том случае, если другие причины его увеличения исключаются, и если, наряду с этим, есть другие признаки, говорящие о многоплодии. К числу этих признаков относятся такие, которые исходят от плода. К ним относятся обнаружение большого числа мелких частей плода, обнаружение двух головок, из которых одна — у входа в таз, а другая — у дна или сбоку. Подозрение на двойню возникает, когда при большой окружности живота предлежащая

головка оказывается несоответственно малой. Способствует правильной оценке и внутреннее (влагалищное) исследование. При этом за многоплодие могут говорить следующие данные: предлежащая часть сравнительно рано опускается во вход таза, что приводит к раннему сглаживанию шейки, а иногда и к открытию зева. Раннее опускание предлежащей части происходит потому, что, как предполагает Штрассман, пространственное ограничение в матке для двоих заставляет один плод рано сместиться книзу. Большое значение в диагностике имеет и выслушивание сердцебиения плода. Если в различных участках матки отчетливо выслушиваются два сердцебиения, а между ними имеется как бы «глухая зона» (где сердцебиение прослушивается хуже), и разница в частоте обоих сердцебиений достигает 10 ударов в минуту, то имеется большое подозрение на наличие двойни.

Диагноз двойни может быть установлен и в том случае, если в момент родов выпала петля непальсирующей пуповины, а со стороны брюшной стенки отчетливо прослушивается сердцебиение плода. В этом случае, видимо, выпавшая петля пуповины принадлежит одному, погибшему плоду, а выслушиваемое сердцебиение исходит от второго, живого плода.

Наконец, совершенной диагностикой является рентгенография. На рентгено снимке будет не только подтверждено или отвергнуто наличие многоплодия, но будет представлена ясная картина взаимоположения плодов в матке. Однако к рентгенодиагностике следует обращаться только в исключительных случаях, так как рентгеновское облучение небезвредно для плода и для матери.

Что касается диагностики многоплодия в ранней стадии развития беременности, то в большинстве случаев в это время она может быть только предположительной. Несоответствие размера матки предполагаемому сроку беременности (на основании задержки менструаций) может быть вследствие многоводия (хотя последнее чаще возникает во вторую половину беременности), из-за быстро развивающейся беременности (такая возможность, хотя и редко, может иметь место), вследствие наступления беременности при миоме матки и, наконец, при патологическом развитии беременности — заболевании ворсин хориона (пузырном заносе).

О том, как отличить многоплодие от пузырного заноса, уже было сказано выше.

При прочих равных условиях течение беременности при многоплодии иногда может ничем не отличаться от течения беременности одним плодом. Однако в большинстве случаев ему свойственны некоторые особенности, которые могут отягощать состояние здоровья беременной и оказывать определенное влияние на развитие плода.

В отношении материнского организма тяжесть течения беременности при многоплодии в основном зависит от следующих причин:

1. От быстрого роста беременной матки (несколько плодов, обилие околоплодных вод).

2. От большего (чем обычно) увеличения ее объема и связанного с этим повышенного давления матки на окружающие ткани и органы.

3. От большего количества «шлаков», которые должны «выноситься» из организмов плодов через материнский организм.

В связи с этим все явления беременности, как, например, общая слабость и недомогание, сонливость, головокружение и головные боли, тошноты и рвоты, проявляются более резко и более рано, чем при одноплодной беременности.

Высоко стоящая матка, поднимая диафрагму, затрудняет дыхательные экскурсии, что приводит к явлениям застоя в тканях и органах, особенно малого таза; создаются более благоприятные условия для развития узловатого расширения вен нижних конечностей и малого таза.

Выделительные органы материнского организма, в частности почки, работают с большей нагрузкой, подчас не вполне справляясь с ней. Неудивительно поэтому, что токсикозы второй половины беременности — водянка беременных, нефропатия и эклампсия — находят здесь благоприятные условия своего развития. Опыт показывает, что при двойне, например, эклампсия встречается часто, достигая 10% по отношению к числу многоплодных беременностей. Следовательно, более легкие формы токсикоза (водянка, нефропатия) могут встречаться еще чаще.

Большая возможность возникновения осложнений во время беременности двойней подтверждает мнение о том, что хотя многоплодная беременность и является физиологической, но очень близко граничит с патологией и подчас крайне тяжелой. Вот почему к диагностике многоплодной беременности необходимо стремиться раньше, а при установлении диагноза такая беременная должна находиться под особенно внимательным врачебным контролем.

В отношении плодов многоплодная беременность может оказаться неблагоприятной по следующим причинам:

1. Беременность может прерваться раньше того времени, когда плоды вполне созреют и смогут существовать вне материнского организма.

Прерывание беременности обычно происходит тем раньше, чем большее число плодов развивается одновременно. Однако имелись случаи многоплодия, когда при тройне и даже при четверне плоды рождались раньше срока, но были достаточно развиты и могли существовать внеутробно. Случаи рождения

плодов жизнеспособными при беременности пятью плодами также описаны (см. рис. 90 и 91).

Даже при беременности двойней роды наступают в срок только примерно в 75%. В остальных же 25% они бывают преждевременными. Причина более раннего прерывания беременности при многоплодии, по-видимому, лежит в условиях развития плодов, которые тем хуже, чем их больше.

2. При многоплодии, в условиях ограниченных возможностей для развития (недостаток питания, пространственные ограничения), возможна внутриутробная гибель одного из плодов. Особенно это возможно, как уже говорилось выше, при однойяцевой двойне (образование третьего круга кровообращения). В этом случае погибший плод может и не изгоняться из матки, а рождаться вместе с нормально развивающимся. Иногда этот погибший плод рождается в виде нежизнеспособного урода, а иногда в виде мумифицированного, сплюснутого образования, так называемого бумажного плода (*faetus papiraceus*) (рис. 111). Механизм образования бумажного плода состоит в том, что погибший плод подвергается мумификации и прижимается развивающимся плодом к стенке матки. Однако (в исключительно редких случаях) наблюдается и изгнание погибшего плода, в то время как развитие другого, живого, не нарушается.

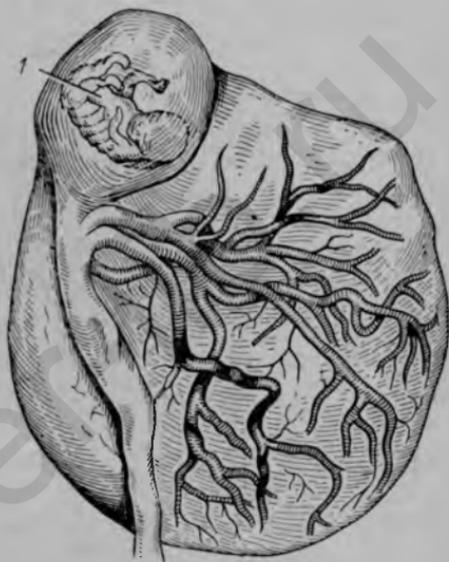


Рис. 111. Послед двойни.
1 — второй плод (он погиб и обнаружен в виде мумифицированного образования — «бумажного плода»).

Такое изгнание одного погибшего плода (без нарушения развития другого) возможно только при двуяцевой двойне, когда изгнание одного не приводит к нарушению целостности оболочек другого. Это явление дало повод предполагать возможность сверхзарождения. Но об этом будет сказано ниже.

Роды при многоплодной беременности иногда протекают совершенно нормально и даже быстрее, чем при беременности одним плодом, так как близнецы часто бывают меньших размеров. Однако нередко они сопровождаются и рядом серьезных осложнений, которые еще в большей степени, чем во время бере-

менности, могут создать угрожаемое положение для матери и для плодов (или для одного из них).

Осложнение может возникнуть на протяжении всех периодов родов и даже в ближайшее время после их окончания. Осложнения для материнского организма заключаются в появлении слабости родовой деятельности, что, наряду с ранним отхождением вод и длительным течением родов, создает опасность возникновения вторичной инфекции.

Возникновение первичной или вторичной слабости (или сочетание той и другой) объясняется значительным перерастяже-

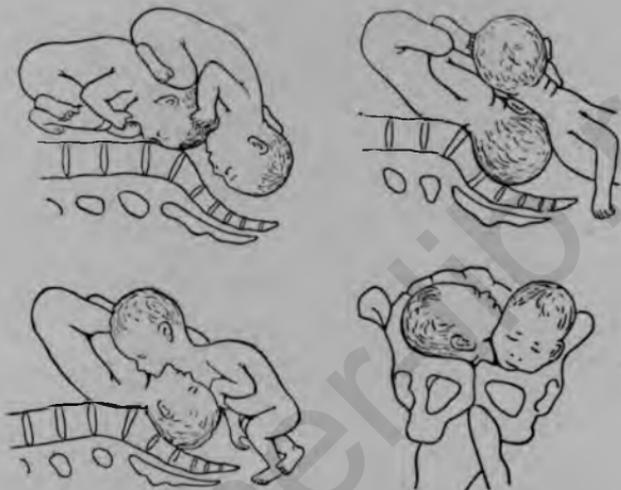


Рис. 112. Схематическое изображение возможных коллизий плодов при двойне в периоде изгнания.

нием матки, в силу чего сократительная способность ее мускулатуры оказывается пониженной. Если недостаточная сократимость матки не проявилась во время раскрытия и изгнания, то она может возникнуть в последовом периоде или в ближайшее время после родов.

Это, в свою очередь, может привести к неправильной отслойке плаценты и к типо- или атоническому кровотечению.

Осложнение для матери может возникнуть и от одновременного вставления во вход в таз двух плодов. С одной стороны, эта «борьба плодов за первенство рождения» приводит к затяжным родам, а с другой стороны, может привести и к патологии родов — разрыву матки. В этом случае может возникнуть особого рода условие — так называемая коллизия близнецов («замок»), когда рождению одного плода мешает несвоевременно опустившаяся часть другого.

Как видно на рис. 112, может быть несколько вариантов подобных коллизий. Если при этом помощь своевременно не

оказана, то нетрудно представить исход таких родов. Они оканчиваются разрывом матки со всеми вытекающими из этого последствиями для матери и плодов. Поэтому при коллизиях акушерское пособие сводится к родоразрешению. Последнее достигается путем перфорации головки или эмбриотомии одного из плодов и чаще именно того, который опустился раньше.

Но такое неблагоприятное вставление одновременно обоих плодов, ведущее к гибели одного из них, встречается редко. Опасность для плодов чаще возникает иная и, главным образом, вследствие возможности наступления внутриутробной асфиксии. Последняя может возникнуть вследствие выпадения пуповины (из-за несовершенства пояса соприкосновения), а также вследствие нарушения плацентарного кровообращения, происшедшего после рождения одного из близнецов.

Казалось бы, что после рождения одного из плодов условия для второго, оставшегося еще в матке, становятся более благоприятными. Однако, как показывают наблюдения, условия существования для второго плода, оставшегося в матке после рождения первого, не улучшаются, а, наоборот, ухудшаются. Это связано с тем, что с рождением одного плода матка не может оставаться по-прежнему растянутой, она уменьшает свой объем за счет сократимости мышечных волокон. Последнее же приводит к сжатию сосудов матки, а следовательно, и к ухудшению плацентарного кровообращения оставшегося плода. Вот почему оставшийся в матке второй плод нуждается в особом наблюдении, применении триады Николаева и в ускорении рождения. Его рождение должно произойти в пределах получаса после первого.

Но главная опасность для плодов заключается в том, что рождаются они нередко раньше времени, еще недостаточно созревшими и потому мало устойчивыми к воздействию внешней среды. Они нередко погибают уже после рождения от различных заболеваний.

Ведение родов при двойне требует от акушера большого внимания и умения. При наличии слабости родовой деятельности, причина которой, как уже говорилось, лежит в уменьшении сократительной способности мышечных элементов матки, нередко из-за ее растянутости, может заставить врача вмешаться еще в периоде раскрытия. Если слабость родовой деятельности является следствием перерастяжения матки, то пособие может состоять в разрыве плодного пузыря даже при небольшом (на 2—3 пальца) раскрытии зева. Тогда, с отхождением вод, уменьшится растяжение мышечных волокон и создастся возможность для их нормального сокращения. Однако при этом необходимо помнить, что выпускать воды нужно медленно и под контролем введенной руки, так как при этом

имеется большая возможность выпадения мелких частей, особенно пуповины.

Если слабость родовой деятельности не была вызвана перерастяжением стенок матки или если схватки не усилились после вскрытия плодного пузыря, то можно применить обычные средства, усиливающие родовую деятельность (по схеме Штейна — Stein, по схеме В. Н. Хмелевского, пахикарпин и проч.).

Вести роды нужно под бдительным контролем за сердцебиением плодов, за положением их, вставлением предлежащей части и за раскрытием зева. При правильном течении родов рождение близнецов может произойти и самостоятельно. Но если появятся показания к ускорению родоразрешения, то характер пособия диктуется условиями, сложившимися к этому моменту. В зависимости от последних пособие может заключаться в наложении щипцов, в извлечении за тазовый конец или в перфорации головки, если создалась коллизия. Вполне понятно, что если имеется неправильное вставление предлежащей головки или поперечное положение, то последнее может быть исправлено только поворотом плода на ножку. При этом извлечение может быть присоединено к повороту только тогда, когда налицо полное раскрытие зева. Пуповина первого плода должна быть тщательно перевязана, так как двойня может быть однойцевой. Особенного внимания требует к себе второй плод, оставшийся в матке после рождения первого.

О том, что в это время условия для его существования ухудшаются, было сказано выше. Следовательно, после рождения первого плода нужно не только внимательно следить за сердцебиением второго, но и сразу же после рождения первого уточнить положение второго.

При поперечном положении необходимо сразу же вскрыть плодный пузырь, произвести поворот на ножку и извлечь его. Рождение второго плода обычно происходит быстрее первого, так как родовые пути для него уже подготовлены.

В большинстве случаев после рождения первого плода отслойки плаценты не возникает. Однако это иногда может произойти. При таком частичном отделении плаценты вскрывшиеся сосуды матки могут кровоточить и создать грозную опасность для матери. В этом случае необходимо быстро закончить роды. Если второй плод уже опустился в полость таза, то следует произвести извлечение его либо щипцами (при головном предлежании), либо за тазовый конец (при тазовом предлежании). После рождения ребенка послед необходимо удалить рукой. Если предлежащая часть второго плода еще находится над входом в таз: поворот — извлечение — ручное отделение последа.

Большого внимания требуют роды и в последовом периоде, а также в ближайшее время после родов. Слабость родовой

деятельности, проявившаяся в первом и во втором периодах родов, может продолжаться (или только возникнуть) и в последовом периоде, и после родов. Это приводит к гипотоническому кровотечению, создавая опасность здоровью и даже жизни матери. При этих условиях необходимо удалить послед и применить все средства, способствующие сокращению матки: трансфузию крови, массаж матки, холод, эрготин, питуитрин и другие.

Иногда роды при многоплодии могут быть закончены и путем кесарского сечения, как наиболее рационального в данном конкретном случае.

Как видно, беременность и роды при многоплодии чреваты неожиданностями, которые приближают их к акушерской патологии. Врач не должен забывать об этом, чтобы не встретить такие роды неподготовленным.

В связи с наблюдающимися случаями одновременного рождения близнецов разных степеней зрелости и чрезвычайно редкими случаями рождения их зрелыми, но в различные сроки по отношению друг к другу (иногда доходящие до 4 месяцев), возникают два вопроса: о возможности сверхплодотворения и сверхзачатия.

Под сверхплодотворением (*superfoecundatio*) понимается такое явление, когда оплодотворяются две и большее число яйцеклеток одного менструального цикла, но при различных половых сношениях, может быть даже и с различными мужчинами.

Возможно ли это? Такое явление теоретически можно допустить, но в акушерской практике еще не было родов, которые явились бы несомненным подтверждением этой возможности. Доказательным примером сверхплодотворения могло бы быть рождение двух детей, зачатие которых произошло в течение одного менструального цикла, если бы оба ребенка принадлежали к разным расам, причем один из них отличался бы по расовым признакам от своего близнеца и от отца и от матери первого ребенка. В этом случае такая возможность была бы явно доказательна. Но подобной беременности в акушерской практике не встречалось.

Под сверхзачатием (сверхзарождением — *superfaetatio*) понимается такое явление, когда зарождение второго близнеца происходит при уже развивающейся беременности. Иначе говоря, должно произойти оплодотворение двух яйцеклеток различных менструальных циклов, иногда даже сравнительно далеко отстоящих один от другого (на 2—4 месяца).

Возможно ли такое явление? Как и в вопросе о сверхплодотворении, возможность сверхзачатия можно теоретически допустить. В литературе имеются описания отдельных родов двойней, когда оба близнеца рождались зрелыми и живыми

в различные сроки. При этом второй младенец рождался по прошествии 3 месяцев после рождения первого. Какие имеются основания к тому, чтобы теоретически допустить возможность сверхзачатия? Основаниями являются два явления, которые позволяют допустить сверхзачатие, конечно, в виде исключения. Во-первых, овуляция (созревание яйцеклетки и фолликула, с разрывом его и выскальзыванием яйцеклетки в брюшную полость) во время беременности иногда возможна.

Вы знаете, что с наступлением беременности в женском организме имеется гормональное вещество, продуцируемое развивающимся желтым телом (лютеогормон, прогестерон). Это вещество, воздействуя на центральную нервную систему и, в частности, на гипофиз, оказывает угнетающее влияние на его фолликулостимулирующую функцию, в результате чего очередного созревания яйцеклетки и фолликула не происходит и менструация, являющаяся следствием обратного развития желтого тела, не наступает. Однако может быть отклонение от этой закономерности. В силу каких-то особых условий во время беременности иногда происходит созревание яйцеклетки и фолликула. Наблюдается иногда и менструация при уже возникшей беременности. Следовательно, хотя и как исключение, яйцеклетка, подготовленная к оплодотворению, может быть и во время беременности. Кроме того, в первые 3—4 месяца беременности сохраняется возможность для проникновения спермиев из влагалища в брюшную полость.

Вы знаете, что с началом возникновения нормальной беременности слизистая оболочка матки изменяется. В ней появляются особые клетки, именуемые децидуальными, почему и слизистая называется децидуальной (отпадающей) оболочкой. После имплантации зародыша в матке ее слизистую оболочку принято разделять на три отдела. Место имплантации зародыша носит название основной децидуальной оболочки (*decidua basalis*), слизистая, прикрывшая зародыш сверху после его имплантации, — капсулярной (*decidua capsularis*) и вся остальная часть — истинной отпадающей оболочкой (*decidua vera*). С ростом плодной камеры капсулярная и истинная оболочки постепенно сближаются и, наконец, сливаются вместе. Такое слияние происходит к 4 месяцам беременности. До этого же капиллярная щель между *decidua capsularis* и *decidua vera* остается, что позволяет спермиям и к исходу 4 месяцев беременности проникнуть из влагалища в брюшную полость (рис. 113).

Таким образом, теоретически можно допустить оплодотворение сперматозоидом яйцеклетки в пределах первых 4 месяцев беременности. Казалось бы, для возможности сверхзачатия данные имеются. Однако многие акушеры подвергают эту возможность сомнению, считая, что факт рождения двух зрелых близнецов в разные сроки происходит не по причине сверхзачатия,

а вследствие неравности условий развития. В результате такого неравного развития один, созревший, плод рождается в срок; вследствие же того, что рождение второго по каким-то причинам не наступило, он продолжает свое развитие и рождается по достижении зрелости. Доказать же справедливость утверждения одних или подтвердить сомнение других акушеров мы не можем.

Как видно из сказанного, вопрос о сверхплодотворении и сверхзачатии, хотя и представляет интерес не только в теоретическом, но и в практическом отношении (судебно-медицинском или правовом), тем не менее, не имеет неоспоримых доказательств.

Как же следует родоразрешить нашу роженицу? Она поступила к нам без схваток и с преждевременно отошедшими водами. Что следует предпринять в этом случае? Необходимо ли какое-либо вмешательство?

Да, наша помощь необходима, но не в смысле форсирования родоразрешения (например, путем низведения ножки) — для этого нет показаний, — а в отношении стимуляции родовой деятельности и профилактики внутриутробной асфиксии плодов. Если мы отметим, что схватки не возникают, несмотря на наше вмешательство, и будет видно, что роды затягиваются, тогда с профилактической целью начнем вводить антибиотики. Следовательно, наш план ведения этих родов сводится к тому, чтобы вызвать родовую деятельность, предоставив роды их естественному течению.

Почему (при соответствующем, конечно, наблюдении) эти роды можно предоставить естественному течению, ведь положение одного из близнецов поперечное? Совершенно верно, положение одного из двух плодов поперечное. Но первым будет рождаться тот, который находится в продольном положении, в тазовом предлежании (это было установлено влагалищным исследованием). Поэтому мы вправе рассчитывать на то, что если не произойдет коллизии, то первый младенец родится самостоятельно. При этом понадобится пособие, но оно будет обыч-



Рис. 113. Капиллярное пространство в матке (до слияния децидуальных оболочек — капсулярной и истинной).

1 — decidua capsularis; 2 — decidua parietalis s. vera; 3 — капиллярная щель между децидуальными оболочками.

ным, оказываемым при тазовом предлежании. Что касается рождения второго плода, то при этом обязательно потребуются наше вмешательство — поворот и извлечение, если только его положение не изменится самопроизвольно после рождения первого. Но это нам покажет последующее наблюдение и исследование.

Итак, мы решили применить родостимулирующие средства. С этой целью роженице в 22 ч 30 мин был назначен сигетин (Sol. Sigetini — 2 мл 1%-ного раствора)¹. Одновременно применена триада Николаева.

23 ч 30 мин. Через час после введения сигетина появились регулярные, хорошей силы схватки. Сердцебиение плодов остается ритмичным и ясным.

Еще через 20 мин (23 ч 50 мин) тазовый конец первого плода опустился к колену родового канала, начались потуги, достаточно хорошей силы. Сердцебиение хорошее.

7/XII в 0 ч 07 мин (через 1 ч 37 мин. от начала родостимуляции) тазовый конец плода начал врезываться в половую щель — роды принимались по Цовьянову.

0 ч 10 мин. — родилась живая девочка, закричала после удаления слизи из дыхательных путей. Вес новорожденной — 2210,0, длина — 48 см.

Что делать теперь? Сейчас необходимо уточнить положение второго плода и, если оно окажется неправильным, сделать поворот на ножку и извлечение. Положение мало изменилось, — оно из поперечного перешло в косое (головка в лево-нижнем отделе). Сердцебиение ритмичное, ясное, 140 ударов в минуту. Поэтому, согласно плану, приступим к повороту на ножку и извлечению плода, предварительно определив его вид. Для чего нам нужно установить вид плода? Это необходимо для того, чтобы захватить ту ножку, при низведении которой произойдет правильный поворот плода, т. е. спинкой вперед. Исследование показало, что имеется первая позиция (головка влево), передний вид. Какую ножку нужно захватить, чтобы при повороте спинка оказалась обращенной к лону? При таком положении выгоднее низводить нижележащую ножку. При низведении этой ножки плод обязательно повернется спинкой вперед.

В 0 ч 20 мин после соответствующей подготовки под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом произведена операция поворота плода на ножку с последующим извлечением его (Operatio versio foetus in pedem et extractio foetus). После

¹ Сигетин был применен потому, что данный случай родов совпал с периодом клинической проверки сигетина по рекомендации С. В. Аничкова. Он оказал хороший эффект. Однако это не значит, что только один сигетин может быть использован для цели родостимуляции. Могут быть применены и другие средства и, в частности, получившие широкое распространение пахикарпин, хлористый кальций и др.

вскрытия плодного пузыря поворот и извлечение ребенка произведены без затруднений. Родилась вторая девочка, закричала после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Вес новорожденной 2350,0, длина 49 см.

В 0 ч 45 мин (через 25 мин. после рождения второго плода) самопроизвольно родился послед, который при осмотре оказался без дефектов. Перегородка между камерами состоит из 4 слоев — двуяйцевая двойня. Общая кровопотеря — 510,1 мл.

Послеродовой период протекал без осложнений, и на 18-й день после родов здоровая мать с двумя нормально развивающимися близнецами выписана из клиники.

Краткий эпикриз. В клинику поступает роженица без схваток с преждевременно отошедшими водами. Двойня. Один из близнецов находится в продольном положении (тазовом предлежании), второй — в поперечном. Предпринята родостимуляция сигетином (2,0 мл 1%-ного раствора), с хорошим эффектом. При рождении первого младенца оказано пособие по Цовьянову.

Второй плод извлечен после поворота на ножку. Послеродовой период протекал без осложнений. Здоровая мать с двумя нормально развивающимися близнецами была выписана из клиники на 18-й день после родов.

К числу многоплодной беременности должна быть отнесена и такая, когда один зародыш развивается в матке, а другой — вне ее, например в трубе, т. е. имеет место сочетание маточной и внематочной беременности. Такое сочетание встречается редко, но тем не менее не следует забывать об этой возможности. Поскольку в таких случаях основное значение имеет внематочная беременность, то мы не будем на этом останавливаться в главе о многоплодной беременности. Желающим ознакомиться подробнее с таким сочетанием можно рекомендовать литературу, посвященную вопросу о внематочной беременности.

ЛЕКЦИЯ ШЕСТАЯ

РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ

Рассмотрим сначала лицевое предлежание.

Гр-ка С-а, 34 лет, повторнородящая, в 20 ч 17 мая 1958 г., поступила в клинику для родоразрешения. Схватки удовлетворительной силы, через 5—7 мин. Роды начались сегодня в 15 ч (5 ч тому назад). Воды не отходили. Из дальнейшего анамнеза установлено, что в детстве она развивалась нормально, ходить начала с 11 месяцев. Из заболеваний в этом возрасте отмечает корь, ветряную оспу и воспаление легких. Взрослой, кроме гриппа, ничем не болела. Менструации начались с 16 лет, были регулярными через 4 недели, по 3—4 дня. Последний раз месячные были 15 августа 1957 г. По профессии — электромонтер. Настоящая беременность третья. Первые же две (в 1950 и 1954 гг.) окончились нормальными родами. С наступлением данной беременности регулярно посещала женскую консультацию — беременность протекала нормально. Первое шевеление плода ощутила в последних числах декабря месяца. По данным обменной карты беременных, RW — отрицательная. Анализ мочи не выявил какой-либо патологии.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: рост — 157 см, вес — 68 кг. Строение тела — без особенностей. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски; на животе, частично на грудных железах и бедрах, — умеренно выраженные старые и свежие рубцы беременности. Отеков нет. Границы сердца в пределах нормального, тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 68 ударов в одну минуту. Артериальное давление — 130/65 мм рт. ст., температура тела — 36,7. Группа крови — 0(I), резус-положительная. Границы легких в пределах нормы, дыхания везикулярное, слегка жестковатое.

Наружное акушерское исследование. Живот равномерно куполообразно выпячен. Положение плода продольное, головное предлежание, обращает на себя внимание форма плода. Так, вторым приемом наружного акушерского исследования спинка плода отмечается слева, но форма ее не обычная, слегка вогнута в правую сторону. Справа же прощупываются и

мелкие части плода. Третьим, и особенно, четвертым приемом определяется головка, плотно прижатая ко входу, но между затылочком и спинкой довольно отчетливо прощупывается углубление в виде бороздки. Сердцебиение плода ритмичное, 120 ударов в одну минуту, более отчетливое справа, на стороне мелких частей. Окружность живота — 98 см, расстояние от лона до дна матки — 34 см.

Размеры таза: *distantia spinarum* — 26 см; *distantia cristarum* — 29,5 см; *distantia trochanterica* — 33 см; *conjugata externa* — 22 см. Наружные половые органы развиты правильно, промежность низкая. Слизистая входа во влагалище разрыхлена, синюшная. Что же в данном случае имеется? Каков диагноз? Как вы уже, наверно, догадываетесь, здесь вопрос идет об атипическом вставлении головки, т. е. не в согнутом состоянии, как при нормальных родах, а в разогнутом. На основании каких данных мы думаем, что здесь имеется разогнутое предлежание головки? На основании вогнутости спинки плода, наличия бороздки между головкой и спинкой, а также более отчетливого выслушивания сердцебиения не со стороны спинки, а со стороны грудки, т. е. с той же стороны, где расположены мелкие части (ручки, ножки). Можем ли мы сейчас уточнить степень разгибания головки, т. е. установить, какой именно своей частью предлежит головка? Мы можем предположить, что имеется лицевое предлежание, но это пока только предположение. Окончательно установить степень разгибания можно будет только после влагалищного исследования, если, конечно, нам удастся ощупать предлежащую часть. Поэтому для постановки окончательного диагноза сделаем указанное исследование. Как должно производиться влагалищное исследование, если есть предположение о лицевом предлежании? На основании каких ориентиров мы сможем уточнить степень разгибания, в частности, наличие лицевого предлежания? Из этих двух вопросов особенное значение имеет первый: как производить внутреннее исследование? Лицевое предлежание можно принять за ягодичное. При невнимательном и неосторожном исследовании у плода легко могут быть повреждены глаза (вплоть до вывиха). Осторожность требуется и с целью сохранения плодного пузыря. Поэтому всякое внутреннее исследование должно производиться очень нежно, — тем более, если речь идет о лицевом предлежании.

Ориентирами же на личике плода служит лицевая линия, на которой определяются: основание носа и нос, верхняя челюсть, рот, подбородок. При лобном предлежании ориентиром является передняя часть большого родничка, вытянутая кпереди, нос и его основание, верхняя челюсть.

Хотя в современных учебниках и не приводится совет старых акушеров, что для отличия ротика плода при лицевом

предлежании от ануса при тазовом следует ввести палец в это неясное отверстие, и если будет ощущаться сосательное движение, то это рот, а следовательно, — предлежание лицевое, тем не менее, мы считаем необходимым предостеречь молодых врачей от выполнения этого порочного, изжившего себя приема. Он опасен потому, что по ошибке за отверстие может быть принята глазница и в результате поврежден глаз. Если же отверстие окажется анальным (или вагинальным), то и оно может быть повреждено пальцем.

В 21 ч дня поступления произвели влагалищное исследование. Влагалище рожавшей женщины, хорошо растяжимо. Шейка матки соглажена, зев открыт на 3 пальца. Края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, умеренно наливаются во время схватки. Предлежит лицевая часть головки, фиксированная во входе в таз. Лицевая линия в поперечном размере, лобик плода слева, подбородок справа. Мыс — не достигается. Теперь можно говорить и об окончательном диагнозе. Он таков: срочные роды, первый период их, лицевое предлежание. Показано ли в данный момент какое-либо вмешательство, так как головка вставляется атипически? Нет. В данный момент вмешательство не показано. Предоставим роды их естественному течению. Будем вести наблюдение. Почему не следует сейчас вмешиваться с целью изменить атипическое вставление головки? В чем кроется опасность родов при разогнутых предлежаниях головки? Таких главных опасностей две. Одна из них выявляется уже в начале родов, когда головка еще только вставляется во вход таза, а вторая — значительно позже, при подходе головки к колену родового канала.

Какие это опасности и чем они вызваны? Первая опасность состоит в том, что при разогнутом вставлении головка должна пройти вход в таз, как об этом подробнее скажем ниже, своей большей окружностью. Поэтому в некоторых случаях таких родов может проявиться несоответствие размеров головки и таза. Тогда, следовательно, основной патологией родов окажется уже не атипическое вставление головки, а узкий таз. Имеются ли у нас какие-либо данные, которые указывали бы на такое неблагоприятное соотношение размеров головки и таза? Нет, таких данных нет.

Вторая опасность состоит в атипизме внутреннего поворота головки, а именно: затылочком не кзади, а кпереди. Такой поворот головки возможен, но на практике встречается редко. Вот почему в данном случае пока нет показаний к вмешательству.

Какие пособия или оперативные вмешательства вообще (не применительно к данному случаю) могут иметь место при лицевых предлежаниях? Они могут быть следующими:

1. Попытка вывести головку из состояния разгибания в нормальное согнутое положение.

2. Производство внутреннего поворота плода на тазовый конец.

3. Родоразрешение путем абдоминального кесарского сечения¹.

Насколько эти пособия могут быть целесообразны вообще и у данной роженицы, в частности? О сгибании разогнутой головки можно говорить только лишь теоретически. Практически его применяют только в виде попытки исправить положение, так как им трудно достичь цели. Эта попытка может оказаться неэффективной потому, что в каждом отдельном случае нам неизвестна причина разгибания. Одной из причин образования разгибательного положения головки может являться атипичское расположение ручки (между грудкой и подбородком плода).

Не имея возможности установить эту деталь, мы будем насильственно сгибать головку и — напрасно. Однако при этом могут возникнуть и нежелательные явления — вскрытие плодного пузыря, выпадение пуповины. Поэтому откажемся от этого мероприятия и вообще, и в данном случае. Внутренний поворот плода на тазовый конец и низведение ножки также могут быть применены при лицевом предлежании. Своевременно распознанное лицевое или лобное предлежание является одним из показаний к этой акушерской операции. Однако на практике к этому пособию прибегают редко. Если для плода роды в лицевом предлежании могут быть неблагоприятными, то и при родах в тазовом предлежании такой прогноз не исключен. Он даже вероятнее. При внутреннем повороте может быть травмирована пуповина, а это приводит к нарушению плацентарного кровообращения и в связи с этим — к обменным нарушениям, к появлению у плода дыхательных движений, когда нет для этого условий. К тому же во время поворота возможно нарушение членорасположения. Особенно неблагоприятен поворот при неполном раскрытии зева, т. е. когда к повороту нельзя присоединить извлечение. Родоразрешение путем кесарского сечения при лицевом предлежании является методом вполне рациональным, но при соответствующих к тому показаниях. Какие показания могли бы послужить поводом для родоразрешения этим путем?

1. «Старая» первородящая, которая упорно настаивала бы на получении живого и здорового ребенка.

¹ Здесь и в последующем автор применяет термин «кесарское сечение» вместо принятого сейчас в литературе термина «кесарево сечение». Автор делает это из принципиальных соображений, считая термин «кесарево сечение» неправильным, так как этот термин по своей форме имеет характер притяжательного (ср. пифагорова теорема, авгиевы конюшни и др.), в то время как известно, что термин «кесарево сечение» никакого отношения к «кесарю» (Цезарю) не имел. Поэтому правильнее употреблять старый термин «кесарское сечение», что и сделано в данной книге (Ред.).

2. Неправильная форма и суженные размеры таза, рубцовые изменения во влагалище, крупный плод, выпадение пуповины, т. е. такие явления, которые явно говорили бы за то, что при естественных родах желание матери иметь ребенка живым едва ли будет удовлетворено.

3. Сочетание разогнутого положения плода с заболеванием материнского организма, при котором родоразрешение кесарским сечением окажется для нее наиболее бережным.

Есть ли у нашей роженицы такие показания? Как вы видите, таких показаний нет. Следовательно, этот путь для данной роженицы будем считать не нужным. Остается, как и решили

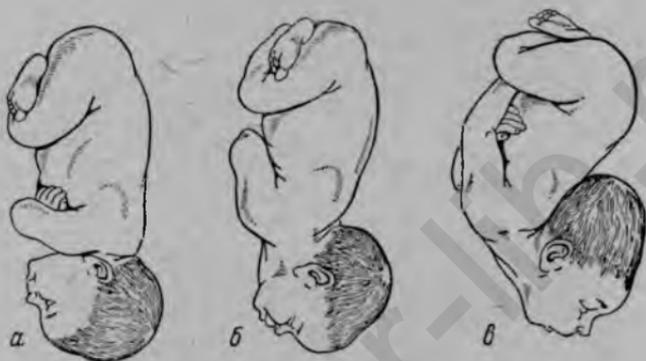


Рис. 114. Различные степени разгибания головки и виды предлежания в зависимости от этого.

а — передне-головное предлежание; *б* — лобное предлежание; *в* — лицевое предлежание.

вначале, вести роды выжидательно, считая, что они закончатся благополучно силами природы. Каких-либо объективных причин для сомнения у нас нет. Выжидательный метод ведения родов при лицевом предлежании требует от акушера внимания, а иногда и большого терпения. Разберем более подробно акушерские особенности при данной аномалии вставления плода — разгибательном предлежании головки.

Различают три степени разгибания головки (рис. 114): наименьшую — передне-головное предлежание (рис. 114, *а*); среднюю степень — лобное предлежание (рис. 114, *б*) и максимальную — лицевое предлежание (рис. 114, *в*).

Причины образования разгибательного предлежания головки многообразны и чаще они ведут к невозможности флексии. В одних случаях причина заложена в анатомических особенностях самого плода, как, например:

а) внутриутробно развившаяся опухоль на шее (врожденный зуб, гигрома щитовидной железы);

б) особенность затылочно-позвоночного сочленения, приводящая к тугоподвижности;

в) крупная головка с выступающим затылком, что затрудняет флексию и приводит к отставанию затылка в момент вставления головки;

г) маленькая головка, которая может свободно опуститься в таз, без прodelывания предварительной флексии.

К другой группе причин образования разогнутого предлежания головки относится отклонение от нормального членорасположения, в частности, положение ручки не на грудке, а между подбородком и грудкой, о чем уже упоминалось выше.

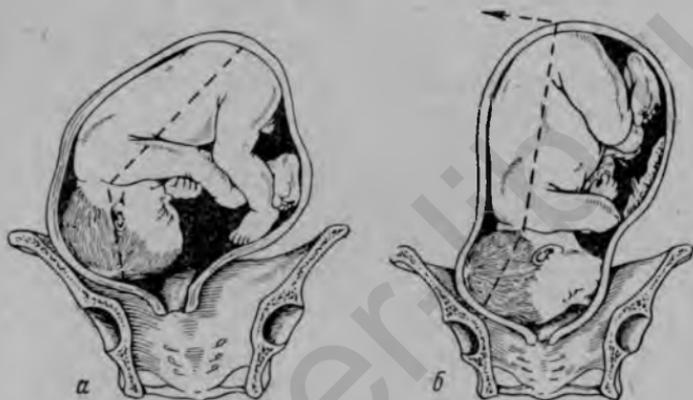


Рис. 115. Схематическое изображение одного из механизмов образования разогнутого положения головки.

а — косое положение плода; б — косое положение перешло в продольное, но при этом головка разогнулась.

Может иметь значение и форма таза. Например, при плоско-рахитическом тазе вставление головки в разогнутом состоянии представляет обычное явление. Наличие в нижнем сегменте какого-либо образования (опухоли, плаценты) может не мешать головке встаться, но в то же время препятствовать ее флексии.

Образование разогнутого предлежания, наконец, возможно и при «самоповороте», при переходе из косого положения в продольное.

Представим себе, что у роженицы имеется, например, II позиция косого положения плода, — головка находится в правой подвздошной впадине. Для исправления косого положения мы рекомендуем роженице лежать на правом боку. При этом мы рассчитываем на то, что дно матки (в силу тяжести) отклонится вправо, а головка сместится в противоположную сторону, влево, т. е. отойдет от правой подвздошной впадины ко входу

таза. В этот момент и может произойти атипичское (разгибательное) вставление головки (рис. 115).

Вполне понятно, что различная степень разгибания головки стоит в зависимости от степени воздействия той или иной причины. Роды при разгибательном предлежании головки встречаются сравнительно редко. Так, по данным нашей клиники, на 9 тысяч с лишним родов все виды разгибания встретились у 16 рожениц, что составляет 0,18%. Однако не все степени разгибания встречаются одинаково часто. Это и понятно, если учесть, что передне-головное и лобное предлежания являются неустойчивыми, колеблющимися, не могущими создать головке твердого положения. Устойчивым положением для нее будет либо вполне согнутое, либо вполне разогнутое — лицевое. Поэтому передне-головное и лобное, являясь положениями промежуточными, сохраняются сравнительно редко, по-видимому, только при особенно благоприятных условиях для их образования.

Если внимательно наблюдать за течением каждого родов, то в начале их легкую степень разгибания (передне-головное предлежание) мы встретили бы значительно чаще, чем это наблюдается в конце родов. Можно думать, что в процессе родов происходит изменение этого неустойчивого положения: либо в сторону исправления на флексию, либо в сторону продолжения еще большего разгибания, с образованием лицевого предлежания.

Можно предположить, что передне-головное предлежание чаще переходит в нормальное затылочное, — головка сгибается, а лобное — чаще в лицевое, так как при лобном предлежании головке легче перейти в лицевое, полностью разогнуться, чем в затылочное — полностью согнуться.

В силу этих причин в практическом акушерстве частота лицевого предлежания и стоит на первом месте, встречаясь примерно один раз на 200—300 родов; передне-головное — на втором и лобное — на третьем (в среднем один раз на 2000—3000 родов).

По данным нашей клиники, на общее число родов с разогнутым положением головки различные степени разгибания встретились в следующем процентном отношении: лицевое — в 56,3%; передне-головное — в 25,0% и лобное — в 18,7%.

Заметного различия частоты родов в разгибательном предлежании головки у перво- и повторнородящих не отмечается, хотя у повторнородящих лицевое предлежание встречается несколько чаще. Нет большого различия в частоте и в зависимости от возраста рожениц.

Течение родов при разогнутых предлежаниях головки характеризуется некоторыми особенностями. Роды могут быть длительными, сопровождаться несвоевременным (преждевременным или ранним) разрывом плодного пузыря и выпадением пуповины. Причина несвоевременного разрыва плодного пузыря и

возможности выпадения пуповины лежит в наличии недостаточно полного пояса соприкосновения, разделяющего передние воды от задних. Это, как уже неоднократно говорилось, приводит к истончению оболочек нижнего полюса плодного пузыря и к разрыву их при еще недостаточно раскрытом зеве. Отсутствие совершенного пояса соприкосновения при разогнутом предлежании позволяет и петле пуповины проскользнуть в щель между головкой и стенкой нижнего сегмента матки и выпасть одновременно с отходящими водами.



Рис. 116. Передне-головное предлежание.

Головка достигла тазового дна, ведущей точкой ее является большой родничок.



Рис. 117. Лобное предлежание.

Головка почти достигла тазового дна, ведущей точкой ее является верхний участок лба.

Течение родов при разогнутом предлежании головки характеризуется и другими особенностями. Дело в том, что при рождении головки в разогнутом состоянии она должна пройти весь родовой канал не меньшим размером, (малым косым — *diametr. suboccipito-bregmaticus*, равным $9,5\text{ см}$, которому соответствует окружность, равная 32 см), а большим. Так, при передне-головном предлежании она проходит через таз прямым размером (*diametr. fronto-occipitalis*), равным 12 см , и соответствующей ему окружностью, равной 34 см . При лобном предлежании головка проходит еще большей окружностью, соответственно линии, проходящей от верхней челюсти к теменным буграм. Эта окружность головки доношенного плода равна 35 см .

При лицевом предлежании головка проходит родовой канал в несколько более благоприятных условиях, чем при лобном. При лицевом предлежании она проходит окружностью, равной 33 см , соответственно линии, проходящей от подъязычной кости к большому родничку (*sublinquo-parietale s. trachelo-bregmaticum*).

На рис. 116, 117, 118 показаны окружности головки, какими она проходит через полость таза при различных степенях разгибания. Вполне понятно, что прохождение головки

по родовому каналу в таких положениях представляет известную трудность и возможно только за счет большой конфигурации ее, особенно при лобном предлежании (рис. 119—123).



Рис. 118. Лицевое предлежание. Головка в средней части полости таза — лицевое предлежание оформилось. Ведущей точкой является подбородок плода.



Рис. 119. Конфигурация головки при передне-головном предлежании — «башенная форма головки».

Выраженная же конфигурация головки не может не отразиться на состоянии мозговой ткани. Наблюдающееся при этом сдавление мозга является иногда причиной рождения плода в тяжелой асфиксии или мертворождения.

Продвижение головки большой окружностью при разогнутых пред-



Рис. 120. Конфигурация головки при лобном предлежании — «треугольная форма головки».



Рис. 121. Смещение костей черепа при лобном предлежании.

лежаниях приводит к чрезмерному растяжению тканей мягкой части родового канала. Возникает, следовательно, возможность длительного течения родов и травмы матери. При таких родах нередко наблюдаются обширные разрывы стенок влагалища

и промежности. Одной из причин обширного разрыва промежности, иногда наблюдаемого при лицевом, а особенно при лобном предлежании, является несовпадение анатомических форм головки и половой щели.



Рис. 122. Смещение костей черепа кзади (долichocephальная форма) при лицевом предлежании.



Рис. 123. Родовая опухоль на лице при рождении в лицевом предлежании.

Как будет подробнее сказано ниже, роды при разогнутом предлежании головки возможны только в заднем виде. При таком положении головка продвигается в виде клина, ширина которого обращена кзади, а более узкий (бипариетальный) — кпереди. Форма половой щели (hiatus genitalis) тоже напоминает форму клина, широкая часть которого находится спереди (у лона), а узкая — сзади. Таким образом, разогнутая головка, проходя своей широкой частью в узкой части половой щели, растягивает тазовое дно в большей степени, чем при нормальных родах.

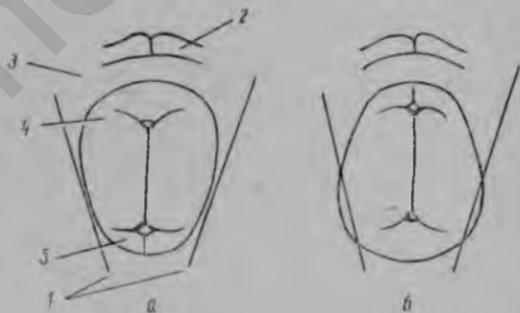


Рис. 124. Схематическое изображение формы головки и формы hiatus genitalis. а — при переднем виде затылочного предлежания форма головки совпадает с формой hiatus genitalis. 1 — мышцы тазового дна; 2 — лобок; 3 — hiatus genitalis; 4 — задняя часть головки; 5 — передняя часть головки; б — при родах в заднем виде форма головки и форма hiatus genitalis не совпадают.

На схематическом рис. 124 представлены эти положения. Вполне понятно, что чем крупнее головка и чем менее эластичны ткани родового канала, тем большие осложнения могут иметь место.

Биомеханизму, с помощью которого роды при разогнутой головке могут закончиться естественным путем, присуща своя особенность, отличающая его от механизма при переднем виде затылочного предлежания (нормальных родов). Однако прежде чем начать объяснение биомеханизма родов при разогнутых предлежаниях головки, мы считаем необходимым выяснить два других положения.

Во-первых, дать ясное определение вида плода. Мы считаем, что при разогнутых предлежаниях головки, какое бы положение плода ни наступило в родах, вид его следует определять по спинке, а не по подбородку. Если спинка плода обращена кпереди — имеется передний вид, хотя подбородок, естественно, и будет при этом положении плода обращен кзади. И, наоборот, если спинка обращена кзади (подбородок спереди — под лоном материнского таза) — задний вид. Такую оговорку мы вынуждены сделать потому, что в некоторых современных учебниках по акушерству введено другое понятие о виде плода при лицевом предлежании. Это понятие сводится к тому, что вид плода при лицевом предлежании определяется не по спинке, а по подбородку плода. С нашей точки зрения это неправильно, так как приводит к путанице.

Прежде чем приступить к объяснению механизма родов при разгибательных состояниях головки, мы считаем целесообразным разобрать вначале механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Это поможет усвоению механизма разогнутых предлежаний, так как между этими двумя атипическими вариантами течения родов есть общие черты.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания. Как уже сказано в гл. «Нормальные роды», головка плода продвигает ряд приспособительных движений, позволяющих ей продвигаться по узкому и изогнутому родовому каналу. Одно из таких приспособительных движений — внутренний поворот головки (2-го, а по нашей терминологии, — 3-го моментного механизма родов). Совершается поворот силами сокращения мышц тазового дна, стремящихся придать головке такое положение, чтобы форма плода совпала с формой родового канала. Положение плода в полости матки таково, что при сохранении своей массы он занимает наименьший объем. Такое вынужденное и рациональное членорасположение создает, однако, ограниченные возможности сгибания. В шейном отделе, например, головка может свободно разогнуться кзади и относительно свободно кпереди. Вследствие этого при нормальном течении родов внутренний поворот головки завершается установлением затылка кпереди, под лоном (рис. 125). На тазовом дне такой поворот головки нередко происходит даже и при тех родах, которые вначале шли по типу родов в заднем виде. Од-

нако по каким-то трудно объяснимым причинам¹ головка иногда поворачивается затылочком не кпереди (под лоно), а кзади. В таком положении головка и рождается, т. е. в заднем виде затылочного предлежания, как это показано на рис. 126.

Встречается этот атипизм сравнительно редко, примерно в одном проценте от числа родов в затылочном предлежании. Особенность биомеханизма родов в затылочном предлежании



Рис. 125. Схематическое изображение последовательности внутреннего поворота головки при нормальном биомеханизме родов.

состоит в том, что первый, второй и пятый моменты остаются теми же, что и при нормальных родах, а третий и четвертый — изменяются.

Головка, опустившись на тазовое дно и повернувшись затылочком кзади, продвигается вперед в положении обычной флек-



Рис. 126. Схематическое изображение последовательности внутреннего поворота головки при образовании заднего вида затылочного предлежания.

сии до тех пор, пока большой родничок встанет под лоно и окажется фиксирующей точкой. С этого момента, при еще большей флексии, из-за промежужности рождается задняя половина головки — теменные бугры и затылочный бугор. После рождения затылочного бугра происходит разгибание головки, и из-за лона «выкатываются» лобик и личико. Родовая опухоль распола-

¹ Так как атипичский поворот головки на тазовом дне затылочком кзади обычно наблюдается при заднем виде и чаще II позиции, то есть основание думать, что такому атипичскому повороту головки способствует положение спинки, обращенной кзади. При этом благоприятным моментом могут служить недостаточность тонуса матки и мышц тазового дна.

гается в области малого родничка. Форма головки при этом варианте своеобразная. Она уплощена в области большого родничка и вытянута в области малого (рис. 127, 128).

Биомеханизм родов при разгибательных предлежаниях головки частично сходен с таковым при заднем виде затылочного предлежания. Выпадает, естественно, только первый момент — флексия и изменяются фиксирующие точки, которыми головка упирается в лонную дугу.

Так, при передне-головном предлежании фиксирующей точкой является переносица, при лобном — верхняя челюсть и при



Рис. 127. Прорезывание головки, рождающейся в заднем виде затылочного предлежания.

Резкое сгибание до рождения затылочного бугра; фиксирующей точкой у лона является область большого родничка.



Рис. 128. Схематическое изображение возможной формы головки при родах в заднем виде затылочного предлежания.

1 — обозначение нормальной формы головки.

лицевом — передняя поверхность шеи в области подъязычной кости. Теперь разберем биомеханизм родов при различных степенях разгибания головки.

Биомеханизм родов при передне-головном предлежании. При передне-головном предлежании ведущей точкой является большой родничок. В частично разогнутом состоянии головка опускается к тазовому дну и совершает поворот затылочком кзади. Разогнутое положение будет сохраняться до тех пор, пока под лонно не подойдет переносье (glabella) (рис. 129). С этого момента оно становится фиксирующей точкой, вокруг которой начинается сгибание головки. В результате сгибания из-за промежужности показываются теменные бугры и затылочный бугор. После прорезывания затылочного бугра наступает разгибание головки и из-за лона выкатываются лобик, личико и подбородок. Родовая опухоль будет располагаться в области большого родничка. С рождением головки наружный поворот совершается, как и обычно, личико поворачивается к одному из бе-

дер матери,— при I позиции к правому бедру, при II — к левому. Головка при рождении в передне-головном предлежании имеет своеобразную башенную форму (см. рис. 119).

Биомеханизм родов при лобном предлежании. При лобном предлежании ведущей точкой является лобик. В таком разогнутом положении головка продвигается до тех пор, пока наружу не родятся лобик и носик, а под лоно не встанет верхняя челюсть (рис. 130, 131). При этом варианте она будет играть роль фиксирующей точки, вокруг которой начнет вращаться головка, производя максимальное сгибание (флексию). В результате флексии, при большом растяжении мягких тканей родового канала, из-за промежности начинают прорезываться: область малого родничка, теменные бугры и затылочный бугор. Как только задняя половина головки прорезалась, наступает разгибание ее (деф-



Рис. 129. Прорезывание головки при передне-головном предлежании.

Сгибание головки до рождения затылочного бугра; фиксирующей точкой у лоно является переносье (glabella).

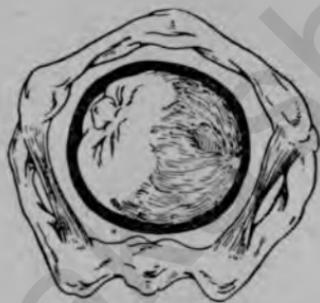


Рис. 130. Схематическое изображение врезывания головки при лобном предлежании.



Рис. 131. Прорезывание головки при лобном предлежании.

Резкое сгибание головки до рождения затылочного бугра; фиксирующей точкой у лоно является верхняя челюсть.

лексия) и из-за лоно показываюся остальная часть личика и подбородок. Родовая опухоль будет располагаться на передней части волосистого отдела головки, на лбу, области глаз и осно-

вании носа. Головка при лобном предлежании имеет треугольную форму с заметно выступающей лобной частью (см. рис. 106, б).

Наружный поворот головки совершается обычно. В процессе родов возможен и переход лобного предлежания в лицевое. В этом случае теменная часть головки может задержаться, что приведет к полному разгибанию головки (рис. 132).



Рис. 132. Схематическое изображение образования лицевого предлежания.

Во входе таза головка может вставляться и в лобном предлежании.

до тех пор, пока подбородок не пройдет лоно, а под лонной дугой не установится область подъязычной кости (рис. 134). При этом варианте она будет являться фиксирующей точкой, вокруг которой начнет вращаться головка, производя максимальное сгибание (флексию). Это приведет к тому, что при значительном растяжении мягких тканей родового канала из-за промежути начнут показываться лобик (рис. 135), область большого родничка, теменные бугры и, наконец, затылочный. С прорезыванием последнего вся головка оказывается полностью родившейся, так как личико и подбородок прорезались раньше. Родовая опухоль при этом варианте будет занимать все лицо, иногда страшно обезображивая его. Однако, уже по прошествии 3—4 дней после рождения могут остаться только незначительные следы бывшей родовой опухоли — лицо принимает нормальный вид. Головка при лицевом предлежании имеет выраженную долихоцефалическую форму, вытянутую в сторону затылка (см. рис. 122).

Биомеханизм родов при заднем виде лицевого предлежания. При лицевом предлежании ведущей точкой является подбородок. В таком максимально разогнутом состоянии головка продвигается к тазовому дну, где совершает поворот затылком кзади (рис. 133). По окончании поворота в половую щель начинает врезываться личико, до



Рис. 133. Схематическое изображение врезывания головки при лицевом предлежании.

Окончательное оформление из лобного в лицевое произошло в процессе дальнейшего продвижения головки, а поворот затылком кзади начался у колена родового канала.

Биомеханизм родов при переднем виде лицевого предлежания. От только что изложенного биомеханизма родов в лицевом предлежании, при котором они обычно заканчиваются естественным путем, очень редко встречается отклонение, ведущее за собой гибель плода и тяжелейшие испытания для матери.



Рис. 134. Прорезывание головки при лицевом предлежании.

После фиксирования у лона подъязычной кости (горла) начинается сгибание головки и рождение из-за промежности затылка.



Рис. 135. Начальный момент сгибания головки при лицевом предлежании, из-за промежности рождается лобик.



Рис. 136. Схематическое изображение последовательности вращения головки (внутренний поворот) при лицевом предлежании с образованием заднего вида (нормальный механизм).

Это отклонение заключается в том, что по каким-то причинам головка на тазовом дне поворачивается затылочком не кзади (рис. 136), а кпереди. Следовательно, подбородок плода будет обращен кзади (рис. 137). При таком положении естественные роды невозможны. Они неизбежно закончатся разрывом матки, если своевременно не будет оказана акушерская помощь.

Остановка движения плода у колена родового канала, при повороте затылочка кпереди, происходит потому, что головка, вытянувшаяся кзади и втиснутая между лопаток, должна пройти колена родового канала и выход из таза вместе с плечевым поясом, который к тому же расположен поперечно. Это

невозможно и может быть хорошо понятно при взгляде на рис. 138 и 139.

В итоге матка, стремясь изгнать содержимое своей полости, развивает энергичные сокращения, которые приводят к перерастяжению ее нижнего сегмента, и, наконец, к разрыву его. При



Рис. 137. Схематическое изображение последовательности вращения головки (внутренний поворот) при лицевом предлежании с образованием переднего вида (атипичный механизм).

этом большая конфигурация головки приводит к значительной травме мозга. Плод обычно погибает уже задолго до разрыва матки, а с наступлением разрыва возникает угроза и для жизни матери. Так протекают роды при переднем виде затылочного предлежания, если они предоставлены естественному течению.



Рис. 138. Лицевое предлежание.

Атипичное вращение головки затылком кпереди.



Рис. 139. Лицевое предлежание.

Атипичный поворот затылком кпереди завершен. Роды невозможны.

В связи с этим возникает вопрос: можно ли предотвратить или изменить уже намечающийся в полости таза патологический поворот головки затылком кпереди? Нет, к сожалению этого сделать нельзя. Поворот головки совершается на тазовом дне, после того как она прошла костное кольцо таза. Предвидеть направление поворота нельзя, так как нет таких признаков, на основании которых можно было бы это установить. Даже на

тазовом дне, начав вращение затылочком кпереди, головка иногда вдруг изменяет направление движения и, вращаясь обратно, устанавливается затылочком кзади. Поэтому если при влагалищном исследовании врач установил передний вид лицевого предлежания, при фиксированной в тазу головке, то изменить это положение какими-либо приемами он не в силах.

Что же тогда делать? Можно ли каким-либо акушерским пособием предотвратить гибель ребенка? Нет, при уже прочно сложившемся переднем виде лицевого предлежания, когда головка прочно и глубоко фиксирована в тазу, речи о спасении жизни ребенка быть не может. Такие акушерские пособия, как поворот плода на ножку, кесарское сечение или акушерские щипцы,— в данном случае неуместны. Для применения их нет условий: поворот и кесарское сечение невозможны потому, что головка находится уже в полости таза (при кесарском сечении ее уже нельзя извлечь, так как она очень прочно фиксирована), а щипцы неуместны потому, что ими даже при нанесении значительной травмы матери извлечь ребенка не удастся по тем же причинам, по каким он не может родиться силами природы. Следовательно, при таком положении основная помощь должна быть направлена к сохранению здоровья и жизни матери. Если нельзя спасти жизнь ребенку, то каким акушерским мероприятием можно предотвратить опасность для матери? При таком положении единственным средством остается перфорация головки плода. После удаления мозга спавшуюся головку можно будет извлечь вместе с плечевым поясом плода, вслед за чем освободится и туловище. Если и после удаления мозга головку извлечь не удастся, то дополнительно может быть сделано рассечение ключиц (cleidotomia). Тогда спадение плечевого пояса облегчит прохождение перфорированной головки. Возможность перехода лобного предлежания в лицевое, а также, хотя и в редких случаях, образования при последнем переднего вида и служит иногда показанием к профилактическому повороту плода на ножку или к родоразрешению кесарским сечением, если лобное или лицевое предлежания распознаны своевременно. Об этом уже говорилось выше. Что делать? Делать ли поворот на ножку или кесарское сечение— в каждом отдельном случае решается индивидуально, в зависимости от других условий.

Ведение родов при разогнутых предлежаниях головки, как уже говорилось, требует от врача выдержки и большого внимания при систематическом контроле за положением головки. При этом речь о консервативном ведении родов может идти только в том случае, если они протекают в заднем виде; при этом они, хотя часто бывают и длительными, но возможны естественным путем, силами природы.

Принимая во внимание неблагоприятные условия для плода, применение триады Николаева здесь особенно показано. При возникновении слабости родовой деятельности — родостимуляция или (при наличии головки у выхода или на тазовом дне) — наложение акушерских щипцов.

Однако при родоразрешении щипцами следует помнить о биомеханизме родов, какой присущ различным степеням разгибания головки. Если при переднем виде затылочного предлежания тракции производятся в таком порядке: на себя и книзу — на себя и кверху, то при разгибательном положении: на себя и слегка книзу до образования под лоном нужной точки фиксации (в зависимости от степени разгибания) — кверху (до рождения теменных и затылочных бугров), а затем книзу (до полного прорезывания личика).

Как уже говорилось, при родах в разгибательном состоянии головки (а также и при заднем виде затылочного предлежания) тазовое дно и промежность подвергаются большому растяжению. С целью предотвратить разрыв лучше своевременно произвести разрез промежности — перинеотомию или эпизиотомию. Кроме того, что резаная рана лучше заживает, чем рваная и разможенная, рассечение промежности облегчает и прорезывание головки, а также плечевого пояса.

Прогноз родов при разогнутых предлежаниях головки всегда должен быть осторожным. Оптимистическому прогнозу здесь препятствуют многие явления, которые заранее не могут быть установлены.

О них мы уже подробно говорили: это возможность несвоевременного отхождения вод и выпадения пуповины, наступление слабости родовой деятельности, чрезмерная конфигурация головки и связанная с нею травма мозга, подверженность тазового дна и промежности разрывам, а также неопределенность направления поворота головки. Однако внимательное наблюдение за ходом родов, за состоянием здоровья матери и плода дает возможность своевременно оказать рациональную помощь.

Но вернемся к нашей роженице. Наблюдение за ней показало, что на протяжении 4 ч пребывания ее в клинике родовые схватки были энергичными, за последние 1½ ч они участились, стали через 3—4 мин. Головка снаружи не определяется, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 128 ударов в одну минуту. Только что (в 24 ч) отошли воды, прозрачные, в умеренном количестве. Необходимо произвести влагалищное исследование, уточнить положение предлежащей части и степень раскрытия зева.

18/V в 0 ч 30 мин сделали внутреннее исследование. При этом мы нашли: зев раскрыт полностью (края зева не определяются); плодный пузырь отсутствует; головка почти на тазовом

дне, — лицевая линия в левом косом размере — лобик плода обращен влево и кзади, подбородочек — вправо и кпереди.

Есть ли какие-нибудь данные для вмешательства? Будем продолжать наблюдение, так как роды идут нормально, затылочек начал поворот кзади. Следовательно, есть уверенность, что роды пройдут типично, в заднем виде. Родовая деятельность хорошая. Однако, помня о неблагоприятном влиянии конфигурации головки (которая здесь неизбежна) на состояние мозга, используем метод борьбы с внутриутробной асфиксией по Николаеву.

18/V в 01 ч роженице внутривенно ввели 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, внутримышечно, в правое бедро — 1 мл кардиазола и назначили дыхание кислородом вне схваток.

18/V — 01 ч 35 мин. Схватки приобрели характер потуг. Состояние роженицы хорошее. Сердцебиение плода ритмичное, несколько глуховато, 128—135 ударов в одну минуту.

Продолжаем внимательно наблюдать за ходом родов. Есть ли сейчас показания для внутреннего исследования? Нет, пока таких показаний нет ни со стороны матери, ни со стороны плода.

Правда, период изгнания даже при такой хорошей родовой деятельности здесь может быть более длительным, чем в нормальных родах, но мы подождем и посмотрим, что будет через час. Если через час мы не отметим никакого сдвига в течении родов, сделаем внутреннее исследование.

18/V — 02 ч 15 мин. Состояние роженицы хорошее, потуги энергичные, через 2—3 мин. Сердцебиение плода ритмичное, 135 ударов в одну минуту, хотя стало глухим (спинка кзади!). В половую щель врезывается личико. Обратите внимание на вид лица — родовая опухоль! Нужно ли теперь внутреннее исследование? Нет, теперь оно совсем не нужно. Раз личико начало врезываться в половую щель, значит роды идут правильно, в заднем виде. При переднем виде лицевого предлежания врезывания лица не было бы, головка вместе с плечевым поясом остановилась бы выше, у колена родового канала. Кроме того, уже и видно, в каком положении находится лицо, подбородок обращен к лону.

18/V в 02 ч 45 мин родилась живая девочка, вскоре закричавшая. Вес — 2900,0, длина — 49 см. Промежность хорошо растягивалась. Через 20 мин самостоятельно родился послед, без дефектов. Матка хорошо сократилась, кровопотеря — 380,0 мл. Промежность цела.

В последующем послеродовой период протекал без осложнений. Ребенок развивался нормально и к 4-му дню после рождения на лице не осталось следов бывшей родовой опухоли. На 8-й день после родов мать с нормально развивающимся ребенком была выписана из клиники.

Краткий эпикриз. Повторнородящая. Лицевое предлежание. Так как для вмешательства не было показаний, роды были предоставлены естественному течению. После отхождения вод с профилактической целью применена триада Николаева. Роды закончились благополучно, и на 8-й день после родов здоровая мать с нормально развивающимся ребенком была выписана из клиники.

Теперь приведем пример лицевого предлежания и окончания родов операцией абдоминального кесарского сечения.

Гр-ка С-ва, 34 лет, повторнородящая, в 12 ч 25/IX 1958 г. поступила в клинику для родоразрешения. Схватки удовлетворительной силы, через 5—6 мин, начались час тому назад. Воды не отходили. Во время настоящей беременности ничем не болела, женскую консультацию посещала регулярно. Там же проходила полный цикл занятий по психопрофилактической подготовке к родам, о чем отмечено в обменной карте врачом консультации. Менструации начались с 13 лет, были регулярными через 4 недели, по 4—5 дней. Последний раз месячные были 20/XII 1957 г. Замуж вышла в возрасте 20 лет. По образованию — инженер. В прошлом было 7 беременностей. Из них только одна, 8 лет тому назад, была доношена и завершилась нормальными родами. Остальные шесть были искусственно прерваны по личным мотивам. Последний аборт — год тому назад. Настоящая беременность сохранена по семейным соображениям, в силу чего роженица крайне обеспокоена состоянием плода. Время первого шевеления не отметила. Вы замечаете, что полученные анамнестические сведения — беспокойство женщины за судьбу своего ребенка, — заставляют нас быть особенно внимательными к этим родам.

Произведем объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: рост — 157 см, вес — 64,7 кг. Телосложение правильное. Со стороны органов грудной полости отклонения от нормального нет. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 80 ударов в одну минуту. АД — 115/65 мм рт. ст. Температура тела — 36,7. Группа крови — 0 (I), резус-положительная (Rh+).

Наружное акушерское исследование: живот овоидной формы, брюшная стенка упругая, окружность — 97 см, положение плода продольное, спинка слева, вогнута вправо и кзади. Мелкие части определяются справа и кзади. Предлежит головка, прижатая ко входу таза. Сердцебиение плода прослушивается на пупке, ритмичное, но глухое (как бы издали).

Размеры таза: *distantia spinarum* — 24 см; *distantia cristarum* — 25,5 см; *distantia trochanterica* — 30 см; *conjuncta externa* — 17,5 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до выдающейся точки на головке равно 20,5 см, следовательно, имеется некоторое выступание головки над лоном — слегка положительный признак Вастена (!). Наружные половые

органы развиты правильно. Промежность рубцово изменена. Слизистая входа во влагалище цианотична.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки укорочена. Цервикальный канал свободно проходим для пальца. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежит головка, прижата ко входу таза, нижний полюс предлежащей головки не ясен при исследовании, поверхность его слегка бугристая. Мыс достигается, диагональная конъюгата — 8,5 см.

На каком же диагнозе мы остановимся? Перед нами роженица в первом периоде родов, у которой имеется атипическое вставление головки. Судя по вогнутой форме спинки, выслушиваемому как бы издали сердцебиению плода и бугристой поверхности нижнего полюса предлежащей головки, — можно думать о разогнутом ее вставлении и, по-видимому, о лицевом предлежании. Исследование выявило и другие особенности, а именно: плоско-рахитический таз (2 степень сужения), который может оказаться узким для данных родов.

Что же делать? То обстоятельство, что роженице 34 года и что она уже в начале родов обеспокоена их исходом в отношении жизни ребенка, и при наличии атипического вставления головки и деформации таза, который может для данных родов оказаться узким — заставляет нас особенно продумать план ведения этих родов. О каком акушерском решении можно подумать в подобных случаях? Можно подумать о следующих вариантах ведения таких родов:

- 1) предоставить роды естественному течению;
- 2) повернуть плод из атипического головного предлежания на ножку;
- 3) родоразрешить путем кесарского сечения.

Все три варианта решения можно было бы считать правильными, если бы форма и размеры таза были нормальными и если бы роженица не была так обеспокоена за жизнь ребенка.

Остановившись на одном из двух первых вариантов решения, мы бы не могли быть уверенными в том, что большое желание роженицы иметь ребенка живым будет удовлетворено. Зная о возможных осложнениях, мы должны очень осторожно ставить прогноз при естественном течении таких родов. Едва ли не более осторожным должен быть прогноз в отношении ребенка и при повороте на ножку. В первом примере этого раздела мы достаточно подробно изложили течение родов в лицевом предлежании, предоставленных естественному течению и проведенных с помощью поворота. Следовательно, от первых двух вариантов решения в данном случае нужно отказаться. Видимо, наиболее целесообразным методом родоразрешения при данной ситуации будет абдоминальное кесарское сечение. Этот вариант решения при данных условиях дает большую уверенность в получении

плода живым, а поэтому и явится более правильным с акушерской точки зрения. Со стороны материнского организма противопоказаний к операции нет. Сердцебиение плода хорошее. Объясним роженице наше решение и те основания, которые заставили нас прийти к нему. Роженица вполне согласилась с нами, дав согласие на операцию.

В 15 ч, в момент подготовки больной к операции, внезапно отошли воды в значительном количестве, прозрачные. Что делать? Нужно ли произвести повторно влагалищное исследование? Да, уточнить предлежание и характер вставления головки следует.

В 15 ч 30 мин произведенное исследование показало: шейка почти сглажена, зев открыт на 2,5 пальца. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит личико, плотно прижато ко входу таза. Лицевая линия в правом косом размере (судя по надбровным дугам — лобик слева и кпереди, подбородочек справа и кзади). Таким образом, это исследование подтвердило наш первоначальный диагноз — лицевое предлежание — и окончательно убедило в правильности принятого решения.

В 16 ч 25/IX, через 3 ч 50 мин после поступления в клинику, было произведено обычное ретровезикальное кесарское сечение. Извлечена живая девочка весом 3140,0 и длиной 51 см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Однако у ребенка, спустя 12 ч после рождения, начала появляться желтушная окраска кожи и склер. Появление желтушной окраски кожи у новорожденных на 3—4-й день после рождения встречается часто. Это физиологическое явление. Оно объясняется тем, что внутриутробное существование плода требует компенсаторных условий для удовлетворения нормального процесса обмена между плодом и матерью. Это достигается, в частности, тем, что количество эритроцитов и насыщенность их гемоглобином во внутриутробном состоянии выше, чем после рождения. По прошествии первых трех-четырех дней после рождения, когда организм плода освоился с новыми условиями существования, этого избыточного количества эритроцитов и гемоглобина уже не требуется, поэтому происходит частичный гемолиз эритроцитов. Но так как избыточное количество эритроцитов гемолизируется быстро и печень не может переработать все продукты этого распада, то красящее вещество частично проходит ее в неизменном виде. Следствием этого и является желтушное окрашивание кожи и слизистых. Но в данном случае желтушная окраска появилась рано, уже в первые сутки после рождения. Такое раннее появление желтухи вызывает тревогу. Что это за явление и в чем причина такого состояния у ребенка? Группа заболеваний плода и новорожденного, когда уже при рождении или в первые 12—24 ч после рождения проявляются признаки анемии (если только исключено инфекционное забо-

левание, например сифилис, или непосредственная кровопотеря у плода из-за разрыва плацентарных сосудов), объединяется под названием гемолитической болезни новорожденных (*morbus haemolyticus neonatorum*). Синонимами такого названия болезни являются: 1) тяжелая желтуха новорожденных — *icterus neonatorum gravis*; 2) гемолитическая анемия новорожденных и 3) эритробластоз плода — *erythroblastosis foetalis*. Причиной болезненного состояния ребенка является изоиммунизация, вызванная несоответствием, несовместимостью группы крови матери и плода (унаследованной ребенком от отца). Иногда гемолитическая болезнь новорожденных возникает при несоответствии крови матери и плода по основным группам крови системы А, В, 0. Болезнь при этом несоответствии имеет более доброкачественное течение, хотя тоже требует серьезного внимания, а нередко и вмешательства.

Однако наиболее резко проявлена клиническая картина гемолитической болезни новорожденных при резус-конфликте. Она встречается приблизительно у 2—5 на 1000 новорожденных.

Что такое резус-фактор (Rh) и какое отношение он имеет к гемолитической болезни новорожденных?

В 1940 г. Ландштейнер и Винер (*Landsteiner, Wiener*), работая с кроликами, иммунизированными кровью обезьяны рода *Macacus rhesus*, нашли, что сыворотка крови таких кроликов приобретает новые свойства, — агглютинирует эритроциты. Это вещество, которое придает эритроцитам крови такие антигенные свойства, они назвали «резус-фактором» (Rh). Приблизительно у 85% всех людей этот фактор имеется, а у 15% — отсутствует. Первые названы — резус-положительными, а вторые — резус-отрицательными.

Дальнейшее изучение этого вопроса Левиным, Кетцином и Бернхемом (*P. Levine, E. Katzin, L. Burnham*)¹ привело к открытию еще нескольких типов этого фактора (Rh⁰, Rh', Rh'') и ряда других, более редких факторов крови (M, N, MS и др.).

Гемолитическая болезнь новорожденных чаще всего наблюдается при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору (Rh) и значительно реже — по его типам или по другим факторам. Какое же отношение имеет резус-фактор к заболеванию ребенка и как развивается эта болезнь? В основе этиологии гемолитической болезни новорожденных лежит гемолиз, который возникает у плода еще внутриутробно, но особенно усиливается после рождения. Патогенез заболевания, как предполагают, состоит в следующем:

1. Отец — резус-положительный (Rh+), мать — резус-отрицательная (Rh—).

¹ Г. Фанкони и А. Вальгрэн. Руководство по детским болезням. М., 1961.

2. Если плод унаследовал от отца резус-фактор (а это бывает часто), то тогда он, попадая в кровь матери, вызывает образование у нее антирезус-агглютининов.

3. Агглютинины из материнской крови через плаценту поступают в кровь плода, вызывают у него агглютинацию эритроцитов, что и ведет к гемолизу.

Следовательно, сначала происходит изоиммунизация «резус-отрицательной матери» «резус-положительным плодом», а затем образовавшиеся у матери антирезус-агглютинины переходят к ребенку, вызывая у него процесс гемолиза, что и влечет за собой развитие малокровия. Особенно много антирезус-агглютининов поступает в кровь плода в момент рождения, когда нарушается целостность плацентарного барьера. Вот почему рекомендуется во время родов быстро отделить ребенка от матери, перерезав пуповину, если предполагается резус-конфликт. Антирезус-агглютинины вырабатываются приблизительно у 3—5% женщин с резус-отрицательной кровью при беременности плодом с резус-положительной кровью. Повторные беременности плодами с резус-положительной кровью, а также сделанные когда-то, может быть и в детстве, женщине с резус-отрицательной кровью внутривенные или внутримышечные трансфузии резус-положительной крови, способствуют более интенсивному образованию антирезус-агглютининов. Наличие антирезус-агглютининов в крови резус-отрицательной роженицы или в молоке такой родильницы может быть выявлено специальной реакцией. Вот почему необходимо еще во время беременности проверять у резус-отрицательных женщин наличие и интенсивность нарастания в их крови антирезус-агглютининов в процессе прогрессирования беременности. Тогда и помощь новорожденному может быть оказана своевременно.

В каких клинических формах проявляется гемолитическая болезнь новорожденных? Имеются три формы: 1) в виде анемии (анемическая); 2) в виде желтухи (желтушная); 3) в виде общего отека (отечная) (см. рис. 28).

Наиболее легкая форма первая, проявляющаяся малокровием. Третья форма — наиболее тяжелая. В большинстве случаев при этой форме плод погибает еще внутриутробно или в первые часы после рождения. Вторая форма, проявляющаяся в виде желтухи, встречается чаще двух других форм.

Однако не следует думать, что эти три формы резко обособлены друг от друга. Во всех случаях имеет место увеличение печени и селезенки, анемия, может быть и желтушность, а также отечность. Они различны между собой только по степени проявления того или иного показателя.

Кроме основных симптомов болезни (анемия, желтуха, отек), клиническая картина ее проявляется в виде общей вялости ребенка, понижении рефлексов, снижении гемоглобина (иногда

до 20% и ниже) и числа эритроцитов до 1—1,5 млн в 1 мм³, при одновременном увеличении лейкоцитов и появлении эритробластов. Чем раньше возникли и заметнее нарастают признаки болезни, тем хуже прогноз. В тяжелых случаях присоединяются мозговые явления: нистагм, судороги. Падение веса превышает физиологическую убыль и, наконец, наступает смерть.

В чем состоят лечебные мероприятия при гемолитической болезни новорожденных? Единственный метод терапии, дающий надежду на спасение ребенка,— внутривенное переливание донорской, резус-отрицательной крови. Лучше если кровь переливается одноименной группы, но опыт показывает, что может быть перелита кровь и 0 (I) группы. Проверка на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента, конечно, обязательна, как и при всякой трансфузии.

Первая трансфузия должна быть сделана в течение первых суток или не позже 48 ч жизни ребенка. При легкой степени болезни переливают повторно, с перерывом в 1—2 дня, по 30—40 мл крови, а при тяжелых степенях болезни производится «заменное» переливание крови, проводимое сразу после рождения.

При «заменном» переливании целесообразно заместить 75—85% всей крови новорожденного. Чтобы сделать это, достаточно бывает 500 мл донорской крови. «Заменное» (или «обменное») переливание крови производится постепенно: из кровеносного русла ребенка выводится 10—20 мл крови, вслед за ним вводится такое же количество (можно на 3—5 мл больше) донорской крови и т. д. Методика переливания крови была показана выше на схематическом рис. 29. Вполне понятно, что трансфузия должна производиться в соответствующей обстановке, как это требуется для любого хирургического вмешательства.

Переливание крови желательно сочетать с насыщением организма ребенка витаминами (К, С, комплекса В, в частности В₁₂), введением 5%-ного раствора глюкозы и инъекциями инсулина (1—2 ед.), а также с назначением сердечных средств, ингаляцией кислорода, обогреванием и гормонотерапией (преднизон, преднизолон и другие стероидные гормоны).

Как выяснилось в дальнейшем, у изоиммунизированной резус-отрицательной матери антирезус-агглютинины содержатся не только в крови. Они могут находиться в молоке и других жидкостях.

Поэтому при гемолитической болезни ребенка нельзя прикладывать к материнской груди до тех пор, пока проверка молока не покажет, что в нем нет антирезус-агглютининов («антител»). Как показывает наш клинический опыт, «антитела» в молоке исчезают приблизительно через две недели после родов. Врачи-акушеры обязаны знать об этом заболевании ново-

рожденных, так как они первые общаются с роженицей, первые видят новорожденного, оказывают ему врачебную помощь и во многом могут содействовать благоприятному прогнозу. Нужно помнить, что первые минуты после рождения, когда ребенок еще не отделен от матери, являются временем наиболее интенсивной передачи материнских резус-антител в кровь плода. В целях борьбы с этой тяжелой болезнью необходимо:

1. Тщательно собирать анамнез. Наличие в анамнезе роженицы случаев мертворождений должно насторожить внимание акушера в отношении возможного резус-конфликта.

2. Тщательно проверять у роженицы группу крови и резус-принадлежность ее, а при возможности и наличие в крови антирезус-агглютининов. В случае, если имеются подозрения на наличие резус-конфликта, необходимо быстрее отделить ребенка от матери после его рождения, оставив более длинным пупочный остаток.

Как видно, гемолитическая болезнь новорожденных — тяжелое испытание для ребенка. Даже своевременно произведенное заменное переливание крови не всегда может гарантировать благополучие в отношении его дальнейшей судьбы. Вот почему сейчас научная мысль направлена не только на терапию уже имеющегося заболевания, но и на его профилактику.

С этой целью в Ленинградском институте переливания крови проводятся работы по десенсибилизации беременных женщин, имеющих резус-антитела. Особая роль в борьбе с этой тяжелой болезнью новорожденных принадлежит акушерам и, главным образом, в женских консультациях, наблюдающих беременных с начала беременности. Выявлять сенсибилизированных к резус-фактору женщин нужно с самого начала беременности. При этом большого внимания заслуживают такие анамнестические данные, как привычные выкидыши, мертворождения, желтухи у детей при предыдущих родах и реакции организма на ранее произведенные переливания крови. Но вернемся к нашему ребенку. Мы знаем, что кровь роженицы резус-положительная. Следовательно, резус-конфликта быть не может. Это подтвердилось и повторной проверкой после появления ранней желтухи у ребенка. В чем же тогда дело? Оказалось, что эта беременная вошла в число тех 20%, где группа крови матери и группа крови плода не совпали. У матери группа крови 0 (I), а у ребенка А (II).

Видимо, индивидуальные особенности обоих организмов при несовпадении групп и отразились на ребенке. Может быть, в этом случае имелись еще какие-то факторы (кроме Rh-фактора), обусловившие заболевание ребенка (факторы M, N, MS), что не исследовалось.

Проведенное в дальнейшем четырехкратное вливание донорской резус-отрицательной крови, по 40,0 мл с перерывом от

3 до 5 дней, привело к полному выздоровлению, и спустя месяц после операции мать со здоровым ребенком была выписана из клиники.

Краткий эликриз. Повторнородящая, 34-летняя роженица, с легкой степенью деформации таза и с лицевым предлежанием плода, была родоразрешена путем абдоминального кесарского сечения. Ребенок извлечен живым, но спустя 12 ч появилась желтуха, которая постепенно нарастала. Резус-конфликта нет. По-видимому, гемолитическая болезнь у ребенка возникла на почве групповой несовместимости. Однако нельзя исключить наличие несовместимости по другим (кроме Rh) факторам крови. Проведенное лечение в виде трансфузий крови привело к полному выздоровлению.

На 30-й день после операции кесарского сечения здоровая мать со здоровым ребенком была выписана из клиники.

ЛЕКЦИЯ СЕДЬМАЯ

ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА

Гр-ка М-а, 43 лет, повторнородящая, в 5 ч 15/III 1959 г. поступила в клинику для родоразрешения. Схватки слабые, короткие, через 8—10 мин, начались сегодня в 4 ч, за час до поступления в клинику. Одновременно с началом схваток отошли околоплодные воды, по словам роженицы, в значительном количестве. Из анамнеза выяснено, что менструации начались с 16 лет, установились через 3 месяца по 4 дня, через 30 дней. Последние месячные были 9/VI 1958 г. Замуж вышла 24 лет. Были две беременности. Одна — в 1941 г. закончилась нормальными родами, но ребенок в возрасте 1 года 3 месяцев умер от диспепсии. Вторая — в 1947 г. самопроизвольно прервалась при сроке около 13 недель. Из заболеваний, кроме пневмонии в детстве, приппа и ангин, ничего не отмечает. Реакция Вассермана от 25/XI 1958 г. отрицательная. Во время настоящей беременности при сроке 22 недели появились признаки угрожающего абортa, вследствие чего больная две недели находилась в одной из больниц Ленинграда. Выписана с прогрессирующей беременностью, которая в последующем развивалась нормально, о чем имеются указания врача женской консультации.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: рост — 166 см, вес — 87 кг. Телосложение правильное. Подкожная жировая клетчатка хорошо развита. Органы грудной полости — без отклонений от нормы. Температура тела 36,8. Кровяное давление 135/80 мм рт. ст. Группа крови — А (II), резус-положительная.

Наружное акушерское исследование. Живот равномерно выпячен, овоидной формы, безболезнен. Окружность — 110 см, расстояние от лона до пупка — 18 см, до дна матки — 34 см, до мечевидного отростка — 39 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Обращает на себя внимание небольшой размер головки, определяемый четвертым приемом наружного исследования, он равен 9 см. В то же время общий размер плода кажется нормальным. На это обстоятельство следует обратить особенное внимание. Спинка плода и мелкие части

прощупываются неотчетливо. Сердцебиение ритмичное, но прослушивается с трудом, сразу под пупком.

Размеры таза: *distantia spinarum* — 25 см; *distantia cristarum* — 28 см; *distantia trochanterica* — 32 см; *conjugata externa* — 22 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до наиболее отдаленной точки на головке — 21,5 см. Наружные половые органы развиты правильно, слизистая входа во влагалище цианотичная.

Внутреннее (влагалищное) исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка слегка укорочена. Цервикальный канал на всем протяжении пропускает палец. Плодного пузыря нет. Предлежит головка, подвижная над входом. Стреловидный шов и роднички определить не удается. Мыс не достигается. Какая особенность в данном случае имеется? Каков диагноз?

Диагноз. Срочные роды, первый период родов, преждевременный разрыв плодного пузыря. Особенность этих родов состоит в преждевременном отхождении околоплодных вод и наличии слабой родовой деятельности. И, если это подтвердится, возможно, имеется атипичное вставление головки. Нужно ли наше пособие? Как вы видите, анамнестические сведения и данные объективного исследования вполне удовлетворительные.

Женщина здорова, положение плода продольное, хотя несколько истораживает небольшой поперечный размер головки. Но это мы проверим при повторном внутреннем исследовании, при большем открытии зева. Единственное, на что сейчас следует обратить внимание, — это на преждевременное отхождение вод и сравнительно слабые схватки. Но ведь схватки только начались. Нередко бывает, что после преждевременного отхождения вод они постепенно нарастают и принимают нормальный характер. Поэтому не будем пока спешить с нашим пособием. Понаблюдаем за роженицей некоторое время.

9 ч. Прошло 4 ч с момента поступления роженицы в клинику. Наблюдение за это время показало, что схватки, несколько усиливаясь и учащаясь на короткий срок, вновь остаются прежними. В состоянии здоровья изменений не произошло; головка плода по-прежнему подвижна над входом, сердцебиение хотя и глухое, но ритмичное. Нужно ли сейчас нам вмешаться? Да, теперь мы видим, что схватки, действительно, слабые и создается впечатление, что течение родов протекает на фоне первичной слабости. Следовательно, наша помощь нужна. Чем же мы можем помочь?

Во-первых, нужно начать борьбу за усиление родовой деятельности. С этой целью назначим внутривенное введение 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с витаминами С и В₁. Это будет полезно и для роженицы и для ее плода. Кроме этого, начнем

вводить пахикарпин по 5 мл 3%-ного раствора с перерывом в 2—3 ч. А так как безводный период может затянуться, то с профилактической целью назначим пенициллин по 100 000 ед. через 3 ч.

Сейчас мы уже видим, что эти роды осложнились не только преждевременным разрывом плодного пузыря, но и первичной слабостью родовой деятельности. Можно ли ориентировочно предположить, сколько при таком темпе родовой деятельности пройдет времени до полного раскрытия зева? Да, такой ориентировочный срок мы можем знать, если используем таблицу, предложенную для этой цели. В. А. Струковым¹ (см. ниже, стр. 253).

По этой таблице (для повторнородящих), если раскрытие зева на 2 пальца от начала родов прошло примерно за 10 ч, то для полного его раскрытия потребуется 25 ч. Поэтому перед началом родостимуляции произведем повторное внутреннее исследование и уточним происшедшую перемену.

В 9 ч 30 мин исследование показало, что за это время (4½ ч) изменения произошли очень небольшие: шейка стала несколько короче, а цервикальный канал остался почти таким же. Следовательно, по таблице В. А. Струкова до полного раскрытия понадобится даже больше, чем 25 ч.

Прошло еще 5 ч наблюдения. Через 2 ч после выполнения наших назначений, схватки стали сильнее, чаще (через 6—7 мин) и более продолжительными. Но вызывает беспокойство то, что головка не продвигается. Положение ее изменилось только в том, что она плотно прижалась ко входу в таз. Одновременно выявилась и другая особенность — появился признак Вастена «вровень». Что же произошло? Почему вдруг стал «вровень» признак Вастена? Ведь у нас не было сомнений в отношении несоответствия размеров головки и таза. Что делать? Прежде всего необходимо еще раз произвести внутреннее исследование. Первое и второе нам не дало отчетливой картины положения головки. Цервикальный канал тогда был проходим только для пальца, и головка достигалась недостаточно.

В 15 ч влагалищное исследование показало следующее: шейка сглажена, зев открыт на 3 пальца, края зева податливые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит волосистая часть головки, плотно прижатая ко входу в таз. Стреловидный шов в прямом размере. Большой родничок определяется у лона. Теперь мы получили совсем другие данные. Что же оказалось? В чем теперь состоит атипизм родов? Наше предположение о том, что вставление головки правильное, оказалось ошибочным. Хотя положение плода и правильное, продольное, и пред-

¹ В. А. Струков. Слабость родовой деятельности и ее лечение. Автореф. дисс. Л., 1960.

лежит головка, но вставляется в таз она атипически — своим прямым размером (лобно-затылочным) не в поперечный размер входа, как это должно было бы быть, а в прямой, притом наиболее неблагоприятно, затылочком кзади. Такое вставление головки называется «высоким прямым стоянием головки» (точнее, — стреловидного шва). Это — тяжелая акушерская патология. При таком положении головка своим наибольшим размером вставляется в наименьший размер входа (прямой). Отсюда эта патология и получила свое название.

Как часто встречается такое атипическое вставление головки? По данным нашей клиники, высокое прямое стояние головки (стреловидного шва) наблюдается в 0,6% на общее число родов. При этом следует отметить, что частота такого атипизма различна в разные годы. По данным же сборной статистики (Г. Г. Гентер, О. Панков), оно наблюдается от 0,2 до 0,7%, а по некоторым (И. Ф. Жордания) и чаще, до 1,2%. Однако эта частота указывает только на наличие высокого прямого стояния (а не вставления) головки, т. е. на диагностику такого стояния, когда головка еще (относительно) подвижна у входа. В последующем это положение иногда исправляется. Окончательное же вставление головки во вход таза в таком атипическом положении встречается значительно реже. Различие в частоте между «высоким прямым стоянием» и «высоким прямым вставлением» головки зависит от того, что головка при «высоком вставлении» может вступить в таз и пройти через него только при весьма благоприятных условиях (недоношенный плод — маленькая головка, очень хорошая сила схваток). Во всех же остальных случаях этот атипизм вставления головки («высокое прямое стояние») представляет серьезную акушерскую патологию. В таком положении головка длительно не продвигается во вход таза. Пояс соприкосновения несовершенен, что приводит к раннему разрыву плодного пузыря, раннему инфицированию матки или к перерастяжению нижнего сегмента и к угрозе разрыва матки. Вследствие этого роды нередко заканчиваются оперативно еще до прочной фиксации головки в тазу.

Какие причины приводят к такому ненормальному положению головки? Причины этого многообразны. Некоторые из них исходят от материнского организма, а другие — от плода. Нельзя исключить и случайность образования такого положения. К числу причин, исходящих от материнского организма, могут быть отнесены: сужения и деформация таза (общесуженный, поперечно-суженный, плоский таз), растянутая брюшная стенка и расхождение прямых мышц живота. В числе причин, исходящих от плода, могут быть: небольшие размеры головки (недоношенная беременность) и особенность формы головки (широкий плоский череп). Случайную причину можно представить себе в виде преждевременного разрыва плодного пузыря при наличии

значительных схваток в тот момент, когда головка при движениях плода находилась в прямом размере над входом. В высоком прямом стоянии головки (стреловидного шва) различают два варианта. При одном — затылочек обращен кпереди, к лону (Positio occipitalis pubica — POP, рис. 140, а), при втором — затылок обращен кзади, к крестцу (Positio occipitalis sacralis — POS, рис. 140, б). Чаще встречается Positio occipitalis pubica, т. е. первый вариант. Прогноз родов при обоих вариантах весьма серьезный. Выше мы уже сказали о том, что роды при таком вставлении головки обычно могут пройти без вмешательства



Рис. 140. Высокое прямое стояние головки (стреловидного шва).
а — Positio occipitalis pubica (POP); б — Positio occipitalis sacralis (POS).

только при благоприятных условиях, что встречается примерно в одной четверти всех случаев. Однако из этих двух вариантов особенно неблагоприятным является второй, когда затылочек плода обращен кзади.

При хорошей силе родовых схваток, не очень крупной головке и хорошей ее конфигурабельности, при первом варианте (POP) лобная часть головки может пройти узкую полоску мыса (promontorium). При этом головка должна максимально согнуться и деформироваться в передне-заднем направлении. При втором варианте (POS), когда большой родничок упирается в симфиз и лобная часть головки «садится» на лоно,— головке доношенного плода, даже при очень сильных родовых схватках, трудно пройти сравнительно большое препятствие, каким является симфиз. При этих условиях роды, предоставленные естественному течению, почти неизбежно закончатся перерастяжением нижнего сегмента матки и ее разрывом.

Высокое прямое стояние головки диагностируется, главным образом, при влагалищном исследовании, когда отчетливо удастся определить стреловидный шов и роднички. Но предпо-

ложить наличие этого атипизма стеснения головки плода иногда можно и при наружном исследовании. В этом случае обращает на себя внимание кажущийся небольшим размер головки при общем ориентировочно нормальном размере плода. Указанное предположение подкрепляется иногда тем, что при малом размере головки симптом Вастена оказывается близким к положительному.

Течение родов при высоком прямом стоянии головки обычно бывает длительным, схватки — болезненными. Если роды в таком положении вообще возможны (благоприятные соотношения между размерами таза и головки), то биомеханизм их своеобразно «колеблющийся». Головка, приспосабливаясь, устанавливается в одном из косых размеров входа в таз; затем, преодолев узкое пространство входа, вновь занимает первоначальное положение — прямое стояние, удерживая его до своего рождения.

Если роды проходят естественным путем, то они обычно травматичны для матери и для плода. У матери возможны воспалительные заболевания, травма мочевого пузыря, уретры и прямой кишки, нередко и с образованием свищей. Плод страдает от травмы мозга и асфиксии. Ведение родов при высоком прямом стоянии головки вначале должно быть выжидательным. Необходимость первоначального наблюдения за такими родами основана на возможности спонтанного исправления этого положения.

Однако нельзя быть уверенным в том, что исправление произойдет силами природы. Если наблюдение показывает, что при наличии родовой деятельности головка остается в том же положении, не следует терять время на выжидание. Такое выжидание приведет к тому, что момент для искусственного исправления будет упущен. Пока еще сохранена подвижность головки (она еще не успела установиться во входе таза), следует попытаться исправить положение рукой. При этом необходимо достаточное открытие зева, нормальный таз и живой плод.

Такое искусственное исправление производится под наркозом введенной во влагалище рукой. При помощи второй руки, помогающей через брюшную стенку, пальцами руки, введенной во влагалище, захватывают головку и вращают ее в сторону наиболее легкой подвижности до тех пор, пока стреловидный шов не установится в поперечном размере входа в таз или хотя бы в одном из косых размеров (рис. 141). Если поворот удался, не следует сразу отпускать головку. Нужно выждать несколько хороших схваток и убедиться в прочности вновь созданного ее положения. Если же, несмотря на попытку искусственного исправления, положение не изменяется и при наличии родовой деятельности головка не продвигается, приходится прибегать к оперативному родоразрешению: при живом плоде и при

других благоприятных обстоятельствах — абдоминальному кесарскому сечению; при мертвом плоде или при невозможности произвести кесарское сечение — к перфорации головки, если исчерпаны все мероприятия по исправлению, а дальнейшее течение родов при таком вставлении головки становится угрожающим для здоровья матери. Применявшееся в прошлом исправление такого атипического вставления головки с помощью прямых (высоких) щипцов модели Къеланда не может рекомендоваться для широкой практики. Попытка исправить положение таким путем может привести к обширной и тяжелой травме, а успеха

в изменении положения головки далеко не всегда удается достичь.

При консервативном ведении родов не следует забывать о предупреждении развития инфекции и асфиксии плода (антибиотики, триада Николаева). Вот, следовательно, какая акушерская патология оказалась у нашей роженицы. Что же делать? Мы уже говорили, что при вставлении затылком, обращенным



Рис. 141. Высокое прямое стояние стреловидного шва.

Ручное исправление положения головки.

кзади, едва ли можно рассчитывать на самопроизвольные роды, даже и при хорошей родовой деятельности. А у нашей роженицы схватки слабые. Следовательно, здесь и вовсе нельзя ожидать окончания родов силами природы. К тому же роженице 43 года, и детей у нее нет. Поэтому мы используем прием, о котором говорили выше, и попытаемся исправить это положение плода.

15 и 40 мин — попытка исправления не удалась. Теперь единственно правильный путь родоразрешения при этих условиях — абдоминальное кесарское сечение. Сейчас для этой операции противопоказаний нет. Поэтому мы можем быть уверены в благоприятном исходе ее для матери и для плода. Объясним роженице создавшиеся условия и наше решение. Ее согласие на операцию необходимо, тем более, что при этой акушерской патологии кесарское сечение не является единственным методом родоразрешения. Мы можем закончить роды и иначе: наблюдать, пока есть надежда на прохождение головкой костного кольца таза, а при неблагоприятных условиях (повышение тем-

пературы тела, внутриутробной гибели плода, перерастяжении нижнего сегмента и угрозе разрыва матки) — закончить их перфорацией головки плода и извлечением его краниокластом.

Наше объяснение и предложение роженица выслушала спокойно. Однако, дав номер телефона мужа, просила нас поговорить и с ним. Это желание роженицы вполне законно. Муж дал вполне разумный ответ: «Если вы (врачи) находите это нужным,—я возражать не могу». После этого роженица спокойно согласилась на операцию.

В 16 ч 40 мин под эфирно-кислородным наркозом, обычным путем, была произведена операция абдоминального ретровезикального кесарского сечения. Извлечена живая девочка. Личико плода было обращено прямо к лону. Головка заметно долихоцефалическая. Вес новорожденной — 3650,0, длина — 54 см. Послеоперационный период протекал без осложнений, и на 18-й день после операции здоровая мать с нормально развивающимся ребенком была выписана из клиники.

Краткий эпикриз. В клинику поступает 43-летняя повторнородящая с преждевременным отхождением вод и со слабыми родовыми схватками. Проведенная родостимуляция дала положительный эффект. Непродвижение головки заставило сделать повторно внутреннее исследование, при котором был обнаружен атипизм ее вставления — высокое прямое вставление головки (стреловидного шва). Была сделана попытка исправить положение рукой, но она не дала эффекта. Мать, настоятельно желая сохранить жизнь ребенку, согласилась на операцию. Произведено абдоминальное кесарское сечение с благоприятным исходом для матери и ребенка.

Примером противоположного атипизма при физиологическом течении родов является низкое поперечное стояние головки, точнее,— стреловидного шва (рис. 142). Сущность этого отклонения сводится к следующему.

Как говорилось выше, при нормальных родах головка во входе таза всегда устанавливается стреловидным швом в поперечном размере. В таком положении она и достигает тазового дна. У колена родового канала в большинстве случаев начинается ее внутренний поворот затылком кпереди, либо, что реже, затылком кзади.

Однако такого поворота иногда не происходит, и головка стремится подойти к выходу таза в том же положении, в каком она установилась у входа, т. е. стреловидным швом в поперечном размере. В таком положении головка не может разогнуться у выхода, а поэтому не может и прорезаться через половую щель. Продвижению головки в таком положении мешают многие обстоятельства: узость расстояния между седалищными буграми, невозможность бокового сгибания головки в шейном отделе и пространственная недостаточность лонной дуги для головки, находящейся в поперечном размере таза. Частота возникновения такой патологии встречается примерно в 1,5%. По данным нашей клиники, она достигает 1,8% на общее число родов.

Причины образования низкого стояния стреловидного шва разнообразны. К числу их могут быть отнесены следующие: различные формы сужения таза (плоский и общесуженный плоский таз) и, наоборот, чрезмерно обширный таз, пониженный тонус мускулатуры тазового дна, полное выпадение ручки, передне-головное предлежание, малые размеры головки (недоношенный плод), мертвый плод, у которого отсутствует тонус мышц и связочного аппарата позвоночника. Распознается эта патология в процессе наблюдения за родами, когда отмечается, что, несмотря на хорошую родовую деятельность, головка, длительное время не продвигаясь, находится в полости малого таза.

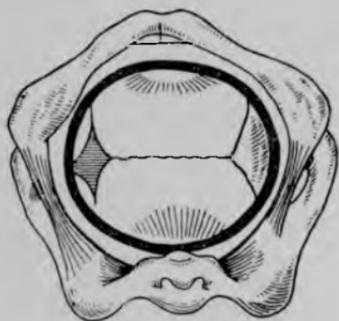


Рис. 142. Низкое поперечное стояние головки (стреловидного шва).

Влагалищное исследование у таких женщин уточняет диагноз. Внутреннее исследование должно быть проведено тщательно, так как иногда возможны ошибки: за стреловидный шов принимается венечный, а за малый родничок — боковой (в височной области). Обнаружение большого родничка не только устраняет ошибку, но и по его форме позволяет установить, в какую сторону обращены личико и затылок. Особенностью биомеханизма родов при низком поперечном стоянии стреловидного шва является отсутствие внутреннего поворота головки. Предсказание при ведении таких родов

всегда ставится с осторожностью как для здоровья матери, так и для жизни плода. Роды вначале идут обычно, так как патология возникает только с того момента, когда головка продвинулась к колелу родового канала (узкой части полости таза), где должен завершаться внутренний поворот ее. Вследствие невозможности дальнейшего продвижения (если не произойдет исправления положения головки) наступает вторичная слабость — роды затягиваются. Длительная остановка родов может повлечь за собой наступление эндометрита, а длительное сжатие мягких материнских тканей между костями таза и головкой — ущемление в сжатых участках тканей с образованием в последующем некроза и свища. Такое осложненное течение родов не может не сказаться и на плоде. Возникающее нарушение плацентарного кровообращения, обуславливающее гипоксемию и гипоксию, приводит к тяжелым, а иногда и необратимым изменениям в органах плода.

Однако, несмотря на тяжелые последствия, которые могут иметь место при низком поперечном стоянии стреловидного шва, ведение родов вначале должно быть выжидательным. При этом, конечно, понятно, что выжидание должно сопровождаться тща-

тельным наблюдением за течением родов, за состоянием здоровья матери и сердцебиением плода. Профилактика внутриутробной асфиксии по Николаеву и профилактика эндометрита здесь особенно показаны. Может быть рекомендовано и положение роженицы на боку, именно на том, в какую сторону обращен малый родничок. Хотя это положение роженицы и не является очень действенным для того, чтобы произошел внутренний поворот головки, тем не менее это простое мероприятие иногда дает эффект.

Если в процессе наблюдения выясняется, что наступает какое-либо осложнение со стороны матери или плода — выжидательное поведение должно закончиться. Наступает момент для активного вмешательства. Вид вмешательства диктуется обстановкой. При живом плоде — акушерские щипцы, которые при таких условиях накладываются атипически. Производить щипцами вращательные движения, с целью насильственного поворота головки, не следует. Это сопряжено с травмой матери и плода. Производятся только влекущие тракции. Если с помощью щипцов достигается успех, — головка постепенно продвигается, то вращение произойдет без насильственного действия щипцов. Тогда щипцы снимаются и вновь накладываются уже правильно на боковые поверхности головки. Если и с помощью щипцов сместить головку не удастся, то остается последнее средство — закончить роды перфорацией головки. Вопрос о характере вмешательства упрощается при мертвом плоде (перфорация головки).

ЛЕКЦИЯ ВОСЬМАЯ

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Заболевания, наблюдающиеся у беременных женщин, весьма разнообразны как по этиопатогенезу, так и по своим последствиям для самой беременной и ее плода. Обычно принято разделять их на три группы.

Первая группа включает заболевания материнского организма, возникающие в связи с самой беременностью и не встречающиеся вне ее.

Вторая группа представляет заболевания, которые возникают в результате какой-либо неправильности развития самой оплодотворенной яйцеклетки.

Третья группа состоит из тех заболеваний, которые причинно не связаны с беременностью. Они могут возникнуть во время беременности или обостриться в процессе ее развития.

Здесь будет идти речь только о заболеваниях первой группы. Она состоит из большого разнообразия форм проявлений болезни, объединяемых общим названием «токсикозы беременности». Что же это за заболевания? Ведь беременность является физиологическим состоянием? Действительно, будучи физиологическим состоянием, беременность, тем не менее, может протекать атипически, а иногда даже и явно патологически.

Токсикоз беременности встречается только у человека, с его развитой нервной системой и, являясь следствием одной причины — развивающейся оплодотворенной яйцеклетки — клинически проявляется в очень разнообразных формах. Так, у одних женщин он проявляется в обильнейшем слюнотечении (*ptyalismus*), у других — в виде чрезмерной рвоты (*hyperemesis gravidarum*), у третьих — в виде отеков (*hydrops gravidarum*) или отеков в сочетании с альбуминурией и гипертонией (*nephropathia gravidarum*), — состояния, иногда переходящего в последующую фазу — эклампсию и, наконец, в виде различных форм заболевания кожи (*dermatosis gravidarum*). К числу токсикозов некоторые авторы присоединяют еще остеомаляцию (*osteomalacia*), особую декальцинацию костей, главным образом костей таза, грудины и ребер, а также варикозное расширение вен, возникшее во время беременности (*varices scuris et vulvae*).

Такое многообразие форм проявления одной болезни порождает не только вопрос, в чем состоит причина возникновения

заболевания, но и почему клинически оно протекает так различно.

К сожалению, несмотря на значительные успехи современной науки, этиология токсикоза пока еще окончательно не выяснена. Поэтому неудивительно, что для объяснения причины его возникновения предложено несколько теорий.

1. *Токсическая теория.* Можно думать, что первое объяснение причинности болезни было основано на предположении о появлении в организме беременной каких-то токсических продуктов, которые приводят к нарушению физиологического равновесия. При этом мыслилось, что токсические вещества исходят либо от плода, либо от элементов плодного пузыря, в частности плаценты. Видимо, по этим соображениям и само заболевание получило название «токсикоз». Однако многочисленные проверки не обнаружили в крови и других жидкостях больной беременной каких-либо ядовитых веществ. Даже переливание крови от больной эклампсией здоровой беременной женщине не вызывало никаких расстройств. Таким образом, эта теория не объяснила сущности заболевания. Однако патологоанатомические изменения в органах, обнаруженные у погибших от токсикоза беременных, напоминают таковые, встречаемые при ряде отравлений. К числу таких наиболее характерных изменений, которые могут быть при всех формах токсикоза, относятся: точечные или более обширные кровоизлияния, возникающие, по видимому, из-за проницаемости стенок сосудов для эритроцитов и плазмы крови, отек мозга и дистрофические изменения в печени, почках и других органах с наличием в них (иногда) некротических участков (рис. 143). Возникновение таких патологоморфологических изменений в органах до некоторой степени подкрепляет правильность токсической теории, хотя современными методами анализа и не удастся обнаружить само «ядовитое» вещество. Не следует забывать, однако, что понятие о «ядовитом» веществе весьма относительно. При известных условиях и вода может оказаться «ядом» для живого организма. Может быть, токсическая теория и не лишена некоторых оснований. Возможно, что «ядовитые» продукты и не исходят непосредственно от плода или плодных оболочек, а образуются в организме беременной вследствие ряда нарушений функций некоторых органов.

2. На основании последнего предположения была предложена вторая теория, объясняющая возникновение токсикоза *нарушениями обменных процессов.* Согласно этой теории, в крови матери происходит накопление недоокисленных продуктов межклеточного обмена (молочная кислота, альдегиды, кетоны и др.). Действительно, при токсикозе, особенно первой половины беременности, эти вещества являются нередкой находкой.

3. *Аллергическая теория* (П. Ф. Беликов, А. Е. Маневич, Г. М. Шполянский) основана на предположении о том, что в плаценте образуются некие токсические вещества типа аллергенов. При нормальной беременности они нейтрализуются элементами ретикуло-эндотелиальной системы. Последняя, как известно, обладает многообразной способностью физиологической

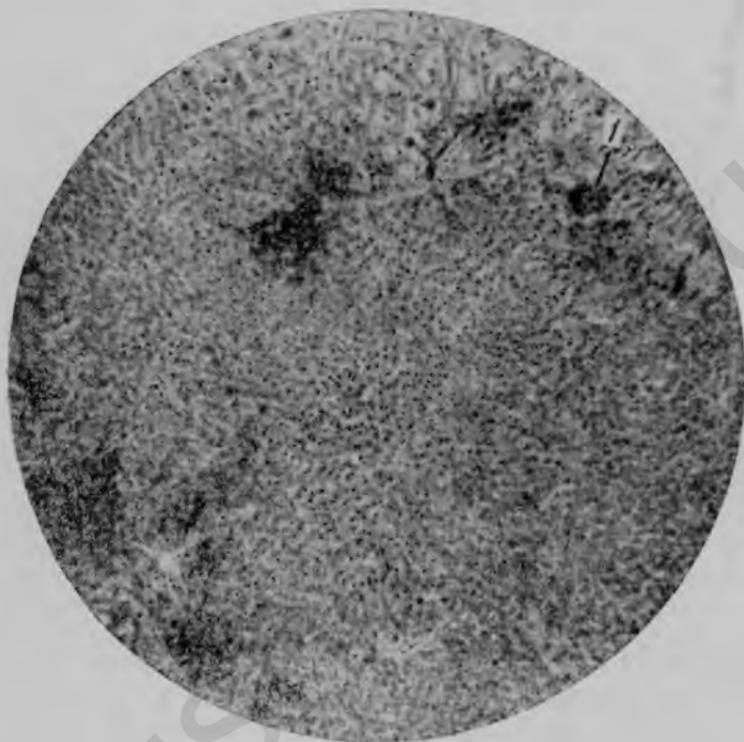


Рис. 143. Некротические изменения в ткани печени при токсикозе беременности (малое увеличение).

I — некротические участки.

регуляции состава и свойств внутренней среды. По мнению сторонников этой теории, токсикоз беременности возникает в том случае, если нарушается способность ретикуло-эндотелиальной системы нейтрализовать токсические вещества (аллергены).

4. Некоторые видят причину токсикоза в *нарушениях солевого состава крови* (калия, натрия, кальция, магния и др.), в эндокринных нарушениях (яичника, гипофиза, надпочечников, щитовидной и паращитовидных желез,— рис. 144) либо в нарушениях водного и витаминного баланса.

5. В последнее время причину токсикоза стали видеть в *нарушении рефлекторных реакций организма беременной на раз-*

дражения, исходящие от плода, и, наконец, кортико-висцеральные нарушения (А. П. Николаев, М. А. Петров-Маслаков, С. М. Беккер, Н. Л. Гармашева и др.)¹.

Едва ли можно сомневаться в том, что каждая из перечисленных теорий имеет под собой те или иные основания. Они вполне реальны, так как в организме беременной возможны самые различные нарушения.

Однако ни одна из перечисленных теорий не объясняет удовлетворительно механизма действия указанных причин и, тем более, проявления болезни в различных клинических формах. Но если в каждой из приведенных теорий есть какая-то доля истины, то нельзя ли их объединить? Как будет выглядеть тогда наше понимание существа болезни с ее различными формами проявления? Начнем с того, что сама беременность, развивающаяся из материнских и отцовских зародышевых элементов, является фоном для развития токсикоза, так как без беременности нет и токсикоза. Но нельзя

думать, что именно влияния со стороны плода или его оболочек являются главной причиной появления болезни. Если бы это было так, то тогда у каждой женщины беременность сопровождалась бы токсикозом. Однако у большинства женщин беременность протекает без какого-либо расстройства.

Если основная причина болезни заложена не в плоде и его оболочках, то не кроется ли она в самом материнском организме? Известно, что с наступлением беременности в организме совершаются физиологические изменения, связанные с повышенными требованиями к функции многих органов и систем. Так, с наступлением беременности происходит некоторое увеличение щитовидной железы с повышением ее функции. Основной обмен повышается примерно на 15%. В это же время функция

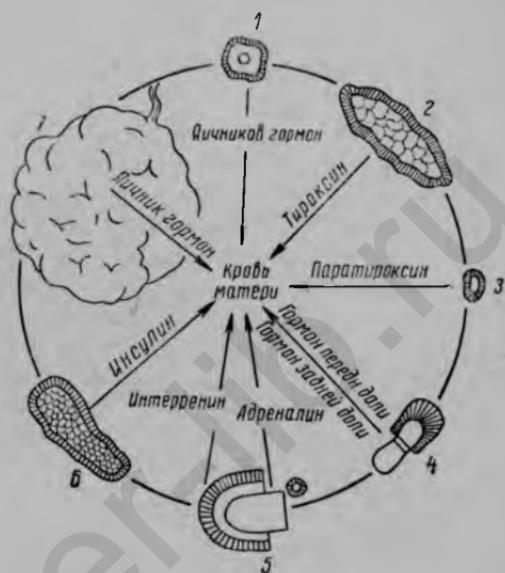


Рис. 144. Схема изменения эндокринных желез во время беременности.

Штриховкой отмечено увеличение (или изменение) отдельных эндокринных желез. 1 — истинное желтое тело; 2 — щитовидная железа; 3 — эпителиальное тельце; 4 — гипофиз; 5 — надпочечник; 6 — поджелудочная железа; 7 — плацента.

¹ Труды I съезда акуш.-гинеко. РСФСР. Медгиз, 1961.

паращитовидных желез понижается, с одновременным понижением в крови содержания кальция и повышением гальванической возбудимости нервов и мышц. Изменения в поджелудочной железе сводятся к увеличению островкового аппарата и усилению его функций, чем удовлетворяется повышение требования к углеводному обмену. Возникает некоторая гипертрофия коркового слоя надпочечников — повышается адреналинемия и изменяется пигментный обмен.

Гипертрофируется передняя доля гипофиза с появлением в ней так называемых «клеток беременности». Изменения в гипофизе могут привести (иногда) к изменению общего вида беременной: утолщению рук, ног, огрубению черт лица и др., т. е. к появлению признаков, напоминающих акромегалию. Появляются новые, обладающие эндокринными свойствами, железы — желтое тело беременности и позже — плацента, продуцирующая обильное количество овариальных гормонов. Одновременно с изменениями в эндокринном аппарате происходят сдвиги и в других системах. Так, повышается возбудимость вегетативной нервной системы, то с преобладанием повышения возбудимости симпатического отдела, то парасимпатического. Эти изменения приводят к неустойчивости вазомоторной иннервации и к изменениям регуляции потребности в питье, пище и в минеральных солях. Иногда повышенная раздражимость в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (особенно в первые месяцы беременности) приводит к слюнотечению, тошноте и рвоте, а повышенная раздражимость отделов, иннервирующих нижний отрезок кишечника, мочевого пузыря и мочеточники (преимущественно в последние месяцы беременности), приводит к запорам, атонии и расширению мочеточников. Подобные состояния благоприятствуют возникновению пиелита и кишечной аутоинтоксикации.

Изменения во время беременности касаются не только вегетативной нервной системы, изменяются соотношения возбудительных и тормозных процессов в коре головного мозга и в подкорковых центрах.

Так, по данным П. П. Лазарева, в первые и последние три месяца беременности возбудительные процессы коры головного мозга оказываются пониженными, а в промежуточные три месяца, наоборот, повышенными. Согласно же учению И. М. Сеченова (феномен Сеченова), при понижении возбудительных процессов в коре происходит одновременное повышение этих процессов в подкорковых центрах, и наоборот. Изменения, происходящие во время беременности в нервной системе и эндокринных органах, обуславливают сдвиги и в процессах обмена веществ.

Так, например, работами Репрева установлено, что основной обмен у беременных повышается при одновременном улучше-

нии усвоения белков и экономии в расходовании их. Однако частично из-за пониженной функции печени полное расщепление белков подвержено колебаниям. Это может привести к неполному распаду их с появлением в избыточном количестве продуктов расщепления (полипептидов, аминокислот, мочевой кислоты, индикана и др.). Что касается жиров, то интенсивность расщепления их во время беременности снижается. Углеводный же обмен оказывается повышенным. Появление во время беременности увеличенного количества некоторых недорасщепленных элементов говорит о недостаточной функции печени. Это подтверждено наблюдениями ряда авторов (Бакшт, Микеладзе, Кватер и др.), отмечавших билирубинемия у некоторых беременных, даже и при нормально протекающей беременности. Изменения водного обмена состоят в том, что ткани, особенно соединительная, приобретают способность задерживать воду. Это, по-видимому, может быть связано с задержкой в тканях хлористого натрия, с повышенной проницаемостью стенок сосудов и с понижением способности крови поглощать (извлекать) воду из тканей. Нарушения минерального обмена, по данным М. А. Петрова-Маслакова и других, сводятся к понижению во время беременности уровня кальция и повышению калия. Нарушается при беременности и проницаемость почечного эпителия для белка и сахара. Это явление наблюдается настолько часто, что количество белка в моче в пределах 0,1‰, при прочих благоприятных соотношениях, принято считать допустимым при беременности, хотя с этим и не все согласны. Изменения во время беременности касаются и сердечно-сосудистой системы. Так, для удовлетворения повышенных требований в кровоснабжении (в связи с гипертрофией органов и увеличением сосудистой сети) совершается гипертрофия самого сердца, а сосуды расширяются. Одновременно изменяется прочность сосудистых стенок, — снижается способность их к сопротивлению (особенно венозной сети), повышается проницаемость их стенок для плазмы крови и даже форменных элементов. Общая масса крови нарастает примерно на 20% по сравнению с состоянием до беременности, увеличивается количество форменных элементов и гемоглобина; кровь обогащается липоидами (холестерин, лецитин и др.), щелочность плазмы крови понижается. Последнее приводит к тому, что уменьшается способность связывания углекислоты и возникновения ацидоза, в то время как потребность в кислороде значительно повышена. Резко повышается потребность и в витаминах.

Таким образом, видно, что во время беременности в организме происходит очень большая перестройка. Следовательно, функции органов и систем во время беременности оказываются в новых, более напряженных условиях. Материнский организм обычно справляется с этой перестройкой — беременность проте-

кает нормально. Но реактивная способность не у всех людей одинакова. У одних — приспособление к существованию в новых условиях совершается быстро и полно, у других — медленно и несовершенно. Этим, может быть, и можно объяснить, почему у одних женщин во время беременности состояние здоровья улучшается, они как бы «расцветают», а у других беременность сопровождается тяжелыми расстройствами. Можно предположить даже, что именно у второй группы женщин и действуют как чрезмерные раздражители все те элементы, которые приводят к заболеванию и которые в различных теориях рассматриваются как единственные этиологические факторы токсикоза.

Итак, токсикоз беременности — сложное заболевание. Проникнуть в детали такого интимного процесса, каким является беременность и, тем более, ее патологические отклонения, представляет большую трудность. Последняя, главным образом, состоит в том, что изучать эту болезнь в эксперименте не представляется возможным, так как животные этому заболеванию не подвержены. Многочисленные попытки воспроизвести модель токсикоза пока не увенчались успехом. Если общее понятие о токсикозе может быть сформулировано как неадекватная реакция организма на ряд раздражителей, появившихся с наступлением беременности, то чем может быть объяснено разнообразие клинических форм этой болезни? Этот вопрос представляет еще большую трудность для разрешения, чем вопрос о причине возникновения самого токсикоза. Но все же предположительно разнообразие форм токсикоза можно объяснить так.

Если допустить, что на одно и то же раздражение у разных людей возможна различная ответная реакция организма, то тем более реально считать, что в отношении состояния у разных женщин также могут иметься различия. У одних людей оказывается более уязвимым один орган, у других — другой. Иначе говоря — у каждого человека есть свое «слабое место», свое *locus minoris resistentia*. Тогда общее заболевание организма наиболее отчетливо проявится в нарушении функции того органа или системы, которые окажутся более уязвимыми. В результате и возникают различные формы токсикоза. Так, повышенная возбудимость нервной системы, в частности вегетативной, со склонностью к раздражимости верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, может проявиться в повышенной секреции слюнных желез и рвоте. Недостаточная функциональная способность печени и других органов еще более осложнит это состояние — наступает тяжелое течение болезни, именуемое чрезмерной рвотой беременных, или «неукротимой» (*hyperemesis gravidarum*). Такое состояние обычно возникает в первой половине беременности, в период начальной перестройки организма. Можно допустить, что при этой форме особенно лабильной оказывается ве-

гетативная нервная система (в смысле ее легкой возбудимости), а также печень вследствие белковой недостаточности и понижения ее антитоксической функции.

Нельзя, конечно, не учитывать и обстоятельств, способствующих возникновению такой повышенной реактивности, как, например: состояния психики, отношения к будущему ребенку, общего состояния организма и перенесенных заболеваний, а также функциональной полноценности половой сферы и пр.

Во второй половине беременности, а чаще к концу ее или даже в родах, токсикоз проявляется другой клинической картиной, а именно: в виде отека, альбуминурии и гипертонии. Наряду с общим расстройством, в организме, при этих формах, по-видимому, наиболее лабильными оказываются сосудистая система, печень, почки и обменные процессы (водный и минеральный). И, наконец, при дерматозах особенная склонность кожи к заболеваниям может стать причиной именно этого вида токсикоза.

Заканчивая общее рассмотрение возможных причин возникновения токсикоза и клинических форм его проявления, мы перейдем к изложению отдельных примеров из практики. Придерживаясь последовательности в описании проявлений болезни, мы начнем разбор с токсикоза первой половины беременности, а затем — второй. Конечно, не следует думать, что в приведенных примерах может быть отображено все многообразие форм токсикоза. Мы считаем, что эти примеры могут служить только основой для изучения болезни, в типичных случаях ее проявления, по которым практический врач смог бы разобраться в ее различных вариантах.

ТОКСИКОЗЫ ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Начнем разбор этих токсикозов со слюнотечения (*Ptyalismus*) и рвоты беременных (*Vomitus gravidarum*).

Г-ка К., 31 года, поступила в амбулаторию клиники 9/XI 1951 г. с жалобами на общую слабость, головные боли, рвоту, которая возникает до 15—20 раз за сутки, и обильное слюнотечение. Появление рвоты не связано с приемом пищи или воды, рвота бывает даже ночью и даже прерывает сон. Начало заболевания связывает с задержкой менструации, которая в последний раз была 15 сентября. Вначале общее недомогание и поташнивание были незначительными, но 21 октября состояние ухудшилось: появилась рвота, и полностью исчез аппетит. В последние несколько дней не может удержать не только принятую пищу, но и глотка воды. От рвоты, невозможности приема пищи и недосыпания резко исхудала и крайне ослабла, что и заставило ее обратиться к нам за помощью. Беременность 3-я. Первая

беременность, бывшая в 1946 г., закончилась срочными нормальными родами, но в послеродовом периоде было лихорадочное состояние (какое заболевание явилось причиной лихорадки — больная не знает), выздоровела и выписалась из больницы с ребенком через месяц. В последующем лечилась амбулаторно по поводу хронического воспаления придатков матки. 2-я беременность, 2 года тому назад (в 1949 г.), была прервана по медицинским показаниям, вследствие обострившегося хронического холецистита и изнурительной рвоты. Беременная обследовалась в амбулатории.

Общее обследование: строение тела нормальное. Рост — 170 см, вес — 47 кг, температура тела — 37,2. Кожа тела суха, бледна, в углах рта и на подбородке гиперемирована и местами лишена эпидермального покрова. Тургор тканей понижен. Резкое обезвоживание. Подкожная жировая клетчатка выражена крайне слабо, дряблая. Видимые слизистые — бледны. Пульс ритмичный, мягковат, 98 ударов в минуту. Артериальное давление 100/50 мм рт. ст. Левая граница сердца слегка увеличена, тоны глухие. Дыхание везикулярное, ослабленное. Рефлексы: коленные и с ахилловых сухожилий — неравномерны и слегка повышены; зрачковый — вялый, роговичный и глоточный — резко понижены. Слабо выраженный красный дермографизм. Живот втянутый, мягкий, чувствительный при пальпации в подложечной области и слегка в правом подреберье. Границы печени нормальные. Селезенка не пальпируется.

Гинекологическое исследование. Строение и размеры таза нормальные. Наружные половые органы развиты правильно. Волосистой покров на лобке по женскому типу. Слизистая входа во влагалище бледна, с легким синюшным оттенком. Влагалище рожавшей женщины, слизистая умеренно складчатая. Шейка матки цилиндрической формы, нормальной величины и консистенции. Наружный зев щелевидный, закрыт, обращен кзади. Матка в умеренной anteflexio, неправильно-шаровидной формы, мягковата, во время исследования делается плотнее (симптом Снегирева). Справа прощупывается нормальный яичник, слева придатки не определяются. Своды свободны. Выделения молочного вида незначительные. При осмотре зеркалом: слизистая шейки матки и влагалища имеет синюшный оттенок. Какой может быть поставлен диагноз и что должен сделать врач? Диагноз, как видите, прост — имеется 7-недельная беременность, течение которой осложнено токсикозом, — рвотой беременных и слюнотечением.

Оценивая же данное состояние больной, врач, несомненно, увидит в этом не обычную рвоту беременных (*emesis gravidarum* s. *vomitus maturinus* — утренняя рвота), которая нередко встречается у беременных женщин и не требует врачебной помощи, а токсикоз в более тяжелой форме. Такая беременная

нуждается в стационарном обследовании. Лечить ее в амбулаторных условиях нельзя, так как необходимо повседневно и очень внимательно следить за состоянием ее здоровья. Какие при этом могут быть осложнения, скажем ниже. Врач амбулатории, учтя степень тяжести токсикоза, оставил больную в стационаре клиники. Дальнейшее обследование больной в стационаре показало следующее. Общий анализ крови — без существенных отклонений от нормального, Hb — 56%. Остаточный азот крови — 49 мг%. Основной обмен повышен. При физиологической норме обмена для этой больной, равной 1246 ккал, основной обмен у нее оказался равным 1481 ккал. Дыхательный коэффициент — 0,96. В моче следы ацетона. В остальном анализ мочи без особенностей. При рентгеноскопическом обследовании органов грудной полости найдено: сердце несколько гипертрофировано, пульсация возбуждена и лабильна. В легких изменений не обнаружено. К какому заключению можно прийти на основании клинического обследования? В отношении диагноза изменений, как видно, не будет, он остается прежним: 7-недельная беременность, осложненная токсикозом, — рвотой беременных и слюнотечением. Но как клинически оценить этот токсикоз, какова степень тяжести болезни? Можно ли лечить эту больную, сохранив у нее беременность, или ее необходимо прервать? Чтобы ответить на эти вопросы, надо прежде всего узнать, как сама больная относится к своей беременности, заинтересована ли она в ее сохранении или, наоборот, стремится от нее избавиться. Если эта беременность для нее нежелательна, то лечение токсикоза едва ли даст успех. Опыт показывает, что консервативное лечение рвоты беременных, проводимое вопреки желанию самой беременной, эффекта обычно не дает. Поэтому терапию такой формы токсикоза и нужно начинать именно с уточнения отношения больной к ее беременности.

Поговорив с больной, мы узнали, что она очень желает доносить беременность до конца и иметь ребенка. Теперь можно решать и следующие два вопроса: 1) какова степень тяжести болезни, можно ли пытаться лечить ее, не прерывая беременности? 2) как и чем лечить такую больную?

Отвечая на первый вопрос, мы должны отметить, что, как и всякое другое заболевание, рвота беременных бывает различной степени тяжести. Есть примеры, когда этот токсикоз протекает сравнительно легко и быстро исчезает при консервативном лечении, а есть такие его степени, когда единственным средством лечения остается прерывание беременности, и притом чем скорее, тем лучше. Следовательно, в вопросе лечения больных, страдающих рвотой беременных, следует руководствоваться не только отношением женщины к своей беременности, но и клиническим течением болезни. Врач сам должен установить, в каком случае желание больной сохранить беременность выполнимо,

а в каком оно связано с риском для ее здоровья и потому невыполнимо. Какие же признаки болезни служат врачу ориентиром для определения тяжести формы токсикоза?

Легкая степень — характеризуется наличием следующей клинической картины: общий вид больной удовлетворительный; рвота несколько раз в сутки, не связанная с приемом пищи. Аппетит понижен, но принятая пища и вода иногда и частично удерживаются. Ночной сон не дает полного отдыха — ощущается недомогание, некоторая расслабленность и сонливость. Иногда беспокоит головная боль. Вес тела падает, но медленно и по-немногу. Кожа с подкожной клетчаткой обладают достаточным тургором; видимые слизистые нормальной розовой окраски. Температура тела, пульс, артериальное давление и рефлексы (конъюнктивальный, роговичный, глоточный и сухожильные) нормальные.

Средняя степень — все субъективные ощущения болезненного состояния и объективные показатели те же, но проявлены значительно резче. Так, рвота учащается, достигая 20 раз и больше за сутки. Она возникает даже ночью, пробуждая больную. В рвотных массах — капельки слизи, нередко с примесью крови. Аппетит совсем отсутствует, пища и вода не удерживаются. Головные боли усиливаются, и появляется болезненность в подложечной области. Исхудание достигает значительной степени. Тургор ткани снижен. Температура тела — субфебрильная (37,0—37,6). Пульс учащен — мягкий, лабильный; артериальное давление заметно снижается. Рефлексы, особенно роговичный и глоточный, могут отсутствовать.

Тяжелая степень — чрезмерная рвота («неукротимая»¹) характеризуется еще более резко проявленными признаками болезни. При этой степени обращает на себя внимание заметное падение веса, состояние пульса. Последний крайне лабильный, частый (до 120 ударов в минуту и больше). Артериальное давление еще больше снижается. Частота рвоты иногда не поддается учету. Кожа бледная, с желтушным оттенком, дряблая и сухая (рис. 145). Головные боли очень сильные. В моче нарастает ацетон. Больная апатична, хотя иногда могут быть и периоды повышенной возбудимости. Если при таком состоянии не оказать помощи, то оно становится угрожающим: нарастает желтушность, больная впадает в коматозное состояние, и наступает смерть.

Патологоанатомическое исследование больных, погибших от токсикоза беременности, — чрезмерной рвоты — обнаруживает явное уменьшение объема печени, какое бывает при острой ди-

¹ Термин «неукротимая рвота» не вполне удачен, так как она является «неукротимой» только при наличии беременности, если же беременность прервать, то рвота прекращается. Поэтому большинством акушеров этот термин сейчас не применяется (Ред.).

строфии печени (острая атрофия печени). Некоторые авторы считают, что токсикоз беременности, проявленный в форме чрезмерной рвоты, непосредственно к острой дистрофии печени не приводит. Если подобное состояние встречается при токсикозе беременности, то оно возможно только в том случае, если у погибшей больной было болезненное состояние печени (в виде последствий ранее перенесенной «болезни Боткина», или уже при токсикозе наложился инфекционный гепатит). Может быть, это утверждение и является обоснованным. Мы не можем утверждать, что именно токсикоз беременности послужил причиной острой дистрофии печени. Однако мы наблюдали в клинике один такой пример, когда в прошлом у больной не было каких-либо серьезных болезней, в том числе и «болезни Боткина», а острая атрофия печени при токсикозе все же возникла.

Нужно отметить, что такое тяжелое течение болезни встречается чрезвычайно редко. В нашей клинике оно встретилось один раз за 25 лет. Быстрое и очень резкое падение веса при чрезмерной рвоте беременных, по-видимому, связано не только с голоданием. В конце XIX и начале нашего века этот вопрос был изучен П. М. Альбицким на кроликах. Одна группа животных находилась в условиях полного голодания (в том числе и водного), другая — в тех же условиях, но при наличии интоксикации. Падение веса у животных второй группы шло значительно заметнее и быстрее, чем у животных первой группы.



Рис. 145. Резкое истощение больной, страдавшей неукротимой рвотой беременности (по Петченко).

Но вернемся к нашей больной. Она очень хочет сохранить беременность. Можем ли мы считать, что при данном состоянии ее просьба выполнима? Какова степень тяжести токсикоза? Из данных обследования больной и общей, конечно, примерной, характеристики различных степеней тяжести болезни — такое состояние можно отнести к средней степени тяжести. Поэтому консервативное лечение здесь может быть применено.

В чем же состоит принцип лечения токсикоза? Основа лечения всех степеней рвоты беременных заключается в создании больной благоприятных условий: размещение в отдельной палате с чистым воздухом, индивидуальное питание, легко усвояемое, калорийное и витаминизированное, тишина, хороший уход и проведение мероприятий, способствующих отвлечению мыслей больной от заболевания. Применяется также медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. При этом необходимо общее обследование больной и контроль за ее весом. Известное распространение получил метод лечения, предложенный Н. В. Кобозевой¹, — терапия бромом и кофеином. Он состоит в том, что ежедневно однократно внутривенно вводится 10,0 мл 10%-ного раствора бромистого натрия совместно с 20 мл 40%-ной глюкозы и 300 мг аскорбиновой кислоты, а под кожу (два раза в день) по 1,0 мл 10%-ного раствора бензойно-натриевой соли кофеина (можно кофеин назначать и внутрь по 0,1—2 раза в день). Длительность таких введений — до 12 дней. Принципиальное значение применения брома в сочетании с кофеином состоит в том, что бром, как известно, «имеет специальное отношение к тормозному процессу, восстанавливая и усиливая его»,² а кофеин оказывает стимулирующее влияние на центральную нервную систему, тонизируя кору больших полушарий, повышая психическую и физиологическую работоспособность.

Л. С. Персианинов предложил для лечения аминазин по прописи: аминазин — 0,025, глюкоза — 0,5, в таблетках или капсулах, по одной таблетке 3 раза в день. Аминазин может быть введен и внутримышечно — 1 мл 2,5%-ного раствора вместе с 5 мл 0,25%-ного раствора новокаина, 1—2 раза в день.³ Другие авторы видели успех при лечении рвоты беременных пропазином по 0,025 — 3 раза в день, витамином В₆ по 25—50—100 мг внутримышечно 1 раз в день, внутрикожным введением 0,25%-ного раствора новокаина в область эпигастрального треугольника и при использовании ряда других препаратов (аэрона, дедалона, авиамина, спленина и др.), в том числе и психофармакологических.

Из числа физиотерапевтических процедур для лечения рвоты беременных предложена диатермия области солнечного сплете-

¹ Н. В. Кобозева. Акушерство и гинекология, 1951, 1.

² И. П. Павлов. Поли. собр. соч., т. 6, стр. 436, изд. 2, 1952.

³ При внутримышечном введении аминазина после инъекции больная должна лежать на спине в течение 3 ч во избежание коллапса.

ния, которая, по наблюдению некоторых авторов, при легкой форме болезни дает достаточно хороший эффект. С лечебной целью применяются также гипноз и психотерапевтическое воздействие. Для лечения средних и тяжелых степеней рвоты беременных у нас в клинике был разработан метод лечения сном на фоне общеукрепляющего лечения. По нашим наблюдениям, этим методом (иногда и в сочетании его с методом Н. В. Кобозевой) можно достигнуть значительного лечебного эффекта, даже и при тяжелом болезненном состоянии. Разработанный в клинике метод лечения состоит в следующем:

1. Так как при тяжелой степени рвоты беременных (а иногда и при средней степени тяжести) больные не могут питаться обычным путем, то, необходимо вводить им питательные вещества и жидкости непосредственно в кишечник или под кожу.

2. Вводимые питательные вещества должны быть легко усвояемы и обогащены витаминами.

С этой целью мы назначаем питательные клизмы, состоящие из легко усвояемых веществ (кровь, аминокровин, 5%-ный раствор глюкозы, физиологический раствор). Консервированная или свежая кровь от здоровой роженицы в количестве 100—150 мл разбавляется двумя—тремя литрами (в зависимости от степени обезвоживания) солевого раствора (2/3—5%-ной глюкозы и 1/3 физиологического раствора хлористого натрия). Такая смесь в слегка подогретом виде вводится в прямую кишку капельным способом. Частота капель должна быть такой, чтобы это количество жидкости было введено в кишечник за 2¹/₂—3 ч¹. Одновременно внутривенно вводятся 20—40 мл 40%-ной глюкозы с 5 мл 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты и 2—3 мл 5%-ного раствора витамина В₁. Такие питательные клизмы назначаются один раз в день, а иногда и с перерывом — через день. Если в кишечнике она удерживается недостаточно, то приходится вводить жидкости под кожу или внутривенно. Однако внутривенное введение крови, при тяжелой степени рвоты беременных, следует производить с большой осторожностью и в малых количествах, так как возможно коллаптоидное состояние и появление желтушной окраски склер и кожи.

3. Наряду с искусственным питанием, в клизме же назначаем снотворное — бром с нембуталом²: 50 мл 1/2%-ного

¹ Вполне понятно, что при введении крови необходим учет ее групповой и резус-принадлежности. Однако, как отмечает Т. Г. Соловьева, при таком способе введения возможность изосенсибилизации (при расхождении группы и резус-фактора) так незначительна, что для практических целей ею можно пренебречь.

² Проверив несколько препаратов из группы барбитуратов, мы остановились на нембутале, как лучшем средстве для лечения рвоты беременных. Применяемый вместе с бромом, он оказывается хорошим снотворным (сон спокойный, с ощущением отдыха при пробуждении) и не вызывает кумуляции.

раствора брома (у более ослабленных—1/4%-ный раствор), нембутала—0,2. Растворение порошка нембутала в растворе брома производится непосредственно перед введением. Эта лекарственная клизма может быть назначена 1—2 раза в день, в зависимости от тяжести случая. Наш опыт показал, что такие клизмы необходимо вводить при строгом соблюдении одних и тех же условий, в частности одного и того же времени суток.

Это важно потому, что очень скоро вырабатывается условный рефлекс «засыпания». Если при хорошем снотворном эффекте от введения этой лекарственной клизмы спустя 3—4 дня ввести в прямую кишку физиологический раствор, то при соблюдении тех же условий также наступает сон. Это обстоятельство позволяет достигнуть лечебного эффекта при меньшем введении лекарственных веществ. Если после клизмы, из физиологического раствора больная отмечает, что сон стал хуже, следует подкрепить условный рефлекс безусловным, — назначить клизму из брома с нембуталом.

У большинства больных применением того или иного средства, а иногда комбинации их, удается получить лечебный эффект: рвота прекращается, общее состояние больной улучшается, проявляется аппетит, и начинается медленное прибывание веса. Однако в редких случаях болезнь прогрессирует, несмотря на проводимую консервативную терапию. Тогда появление основных признаков чрезмерной рвоты: частого лабильного пульса, с заметным падением артериального давления, быстрого и заметного падения веса и очень частой рвоты — заставляет отказаться от консервативной терапии и прибегнуть к операции аборта. С прерыванием беременности особенно следует поспешить, если появилась желтушность и заметное нарастание ацетона в моче. Дальнейшее выжидание в таком случае опасно для здоровья больной. Даже и после аборта у таких больных выздоровление идет медленно и затягивается на недели. Таковы в настоящее время лечебные мероприятия при токсикозе первой половины беременности — рвоте беременных.

Какой же из этих методов лечения мы применим у нашей больной? Используем вначале лечение сном на фоне общеукрепляющего лечения. Если мы установим, что это не даст эффекта, тогда применим метод Н. В. Кобозевой. Как оказалось, примененный в дальнейшем метод лечения дал положительный результат, несмотря на то, что степень токсикоза была довольно тяжелой. Уже на 7-й день рвота стала реже, а слюнотечение почти не беспокоило. Стали удерживаться небольшие порции выпитой воды. В дальнейшем, хотя и медленно, состояние здоровья продолжало улучшаться, и к исходу месяца больная вполне выздоровела. Выписана из клиники здоровой, с нормально прогрессирующей беременностью на 33-й день от момента поступления.

Краткий эпикриз. В клинику поступает беременная, страдающая токсикозом (рвотой беременных) средней тяжести. Проведенное лечение сном на фоне общеукрепляющего лечения дало хороший эффект, и больная выписана из клиники здоровой, с нормально прогрессирующей беременностью.

Теперь рассмотрим другую больную.

Гр-ка Ш., 39 лет, 12 ноября 1951 г. поступила в клинику для стационарного лечения по поводу токсикоза—рвоты беременных.

Из анамнеза установлено: настоящая беременность четвертая, последние месячные были 1 сентября. В прошлом перенесла сыпной тиф (в 1930 г.), нефрозо-нефрит (в 1931 г.), операцию на щитовидной железе по поводу зоба (в 1940 г.) и в 1941 г. в блокированном Ленинграде—дистрофию. Первая беременность, бывшая 18 лет тому назад (в 1933 г.), сопровождалась тягостными ощущениями тошноты и иногда рвоты, но была доношена и закончилась нормальными родами живым плодом. Последующие же две беременности были прерваны по медицинским показаниям: одна в 1935 г. по поводу нефрозо-нефрита, а другая— в 1943 г. по поводу неукротимой рвоты беременных. При этой беременности чувствовала себя вполне здоровой, но с 15/IX стала ощущать общее недомогание и обильное слюнотечение. К концу сентября месяца состояние здоровья ухудшилось. Слюнотечение стало очень обильным и тягостным, недомогание увеличилось, и присоединилась рвота, которая постепенно все учащалась. Больная, будучи сама врачом, хотя и с трудом, но продолжала свою работу, считая, что эти явления носят временный характер и вскоре пройдут. В консультацию для беременных не обращалась из-за боязни, что врач будет рекомендовать прервать беременность, — сохранение же ее было очень желательным и даже необходимым по семейным обстоятельствам. Наконец, к 15 ноября (через 2 месяца от начала болезни) состояние стало настолько тягостным, что больная была вынуждена обратиться к врачу женской консультации, который нашел необходимым прерывание беременности. Однако больная от аборта отказалась. Пробыв еще два дня дома, она была вынуждена пригласить врача на дом, так как в поликлинику пойти сама уже не могла. В тот же день, 17 ноября, ее доставили в нашу клинику в очень тяжелом состоянии, на носилках. За время болезни потеряла в весе 17 кг. Основные жалобы в момент поступления: общая слабость, головная боль, раздражающее обильное слюнотечение и рвоты, число которых трудно поддается учету. Общее объективное исследование больной показало следующее: сознание ясное, выраженное исхудание и обезвоживание. Тургор тканей резко понижен. Кожа и видимые слизистые бледны. Небольшая пастозность лица и нижних конечностей. Кожа в углах губ и на подбородке ярко-красного цвета и мацерирована. Границы сердца умеренно расширены, тоны глухие, пульс — 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное

давление — 100/50 мм рт. ст. Дыхание ослабленное. Температура тела — 37,2. Живот правильной формы, втянутый, чувствительный при пальпации в области правого подреберья и под ложечкой. Границы печени в пределах нормального. Конъюнктивальные, роговичные и глоточный рефлекс — отсутствуют, сухожильные — резко ослаблены. Реакция на ацетон в моче — резко положительная.

Анализ крови: без существенных отклонений, но содержание гемоглобина понижено. Основной обмен понижен: при норме для данной больной 1296 ккал, он составил только 892 ккал. Дыхательный коэффициент равен 0,83.

Гинекологическое исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище бледна, с небольшим синюшным оттенком. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки — цилиндрической формы, нормальной величины и консистенции. Наружный зев щелевидный, закрыт, обращен кзади. Матка в нормальном положении неправильно-шаровидной формы, мягковата, увеличена соответственно 9-недельной беременности. Справа определяются неизменные придатки, слева они не определяются. Своды свободны. Выделения серозные, скудные. Слизистая шейки матки нормальная.

В отношении диагноза сомнений, видимо, не возникает: имеется 9-недельная беременность, осложненная токсикозом — тяжелой формой рвоты беременных и слюнотечением. Возникает другой вопрос: можно ли в данном случае удовлетворить упорное желание больной сохранить беременность? К какой степени тяжести можно отнести токсикоз у нашей больной?

В первом примере этого раздела мы дали характеристику различных степеней тяжести токсикоза — рвоты беременных. Исходя из этого описания, на основании состояния пульса и общего удовлетворительного состояния больной, мы вправе считать, что в данном случае имеется хотя и сравнительно тяжелая степень токсикоза, но не чрезмерная рвота. Принимая же во внимание горячее желание больной сохранить беременность, мы можем пойти ей навстречу, так как еще есть возможность применить консервативное лечение, конечно, при особенно тщательном наблюдении. Такое решение может быть оправдано еще и тем, что больная только что поступила, и нам еще неизвестна динамика болезни.

Однако будем очень внимательно следить за состоянием больной. При первых же симптомах угрожаемого состояния ее просьбой о сохранении беременности придется пренебречь и беременность прервать. Однажды мы наблюдали такую же больную, которая горячими просьбами оттягивала наше решение о прерывании беременности. А когда аборт все же был сделан, то выяснилось, что эта помощь оказана уже с опозданием. На-

навшаяся острая желтая атрофия печени продолжала прогрессировать и после удаления зародыша, приведя больную к гибели.

Итак, мы решили начать лечение больной, сохраняя беременность. Учитывая тяжесть болезни, в комплекс лечебных мероприятий должны войти: соответствующие условия охранительного режима, витаминизация, искусственное кормление и введение в организм жидкости, бром с кофеином (по Кобозевой) и снотворные. Однако, спустя двое суток, мы были вынуждены признать, что лечебные мероприятия не только не дали эффекта, но и не остановили прогрессирования болезненного процесса, — состояние больной продолжало ухудшаться. Это выразилось в том, что стала нарастать общая слабость, появилась апатия, пульс участился до 120 ударов в минуту, а артериальное давление снизилось до 95/45 мм рт. ст. Содержание ацетона в моче повысилось, рвота почти непрерывна, появилась желтушная окраска склер. За два дня пребывания в клинике больная потеряла в весе 1800,0 г. К какой степени тяжести мы должны отнести данное заболевание? Теперь эта «тяжелая степень рвоты беременных» должна быть определена как «чрезмерная рвота». При этой степени тяжести токсикоза нельзя продолжать настаивать на консервативном лечении. Дальнейшее сохранение беременности может привести к необратимым патологическим изменениям в организме и закончиться печальным исходом — смертью больной. За длительный срок нелеченной болезни, проведенный больной вне клиники, видимо, наступили такие глубокие изменения, которые уже невозможно устранить лечебными средствами. Беременность была прервана. Но и после операции аборта больная еще долго не могла выйти из тяжелого состояния, несмотря на продолжающуюся терапию. Только спустя 7 дней в течении болезни стал намечаться перелом, и больная стала медленно выздоравливать. На 33-й день после аборта она была выписана из клиники здоровой.

Краткий эпикриз. В клинику поступает беременная, страдающая тяжелой степенью рвоты беременных. Проведенное в течение двух суток комплексное лечение, при сохраненной беременности, эффекта не дает. Наоборот, болезнь прогрессирует, и «тяжелая степень рвоты беременных» переходит в следующую фазу — «чрезмерную рвоту». С лечебной целью беременность прерывается. Но еще долго после операции аборта больная находится в тяжелом состоянии. Полное выздоровление наступает после месяца упорного лечения.

ЛЕКЦИЯ ДЕВЯТАЯ

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

(продолжение)

ТОКСИКОЗЫ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Как уже говорилось выше, токсикоз второй половины беременности проявляется обычно в виде отека в сочетании с гипертонией и альбуминурией. Эта триада клинических симптомов (отек — гипертония — альбуминурия) токсикоза позднего срока беременности столь характерна, что послужила основанием для отнесения этого страдания к так называемым токсикозам отечно-нефротической группы. Исходя из сущности названия — токсикоз отечно-нефротической группы — можно было бы думать, что основным этиологическим моментом болезни является только расстройство водно-солевого обмена и функции почек. Однако такое суждение было бы неправильным. Хотя отек, гипертония и альбуминурия служат, действительно, характерными признаками расстройства водно-солевого обмена и функции почек, тем не менее, и здесь, как при токсикозах первой половины беременности, нарушения произошли во многих органах и системах.

К токсикозам отечно-нефротической группы относятся: водянка беременных (*hydrops gravidarum*), нефропатия беременных (*nephropathia gravidarum*), преэклампсия и эклампсия (*eclampsia*). Все эти клинические формы токсикоза являются не отдельными нозологическими единицами, а лишь последовательно развивающимися стадиями (или фазами) одной болезни, объединенными общностью этиопатогенеза.

С клинической точки зрения, общим для этих стадий болезни является то, что они в определенно очерченной форме возникают только в связи с беременностью, почти как правило, во второй ее половине, чаще у первобеременных, и обычно исчезают вскоре после родов.

Если при токсикозе первой половины беременности характерной клинической картиной было расстройство пищевых рефлексов (слюнотечение, рвота) и только при тяжелой степени болезни выявлялись сосудистые расстройства (гипотония), то при токсикозе второй половины беременности последние являются основными, определяющими характер клинической кар-

тины болезни. Расстройства сосудистой системы при позднем токсикозе обычно проявляются в гипертонии, спазме артериол, повышенной ломкости и проницаемости сосудистых стенок для жидкой части крови и ее форменных элементов. Нарушения в сосудистой системе приводят к повышенной проницаемости почечного эпителия (клубочков и канальцев) для белков крови, а также к возможности легкого кровоизлияния в различные органы. Наряду с этим нарушаются обменные процессы, в частности водный и минеральный, тканями задерживаются хлориды.

В результате всех этих расстройств у беременных появляются гипертония, альбуминурия и отеки. Последние могут локализоваться не только в подкожной клетчатке или в глубоких тканях. Отек может распространиться на головной мозг, что сопровождается головными болями, нарушением зрения (отек сетчатки), а иногда и более тяжелыми мозговыми явлениями: За редким исключением, основные признаки позднего токсикоза развиваются постепенно и в определенной последовательности: вначале отек, затем присоединяются гипертония и альбуминурия и, только в особенно тяжелых случаях, — мозговые расстройства. Однако в редких случаях все симптомы болезни могут развиваться одновременно и внезапно. Прогноз при таком проявлении токсикоза особенно неблагоприятен.

Однако, хотя основные, первичные расстройства являются общими для всех стадий этого токсикоза, тем не менее, при последовательном развитии патологического процесса тяжесть заболевания нарастает от водянки беременных к эклампсии. Поэтому будет правильным в практике считать преэклампсией не только одну из клинических фаз токсикоза отечно-нефротической группы, а все стадии токсикоза — от водянки беременных до самой преэклампсии включительно. Такое понятие динамики развития болезненного процесса оправдано двумя важными обстоятельствами.

Во-первых, как уже говорилось, только редко встречается внезапное появление эклампсии без предшествующей ей стадии отека и нефропатии, а во-вторых, указанное положение повышает внимание акушера к беременной, у которой имеются даже незначительные клинические симптомы, характеризующие токсикоз отечно-нефротической группы.

Теперь перейдем к разбору клинических наблюдений, характеризующих различные стадии этой болезни.

Водянка беременных. Гр-ка Ч-ва, 22 лет, повторнородимая, 7/III 1958 г. обратилась в амбулаторию клиники по поводу появившихся 3 дня тому назад отеков на ногах. Из анамнеза установили следующее: в семье росла третьим ребенком, была здорова и развивалась нормально. Первые месячные пришли на 12-м году и установились сразу по 4—5 дней, через

26 дней, болезненны (до замужества). Замуж вышла 2 года тому назад. Первая беременность в 1957 г. спонтанно прервалась на 12-й неделе. Послеабортный период протекал гладко. Последние менструации были 31/VIII 1957 г. С начала настоящей беременности состоит под наблюдением врача женской консультации. Из обменной карты беременных видно, что состояние здоровья беременной было хорошим, артериальное давление и анализы мочи нормальные. Однако с 17/II стала отмечаться повышенная прибавка в весе. По поводу появившихся 3 дня тому назад отеков на ногах к врачу консультации не обращалась.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: рост — 156 см, вес тела — 87,6 кг. Общий вид вполне удовлетворительный, строение тела нормальное. Кожа брюшной стенки пастозная, со следами многочисленных рубцов беременности (*striae gravidarum*). Выраженный отек голеней. Со стороны органов грудной полости — без отклонений от нормы. Температура тела — 36,7, пульс ритмичный, хорошего наполнения, 72 удара в минуту. АД — 110/55 мм рт. ст.

Наружное акушерское исследование. Дно матки на 1½ пальца выше пупка. Положение плода продольное, головное предлежание. Головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 135 в минуту, слева ниже пупка.

Размеры таза: 25 см, 28 см, 32 см, 21 см. Наружные половые органы развиты правильно, слегка отечны. Слизистая входа во влагалище умеренно цианотична. Внутреннее исследование в амбулаторных условиях при большом сроке беременности не производилось.

Вы, видимо, уже догадываетесь, что повышенная прибавка в весе, отмеченная за последние две недели, и отеки говорят о токсикозе отечно-нефротической группы при наличии 26-недельной беременности. Но к какой стадии может быть отнесено заболевание у этой женщины? Хотя мы не знаем состава мочи (последний анализ был произведен в консультации 2½ недели тому назад), однако, судя по общему состоянию здоровья и нормальному (даже слегка пониженному) артериальному давлению, мы можем предположить, что здесь имеется первая фаза токсикоза — водянка беременных. Для более детального обследования больной, памятуя о том, что даже первую фазу отечно-нефротической группы следует рассматривать как возможную преэклампсию, мы предложили ей остаться в стационаре клиники. Больная согласилась.

Из педагогических соображений заранее скажем, что произведенные неоднократно в стационаре анализы мочи не обнаруживали каких-либо отклонений, а артериальное давление все время оставалось нормальным.

Таким образом, наш предполагаемый диагноз, поставленный в амбулатории, оказался правильным; 26-недельная беременность, осложненная токсикозом в стадии отека.

Чтобы иметь более ясное представление об этой фазе токсикоза отечно-нефротической группы, остановимся на ней несколько подробнее, прежде чем говорить о ее лечении. Прежде всего возникает вопрос, всегда ли отеки у беременных указывают на наличие токсикоза? Во время беременности пастозность и даже небольшие отеки, особенно в области лодыжек, встречаются нередко. Однако женщины остаются вполне работоспособными, так как эти отеки не ухудшают их общего самочувствия. К тому же они полностью исчезают после отдыха в постели. Не исключено, что образование таких преходящих отеков частично может быть связано с механической причиной, т. е. с затруднением оттока (крови и лимфы) из нижних конечностей, вследствие давления увеличенной матки на сосуды таза (главным образом на венозные сосуды). В результате этого давление в венозных сосудах нижних конечностей, по сравнению с сосудами других частей тела, повышается, что и приводит к обогащению тканей жидкостью.

Но встречаются такие отеки, которые остаются у беременной и при длительном постельном режиме. Появление этих отеков уже нельзя объяснить механическими затруднениями в кровотоке. Они должны рассматриваться как проявление токсикоза. Говоря об отеке беременных, следует иметь в виду не только явные отеки, видимые глазом и определяемые пальпаторно. Отеки могут быть и скрытые. Они отличаются от явных тем, что подкожная клетчатка не отекает, так как они возникают в глубоко лежащей соединительной ткани. Выявляются они путем систематического взвешивания беременной. При нормальном развитии беременности во второй ее половине еженедельная прибавка в весе колеблется от 300,0 до 400,0 г.

Если отмечено, что за неделю прибавка в весе тела беременной превысила эту норму, а наружных отеков нет, то, видимо, имеются скрытые отеки. Чем можно подтвердить предположение о наличии скрытого отека? Для этого может быть использована простая реакция Мак-Клюра и Олдрича. Принцип ее основан на выявлении гидрофильности ткани. Технически она производится следующим образом: в сгибательную поверхность предплечья внутрикжно (в виде «лимонной корочки») вводится 0,2 мл физиологического раствора. В нормальных условиях полное рассасывание введенного вещества происходит в течение 55—60 мин. Если рассасывание произошло быстрее, то очевидно, что ткани гидрофильны, они способны быстро всосать введенную жидкость, реакция на скрытые отеки в таком случае положительная.

Как часто встречается токсикоз в виде отека беременных? Проходящие отеки, появляющиеся у беременных к концу рабо-

чего дня или при длительной ходьбе и исчезающие при отдыхе в постели, т. е. такие отеки, которые не характеризуют собой токсикоза, — встречаются довольно часто. Но отеки беременных как проявление токсикоза отечно-нефротической группы наблюдаются значительно реже, примерно в 3—5% от общего числа беременных. Клинически эта стадия токсикоза проявляется различно — в зависимости от тяжести болезни.

При небольших отеках, располагающихся на нижних конечностях и даже при средней их степени (отек наружных половых



Рис. 146. Отек половых органов и нижних конечностей при водянке беременных (по Жорданиа).

органов и брюшной стенки), общее состояние здоровья беременной может и не нарушаться. Такие отеки при соответствующем режиме и лечении довольно быстро исчезают, и в дальнейшем беременность может продолжаться нормально.

Но при значительной выраженности их, когда они распространяются на лицо и на все участки тела (общий отек — анасарка), появляются одышка, чувство тяжести и быстрая утомляемость (рис. 146). Такие отеки представляют серьезное заболевание, так как при этих условиях отек беременных может перейти в следующую фазу токсикоза — нефропатию. Быстрота появления и распространения отеков может быть различной. Чаще они развиваются постепенно, начиная с пастозности и появляясь впервые на нижних конечностях. Но иногда они нарастают очень быстро, в течение короткого времени распространяясь на большие участки тела. Суточный диурез обычно снижен,

и это выражено тем больше, чем быстрее и заметнее нарастают отеки. Клинический анализ мочи при отеке беременных патологических элементов (кровь, цилиндры) не обнаруживает, за исключением белка в виде следов. Однако следы белка не характеризуют степень тяжести отека беременных, так как следы белка в моче могут определяться и при нормальном развитии беременности. Но если установлено, что при отеке беременных количество белка в моче нарастает, то такая больная должна быть особенно тщательно и всесторонне обследована. В этом случае необходимо выяснить причину нарастания белка в моче. Последняя может быть следствием перехода токсикоза из стадии отека беременных в стадию нефропатии или быть следствием заболевания почек и сердца. Артериальное давление при отеке беременных (водянка беременных) остается нормальным.

Из изменений на глазном дне иногда может быть обнаружено небольшое расширение капилляров, но, как правило, глазное дно остается нормальным.

Так как болезни сердца и почек у женщины не исключают возможности наступления у них беременности, то возникает необходимость уметь отличить отеки, вызванные заболеванием этих органов, от отека беременных как формы проявления токсикоза.

Для дифференцировки заболеваний, сопровождающихся отеками, приведенная ниже таблица (табл. 3) может оказаться полезной, особенно на первом этапе обследования больной, почему мы и сочли возможным ее привести.

Приводя эту дифференциальную таблицу некоторых клинических признаков, мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что она может служить только ориентиром при первоначальном обследовании больной. Следует иметь в виду, что в практике могут встретиться сочетанные заболевания, как, например, водянка беременных и беременность при заболеваниях сердца, почек и других органов.

В лечении водянки беременных следует видеть не только борьбу с отеками, но и профилактику развития последующих стадий этого токсикоза — нефропатии и, главным образом, эклампсии. Поэтому, наряду с лечебными мероприятиями, необходим контроль за развитием болезни. Из этого, следовательно, вытекает, что такие больные являются стационарными, а не амбулаторными.

Из данных повседневного обследования особенное значение приобретают:

1. Общее состояние здоровья и стойкость отеков.
2. Состояние артериального давления.
3. Анализы мочи.
4. Суточный диурез.
5. Показатели веса.

Дифференциально-диагностические признаки различных видов отеков, могущих встретиться при беременности (по Г. М. Салганику)

	Отеки беременных как форма проявления токсикоза	Отеки, вызванные болезнью почек	Отеки, вызванные пороком сердца
Анамнез	Заболеваний сердца и почек не было	Нередко — нефрит	В анамнезе сердечные заболевания
Артериальное давление	Нормальное	Всегда повышено	В зависимости от характера заболевания — нормальное или повышенное
Локализация отеков	Начинается обычно на нижних конечностях. В плевральной и брюшной полостях свободной жидкости нет	Обычно начинаются с лица, в последующем распространяясь на все участки тела	Отекают нижние конечности, отеки не распространяются выше области сердца. Часто асцит
Белок в моче	Отсутствует	Всегда имеется	В зависимости от тяжести болезни отсутствует или имеется

К основным лечебным мероприятиям должны быть отнесены следующие:

1. Постельный режим¹ в теплой, хорошо проветриваемой палате, где может быть обеспечен охранительный режим.
2. Клизма из 0,5% — 1%-ного раствора бромистого натрия с нембуталом (0,2) — при недостаточном естественном сне.
3. Ограничение приема жидкости (в пределах 300,0—1000,0 мл в сутки) — в зависимости от тяжести болезни.
4. Шадающая, но достаточно калорийная диета (с ограничением поваренной соли и исключением веществ, раздражающих почечный эпителий, — специи).
5. Ежедневное внутривенное введение 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с 100 мг аскорбиновой кислоты и витамина группы В.
6. Периодическое вдыхание кислорода (3—4 подушки за сутки).
7. Диатермия почечной области.

Такая терапия у большинства женщин дает эффект, и отеки начинают спадать уже по прошествии нескольких дней от на-

¹ Постельный режим тем строже, чем обширнее и значительнее отеки.

чала лечения. Если, несмотря на такую терапию, отеки продолжают оставаться прежними или даже нарастают, то проводится более строгий водный и пищевой режим. Однако не следует придерживаться безбелковой диеты. Как показали наблюдения, длительное содержание больных на безбелковой диете может способствовать образованию отека. Подтверждением этому являются отеки у населения блокированного Ленинграда во время Великой Отечественной войны. Из лекарственных средств добавляются диуретин с люминалом, по прописи:

Rp.: Diuretini 0,5¹

Luminali 0,02

S. По 1 порошку 3 раза в день.

Если наступило стойкое исчезновение отеков и состояние здоровья не требует дальнейшего пребывания в стационаре, а до срока родов еще далеко, то такая женщина может быть выписана для амбулаторного наблюдения. По выходе из стационара она должна быть хорошо осведомлена о режиме (бытовом и пищевом) и избегать переохлаждения тела. Если же роды ожидаются в пределах ближайших 1—2 недель, то такую беременную лучше не выписывать. Но вернемся к нашей больной. Какую терапию мы ей проводили и какой получили результат?

Ведя тщательный контроль за состоянием здоровья больной, мы создали ей соответствующие условия больничного режима и лечения, какие были рекомендованы выше.

Уже по прошествии трех дней пребывания в клинике стало отмечаться улучшение: уменьшились отеки, увеличился диурез. Общее состояние здоровья продолжало оставаться удовлетворительным, артериальное давление не повышалось и не появлялась альбуминурия. В последующие 6 дней отеки полностью исчезли, и, спустя еще 5 дней, когда мы убедились в стойкости излечения, она была выписана домой с нормально прогрессирующей беременностью. В дальнейшем рецидива не было, и в свое время она разрешилась у нас же в клинике здоровым ребенком.

Какой прогноз отека беременных? При своевременно начатом и правильном режиме и лечении прогноз обычно благоприятный. Отеки у большинства женщин довольно быстро исчезают и при соблюдении беременной соответствующих условий не рецидивируют. Однако примерно в 20% эта стадия токсикоза может перейти в следующую — нефропатию. Исключительно редко может возникнуть и тромбоз сосудов с последующим очаговым омертвением тканей. Такое осложнение мы в нашей клинике не наблюдали, но по литературным данным (А. И. Петченко)² оно

¹ По данным В. В. Савича, назначение люминала при нефропатии нецелесообразно, так как он угнетает диурез. Однако мы этого не отмечали.

² А. И. Петченко. Акушерство. Киев, 1954.

возможно и преимущественно в области вульвы (при тяжелой степени отека этой области).

Перейдем к рассмотрению следующей фазы токсикозов беременности этой группы — нефропатии. Приведем пример нефропатии средней тяжести.

Гр-ка Б-а, 39 лет, 30/XII 1959 г. поступила в клинику по поводу начавшихся 3 ч тому назад болей в низу живота и пояснице. Несколько раньше появилась головная боль. Беременность первая, доношенная, последние месячные были 20 марта, а первое шевеление отметила в июле (числа не помнит).

Из анамнеза установили, что ребенком развивалась нормально, родители здоровы. В детстве перенесла паратиф, эпидемический паротит (свинку) и тиф (какой, не знает). Менструации начались с 15 лет, установились сразу по 3 дня, через 4 недели. Замуж вышла 1½ года тому назад. Беременность развивалась нормально, женскую консультацию посещала нерегулярно.

При знакомстве с обменной картой беременной обращает на себя внимание следующее: в моче, анализ которой произведен месяц тому назад, обнаружен белок — 0,132%. Однако указаний на уровень артериального давления, прирост в весе и рекомендации врача нет.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: общее состояние удовлетворительное; рост — 164 см, вес — 80 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Небольшая отечность голеней и пастозность кожи нижнего отдела живота. Со стороны органов грудной клетки — без отклонений от нормального. Температура 36,9; пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 170/100 мм рт. ст. Произведенное исследование мочи и крови показало: кровь без отклонений от нормы; группа крови В (III), Rh+; моча — удельный вес 1015; белок 0,33%. В осадке: зернистые цилиндры — 1—2 не в каждом поле зрения; лейкоциты — 1—2 в поле зрения.

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы, дно матки — на 36 см от лона, окружность живота — 102 см. Положение плода продольное, спинка — слева. Предлежит головка, прижата ко входу таза. Сердцебиение плода слева, несколько ниже пупка, 136 ударов в минуту. Размеры таза: 26; 29; 32; 20 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до наиболее отдаленной части головки равно 18,5 см.

Внутреннее (влагалищное) исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Слизистая входа во влагалище синюшная. Влагалище нерожавшей женщины, шейка полностью сохранена, наружный зев — закрыт. Сквозь мягкие ткани прощупывается головка, прижатая ко входу таза. Мыс

не достигается. Внутренняя поверхность стенок таза — нормальная (экзостозов нет).

Ознакомившись с анамнезом и с данными объективного исследования, вы, видимо, уже догадываетесь, что здесь речь идет о доношенной беременности, осложненной нефропатией. В родах ли поступившая беременная? Ведь она отмечает болезненность в низу живота и в области поясницы. Нет, не в родах. Имеющиеся жалобы на боль — схватки-предвестники, а не родовые. Это подтверждает влагалищное исследование, при котором найдена вполне сохранившаяся шейка. Следовательно, начала родового процесса, характеризующегося у первородящих раскрытием внутреннего зева и укорочением шейки матки, еще не наступило.

Если беременная еще не в родах, то почему же мы оставили ее в клинике? Может быть, ей лучше побыть дома, а не в больничной обстановке? Нет, не приняв ее в стационар и отпустить домой нельзя. Беременная, страдающая нефропатией, подлежит госпитализации, как только поставлен такой диагноз. Итак, мы решили оставить беременную в стационаре.

Теперь познакомимся с этой формой токсикоза беременности. Прежде всего выясним те положения, которые послужили нам основанием считать, что у данной женщины беременность осложнена токсикозом отечно-нефротической группы в стадии нефропатии. Диагноз нефропатии мы поставили на основании трех клинических признаков, характеризующих эту стадию токсикоза отечной группы, а именно: гипертонии, альбуминурии и отека. Остановимся на характеристике каждого из этих признаков.

Гипертония. Опыт показывает, что максимальное артериальное давление у беременных, не превышающее 135 мм рт. ст., встречается нередко, и при этом болезненного состояния не бывает. Это послужило основанием считать такой уровень давления нормальным для беременных. Однако подобное суждение является относительным. Не следует эту высоту максимального артериального давления считать нормальной для всех беременных, так как в большинстве случаев мы не знаем, какое давление было у женщины до беременности. Для некоторых страдающих гипотонией давление в 135 мм рт. ст. может являться значительно повышенным. Поэтому высота максимального артериального давления, равная 135 мм рт. ст., может считаться нормальной только в том случае, если одновременно нет других признаков токсикоза и общее состояние здоровья беременной вполне хорошее.

Степень тяжести гипертонии не определяется только высотой максимального (систолического) артериального давления. В оценке тяжести имеет значение и минимальное (диастолическое), а главным образом — пульсовое давление, т. е. разница между максимальным и минимальным. Чем выше минимальное

давление, т. е. чем оно ближе к максимальному, тем тяжелее заболевание. Г. Ф. Ланг считает, что небольшое различие между высотой максимального и минимального давления при гипертонии зависит главным образом от значительного сокращения артериол. В норме пульсовое давление равно 40—50 мм рт. ст. У нашей больной давление 170/100 мм рт. ст.

Альбуминурия. Выше мы уже говорили о том, что во время беременности почечный эпителий может становиться проницаемым для белков крови. Поэтому принято считать, что если у беременной, при общем хорошем состоянии, при отсутствии гипертонии и отеков, в моче определяется белок в виде следов или в пределах 0,1%, то это явление не должно вызывать тревоги. Однако наблюдение за такой беременной должно быть особенно тщательным. Повторные анализы мочи, строгий учет динамики веса и артериального давления помогут в дальнейшем своевременно выявить нефропатию. У нашей больной — 0,33% белка.

Основным прогностическим признаком при нефропатии является время ее появления: чем раньше она наступила и упорнее держится, тем тяжелее прогноз. Большое значение имеет и уровень гипертонии. Чем тяжелее нефропатия, тем чаще она сопровождается высоким артериальным давлением. Это видно из приведенной ниже таблицы (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика степеней тяжести нефропатии

Степень тяжести нефропатии	Частота отеков (в %)	Артериальное давление		Альбуминурия	
		степень гипертонии (в мм рт. ст.)	частота (в %)	количество белка в моче (в %)	частота (в %)
Легкая . . .	8,43	до 140	9,4	до 1	25,4
Средняя . . .	78,43	» 160	22,18	» 5	50,85
Тяжелая . . .	13,14	свыше 160	68,42	свыше 5	23,75

Но опыт учит и о другом, о чем никогда не следует забывать, а именно: тяжесть нефропатии не всегда идет параллельно с выраженностью клинических симптомов триады.

Однако, хотя и не при всех случаях нефропатии, а чаще при более тяжелой ее степени, может быть еще и четвертый признак, а именно: характерные изменения в глазном дне. Последние сводятся к тому, что артериальные сосуды определяются суженными, а венозные, наоборот, расширенными. Кроме того, возможен отек сетчатки, точечные кровоизлияния в ней, а в особенно тяжелых случаях, — наблюдаемых крайне редко, — застойный сосок, альбуминурический ретинит и даже отслойка сетчатки. Эти изменения в глазном дне приводят к расстройству зрения, степень которого зависит от характера и глубины изме-

нений. Иногда одни больные отмечают, что у них перед глазами как будто стоит сетка, другие — «мелькание мушек» перед глазами и даже понижение остроты зрения. Одновременно могут быть и головные боли как следствие расстройства мозгового кровообращения.

Только ли нефропатии беременности свойственны гипертония, альбуминурия и отек? Нет, эти клинические признаки могут иметь место у беременной и не как следствие проявления токсикоза. Выше мы говорили о том, что нефропатия, как проявление токсикоза беременности, характеризуется определенной триадой клинических симптомов. Они в совокупности (или раздельно) могут быть у беременной и при болезни почек (гломерулонефрит, нефрозо-нефрит) или при наличии гипертонической болезни.

Чем же тогда руководствоваться в постановке диагноза «нефропатия беременных», если ее основные клинические признаки совпадают с другими заболеваниями, могущими быть у беременных? Конечно, дифференциальная диагностика в этом случае не всегда бывает легкой. Затруднить ее может и сочетание того и другого. Но тщательное ознакомление с анамнезом и всестороннее обследование больной позволят оценить данное заболевание и прийти к правильному заключению.

Мы считаем полезным привести таблицу (табл. 5) основных признаков, до известной степени характеризующих нефропатию, как форму проявления токсикоза беременности, и другие заболевания у беременной, в частности болезни почек. Однако эта таблица не исключает детального обследования больной, а предназначается только для первоначального суждения о характере болезни.

Что же касается дифференциальной диагностики между нефропатией и гипертонической болезнью, то она иногда бывает трудна. Это обусловлено тем, что токсикоз беременности может проявляться моносимптомно, только в виде гипертонии. Однако и здесь на помощь могут прийти следующие два показателя.

Во-первых, за гипертоническую болезнь при беременности могут говорить анамнестические сведения (имевшаяся гипертония и головная боль в прошлом) и появление гипертонии в раннем сроке беременности (гипертоническая болезнь при беременности проявляется на протяжении всего срока беременности, начиная от ее начала, нефропатия же — главным образом только во второй половине ее).

Во-вторых, может быть проведена магниезиальная проба. Как впервые отметил С. М. Беккер, раствор серноокислой магнезии, введенный внутримышечно в количестве 4,0—5,0 г сухого вещества (13—17 мл 30%-ного раствора), обычно снижает артериальное давление при нефропатии и не снижает его при гипертонической болезни. Частота нефропатии по отношению к об-

Клинико-лабораторные показатели при нефропатии и при болезни почек у беременной

	Нефропатия беременных	Заболевание почек (гломерулонефрит) у беременной
Анамнез	Заболевания почек до беременности не было	Заболевание почек могло быть в прошлом до беременности
Время появления клинических признаков болезни (гипертония, отек, альбуминурия)	Преимущественно во второй половине беременности (чаще между 30—40-й нед.)	Возможно в первой половине беременности (даже в раннем сроке ее развития)
Участки тела, где впервые появились отеки	Обычно нижние конечности, тыл стопы, голень	Обычно на лице
Удельный вес мочи	Часто повышен	Понижен, особенно если ниже 1010
Белок в моче	Обычно редко превышает 5—6‰	Нередко выше 5—6‰
Кровь в моче	Иногда могут определяться единичные эритроциты	Кровь определяется микроскопически, как правило, а иногда и макроскопически
Состояние сердечно-сосудистой системы	При отсутствии в анамнезе заболеваний сердца гипертрофия сердца и акцент на втором тоне отсутствуют. Артериальное давление редко превышает 200 мм рт. ст.	Гипертрофия сердца — частое явление. Акцент на втором тоне. Артериальное давление выше 200 мм рт. ст. — частое явление
Наличие свободной жидкости в серозных полостях (асцит, гидроторакс)	Отсутствует	Имеется нередко
Остаточный азот крови	Повышения нет	Стойко повышен (40 мг% и выше)
Состояние глазного дна	Альбуминурический ретинит — явление редкое, встречается только при очень тяжелой степени токсикоза	Альбуминурический ретинит — нередкое явление

щему числу госпитализированных больных беременных подвержена значительному колебанию, а именно: в пределах от 0,2% до 1,2% (А. И. Петченко) и даже до 5% (А. П. Николаев). По данным нашей клиники, она в разные годы встречалась в среднем от 2 до 3%.

Как показало наблюдение, большое значение для подобного осложнения беременности имеют те условия, в которых находится беременная (питание, время года, условия работы и отдыха, состояние нервной системы). Так, по данным К. К. Скробанского, К. Н. Рабиновича, С. М. Школянского, Д. П. Бровкина и А. И. Петченко, во время Великой Отечественной войны в блокированном Ленинграде наблюдалось значительное повышение количества токсикозов беременности и не только в стадии нефропатии, но и эклампсии. Это учащение нельзя не поставить в связь с нервно-психическими переживаниями беременных, тяжелыми бытовыми условиями, авитаминозами, недоеданием и прочими факторами, которые могли способствовать возникновению токсикоза или оказать влияние на его течение. У первобеременных нефропатия встречается чаще, чем у повторнобеременных, особенно в возрасте от 25 до 30 лет. Заболеванию нефропатией, как показывают наблюдения, по-видимому, способствуют многоплодие и многоводие.

Какое влияние оказывает нефропатия на течение беременности и на плод? Недонашивание беременности при нефропатии — явление не редкое. Наступление же преждевременных родов, наряду с нарушениями обменных процессов между матерью и плодом, которое возникает при нефропатии, не может не сказаться на плоде. В результате плод может рождаться в различной степени незрелости и даже погибнуть внутриутробно. Однако как в отношении влияния позднего токсикоза на течение беременности, так и в отношении этого влияния на плод, большое значение имеет время начала лечения заболевания. Так, по данным М. А. Петрова-Маслакова,¹ при лечении токсикоза, начатом еще во время беременности, прогноз бывает лучше по сравнению с лечением, начатым с наступлением родов. Это различие хорошо видно в приведенной таблице (табл. 6).

Однако для матери заболевание нефропатией не ограничивается только самым болезненным состоянием во время беременности (в виде проявления «триады», которая, как показывают наблюдения, к тому же и не всегда ее сопровождает). Осложнение для нее может возникнуть и позже и быть не менее серьезным, чем при беременности. К числу таких последующих осложнений относятся: возможность повторного заболевания ею при следующих беременностях (в 50%), развитие гипертони-

¹ М. А. Петров-Маслаков. Труды I съезда акуш.-гинекол., Л., 1961.

Сравнительные данные исходов беременности у больных
с поздними токсикозами
(по М. А. Петрову-Маслакову)

	Предварительно леченные в доро- довом отделении		Поступившие в родах		Всего	
	число	%	число	%	число	%
Всего больных	1149		1539		2688	
Из них разрешились	846	100,0	1539	100,0	2385	110,0
А. По исходам беременности:						
разрешились в срок	667	78,8	1331	86,8	1998	83,9
» преждевре- менно	179	21,2	208	13,2	387	16,1
Б. по исходу для матери:						
эклампсия	18	1,5	15	0,9	33	1,2
умерли	0	0	7	0,45	7	0,26
В. По исходу для детей:						
мертвоорожденных всего	57	6,4	55	3,5	112	4,5
Из них:						
доношенных	21	3,0	26	1,9	47	2,3
недоношенных	36	18,8	29	13,0	65	15,7
погибших антенатально	28	3,1	26	1,6	54	2,2
» интранатально	29	3,3	29	1,9	58	2,3
Из них:						
в связи с акушерской патологией	7	0,8	7	0,4	14	0,5
в связи с токсикозом	22	2,5	22	1,5	44	1,8

ческой болезни, а иногда и тяжелого заболевания почек — «сморщенной почки».

В чем же заключается причина неблагоприятного влияния нефропатии на плод? Выше мы говорили о том, что прогноз при нефропатии тем хуже для матери, чем раньше возникла болезнь и чем она тяжелее и упорнее не поддается лечению. Из этого, видимо, следует сделать вывод, что длительное расстройство кровообращения и процессов обмена веществ приводят к значительным нарушениям газообмена и к наступлению дистрофических изменений в ряде органов материнского организма. Значительные изменения могут происходить и в плаценте. В последней инфаркты и ретроплацентарные гематомы, образовавшиеся вследствие частичной преждевременной отслойки ее, являются нередкой находкой. В результате нарушений, происходящих в материнском организме и в плацентарном кровообращении, вследствие изменений в плаценте, снижается обеспеченность плода кислородом и пластическими материалами для его развития, а также ухудшаются условия удаления из его организма «шлаков».

Таким образом, неблагоприятное влияние нефропатии на плод сводится к нарушению метаболизма между ним и матерью. Поэтому вопрос о раннем выявлении этого заболевания и его лечении представляется весьма ответственным в практической работе акушера.

Какая же терапия может быть рекомендована при нефропатии? Как понятно из изложенного выше, этиопатогенетического лечения нефропатии не существует, так как до сих пор ее этиология и патогенез не выяснены. Поэтому все наши мероприятия являются симптоматическими, направленными к устранению или смягчению клинических симптомов болезни. Однако уже и такая терапия оказалась весьма действенной.

Методы и средства совершенствуются, и в настоящее время достигнуты значительные успехи в лечении нефропатии. Одним из показателей эффективности терапии является снижение частоты перерастания ее в следующую фазу болезни — эклампсию. Так, если в XVIII в. смертность при эклампсии достигала почти 50%, в XIX в. снизилась до 10—15%, то в наше время она стала значительно ниже. По данным нашей клиники, за последние 5 лет (1955—1961 гг.) смертельных исходов при эклампсии совсем не было. Для предупреждения эклампсии необходимо своевременно и правильно лечить нефропатию.

В чем состоит принцип лечения нефропатии? Основным звеном в цепи лечебных мероприятий являются раннее выявление ее и своевременная госпитализация. В лечебном учреждении для таких больных необходимо создать условия лечебно-охранительного режима, постельного пребывания в теплой, хорошо проветриваемой палате. Следует соблюдать строгий пищевой и водный режим. Необходимо провести тщательное всестороннее обследование, систематически (не реже раза в сутки) проверять уровень артериального давления, следить за суточным диурезом и анализом мочи и еженедельным взвешиванием больной (при соблюдении одинаковых условий). Нередки случаи, когда одни только эти мероприятия при правильном чередовании сна и бодрствования, а также при соответствующем лечении (внутривенное введение 40%-ной глюкозы с витаминами и оксигенотерапия), дают хороший эффект и без применения других медикаментозных средств. Пищевой режим заключается в соблюдении больной бессолевой¹ диеты, с употреблением достаточно калорийной пищи (от 1500 до 2500 кал) без всяких раздражающих специй (горчица, перец, лук и др.) и с ограничением количества жидкости². Пища преимущественно молочно-растительная. Од-

¹ В отдельных случаях может быть разрешена и поваренная соль, не более 0,2 г в сутки.

² Ограничение жидкости стоит в зависимости от тяжести болезни и колеблется от 500 мл до 1000 мл в сутки. У отдельных больных прием жидкости и вовсе исключается на протяжении суток.

нако, если нет особенных показаний, лишать больную мясной пищи не следует. В умеренном количестве может быть разрешено отварное мясо, но не мясной бульон, богатый экстрактивными веществами. При особенно тяжелой форме, естественно, устанавливается более строгий режим путем назначения полуголодной диеты и включения в суточный рацион только одних яблок в пределах до 1 кг (разгрузочный день).

К числу медикаментозных средств прежде всего должны быть отнесены оксигенотерапия, витаминизация и глюкозотерапия, т. е. средства, способные улучшить обменные процессы и тем повысить сопротивляемость организмов матери и плода.

Кислородная терапия проводится в виде ингаляции 3—5 подушек в день, очень полезно назначение витаминов (преимущественно аскорбиновой кислоты от 100 до 500 мг в сутки и витамина В₁ — 5—6 мг, внутривенно, одновременно с введением 40 мл 40%-ного раствора глюкозы, ежедневно). При недостаточном сне — диуретин с люминалом (или с нембуталом — 0,2) по приведенной выше прописи.

Для снижения артериального давления и повышения диуреза наиболее широко используется сернокислая магнезия (внутримышечное введение 20 мл 25%-ного раствора, от одного до четырех раз в сутки, в зависимости от тяжести болезни). При необходимости снизить очень высокое артериальное давление в короткий срок, возможно и внутривенное введение сернокислой магнезии. При этом вводить ее нужно медленно, в количестве 50 мл 25%-ного раствора и в смеси с 20 мл 40%-ного раствора глюкозы. Применяя сернокислую магнезию, особенно внутривенно, следует помнить, что у некоторых людей введение ее сопровождается резким снижением артериального давления, вплоть до появления коллаптоидного состояния. Антидотом сернокислой магнезии является хлористый кальций, который должен быть всегда под руками. Некоторые акушеры рекомендуют применять при нефропатии дибазол по 0,05 г 4 раза в сутки. Однако мы не всегда видели его терапевтический успех.

В последнее время при нефропатии с лечебной целью стали использоваться аминазин, новокаин, резерпин, апрессин, эуфиллин и другие, как в чистом виде, так и в сочетании с сернокислой магнезией.

Перечисленными мероприятиями не всегда исчерпывается лечение нефропатии. Иногда этими средствами лечебный эффект не достигается, болезнь не только не останавливается в своем развитии, а наоборот, даже прогрессирует. При этом приходится ставить вопрос о прерывании беременности или о форсировании родов. Характер родоразрешения зависит от обстоятельств, сложившихся к этому моменту. Если такое решение возникло еще во время беременности, когда не может быть полной уверенности в быстром окончании родов естест-

венным путем с помощью родостимулирующих средств, то при этом более целесообразно применить абдоминальное кесарское сечение при жизнеспособном ребенке и влагалищное кесарское сечения при заведомо нежизнеспособном.

Если же тяжесть нефропатии требует срочной помощи во время родов, то характер акушерского пособия в этом случае будет зависеть от состояния плода, степени раскрытия зева матки, положения плода и местонахождения подлежащей части. В зависимости от этого пособие может быть различным (акушерские щипцы, извлечения плода за тазовый конец, кесарское сечение и др.).

Но вернемся к нашей больной: акушерка сообщила нам, что прием в клинику оформлен и она помещена в предродовую палату. Терапия, назначенная нами, должна соответствовать степени тяжести болезни. Поэтому возникает вопрос: как определить тяжесть состояния больной? Нуждается ли она в быстрейшем окончании беременности или можно ограничиться консервативными мероприятиями и ждать спонтанных родов?

Общее состояние больной, пульсовое давление, количество белка в моче и незначительные отеки дают нам право оценить эту степень как заболевание средней тяжести. Применим консервативную терапию: постельный режим, ингаляцию кислорода, внутривенное введение 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с 200 мг аскорбиновой кислоты и 5—6 мг витамина В₁, а внутримышечно — 5 г сернокислой магнезии (20 мл 25%-ного раствора), и будем внимательно следить за состоянием больной. Дальнейшее наблюдение покажет, можно ли продолжать консервативное лечение или понадобится другое, более активное вмешательство. Как оказалось, назначенная нами терапия оказала лечебный эффект. На протяжении последующих двух дней пребывания больной в клинике общее состояние здоровья оставалось вполне удовлетворительным, показатели артериального давления и количество белка, хотя и незначительно, но снизились. Сердцебиение плода оставалось хорошим.

1 января в 4 ч начались роды, и роженица была переведена из дородовой палаты в родильное отделение. Роды протекали нормально, длились около 17 ч и завершились рождением девочки, весом 2870,0 и длиной 49 см. Видимых изменений в ткани плаценты не было.

Уже с 3-го дня после родов явления нефропатии (гипертензия, отек и альбуминурия) стали уменьшаться и к 5-му дню совсем исчезли. На 15-й день после родов мать вполне здоровой, с нормально развивающимся ребенком, была выписана из клиники. В клинике родильнице даны напутственные указания, связанные с перенесенным ею заболеванием.

Краткий эпикриз. В клинику поступает беременная в состоянии схваток-предвестников. Беременность осложнена нефропатией средней тяже-

сти. Проводимая консервативная терапия дала возможность выждать наступления спонтанных родов и завершить их с благоприятным исходом для матери и плода. Клинические признаки нефропатии начали уменьшаться с 3-го дня после родов и к 5-му дню совсем исчезли. На 15-й день мать вполне здоровой, с нормально развивающимся ребенком, была выписана из клиники. Ей был дан ряд напутственных указаний, связанных с профилактикой возможных осложнений.

Теперь приведем пример тяжелой степени нефропатии.

В клинику 20/1 1958 г. из отдаленного района области доставлена 24-летняя первобеременная гр-ка С-а с выраженной клинической картиной нефропатии и небольшой одышкой. Беременность — 36 недель. Во время беременности женскую консультацию не посещала, но иногда обследовалась врачом по месту жительства. Последний раз у врача она была вчера и сегодня по его настоянию доставлена в клинику. Из анамнеза удалось выяснить следующее. Из перенесенных болезней в прошлом отмечает скарлатину (в детстве) и неоднократные заболевания ангиной и гриппом. Последний раз болела гриппом в конце сентября месяца, уже будучи беременной. Последние месячные были 10 марта 1957 г. В первой половине беременности была рвота, не очень ее беспокоившая, затем она прекратилась и до октября месяца 1957 г. беременная чувствовала себя вполне здоровой. Женская консультация находилась в другом населенном пункте, и гр-ка С-а ее не посещала.

Обследование беременной (общее): общее состояние средней тяжести. Слизистые губ слегка бледноваты и с легким синюшным оттенком. Лицо одутловатое, значительные отеки на ногах и нижней половине живота. Температура тела — 36,2. Пульс напряжен, ритмичный, 72 удара в минуту. Артериальное давление — 180/105 мм рт. ст. Тоны сердца без особенностей, дыхание несколько ослабленное и слегка учащено. Рост — 158 см, вес — 83 кг. Группа крови В (III), Rh+. Произведенный анализ мочи показал наличие белка около 4% и зернистых цилиндров (1—2—3 в полях зрения). Вызванный на консультацию дежурный окулист нашел застойные явления в глазном дне.

Наружное акушерское исследование. Окружность живота — 112 см, расстояние от лона до дна матки — 44 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная у входа таза; мелкие части — слева. Эти данные наружного исследования определены с трудом из-за многоводия. Сердцебиение плода прослушивается справа на уровне пупка, ритмичное, 136 ударов в минуту, но глухое.

Размеры таза: 25, 28, 33, 20.

Внутреннее акушерское исследование. Наружные половые органы развиты правильно, слегка отечны. Влагалище нерожавшей женщины, разрыхлено. Шейка матки полностью сохранена, зев закрыт. Мыс не достигается.

На основании общего состояния больной и данных обследования был поставлен диагноз: беременность — 36 недель, многоводие, нефропатия тяжелой степени.

Назначен строгий постельный режим, бессолевая молочно-растительная диета с чередованием разгрузочных дней и с резким ограничением жидкости (до 300 мл в сутки).

Медикаментозное лечение: дважды в день внутривенное введение глюкозы с 500 мг аскорбиновой кислоты и 30 мг витамина В₁, оксигенотерапия, 4 раза в день сернокислая магнезия внутримышечно по 5 г сухого вещества (на одно введение) и диуретин с люминалом 3 раза в день.

В последующие 10 дней изменений в течении нефропатии не было, она стойко держалась в одном состоянии, несмотря на проводимую терапию. Но не было и ухудшений, как по данным самочувствия больной, так и по данным клинического исследования.

31 января при утреннем осмотре больная отметила, что ночью она ощущала болезненность в животе и усиленные движения плода. Сердцебиение плода оставалось по-прежнему глухим, но стало несколько чаще (140 ударов в минуту). Оценив повышенную подвижность плода как следствие внутриутробной асфиксии, мы усилили оксигенотерапию (несколько вдыханий кислорода через каждые 10—15 мин). Остальная терапия осталась прежней. При вечернем обходе больная отметила, что шевеления плода она не ощущает. Но и сердцебиение уже почти не прослушивалось. В ночь на 1 февраля начались родовые схватки, продолжавшиеся довольно интенсивно. В течение 6 час роды окончились рождением мертвого плода. Родилась девочка весом 2300,0, длиной 41 см. Через 20 мин после рождения плода родился послед, в котором при осмотре были обнаружены значительные изменения. Последние состояли в том, что в четырех местах участки плацентарной ткани, размером от 1/2 до 2 см², были беловатого цвета и плотные на ощупь. Помимо этого, была гематома, размером 4×5 см, довольно свежая, но плотно соединявшаяся с подлежащей плацентарной тканью.

После родов клинические симптомы нефропатии (гипертензия, альбуминурия, отеки) стали медленно, но неуклонно уменьшаться и спустя 2 недели полностью исчезли. Через 3 недели после родов больная была выписана из клиники здоровой, без ребенка. Анализируя этот пример нефропатии, мы, естественно, должны задать некоторые вопросы, например: 1) что явилось причиной внутриутробной гибели плода? 2) можно ли было избежать мертворождения?

Ответить на первый вопрос большого труда не представляет. Гибель плода обусловлена изменениями плаценты, которые были в ней обнаружены при осмотре.

Что же это за плотные участки, отличавшиеся даже макроскопически от темно-вишневого цвета губчато-мягковатой ткани нормальной плаценты?

Обнаруженные в плаценте беловатые и плотные на ощупь участки представляли собой инфаркты. Инфаркт происходит от латинского глагола *infarcire*, что значит «набивать», «наполнить». Он представляет собой участок ткани, омертвевший в результате прекращения в нем кровоснабжения. Это возникает при тромбозе, эмболии или длительном спазме питающей артерии.

Могли ли быть у нашей больной условия для образования инфарктов, в частности, в плаценте?

Да, конечно, могли. Выше мы уже говорили о том, что при нефропатии наблюдается спазм артериальных и расширение венозных капилляров, а также замедление скорости кровотока, до стаза. Такое состояние сосудов при нефропатии и приводит к возможности образования инфарктов в плаценте. И чем длительнее и тяжелее протекает нефропатия, тем большая возможность имеется для нарушения кровотока во всем организме беременной и, в частности, для кровотока в ворсинах хориона, которые своей общей массой составляют плаценту. Отсюда понятно, что чем большие участки в плаценте «выведены» из общего круга плацентарного кровообращения, тем большие трудности испытывает плод при своем внутриутробном существовании. Это является причиной и отставания его в физическом развитии при нефропатии, причиной недостаточной сопротивляемости после рождения и мертворождаемости.

Но явились ли инфаркты плаценты непосредственной причиной внутриутробной гибели плода? Нет, в этом примере непосредственной причиной внутриутробной смерти плода были не инфаркты плаценты. Инфаркты образовались давно, за это говорят их беловатый вид и плотная консистенция. Они, конечно, были помехой в нормальном развитии плода, но не настолько большой, чтобы привести его к гибели. Непосредственной причиной внутриутробной смерти плода оказалась преждевременная отслойка значительного участка (4×5) плаценты. Довольно плотное соединение сгустка крови с материнской поверхностью плаценты говорит о том, что образовался он не в момент отслойки плаценты в последовом периоде, после рождения плода, а еще во время пребывания плода в матке. Выключение этого участка плаценты из общего и без того суженного инфарктами круга плацентарного кровообращения явилось последней преградой для дальнейшего внутриутробного существования плода.

Мертворождение можно было предотвратить, если бы жалоба больной на повышенную подвижность плода и учащение его сердцебиения утром 31 января были бы поставлены в связи с возможностью преждевременной отслойки плаценты. Тогда, утром 31 января, а еще лучше в ночь на 31 января, сразу же с по-

явлением симптомов угрожаемого состояния для плода можно было бы надеяться на получение его живым путем абдоминального кесарского сечения.

Но такой диагноз до окончания родов, т. е. до рождения последа (когда преждевременная отслойка выявилась при осмотре его), поставлен не был. И хотя известно, что подобное явление при нефропатии возможно, отслойка не была распознана, так как она была незначительной, а поэтому и отсутствовали признаки, характеризующие эту акушерскую патологию (напряжение и болезненность матки, симптомы раздражения брюшины, анемия, частый тонкий пульс, прекращение выслушиваемого ранее сердцебиения плода).

К абдоминальному кесарскому сечению следует подходить очень осторожно, надо взвесить все показатели за и против этого пути родоразрешения. Против производства операции при нефропатии иногда говорит и молодой возраст женщины.

Принимая во внимание эти противопоказания, едва ли мы у нашей 24-летней больной, отметив признаки нарастающей внутриутробной асфиксии плода, применили бы абдоминальное кесарское сечение, даже если бы и своевременно диагностировали частичную преждевременную отслойку плаценты. Эта операция (в данном случае) была бы произведена только по показаниям со стороны плода при недостаточной уверенности в его жизнеспособности. Целесообразно ли это? Другим был бы наш подход, если бы женщина была значительно старше, а беременность у нее была бы первой и, возможно, последней. В этом случае операция — кесарское сечение — была бы оправданной, если бы при этом была даже небольшая уверенность в жизнеспособности плода. Другим был бы наш подход и в том случае, если бы тяжесть нефропатии диктовала этот путь родоразрешения как последнее звено в цепи лечебных мероприятий, т. е. мероприятие для спасения жизни матери.

Краткий эпикриз. В клинику поступает беременная, срок беременности 36 недель, она осложнена тяжелой степенью нефропатии. Проведенное консервативное лечение не оказывает заметного эффекта, но болезнь и не прогрессирует. В процессе лечения появляются новые симптомы, говорящие за ухудшение состояния внутриутробного плода (признаки внутриутробной асфиксии: повышенная активность движений, учащение сердцебиения). По прошествии нескольких часов прекращается шевеление и исчезает сердцебиение плода, а спустя еще несколько часов начавшиеся роды завершаются мертворождением маловесного плода.

В плаценте имеются значительные изменения в виде инфарктов и «старой» гематомы, образовавшейся в результате частичной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Частичная отслойка плаценты своевременно не распознана из-за отсутствия характерных признаков этой акушерской патологии.

После родов нефропатия постепенно исчезает, и спустя 3 недели мать выписывается из клиники здоровой, без ребенка,

ЛЕКЦИЯ ДЕСЯТАЯ

ЭКЛАМПСИЯ И ДРУГИЕ БОЛЕЕ РЕДКИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННОСТИ

ЭКЛАМПСИЯ

Прежде чем приступить к разбору клинических случаев эклампсии, мы считаем целесообразным остановиться вначале на отдельных вопросах, характеризующих эту болезнь. Такой порядок изложения оправдан, по нашему мнению, тем, что он дает возможность лучше понять необходимость строгой индивидуальной оценки каждой больной эклампсией и позволит избежать шаблона в проведении лечебных мероприятий.

Эклампсия является одной из тяжелейших форм токсикоза беременности, и совершенно справедливо ее образно называют «венцом токсикозов беременности». Само слово «эклампсия» происходит от греческого слова *eclapsis*, что значит «вспыхиваю», «мгновенный», «молниеносный» или, как иногда его образно переводят — «гром среди ясного неба». Об эклампсии врачи знали еще в глубокой древности, и для врачей того времени, недостаточно осведомленных о многих вопросах развития беременности (как появления судорог среди кажущегося благополучия), она, действительно, представлялась явлением неожиданным, в виде возникновения грома при ясной погоде.

Однако в наше время эклампсия представляется не как неожиданное явление, а как конечная фаза в поступательном развитии болезни — токсикоза беременности отечно-нефротической группы. Следовательно, эклампсии предшествуют более легкие стадии этой болезни: водянка беременных, нефропатия и преэклампсия. О первых двух фазах токсикоза отечной группы мы уже говорили выше. Преэклампсия же есть промежуточная стадия токсикоза — средняя между нефропатией и эклампсией. Она сопровождается теми же признаками, что и нефропатия, но в более выраженной форме. Так, если при тяжелой нефропатии появляются жалобы на головную боль, особенно в затылочной области, на боль под ложечкой, мелькание «мушек» перед глазами, нередко сопровождающиеся рвотой, т. е. если появляются жалобы, которые указывают на мозговые симптомы, возникающие вследствие спазма мозговых сосудов и отека мозга, то при этом нефропатия уже перешла в следующую стадию — преэклампсию.

Таким образом, в наше время эклампсию не только можно предвидеть, но и предупредить ее возникновение. Больше того, можно с уверенностью сказать, что там, где акушерское обеспечение беременных не стоит на должной высоте, эклампсия является нередким гостем. Но термин «эклампсия» остался, несмотря на то, что теперь в него уже не вкладывается старого понятия. Остался он потому, что с течением времени так глубоко вошел в наше представление о болезни, что едва ли было бы правильным искать ему замену.

Как клинически проявляется эклампсия? Наиболее ярко выраженными симптомами ее являются судороги и потеря сознания. Судороги начинаются внезапно, обычно с подергивания мышц лица и глазных яблок («косоглазие»). Затем распространяются все шире, захватывая, наконец, всю скелетную мускулатуру. Тонические судороги сводят конечности, вслед за ними возникает ряд быстрых клонических, толчкообразных, судорожных движений, сотрясающих все тело. Сознание вначале затемняется, а затем быстро теряется. Лицо, бывшее до этого нормальной окраски, становится багровым, а затем цианотичным; шейные вены вздуваются, язык высовывается изо рта. Дыхание, вначале хриплое, на высоте судорог прекращается. Изо рта вытекает пена, нередко окрашенная кровью вследствие того, что тризм жевательных мышц приводит к прикусыванию языка. Пульс частый и твердый. Зрачки расширены, вяло реагируют или чаще совсем не реагируют на свет. Однако слух в это время может быть обостренным. Во время припадков резко нарушается и функция почек, — количество мочи может понизиться до полной анурии, а содержание белка в ней повысится.

Остановка дыхания и выраженный цианоз объясняются тем, что в момент припадков в судорожном сокращении находится не только скелетная мускулатура, но и гладкая, в частности мускулатура бронхов. Судорожное состояние обычно длится от $\frac{1}{4}$ до $1\frac{1}{2}$ мин, после чего оно также быстро исчезает; безвольное тело успокаивается. Больная делает глубокий вдох, хриплое дыхание выравнивается, и постепенно возвращается сознание, если не наступает нового припадков.

Восстановление полного сознания между отдельными припадками иногда может быть быстрым (почти сразу же по окончании судорог), но иногда оно возвращается медленно и все более замедленно после каждого последующего припадков. Наконец, после очередной судороги сознание совсем может не вернуться, наступает состояние комы, несмотря на то, что припадков может больше и не быть. В таком коматозном состоянии может наступить и смерть. Однако, как учит практика, иногда после длительного и крайне тяжелого состояния больной течение болезни может измениться к лучшему: выравниваются

дыхание и пульс, возвращается сознание. В последующем может наступить и выздоровление.

Наступление судорожных припадков иногда может быть частым (один припадок буквально следует за другим), иногда же они возникают редко (с перерывами в несколько часов и даже дней). Наблюдается эклампсия только с одним припадком, который может привести к летальному исходу. С другой стороны, описаны примеры эклампсии, сопровождающейся даже 100 припадками и больше, и при этом больная выживала. Однако, как показывает современная практика, наибольшая частота припадков при эклампсии от 1 до 4—5. Если в одном случае единственный припадок эклампсии может привести к летальному исходу, а в другом больная выживает и после многочисленных припадков, то что же тогда может служить критерием тяжести эклампсии? Есть ли такой признак, по которому можно было бы судить о тяжести эклампсии?

Различие в исходе после одного или многих припадков объясняется их глубиной и длительностью. Вполне понятно, что если сильное судорожное сокращение мускулатуры бронхов держится значительное время, то длительная асфиксия может привести к таким патологическим изменениям в жизненно важных органах и, главным образом, в мозговой ткани, что эти изменения становятся необратимыми и оказываются несовместимыми с жизнью. Вот почему время, в течение которого больная после припадка находится в бессознательном состоянии, является, бесспорно, одним из важнейших признаков тяжести эклампсии. Чем быстрее после припадка приходит в сознание больная, тем легче течение эклампсии и тем лучше прогноз и, наоборот, чем дольше не приходит она в сознание после припадка, тем, следовательно, тяжелее эклампсия и тем хуже прогноз. Вполне понятно, что с каждым новым припадком сопротивляемость организма снижается, и смерть может наступить после 2, 3 и т. д. припадков.

Летальный исход может легче наступить в том случае, если новый приступ судорог наступил в то время, когда больная еще не пришла в сознание от предыдущего припадка. Из этого становится понятным, почему иногда один припадок приводит к летальному исходу и почему при многочисленных припадках может наступать выздоровление. Однако, несмотря на то, что различные варианты течения эклампсии давно известны врачам и, казалось бы, что из этих наблюдений можно было вывести какую-то закономерность, никогда нельзя быть уверенным в исходе в каждом отдельном случае.

Эклампсия — тяжелое осложнение беременности и оценить одно заболевание абсолютно легким, а другое абсолютно тяжелым — нельзя. Многочисленные наблюдения показывают, что нередко наступлению припадков эклампсии способствуют внеш-

ние раздражения, на которые здоровая беременная и не реагирует. К таким раздражениям могут быть отнесены обычный свет и разговор, стук упавшего предмета, небольшие болевые ощущения, например при катетеризации, влагалищном исследовании, инъекции лекарственного вещества и др. Из этого наблюдения, очевидно, следует сделать вывод, что при тяжелом токсикозе беременности, проявленном в форме преэклампсии и эклампсии, центральная нервная система находится в состоянии особенной чувствительности; возможно, это результат наличия в ней особых фазовых состояний, описанных И. П. Павловым. Этот вывод постараемся запомнить, так как он поможет в дальнейшем уяснить основной принцип лечения эклампсии.

Как часто встречается эклампсия? Руководствуясь наблюдениями клиники и данными других авторов, при ответе на вопрос о частоте эклампсии следует сказать, что возникновение этого заболевания связано со многими причинами. Так, например, тяжелые бытовые, производственные условия, неправильное питание, нарушение режима способствуют возникновению нефропатии и эклампсии. В частоте заболевания эклампсией играет, по-видимому, роль и время года. Большое значение в возникновении эклампсии имеет несвоевременно и неправильно леченная нефропатия. Наблюдения показывают, что она чаще встречается в период от января до апреля. Весьма возможно, что учащение ее именно в это время года связано с особенностью питания, когда организм, а тем более организм беременной женщины, бедней витаминами. Способствуют заболеванию эклампсией и некоторые особенности самой беременности, в частности многоплодие и многоводие. Учащение эклампсии при этих атипических формах беременности может быть объяснено тем, что при многоплодии и многоводии материнский организм находится в более тяжелых условиях, чем при беременности одним плодом и нормальном количестве околоплодных вод. Несомненно, что при многоплодии и многоводии от материнского организма требуется большее напряжение и большая затрата энергетических ресурсов, а условия для обменных процессов, особенно газового, ухудшаются. Однако, несмотря на многочисленность факторов, которые в той или иной степени способствуют наступлению эклампсии, углубление наших знаний о существе этой болезни и улучшение профилактических мероприятий позволяют вести борьбу за снижение заболевания и даже за полную его ликвидацию. Можно с уверенностью сказать, что там, где акушеры ведут активную работу по профилактике эклампсии, это заболевание встречается редко или его совсем нет, и наоборот, где профилактическая работа поставлена плохо, эклампсия является нередким спутником беременности. Опыт показывает, что с улучшением работы врачей женских консультаций и родильных учреждений число заболеваний эклампсией

становится все меньшим. В довоенные годы заболеваемость эклампсией по РСФСР в целом равнялась 0,83%. В 1959 г. она составила 0,27%, т. е. уменьшилась в 3 раза¹. Последнее мы могли отметить на материале нашей клиники. Так, в 1954 г. на общее число рожениц, поступивших в клинику, эклампсия составила 0,5%, а в 1958 г. — уже только 0,14%. Эклампсия возникает чаще в родах (эклампсия рожениц), но может наступить во время беременности, чаще в конце ее (эклампсия беременных) и даже после родов (эклампсия родильниц). Так, по данным С. А. Селицкого, эклампсия беременных встречается в 24,2% от общего числа эклампсий, эклампсия рожениц — в 45,3% и родильниц — в 30,5%. Бывают и смешанные формы эклампсии, т. е., начавшись во время беременности, припадки продолжают и во время родов или, начавшись в родах, продолжают в послеродовом периоде.

Хотя эклампсия относится к группе заболеваний, которые возникают преимущественно во второй половине беременности, тем не менее есть единичные наблюдения о возникновении ее и в первой половине, при 10- и 12-недельной беременности. В нашей клинике эклампсии в таком раннем сроке беременности мы не наблюдали.

В чем заключается основная опасность эклампсии для здоровья беременной? Уже сам характер болезни, проявляющийся в судорожном сокращении скелетной и гладкой мускулатуры, таит в себе большую опасность для беременной. В результате нарушения кровообращения и дыхания возникают асфиксия и серьезные расстройства обмена веществ. Вскрытие трупов женщин, погибших при эклампсии, обнаруживает многочисленные изменения: отек мозга, множественные тромбозы сосудов (мозговая ткань, сердце, легкие, печень, почки, надпочечники), различной величины кровоизлияния и дистрофические изменения (печень, почки). Иногда на секции обнаруживаются признаки неполноценности некоторых органов, как, например, уменьшенные размеры сердца и сосудов («капельное» сердце, узкая аорта), утолщение и резкое уплотнение костей черепа либо остаточные явления заболеваний, бывших до беременности (нефрозо-нефрита, пороков сердца и др.).

По-видимому, количественный и качественный характер этих изменений и определяет исход эклампсии. Но если острый период болезни и закончился благополучно, опасность для больной при этом еще не миновала. Осложнение может наступить и после припадка, в виде пневмонии (в результате аспирации содержимого полости рта) либо в виде послеродового психоза. Течение последнего может быть различным. У некоторых больных

¹ М. А. Петров-Маслаков. Труды I съезда акуш.-гинеколов РСФСР. Медгиз, 1961.

он проходит в течение ближайших дней, а иногда его следы (в виде ослабления умственных способностей) остаются на долгое время.

Какое влияние на плод оказывают припадки эклампсии? Вполне понятно, что этот вопрос может иметь отношение только к эклампсии беременных и рожениц и указанное влияние определяется тем состоянием, в котором находится больная. Нарушение кровообращения, дыхания и обменных процессов в материнском организме не могут не отразиться на плоде. Если эти нарушения кратковременны и не привели к серьезным изменениям в материнском организме, то с выходом больной из тяжелого состояния восстанавливается жизнедеятельность и в организме плода. В противном случае он погибает от асфиксии. Мертворождаемость при эклампсии (по родильному дому им. Снегирева) (М. А. Петров-Маслаков) достигает почти 4,5%.

Итак, ознакомившись с основными вопросами, касающимися эклампсии, перейдем теперь к разбору больных.

Первая больная с диагнозом — эклампсия. Лечение по Строганову. Спонтанные роды.

Гр-ка В., 27 лет, в 14 ч 10/III 1956 г. поступила в клинику для родоразрешения с хорошими родовыми схватками через 2—3 мин. Беременность первая, доношенная. Роды начались с вечера 9/III, но так как она живет далеко за городом, то смогла поступить к нам только сегодня днем; в дороге отошли воды. Во время беременности не болела.

При общем исследовании найдено: общее состояние удовлетворительное, но отмечается легкая бледность, одутловатость лица и небольшая отечность нижних конечностей. Телосложение правильное. Рост — 158 см, вес — 74 кг. Со стороны органов грудной полости — без заметных отклонений от нормального. Артериальное давление — 155/95 мм рт. ст. Анализ мочи показал наличие белка (1,5⁰/₀₀). Группа крови 0 (I), Rh+. Температура — 37,1. Пульс ритмичный, 76 ударов в минуту. Общий анализ крови и мочи в родильном покое не производился, он назначен на 11/III.

Наружное акушерское исследование. Кожа брюшной стенки пастозная. Окружность живота — 101 см, дно матки отстоит от лона на 42 см. Положение плода продольное. Предлежащая головка почти в полости таза, со стороны брюшной стенки едва прощупывается. Сердцебиение плода ниже пупка, несколько слева. Размеры таза нормальные. Наружные половые органы развиты правильно, промежность низкая.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сглажена. Открытие зева — полное. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, в широкой части полости таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и кпереди, является веду-

щей точкой. Мыс не достигается. В отношении диагноза сомнений, видимо, нет. Перед нами роженица, в конце первого периода родов. Течение родов осложнено нефропатией средней степени тяжести. Введем внутривенно 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с 500 мг аскорбиновой кислоты и 30 мг витамина В₁. Будем наблюдать за состоянием больной и за течением родов.

14 ч 35 мин — начались потуги. Со стороны брюшной стенки головка уже не прощупывается, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 135 ударов в минуту. Спустя несколько минут после начала потуг в состоянии роженицы вдруг наступило изменение: на короткое время стал неподвижным взгляд, а затем зрачки закатились. Одновременно появились фибриллярные подергивания мышц лица и рук, перешедшие в судороги всего тела. Лицо посинело, дыхание во время судорог прекратилось. Что же произошло? Какой теперь диагноз? Произошло следующее. Количественные изменения, вызванные в организме беременной нефропатией, привели к новому качественному состоянию болезни. Теперь это не нефропатия, а эклампсия, наступившая во втором периоде родов, — периоде изгнания.

Почему мы думаем, что в данном случае имеется эклампсия, а не другая болезнь, сопровождающаяся подобными же приступами судорог? К числу таких болезней могут быть отнесены: эпилепсия, истерия и уремия. Ведь могло же случиться, что роженица страдает эпилепсией или подвержена истерическим припадкам, а мы недостаточно ознакомились с ее анамнезом и не знаем об этом. Конечно, такое сочетание возможно. Но диагноз эклампсии мы поставили правильно. Для него у нас было основание: налицо имелась вся триада, характеризующая токсикоз беременности отечной группы в стадии нефропатии.

Но у вас может возникнуть вопрос: может ли у беременной, страдающей эпилепсией, возникнуть нефропатия? При этом может случиться, что нефропатия не переросла в следующую фазу токсикоза — эклампсию, и наступивший приступ судорог связан не с токсикозом, а с эпилепсией? Конечно, этого исключить нельзя, хотя вышележащая клиника эклампсии характерна именно для этой болезни. Однако, несмотря на строго очерченную картину припадков эклампсии, дифференцировать ее от других заболеваний, сопровождающихся судорогами, нужно уметь. Истерический припадок по своей картине существенно отличается от экламптического и может быть легко распознан хотя бы по сохраненному при истерии конъюнктивальному рефлексу, который при эклампсии совершенно выпадает.

Мы считаем полезным привести также таблицу (табл. 7) дифференциальной диагностики эклампсии, эпилепсии и азотемической уремии.

Показатели дифференциальной диагностики эклампсии, эпилепсии и азотемической уремии

Показатели	Эклампсия	Эпилепсия	Азотемическая уремия
Начало заболевания	Во время беременности, преимущественно в последние два месяца, в родах или в послеродовом периоде	До беременности (в анамнезе)	До беременности (заболевание почек)
Продромальные явления	Явления нефропатии — преэклампсии	Отсутствуют	Симптомы заболевания почек
Характер начала приступа	Острое	Острое	Чаще постепенное Острое — очень редко
Потеря сознания	Полная	Полная	Редко полная, чаще неполная, постепенно переходящая в кому
Возврат сознания	Медленное, коматозное состояние или сон	Быстро	Зависит от пособия (искусственная почка)
Артериальное давление	Повышено	Нормальное	Повышено
Отеки	В той или иной степени выражены, чаще выражены значительно	Отсутствуют	Большой частью отсутствуют
Моча	Альбуминурия	Нормальная	Альбуминурия, гематурия и прочее
Зрачки	Расширены	Сужены	Сужены
Характер судорог	Большие тонические и клонические	Клонические	Мелкие подергивания мышц лица и конечностей
Глазное дно	Измененное	Нормальное	Нефроретинит
Мочевой или амниачный запах	Отсутствует	Отсутствует	Выражен
Симптом Бабинского	Может быть положительным	Отрицательный	Положительный
Вид кожи	Большой частью отечная	Нормальная	Большой частью сухая с желтоватым оттенком
Температура тела	Нормальная или слегка повышена	Нормальная	Большой частью понижена

Итак, основываясь на клинических данных, мы решили, что у роженицы начался припадок эклампсии. Что делать? Первое, что необходимо быстро сделать,— это дать эфирный наркоз и под его воздействием ввести под кожу 1 мл 1%-ного раствора морфина или 1 мл 2%-ного пантопона. Одновременно предохранить язык от прикуса — сбоку, между зубов, положить какую-нибудь пластинку. Для этого можно использовать металлическую ложку, обернув марлей ее рукоятку. Очень важно во время припадка следить за тем, чтобы больная не упала и не ушиблась, так как описаны случаи тяжелых травм.

Итак, в 14 ч 40 мин мы начали лечение по Строганову, одновременно введя внутривенно 40 мл 40%-ной глюкозы, 300 мл аскорбиновой кислоты и 30 мл витамина В₁. Назначили ингаляцию кислорода. Что же делать дальше? Вести ли роды консервативно по методу Строганова, предоставив их естественному течению, или форсировать родоразрешение оперативным путем, т. е. применить акушерские щипцы? Не будем спешить. Понаблюдаем за больной. Установим характер припадка. Быстрое оказание помощи — дача наркоза — до какой-то степени предотвратило развитие судорог. Припадок был коротким и сравнительно легким. Он продолжался всего около половины минуты. Больная сразу же пришла в сознание и даже интересуется, что с ней произошло. Дыхание спокойное. Пульс ритмичный. Характер дыхания, как и быстрота возврата сознания, имеет большое значение в оценке тяжести эклампсии. Со всей предосторожностью, под наркозом, переведем больную в отдельную палату с индивидуальным наблюдением; сделаем внутривенное вливание глюкозы с аскорбиновой кислотой и применим кислородную терапию.

В чем состоит лечение эклампсии? Прежде всего напомним, что лечение эклампсии должно начинаться не тогда, когда наступили судороги, а раньше, в стадии нефропатии. Надо стремиться предупредить ее возникновение. Однако, несмотря на проводимую при нефропатии терапию, эклампсия все же иногда наступает. Кроме того, в акушерское учреждение могут поступать беременные или роженицы в таком состоянии, когда речь может идти не о профилактике эклампсии, а только о ее лечении.

Как и при нефропатии, лечебного средства, воздействующего непосредственно на причину болезни, при эклампсии также, к сожалению, нет. Наши мероприятия при эклампсии, главным образом, сводятся к предупреждению возникновения судорожных припадков. В основу этого лечения положено мнение В. В. Строганова, который рассматривал экламптические судороги как следствие резкого возбуждения центральной нервной системы.

Исходя из этого понимания причин судорог, В. В. Строганов создал свой метод лечения, сущность которого заключается в

создании для больной абсолютного покоя и устранения всяких внешних раздражений: звуковых, световых, тактильных и болевых. Эти условия лечебно-охранительного режима могут быть выполнены при помещении больной в отдельную затемненную палату и при проведении всех манипуляций (врачебных и по уходу) под легким эфирным наркозом. С этой же целью В. В. Строганов предложил и применение наркотических средств. От первоначальной лекарственной схемы, состоящей из хлороформа, морфина и хлоралгидрата, он впоследствии (в 1938 г.) отказался, заменив хлоралгидрат серноокислым магнием, и исключил хлороформ, заменив его эфирным наркозом. Его усовершенствованный профилактический метод лечения эклампсии состоит в следующем (время рассчитано от начала припадка эклампсии), через:

0 ч — 0,015—0,02 морфина;

$\frac{1}{2}$ ч — 6,0 сухого чистого вещества серноокислого магния (15%-ный — 40 мл);

2 ч — 0,015—0,02 морфина;

$5\frac{1}{2}$ ч — 6,0 серноокислого магния (если был припадок при начале лечения и 4,0 — если его не было).

Если за это время роды не заканчивались, то через:

$11\frac{1}{2}$ ч (от начала лечения) — 3,0—4,0 серноокислого магния;

$19\frac{1}{2}$ ч — 3,0—4,0 серноокислого магния.

Если, несмотря на лечение, припадки все же повторялись, то серноокислый магний вводится не по 3,0—4,0, а по 6,0, но не более 24,0 за сутки.

В схему лечения эклампсии по В. В. Строганову, кроме охранительного режима и лекарственного лечения, входят и другие мероприятия: разрыв плодного пузыря, кровопускание, а при крайней необходимости — и оперативные методы родоразрешения. Так, В. В. Строганов считал, что кровопускание, в пределах 300 мл (а иногда и больше), показано тогда, когда до исхода родов еще далеко, а у больной были 3 припадка, независимо от их тяжести, или 2 тяжелых припадка. По В. В. Строганову, кровопускание способствует разжижению крови, уменьшению ее вязкости, выводит некоторое количество токсинов и уменьшает спазм сосудов. При этом В. В. Строганов отмечает, что его не следует производить, если окончание родов ожидается через 1—2 ч.

Однако в настоящее время вопрос о целесообразности кровопускания при эклампсии подвергается пересмотру. Ряд авторов (М. А. Петров-Маслаков, К. Н. Жмакин и др.) считают, что оно не только не улучшает состояние больной, но может его еще больше ухудшить.

В метод лечения эклампсии В. В. Строганов включил и разрыв плодного пузыря, который может быть произведен совместно с кровопусканием (при тяжелой степени эклампсии), а так-

же и как самостоятельное мероприятие в сочетании с охранительным режимом и морфийно-магнезиальной терапией, если последняя не дает эффекта. Разрыв пузыря В. В. Строганов допускает у повторнородящих при открытии зева на 2 пальца и даже на один, а у первородящих — на 3 пальца.

Если, несмотря на применение наркотической терапии, кровопускания и разрыва пузыря, припадки тем не менее продолжают, то В. В. Строганов считал необходимым форсировать родоразрешение тем или иным способом, в зависимости от акушерской ситуации. К таким методам могут быть отнесены применение акушерских щипцов, извлечение плода и даже кесарского сечения до 8 лунных месяцев — влагалищное кесарское сечение, а при большом сроке беременности (большом плоде) — абдоминальное.

Что касается спинномозговой пункции как лечебного мероприятия при эклампсии, которое тоже вначале было предложено В. В. Строгановым, то она часто не оказывала достаточного эффекта и впоследствии самим автором была признана нецелесообразной при эклампсии.

Д. П. Бровкин предложил свою схему медикаментозного лечения эклампсии. Кроме лечебно-охранительного режима, она состоит в назначении только сернокислого магния, который по 30 мл 20%-ного раствора вводится внутримышечно. Повторные введения его допускаются не чаще, чем через 4 ч и не больше 4 раз в сутки. Лечебный эффект сернокислого магния при эклампсии объясняется многогранностью его действия: наркотического, диуретического и сосудорасширяющего.

По мнению В. В. Савича, лечебный эффект сернокислого магния при эклампсии зависит от солевого действия гипертонических растворов, которые повышают диурез. При сочетании сернокислого магния с морфином усиливается наркотический и болеутоляющий эффект. Одновременно с лечением магнием рекомендуется оксигенотерапия, особенно после припадка (для быстрой ликвидации гипоксии).

Если сернокислая магнезия не даст быстрого эффекта, то Д. П. Бровкин рекомендует кровопускание — в первый раз 500—600 мл, а повторно — 300—350 мл.

В последнее время круг выбора лекарственных средств для лечения эклампсии значительно возрос. Так, М. А. Петров-Маслаков, применяя схему Строганова — Бровкина, кровопускание заменил гирудотерапией (применение пиявок на область сосцевидного отростка) и дополнил ее назначением фонурита по 0,25 один раз в день, 3—4 дня подряд. Дальнейшее ведение — в зависимости от принятых установок и акушерских данных.

А. И. Петченко для лечения особенно тяжелых (коматозных) форм эклампсии предложил свою схему, состоящую из «триады»:

1) серноокислая магнезия — 30 мл 20%-ного раствора — внутримышечно;

2) аскорбиновая кислота — 500—600 мл — внутривенно и

3) люмбальная пункция с выпусканьем 30—50 мл жидкости.

Схема, предложенная Г. М. Салгаником, включает:

1) серноокислую магнезию — 20 мл 25%-ного раствора — внутримышечно, не более 5 раз за сутки;

2) глюкозу — 5 мл 40%-ного раствора с аскорбиновой кислотой (0,2) внутривенно 2—3 раза в сутки;

3) кровопускание в количестве 500—600 мл, добиваясь снижения артериального давления на 30—40 мм рт. ст.;

4) люмбальную пункцию в тех случаях, когда серноокислая магнезия, глюкоза и кровопускание не дают эффекта, на протяжении нескольких часов лечения припадки продолжают или с самого начала носят тяжелый и длительный характер.

Продолжается изучение и ряда других лекарственных препаратов (внутривенное введение новокаина в сочетании с оксигенотерапией, апрофена в сочетании с изопромеделом, аминазин и др.).

На основании многолетнего опыта мы в лечении эклампсии придерживаемся следующей схемы:

1. С началом припадка — создание для больной условий лечебно-охранительного режима, с индивидуальным врачебным наблюдением (или сестринский пост). Все процедуры: перевод больной из палаты, внутреннее исследование, катетеризация, инъекции лекарственных средств должны производиться под эфирным наркозом.

2. Проведение усовершенствованного метода В. В. Строганова (морфийно-магнезиальная терапия). Вместо морфия может быть рекомендован пантопон — 1 мл 2%-ного раствора.

3. Одновременно с началом лечения по В. В. Строганову мы назначаем оксигенотерапию и внутривенное введение 40 мл 40%-ной глюкозы с аскорбиновой кислотой (300—500 мг) и витамином В₁ — 2—3 мл.

4. В дальнейшем, в зависимости от тяжести эклампсии и акушерских условий, имеющих к этому времени, — выполнение принципа родоразрешения при эклампсии: «быстро, но бережно» — могут входить как спонтанные роды, так и различные виды оперативного вмешательства. При этом врач сам должен решить, что для данной женщины будет наиболее рациональным. Это может быть или только вскрытие плодного пузыря (при 3 пальцах открытия зева, а иногда и при 2 пальцах и даже при одном), или рациональными окажутся акушерские щипцы, либо абдоминальное кесарское сечение. В выборе метода родоразрешения при эклампсии следует руководствоваться положением: какой из возможных вариантов родоразрешения (консервативного или оперативного) будет наиболее целесообразным.

зен для данной роженицы для спасения здоровья и жизни больной¹.

5. Если консервативная терапия (морфийно-магнезиальная) не дает эффекта, припадки продолжаются, артериальное давление быстро нарастает и состояние больной ухудшается, а закончить роды оперативно почему-либо не представляется возможным, то может быть произведено:

а) кровопускание не выше 400 мл. Одновременно с кровопусканием совершенно необходимо внутривенно ввести 40—50 мл 40%-ной глюкозы с витаминами и назначить ингаляцию кислорода. При решении вопроса о целесообразности кровопускания необходимо руководствоваться состоянием больной; при наличии анемии производить его едва ли полезно, так как при эклампсии организм уже страдает от гипоксии;

б) в особенно тяжелых случаях эклампсии, при угрозе наступления коматозного состояния, может быть применена и люмбальная пункция, с выведением жидкости в пределах 20 мл, хотя рассчитывать на лечебный эффект этого мероприятия далеко не всегда можно. Имеются сторонники и активного родоразрешения при эклампсии (К. К. Скробанский). По их данным, лучшим средством борьбы с эклампсией является скорейшее родоразрешение любыми путями — удаление из материнского организма элементов беременности. Однако такой активный механистический подход к разрешению сложного вопроса лечения эклампсии едва ли может быть оправдан.

Как видно из сказанного выше, многообразие средств и методов лечения эклампсии говорит об отсутствии в настоящее время одного какого-либо вполне эффективного. В то же время это заболевание и сейчас является грозным осложнением беременности, нередко являясь причиной материнской и детской смертности. Так, по данным Е. И. Станцо², в 1958 г. смертность от эклампсии по городам составила 5%, а в сельской местности — 7,7%.

Но вернемся к нашей больной. Припадков эклампсии у нее больше не было. Дыхание нормальное. Потуги ритмичные, хорошей силы. Сердцебиение плода выслушивается между пупком и лоном, ритмичное, ясное, 136 ударов в минуту. В 15 ч 10 мин началось врезывание головки, и через 15 мин (15 ч 25 мин) родился живой доношенный мальчик. В 16 ч родился послед, без дефектов. Общая кровопотеря — 250 мл.

¹ При этом степень бережности наших мероприятий определяется одним ведущим положением, а именно: состоянием больной. Чем тяжелее это состояние, тем понятие бережности родоразрешения будет расширяться и при очень тяжелых стадиях болезни и кесарское сечение может быть расценено как способ бережного родоразрешения (Ред.).

² М. А. Петров-Маслаков. Труды I съезда акуш.-гинеков РСФСР, Медгиз, 1961.

Если роды окончились, припадки эклампсии не возобновляются и общее состояние здоровья роженицы вполне удовлетворительное, то следует ли продолжать морфинно-магнезиальную терапию? Да, ее надо продлить до конца по схеме, ведь припадки могут возобновиться и позже — после родов. Об этом уже говорилось выше.

В последующем больная выздоровела, припадки больше не возникали и на 15-й день после родов она здоровой, с нормально развивающимся ребенком, была выписана из клиники с соответствующими наставлениями.

Краткий эпикриз. В клинику для родоразрешения поступает беременная с выраженной картиной нефропатии. В женской консультации во время беременности на учете не состояла. В родах — один легкий приступ эклампсии, купированный по методу В. В. Строганова. Роды окончились спонтанно, живым ребенком. На 15-й день после родов больная выписана из клиники с нормально развивающимся младенцем.

Теперь рассмотрим сочетание многоплодной беременности с эклампсией.

Гр-ка Д-а, 29 лет, 25/І 1960 г. в 02 ч 30 мин поступила в клинику для родоразрешения. За 1½ ч до поступления отошли воды. Схватки через 10 мин, начались спустя час после отхождения вод. Беременность вторая. Первая беременность 3 года тому назад была прервана искусственно в больничных условиях. Послеабортный период осложнился воспалением придатков матки, по поводу чего длительное время лечилась амбулаторно. Из перечисленных общих заболеваний отмечает малярию и дизентерию (до замужества). Менструации начались с 16 лет, установились сразу через 3 недели, по 5 дней. Последние месячные были 27/IV, первое шевеление плода ощутила 8/IX. Женскую консультацию посещала регулярно. Беременность протекала благоприятно до января месяца, когда стали появляться небольшие отеки ног и кожи живота. По данным обменной карты, беременность протекала нормально, предполагается двойня.

Исследование роженицы показало следующее: состояние удовлетворительное, роженица астенического телосложения. Рост — 153 см, вес — 75 кг, кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Небольшие отеки нижних конечностей и пастозность кожи живота. Со стороны органов грудной полости — без отклонений от нормы. Температура 36,5; пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 ударов в минуту; АД — 135/95 мм рт. ст. Группа крови 0 (I), Rh+. Реакция Вассермана — отрицательная.

Наружное акушерское исследование. Живот бочкообразно выпячен, окружность — 110 см. Брюшная стенка упругая. Дно матки отстоит от лона на 41 см. Мелкие части плода прощупать не удается, создается впечатление, что с обеих

сторон определяются спинки плодов. У входа в таз (не очень отчетливо из-за отечности кожи живота) прощупывается головка одного плода, а правее и несколько выше — головка второго (?). Сердцебиение плода определяется отчетливо, слева ниже пупка и справа на уровне пупка, почти одной частоты, 136—140 ударов в минуту.

Размеры таза: 24; 27; 32; 19 см.

Внутреннее акушерское исследование. Влажлище нерожавшей женщины, разрыхлено. Шейка сглажена. Наружный зев открыт на 2 пальца, плодный пузырь отсутствует. Предлежит волосистая часть головки, прижата ко входу таза. Стреловидный шов в поперечном размере. Роднички определить не удается. Мыс не достигается.

Как видно из приведенных данных, диагноз не представляет затруднений: имеется повторная беременность, двойней. Роды первые, в периоде раскрытия. Беременность осложнена токсикозом отечно-нефротической группы, в стадии водянки беременных легкой степени. Что следует предпринять? Принимая во внимание наличие токсикоза (водянки беременных), введем внутривенно 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой и 30 мг витамина В₁, назначим периодически вдыхание кислорода, а болезненность схваток уменьшим эвкодалом (1%-ный раствор — 1,5 мл подкожно). Будем внимательно следить за течением родов и за состоянием роженицы. Такое вполне удовлетворительное состояние здоровья роженицы продолжалось до 13 ч 40 мин 25/1, т. е. на протяжении 11 ч пребывания ее в родильном покое. Все это время схватки были энергичные, через 2—3 мин; головка заметно продвигалась во входе в таз; сердцебиение плода по-прежнему отчетливо прослушивается ниже пупка слева и на уровне пупка — справа.

Однако с 13 ч 40 мин 25/1 в состоянии роженицы произошли изменения — появились жалобы на болезненность в затылке и в подложечной области. Была однократно рвота. Анализ мочи, взятый утром для исследования, показал наличие в ней белка — 1,155‰, единичных в полях зрения эритроцитов и единичных гиалиновых цилиндров. Изменился и уровень артериального давления, оно стало равно 170/110 мм рт. ст. Как видно, токсикоз прогрессирует, и отек беременных перерос в следующую фазу — нефропатию.

Что же делать? Нужно остановить дальнейшее развитие болезни, предупредить наступление эклампсии. Каким путем? Может быть, следует ускорить течение родов и закончить их оперативным вмешательством? Пока для этого данных нет; дыхание больной ровное, пульс ритмичный, зрение ясное. Применим консервативное лечение. Пригласим для срочной консультации окулиста, чтобы установить состояние глазного дна, а для профилактики эклампсии используем аминазин в сочетании с сер-

нокислой магнeзией, оставив уже проводимую кислородную терапию.

Внутривенное введение аминазина должно быть медленным и сочетаться с одновременным введением 10—20 мл 40%-ного раствора глюкозы; внутримышечно — 5 мл $1/2$ %-ного раствора аминазина с раствором новокаина.

Rp.: Sol. Aminasini 2,5% — 1,0 (2,0)

DTD № 6 in amp.

Для внутривенных вливаний по 1—2 мл, развести в 10—20 мл 40%-ного раствора глюкозы

Rp.: Aminasini 0,5% — 5,0

DTD № 6 in amp.

Для внутримышечных инъекций по 5 мл, развести в 5 мл 0,5%-ного раствора новокаина.

В 13 ч 50 мин больной ввели внутривенно 1 мл аминазина на 20 мл 40%-ного раствора глюкозы и внутримышечно 10 мл 20%-ного раствора сернокислой магнeзии. Однако через 40 мин (в 14 ч 30 мин) начался типичный приступ эклампсии, продолжавшийся около одной минуты. Что делать? Может быть, теперь наступило время, когда форсировать окончание родов стало необходимым? Ведь токсикоз прогрессирует!

Да, состояние здоровья роженицы ухудшилось. Нам не удалось предотвратить возникновения приступа эклампсии. Теперь, действительно, самым надежным лечебным средством было бы быстрое окончание родов. Но каким путем в данном случае можно быстро окончить роды? Абдоминальным кесарским сечением? Нет, так как головка уже почти прошла вход таза. Со стороны брюшной стенки прощупывается только небольшая ее часть. Выведение ее в таких случаях может встретить большие трудности и быть травматичным для плода. Акушерскими щипцами? Нет, так как головка еще не вполне опустилась в полость малого таза и наложение щипцов может быть весьма травматичным как для матери, так и для плода. Перфорацией головки и извлечением плода (краниокластом)? Нет, так как плод живой и сердцебиение его, прослушиваемое ниже пупка, ритмичное, несколько глуховатое, 130 ударов в минуту.

Что же делать? Остается, продолжая вести наблюдение, применить консервативное морфийно-магнeзиевое лечение по В. В. Строганову, с периодическим вдыханием кислорода. Для выяснения степени открытия зева и положения головки сделаем влагалищное исследование.

15 ч. Больная в сознании. Дыхание ровное. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД — 140/90 мм рт. ст. Схватки ритмичные, хорошей силы, через 3—4 мин.

Осмотревший больную офтальмолог на глазном дне обоих глаз патологических изменений не обнаружил. Под наркозом произведено влагалищное исследование. При этом найдено:

шейка сглажена, зев открыт на 4 пальца, края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь отсутствует. Предлежащая головка фиксирована во входе большим сегментом, стреловидный шов слегка в правом косом размере. Малый родничок — слева и чуть кпереди.

Как видите, исследование показало, что условия для окончания родов с помощью акушерских щипцов еще не наступили. Но и острой необходимости к быстрому окончанию родов тоже нет. Повторного припадка не было. Общее состояние больной стало лучше, не беспокоят боли в затылочной области и подложечкой. Артериальное давление несколько снизилось. Наберемся терпения, подождем.

15 и 40 мин. Припадки эклампсии не повторяются. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Сознание ясное, дыхание ровное, схватки хорошей силы, ритмичные, через 3—4 мин. Головка первого плода снаружи не определяется, сердцебиение 160 ударов в минуту, временами аритмичное. При этом большого различия между сердцебиениями предполагаемых двух плодов нет. Что же произошло? Положение внутриутробного плода ухудшилось: наступили признаки внутриутробной асфиксии. Причину асфиксии можно только предполагать. К ней могли привести сравнительно энергичная родовая деятельность или отслоение небольшого участка плаценты, которое не дало клинической картины этой патологии, но ухудшило плацентарное кровообращение. Течение родов изменилось: если для матери токсикоз сейчас непосредственной угрозы не представляет, состояние здоровья ее даже улучшилось, то появилась угроза для жизни плода.

Если проводимым лечением токсикоз удалось купировать и появилась надежда на благополучный исход родов силами природы, то теперь интересы плода требуют от нас быстрого вмешательства. Что делать? Нужно установить, есть ли условия для извлечения ребенка с помощью акушерских щипцов. Ведь только этот вид помощи и может быть в данном случае применен, раз она оказывается по показанию со стороны плода. Повторное влагалищное исследование показало, что для применения акушерских щипцов условия созрели — открытие полное, головка в полости таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок — слева и кпереди.

В 16 ч под наркозом с помощью акушерских щипцов был извлечен живой мальчик в состоянии асфиксии, оживлен. Что делать дальше? Под этим же наркозом извлечь второй плод, используя подготовленность родовых путей первым плодом? Это тем более необходимо, что мы не знаем, какое течение примет токсикоз. Что же нужно сделать для ускорения рождения второго плода? Вскрыть плодный пузырь второго плодместилища, уточнить положение плода; при головном предлежании

поворот на ножку и извлечение. Такое именно положение и оказалось в данном случае,— с помощью поворота был извлечен второй живой мальчик, тоже в состоянии асфиксии, оживлен. Через 45 мин самостоятельно родился послед без видимых патологических изменений. Двойня — однойцевая. Кровапотеря — 500 мл.

После окончания родов магнизиальная терапия была продолжена по схеме. Припадки эклампсии больше не возобновлялись, и на 29-й день после родов родильница, вполне выздоровев, была выписана из клиники с нормально развивающимися близнецами.

Краткий эпикриз. В клинику поступает роженица с явлениями отека беременных. Двойня. Проводится лечение глюкозой с витаминами и кислородом. Однако токсикоз прогрессирует и в родах переходит вначале в нефропатию, а затем в эклампсию.

Консервативным методом (аминазино-морфинно-магнизиальной терапией в сочетании с кислородом) удается купировать токсикоз — болезнь ограничилась одним припадком эклампсии, но возникшая внутриутробная асфиксия плодов заставила окончить роды путем применения акушерских щипцов для первого плода и поворота с извлечением — для второго. Послеродовой период протекал благополучно, и на 29-й день после родов здоровая мать с нормально развивающимися близнецами была выписана из клиники.

Рассмотрим течение родов у другой больной. Абдоминальное кесарское сечение.

Гр-ка Ж-ва, 34 лет, повторнобеременная, 21/XII 1959 г. поступила в состоянии средней тяжести в родовое отделение клиники по поводу 36-недельной беременности, осложненной комбинированным пороком сердца в стадии субкомпенсации и нефропатией. Первая беременность 4 года тому назад была искусственно прервана в больничных условиях, после чего лечилась амбулаторно по поводу воспаления придатков матки. В 1948 г. перенесла операцию удаления червеобразного отростка, в 1958 г. — энуклеацию фиброзного узла матки. Данная беременность наступила спустя 5 месяцев после операции на матке. С детства страдает пороком сердца. Последние менструации были 2 апреля 1959 г., первое шевеление ощутила в последних числах августа.

С 12 недель беременности наблюдается врачом женской консультации и до 10 декабря самочувствие было удовлетворительным. С 10/XII стала отмечать недомогание, быструю утомляемость, неприятные ощущения сердцебиения, одышку, кашель. Появились отеки ног. До 21/XII к врачу не обращалась, патронажа из консультации не было. 21 декабря, после длительного перерыва, посетила врача женской консультации, который и направил больную в родовое отделение нашей клиники.

Общее исследование больной: телосложение правильное, рост — 167 см, вес — 77 кг. Кожа и видимые слизистые слегка бледноваты, выраженные отеки голеней и стоп. Границы

сердца расширены на $1\frac{1}{2}$ см, особенно левая, аускультативно выслушивается систолический шум на верхушке, хлопающий первый тон, расщепление и акцент второго тона на легочной артерии. Границы легких—в пределах нормального; при выслушивании определяются небольшие сухие хрипы, рассеянные в обоих легких, а в нижних отделах—незвучные влажные хрипы. Печень пальпируется на два пальца ниже реберной дуги, край печени закруглен и болезнен. Температура тела—36,7. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 100 ударов в минуту. АД—160/100 мм рт. ст., группа крови А (II), Rh—(отрицательный). В моче—4,65% белка, выщелоченные эритроциты—0—1 в полях зрения и зернистые цилиндры—0—1 в полях зрения. Удельный вес мочи—1029. Исследование глазного дна обоих глаз показало, что имеется слабо выраженная ангиопатия сетчатки.

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы. На нижней половине брюшной стенки имеются два рубца от бывших операций (в 1948 г.—удаление червеобразного отростка и в 1958 г.—удаление фиброзного узла матки). Окружность живота—103 см. Расстояние от лона до дна матки—32 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом в таз. Спинка слева; сердцебиение плода слева ниже пупка, 130 ударов в минуту, ритмичное, отчетливое.

Размеры таза—26; 29; 33; 21 см.

Внутреннее акушерское исследование. Влажные лице нерожавшей женщины, шейка полностью сохранена, маточный зев закрыт,—предлежащая часть высоко, мыс не достигаается.

Как вы догадываетесь и сами, в данном случае поставить диагноз труда не представляет. Имеется 35—36-недельная беременность, осложненная двумя болезнями. Одна из них причинно не связана с беременностью—это болезнь сердца, а другая—нефропатия, не только связана с беременностью, но и «порождена» ею. Если каждое из этих страданий представляет для беременной известное испытание и угрозу, то сочетание обоих опасно вдвойне как для матери, так и для плода. Поэтому такая беременная требует особенного наблюдения.

Что делать? Родоразрешить ли больную сейчас путем абдоминального кесарского сечения или до завершения беременности лечить больную консервативно, предоставив затем роды их естественному течению?

Как видите, перед нами имеются два диаметрально противоположных решения. Какое из них можно было бы считать рациональным, наиболее соблюдающим интересы матери и плода?

Разберем эти решения: установим, что говорит «за» и что «против» каждого из них.

Первый вариант решения — немедленное кесарское сечение. Что говорит «за» это пособие? Произведя сейчас родоразрешение путем абдоминального кесарского сечения мы, возможно, предотвратили бы дальнейшее развитие токсикоза, улучшили бы условия для работы большого сердца и, по-видимому, получили бы плод жизнеспособным. Кажется, что этот вариант решения является правильным, так как при нем предполагается такой благоприятный исход для матери и ее ребенка. Однако надо подумать, своевременно ли будет применено кесарское сечение и можно ли быть вполне уверенным в таком исходе операции. Нет, как несвоевременно само такое вмешательство, так нельзя быть вполне уверенным и в его благополучном исходе. Опыт показывает, что кесарское сечение, произведенное не в родах, когда матка не подготовлена к сократительной деятельности, может сопровождаться значительной кровопотерей. Последняя же при пороке сердца очень опасна. Следовательно, для борьбы с кровотечением и анемией может понадобиться массивное переливание крови и применение лекарственных средств, тонизирующих матку. Но для нашей больной массивная гемотранфузия и применение препаратов, сокращающих мускулатуру матки, не безразличны. При наличии комбинированного порока сердца, высокого артериального давления, болезненного состояния почек и печени они могут оказаться не только не полезным мероприятием, но даже и вредным.

Второе соображение, говорящее против немедленного прекращения беременности, сводится к тому, что и со стороны беременной к этому нет показаний. Болезнь сердца у женщины давняя, на протяжении всего времени беременности порок сердца был вполне компенсирован, несмотря на большую нагрузку. Только возникший две недели тому назад токсикоз (нефропатия) привел к ухудшению состояния здоровья. Но каково будет состояние здоровья больной при лечении ее, мы не знаем. Быть может, нам удастся и остановить дальнейшее развитие токсикоза.

Если к этим соображениям присоединить еще и неуверенность в жизнеспособности плода, полученного ценой тяжелой операции, то очевидно, что первое решение окажется не только несвоевременным, но и не оправданным. Поэтому мы его отвергнем и обратимся ко второму — консервативному ведению больной.

Поскольку мы предложили два варианта решения и один из них отвергли, то, очевидно, второй остается как наиболее рациональный для данной больной и при существующих условиях.

Итак, мы решили, что более целесообразным будет сохранить беременность и начать лечение больной. Сохранение бе-

ременности даже на несколько дней имеет большое значение для ребенка.

Беременной были созданы все условия и применены соответствующие лечебные средства, о которых мы уже говорили выше. Кроме этого, по указанию терапевта, она получала препарат дигиталиса. До 24/XII в состоянии здоровья больной намечилось некоторое улучшение и появилась надежда на возможность сохранения беременности до срока родов. Однако в ночь на 24/XII (в 4 ч) внезапно наступило ухудшение, развился приступ эклампсии, продолжавшийся 1,5 мин. Через 20 мин, когда больная еще не пришла в полное сознание от первого приступа, возник второй. Что делать теперь? Будем ли мы продолжать консервативное лечение или вернемся к первому варианту нашего первоначального решения — окончанию беременности путем кесарского сечения. Да, обстоятельства изменились. Теперь продолжать консервативную терапию было бы ошибкой. Настойчивое отстаивание такого решения может оказаться не только не оправданным, но даже губительным для больной. Теперь, при новых условиях, единственно разумной терапией оказывается только быстрое прерывание беременности.

Начав морфинно-магнезиальную терапию по В. В. Строганову, как об этом уже говорилось выше, мы приступили к операции абдоминального кесарского сечения. Операция произведена под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом и прошла благополучно. Извлечен живой мальчик, весом 2900 г и длиной 49 см. Во время операции с большой предосторожностью перелито 250 мл донорской одноклассной резус-отрицательной крови. Морфинно-магнезиальная терапия продолжена по схеме до конца и после операции.

Вы, видимо, обратили внимание на то, что была перелита резус-отрицательная кровь. Это было вызвано тем, что больная принадлежала к группе людей, у которых отсутствует резус-фактор. Об этой особенности мы уже говорили выше. Если бы не была учтена эта индивидуальная особенность, то могло бы случиться, что, перенеся оперативное вмешательство, больная погибла бы от несовместимости перелитой крови.

Послеоперативный период протекал гладко, и на 21-й день больная была выписана в хорошем состоянии, с нормально развивающимся ребенком.

Краткий эпикриз. В клинику поступает беременная (срок 36 недель), страдающая комбинированным митральным пороком. Беременность осложнена нефропатией средней тяжести. После обследования было решено лечить больную, сохраняя беременность. Однако к исходу третьих суток пребывания в клинике наступает приступ эклампсии, через 20 мин — второй.

Изменившиеся условия заставляют изменить первоначальную тактику и прервать беременность путем абдоминального кесарского сечения.

На 21-й день после операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии с нормально развивающимся ребенком.

Приведем второй пример абдоминального кесарского сечения.

Для краткости в этом примере мы не будем останавливаться на подробном изложении истории болезни, а отметим только те данные, которые имеют непосредственное отношение к заболеванию. В клинику доставлена роженица 29 лет с затемненным сознанием. По словам сопровождающих ее родственников, беременность первая, недоношена на две недели; во время беременности на учете в женской консультации не состояла. Роды начались дома, 6 ч тому назад. Дома, с началом схваток, были два припадка судорог с полной потерей сознания. Первый припадок был 4 ч тому назад, а второй — 1 ч тому назад. В прошлом беременная была здорова, и подобных припадков никогда не было. Однако за последнее время (примерно в течение двух последних недель) она жаловалась на головные боли и на отеки ног. Судя по описанию родственников, характер бывших двух припадков совпадает с классическим описанием картины эклампсии.

Общее состояние больной тяжелое, сознание затемнено. Дыхание несколько учащено, пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, твердый. АД — 175/110 мм рт. ст., температура — 37,2. В моче белок — 3,5⁰/₁₀₀, единичные эритроциты и зернистые цилиндры. Со стороны органов грудной полости отклонений от нормального не отмечено. Все манипуляции, связанные с обследованием больной, произведены под наркозом.

На тыле стопы и голених обеих ног — значительная отечность. Кожа живота — пастозная. Положение плода продольное, спинка слева. Предлежат ягодицы, прижатые ко входу таза. Сердцебиение плода ритмичное, отчетливое, 136 ударов в минуту, выслушивается слева на уровне пупка.

Размеры таза: 24; 27; 30; 19 см. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки сглажена, зев открыт на 2 пальца. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы, прижатые ко входу таза.

Исходя из данных исследования, вы, конечно, уже и сами сделали вывод, что доставлена роженица в первом периоде родов. Сочетая же сведения о характере судорожных припадков, полученные от сопровождающих больную родственников, с данными исследования (гипертония, отек, альбуминурия), вы, видимо, пришли к заключению, что роды осложнились тяжелой формой эклампсии. О том, что здесь имеет место действительно тяжелая степень эклампсии, можно заключить на основании длительного бессознательного состояния больной (в течение

часа после второго припадка) и некоторого расстройства дыхания.

Что делать? Лечить больную консервативно или закончить роды путем абдоминального кесарского сечения?

Из изложенного в предыдущих примерах известно, что при эклампсии не может быть твердой уверенности в том или ином прогнозе. Мы уже говорили, что иногда даже при тяжелых ее степенях больные могут выздороветь, а при кажущихся легкими — погибнуть. Исход при эклампсии зависит не только от качества припадков, но и от особенностей организма. Однако из этого не следует делать вывод, что степень тяжести не имеет значения для прогноза.

Единичные примеры выздоровления при тяжелейших формах эклампсии не могут противоречить тому, что чем тяжелее степень болезни, тем хуже прогноз. Поэтому мы поступили правильно, оценив эклампсию у нашей больной как тяжелую, и в терапии будем исходить именно из этого определения. Рациональна ли в данном случае консервативная терапия? Нет, с нашей точки зрения, она здесь не рациональна. Почему же? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо оценить общие условия, какие сложились у нашей роженицы — и, как вы можете заключить из данных акушерского исследования, — они (условия) сложились неблагоприятно. Разберем их.

Роды находятся в первом периоде, открытие зева на 2 пальца. Следовательно, мы вправе думать, что до окончания родов может пройти еще много часов, а состояние роженицы уже тяжелое, прошел час после второго припадков, а сознание больной все еще затемнено. Но здесь имеются и другие осложняющие обстоятельства: роды протекают атипически, здесь имеется тазовое предлежание. Уже само тазовое предлежание может явиться причиной для возникновения ряда осложнений, как, например, раннего отхождения вод, длительности родов, а нередко — и большой трудности в извлечении плода в момент, когда окажется необходимо быстро закончить роды. При этом возможно и мертворождение. Конечно, в условиях, где не может быть оказана акушерская помощь в полном объеме, другого выхода, кроме консервативного лечения, нет. При таких обстоятельствах консервативная терапия по В. В. Строганову могла бы выглядеть в виде следующей последовательно выполняемой схемы: лечебно-охранительный режим, внутривенное введение глюкозы с витаминами, морфийно-магнезиальная терапия и оксигенотерапия.

В дальнейшем, при необходимости, — вскрытие плодного пузыря, а при соответствующих условиях (полное раскрытие зева) и извлечение плода. Если бы условий для родоразрешения (извлечения плода за тазовый конец) еще не было, а состояние роженицы становилось бы более тяжелым (резкое повышение

артериального давления, бессознательное состояние), то пришлось бы прибегнуть к кровопусканию и к люмбальной пункции.

Мы не сторонники кровопускания при токсикозе. Однако нельзя отрицать, что в некоторых случаях это мероприятие действительно дает лечебный эффект. Мы могли наблюдать это в нашей клинике. Все же в клинической обстановке, при условиях, какие сложились у нашей роженицы, мы не можем остановиться только на одном консервативном методе лечения.

Оценка сложившихся данных диктует нам применить более рациональный вид помощи, а именно: закончить роды оперативно путем абдоминального кесарского сечения.

Для данной больной такой вид родоразрешения будет не только быстрым, но и бережным, несмотря на то, что этот вид родоразрешения связан с большим хирургическим вмешательством. При этом, как уже говорилось неоднократно выше, морфийно-магнезиальная терапия не исключается, а заканчивается в послеоперационном периоде.

Операция была произведена под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом и закончилась благополучно. Ребенок извлечен в синей асфиксии, оживлен.

В послеоперационном периоде припадков эклампсии не было, и больная постепенно выздоровела. На 29-й день после операции она была выписана в хорошем состоянии, с нормально развивающимся ребенком.

Приведенные примеры различных форм токсикоза беременности, конечно, не исчерпывают всего многообразия подобного заболевания, встречающегося в практической деятельности акушера.

Мы привели только типичные случаи и, главным образом, для того, чтобы показать необходимость индивидуального подхода к больной, чтобы учащийся понял необходимость оценки болезни в динамике и в своем решении о виде лечения исходил не из установленного канона, а осмысленно, базируясь на особенностях встретившегося ему заболевания.

ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННОСТИ, ПРОЯВИВШИЙСЯ В ВИДЕ ДЕРМАТОЗА

Гр-ка Н-ва, 25 лет, первобеременная, с направлением от врача-дерматолога, 15/1 1956 г. обратилась на амбулаторный прием нашей клиники по поводу жалоб на тягостное ощущение зуда кожи половых органов, живота, груди и конечностей. Зуд непрерывный, но особенно беспокоит ночью, мешая нормальному сну. Больна две недели, но в первые два дня не придала значения неприятному ощущению зуда.

Однако усиление его и присоединение видимых изменений кожи (в виде розоватых пятен различной формы и величины)

заставили ее обратиться к врачу-дерматологу. Последний расценил это заболевание кожи как упорную крапивницу, не поддающуюся воздействию примененного им лечения из-за наличия беременности. Это заставило его направить больную к нам для консультации с предложением прервать беременность.

Больная по профессии медицинская сестра, в прошлом кожных заболеваний не было. Замуж вышла 1½ года тому назад. Муж здоров. Последние месячные были 25 октября 1955 г. Прерывать беременность не хочет. Общее состояние удовлетворительное, но отмечается нервозность больной. Видимые слизистые слегка бледноваты. Температура тела нормальная. АД — 110/55 мм рт. ст.

На коже нижней половины груди, живота и нижних конечностей, преимущественно плеча и бедер, разбросаны различной формы и величины пятна, с красноватым оттенком, слегка возвышающиеся над здоровой кожей. Поверхность пятен ровная, на некоторых имеются отдельные плотноватые узелки. Кожа шеи, спины и половых органов без видимых изменений. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо.

Акушерское исследование. Наружные половые органы развиты правильно; слизистая входа во влагалище слегка цианотична. Влагалище нерожавшей женщины; шейка матки слегка конической формы; матка увеличена до размеров 10—11-недельной беременности, неправильной шаровидной формы, мягковата, — уплотняется во время исследования (признак Снегирева). Придатки не определяются, своды свободны, выделения — молочного вида, небольшие.

Размеры таза нормальные.

На каком диагнозе мы остановимся? В отношении диагноза 10—11-недельной беременности сомнений, видимо, нет. Наличие беременности подтверждается анамнезом — задержкой месячных и данными объективного исследования: видом слизистой влагалища, размерами матки (соответственно сроку задержки месячных) и признаком Снегирева.

Труднее решить вопрос о характере заболевания кожи. Есть ли это обычное заболевание, только случайно сопутствующее беременности, как думает врач-дерматолог, или оно причинно связано с беременностью, т. е. является проявлением токсикоза. Как решить этот вопрос? Если мы встанем на точку зрения дерматолога и, продолжая назначенное им лечение, прервем беременность, то будет ли это правильным? Нет, такое решение может быть поспешным и неправильным. Во-первых, мы еще не знаем, что это за заболевание. Оно может быть и тем, о каком думает врач-дерматолог, т. е. заболеванием кожи, не связанным с беременностью, но может быть и токсикозом беременности в форме дерматоза. Во-вторых, потому, что, не предпри-

няв лечения, мы произвели бы аборт, вопреки желанию больной сохранить беременность.

Итак, остановимся на предполагаемом диагнозе — «дерматоз беременных» и начнем лечение при сохранении беременности. Больная согласна с нашим предложением.

Токсикоз беременности, проявляющийся в виде заболеваний кожи и объединенный в общую группу «дерматозов беременных», встречается сравнительно нечасто, особенно в форме, требующей стационарного лечения. Встречается он во всех сроках беременности, но чаще во второй ее половине.

Объединение заболеваний кожи у беременных в общую группу «дерматозы беременных» вообще является весьма условным. Оно произведено на основании опыта и только потому, что эти дерматозы могут возникать во время беременности и исчезать после ее окончания. Входят же в состав этой группы весьма различные формы как по своей клинической картине и течению, так и по окончательному влиянию их на организм беременной (по исходу).

Так, практика показывает, что «дерматоз» может проявляться в форме крапивницы (*urticaria*), упорного зуда без видимого изменения кожи (*pruritus*), экземы, узелкового высыпания, преимущественно на сгибательных поверхностях конечностей (*prurigo*). Реже он может проявляться в форме лишая — пузырькового (*herpes simplex*), опоясывающего (*herpes zoster*) или особого вида лишая, так называемого герпеса беременности (*herpes gestationis Milioni*) и еще реже — в виде герпетиформной импетиго (*impetigo herpetiformis*).

Токсикоз в форме герпеса протекает тяжелее, чем при других кожных проявлениях его. Но особенно опасна форма импетиго, так как при ней поражается не только кожа, но и слизистая оболочка рта, зева и трахеи.

Многие из этих форм проявления токсикоза сопровождаются упорным зудом, выводящим больных из равновесия и истощающих их нервную систему, а также образованием сливающихся и лопающихся гнойных пустул.

В результате болезненного состояния кожи ухудшается ее дыхательная и выделительная функции, а на этом фоне общей пониженной сопротивляемости организма находит благоприятную почву для своего развития септическая инфекция.

Причина подобных заболеваний окончательно не выяснена. Однако успешность (при некоторых из них) лечебных мероприятий, идентичных с мероприятиями при других формах проявления токсикоза беременности, дает основания думать, что этиологический фактор этих заболеваний один и тот же.

Лечение таких больных беременных требует большого внимания и осторожности. Их следует помещать в отдельную палату с индивидуальным уходом. Сущность лечения сводится

к тому же, что и при других формах проявления токсикоза: к созданию соответствующего охранительного режима и к назначению бромидов. Для этой цели, как уже известно, могут быть использованы: общеукрепляющее лечение и лечение сном, лечение по Н. В. Кобозевой, оксигенотерапия, антибиотики, сульфаниламидные препараты, общие и местные. Однако, как показал опыт нашей клиники, на фоне общеукрепляющего лечения наилучший результат достигается при лечении таких больных сывороткой крови беременных женщин¹.

Из локтевой вены заведомо здоровой роженицы берут 25—30 мл крови в стерильную колбочку, в которую заранее внесены стеклянные бусинки (при взбалтывании крови с бусинками происходит дефибринация ее). После этого колбочку с дефибрированной кровью ставят на ледник, а через 15—18 ч отсасывают шприцем сыворотку, которая в количестве 15—20 мл вводится интрамускулярно больной. Такие инъекции делают через один—два дня, в зависимости от реакции организма. Выраженной ответной реакции на введение сыворотки обычно не бывает. Заметный эффект лечения может сказаться уже после второй или третьей инъекции сыворотки.

Таким методом нами была излечена очень тяжелая больная, страдающая герпесом (*herpes gestationis*). В клинику она была доставлена на носилках из кожного стационара для прерывания беременности, так как проводимое лечение не давало эффекта.

Многочисленные гнойники на теле и высокая температура заставили воздержаться от немедленного хирургического прерывания 6-месячной беременности (рис. 147 — до лечения). Было начато лечение. Больная выздоровела, сохранила беременность и впоследствии нормально родила живого мальчика.

Приведенные фотоснимки относятся к этой больной, они сделаны уже в начале выздоровления. Но по ним можно хорошо представить себе тяжелую картину бывшего кожного поражения.

Но вернемся к нашей больной. Акушерка сообщила, что больная уже помещена в палату. В ее состоянии изменений не произошло. Назначим ей: щадящую диету (молочно-растительную, без соли), оксигенотерапию (4 подушки кислорода в день); в 20 ч — очистительную клизму, а в 23 ч — лекарственную из 1/2‰-ного раствора брома — 50 мл и 0,2 нембутала. Утром 16/1 — общие анализы крови и мочи. Теперь возьмем у роженицы 30 мл крови с тем, чтобы приготовить из нее сыворотку и ввести ее нашей больной.

¹ При таком способе лечения следует вводить сыворотку одногруппной и совместимой по резус-фактору крови, иначе нельзя исключить возможность сенсibilизации организма беременной (Ред.).

17/1, на следующий день после инъекции сыворотки крови и двух лекарственных клизм, больная отметила, что зуд уменьшился и она спала лучше, чем дома. Бывшие ранее на теле



Рис. 147. Вид кожи беременной, страдающей токсикозом беременности (herpes gestationis Milioni) до (а и б) и после (в и г) лечения.

а и в — вид спереди; б и г — вид сзади.

красноватые пятна заметно побледнели и почти не возвышались над уровнем здоровой кожи; бывшие на некоторых пятнах отдельные узелки исчезли.

После четвертой инъекции все субъективные и объективные признаки заболевания кожи прошли, больная стала спокойнее, сон и аппетит восстановились.

На 10-й день после поступления в клинику она была выписана здоровой с нормально прогрессирующей беременностью.

Таким образом, наше предположение считать данное заболевание кожи проявлением токсикоза беременности оправдалось.

А как бы мы поступили, если бы терапия не дала эффекта? В таком случае предположение врача-дерматолога оказалось бы справедливым. Но мы предприняли все, чтобы излечить больную, сохранив при этом беременность. Операция аборта в данном случае была бы произведена обычным путем. Совсем другое дело, если к моменту необходимости прерывания беременности последняя достигла большого срока, кожа покрыта сливающимися гнойными пустулами и корками и имеется общее тяжелое лихорадочное состояние. В этом случае перед операцией необходимо установить тот антибиотик, к которому микробы гнойных пустул будут наиболее чувствительны. И только после ликвидации лихорадочного состояния можно произвести операцию.

Кроме форм проявления токсикоза, разобранных выше, встречаются иногда и другие. Так, некоторые полагают, что и такие осложнения беременности, как остеомалация, узловатое расширение вен и другие могут быть причислены к заболеваниям типа токсикоза беременности. Но на этих формах мы не остановились потому, что встречаются они сравнительно редко и обычно не требуют принятия срочных мер.

Таким образом, из сказанного в этой главе вытекают следующие два основных положения. Во-первых, современное представление о токсикозе беременности сводится к тому, что не сама беременность является причиной болезни, а вновь созданные условия внутренней среды приводят к возникновению тех изменений, которые затем оформляются в ту или иную клиническую форму токсикоза. Во-вторых, этот в основном скачкообразный процесс, подобный процессам перехода количественных изменений в коренные, качественные отличия (у данной роженицы — проявления токсикоза), не происходит внезапно. Поэтому не бывает так, что вчера беременность протекала нормально, а сегодня наступило то или иное проявление токсикоза. Богатый акушерский опыт убеждает в том, что болезненное состояние развивается постепенно. Однако самые начальные стадии болезненного процесса пока еще не поддаются выявлению. О токсикозе мы говорим только тогда, когда он уже проявился в той или иной клинической форме. Вот почему каждая беременная женщина, обратившаяся к врачу за советом, должна быть детально обследована.

ЛЕКЦИЯ ОДИННАДЦАТАЯ

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В современном акушерстве, главным образом в практическом, аномалия родовых сил является одной из серьезнейших проблем. Особенно это относится к аномалии, проявляющейся в слабости сократительной функции матки. Сейчас невозможно еще утверждать, но из практики создается впечатление, что слабость схваток среди рожениц стала проявляться чаще, чем это было, например, двадцать лет тому назад. Какова причина этого? Еще нельзя ответить окончательно вследствие недостаточности наших знаний о механизме развязывания родовой деятельности. Но нельзя отрицать, что в наступлении этой патологии мы частично повинны сами. Иногда приходится видеть, что слабость возникла после обезболивания родов. Весьма возможно, что при этом к слабости приводит несвоевременное применение родообезболивающих средств, когда еще не вступил в действие весь «механизм» родовой деятельности. Видимо, нужен строгий подход к вопросу обезболивания родов, чтобы не получить обратного эффекта.

Проявление слабости изгоняющих сил так многообразно, что привести соответствующий пример на каждый вариант не представляется возможным. Но, несмотря на разнообразие указанных форм, между ними можно найти черты сходства. Поэтому мы считаем возможным ограничиться приведением только нескольких примеров, которые помогут врачу отыскать индивидуальный подход в вопросе терапии.

ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Гр-ка К-к Б-я, 23 лет, первобеременная, в 2 ч ночи 7/IV 1955 г. поступила в клинику для родоразрешения с жалобами на отхождение вод и отеки. Схваток нет. Беременность первая, доношенная. В детстве развивалась нормально, но перенесла многие инфекционные болезни: скарлатину, ветряную оспу, коклюш, острый суставной ревматизм и нефрит. Взрослой часто бо-

дела ангинами. Первые менструации начались с 16 лет, установились сразу, по 5 дней, через 30 дней. Студентка Ленинградского университета. На 22-м году вышла замуж. Первое шевеление плода почувствовала 27 ноября. Женскую консультацию посещала регулярно.

Первая половина беременности протекала хорошо, во второй стали беспокоить небольшие головные боли и отеки, в связи с чем с 21 по 31 декабря находилась в родовом отделении одной из акушерских клиник (нефропатия беременных). Выписалась с улучшением и до настоящего времени чувствовала себя удовлетворительно, хотя небольшие отеки оставались.

Сегодня ночью (в 1 ч 30 мин) внезапно отошли воды, что и заставило ее обратиться к нам в клинику. Исследование показало следующее.

Общее исследование. Рост — 162 см, вес — 82,5 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски, в области нижней половины брюшной стенки, на обеих голених и стопах — небольшие отеки. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 88 ударов в одну минуту. Температура тела — 37,3. Артериальное давление — 140/85. Границы сердца несколько расширены в поперечнике, тоны сердца слегка приглушены. Дыхание везикулярное. Границы печени в пределах нормы. Реакция Вассермана от 4/II 1955 г. — отрицательная. Группа крови — 0 (I), резус-положительная (Rh +).

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы, брюшная стенка упругая. Окружность — 110 см. Расстояние от лона до пупка — 20 см, до дна матки — 34 см, до мечевидного отростка — 40 см. Положение плода продольное, спинка слева, мелкие части справа. Предлежит головка, прижата ко входу таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, 136 ударов в одну минуту.

Размеры таза: 26; 29; 34; 21 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до наиболее отдаленной точки на головке — 20 см. Наружные половые органы развиты правильно, промежность высокая. Слизистая входа во влагалище цианотична и разрыхлена. Подтекают прозрачные воды.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалище нерожавшей женщины, хорошо растяжимо. Шейка матки слегка укорочена, цервикальный канал с трудом пропускает палец. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка, плотно прижата ко входу таза, стреловидный шов в поперечном размере. Роднички определить не удастся. Мыс не достигается. В чем состоит особенность данного случая? Какой диагноз? Ознакомившись с анамнезом и данными объективного исследования, вы, видимо, уже поняли, что здесь налицо два осложнения: первое — нефропатия, второе — преждевременное отхождение вод.

Таким образом, акушерский диагноз будет следующим: срочные роды, преждевременное отхождение плодных вод, нефропатия легкой степени. Что делать? Какое осложнение из этих двух вызывает у нас большую тревогу? Конечно, оба они могут осложнить роды. Но нефропатия настаживает нас больше. Если разовьется хорошая родовая деятельность, то преждевременное отхождение вод может и не привести к серьезному осложнению. А нефропатия? Она может принять и более тяжелую форму. Как же вести борьбу с нефропатией? На этот вопрос мы уже дали ответ в главе о токсикозах беременности. Назначим лечение по ранее изложенной схеме. Какой же дальнейший план ведения этих родов? Нужно ли сейчас еще какое-нибудь вмешательство? Нет, пока нет оснований для него. Если симптомы нефропатии не усилятся, а родовой деятельности по-прежнему не будет, то тогда применим родостимулирующие средства, допустимые при этой форме токсикоза.

Какие же средства, усиливающие родовую деятельность, можно применить при нефропатии? При нефропатии с целью возбуждения родовой деятельности можно применить средства, не повышающие артериального давления. К числу таких веществ могут быть отнесены: фолликулин¹, синэстрол, касторовое масло, хинин, пахикарпин, прозерин и некоторые другие.

Остановимся подробнее на разборе данной акушерской патологии — аномалии изгоняющих сил. В практическом акушерстве она может сводиться к: а) патологии сократительной деятельности матки (схваток) и б) расстройству работы брюшного пресса (потуг). Целесообразность такого разделения этой акушерской патологии заключается в том, что оба вида расстройства родовой деятельности могут возникать независимо друг от друга. Хотя оба вида изгоняющих сил (схватки и потуги) рефлекторно связаны между собой, тем не менее каждый из них является отдельным физиологическим звеном. Первое, как известно, состоит из сокращений мускулатуры только одной матки, а второе — из тех же маточных сокращений, но с присоединением к ним работы всей поперечнополосатой мускулатуры, особенно мышц брюшной стенки, грудобрюшной и тазовой диафрагмы.

Расстройство обоих видов изгоняющих сил нарушает нормальное течение родов. Но особенно большое значение в практическом акушерстве имеет расстройство сокращений матки (схваток), так как оно нередко оказывается трудно устранимым.

Разберем отдельно эти два вида расстройства родовой деятельности.

¹ Ряд авторов полагают, что фолликулин может повышать артериальное давление, поэтому к его применению при токсикозах нужно относиться с осторожностью (Ред.).

Патология сократительной работы матки. Она, в свою очередь, разделяется на: а) слабые схватки; б) чрезмерно сильные схватки и в) судорожные схватки.

Слабые схватки, в свою очередь, разделяются на: первично слабые (первичная слабость) и вторично слабые (вторичная слабость). Может быть и сочетание их в процессе течения одних родов.

В практическом акушерстве все виды расстройства родовой деятельности встречаются не одинаково часто.

Так, расстройство в виде слабости родовых сил наблюдается чаще, чем в виде чрезмерно сильных и тем более судорожных схваток. Один из ассистентов нашей клиники (В. А. Струков)¹ проанализировал около 13 тысяч родов и отметил, что в одном лечебном учреждении слабость родовой деятельности была у 1073 рожениц, т. е. у 8,2%; у первородящих она возникала чаще (в 11,3%), чем у повторнородящих (3,5%), учащаясь при этом по мере увеличения возраста рожениц. Так, у первородящих в возрасте до 20 лет она встретилась в 3,9%, от 30 до 34 лет — в 14,7%. То же имело место и у повторнородящих, соответственно повышаясь с 2,5 до 7,4%.

Слабость родовой деятельности нередко является фактором, приводящим к тяжелым осложнениям родов, особенно когда устранить ее представляет большую трудность. Наиболее неблагоприятно сочетание первичной и вторичной слабости.

Какими общими чертами характеризуются роды, осложненные слабостью родовой деятельности?

1. Прежде всего они длительные. Это неблагоприятно отражается на здоровье матери. Так, если средняя продолжительность нормальных родов у первородящих составляет 15 ч, а у повторнородящих — 10 ч, то при наличии слабости это время заметно удлиняется, достигая в среднем у первородящих 40 ч, а у повторнородящих — 30 ч. В отдельных же случаях роды тянутся и до 100 ч, иногда и дольше. Таким образом, обоюдное желание рожавшей женщины и акушера, сводящееся, образно говоря, к стремлению встретить восход солнца в процессе родов лишь однажды, при слабости, как видите, остается не исполненным.

Длительность родов утомляет роженицу, истощает ее организм, что в свою очередь создает «порочный» круг, еще больше углубляет слабость и способствует возникновению вторичного (инфекционного) заболевания (за счет восходящей инфекции).

2. Затяжные роды, осложненные эндометритом, вынуждают врача прибегнуть к оперативному родоразрешению, что, по дан-

¹ В. А. Струков. Автореф. дисс. Слабость родовой деятельности и ее лечение. Л., 1960.

ным В. А. Струкова¹, встречается в 8 раз чаще, чем при нормально протекающих родах.

3. Наконец, проявляясь в последовом периоде (или в ближайшее время после родов), слабость может привести к гипотоническому кровотечению, что еще больше угрожает здоровью, а иногда и жизни матери. Осложнения воспалительного характера в послеродовом периоде встречаются в 20%. Но и для плода слабость родовой деятельности представляет немалую угрозу. Длительность родов, истощение материнского организма и наслоение вторичной инфекции не могут не отразиться на плоде. Вследствие нарушения обменных процессов у плода возникают нарушения гемодинамики, в результате чего он испытывает гипоксию с последующим влиянием ее на центральную нервную систему, главным образом на мозговую ткань. Вынужденное (по материнским показаниям) оперативное родоразрешение, которое к тому же не всегда производится при благоприятных для плода условиях, еще больше усугубляет угрозу для его жизни. Следствием этих неблагоприятных условий и оказывается, что явления внутриутробной асфиксии и мертворождаемость при родах, осложненных слабостью, бывают значительно чаще, чем при нормальных родах (в 5 с лишним раз). Так, по данным того же лечебного учреждения (В. А. Струков), при нормальном течении родов, явления различной степени внутриутробной асфиксии встречаются в 4,22%, а при родах, осложненных слабостью, — в 21,24%, мертворождаемость при нормальных родах — 1,23%, а при слабости — 7,0%. Но и родившийся живым при условиях слабости родовой деятельности, новорожденный находится под угрозой. Он иногда погибает либо в первые часы, либо в первые дни после рождения. При этом патологоанатомическое исследование органов погибшего ребенка нередко, кроме ателектаза легких, ничего не обнаруживает. Видимо, травма мозговой ткани и других жизненно важных органов, возникшая внутриутробно вследствие нарушений кровообращения и обменных процессов, бывает иногда столь значительна, что организм ребенка не в состоянии с ней справиться в новых условиях существования.

Такими общими чертами характеризуются роды, осложненные слабостью родовой деятельности. Эта акушерская патология является очень серьезной. Вот почему каждый акушер должен ее хорошо знать, чтобы уметь своевременно оказать необходимую помощь. Что же это за патология? Что понимается под этими тремя видами проявления слабости?

Первичная слабость. Под первичной слабостью понимается такая родовая деятельность, которая с самого начала родов

¹ В. А. Струков. Слабость родовой деятельности и ее лечение. Автореф. дисс., Л., 1960.

ослаблена. Клинически это проявляется в виде редких, коротких, слабых и неэффективных схваток. Иногда они на короткое время могут стать и несколько более энергичными (хотя и без регулярного ритма), но затем вновь приобретают свой первоначальный характер. Первичная слабость встречается в пределах 6% на общее число родов и чаще у первородящих (по данным В. А. Струкова). Частота оперативных родоразрешений (щипцы, кесарское сечение, ручное отделение последа) достигает 19% на общее число родов, осложненных первичной слабостью.

При таком затяжном течении родов, когда повышается число оперативных родоразрешений, учащается и мертворождаемость, достигая 3,5% (по данным одного лечебного учреждения, разработанных В. А. Струковым).

Под вторичной слабостью понимаются такие схватки, которые в течение какого-то времени от начала родов имели нормальный характер,— они были ритмичными и сильными, хотя нередко и малоэффективными. Но затем на каком-то этапе родов схватки теряют свою силу и частоту, а иногда даже и ритмичность. При этом вторичная слабость может наступить как в первом, так и во втором периоде родов. Встречается вторичная слабость реже, чем первичная, в среднем в 1% от общего числа родов, и так же, как первичная, чаще у первородящих.

В противоположность первичной слабости, вторичная нередко возникает после отхождения околоплодных вод. Это определяет еще большую частоту осложнений как для матери, так и для плода. Длительный безводный период родов благоприятствует проникновению инфекции из влагалища в матку и нарушает нормальный обмен между плодом и матерью. Эти обстоятельства приводят к заболеванию матери и появлению внутриутробной асфиксии у плода и, в свою очередь, заставляют прибегать к оперативному родоразрешению. Так, роды, осложненные вторичной слабостью, почти в 46% заканчиваются оперативно, чаще с помощью акушерских щипцов. Внутриутробная асфиксия, по данным В. А. Струкова, наблюдается в 41% и из них глубокая — в 6,4%, а мертворождаемость — в 13,6% от общего числа внутриутробных асфиксий. Но и среди родившихся живыми, по тем же данным, ранняя детская смертность достигает 3,6%.

Опасность для матери не оканчивается с рождением ребенка. Вторичная слабость, обусловившая необходимость оперативного родоразрешения, продолжает оказывать свое влияние в последовом периоде и в ближайшее время после родов. Вследствие этого до 16% возрастает частота ручного отделения последа, а серьезное атоническое кровотечение наблюдается в 8,5%.

Под термином «первичная и вторичная слабость» понимается такая родовая деятельность, которая с начала родов имела характер первичной слабости, но под влиянием родостимулирую-

ших средств (или самопроизвольно) она приобрела более или менее нормальный ритм, силу и частоту. Однако такая «нормализованная» родовая деятельность не смогла продлиться до конца родов и на каком-то этапе вновь приняла свой первоначальный характер¹. Такое явление встречается в 14% от общего числа родов, осложненных слабостью. Вполне понятно, что если каждый вид этой патологии в отдельности представляет опасность для здоровья матери и плода, то сочетание их увеличивает эту опасность.

Сочетание первичной и вторичной слабости встречается чаще у первородящих. При этом наступление вторичной слабости на фоне первичной бывает чаще в первом периоде родов (64,5%), чем в периоде изгнания (33,5%).

Роды, осложненные сочетанием первичной и вторичной слабости, нередко заканчиваются оперативно. Наиболее часто применяются щипцы (до 42%), извлечение плода за тазовый конец (в пределах 6%) и наложение кожно-головных щипцов по Иванову (в пределах 9%).

В чем причина такой ненормальной работы беременной матки? Каким путем можно устранить эту патологию родовой деятельности? Разберем эти вопросы отдельно, по видам слабости.

Первичная слабость родовой деятельности. Для того чтобы достаточно полно осветить вопрос о причинах возникновения первичной слабости родовой деятельности, нужно знать биомеханизм возникновения и течения процесса родов. Но наши современные познания этого вопроса еще далеки от совершенства. Однако, хотя наши знания этого вопроса и невелики, иногда они все же дают возможность объяснить эту патологию и устранить ее.

В. А. Струков, детально анализируя роды, осложненные слабостью родовой деятельности, пришел к выводу, что первичную слабость следует рассматривать как удлиненный вариант нормального течения родов, крайним антиподом которого являются стремительные роды.

Между нормальным течением родов и течением родов, осложненных первичной слабостью, основную разницу он видит в абсолютной длительности их, считая и те и другие физиологическими. При первичной слабости родовой деятельности, в отличие от нормальной, может быть отмечено лишь изменение темпа физиологического процесса в сторону замедления. Роды, раз начавшись, идут до своего окончания в определенном для каждой женщины темпе. Не исключено, что эта новая мысль имеет для

¹ Иногда родовая деятельность с самого начала родов и до конца их остается слабой. В таких случаях некоторые также пользуются терминологией «первичная и вторичная слабость родовой деятельности», хотя по существу речь идет о первичной слабости (*Ред.*).

себя основание. Нельзя отрицать того, что каждому организму присущи какие-то индивидуальные качества. Поэтому, действительно, нельзя такой интимный и сложный физиологический процесс, как акт родов, стремиться вместить в единые для каждой роженицы рамки. При этом и индивидуальные особенности родов, как показывает опыт, с течением времени склонны изменяться. Однако будем ли мы считать первичную слабость одним из вариантов нормального течения родов или назовем ее патологическим отклонением от нормы, наше отношение к ней не из-

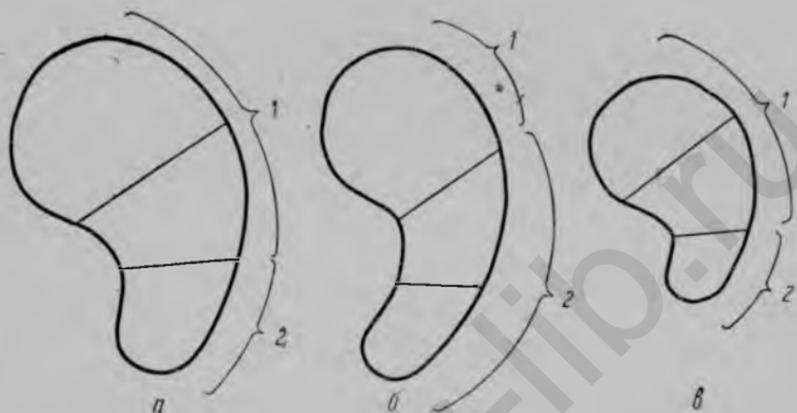


Рис. 148. Схематическое изображение различных видов развития матки.

а — нормально развитая матка: на тело матки приходится $\frac{2}{3}$ всего органа, на шейку — $\frac{1}{3}$; *б* — инфантильная матка: на тело матки приходится $\frac{1}{3}$ всего органа, на шейку — $\frac{2}{3}$; *в* — гипопластическая матка: соотношения размеров тела и шейки матки соответствуют нормальной матке, но весь орган уменьшен.

1 — тело матки; 2 — шейка матки.

менится. Как сам автор высказанного взгляда, так и мы на основании опыта знаем, что такой замедленный темп родов является неблагоприятным. У ряда женщины он может быть объяснен и нередко устранен. Причины, вызывающие первичную слабость родовой деятельности, весьма многообразны.

Как показывают наблюдения за родами, первичная слабость встречается у следующих рожениц:

а) с явлениями общего или местного полового инфантилизма, когда имеется не только анатомическое недоразвитие матки (рис. 148), но, видимо, и нейро-гуморальная недостаточность;

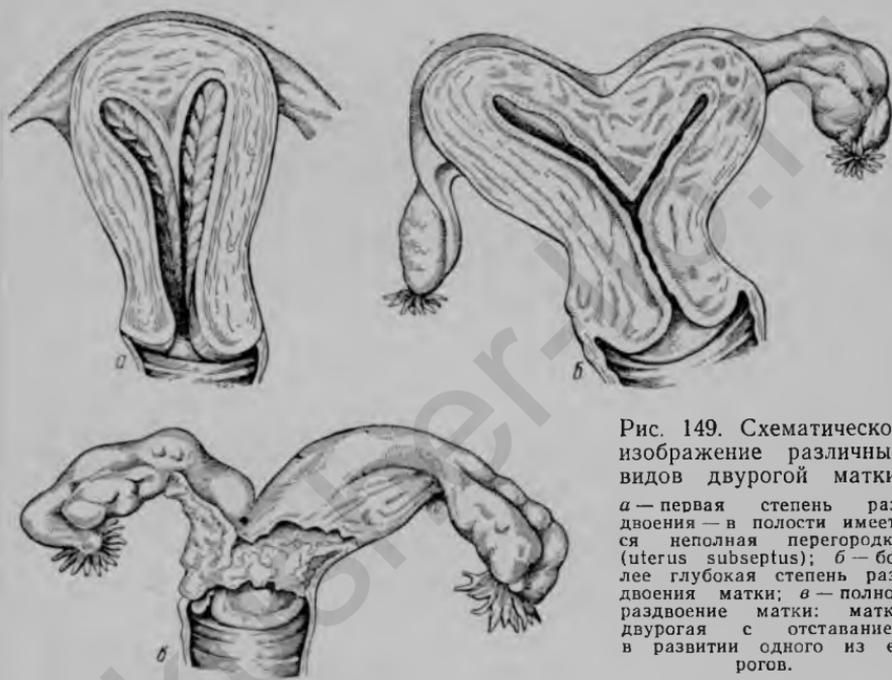
б) с явлениями различных форм порока развития матки (*Uterus bicornis*) и др. (рис. 149, а, б, в);

в) с наличием в матке фиброматозных узлов, вследствие чего часть органа выключается из общей сократительной работы;

г) перенесших в прошлом воспалительные заболевания матки, в результате которых могла измениться анатомо-гистологическая структура ее нервно-мышечного аппарата. Такое состояние встречается после абортов или осложненных родов;

д) с наличием многоводия, многоплодия или чрезмерно крупного плода, в результате чего снижается нормальная сократительная способность растянутых мышечных волокон матки;

е) с наличием тяжелых общих заболеваний организма: пороков сердца, туберкулез легких, токсикозы (исключая эклампсию,



при которой родовая деятельность обычно бывает интенсивной, вследствие особенной склонности мускулатуры к судорожным сокращениям), поражения печени и почек, а также и инфекционные болезни, из числа которых малярия, вызывая хроническую интоксикацию, особенно поражает нервно-мышечный аппарат матки;

ж) испытывающих страх перед предстоящими родами, что может вести к истощению нервной системы, в результате чего сократительная деятельность матки затормаживается.

Таким образом, мы можем свести причины первичной слабости родовой деятельности к следующим основным группам.

1. Первичная слабость родовой деятельности центрального происхождения. При ней вследствие гормональной недостаточности, истощения нервных клеток или общего заболевания

центральная нервная система оказывается несостоятельной в отношении развязывания и регулирования родовой деятельности.

2. Первичная слабость родовой деятельности местного происхождения. К числу местных причин могут быть отнесены: а) недостаточная возбудимость нервно-мышечного аппарата, баро- и механорецепторов матки, возникшая в результате общего или местного заболевания, приводящего к нейротрофическим изменениям, либо неполноценного развития органа, либо гормональной или какой-либо иной недостаточности, в частности недостаточности факторов, принимающих участие в развитии нормальной родовой деятельности (ацетилхолин, гиалуронидаза и др.); б) неспособность мышечных элементов нормально сокращаться, наступившая в результате неполноценного развития органа изменения химизма, перерастяжения или замещения мышечной ткани соединительной.

Вполне понятно, что приведенный перечень причин, который может быть поставлен в причинную связь с возникновением первичной слабости родовой деятельности, не является исчерпывающим. Эти причины выявлены в результате клинического опыта и достижений современной науки. Не исключено, как уже говорилось, что они являются только какой-то частью того, что имеет место в действительности. Однако и эти не вполне совершенные данные при правильной оценке родов иногда позволяют оказать реальную помощь. Если помощь была своевременна, а выбранное средство оказалось способным компенсировать недостаток, послуживший причиной слабости, то в этом случае мы имеем эффект. Из этого вытекают два вопроса:

1. Как практически определить понятие «своевременно оказываемая помощь»?

2. Какими средствами можно компенсировать звено, несостоятельность которого явилась причиной слабости?

Разберем эти вопросы отдельно.

1. Как практически определить понятие «своевременно»?

Вы знаете, что развитие родовой деятельности идет в постепенно нарастающем темпе. Вначале наблюдаются редкие, короткие схватки — «схватки-предвестники». Затем они становятся ритмичными и нарастают по силе и частоте. Темп нарастания силы и частоты маточных сокращений и при нормальных родах не всегда бывает одинаков у различных женщин. У одних нарастание темпа идет довольно быстро, у других оно замедленно, хотя в последующем роды протекают совершенно нормально. Поэтому врач нередко убеждается в наличии первичной слабости только по прошествии какого-то времени наблюдения за родами. При этом время наблюдения не имеет строгих рамок. Следовательно, кроме времени, вполне определенного другого клинического критерия для своевременного установления первичной слабости у врача нет. Вполне понятно, что при

таком положении совет «своевременно оказать пособие» теряет свое значение. А между тем опыт показывает, что фактор времени в эффективности оказанного пособия имеет большое значение.

В. А. Струков предложил клинический критерий ранней оценки характера родовой деятельности. Принимая продолжительность периода раскрытия равной 100%, он нашел, что относительное время (в процентах), необходимое для определенного раскрытия зева при нормальной родовой деятельности и при первичной слабости ее, практически одинаково. При этом раскрытие маточного зева как при нормальной родовой деятельности, так и при слабости ее, прогрессировало одинаково в смысле соответствия темпу течения родов. Такой анализ позволил В. А. Струкову составить таблицу продолжительности I периода родов (раскрытия), использование которой дает возможность своевременно установить темп течения данных родов, т. е. оценить их либо как нормальные, либо как осложненные первичной слабостью.

Таких таблиц им составлено две: для первородящих (табл. 8) и повторнородящих (табл. 9).

Таблица 8

**Продолжительность периода раскрытия при первых родах
(в часах и минутах)**

Степень открытия зева матки	Продолжительность периода раскрытия (от начала родов)										
1 палец . . .	3.30	5.20	7.00	9.00	11.00	12.30	14.30	16.00	18.00	20.00	21.30
2 пальца . . .	5.10	7.45	10.30	13.00	15.30	18.00	21.00	23.30	26.00	28.30	31.00
3 » . . .	7.00	10.20	13.45	17.00	20.30	24.00	27.30	31.00	34.30	38.00	41.30
4 » . . .	8.30	13.00	17.00	21.30	25.30	29.00	34.00	38.30	42.30	47.00	57.00
5 пальцев	10.00	15.00	20.00	25.00	30.00	35.00	40.00	45.00	50.00	55.00	60.00

Таблица 9

Продолжительность периода раскрытия при повторных родах

Степень открытия зева матки	Продолжительность периода раскрытия, в часах и минутах (от начала родов)									
2 пальца . . .	3.50	5.40	7.40	9.30	11.30	13.30	15.00	17.00	19.00	
3 » . . .	6.30	10.00	13.00	16.30	19.30	23.00	26.00	29.30	32.30	
4 » . . .	9.00	13.30	18.00	22.30	27.00	31.30	36.00	40.00	45.00	
5 пальцев . .	10.00	16.00	20.00	25.00	30.00	35.00	40.00	45.00	50.00	

Из таблиц следует, что как при нормальном течении родов, так и при осложнении их первичной слабостью между протекшим временем и степенью раскрытия маточного зева существует

определенная взаимосвязь. И так как эти данные выявлены в результате тщательного анализа значительного числа родов, то, видимо, следует думать, что они являются не простой случайностью, а определенной физиологической закономерностью. Пользуясь такой таблицей, практический врач, может быть, не всегда с абсолютной точностью, но с большой приближенностью к истине, уже на первом этапе наблюдения за родами может установить их характер.

При этом, естественно, имеется в виду, что роженица здорова, размеры таза нормальные и положение плода — правильное. Так, если по табл. 8 врач, наблюдающий роды, по прошествии $3\frac{1}{2}$ ч от начала родов нашел зев раскрытым на один палец, он вправе считать, что в данном случае родовая деятельность нормальная и полное раскрытие зева произойдет к исходу 10 ч от начала родов. Если же для открытия зева на один палец понадобилось длительное время, примерно 21 ч с лишним, то для полного раскрытия потребуется 60 ч. Следовательно, у этой роженицы сократительная способность матки недостаточно эффективная — родовая деятельность первично слабая.

Таким образом, эти таблицы дают врачу возможность на любом отрезке времени от начала родовой деятельности своевременно установить первичную слабость, начать борьбу с ней и определить план ведения родов.

2. Какими средствами можно компенсировать звено, несостоятельность которого явилась причиной слабости?

Если, используя таблицу В. А. Струкова, можно своевременно и сравнительно точно диагностировать первичную слабость родовой деятельности, то, к сожалению, этого нельзя сказать в отношении успеха терапии ее.

Выше, говоря о причинах, приводящих к первичной слабости, мы упомянули многие факторы, которые в той или иной степени могут играть роль в ее развитии. Указали также, что, возможно, эти факторы являются только частью имеющих место в действительности в каждом отдельном случае. Поэтому наши мероприятия по устранению первичной слабости часто носят не строго направленный индивидуализированный, а скорее общий характер. Основанием для терапевтического вмешательства служит наше современное знание механизма развязывания родовой деятельности. В разделе «Нормальные роды» мы довольно подробно изложили это. Сказанное и определяет применение тех или иных лечебных мероприятий. Иногда они могут быть сведены только к психологическому воздействию, если видно, что страх перед родами явился причиной слабости, к вскрытию плодного пузыря (рис. 150), если возникновение ее связано с перерастяжением матки вследствие многоводия и т. п. Но все же чаще приходится прибегать к устранению слабости медикаментозным воздействием.

Все фармакологические средства, которые сейчас применяются для родостимуляции, по их влиянию на родовую деятельность можно разделить на следующие группы:

а) создающие определенный фон для нормального течения родов, при котором матка активнее воспринимает раздражающие импульсы. К такой группе относится активный яичниковый фолликулярный гормон, а также идентичные ему искусственно синтезированные препараты: синэстрол и отдельные биологически активные фракции эстрогенного гормона — эстриол, эстрон и эстрадиол;

б) повышающие содержание ацетилхолина, являющегося медиатором в восприятии нервной клеткой раздражения и в передаче его по нервной цепи. Повышение содержания в организме роженицы ацетилхолина происходит главным образом за счет инактивации фермента холинэстеразы, расщепляющего ацетилхолин. К этой группе могут быть отнесены: пахикарпин, прозерин, хинин, касторовое масло и другие. Влияние веществ этой группы на сократительную функцию матки проявляется двояко. С одной стороны, оно проявляется действием ацетилхолина, а с другой, — непосредственным своим действием на мускулатуру матки;

в) вызывающие сокращения матки непосредственно. К этой группе может быть отнесен гипофизарный гормон — питуитрин (питуин) и некоторые вещества из предшествующей группы;

г) вызывающие расслабление ткани шейки матки (литическое действие), чем ускоряется процесс раскрытия зева. К этой группе могут быть отнесены новокаин, атропин, промедол, лидаза и другие;

д) повышающие общий тонус организма роженицы, что сказывается и на функции матки. К этой группе могут быть отнесены фенамин, кофеин, глюкоза и витамины;

е) повышающие мышечную возбудимость матки путем повышения ее энергетических ресурсов. К этой группе могут быть отнесены глюкоза, витамины, хлористый кальций.

Вполне понятно, что приведенный перечень средств, в той или иной степени способствующих нормальной работе матки во время родов, не является исчерпывающим. К тому же фармацевтическая промышленность непрерывно пополняет клинику новыми медикаментами. Но едва ли будет принципиальным различие между существующими и новыми средствами. Скорее всего оно будет состоять только в степени эффективности



Рис. 150. Схематическое изображение искусственного разрыва плодного пузыря левыми щипцами.

действия. Поэтому мы и считаем возможным привести эту краткую характеристику средств, применяемых для устранения слабости. «Своевременно» определив первичную слабость родовой деятельности, практический врач выберет то, что он найдет наиболее целесообразным для данных родов, применив что-либо в виде сочетанной схемы, либо раздельно.

Акушерская практика выработала следующие дозировки применяемых средств:

1. Фолликулин (или синэстрол 0,1%-ный — 1,0—2 мл и другие синтетические препараты эстрогенного гормона) в дозах 10 000—20 000 ед. При этом следует помнить, что сенсбилизация матки к окситотическим веществам, вызываемая фолликулином, наступает не сразу, а по прошествии длительного времени от 2 до 6 ч. Вводится внутримышечно¹.

2. Хинин в акушерской практике с целью родоусиления применяется в небольших дозах (0,05—0,2). Большие дозы вызывают противоположный эффект. Назначается он *per os*, с перерывами в 40 мин, общее количество его — 0,6—1,0.

3. Касторовое масло — в обычной дозе (30,0—40,0).

4. Питуитрин — подкожные инъекции по 0,2 см³, с перерывами в 40 мин, общее количество — 0,6—1 мл. Следует помнить, что питуитрин повышает артериальное давление. Поэтому его нельзя применять при гипертонии.

5. Пахикарпин — подкожные инъекции по 5 мл 3%-ного раствора или по 3 мл 5%-ного раствора, три введения с перерывами в 2 ч.

6. Хлористый кальций — внутривенно, по 10 мл 10%-ного раствора совместно с глюкозой и витаминами.

7. Прозерин — по 3 мг на прием, с перерывом в 40 мин — 1 ч, всего 4—5 приемов.

8. Промедол — подкожно по 2—3 мл 1%-ного раствора.

9. Новокаин в 0,5%-ном растворе для введения в ткань шейки матки по 15—20 мл в переднюю и заднюю губы зева (при его ригидности).

Если в процессе наблюдения окажется, что фармакологические средства, применяемые в виде сочетанной схемы или раздельно, не привели к устранению слабости, то нередко приходится прибегать к дополнительному оперативному вмешательству. Последнее определяется сложившимися к этому времени условиями. Практика показывает, что при родах, осложненных упорной первичной слабостью, почти в 60% применяются оперативные пособия. Последние могут проводиться в виде вскрытия плодного пузыря, рассечения шейки матки, наложения кожно-го-

¹ Опыт показывает, что введение синэстрола дробными дозами (по 5—10 тыс. ед. через 20—30 мин, всего 5 инъекций) иногда дает лучший эффект.

ловных щипцов и других, либо в виде завершающего родоразрешения (щипцы, кесарское сечение, извлечение за тазовый конец).

Для эффективности терапии первичной слабости родовой деятельности основным является своевременность и рациональность мероприятия в данный момент родов. А это может быть достигнуто только при внимательном наблюдении за роженицей.

Вторичная слабость родовой деятельности. Как уже было сказано выше, о вторичной слабости мы говорим тогда, когда родовые схватки становятся реже, короче и слабее после бывшей какое-то время хорошей родовой деятельности. Наступление вторичной слабости может быть как в первом, так и во втором периодах родов и при этом нередко после преждевременного или раннего отхождения вод. Причины, которые могут быть связаны с проявлением этой формы патологии родовой деятельности, нередко являются теми же, что и при первичной слабости. В этом случае, очевидно, матка могла развить энергичную деятельность только на протяжении какого-то отрезка времени, после чего силы ее иссякли,— мышца устала.

Но причины наступления вторичной слабости могут быть и другими, о которых при разборе этиологии первичной слабости мы не говорили. К числу таких причин могут быть отнесены:

а) применение родообезболивающих средств, относящихся к разряду наркотических, и больших доз хинина, неумело примененных для усиления родовой деятельности;

в) переполнение мочевого пузыря;

в) ригидность зева и чрезмерная плотность плодных оболочек;

г) несоответствие размеров плода и таза матери (узкий таз), атипичное вставление головки, неправильное положение плода.

Этот перечень дополнительных причин говорит о том, что вторичная слабость может наступить при функционально нормальной матке: матка сокращается достаточно энергично, но из-за встретившегося препятствия ее работа безуспешна. В результате наступает такой момент, когда силы ее иссякают, мышца устает и прекращает сокращаться.

Следовательно, дополнительные причины, приводящие к возникновению вторичной слабости, могут быть связаны и с недостаточно умелым и внимательным ведением родов.

Прогноз родов при вторичной слабости более серьезный, чем при первичной. Осложнения для материнского организма в виде травмы родовых путей, воспалительного заболевания и кровопотери — при вторичной слабости встречаются чаще. Тяжелое состояние матери не может не отразиться на плоде — внутриутробная асфиксия возникает почти в $\frac{1}{3}$ всех родов, осложненных вторичной слабостью, а внутриутробная гибель плодов, по данным А. И. Петченко, достигает 0,7%.

Более плохой прогноз при вторичной слабости объясняется тем, что наступление ее нередко возникает, как уже говорилось, после отхождения вод. Длительный безводный период приводит к раннему инфицированию матки. Последнее же само способствует наступлению слабости,— порочный круг, таким образом, замыкается. Прогноз родов при вторичной слабости ухудшается еще и потому, что угрожаемое состояние матери или плода вынуждает к применению оперативного метода родоразрешения, которое производится при условиях, не всегда благоприятных для матери и для плода. По данным А. И. Петченко, необходимость применения различного вида оперативного пособия при родах, осложненных вторичной слабостью родовой деятельности, возникает в 77% на общее число родов с этой патологией.

Определить наступление вторичной слабости не представляет трудности. Этот диагноз вытекает из характера родовой деятельности. Но если начало вторичной слабости установить легко, то нельзя сказать этого же о ее конце. Как долго продлится такое состояние матки, какова будет продолжительность периода раскрытия или изгнания, заранее определить не представляется возможным. И в этом отношении вторичная слабость отличается от первичной, при которой заранее (пользуясь таблицей В. А. Струкова) можно определить продолжительность периода раскрытия. Устранение наступившей вторичной слабости иногда представляет трудную задачу.

В отношении терапии ее следует руководствоваться следующими соображениями.

1. Не следует забывать, что при всяких родах, а тем более осложненных слабостью, состояние центральной нервной системы роженицы имеет существенное значение. Следовательно, необходимо воздействовать на нее, умело внушив мысль о благополучном исходе родов. При этом имеется в виду, что обследование роженицы установило отсутствие механического препятствия в виде неправильного положения плода, узкого таза.

2. Если вторичная слабость наступила вскоре после начала родов, когда состояние роженицы хорошее и видно, что организм и, в частности, матка не могли исчерпать запаса своих сил, можно применять родостимулирующие вещества, на фоне общеукрепляющих средств (глюкоза с витаминами).

3. Однако чаще вторичная слабость есть следствие утомления организма и, в частности, матки. Поэтому нецелесообразно «подстегивать» усталую мышцу. Применение родостимулирующих средств при этих условиях еще больше углубит слабость.

Предоставить усталому организму отдых, дать ему возможность самому восстановить работоспособность будет при этих условиях наиболее рациональной помощью. Опыт показывает, что нередко прекратившаяся родовая деятельность вновь становится нормальной после предоставленного питания и отдыха.

Легко усвояемая и питательная пища есть тоже одно из звеньев в общей цепи средств, устраняющих слабость родовой деятельности. Если роженица очень устала и отказывается от всякой пищи, необходимо внутривенное введение глюкозы и витаминов, после чего назначается снотворное (морфий, пантопон или эфирный наркоз). Вполне понятно, что при этом должны соблюдаться условия, не мешающие отдыху. Особенно это касается сна, вызванного морфийными препаратами, при которых он очень чуткий.

4. Если после отдыха родовая деятельность не усилилась, то применение родостимулирующих средств является оправданным. Отдохнувший орган можно и «подстегнуть».

Средства, какие с этой целью применяются при вторичной слабости, являются теми же, что и при первичной. Однако при этом следует учитывать время, какое требуется для получения эффекта. Следовательно, если вторичная слабость наступила в периоде изгнания, то назначение эстрогенного гормона и касторового масла при этих условиях нецелесообразно, так как их действия проявятся только по прошествии нескольких часов.

5. Если наблюдение показало, что имеющимися фармакологическими средствами устранить вторичную слабость не удастся, то необходимо применить оперативное пособие. Вид последнего находится в зависимости от ряда условий. При сочетании раннего отхождения вод, упорной слабости родовой деятельности и настойчивого желания роженицы иметь ребенка наиболее целесообразным пособием будет абдоминальное кесарское сечение. Если такие данные имеются, не следует продолжать бесцельное выжидание. Оно может привести к потере условий для выполнения этой операции (инфицирование матери, асфиксия плода).

В зависимости от данных условий оперативное пособие при вторичной слабости может быть в виде: вскрытия плодного пузыря, рассечения шейки, наложения кожно-головных щипцов или вакуум-аппарата, извлечения плода за тазовый конец, акушерских щипцов и прочее и даже плодоразрушающих операций.

Сочетание первичной и вторичной слабости, как уже говорилось, чаще встречается среди первородящих старшего возраста (свыше 26—27 лет).

Понятно, что если в отдельности первичная или вторичная слабость родовой деятельности способствует возникновению ряда осложнений, то развитие вторичной слабости после первичной еще более ухудшает прогноз родов. Заболевания материнского организма в процессе родов и в послеродовом периоде, а также плода при сочетанной слабости наблюдаются не только часто, но и протекают более тяжело. Истощение и заболевание материнского организма вследствие длительности родов, которые к тому же нередко протекают и при рано отошедших водах, а также возникновение внутриутробной асфиксии плода, вынуж-

дают к оперативным вмешательствам еще чаще, чем при первичной или вторичной слабости в отдельности. По данным А. И. Петченко, различные виды оперативного пособия при сочетанной слабости применяются в 97%.

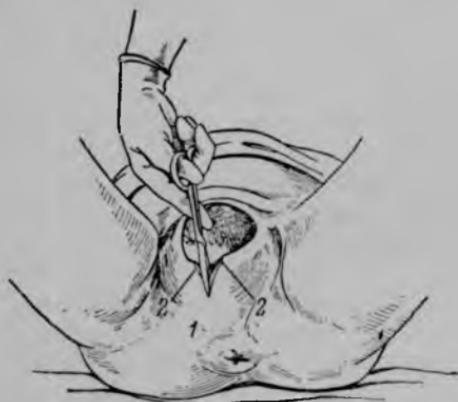


Рис. 151. Рассечение промежности.
1 — перинеотомия; 2 — эпизиотомия.

В число оперативных пособий при этом входят: кольпеллеиз, вскрытие плодного пузыря, перинео- и эпизиотомия (рис. 151), насильственное расширение зева, бинт Вербова (рис. 152, 153), кожно-головные, полостные и выходные щипцы, поворот плода на ножку и экстракция, абдоминальное кесарское сечение, перфорация головки и ручное отделение последа.

Причины наступления вторичной слабости при уже устраненной тем или иным путем первичной являются теми же, которые приводят к первичной или вторичной слабости в отдельности. Только при сочетанной слабости они, по-видимому, иные.

Причины наступления



Рис. 152. Бинт Вербова в действии.

В качестве причины нельзя исключить раннее начало обезболивания родов, когда еще не определился темп развития родовой деятельности, особенно препаратами, обладающими наркотическими свойствами.

Терапевтические мероприятия, направленные к устранению сочетанной слабости, еще менее эффективные, чем при первичной или вторичной слабости, раздельно взятых. Во всяком случае, в основе выбора пособия должен лежать анализ условий, при которых произошло наступление вторичной слабости. В ответе на вопросы «что предпринять», «как дальше вести роды», большое значение имеет следующее: на каком этапе родов наступила слабость, целы ли воды, каково состояние здоровья роженицы и сердцебиение плода, каков возраст роженицы, отношение ее к данному ребенку, а также какой объем акушерской помощи возможен в данном учреждении.

Недостаточная сократимость матки, возникшая в периоде раскрытия или изгнания, может сохраниться и после рождения ребенка, в последовом периоде, а также в ближайшее время после родов. Иногда такая гипотония возникает уже после рождения плода, без заметного проявления ее в периодах раскрытия и изгнания.



Рис. 153. Импровизированный бинт Вербова.

Гипотония матки в последовом или в раннем послеродовом периодах также представляет серьезную акушерскую патологию.

Вполне понятно, что наступление ее в это время угрожает только одной матери. Возникающая при наличии гипотонии или атонии матки неправильная отслойка последа может привести к острому малокровию. Последнее, в свою очередь, снижая защитные силы организма, способствует возникновению воспалительных заболеваний.

Как видно из сказанного, слабость родовой деятельности является тяжелой акушерской патологией. Сравнительно нередкое возникновение ее обязывает акушера особенно тщательно собирать анамнез, правильно оценивать полученные сведения, а также вовремя отличать малейшие отклонения в деятельности родовых сил.

Как показывает опыт, умелое ведение родов нередко позволяет уловить начальные симптомы наступающей слабости, а своевременное и рациональное пособие — с успехом ее устранить.

Чрезмерно сильные и судорожные схватки, как и недостаточные, являются патологическим состоянием, могущим привести к тяжелым последствиям. Если гипотония характеризует недостаточную возбудимость матки или несостоятельность ее мускулатуры для нормальных сокращений, то чрезмерно сильные

схватки характеризуют повышенный тонус и повышенную возбудимость ее нервно-мышечного аппарата. Какие опасности таятся в этом атипизме сократительной функции матки? Если положение плода правильное и соотношение его размеров с размерами таза нормальное, то роды могут протекать очень быстро, подчас у неподготовленной к родам беременной, на улице, в несоответствующих условиях. При этом неподготовленные постепенным растяжением мягкие ткани родового пути могут сильно травмироваться, а ребенок может получить повреждения от ушиба при падении на землю. Нередко такие «уличные» роды сопровождаются обширными разрывами мягких тканей родового канала, опасным кровотечением и инфицированием (столбняк!).

Если положение плода атипичское или неправильное, если имеется несоответствие между размерами плода и тазом матери, то такие чрезмерно сильные схватки, кроме того, что они очень болезненны, быстро приводят к перерастяжению нижнего сегмента матки и ускоряют возможность его разрыва.

Чрезмерно сильная родовая деятельность в периоде изгнания приводит к длительным потугам. В момент потуги, как известно, роженица не может равномерно дышать. В результате наступает более длительное нарушение газообмена, что неблагоприятно отражается на самой роженице и на ее плоде. Кроме того, длительное переполнение воздухом альвеол может привести к их разрыву и поступлению воздуха в ткань легкого, а из него — и в клетчатку туловища. Вследствие этого может развиться обширная эмфизема шеи, лица и груди.

Если разрыв альвеол единичный, организм с ним справляется, — эмфизема перестает нарастать. По прошествии нескольких дней она постепенно исчезает. Встречается такая слишком энергичная родовая деятельность в 0,8—1% от общего числа родов, причем у повторнородящих чаще, чем у первородящих. В чем состоит причина этого осложнения родовой деятельности, окончательно еще не выяснено. Однако отмечено, что оно встречается чаще у рожениц с повышенной нервной возбудимостью и, в частности, у женщин, страдающих неврастенией, истерией и базедовой болезнью. На это указывают Г. Г. Гентер, И. Ф. Жордания¹ и другие акушеры.

К чрезмерным и даже судорожным схваткам могут привести и другие причины, как, например, ригидность зева, узкий таз, поперечное положение плода, а также неумелое ведение родов (грубое влагалитское исследование, особенно у рожениц с легко возбудимой нервной системой, несвоевременное извлечение плода за тазовый конец при еще несовершенном зеве; в последнем случае может наступить спазм зева, переходящий в длительное сокращение всей матки).

¹ И. Ф. Жордания. Учебник акушерства, М., 1955.

Весьма возможно, как полагает И. Ф. Жордания, к появлению чрезмерно сильных схваток может привести и нарушение регуляторной способности коры, в частности, в отношении функций гипофиза, надпочечников и других эндокринных органов. В результате может быть повышенным содержание в организме роженицы питуитрина, адреналина и других веществ, способствующих сократительной деятельности матки.

Лечение чрезмерных (судорожных) схваток должно проводиться осторожно. Не следует забывать, что неосторожное вмешательство (влагалищное исследование, оперативное родоразрешение) может привести к разрыву матки. Прежде всего необходимо применить средства, которые расслабили бы матку. Для этого полезно уложить роженицу на бок, дать легкий эфирный наркоз, ввести 1 мл 2%-ного раствора пантопона. В большинстве случаев уже одних таких мер достаточно, чтобы прекратить бурную родовую деятельность. Однако иногда они применяются лишь как временные с тем, чтобы устранить судорожные схватки и путем обследования установить причины их возникновения.

План ведения родов при чрезмерно сильных схватках должен исходить из той конкретной обстановки, которая создалась к моменту проявления этой патологии, и зависеть от степени ее выраженности и возможности медикаментозного купирования. Так, при живом плоде, если имеется продольное положение и лежащая часть еще не вступила в полость таза, или при поперечном положении, возможно даже родоразрешение путем абдоминального кесарского сечения, при головке, опустившейся в полость таза,— наложение щипцов. Не исключено, что у некоторых рожениц может быть применена и плодоразрушающая операция — перфорация головки, эмбриотомия (как правило, при мертвом плоде).

Расстройство работы брюшного пресса (потуг). С момента полного раскрытия маточного зева (т. е. с началом второго периода родов — периода изгнания), наряду с сокращениями матки, в родовую деятельность рефлекторно включается также работа мышц обеих диафрагм с грудобрюшной и тазовой), брюшной стенки и всей скелетной мускулатуры. С этого момента сокращения матки и поперечнополосатой мускулатуры совершаются синхронно.

Как показывают наблюдения, хорошие сокращения матки обычно сопровождаются и хорошей работой поперечнополосатой мускулатуры — потужная деятельность энергичная. При слабых же сокращениях матки обычно и потуги бывают слабыми. Следовательно, между силой сокращения мускулатуры матки, диафрагмы и мускулатуры брюшного пресса в периоде изгнания имеется взаимосвязь; по-видимому, те причины, которые порождают слабость маточных сокращений, распространяют

свое влияние и на сократительность поперечнополосатой мускулатуры.

Однако не всегда слабость потуг проявляется на фоне слабой сократительности матки. Недостаточная работа мышц брюшного пресса и диафрагмы может проявляться и независимо от характера сокращений матки. В то время как схватки в первом периоде родов были энергичными, потуги могут оказаться слабыми. При этом слабость потуг преимущественно бывает связана с недостаточностью брюшного пресса. Причина этого обычно связана с анатомической неполноценностью брюшной стенки (недостаточно развитая мускулатура, перерастяжение ее — при отвислом животе у многородящих, — расхождение прямых мышц, наличие грыжевых отверстий, иногда ущемление петли кишечника).

Вполне понятно, что из-за такой несостоятельности брюшной стенки давление на матку и плод может оказаться недостаточным, и период изгнания затягивается. В силу особенности указанных причин возникновения слабости потуг эта патология у пожилых женщин и у повторнородящих встречается чаще, чем у молодых и первобеременных.

Несомненно, что слабость потуг может возникнуть и по другим причинам, как, например, при переполненном мочевом пузыре, в результате психогенных наслоений (в виде страха), или как следствие общего утомления роженицы, у которой роды в первом периоде были осложнены слабостью схваток.

Как и слабость схваток, слабость потуг может повлечь за собой ряд осложнений для матери и для плода. Для матери осложнение заключается в удлинении времени родов, которое в свою очередь может явиться причиной общего утомления, возникновения воспалительного заболевания, а иногда и образования свищей — пузырно-влагалищных или влагалищно-прямокишечных (из-за длительного прижатия подлежащей частью плода мягких тканей родового канала к костям таза). Длительное сдавление нарушает питание сдавленных тканей, приводит к омертвлению их и к отторжению с образованием свища. Последний обычно диагностируется только по прошествии нескольких дней после родов.

Опасность для матери может возникнуть даже после рождения ребенка и окончания родов. Слабость, возникшая в периоде изгнания, может привести к патологии отслойки последа, а следовательно, — и к гипо- или атоническому кровотечению.

Для плода длительный период изгнания опасен в смысле возникновения асфиксии. В этом случае длительное стояние головки на одном месте (в условиях уже свершившейся конфигурации ее) приводит к расстройствам мозгового кровообращения, что быстро сказывается на общем состоянии плода. Поэтому назначение триады Николаева здесь так же необходимо, как и

при слабости в первом периоде родов. Правда, если врач внимательно наблюдал за родами, то мертворождения при такой патологии встречаются сравнительно не часто, но асфиксия бывает почти в половине таких родов. Именно она-то и является одним из показателей к окончанию родов оперативным путем.

К числу пособий и оперативных родоразрешений при слабости потуг относятся: вскрытие плодного пузыря, перинео- и эпизиотомия (см. рис. 150, 151), применение бинта Вербова, полостные и выходные щипцы и извлечение плода за тазовый конец. Бинт Вербова представляет собой подобие женского корсета, с помощью которого производится как бы искусственное замещение несостоятельной брюшной стенки (см. рис. 152). При отсутствии специального бинта Вербова он легко может быть заменен простыней (см. рис. 153). При этом эффективность такого импровизированного бинта Вербова не меньше, чем настоящего.

Но вернемся к нашей роженице. Как вы помните, мы ей назначили магниальную терапию и глюкозу с витамином С и В₁. Посмотрим, какой эффект оказали наши назначения, ведь прошло уже 4 ч с тех пор, как роженица находится под нашим наблюдением. Прежде всего, исследуем общее состояние роженицы и, в частности, артериальное давление.

7/IV в 5 ч 40 мин общее состояние роженицы вполне удовлетворительное, но выраженной родовой деятельности нет, хотя, как отмечает роженица, временами появляется легкая болезненность в низу живота (схватки?). Артериальное давление снизилось, стало равным 125/85 мм рт. ст. За время пребывания в клинике количество мочи вполне достаточное, и в ней, кроме незначительных следов белка, ничего патологического не обнаружено. Головка плода по-прежнему прижата ко входу, сердцебиение ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Какое акушерское осложнение является основным сейчас? Что делать? Как вы убедились, опасность осложнения, вызванного нефропатией, уменьшилась. Несомненно, что мы должны систематически наблюдать за общим состоянием роженицы и высотой артериального давления. Не исключено, что может быть снова его повышение. Однако сейчас на первом плане стоит не нефропатия, а атипизм родовой деятельности, проявляющийся в первичной слабости. Это состояние требует нашего вмешательства.

С целью вызвать регулярную сократительную деятельность применим родостимулирующие средства, но при этом будем помнить о склонности организма роженицы к гипертензии на почве нефропатии.

1. Внутримышечно введем 10 000—20 000 ед. синэстрола (0,1%-ный — 1,0—2,0 мл).

2. Через 2 ч — 30,0 касторового масла (внутри).

3. С началом послабляющего действия (от 2 до 6 ч) — значим хинин по 0,2 с перерывом в 30 мин, всего 3—5 приемов.

4. Пахикарпин внутримышечно 3%-ный — 5 мл (или 5%-ный — 3 мл) 2—3 введения, с перерывом в 2—3 ч.

С целью поднятия общего тонуса организма роженицы добавим фенатин (Phenatinum) в дозе 0,05 либо в порошке, либо в растворе (1 мл — 5%-ный под кожу, 2 раза в сутки). Фенатин, не повышая артериального давления, оказывает стимулирующее влияние на центральную нервную систему. Такое действие препарата на организм вполне соответствует тем условиям, какие оказались у нашей роженицы. Кроме того, в связи с преждевременным отхождением околоплодных вод, с профилактической целью назначим пенициллин (по 100 000 ед., через 3 ч). Будем продолжать наблюдение за состоянием здоровья роженицы, за эффективностью лекарственных назначений и за сердцебиением плода.

10 ч. По прошествии 4 ч от начала лечения слабости (выполнение схемы еще продолжается) появились короткие и слабые схватки, возникающие через 15—20 мин.

В последующем схватки постепенно усиливаясь и удлиняясь, приняли нормальный ритм, возникая каждые 5—6 мин. Предлежащая головка медленно, но все же продвигалась. Общее состояние здоровья роженицы и сердцебиение плода оставались нормальными. Мочиспускание без особенностей. Такое состояние продолжалось до 23 ч 9/IV, т. е. роженица находилась в клинике уже 69½ ч. К этому времени схватки стали ослабевать. Они стали реже, короче, но болезненнее. Роженица устала.

Произведенное влагалищное исследование показало, что шейка сглажена, зев открыт на 2 пальца. Края зева несколько утолщены. Плодный пузырь отсутствует. Предлежит волосистая часть головки, фиксирована во входе малым сегментом. Стреловидный шов в поперечном размере, синклитически. Малый родничок является ведущей точкой. Мыс не достигается.

Как показало влагалищное исследование, раскрытие зева идет очень медленно. Но причина такого замедленного раскрытия его связана только со слабой сократительностью моторной части матки. Появившаяся под влиянием терапии родовая деятельность оказалась недостаточной для завершения родов. Организм роженицы и, в частности, матка — утомились. На фоне первичной слабости возникла вторичная. Это осложняет роды. При этих условиях роженице необходим отдых.

1. Переведем ее в отдельную палату, чтобы не беспокоили другие роженицы.

2. Введем внутривенно 40 мл 40%-ного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой и витамином В₁.

3. Под кожу введем 1 мл 1%-ного раствора морфина или дадим легкий эфирный наркоз.

10/IV — 5 ч. Роженица спала около 5 ч. С пробуждением схватки сохранились, но недостаточной силы. Они сравнительно короткие и редкие, через 10—12 мин. Общее состояние здоровья роженицы и сердцебиение плода остаются хорошими. Артериальное давление 115/65 мм рт. ст. Что делать сейчас? После отдыха мы вправе «требовать» от матки энергичной работы. Поэтому повторим опять лечение, которое уже провели раньше.

10/IV — 9 ч. Через 4 ч после начала повторного проведения схемы появились довольно энергичные и болезненные схватки. Головка плода несколько опустилась. Общее состояние здоровья роженицы и плода остаются хорошими. Возникает вопрос, следует ли при подобном течении родов применять родообезболивающие средства? Этот вопрос серьезный. С одной стороны, применение их может ослабить родовую деятельность. Это возможно и при нормальных схватках, а тем более при таких, как у нашей роженицы. С другой стороны, длительное ощущение боли истощает организм роженицы и, в частности, ее центральную нервную систему. Истощение же организма само способно уменьшить силу родовой деятельности. Таким образом, создается замкнутый круг. Как его разомкнуть? Было бы хорошо, если бы у нас в руках имелось такое фармакологическое средство, которое, устраняя болезненность, в то же время не снижало родовую деятельность. К сожалению, такого средства пока нет. Однако среди обезболивающих методов и средств имеются такие, которые хотя и не вполне отвечают этому требованию, но все же ими пользоваться в подобных случаях можно. Как показывает опыт, они, облегчая раскрытие зева, иногда могут ускорить и течение родов. К ним относятся промедол и новокаин. Первый вводится под кожу в количестве 1 мл 2%-ного раствора, а второй — в шейку матки в количестве 20—30 мл $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %-ного раствора. Используем их последовательно. Вначале применим промедол, а если он не даст эффекта — добавим новокаин.

10/IV — 11 ч 30 мин. После введения промедола схватки, не утратив своей силы и ритмичности, стали менее болезненными. Однако такое состояние продолжалось только около двух часов, а затем схватки опять стали болезненными. Может быть, ввести новокаин в шейку матки? Это делается так. Роженица укладывается на край кровати с приведенными к животу ногами. Наружные половые органы обрабатываются дезинфицирующим раствором. Зеркалами раскрывается влагалище и обрабатывается спиртом. Пулевыми щипцами захватываются передняя и задняя губы зева, и в толщу ткани краев зева с помощью иглы из шприца вводится раствор новокаина,

по 10—20 мл в каждую губу зева. Но предварительно повторно сделаем влагалищное исследование.

12 ч. Внутреннее исследование показало: шейка сглажена. Зев открыт на 3 пальца. Края зева стали тоньше, но мало податливы, ригидны. Предлежит волосистая часть головки, фиксированная во входе большим сегментом. Значительная родовая опухоль.

Дало ли это исследование что-нибудь новое по сравнению с предыдущими? Да, дало. Оно показало, что, кроме слабости родовой деятельности, имеется еще и ригидность зева. Если бы функциональная способность матки была нормальной, то имеющаяся ригидность зева, возможно, была бы преодолена. Однако этого не произошло, а такое сочетание еще более осложняет роды. Возможно, что и болезненность схваток в какой-то степени поддерживается наличием ригидности зева. Что же теперь предпринять? Будем ли мы вводить в шейку новокаин? Да, но одного этого мероприятия при слабой родовой деятельности будет недостаточно. Нужно облегчить и ускорить раскрытие зева. Этого можно добиться, присоединив к введению новокаина рассечение шейки. Производится оно обычно по боковым поверхностям с обеих сторон на протяжении 1—2 см. Если бы при этом схватки были короткими, слабыми и редкими, то можно было бы еще присоединить наложение кожно-головных щипцов с грузом либо вакуум-аппарата. Но в данном случае в этом пока нет надобности, — схватки довольно энергичные.

В 13 ч мы произвели инъекцию новокаина в шейку (по 10 мл 1/2%-ного раствора) и рассечение ее. Одновременно повторили внутривенное введение глюкозы с витаминами и назначили ингаляцию кислорода в перерыве между схватками.

В дальнейшем родовая деятельность, временами (на короткий промежуток) вновь ослабляясь, продолжалась до 3 ч 11/IV, когда головка опустилась на тазовое дно и начались потуги.

Состояние здоровья роженицы и плода все время было хорошим. С началом периода изгнания родовая деятельность приобрела нормальный характер, и через 50 мин от начала потуг родился живой мальчик, сразу громко закричавший. Вес новорожденного — 3970,0, длина — 55 см. Спустя 35 мин самостоятельно родился послед, без дефектов. Матка хорошо сократилась. Кровопотеря — 350 мл.

Разрывов промежности не было. Раны на шейке матки ушиты кетгутowymi узловыми швами. Общая продолжительность родов 89 ч. Из них: I период продолжался 87 ч 40 мин; II — 50 мин и III — 35 мин. Послеродовой период протекал нормально (артериальное давление не повышалось, отеки исчезли, моча нормальная), и на 14-й день после родов здоровая

мать с нормально развивающимся ребенком была выписана из клиники.

Может возникнуть вопрос: правильно ли было вести эти роды консервативно? Может быть, лучше было бы закончить их раньше, путем абдоминального кесарского сечения? Нет, так рассуждать при каждом случае слабости родовой деятельности нельзя. Конечно, как мы увидим на следующих примерах, иногда такое решение и будет правильным. Но для этого требуется не только одно показание — слабость родовой деятельности, а и ряд других, которые вынуждают идти именно по этому пути. Какие показания к кесарскому сечению были у нашей роженицы? Никаких. Женщина молодая, 23 лет, здоровая. Беременность первая. Какой-либо акушерской патологии, кроме слабой степени нефропатии и слабости родовой деятельности, не было. Была надежда, что эта патология будет преодолена консервативным путем. Это подтвердилось.

Краткий эликриз. В клинику поступает роженица с преждевременно отходящими водами. Нефропатия (слабой степени), быстро купируется магниезиальной терапией. В дальнейшем роды осложняются первичной и вторичной слабостью, к которой присоединяется ригидность зева. Медикаментозными средствами удается устранить слабость, хотя и с трудом.

Ригидность устраняется рассечением шейки матки. Роды оканчиваются спонтанно, здоровым ребенком. Послеродовой период протекает нормально.

ЛЕКЦИЯ ДВЕНАДЦАТАЯ

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (продолжение)

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Гр-ка Б-я, 25 лет, первобеременная, в 8 ч 22 мая 1956 г. поступила в клинику для родоразрешения. Беременность доношенная.

Анамнез: ребенком развивалась нормально; в детстве перенесла корь, скарлатину и коклюш. Менструации начались с 11 лет, установились сразу по 3 дня, через 4 недели. Взрослой, кроме ангин, ничем не болела. По образованию — инженер. Год тому назад вышла замуж и вскоре забеременела. Последние менструации были 16 августа 1955 г. Первое шевеление не отметила. С начала беременности находилась под наблюдением врача женской консультации. До мая беременность протекала нормально. В первых числах мая появились небольшие отеки на ногах и на животе, которые держатся и сейчас. Неоднократный анализ мочи и проверка артериального давления ничего патологического не выявили. Три недели тому назад стали появляться зуд кожи и красноватая сыпь на спине, животе и бедрах. Так как общее состояние было хорошим, то врач женской консультации не настаивал на направлении в стационар. Схватки начались вчера вечером, но они пока еще нерегулярные, редкие, короткие и слабые. Зная, что по времени должны наступить роды, она и обратилась в нашу клинику.

Данные объективного исследования. Рост — 157 см, вес — 85 кг. Строение тела правильное; подкожная жировая клетчатка обильно развита; небольшая отечность кожи живота и нижних конечностей. По всему телу, особенно на животе, груди, в подмышечных впадинах и на бедрах, местами одиночно, местами (на больших участках) слитно, имеются узелковые поражения кожи, напоминающие экзематозное заболевание, но без мокнущих участков и гнойных пустул. Со стороны органов грудной полости отклонений от нормы нет. Температура тела — 36,8. Реакция Вассермана от 3/XII 1955 г. и 15/V 1956 г. — отрицательная. Артериальное давление — 130/80 мм рт. ст. Группа крови — В (III), резус-положительная.

Наружное акушерское исследование. Окружность живота — 120 см. Расстояние от лона до пупка — 20 см, до дна матки — 40 см, до мечевидного отростка — 50 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, слегка прижата ко входу таза. Спинка слева, мелкие части справа. Сердцебиение плода ритмичное, 130 ударов в одну минуту.

Размеры таза: 25 см; 28 см; 34 см; 21 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до наиболее отдаленной точки на головке — 20,5 см.

Внутреннее акушерское исследование. Наружные половые органы развиты правильно, промежность высокая; слизистая входа во влагалище цианотичная. Влагалище neroжавшей женщины; шейка матки слегка укорочена, зев закрыт. Мыс не достигается. Каков наш диагноз? Перед нами беременная женщина, у которой имеются схватки-предвестники, а может быть и медленно, вяло начинающаяся родовая деятельность. Но эта беременность, как вы видите, в течение последнего месяца стала протекать атипически. Это проявляется в наличии двух форм токсикоза — отека беременных и дерматоза.

Мы не будем останавливаться на вопросе о токсикозах. Об этом уже было сказано выше. Сейчас нас интересует другое, а именно: нужно ли наше вмешательство с целью ускорения и усиления родовой деятельности? Нет, сейчас это не только не нужно, но может оказаться и вредным. Даже судя по календарному сроку беременности, роды должны начаться только завтра, 23 мая. А ведь возможны еще и индивидуальные колебания. Поэтому не следует вмешиваться без необходимости.

Беременной сейчас ничто не угрожает, она находится под нашим наблюдением, подождем естественного развития схваток. Такое состояние «покоя» продолжалось до 4 ч 30 мин следующего дня. 23/V в 4 ч 30 мин начались регулярные схватки, средней силы, через 5 мин. Почти одновременно отошли воды, прозрачные, в умеренном количестве. Что делать? Прежде всего нужно произвести внутреннее (влагалищное) исследование для того, чтобы установить состояние шейки, степень открытия зева и, что особенно важно, выяснить — не выскользнула ли вместе с водами петля пуповины. Ведь головка только прижата ко входу и родовая деятельность только началась. Такой разрыв плодного пузыря называется преждевременным.

В 5 ч 30 мин произвели влагалищное исследование, при этом нашли: шейка матки сглажена, зев пропускает палец, плодный пузырь отсутствует, предлежит волосистая часть головки, плотно прижатая ко входу таза, стреловидный шов в поперечном размере, вставление синклитическое. Роднички определить не удастся. Как видите, пуповина не выскользнула.

Нужно ли какое-нибудь вмешательство сейчас? Нет, оно не нужно. Родовая деятельность идет нормально. Будем наблюдать за роженицей.

В последующем схватки нарастают по силе и частоте и к 8 ч утра стали очень болезненными. Состояние здоровья роженицы и сердцебиение плода вполне хорошие. Артериальное давление остается на прежнем уровне, сердцебиение плода ритмичное, ясное, 136 ударов в минуту.

Можно ли применить какое-либо родообезболивающее средство? Да, при этих условиях не только можно, но и нужно. Ведь роды идут нормально. Но перед обезболиванием необходимо сделать влагалищное исследование. Применять обезболивающее средство не следует при малом (меньше чем на 2 пальца) открытии зева. А предыдущее исследование показало открытие его только на 1 палец. Медикаментозное обезбоживание вообще может ослабить родовую деятельность, особенно при не вполне развернувшейся родовой деятельности, при малом раскрытии зева. В 8 ч 30 мин внутреннее исследование показало, что шейка матки сглажена, зев открыт на 4 пальца, края зева средней толщины. Предлежащая головка фиксирована во входе малым сегментом, стреловидный шов слегка в левом косом размере, малый родничок справа, несколько кпереди, опущен.

Теперь мы спокойно можем применить обезбоживание. С этой целью назначим эвкодал в сочетании с промедолом, по прописи: Sol. eucodali — 1%-ный — 1 мл; Sol. promedoli — 2%-ный — 1 мл под кожу:

10 ч. Спустя 20 мин после введения обезболивающего средства, болезненность схваток стала значительно меньше. Между схватками роженица дремлет. Но схватки стали слабее, короче и реже.

В данном случае обезбоживание, кроме своего положительного действия, оказало еще и отрицательное — ослабило родовую деятельность.

В последующем схватки постепенно слабели все больше и больше, и наступила вторичная слабость. Что явилось причиной наступления вторичной слабости? Конечно, вина сразу падает на обезболивающее средство. Ведь слабость возникла только после введения эвкодала с промедолом, а до этого схватки были хорошие. Но едва ли будет правильным, если только одну эту причину мы посчитаем причастной к наступлению слабости. Эта причина, несомненно, есть, но она косвенна.

Основная же заключается в индивидуальности организма, в его особенной чувствительности к препаратам наркотического действия. К сожалению, такое отрицательное действие родообезболивающих средств на практике приходится встречать

нередко. Но предусмотреть его в каждом отдельном случае не представляется возможным. Мы не можем знать заранее, будет это отрицательное влияние или нет. Поэтому и стоит остро вопрос об изыскании такого родообезболивающего вещества, которое бы, снимая боль, не снижало интенсивность процесса родов. Но какую бы причину наступления вторичной слабости мы ни установили, матери и ребенку от этого не станет лучше. Теперь нужно стремиться устранить ее. Что нужно для этого сделать? Начать родостимуляцию. Внутривенно введем глюкозу (40 мл 40%-ного раствора) с аскорбиновой кислотой и витамином В₁, под кожу — пахикарпин (по 5 мл 3%-ного раствора), с перерывом в 3—4 ч и per os хинин (по 0,2), через 20 мин, всего 4—5 приемов. В перерыве между схватками назначим вдыхание кислорода.

В последующем родовая деятельность развилась, но прежней силы уже не достигала. Однако роды, хотя и медленно, но продолжались: к 11 ч 24/V раскрытие зева закончилось, головка продвинулась до тазового дна и начались потуги. Период изгнания тоже шел медленно, но со стороны матери и плода показаний к вмешательству не было: температура, артериальное давление и общее состояние были вполне удовлетворительными, катетер в мочевой пузырь проходил свободно, моча была нормальной. Сердцебиение плода тоже было ритмичным, 135 ударов в одну минуту. Однако в 2 ч дня 24/V клиническая картина течения родов изменилась к худшему.

Роженица пожаловалась на плохую видимость (мелькание мушек перед глазами), артериальное давление повысилось до 150/90 мм рт. ст., и температура тела поднялась до 37,3. Одновременно и сердцебиение плода стало ухудшаться, — оно участилось до 150 ударов в одну минуту и, оставаясь ритмичным, стало глухим. Головка плода к этому времени продвинулась к половой щели.

Что произошло теперь? Что делать? Особенное беспокойство вызывает нефропатия, которая начала принимать тяжелую форму. Об этом говорит изменение остроты зрения (мелькание мушек), которое является одним из симптомов преэклампсии. Второе, что также настораживает, — это повышение температуры. Такая реакция организма обычно говорит о начальной фазе эндометрита в родах. Не меньшее волнение вызывает и учащение сердцебиения плода. Оно говорит о первой фазе внутриутробной асфиксии. В дальнейшем частота сердцебиения станет урежаться, — это будет уже вторая, более тяжелая фаза асфиксии.

Следовательно, сейчас роды приобрели такое течение, при котором бездействие недопустимо. Настал момент, когда наше вмешательство стало необходимым. И чем оно раньше произойдет, тем лучше для матери и плода. Что же нужно пред-

принять? Единственным целесообразным пособием сейчас является срочное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов. По-видимому, они будут выходными. Но для решения этого нужно сделать исследование — уточнить положение головки. Если внутренний поворот закончился и стреловидный шов установился в прямом размере выхода, то в этом случае операция наложения щипцов будет называться «выходными щипцами». Если же поворот не закончился и стреловидный шов находится в одном из косых размеров, то тогда такие щипцы именуются «полостными», хотя в одном и другом случае щипцы как инструмент являются одними и теми же.



Рис. 154.
Акушерские щипцы Лазаревича.

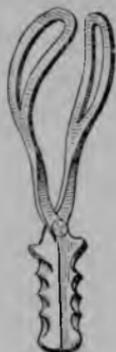


Рис. 155.
Акушерские щипцы Симпсона — Феноменова.



Рис. 156. Введение левой ложки акушерских щипцов.

На рис. 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160 показаны два вида щипцов (Лазаревича и Симпсона — Феноменова) и техника их применения.

В 14 ч 30 мин под эфирно-кислородным наркозом, после соответствующей подготовки операционного поля, влагалитным исследованием было уточнено положение головки — стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок под лоном. Щипцы выходныe, наложены в поперечном размере. Ввиду высокой промежности произведена правосторонняя эпизиотомия.

Сравнительно легко был извлечен мальчик в состоянии синей асфиксии. Оживлен после удаления слизи из дыхательных путей, введения кардиазола (0,2 мл), ингаляции кислорода и кратковременного искусственного дыхания. Вес новорожденного — 4100,0; длина — 51 см.

От начала регулярной родовой деятельности I период родов продолжался 30¹/₂ ч, II — 3 ч 30 мин. Но испытания роженицы

на этом не окончились — вторичная слабость продолжалась. В течение двух часов после извлечения ребенка послед не рождался. Возникает вопрос: нужно ли форсировать отделение и рождение последа после извлечения ребенка? Конечно, чем скорее родится послед, тем лучше. Но что делать,



Рис. 157. Введение правой ложки акушерских щипцов.



Рис. 158. Щипцы наложены — обе ложки лежат на теменных и височных сторонах головки.

если он самостоятельно не рождается. На этот вопрос акушерский опыт уже давно дал ответ. Если послед самостоятельно не отделяется и не рождается, то:



Рис. 159. Тракции головки в щипцах до рождения затылочного бугра.

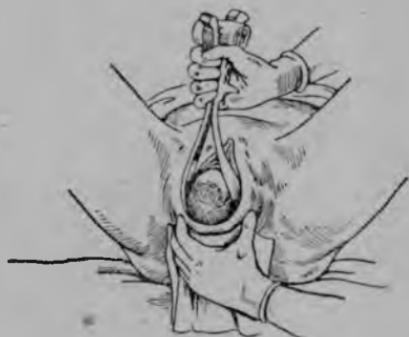


Рис. 160. Тракции после рождения затылочного бугра — выведение головки.

1. При отсутствии кровотечения можно ждать естественного отделения в течение двух часов. Если за это время он не отделился, можно попытаться воздействовать на матку введением под кожу 1—2 мл питуитрина. Если питуитрин способен

оказать эффект, то последний обычно наступает быстро, через 10—15 мин. Если же за это время положение не изменилось, нужно применить «выжимание» последа по Креде (рис. 161, 162) без наркоза, а затем и под наркозом. Если и это воздействие оказалось неэффективным, следует удалить послед рукой (рис. 163). При этом операция ручного удаления последа совершается под наркозом, при очень тщательной антисептической подготовке операционного поля и рук акушера.



Рис. 161. Схематическое изображение выжимания последа по Креде.

2. При наличии кровотечения ждать нельзя. Необходимо сразу же приступить к выжиманию последа по Креде либо к ручному отделению. После ручного удаления последа обязательно назначаются антибиотики, так как даже при самой тщательной подготовке к этой операции микроорганизмы из влагалища заносятся рукой в полость матки и инфицируют ее.



Рис. 162. Выжимание последа по Креде.

У нашей роженицы кровотечения не было, следовательно, можно было ждать самопроизвольного рождения последа. Но прошло уже два часа, а он не отделяется. Можно ли ей

применить назначение питуитрина и выжимание по Креде без наркоза? Нет, нашей роженице этого делать не следует,— нефропатия с тенденцией перейти в эклампсию является противопоказанием и к применению питуитрина и к выжиманию последа по Креде без наркоза. Поэтому перейдем сразу к выжиманию последа по Креде под наркозом. Эта попытка не удалась. Перейдем к ручному отделению. При этом оказалось, что послед был довольно интимно прикреплен только на небольшом участке, на задней стенке матки, у правого угла. Матка хорошо сократилась, кровотечение прекратилось.

Общая кровопотеря составила 550 мл. Под наркозом же осмотрена шейка матки и был обнаружен небольшой разрыв ее справа,— ушит двумя узловыми кетгутowymi швами. После этого ушита рана на промежности (эпизиотомия). Роды закончены.

В послеродовом периоде явления токсикоза, проявленные в виде нефропатии и дерматоза, постепенно стихли и полностью исчезли по прошествии 2 недель после родов. Однако роженица в клинике задержалась из-за частичного расхождения швов на промежности. Рана зажила вторичным натяжением. На 33-й день после родов мать выздоровела и была выписана из клиники с нормально развивающимся ребенком.

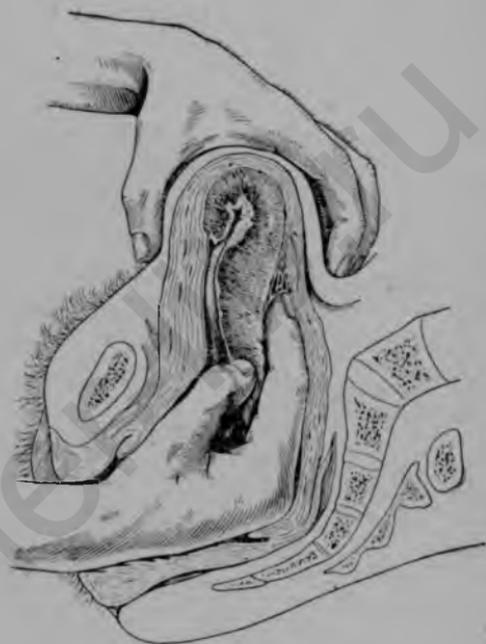


Рис. 163. Ручное отделение последа.

Краткий эпикриз. В клинику поступает 25-летняя первородящая женщина, у которой беременность осложнена отеком беременных и дерматозом. Кроме этого, после обезболивания эвкодалом с промедолом развивается вторичная слабость схваток. Медикаментозными средствами удается возбудить родовую деятельность, но последняя уже не достигает той интенсивности, какая была до обезболивания. В периоде изгнания намечается состояние преэклампсии и эндометрита. Одновременно начинается и внутриутробная асфиксия у плода.

Роды заканчиваются с помощью выходных акушерских щипцов с предварительным рассечением промежности. Новорожденный родился в асфиксии, оживлен. Послед самостоятельно не рождается в течение 2 ч, поэтому

произведено его ручное отделение. В послеродовом периоде явления токсикоза проходят, но из-за вторичного заживления раны на промежности родильница 32 дня находится в клинике. На 33-й день после родов здоровая мать с нормально развивающимся ребенком выписана из клиники.

Теперь приведем в пример больную с вторичной слабостью родовой деятельности.

Гр-ка Д-а, 22 лет, первобеременная, 24 февраля 1955 г. поступила в клинику для родоразрешения, без схваток, но с отходящими водами. Воды отошли произвольно в 20 ч, за 40 мин до поступления в клинику. В детстве развивалась нормально, кроме кори, гриппа и ангины, ничем не болела. Менструации начались с 14 лет, установились сразу по 3—4 дня, через 28 дней. Год тому назад вышла замуж. По профессии — литературный редактор одного из издательств. Последние месячные были 1 мая 1954 г., первое шевеление ребенка отметила в середине сентября месяца. С самого начала беременности находилась под наблюдением врача женской консультации, где прослушала цикл занятий по психопрофилактической подготовке к родам.

Первая половина беременности протекала нормально; месяца тому назад болела гриппом, температура повышалась до 38°, лежала дома. Сегодня в 8 ч вечера без видимой причины отошли воды, что и заставило ее обратиться в клинику.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: телосложение правильное; рост — 164 см, вес — 80,5 кг. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. На коже живота, молочных желез и частично на бедрах — свежие рубцы беременности. На нижних конечностях — легкая пастозность. Температура тела — 37,2, пульс ритмичный, хорошего наполнения, 82 удара в одну минуту. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Реакция Вассермана от 10/1 1955 г. отрицательная. В сердце и в легких отклонений от нормы нет. Слизистая носа и зева нормальная. Группа крови А (II), резус-положительная.

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы, мягкий, безболезненный. Окружность — 107 см. Расстояние от лона до пупка — 16 см, до дна матки — 33 см, до мечевидного отростка — 40 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в таз. Спинка справа, мелкие части слева. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, справа ниже пупка, 136 ударов в одну минуту. Схваток нет. Матка слегка уплотнена (в легком тонусе).

Размеры таза: 26,5 см; 31 см; 34 см; 21 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до наиболее отдаленной точки на головке — 20 см. Наружные половые органы развиты правильно, слизистая входа во влагалище цианотична, промежность высокая.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалище нерожавшей женщины, растяжимо. Шейка существует, зев закрыт. Сквозь влагалищные своды прощупывается головка, слегка прижатая ко входу. Мыс не достигается. По-немногу подтекают прозрачные воды.

Каков диагноз? В чем состоит особенность родов у данной женщины? Перед нами беременная, у которой по анамнезу беременность переносена на две недели и произошел преждевременный разрыв плодного пузыря. Кроме того, субфебрильная температура тела указывает на наличие какого-то заболевания. Можно ли думать, что небольшое повышение температуры связано с начинающимся эндометритом, ведь воды уже отошли? Нет, едва ли здесь причиной температуры является эндометрит, воды отошли только 40 мин тому назад. Скорее всего она есть следствие остаточных явлений недавно перенесенного гриппа. Вторая особенность заключается в отсутствии родовой деятельности. Это обстоятельство при таких неблагоприятно сложившихся условиях (перенашивание, преждевременное отхождение вод, температура в родах) является крайне нежелательным. Что делать?

Нужно пытаться вызвать родовую деятельность и одновременно вести борьбу против инфицирования. Беременная — молодая здоровая женщина, не утомлена, поэтому мы вправе сразу применить средства, способствующие развязыванию родовой деятельности. Назначим следующую схему: синэстрол по 1 мл 0,1%-ный — пять инъекций с перерывом в 20 мин, касторовое масло, хинин, питуитрин. Если это окажется недостаточным — присоединим пахикарпин или прозерин. Одновременно назначим пенициллин по 100 000 ед. через 3 ч и стрептомицин по 250 000 ед. через 6 ч. Для повышения общего тонуса и в интересах плода к этому прибавим внутривенное введение глюкозы с витаминами и кардиазолом и периодически — ингаляцию кислорода. Будем вести дальнейшее наблюдение за роженицей и течением родов.

25/II — 10 ч. Бездеятельное состояние матки продолжалось до 10 ч, несмотря на полное выполнение схемы родостимуляции и, только к 10 ч 25/II (на следующий день после прибытия в клинику) появились довольно регулярные (с интервалами в 15 мин) схватки, не очень энергичного характера. Общее состояние здоровья роженицы вполне удовлетворительное. Сердцебиение плода хорошее. Нужно ли сейчас что-либо прибавить к проведенной схеме родостимуляции? Нет, этого пока делать не следует. Родовая деятельность только началась, она еще полностью не развилась и вмешательство в этот момент может оказать обратное действие. Подождем. Введение антибиотиков будем продолжать. В дальнейшем схватки стали энергичнее, через 3—4 мин, болезненные. Роженица спокойна и правильно

применяет приемы, усвоенные ею на занятиях по психопрофилактической подготовке. Такое состояние длилось 12 ч. Наконец, в 0 ч 30 мин 26/II схватки стали настолько болезненными, что роженица перестала владеть собой: она кричит, мечется в постели. Что делать? Можно ли применить обезболивание? Необходимо тщательно исследовать и выяснить, не зависят ли эти боли от ригидности зева, неправильного вставления головки или еще какой-либо акушерской патологии.

Если мы найдем, что этого нет, тогда придется применить и родообезболивающее средство, хотя при таких родах это и не очень желательно.

Общее состояние роженицы вполне удовлетворительное, живот мягкий, при пальпации безболезненный. Температура тела — 37,1; пульс ритмичный, хорошего наполнения, 76 ударов в минуту. Артериальное давление нормальное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. При внутреннем исследовании найдено: шейка сглажена, зев открыт на 2,5 пальца, края зева средней толщины, податливы. Плодный пузырь отсутствует, предлежит волосистая часть головки, фиксирована во входе малым сегментом. Стреловидный шов в поперечном размере, вставление синклетическое. Значительная родовая опухоль, которая мешает нащупать роднички.

Как видно, данные обследования показали, что резкая болезненность схваток не связана какой-либо акушерской патологией. По-видимому, она обусловлена особой чувствительностью организма к импульсам, идущим от рожаящей матки и соседних с нею тканей.

Плохо переносимая боль повлечет за собой истощение нервной системы, а это в свою очередь скажется на течении родов. Родовая деятельность, которую нам с трудом удалось вызвать путем введения лекарственных веществ (так мы думаем), может угаснуть, и роды еще больше осложнятся. Рассуждая так, мы назначили эвкодал с промедолом.

26/II — 5 ч. Через 30 мин после введения родообезболивающих средств схватки стали менее болезненными, но одновременно редкими, короткими и слабыми, а еще через 30 мин роженица уснула, проспав около 3 ч.

Таким образом, обезболивание оказало хороший эффект, но ослабило родовую деятельность. Возникла вторичная слабость родовой деятельности. Что делать? Необходимо вновь вмешаться с целью усиления схваток. Введём еще раз глюкозу с витаминами и хлористым кальцием (10%-ный — 10 мл), синэстрол (20 тыс. ед. внутримышечно) и назначим пахикарпин (3%-ный — 5 мл под кожу).

Эта терапия дала эффект. Схватки опять стали регулярными, через 4 мин, но менее сильными, чем были раньше, менее болезненными. В дальнейшем родовая деятельность неоднократно

изменялась. Иногда схватки были довольно энергичными, но временами почти совсем прекращались, что вынуждало вновь применять родостимулирующие средства (дробными дозами — хиинин и питуитрин). Наконец, к 11 ч 27/II головка опустилась в полость таза, и начались потуги, тоже нерегулярные и слабые. Состояние роженицы и плода тревоги не вызывало. Такое положение сохранялось до 13 ч, когда стали появляться признаки внутриутробной асфиксии плода. Сердцебиение участилось до 140 ударов в минуту, продвижение головки приостановилось. Что делать? Прежде всего необходимо применить триаду Николаева и одновременно произвести влагалищное исследование. Последнее показало, что края зева не определяются, головка на тазовом дне, стреловидный шов слегка в левом косом размере. Значительная родовая опухоль; малый родничок, хотя и не совсем отчетливо, определяется слева и кзади. Неэффективность потуг при наличии начинающейся внутриутробной асфиксии плода вынуждает немедленно закончить роды с помощью акушерских полостных щипцов.

В 13 ч 30 мин 27/II (на 3-и сутки после поступления в клинику) под общим эфирно-кислородным наркозом, после соответствующей подготовки операционного поля и катетеризации мочевого пузыря, роды были закончены наложением полостных щипцов с применением перинеотомии. Был извлечен мальчик, весом 5100,0 и длиной 58 см, в легкой асфиксии, громко закричал после удаления из дыхательных путей слизи и раздражения кожных рецепторов. Последовый период осложнился кровотечением. Признаков отделения последа нет. Что делать? Немедленно удалить послед и одновременно приступить к переливанию консервированной крови. Без наркоза послед полностью удалось выжать по Креде, матка и после этого временами расслаблялась, что заставило применить массаж ее, назначить пузырь со льдом и ввести 2 мл эрготина. Одновременно было перелито 500,0 мл одноименной консервированной крови и 250 мл 5%-ного раствора глюкозы. Тонус матки постепенно повысился, она хорошо сократилась, и кровотечение прекратилось.

Роды окончены. Однако причины, приведшие к слабости родовой деятельности, продолжали оказывать свое влияние и в послеродовом периоде. Последний осложнился отставанием обратного развития матки. Этому способствовало и инфицирование организма к началу родов. В итоге в послеродовом периоде, кроме субинволюции матки, развился флебит тазовых вен и вен нижних конечностей, с склонностью к тромбообразованию.

Принятыми мерами (строгий постельный режим, уход, антибиотики и антикоагулянты) забоевание было купировано, и родильница выздоровела. На 57-й день после родов мать с нормально развивающимся здоровым ребенком была выписана из клиники.

Краткий эпикриз. В клинику поступает 22-летняя первобеременная без схваток с отошедшими водами и остаточными явлениями гриппозного заболевания. Назначается лечение антибиотиками и применяется родовозбуждение.

Возникшая родовая деятельность приводит к появлению резко болезненных схваток. Применяется родообезболивание. Последнее ослабляет схватки — возникает вторичная слабость, на фоне нерезко выраженной первичной. Вновь применяется родостимуляция, с помощью чего удается довести роды до полного раскрытия зева и продвижения головки до тазового дна. Проявления вторичной слабости сохраняются и в периоде изгнания. Возникшая затем внутриутробная асфиксия плода заставляет закончить роды оперативным путем, с помощью акушерских полостных щипцов. Извлекается

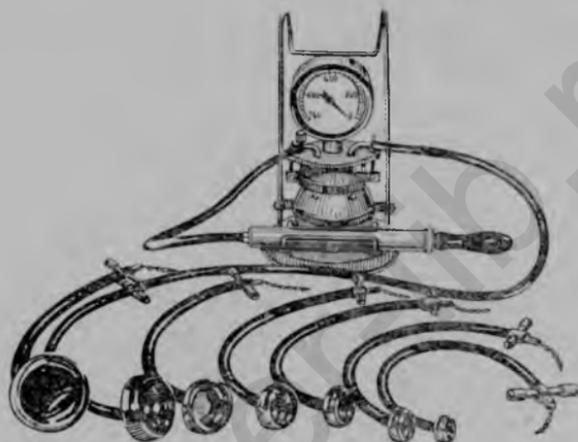


Рис. 164. Вакуум-аппарат заводского изготовления, позволяющий дозировать степень вакуума.

живой мальчик, в легкой (синей) асфиксии, оживлен. Последовый период осложняется кровотечением, что приводит к необходимости выжимания последа по Креде и к переливанию одноклассной консервированной крови.

Послеродовой период осложняется субинволюцией матки и флебитом тазовых вен и нижних конечностей. Соответствующим режимом и лечением заболевание купируется. Здоровая мать с нормально развивающимся ребенком на 57-й день после родов выписывается из клиники.

В последние годы, наряду с акушерскими щипцами, в акушерской практике стал применяться новый инструмент — вакуум-аппарат (рис. 164). Вначале он был предложен для замены кожно-головных щипцов по Иванову, но затем сфера его применения расширилась и некоторые акушеры стали заменять им обычные акушерские щипцы.

Использование вакуум-аппарата для извлечения плода привело к новому его названию — вакуум-экстрактор. Хотя этот инструмент предложен сравнительно недавно, тем не менее уже

накопился некоторый опыт, который позволяет дать ему оценку.

По отношению к материнскому организму вакуум-экстрактор имеет преимущество перед обычными акушерскими щипцами — он не так травмирует ткани родового канала. Что же касается его влияния на плод, то пока еще нет данных для полной уверенности в том, что он менее травматичен, чем щипцы. Некоторые акушеры считают его даже более травматичным. Ряд акушеров (А. И. Петченко) применяли вакуум-аппарат и при ягодичном предлежании.

Для сравнения рассмотрим еще одну больную с первичной слабостью родовой деятельности.

Гр-ка С-ва, в 4 ч 30 мин 21/IV 1956 г. поступила в клинику для родоразрешения с отходящими водами. Воды отошли преждевременно, за 1½ ч до поступления в клинику. Схваток нет. Возраст 39 лет. Ребенком развивалась нормально. Менструации начались с 16 лет, установились сразу по 5 дней, через 3 недели, обильными. По профессии — служащая торговой сети. Замуж вышла на 21-м году. Из общих и гинекологических заболеваний — ничего не отмечает. В прошлом были 2 беременности. Первая, в 1941 г. закончилась нормальными родами, вторая, в 1952 г., — искусственно прервана. Последний раз менструации были 12 июля 1955 г., первое шевеление почувствовала в середине декабря месяца. Женскую консультацию посещала регулярно с начала беременности и, судя по обменной карте, беременность протекала нормально. Реакция Вассермана от 14/XII 1955 г. и 21/II 1956 г. — отрицательная. Произведенное обследование роженицы показало следующее.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: рост — 161 см, вес — 81 кг. Телосложение правильное; кожа и видимые слизистые нормальные. Со стороны органов грудной полости без отклонений от нормы. Пульс — 74 удара в одну минуту, ритмичный. Артериальное давление — 115/65 мм рт. ст. Температура тела — 36,6. Группа крови 0 (I), резус-положительная (Rh +).

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы, брюшная стенка упругая. Окружность — 107 см. Расстояние от лона до пупка — 17 см, до дна матки — 32 см, до мечевидного отростка — 39 см. Матка в легком тонусе. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижная над входом таза. Спинка слева, мелкие части справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, 130 ударов в минуту.

Размеры таза: 25 см; 28 см; 33 см; 20,5 см.

Внутреннее акушерское исследование: влагалище рожавшей женщины, растяжимо. Шейка матки укорочена, наружный зев пропускает кончик пальца. Плодный пузырь не

определяется. Предлежащая головка высоко над входом, подвижная. Мыс не достигается. В чем состоит особенность данного наблюдения, каков диагноз? Особенность состоит в преждевременном разрыве плодного пузыря. Беременность доношенная, видимой родовой деятельности нет. Нужно полагать, что данная женщина все же в родах, так как шейка укорочена. Такое течение родов является ненормальным, оно может оказаться неблагоприятным для матери и для плода. При отошедших водах и отсутствии родовой деятельности роды могут принять затяжной характер. Длительный же безводный период для матери опасен возможностью наступления эндометрита, а для плода — возможностью внутриутробной асфиксии. Поэтому такие роды требуют акушерского пособия с самого начала. Что же следует предпринять? Прежде всего надо убедиться в правильности сообщения роженицы об отхождении вод.

Подтвердить действительность разрыва плодного пузыря при внутреннем исследовании мы не могли, так как наружный зев пропускал только кончик пальца. Мы отметили только, что плодный пузырь не определяется, но, может быть, он цел, а мы его не достигли. Иногда бывает, что опорожнение мочевого пузыря принимается беременной за отхождение околоплодных вод. Поэтому уложим ее в постель, к наружным половым органам приложим стерильную прокладку и некоторое время наблюдаем¹. Ничего другого пока применять не станем.

7 ч. Наблюдение за роженицей в течение 2¹/₂ ч показало, что прокладка сухая, несмотря на то, что час тому назад появились схватки, хотя слабые, короткие и нерегулярные. Нужно ли сейчас что-либо предпринять? Нет, пока нет показаний к вмешательству. Будем вести дальнейшее наблюдение.

16 ч. На протяжении последующих 9 ч наблюдение показало, что схватки стали чаще, через 4—5 мин, и приняли более ритмичный характер. Воды не подтекают. Сердцебиение плода хорошее. Будем продолжать наблюдение.

20 ч. К исходу первых суток клиническая картина родов изменилась. Схватки опять стали нерегулярными, короче, слабее и реже — через 10—12 мин. Подтекают воды. Головка слегка прижата ко входу. Признак Вастена — вровень. Нужно ли сейчас что-либо предпринять? Да, сейчас необходимо повторное влагалищное исследование.

22 ч 30 мин. Влагалищное исследование показало: шейка матки по-прежнему укорочена, цервикальный канал свободно пропускает один палец. Плодного пузыря нет. Определяется

¹ Для распознавания околоплодных вод и для отличия их от мочи и других жидких выделений может быть использована и микроскопическая диагностика. Наличие волосков (лануго), комочков смазки говорит за воды. Для этой же цели может быть использована и люминесцентная микроскопия.

волосистая часть головки, прижата ко входу таза, отодвигается. Стреловидный шов в поперечном размере. Роднички определить не удастся. Каков наш диагноз теперь? Теперь мы уже видим, что здесь имеется явное атипичное течение родов.

Атипизм состоит в преждевременном разрыве плодного пузыря, первичной слабости родовой деятельности и некотором несоответствии между размерами головки плода и тазом матери. Нужно ли сейчас наше пособие? Да, при этих условиях мы обязаны вмешаться. Предоставить такие роды естественному течению неправильно. Мы уже говорили, к чему это может привести. Основное, что сейчас нужно устранить — это первичную слабость. Если удастся добиться наступления нормальной родовой деятельности, тогда две другие особенности: преждевременное отхождение вод и некоторое несоответствие между головкой и тазом могут потерять свое отрицательное значение для прогноза родов. Исходя из этих соображений роженице была назначена родостимуляция по видоизмененной схеме Штейна (синэстрол, касторовое масло, хинин, питуитрин). Одновременно, с профилактической целью, назначены пенициллин и триада Николаева. В последующем родовая деятельность около 1—2 ч была почти нормальной, вслед за чем схватки вновь потеряли силу, частоту и ритмичность. Общее состояние здоровья роженицы оставалось хорошим, сердцебиение плода — нормальным, но продвижения головки не было, признак Вастена оставался «вровень». Следовательно, не узкий таз являлся причиной неподвижения головки, а упорная первичная слабость родовой деятельности, не поддававшаяся устранению.

Как показало последующее наблюдение, все имеющиеся в наших руках средства борьбы с первичной слабостью (внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой и витаминами группы В, чередование отдыха с возбуждающими родами средствами — повторение схемы Штейна, прозерин, пахикарпин и др.) никакого эффекта не давали. Состояние здоровья роженицы и плода оставалось хорошим. В таком состоянии роженица пробыла в клинике 3½ суток. К исходу четвертого дня клиническая картина течения родов несколько изменилась. Роженица устала, температура тела поднялась до 37°, у роженицы появилось беспокойство за жизнь ребенка. Она непременно хотела его иметь.

Длительное наблюдение показало, что дальнейшее консервативное ведение таких родов приведет к печальному исходу, а именно: наступит момент, когда состояние матери вынудит нас применить оперативное родоразрешение, в результате которого жизнь плода, может быть, будет принесена в жертву спасения матери. Иначе говоря, наступит момент, когда мы, возможно, будем вынуждены закончить роды перфорацией

головки плода с извлечением его краниокластом. Роженица же очень просит сохранить жизнь ее ребенку. Что же делать?

При этих условиях единственно правильным решением оказывается закончить роды абдоминальным кесарским сечением. Оно сейчас возможно, так как со стороны матери противопоказаний к нему нет. Для плода же такое родоразрешение наиболее благоприятно.

Объяснив роженице создавшиеся условия, мы сказали ей о нашем решении, с которым она спокойно согласилась, видя бесплодность других путей для сохранения жизни плода и своего здоровья.

24/IV в 23 ч была произведена операция абдоминального ретроvesикального кесарского сечения. Извлечен живой мальчик весом 4300,0 и длиной 55 см.

Послеоперационное течение гладкое, и на 18-й день после родов здоровая мать с нормально развивающимся ребенком была выписана из клиники.

Краткий эпикриз. В клинику поступает 39-летняя роженица повторнородящая с подозрением на преждевременное отхождение околоплодных вод. Беременность доношенная, плод живой. Родовой деятельности нет.

Первоначально решено было проверить целостность плодного пузыря, а с момента уточнения этого обстоятельства, ввиду отсутствия родовой деятельности, применена видоизмененная схема Штейна. В последующем оказалось, что имеется упорная, неустраняемая имеющимися средствами, первичная слабость, и роды были закончены абдоминальным кесарским сечением.

На 18-й день после операции мать и ребенок выписаны здоровыми из клиники.

Анализируя план ведения данных родов, мы можем спросить: правильно ли был выбран вначале консервативный план их ведения? Не лучше ли было подумать о родоразрешении путем кесарского сечения уже в самом начале, когда роженица поступила в клинику? Нет, это было бы большой акушерской ошибкой, упрощенчеством в акушерстве и привело бы к необоснованному применению этого пути родоразрешения. Едва ли такое пособие без серьезных к нему оснований можно было бы назвать акушерской помощью.

В практике нередко встречаются роженицы, у которых появляется слабость родовой деятельности. Однако лишь у немногих из них роды заканчиваются этой большой и тяжелой операцией. Если атипизм родов заключается только в слабости родовой деятельности, то у врача всегда есть надежда на благоприятный исход их при консервативном ведении. Внимательное же наблюдение за ними позволит ему своевременно вмешаться, чтобы сохранить здоровье матери и жизнь ребенку. Патология родов, связанная с недостаточностью и неправильностью работы изгоняющих сил, является тяжелым испытанием для роженицы и для акушера, требуя от него осознанного терпения и выдержки.

Следовательно, акушер должен быть весьма внимательным и осторожным в оценке каждого момента таких родов. Какие показания у нашей роженицы были для серьезного вмешательства в начале родов? Преждевременное отхождение околоплодных вод? Это не показание для кесарского сечения. При преждевременном отхождении вод роды нередко заканчиваются нормально даже без нашего вмешательства. Когда же возник вопрос о кесарском сечении и почему? Он возник только после использования всех средств, находящихся в распоряжении акушера, когда появилась опасность осложнений для матери, когда сама роженица высказала настоятельное желание подвергнуться любому испытанию, лишь бы сохранить жизнь ребенку. При этих условиях кесарское сечение было единственным мероприятием для сохранения жизни плода и здоровья матери — только тогда оно и было сделано.

Теперь вернемся к рассмотрению вторичной слабости родовой деятельности.

Гр-ка И-а, 37 лет, повторнородящая, в 20 ч 45 мин 30 марта 1956 г. поступила в клинику для родоразрешения с хорошо выраженной родовой деятельностью и с отходящими водами. Беременность доношенная.

Анамнестические сведения. Ребенком развивалась нормально и из перенесенных заболеваний ничего не отмечает. Менструации начались с 16 лет, были нормальными, по 3 дня через 30 дней. Служащая. Замуж вышла на 23-м году. В прошлом были 6 беременностей. Из них первая в 1946 г. протекала нормально, но закончилась рождением ребенка в глубокой асфиксии, из которой его вывести не удалось. Последующие 5 беременностей были искусственно прерваны по личным мотивам. Последний аборт — год тому назад. Из заболеваний в зрелом возрасте отмечает давно перенесенные грипп, ангину и фронтит. После первых родов и аборта не болела. Данная беременность 7-я, очень желанная, протекала нормально. Последние месячные были 17/VI 1955. Первое шевеление — 13/XI 1955 г. С начала беременности состоит под наблюдением врача женской консультации. Регулярные схватки начались сегодня в 16 ч, спустя 4 ч (в 20 ч) произвольно отошли воды.

Данные объективного исследования. При общем исследовании отмечаем: телосложение правильное, рост — 157 см, вес — 84,7 кг. Кожа и видимые слизистые нормальные. Незначительная пастозность нижних конечностей. Температура тела — 36,7. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 68 ударов в минуту. Артериальное давление — 120/70 мм рт. ст. Со стороны органов грудной полости — без отклонений от нормы. Группа крови В (III), резус-положительная. Реакция Вассермана от 17/III 1956 г. — отрицательная.

Наружное акушерское исследование. Живот равномерно куполообразно выпячен, мягкий, безболезнен. Окружность живота равна 111 см. Расстояние от лона до пупка — 16 см, до дна матки — 34 см, до мечевидного отростка — 39 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом таза. Спинка плода — справа, мелкие части — слева. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ясное, ритмичное, 130 ударов в минуту. Матка в тонусе, схватки через 5 мин, сильные.

Размеры таза: 25,5; 29,5; 34; 20 см. Расстояние от верхнего угла поясничного ромба до наиболее отдаленной точки на головке — 20 см. Наружные половые органы развиты правильно, слизистая входа во влагалище цианотична. Промежность низкая.

Внутреннее акушерское исследование. Влагалище рожавшей женщины; шейка укорочена. Цервикальный канал на всем протяжении пропускает палец. Плодный пузырь отсутствует, предлежащая головка достигается с трудом, подвижная над входом. Стреловидный шов в поперечном размере. Роднички достичь не удастся. Мыс достигается. Диагональная конъюгата равна 11 см. На внутренней поверхности верхней части симфиза прощупывается небольшой бугорок (!). Подтекают прозрачные воды.

В чем особенность данных родов? Первая особенность состоит в том, что при нормальном положении плода, при хорошо выраженных родовых схватках произошел ранний разрыв плодного пузыря, а головка все еще подвижна над входом в таз. Видимо, не происходит ее конфигурации. Течение этих родов заставляет нас думать о возможности наступления несоответствия между размерами головки и размерами таза матери, т. е. о возможности течения их по типу узкого таза.

В этом направлении настораживают нас и другие обстоятельства, а именно: мертворождение при первых родах, размер диагональной конъюгаты (I степень сужения таза) и наличие выступа (экзостоза?) на внутренней поверхности симфиза. Что же делать? Вести роды консервативно или закончить их оперативно, путем абдоминального кесарского сечения?

На что можно рассчитывать, ведя эти роды консервативно? Если произойдет достаточная конфигурация головки, то при хорошей родовой деятельности небольшое несоответствие между головкой и тазом будет преодолено. Но остается неизвестным дальнейшее, а именно: какое препятствие окажет экзостоз, имеющийся на внутренней поверхности симфиза. При хорошей родовой деятельности и он может быть также преодолен. Следовательно, при благоприятных обстоятельствах исход родов силами природы и естественным путем возможен. Но быть в этом абсолютно уверенным нельзя. Препятствие может ока-

заться трудно преодолимым, а это приведет к перерастяжению нижнего сегмента матки, к травме родовых путей, к тяжелым испытаниям для плода.

Таким образом, этот путь ведения родов чреват многими опасностями, и успех его будет зависеть главным образом от характера родовой деятельности. Поэтому правильнее было бы идти не по пути консервативного ведения родов, а по пути завершения их кесарским сечением. Объясним роженице наше решение. Она ведь очень заинтересована в сохранении жизни ребенку. На наше предложение закончить роды оперативно роженица ответила категорическим отказом, заявив, что она родит сама, так как чувствует в себе достаточно сил для этого. При таком положении мы не можем настаивать на операции. Ведь сейчас нет угрозы ни для нее, ни для ее ребенка. Согласимся с ней, но будем настороже. В дальнейшем, к исходу суток от момента поступления роженицы в клинику, схватки стали очень болезненными, поведение роженицы стало беспокойным. Тщательное исследование ничего, кроме отмеченного раньше, не обнаружило. Общее состояние роженицы удовлетворительное, живот мягкий, при пальпации безболезненный. Головка плода плотно прижата ко входу таза. Симптом Вастена — «вровень». Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 135 ударов в минуту. Можно ли применить обезболивание при этих условиях? При относительно узком тазе, когда несоответствие может быть преодолено только силой родовой деятельности, обезболивание не желательно, так как оно может ослабить ее. А при недостаточно интенсивных схватках препятствие окажется непреодолимым, и тогда роды обязательно должны быть закончены тем или иным оперативным путем в зависимости от сложившейся к тому времени обстановки. Но нельзя не облегчить страданий роженицы. Следовательно, все же придется обезболить роды.

31/III в 01 ч 30 мин с целью родообезболивания назначены эвкодал и промедол.

31/III — 6 ч. После введения эвкодала с промедолом схватки стали почти безболезненными, роженица успокоилась. Однако то, чего мы боялись, наступило, — одновременно со снижением болезненности заметно ослабела и родовая деятельность: схватки стали реже, короче и слабее. Наступила вторичная слабость. Что делать? Необходимо некоторое время выждать. Возможно, такое состояние «затишья» временное и оно пройдет. Роженица отдохнет и матка вновь начнет свою работу. Для поднятия общего тонуса введем внутривенно глюкозу с витаминами.

1/IV — 10 ч 30 мин. Вторичная слабость родовой деятельности с небольшими перерывами после повторных введений родостимулирующих средств (хлористого кальция с глюкозой, хинина, пахикарпина и прозерина) продолжается, и продвижения

плода нет. Общее состояние роженицы и плода удовлетворительное. Что делать теперь? Можно ли и дальше продолжать ведение родов консервативно, рассчитывая на силы природы? Нет, теперь стало совершенно очевидным, что при сложившихся условиях прогноз этих родов неблагоприятен, если и дальше вести их консервативно. Если при хорошей родовой деятельности головка не могла опуститься в таз, т. е. он оказался узким, то при наступлении вторичной слабости надеяться на ее продвижение совсем нельзя. Наступит момент (эндометрит, перерастяжение нижнего сегмента), когда мы будем вынуждены принести плод в жертву сохранению здоровья матери. Сейчас же его можно спасти только кесарским сечением. Объясним роженице еще раз наше решение. На этот раз она вполне согласилась с тем, что спонтанно роды окончиться не могут. Терять ребенка она не хотела, а поэтому согласилась на операцию кесарского сечения. Противопоказаний к этой операции нет.

1/IV в 11 ч 30 мин обычным путем было произведено абдоминальное ретроперитонеальное кесарское сечение. Извлечена живая девочка, весом 3650,0 и длиной 55 см.

Во время операции больной перелито 500 мл одногруппной консервированной крови. Послеоперационное течение гладкое. На 19-й день после операции здоровая мать с нормально развивающимся ребенком была выписана из клиники.

Краткий эпикриз. 37-летняя повторнородящая женщина поступила в клинику для родоразрешения. Диагностирован ранний разрыв плодного пузыря и узкий таз. От оперативного родоразрешения путем кесарского сечения роженица категорически отказалась.

В силу резкой болезненности схваток применили обезболивание эвкодалом с промедолом, после чего наступила упорная вторичная слабость схваток. Роды закончены кесарским сечением с благоприятным исходом для матери и для плода.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ СРЕМИТЕЛЬНЫЕ РОДЫ

В заключение приведем пример преждевременных стремительных родов.

Гр-ка А-а, 26 лет, в 15 ч 6/1 1960 г. поступила в клинику для лечения по поводу тяжелой формы нефропатии и гипертонической болезни. Беременность — 37 недель.

Анамнестические сведения. Гипертонической болезнью страдает с 1952 г. В прошлом были 5 беременностей, все сопровождались явлениями токсикоза. Из них первая, в 1952 г., закончилась преждевременными родами, ребенок умер спустя 5 ч после рождения; вторая, в 1954 г., — была доношена, родился живой ребенок. Последующие 3 беременности закончились абортами в ранних сроках, из которых два — спонтанные. По профессии — педагог средней школы. Последние ме-

сячные были 22/IV 1959 г. Первое шевеление плода почувствовала 26/III. С 16 недель беременности наблюдается врачом женской консультации. Вначале беременность протекала нормально, но с 4/XII 1959 г. появились головные боли и стало повышаться артериальное давление. С 26/XII 1959 г. по 5/I 1960 г. находилась на излечении по поводу нефропатии в одном из родильных домов города, откуда сегодня, 6/1, была переведена в нашу клинику.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: телосложение правильное; питание пониженное. Рост — 158 см, вес — 64,2 кг. Общее состояние здоровья беременной тяжелое. Кожа бледноватой окраски, пастозна. Артериальное давление — 220/130 мм рт. ст. Остаточный азот крови — 28 мг%. В моче 3,3‰ белка. При исследовании глазного дна обнаружена выраженная ангиопатия сетчатки. Сердечно-сосудистая система — первый тон на верхушке с акцентом. В легких — везикулярное дыхание. Пульс — 100 ударов в минуту, температура тела — 36,5.

Наружное акушерское исследование. Живот овоидной формы, брюшная стенка упругая. Окружность живота — 94 см. Расстояние от лона до пупка — 20 см, до дна матки — 31 см, до мечевидного отростка — 36 см. На передней поверхности матки слева на уровне пупка прощупывается фиброматозный узел величиной с грецкий орех. Положение плода продольное, предлежит головка, плотно прижата ко входу в таз. Спинка плода слева, мелкие части справа. Сердцебиение — 136 ударов в минуту, слева ниже пупка.

Размеры таза: 26; 29; 31,5; 20 см. Наружные половые органы развиты правильно. Отмечается значительное расширение вен вульвы.

Внутреннее (влагалищное) акушерское исследование. Влагалище рожавшей женщины. Шейка сглажена. Зев пропускает палец. Плодный пузырь цел. Предлежит головка, прижата ко входу таза, отодвигается. Мыс не достигается. Установить диагноз заболевания не представляет трудности. Он совершенно отчетливо вырисовывается из данных анамнеза и объективного исследования. Преждевременные роды при 37-недельной беременности, осложненные тяжелой формой нефропатии, возможно, на фоне гипертонической болезни. Фиброма матки.

Труднее решить вопрос, как вести данные роды. Больная требует индивидуального ухода, строгого водного и пищевого режима, постельного пребывания и, конечно, назначения соответствующих лекарственных препаратов, способных улучшить функцию почек и снизить гипертензию сосудов. Кроме того, принимая во внимание нарушение обменных процессов между плодом и матерью, вследствие чего плод страдает от кислородной

недостаточности, назначим ингаляцию кислорода. Но как вести роды? После тщательного обсуждения этого вопроса было решено: если состояние здоровья будет еще больше ухудшаться — произвести кесарское сечение. Такое решение было принято потому, что явления нефропатии имели тенденцию к нарастанию. Так как ухудшение состояния здоровья могло наступить в любое время, то для быстрого производства операции вскоре все было подготовлено. Однако в ночь на 8/1 (в 5 ч 45 мин) внезапно начались энергичные родовые схватки, а спустя 1 ч 15 мин родилась живая, но незрелая девочка, весом 2450,0 и длиной 47 см. Через 20 мин самостоятельно родился послед, без дефектов. Общая кровопотеря составила 150 мл.

Таким образом, вопреки теоретическим предпосылкам и многочисленным наблюдениям из практики, ожидавшееся осложнение родов в виде слабости родовой деятельности не наступило, а наоборот, роды протекали стремительно.

Как часто бывает, явления токсикоза после родов постепенно исчезают. Это подтверждает многочисленная практика. Однако у данной больной и в этом отношении индивидуальная особенность организма привела к обратной клинической картине. Уже на второй день состояние здоровья роженицы стало ухудшаться. Это проявилось в том, что артериальное давление и белок в моче стали нарастать. Кроме того, появились боли в затылочной области и понижение зрения на правый глаз. При повторном исследовании глазного дна и в этот раз, кроме выраженной ангиопатии, ничего отмечено не было. Но особенное ухудшение наступило на 3-й день после родов: к жалобам, бывшим раньше, присоединились боли в подложечной области, рвота. Снизившееся после родов артериальное давление вновь достигло первоначальной высоты, а содержание белка в моче повысилось до 6,6%. Количество выделяемой мочи резко уменьшилось. Таким образом, развивалась клиническая картина острой почечной недостаточности. Что делать? Такое состояние, действительно, грозное. В таком случае необходимо срочно произвести кровопускание в количестве 400,0—600,0 мл.

9/1 в 21 ч это было сделано. Прежние терапевтические назначения и режим оставлены. После кровопускания в состоянии здоровья наступило заметное улучшение: уменьшились боли в затылочной области, исчезли позывы к рвоте и боли в подложечной области, несколько снизилось артериальное давление и количество белка, увеличился диурез. На 29-й день после родов она здоровой, с хорошо развивающимся ребенком (весом 2800,0), была выписана из клиники.

ЛЕКЦИЯ ТРИНАДЦАТАЯ

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

ПОЛНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

10 сентября 1955 г. в амбулаторию клиники поступила беременная с жалобами на небольшие кровянистые выделения из половых органов, начавшиеся 3 дня тому назад. Больной 26 лет, по профессии врач. Замужем 1½ года. Настоящая беременность первая. Последние месячные были 3 января, пришли в срок и были обычными — менструирует с 15 лет, нормально. Из общих заболеваний, перенесенных в прошлом, отмечает: в детстве — корь и скарлатину, взрослой — ангину и грипп (изредка). Во время беременности не болела. Гинекологических заболеваний не было. С самого начала беременности регулярно посещала женскую консультацию. Из записей в обменной карте консультации видно, что беременность развивалась нормально и каких-либо заболеваний не было.

До 7 сентября беременная была здоровой. В ночь на 8 сентября было половое сношение, после которого появились незначительные кровянистые выделения из половой щели. Такие же выделения изредка продолжались 8/IX и 9/IX, но больная не придавала им значения и к врачу не обращалась. Утром 10 сентября кровянистые выделения усилились и появились к тому же небольшие непостоянные боли в низу живота. Это обеспокоило больную и заставило обратиться за советом в амбулаторию нашей клиники. Встретившись с подобной жалобой беременной, о чем может подумать врач? Симптомом какого заболевания может служить кровотечение из половых органов во второй половине беременности? Появление кровянистых выделений из половой щели во второй половине беременности может служить симптомом многих патологических состояний.

Если говорить вообще о причинах кровотечения во время беременности, то оно может быть симптомом:

1) в первую половину беременности: а) начинающегося выкидыша; б) пузырного заноса;

2) во второй половине беременности: а) предлежания плаценты (наиболее часто); б) преждевременной отслойки нормально прикрепленной плаценты; в) кровоотделения из варикозных узлов, которые у некоторых женщин во время беремен-

ности бывают весьма выраженными во влагалище и наружных половых органах;

- 3) во всех сроках беременности: а) полипа шейки матки;
- б) сочетания беременности и рака шейки матки.

Одновременного наличия нескольких из этих причин исключить, конечно, нельзя. Но, как следует из клинического опыта, причиной кровотечения во время беременности в большинстве случаев бывает какая-нибудь одна из них. Какая же причина кровотечения у нашей больной? Необходимо произвести влагалищное исследование, а потом сопоставить данные анамнеза и объективного исследования. При этом учтем следующие два обстоятельства. Во-первых, у нашей больной беременность уже во второй половине, а в таком сроке влагалищное исследование нужно производить очень осторожно, чтобы не инфицировать беременную. Поэтому переведем ее из амбулатории в специальную комнату для приема рожениц, где все приспособлено для такого исследования. Во-вторых, одной из предполагаемых нами причин кровотечения у нашей больной является предлежание плаценты. Производить влагалищное исследование при этой акушерской патологии нужно особенно осторожно. Грубое исследование может привести к отслойке новых участков плаценты и вызвать обильное кровотечение.

При общем и акушерском обследовании получены следующие данные. Общее состояние вполне удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожа и видимые слизистые слегка бледны, но больная замечает, что это является для нее обычным. Дыхание ровное, свободное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 72 удара в одну минуту. АД — 115/75 мм рт. ст. Отеков нет. Живот равномерно куполообразно выпячен, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Определяется увеличенная матка, дно которой на 2 пальца ниже мечевидного отростка. Прощупываются и плодные части: спинка слева, мелкие части справа. Предлежит головка высоко над входом таза, подвижная. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 130 ударов в одну минуту, ритмичное, отчетливое.

Размеры таза: 25; 28; 31; 20 см.

Произведенное со всеми предосторожностями влагалищное исследование обнаружило следующее: шейка матки слегка укорочена, размягчена, наружный зев закрыт. Достичь предлежащую головку не удастся, но при этом не совсем отчетливо, за сводами и нижним отделом матки, ощущается какая-то мягковатая ткань в виде «подушки», расположенная над шейкой и занимающая нижний отдел тела матки. Выделения светло-кровянистые, незначительные. При осмотре шейки матки при помощи зеркала каких-либо патологических изменений ее не отмечено. Что же это за мягковатое образование, определяемое в виде «подушки» в нижнем отделе матки, мешающее прибли-

жению головки ко входу таза? Не оно ли и является причиной появления кровянистых выделений? Да, можно быть совершенно уверенным в том, что такая мягковатая «подушка» в нижнем отделе матки, мешающая головке встаться во вход таза, не может быть ничем иным, как плацентой. Теперь мы совершенно определенно знаем причину кровотечения и диагноз: беременность—36 недель, предлежание плаценты, по-видимому, полное. Предлежание плаценты является тяжелой акушерской патологией. Беременные, у которых выявлено это заболевание, должны быть помещены в стационар, в котором может быть оказан полный объем помощи, если в этом будет необходимость. Поэтому оставим нашу больную в клинике.

Чтобы хорошо понять сущность этого заболевания беременных, нужно четко уяснить себе:

1) анатомо-клиническое определение предлежания плаценты, частоту и причины его возникновения;

2) механизм наступления кровотечения при этой патологии;

3) в чем состоит опасность при предлежании плаценты и кому она грозит;

4) как диагностируется это заболевание;

5) какие акушерские мероприятия должны быть при этом проведены.

Разберем эти вопросы по порядку.

Анатомо-клиническое понятие предлежания плаценты, частота и причины его возникновения. О предлежании плаценты говорят тогда, когда плацента размещена не на своем обычном месте (у дна, на передней или задней стенке матки), а в нижнем ее отделе, прикрывая собой внутренний зев матки либо частично, либо даже полностью. Иначе говоря, при этой патологии плацента находится на пути продвижения плода во время родов. Клинически различают следующие степени (или формы) предлежания плаценты: частичное (краевое и боковое) — *placenta praevia partialis (marginalis et lateralis)* и полное — *placenta praevia totalis* (рис. 165, а, б, в).

При частичном предлежании плацента только своей большей или меньшей частью заходит за край внутреннего зева матки, над остальной же частью его лежит плодный пузырь. При полном предлежании плацента целиком прикрывает собой внутренний зев и достичь плодный пузырь при этом не удастся.

Встречается еще одна очень редкая форма предлежания плаценты — цервикальная. В этом случае плацента врастает в шейечный канал либо своей частью, либо целиком (при шейечной беременности). Эти формы являются особенно опасными (рис. 165, г).

Частота всех форм предлежания плаценты, по данным нашей клиники, определяется равной 0,47% на общее число родов. По данным других акушерских учреждений,— в пределах

0,15—0,4%. Из этого количества несколько больше $\frac{4}{5}$ приходится на частичное предлежание и только $\frac{1}{5}$ — на полное.

Среди повторнобеременных предлежание плаценты встречается чаще, чем среди первобеременных. При этом, как наблю-

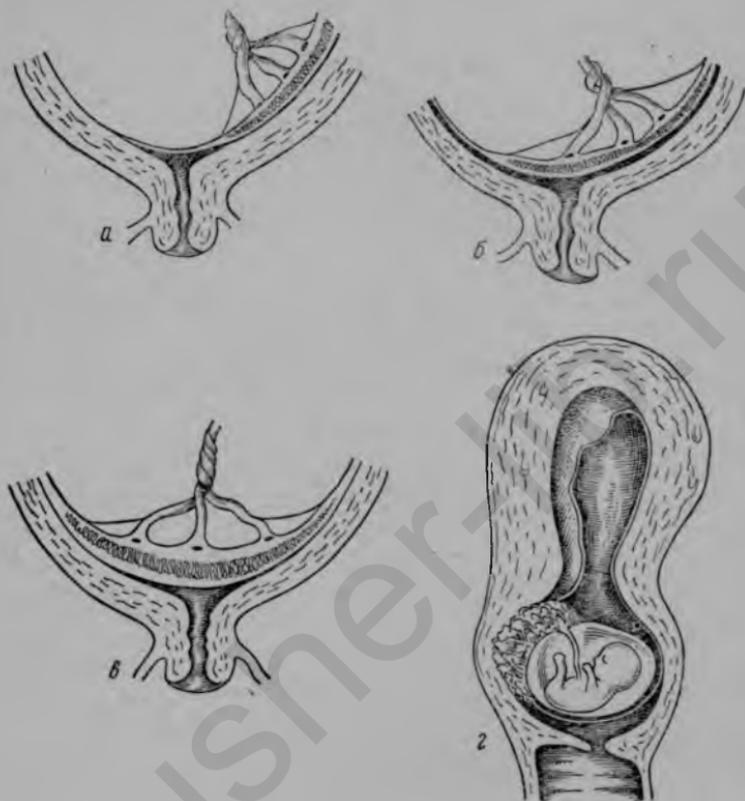


Рис. 165. Различные виды (степени) предлежания плаценты.
а — краевое; б — боковое; в — центральное; z — имплантация зародыша в цервикальном канале (шеечная беременность).

далось у нас в клинике, у первобеременных полное и частичное предлежание наблюдается сравнительно одинаково часто, у повторнобеременных частичное предлежание встречается чаще, чем полное.

На основании того, что предлежание плаценты у повторнобеременных встречается чаще, чем у первобеременных, можно прийти к заключению о вероятной причине возникновения этой патологии.

Можно думать, что у повторнобеременных (в результате перенесенных в прошлом аборт и родов) могли быть воспали-

тельные заболевания матки, главным образом ее слизистой оболочки, вследствие чего в ней могли возникнуть рубцовые и атрофические изменения. Если эти изменения слизистой оболочки находятся в верхнем отделе матки, то этот обычный участок для нормальной имплантации оплодотворенной яйцеклетки не может обеспечить достаточного прикрепления и правильного развития зародыша при последующей беременности. Поэтому ворсины хориона, не встречая для своей имплантации соответствующих условий, расширяют площадь своего прикрепления и, опускаясь книзу, достигают области внутреннего зева (рис. 166).

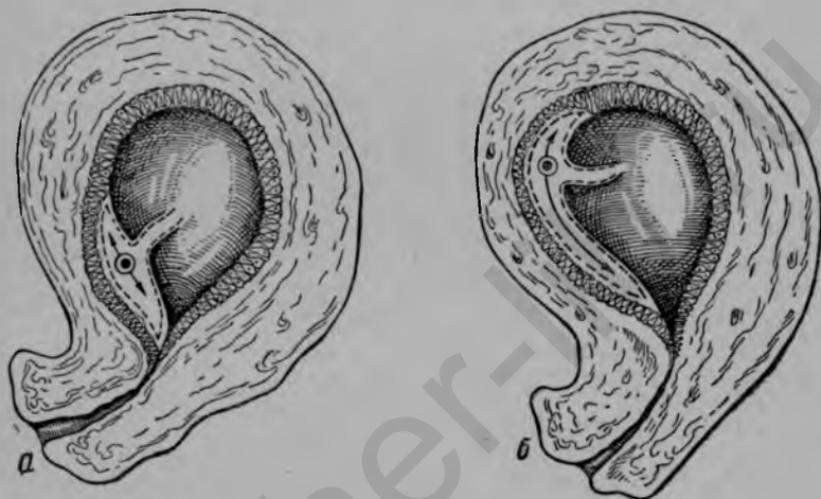


Рис. 166. Схематическое изображение различных вариантов образования предлежания плаценты.
а — первичное предлежание; *б* — вторичное предлежание.

Существенным доказательством реальности подобного предположения о механизме образования предлежания плаценты может служить часто наблюдаемая при этой патологии необычная форма плаценты — она напоминает форму языка, т. е., будучи удлиненной, она сужена в поперечном размере. Если ворсины хориона, распространяясь книзу, не найдут благоприятных условий для своего прикрепления и здесь, на слизистой нижнего отдела матки, то беременность прервется, так как оплодотворенная яйцеклетка выскользнет совсем из матки.

Однако из анамнеза большой известно, что она первобеременная и что в прошлом у нее не было каких-либо заболеваний половых органов. И, тем не менее, беременность у нее развилась неправильно, образовалось предлежание плаценты.

Из этого следует заключение о возможном наличии других причин для возникновения этой патологии.

Чтобы уяснить их, вернемся несколько назад, к вопросу о наступлении зачатия и развитию зародыша. Зачатие наступает с момента соединения яйцевой клетки со сперматозоидом. Обычно оно происходит вскоре после овуляции и, как предполагают большинство исследователей, в ампулярной части трубы.

Оплодотворенная яйцевая клетка при помощи перистальтических сокращений трубы, а возможно, и с дополнительной помощью капиллярного тока, имеющего направление от ампулярной части в сторону матки, постепенно передвигается к матке. Срок, за который оплодотворенная яйцевая клетка проделывает путь от ампулярного края трубы до матки, большинством исследователей определяется в 10—11 дней. Однако, по последним данным американских авторов, это время составляет 5 дней. За время движения оплодотворенной яйцеклетки по трубе в ней совершаются большие изменения, состоящие в процессе дробления. В результате этого из одной большой оплодотворенной яйцеклетки, до известного времени не изменяющей своего размера, образуется масса мелких клеток, при этом строго дифференцированных: часть из них располагается внутри, а часть — по периферии. Из клеток, расположенных внутри, впоследствии разовьется эмбрион, поэтому эти клетки носят название клеток эмбриобласта.

Из клеток, расположенных по периферии, впоследствии разовьются элементы, которым предназначена связующая роль между эмбрионом и материнским организмом (функция обмена веществ) — ворсины хориона. Поэтому эти клетки носят название клеток трофобласта. Они обладают протеолитическим свойством и поэтому способны внедряться в ткани материнского организма в любом месте (в брюшной полости, трубе, полости матки). К моменту развития трофобласта размер оплодотворенной яйцеклетки (плодного пузыря) увеличивается. В то время покрывающая ее блестящая оболочка (*zona pellucida*), препятствовавшая соприкосновению клеток трофобласта с тканями материнского организма, разрывается, трофобласт «высвобождается», что и приводит к имплантации зародыша в тканях матери.

В нормальных условиях этот процесс высвобождения трофобласта происходит в момент поступления плодного пузыря (оплодотворенной яйцеклетки) в полость матки, у устья трубы, где и происходит имплантация в слизистую оболочку и дальнейшее развитие нормальной беременности. От этого нормального процесса возможны отклонения. В одном случае процесс образования трофобласта происходит ускоренно, и тогда это приводит к возникновению трубной беременности; в другом — он может быть замедленным. При втором варианте плодный пузырь, достигнув полости матки, из-за отсутствия функционирующего трофобласта и сохранения блестящей оболочки, не мо-

жет имплантироваться на нормальном месте (у дна) и опускается ниже. Если образование трофобласта задержится и здесь и плодный пузырь не будет иметь возможности имплантироваться, то беременность не наступит, так как оплодотворенная яйцеклетка выскользнет из матки и погибнет. Об этом мы даже и не узнаем. Если же трофобласт успеет развиваться, когда плодный пузырь (яйцеклетка) еще находится в нижнем отделе матки, то она имплантируется здесь и может развиваться предлежащие плаценты. Степень предлежания, следовательно, может зависеть от времени и места «высвобождения» трофобласта.

Можно допустить и еще одну причину возникновения предлежания плаценты, механизм образования которого близок к только что описанному выше. Отличие состоит только в том, что причиной непривития плодного пузыря (оплодотворенной яйцеклетки) на нормальном месте является не запоздалое образование трофобласта из-за индивидуальных особенностей процесса дробления, а наступление зачатия не в ампулярной части трубы (как это происходит обычно), а ближе к матке. Тогда срок для продвижения оплодотворенной яйцеклетки в полость матки сокращается и трофобласт не успеет созреть, так как процесс его образования подчинен определенным биологическим законам, совершается в определенный срок. В этом случае отсутствие развитого трофобласта (целость *zona pellucida*) к моменту поступления плодного пузыря в матку также может привести либо к образованию предлежащей плаценты, либо к изгнанию и гибели оплодотворенной яйцеклетки. Отмеченные выше причины и приводят к образованию тяжелой акушерской патологии — предлежанию плаценты.

Рассмотрим теперь вопрос о механизме кровотечения при предлежании плаценты. При предлежании плаценты кровотечения всех степеней, от незначительных выделений до смертельной кровопотери, причинно связано с сокращением моторной части тела матки и вызываемой им отслойкой предлежащей плаценты. При этом степень кровотечения будет зависеть от размера площади отслойки плаценты от стенки матки и от калибра вскрывшихся при этом маточных сосудов. Каждая очередная схватка (сокращение матки) будет увеличивать кровоточащую площадь и приводить к усилению кровотечения.

Предугадать возможную степень кровотечения заранее мы не можем, так как неизвестно, какой участок плаценты отслоится и какие сосуды матки при этом вскроются. При полном предлежании кровотечение обычно бывает более обильным, чем при частичном. Но и при частичном предлежании кровотечение может быть опасным для жизни. Если при предлежании плаценты сокращения матки приводят ее к отслойке и кровотечению, то почему при нормально расположенной плаценте обычно

этого не наблюдается (в I и II периоде родов). Ведь сокращения матки, как правило, имеются при всяких родах?

Вопрос о механизме кровотечения при предлежании плаценты нужно особенно хорошо уяснить. Только благодаря этому станут понятными и мероприятия, которые должны применяться при различных формах этой патологии. Механизм кровотечения при предлежании плаценты в основном сводится к следующему. Как известно, особенности анатомо-физиологического строения матки приводят к тому, что сокращение моторной части ее (тела) влечет за собой растяжение и раскрытие

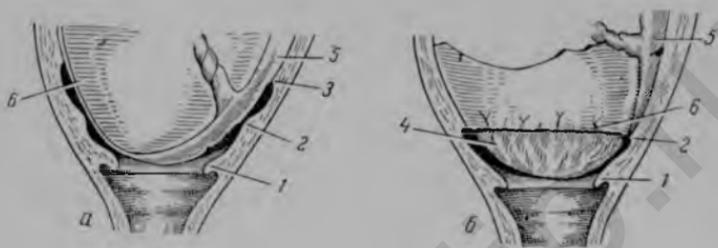


Рис. 167. Схема, объясняющая значение целости плодного пузыря для отслойки частично предлежащей плаценты.

а — оболочки целы — идет отслойка плаценты; *б* — оболочки разорваны — отслойка плаценты прекратилась, она вместе с оболочками отошла кверху.

1 — наружный зев матки; *2* — внутренний зев матки; *3* — граница отслойки плаценты; *4* — головка плода; *5* — плацента; *б* — водные оболочки.

внутреннего зева шейки и частично перешейка. В этом и заключается процесс сглаживания шейки и раскрытия зева.

При всяком сокращении матки повышается внутриматочное давление. В результате этих двух явлений (растяжения шейки и повышения внутриматочного давления) происходят следующие взаимопротивоположные движения: стенки нижнего отдела матки (перешеек и шейка) поднимаются кверху, а содержимое матки (при целых водах — весь плодный мешок) гонится книзу. Но так как при предлежании плаценты именно она, плацента, является нижним полюсом плодного мешка, то смещение ее книзу, а нижнего сегмента матки кверху приводит к отрыву ворсин (большей или меньшей части плаценты) от своего ложа. При этом в месте отслойки плаценты вскрываются интервилезные пространства, сосуды матки остаются открытыми и кровоточат (рис. 167, *а*).

Если (как это иногда применяется при частичном предлежании плаценты) вскрыть плодный пузырь и осторожно (может выпасть пуповина!) выпустить околоплодные воды, условия изменяются. Теперь уже не плацента будет являться нижним полюсом всего плодного мешка, а его содержимое — плод. Пла-

цента же вместе с оболочками будет сохранять свой контакт со стенкой нижнего сегмента матки и во время сокращения полого мускула вместе с нижним отделом матки будет подниматься кверху. Следовательно, дальнейшей отслойки плаценты уже не будет; вскрытые же сосуды на участке отслойки прижмутся отслоившейся плацентой, на которую будет оказывать давление опускающаяся плодная часть (головка, туловище, ягодицы (рис. 167, б).

Выше уже говорилось, что предлежание плаценты является тяжелой акушерской патологией. Оно представляет опасность как для беременной, так и для ее ребенка. Особенно опасно полное предлежание, которое чаще частичного приводит к тяжелой кровопотере. Так, при полном предлежании плаценты материнская смертность даже сейчас может достигать 3%, а детская — 5%. Вполне понятно, что это зависит не только от характера самой патологии, но главным образом от качества организации родовспоможения. Поэтому, по данным И. Ф. Жордания, процент материнской смертности колеблется от 0 до 3%.

Когда же начинает возникать опасность и в чем она заключается? Угроза здоровью матери при предлежании плаценты начинается уже со второй половины беременности, особенно увеличиваясь во время родов и продолжая сохраняться в последовом и в раннем послеродовом периоде. Основная опасность во время беременности и родов состоит в кровотечении. Оно может быть небольшим, но, будучи продолжительным, приводит к анемии и снижению сопротивляемости организма. При значительном кровотечении резкое обескровливание может наступить быстро, являясь наиболее частой причиной смерти такой больной. Значительное кровотечение может начаться в любое время второй половины беременности, но особенно часто с наступлением родов, независимо от того, начинаются ли они своевременно или раньше срока. Чем энергичнее родовая деятельность, тем быстрее будет происходить отслойка плаценты, а следовательно, быстрее нарастать кровопотеря.

Опасность для здоровья матери не уменьшается и после рождения ребенка (имеются в виду роды, происходящие естественным путем), в последовом периоде. Это объясняется следующим. Известно, что мускулатура нижнего отдела матки (перешейка и шейки) не обладает выраженными свойствами активного сокращения и ретракции. Поэтому в последовом периоде часто нормальной отслойки плаценты не происходит. Кровотечение же из многочисленных сосудов матки, вскрывшихся ранее при отслойке плаценты, продолжается. Оно может быть и еще более значительным из-за трещин и разрывов, образовавшихся при продвижении плода по этому измененному (вследствие предлежания плаценты) участку.

Продолжающееся в последовом периоде кровотечение приводит к необходимости применить ручное отделение последа, что в свою очередь может явиться мероприятием, отягощающим состояние больной. При этом неизбежно заносится инфекция из влагалища на обширную раневую поверхность матки. Кроме того (хотя это бывает и редко), в момент ручного отделения плаценты может произойти всасывание воздуха в сосуды плацентарной площадки — воздушная эмболия. Опасность не исчезает и в послеродовом периоде.

Инфицирование матки не исключено даже и тогда, когда ручного отделения последа не производилось. Непосредственное соседство нижнего отдела матки, травмированного отслойкой предлежащей плаценты, и продвижением плода, с влагалищем, всегда содержащим разнообразную микрофлору, приводит к тому, что обширная раневая поверхность инфицируется рано, т. е. еще до образования защитного грануляционного вала.

Быстрому и обширному распространению инфекции способствует и снижение защитных свойств организма вследствие кровопотери, а также наличие многочисленных тромбов на раневой поверхности в области плацентарной площадки. В результате, если женщина справилась с кровопотерей в родах, то в послеродовом периоде у нее может возникнуть воспалительное заболевание (эндометрит, тромбофлебит, сепсис). Возникновению его могут способствовать и акушерские мероприятия, которые врач вынужден применять при предлежании плаценты (метрейриз, поворот плода и низведение ножки, ручное отделение последа).

Частота акушерских мероприятий при предлежании плаценты вызывается не только необходимостью остановки кровотечения. Как показывают наблюдения, при этой акушерской патологии, особенно при полном предлежании, в значительном числе встречаются и неправильные положения плода. Так, поперечные положения плода наблюдаются в 16,8% от общего числа беременных с предлежанием плаценты, а тазовые — в 16,4%.

Причину частых возникновений атипических, неправильных положений плода при предлежании плаценты можно объяснить, по-видимому, тем, что предлежащая плацента препятствует образованию нормального положения плода.

Таким образом, мы видим, что предлежание плаценты является действительно очень тяжелым заболеванием для матери, ближайший и отдаленный исход которого определяется быстротой и степенью кровопотери, степенью снижения естественных защитных сил материнского организма и вирулентностью инфицирующего начала.

Для жизни плода опасность предлежания плаценты определяется степенью нарушения плацентарного кровообращения,

наступившего вследствие отслойки плаценты, и степенью обескровливания материнского организма. В результате отслойки плаценты и наступившей анемии у матери возникают нарушения в обменных процессах между плодом и матерью. При этом плод страдает в первую очередь от недостаточности снабжения его кислородом вследствие уменьшения площади соприкосновения плаценты со стенкой матки (своеобразное уменьшение дыхательной поверхности «легких» плода).

Как правило, кровотечение при предлежании плаценты ведет к потере крови матерью. Однако нельзя исключить и частичную кровопотерю (правда, очень незначительную) плода за счет разрыва сосудов ворсин хориона в момент отслойки плаценты от своего ложа. Это обстоятельство еще больше нарушает течение обменных процессов между матерью и плодом, и условия для дальнейшего внутриутробного пребывания и развития плода ухудшаются.

Возникшие в результате обменных нарушений изменения в жизненно важных органах плода и определяют его судьбу. Он может родиться живым и быть жизнеспособным, если нарушения были небольшими и организм с ними справился. При длительных и значительных обменных нарушениях он чаще погибает внутриутробно или, родившись живым, оказывается нежизнеспособным. Второй причиной гибели плода во время родов при предлежании плаценты является его травматизация при вынужденных акушерских мероприятиях, направленных к спасению жизни матери.

Хотя задачей акушера всегда является спасение обеих жизней — материнской и детской, однако при обильном кровотечении, когда жизнь матери находится под угрозой и спасти ее можно только ценой жизни плода, в выборе не может быть колебаний — жизнь матери ставится на первое место.

Такая тактика оправдана еще и тем, что плод, как мы уже знаем, может родиться неполноценным вследствие особенности данной патологии или вследствие недоношенности, так как наступление родов при предлежании плаценты часто бывает преждевременным, т. е. еще до достижения плодом состояния зрелости. При предлежании плаценты частота наступления преждевременных родов (при различных сроках недоношенности) встречается в 62,7% и только в 37,3% дети рождаются зрелыми. Все эти обстоятельства и приводят к тому, что детская смертность при предлежании плаценты является довольно высокой.

Диагностика предлежания плаценты. При систематическом наблюдении за беременной и внимательном учете симптомов предлежания плаценты эта патология может быть заподозрена еще задолго до родов, а в родах своевременно диагностирована.

Основным симптомом предлежания плаценты является появление кровянистых выделений из половых путей во второй

половине беременности. Этот симптом, появившийся с началом схваток, является особенно характерным. Вторым симптомом предлежания плаценты является высокое стояние и свободная подвижность предлежащей части в конце беременности, особенно у первородящих при нормальных размерах таза и плода. Наличие неправильного или атипического положения плода (поперечное, тазовое) также может заставить подумать об этой патологии, в тех случаях особенно необходимы тщательное соби- рание анамнеза и исследование.

При влагалищном исследовании, но при сохранившейся шейке и закрытом зеве предлежащая плацента прощупывается через своды в виде толстой мягковатой ткани («подушки»), лежащей в нижнем отделе матки над шейкой. При тотальном предлежании она определяется со всех сторон вокруг шейки. При частичном — эта мягковатая ткань более тонкая и ощущается с какой-то одной стороны.

При укороченной или сглаженной шейке и открытом зеве диагностика предлежаний плаценты облегчается тем, что плацента непосредственно осязается в виде мягковатой губчатой ткани. Однако уточнить форму предлежания (полное, краевое, боковое) можно только при раскрытии зева не меньше, чем на три пальца.

Во время влагалищного исследования при предлежании плаценты следует строго помнить, что оно должно быть крайне осторожным и строго асептичным. Малейшая грубость в исследовании может привести к увеличению отслойки плаценты и кровотечению. Из этих соображений многие акушеры вообще не рекомендуют вводить исследующий палец в цервикальный канал, ограничиваясь ощупыванием через своды. Тем более не рекомендуется уточнять степень предлежания, если это сопряжено с известным насильем для проведения пальца. Это правило особенно должно соблюдаться у тех беременных или рожениц, у которых в данное время, еще и до исследования, имеется значительное кровотечение или оно было раньше. В таких случаях форма предлежания плаценты может и не иметь существенного значения, так как врачебное пособие должно диктоваться особенностью клинической картины.

С целью диагностики предлежания плаценты некоторые акушеры (П. А. Белошапко)¹ рекомендуют производить везикографию еще во время беременности. Это, по их мнению, дает возможность своевременно уточнить форму предлежания и наметить соответствующую терапию. Принцип везикографии состоит в том, что между мочевым пузырем, наполненным контрастным веществом, и предлежащей частью плода на рентгено-

¹ П. А. Белошапко. Рентгенодиагностика предлежания плаценты. Автореф. дисс. Л., 1947.

грамме вырисовывается щель, ширина которой и является основным критерием для диагностики. Однако мы этот метод диагностики предлежания плаценты считаем излишним, так как он не всегда достигает цели и к тому же не может считаться совершенно безвредным. Он не применим при неправильном положении плода, при высоком стоянии головки и при тазовых предлежаниях, так как при этих положениях основной критерий диагностики, как это понятно, не может быть использован.

Что касается акушерской помощи при предлежании плаценты, то вопрос этот требует строго индивидуального разрешения. Врачебная помощь при этой патологии должна определяться клинической картиной болезни, состоянием больной и возможностью врачебного учреждения, где находится такая больная. Поэтому вопрос о терапии при предлежании плаценты разберем на конкретных примерах и начнем этот разбор с нашей больной. Наш диагноз: 36-недельная беременность, осложненная полным предлежанием плаценты. Какую же терапию мы будем проводить? Мы уже сказали, что врачебная помощь при этой патологии определяется клинической картиной болезни, состоянием здоровья больной и возможностями лечебного учреждения. Каково же состояние нашей больной и требуется ли ей какая-либо помощь? Состояние больной вполне удовлетворительное, а предлежание плаценты пока не сопровождается кровотечением, которое требовало бы оперативного родоразрешения. Но в нашей помощи она нуждается. Последняя будет состоять в предоставлении ей щадящего режима и назначении средств, которые уменьшили бы возбудимость матки. Одновременно показана периодическая ингаляция кислорода.

Кровянистые выделения есть следствие начинающейся преждевременной отслойки предлежащей плаценты. Отслойка же начинается из-за сокращений матки, которые еще настолько слабы, что могут и не ощущаться больной, но уже приводят к отслойке. Поэтому-то и нужно уменьшить возбудимость матки, чтобы прекратить ее сокращения, а следовательно, и отслойку.

Почему именно только об этом виде терапии можно сейчас думать? А потому, что беременность еще недоношенная (36 недель), а каждый день ее продления имеет значение для развития плода. Поэтому будем терпеливы, осторожны и внимательны. Исходя из этой оценки, составим план лечения данной женщины средствами, уменьшающими возбудимость матки.

Rp.: T-ae Opii simpl. 10 капель
Aquae dest. 30,0
S. в клизме, 3 раза в день,
или *Rp.*: Extr. Opii simpl. 0,015
But. Casao q. s.
S. По 1 свечке 3 раза в день в прямую кишку и препарат желтого тела (Progesteron oleosae) по 1 мл 0,5%-ного раствора в день в мышцу.

Одновременно назначим больной общеукрепляющее лечение в виде препаратов железа и аскорбиновой кислоты, а в интересах плода — вдыхание кислорода (за сутки 3—4 подушки).

Некоторые акушеры рекомендуют производить таким большим переливание крови. С нашей точки зрения, переливание крови беременным с предлежанием плаценты, которым проводится консервативная терапия с целью сохранения беременности, должно применяться с большой осторожностью и только по строгим показаниям (анемия), так как переливание крови является довольно энергичным фактором, повышающим тонус матки. Наша же задача — снизить ее тонус.

У больной в настоящее время нет показаний для переливания ей крови; поэтому воздержимся от него. Проводя эту терапию, мы будем наблюдать за ее эффективностью.

Каков же наш план на дальнейшее? Каким путем мы будем родоразрешать нашу больную? Основными принципами ведения родов при предлежании плаценты является остановка кровотечения. При полном предлежании плаценты иного рационального пути, кроме кесарского сечения, для остановки кровотечения нет. Механизм остановки кровотечения сводится при этом к сокращению опорожненной матки и к зажатию сосудов плацентарной площадки между сократившимися мышечными волокнами.

Если попытаться остановить кровотечение иным путем, например поворотом плода на ножку (после предварительного пробуравливания предлежащей плаценты) с тем, чтобы прижать кровоточащие маточные сосуды в месте отслойки ножкой и ягодицами плода, то если это и удастся, почти как правило, гибнет плод (от асфиксии), а извлечь его мы не имеем права, даже при полном раскрытии, так как при предлежании плаценты имеется большая опасность разрыва шейки со смертельным кровотечением. Исходя из изложенного, мы можем наметить следующий план ведения данной беременности и родов.

Если намеченная консервативная терапия даст возможность довести беременность до срока ее завершения, то без особых показаний других мероприятий мы проводить не будем. С наступлением же родов произведем абдоминальное кесарское сечение. Операцией абдоминального кесарского сечения закончим эту беременность и в том случае, если родовая деятельность начнется раньше ожидаемого срока, т. е. когда мы увидим, что проводимая консервативная терапия безуспешна. При операции кесарского сечения может возникнуть вопрос, какой разрез на матке наиболее целесообразен при предлежании плаценты?

Мы считаем, что корпоральный, продольный разрез по передней поверхности матки при подобных условиях является наиболее рациональным. Разрез в нижнем сегменте (ретровезикальный) при полном предлежании плаценты менее выгоден,

так как он может быть произведен над какой-то частью плаценты. А это приведет к большой кровопотере и к затруднениям при извлечении плода.

Схематическое изображение некоторых этапов корпорального кесарского сечения приведено на рис. 168 и 169. Какой вид обезболивания следует применить при операции, местную ли новокаиновую анестезию или ингаляционный эфирно-кислородный наркоз? Мы являемся сторонниками общего ингаляционного наркоза. С нашей точки зрения, этот вид обезболивания лучше для больной — она спит, хирург работает в спокойной обстановке. Что касается влияния эфира на плод, то оно несколько преувеличивается. На довольно значительном числе таких операций мы не отметили какого-либо отрицательного влияния эфирного наркоза на жизнеспособность плода и на его последующее развитие, тем более, что современная аппаратура дает возможность строго дозировать подачу смеси эфира и кислорода. При необходимости эта аппаратура допускает отключение эфира и пользование только одним кислородом.

Дальнейший ход болезни у нашей беременной был следующим: примененная нами терапия дала хороший эффект — ощущение болезненности в низу живота и кровянистые выделения прекратились. Беременность прогрессировала нормально. Общее состояние здоровья больной было хорошим. Правда, изредка на прокладке появлялись незначительные сукровичные пятна, но их появление не требовало дополнительных лечебных мероприятий.

В ночь на 1 октября (через 3 недели с момента поступления в клинику) больная вновь стала ощущать небольшую болезненность в низу живота, которая постепенно усиливалась и к утру приняла характер легких родовых схваток. Одновременно к утру 1 октября появились и кровянистые выделения.

Произведенное со всеми предосторожностями влагалищное исследование показало, что роды начались: шейка сглажена, зев пропускает палец. За зевом определялась мягковатая ткань, принятая за плаценту. Детального исследования для уточнения

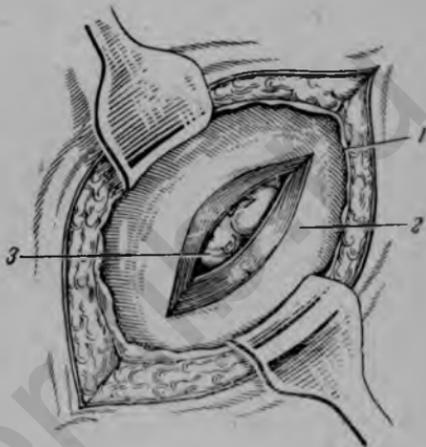


Рис. 168. Схематическое изображение некоторых этапов корпорального кесарского сечения. Матка рассечена. 1 — край брюшной раны; 2 — передняя поверхность тела беременной матки; 3 — разрез на матке (в глубине видны очертания плода).

степени предлежания не производилось сознательно, чтобы не увеличить отслойку плаценты.

Что предпринять нам теперь? Следует ли в этих новых условиях пытаться консервативной терапией остановить родовую деятельность с целью продлить беременность до 40 недель? Нет, конечно. В этих новых условиях, т. е. при уже начавшейся родовой деятельности (хотя и раньше срока — на неделю), не следует пытаться ее тормозить. Такое решение будет ошибочным. Во-первых, неизвестно, будет ли успешно наше противодействие, ведь больная получала соответствующее лечение и

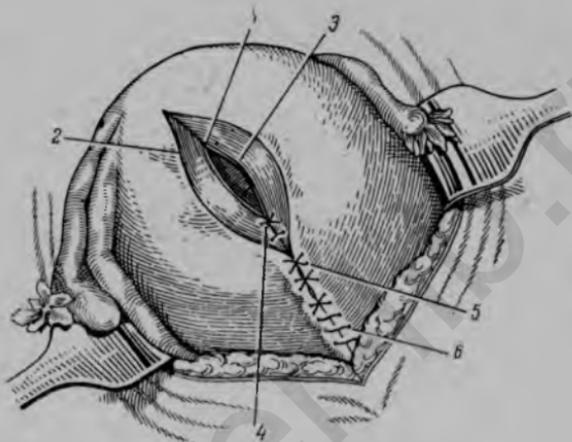


Рис. 169. Конечный этап операции кесарского сечения. Ушивание разреза на матке.

1 — края раны на матке; 2 — серозный покров матки; 3 — мышечный слой матки; 4 — мышечно-мышечный шов; 5 — мышечно-серозный шов; 6 — серо-серозный шов.

тем не менее родовая деятельность началась. Во-вторых, в настоящее время состояние здоровья беременной и ее плода хорошее, а каким оно будет через несколько часов (а иногда и минут) или через день — неизвестно. Может случиться, что развившиеся энергичные родовые схватки приведут к значительной отслойке плаценты, а это вызовет обильное кровотечение. Следовательно, теперь выжидание нецелесообразно и для матери и для ее ребенка.

Исходя из этих соображений, больная 1 октября была оперирована. Под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом произведено абдоминальное кесарское сечение (разрез на матке корпоральный) с благоприятным исходом для матери и ее ребенка. Извлечен мальчик, весом 2850,0, длиной 49 см, развит нормально. Послеоперационное течение протекало без осложне-

ний, и на 18-й день после операции мать была выписана из клиники здоровой с нормально развивающимся ребенком.

Краткий эпикриз. В амбулаторию нашей клиники поступает беременная, у которой диагностируется 36-недельная беременность, осложненная полным предлежанием плаценты. Общее состояние здоровья беременной вполне удовлетворительное, кровянистые выделения из влагалища незначительные и периодические.

Положение плода нормальное, сердцебиение ясное, ритмичное. Больная оставлена в стационаре, и так как срочных показаний к родоразрешению не было, а беременность недоношена, то решено было, при тщательном наблюдении за ходом болезни, применить консервативную терапию с целью продлить беременность до наступления родов. Проведенная терапия дала благоприятный эффект, и только через 3 недели с момента поступления больной в стационар у нее началась родовая деятельность. Дальнейшее консервативное лечение было признано нецелесообразным, и произведено родоразрешение путем абдоминального кесарского сечения, с благоприятным результатом для матери и ее ребенка.

Остановимся на другой больной, у которой роды пришлось закончить тоже операцией абдоминального кесарского сечения.

В приведенном выше первом примере во время беременности показаний к срочной оперативной акушерской помощи (в виде того или иного метода родоразрешения) не было. В таких случаях врач имеет возможность наблюдать за больной, применять средства для сохранения беременности и продления ее до наступления срочных родов. При других же обстоятельствах акушерская помощь при такой же патологии должна быть оказана в срочном порядке, как в нижеприведенном наблюдении.

Беременная гр-ка В., 32 лет, 3 января доставлена в клинику на санитарной машине из пригорода Ленинграда по поводу обильного кровотечения из половых органов, начавшегося около 3 часов тому назад дома. Беременность близка к доношенной (38—39 недель). Настоящая беременность пятая. В прошлом было двое нормальных родов (6 лет и 4 года тому назад) и два искусственных аборта. Оба аборта — после родов. Первый был произведен в больничных условиях, второй — дома, собственными «средствами». По поводу гинекологических заболеваний не лечилась. Последняя менструация была 10 апреля. Первого шевеления не отметила. Консультацию не посещала, только в первые месяцы беременности была дважды у врача. Во время настоящей беременности ничем не болела. Кровянистые выделения из половых органов появились впервые и начало их больная ни с чем связать не может, травмы или полового сношения не было. Незадолго до появления кровянистых выделений она стала ощущать легкую болезненность в низу живота, которая напоминала ей начало родов. Из общих заболеваний ничего существенного не отмечает. Больная заметно анемична, значительные кровянистые выделения из влагалища продолжают и сейчас. Пульс — 108 ударов в одну минуту, мягкий,

ритмичный, температура нормальная. АД—100/40 мм рт. ст., отеков нет. Живот равномерно выпячен, увеличен соответственно сроку доношенной беременности, мягкий, безболезненный. Определяются части плода: спинка слева, мелкие части справа. Предлежит головка, подвижная над входом таза, определяется не очень отчетливо. Сердцебиение плода прослушивается слева ниже пупка, ритмичное, но глухое, 140 ударов в одну минуту.

Размеры таза: 26; 29; 34; 21 см.

После соответствующей подготовки наружных половых органов произведено влагалищное исследование и при этом найдено: влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена; зев пропускает палец; над ним ощущается мягковатая ткань, прикрывающая сверху весь маточный зев. Кровянистые выделения довольно значительные.

С большой осторожностью больная была подвинута на край стола, во влагалище введены зеркала и осмотрена шейка матки—слизистая шейки синюшной окраски, но полипозных разрастаний или какого-либо заболевания шейки, которым можно было бы объяснить кровотечение, нет. Что же в данном случае произошло с беременной? Какая причина привела к кровотечению в конце беременности? Что делать?

Анамнез и данные объективного обследования больной позволяют нам остановиться только на одном диагнозе: беременность 38—39 недель, предлежание плаценты, по-видимому, полное. О чем можно было бы подумать еще, если бы при влагалищном исследовании мы не определили предлежания плаценты? Ведь кровотечение в конце беременности может быть следствием и других патологических состояний. Мы знаем, что оно может быть и при преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты. Почему мы не предполагаем наличия этой патологии у больной? О преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты мы в данном случае не думаем потому, что нет симптомов этой патологии. Кроме наружного кровотечения (которое не всегда и бывает), при выраженной степени преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты наблюдаются такие клинические симптомы, как напряжение матки и живота, вызывающее резкую болезненность, учащение и уменьшение наполнения пульса матери и резкое изменение сердцебиений плода вплоть до его исчезновения. Напряжение матки и брюшной стенки при преждевременной отслойке нормально прикрепленной плаценты связано с перерастяжением стенки ее на ограниченном участке, где между стенкой матки и плацентой скапливается кровь, вследствие начавшегося кровотечения из вскрывшихся сосудов в месте отслойки. При этом излившаяся кровь остается в матке и если вытекает наружу, то не всегда и только частично. Перерастяжение стенки матки приводит к быстрому растяжению ее се-

розного слоя и раздражению брюшины, очень чувствительной к растяжению. Внутреннее кровотечение и раздражение брюшины изменяют характер пульса — он становится частым и нитевидным. Кроме того, при этой патологии плод нередко погибает, и сердцебиение его выслушать не удастся. Есть ли эти симптомы у нашей больной? Нет. Живот мягкий, безболезненный, удается даже прощупать плодные части, сердцебиение плода выслушивается.

Следовательно, у нашей больной мы считаем наиболее вероятным диагноз предлежания плаценты. Что же привело к кровотечению? Из анамнеза известно, что появлению кровянистых выделений предшествовала легкая болезненность в низу живота, которая напомнила больной о начале родов. Можем ли мы связать эти два явления — ощущение болезненности и появление кровянистых выделений? Да, конечно.

При разборе первого примера этой акушерской патологии было сказано довольно подробно о механизме кровотечения при предлежании плаценты, поэтому не будем этого повторять. Болезненность, которую ощущала беременная, — есть следствие сократительной деятельности матки. Иначе говоря, у беременной начались роды, а это и привело к отслойке предлежащей плаценты. Следствием же отслойки явилось кровотечение из вскрывшихся сосудов матки.

Что же мы должны предпринять? Какая акушерская помощь может быть наиболее рациональной в данном случае? Может быть, как и в первом примере, применить средства, которые «снимут» возбудимость матки, ее сокращения, и тогда удастся продлить беременность до 40 недель? Ведь беременность, хотя и не намного, но все же недоношенная. Нет, такое решение было бы ошибочным и даже опасным как для самой больной, так и для ее ребенка. Почему у этой женщины консервативно-выжидательная терапия не может быть применена? Этот пример предлежания плаценты отличен от первого, разобранный выше.

Если у первой больной кровотечения не было, а были только незначительные и изредка появляющиеся кровянистые выделения и состояние здоровья было хорошим, то у второй больной кровотечение значительное и она уже анемична.

Если у первой больной, в момент поступления в клинику, выраженной родовой деятельности не было (шейка была укорочена и зев закрыт), то у второй родоая деятельность уже началась (шейка сглажена, зев пропускает палец).

Если у первой больной беременностью была недоношена на 4 недели и, тем не менее, сердцебиение плода было ясным и не учащенным, то у второй — беременность ближе к своему конечному сроку, а сердцебиение плода учащено и глухое. Это говорит о том, что плод уже сейчас страдает от нарушенного

плацентарного кровообращения — имеется начальная фаза внутриутробной асфиксии.

Все эти обстоятельства диктуют применить не выжидательную терапию, а быстрое родоразрешение. Родоразрешение необходимо в первую очередь для матери, так как только им можно прекратить кровотечение и спасти жизнь больной. Для плода быстрое родоразрешение также необходимо, только оно способно сохранить и ему жизнь.

Итак, мы решили, что в данном случае показано быстрое родоразрешение. Какой же метод родоразрешения будет наиболее благоприятным для матери и для ее плода? В условиях клиники, где акушерская помощь может быть оказана в полном объеме, самым рациональным будет производство абдоминального кесарского сечения. Что еще необходимо применить нашей больной? Переливание крови. Ведь она и поступила к нам уже заметно обескровленной, да и операция неизбежно связана с той или иной степенью кровопотери. Поэтому необходимо помочь ее организму перенести операцию и противостоять в послеоперационном периоде инфекционному осложнению.

Таким путем (абдоминальным кесарским сечением) и была родоразрешена больная. Одновременно было перелито 1,5 л консервированной крови и 250 мл 5%-ного раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой.

Плод (мальчик) извлечен живым, но слабым. В дальнейшем он окреп. Вес при рождении — 2900,0, длина — 49 см. Послеоперационный период протекал без осложнений, но вследствие ослабления организма кровопотерей обратное развитие матки несколько задержалось. Больная выписалась только на 23-й день после операции здоровой с нормально развивающимся ребенком.

Краткий эпикриз. В клинику поступила беременная с начавшимся за 3 ч до поступления значительным кровотечением из половых органов. Диагностировано полное предлежание плаценты. Беременность недоношенная на 1½ — 2 недели. Плод живой. Родовая деятельность началась. Больная анемична и кровотечение продолжается. Состояние роженицы требовало скорейшего родоразрешения, которое было произведено путем абдоминального кесарского сечения. Одновременно была перелита кровь в достаточном количестве для данной больной. Ребенок извлечен живым, но слабым. В дальнейшем он окреп. В послеоперационном периоде отмечалась задержка обратного развития матки. Больная была выписана из клиники на 23-й день здоровой, с нормально развивающимся ребенком.

Встретившись с наблюдением, изложенным во втором примере, мы произвели абдоминальное кесарское сечение в интересах матери и в интересах плода. А как бы мы поступили, если бы мы не могли выслушать сердцебиения плода, т. е. считали бы, что он уже внутриутробно погиб? Произвели ли бы мы и тогда родоразрешение путем абдоминального кесарского

сечения? Да, конечно, и в этих условиях мы сделали бы эту операцию. Этот вид родоразрешения при такой тяжелой акушерской патологии, в условиях крупного стационара, где может быть сделана эта операция, является единственным, который дает наибольшие возможности спасти жизнь матери. Одновременно, конечно, произвели бы и переливание крови в количестве, достаточном для поднятия жизненных сил организма. Сколько крови необходимо перелить, должно быть установлено индивидуально, в зависимости от состояния больной.

Слушая наши советы о том, какое акушерское пособие является наиболее рациональным при такой патологии, вы, конечно, можете подумать, что все это справедливо в клинических условиях, где акушерская помощь может быть оказана в полном объеме и своевременно. А как поступить врачу на участке, если он один и операционной у него нет? Положение такого врача, конечно, тяжелое, но оно не безнадежное. И в этих условиях врач может оказать помощь и спасти жизнь беременной женщине.

Во-первых, если врач на участке поставлен в такие условия, что оказать акушерскую помощь в полном объеме не может, будет правильно, если он заранее объяснит беременной женщине, у которой предвидит возможность патологического течения родов, ее положение и заблаговременно госпитализирует ее в соответствующее лечебное учреждение.

Во-вторых, если такая больная все же к нему обратилась в начале болезни, т. е. с уже начавшимся кровотечением, а произвести операцию кесарского сечения нет возможности, то и в этом случае он обязан срочно эвакуировать больную в соответствующее лечебное учреждение, предварительно затампонировав влагалище с целью хотя бы временной остановки (или уменьшения) кровотечения. Если же по каким-либо причинам срочная эвакуация невозможна, то врач обязан оказать пособие, которое, если и не сохранит обе жизни (матери и плода), то одну (материнскую) сохранит обязательно. Поэтому нельзя считать, что абдоминальное кесарское сечение является единственным видом оказания акушерской помощи при полном предлежании плаценты.

При грозном кровотечении, особенно когда оно возникает в начале родовой деятельности, кесарское сечение является действительно лучшим видом помощи для спасения жизни матери и плода. При этих условиях только оно может быть наиболее эффективным из числа других акушерских пособий.

Но если по ряду причин операцию кесарского сечения произвести нельзя: в лечебном учреждении нет для этого условий и возможности, общее состояние здоровья роженицы (беременной) не позволяет в данный момент применить ее, имеется значительная недоношенность беременности и мертвый плод.

то что делать тогда? Какую помощь должен оказать врач для остановки кровотечения с целью спасения жизни женщины?

В зависимости от объективных данных врач может применить одну из следующих акушерских операций, рассчитанных на остановку кровотечения при данной патологии:

1) введение метрейринтера (метрейриз);

2) поворот на ножку (при головном предлежании) или низведение ножки (при тазовом предлежании).

Введение метрейринтера. Метрейриз применим при открытии зева (цервикального канала — при не вполне сглаженной шейке) на один — полтора пальца. Если зев (цервикальный канал) еще не проходим для одного пальца, то при размягченной шейке матки, какой она обычно бывает в конце беременности, а тем более при предлежании плаценты, он может быть осторожно расширен пальцем. Этого размера достаточно, чтобы провести метрейринтер.

Техника введения метрейринтера следующая: больная укладывается на край кровати в положении, обычном для влагалишных операций. Производится предоперационная подготовка наружных половых органов, ягодиц, внутренних поверхностей бедер (мытьё дезинфицирующим раствором, спиртом и йодом). Врач вводит во влагалище два пальца и одним из них пробуравливает предлежащую плаценту, прорывая и расположенную на ней сверху амниотическую оболочку. Если пробуравить плаценту и амниотическую оболочку не удастся при введении только двух пальцев, тогда следует ввести во влагалище кисть руки. Это в значительной степени облегчит пальцевое пробуравливание плаценты. Но это производить нужно под наркозом, так как насильственное и быстрое расширение рукой вульварного кольца и влагалища болезненно¹. После того как плацента пробуравлена, влагалищными зеркалами обнажается шейка матки, и под контролем зрения в искусственное отверстие в плаценте вводится стерильный метрейринтер, известной емкости, плотно свернутый в виде сигары и зажатый специальными щипцами. Как только он (через отверстие в плаценте) введен в амниотическую полость, щипцы осторожно извлекаются, а баллон остается в плодном мешке. Через резиновую трубку метрейринтер заполняют каким-либо раствором (физиологическим, борной кислоты) в том количестве, на какое рассчитан объем данного баллона с тем, чтобы он хорошо растя-

¹ Пробуравливание плаценты можно осуществить и кончиком корнцанга, которым заранее зажат сигарообразно свернутый метрейринтер, так что сразу после пробуравливания плаценты метрейринтер вводится в амниотическую полость с помощью этого же корнцанга. Этот способ более бережный и асептический, чем пробуравливание пальцем, хотя его и не всегда удается осуществить (Ред.).

нулся. На этом операция введения метрейринтера в амниотическую полость заканчивается.

На рис. 170 показан метрейринтер, введенный в амниотическую полость. Как понятно из рисунка, смысл этой акушерской операции, при полном предлежании плаценты, сводится к следующему:

1. С разрывом плаценты и амниотической оболочки ведущим полюсом будет являться не плацента, а введенный метрейринтер и за ним предлежащая часть плода. Следовательно, хотя в дальнейшем плацента и будет разрываться еще больше рождающимся метрейринтером и самим плодом, но при этом она не будет отслаиваться от своего ложа, а вместе с нижними отделами стенок матки поднимется вверх.¹

2. Кровотечение в месте отслойки плаценты будет остановлено самой плацентой, прижатой баллоном к этим кровоточащим участкам, а в дальнейшем, по мере продвижения баллона, — различными частями плода (головой, туловищем, ягодицами).²

Вполне понятно, что если эта операция производится при еще живом плоде, то он обычно приносится в жертву спасения жизни матери. Рассчитывать при этой операции на рождение плода живым нельзя. Внутриутробная гибель его наступает довольно быстро из-за выключения значительной части плаценты из круга маточно-плацентарного кровообращения.

Если при введении метрейринтера кровотечение все же продолжается, то это говорит о том, что либо баллон недостаточно растянут введенной в него жидкостью, либо он недостаточно прижал отслоившуюся плаценту к своему бывшему ложу.



Рис. 170. Предлежание плаценты. Тампонада резиновым баллоном — метрейринтером.

1 — вскрывшиеся сосуды плацентарной площадки матки; 2 — резиновый баллон, растянутый жидкостью; 3 — головка плода.

¹ Плацента будет подниматься вместе с растягивающимся нижним сегментом только после своего разрыва, до этого ее отслойка будет в той или иной мере продолжаться (Ред.).

² В остановке кровотечения будет играть весьма существенную роль усиливающаяся после метрейриза родовая деятельность, так как она будет обуславливать ту или иную степень прижатия кровоточащих сосудов. Указанное же усиление родовой деятельности после метрейриза происходит рефлекторно (раздражение метрейринтером рецепторов нижнего сегмента) (Ред.).

В этом случае можно применить легкую тягу, подвесив к отводу баллона небольшой груз (50,0; 100,0).

Большой тяги создавать не следует, так как насильственное растяжение истонченной стенки матки в месте прикрепления к ней плаценты может легко привести к дополнительной тяжелой травме — разрыву нижнего сегмента матки.

Диаметр полностью растянутого баллона равен ширине пяти поперечных пальцев. Поэтому, постепенно рождаясь, он, увеличивая собой разрыв в плаценте, в то же время будет растягивать зев до полного раскрытия. За баллоном должен опуститься плод.

Если после рождения метрейринтера не происходит рождения плода, то влагалищным исследованием необходимо установить, где и в каком положении находится его предлежащая часть и каков ее характер.

В зависимости от данных, полученных при исследовании, составляется дальнейший план помощи (поворот¹, кожно-головные щипцы по Иванову, перфорация головки и извлечение краниокластом).

Если влагалищное исследование показывает:

1) что предлежит головка, но она подвижна над входом в таз, то при полном раскрытии зева можно сделать поворот на ножку и извлечение;

2) при неполном раскрытии зева — только поворот, предоставив роды естественному течению (рис. 171);

3) при головке, находящейся в полости таза, но прекратившемся кровотечении предоставить роды естественному течению;

4) при головке, находящейся в полости таза и продолжающемся кровотечении, — закончить роды либо наложением щипцов, либо (при мертвом плоде) перфорацией головки и извлечением плода при помощи краниокласта;

5) при тазовом предлежании либо ограничиться только низ-

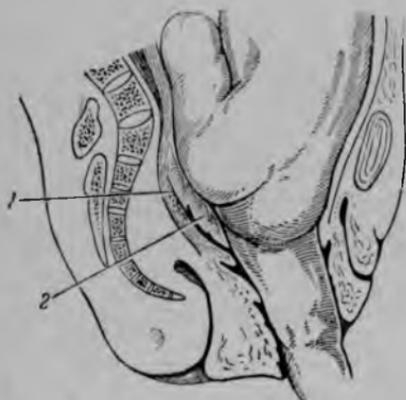


Рис. 171. Частичное предлежание плаценты — тампонада тазовым концом с помощью низведенной ножки плода.

1 — вскрывшиеся сосуды плацентарной площадки матки; 2 — плацента.

¹ При предлежании плаценты операция извлечения плода даже при полном открытии зева чревата большой опасностью, так как при этом легко может быть поврежден истонченный и кавернозно измененный нижний сегмент матки, что приведет к дополнительному обильному кровотечению, могущему обусловить смертельный исход (Ред.).

ведением ножки, либо (при соответствующих условиях) произвести и извлечение плода.

После рождения плода необходимо рукой отделить послед. Не следует забывать и о переливании крови, кровезамещающих растворов, а также о назначении антибиотиков.

Поворот на ножку. При полном предлежании плаценты акушерскую операцию поворота на ножку (при тазовом предлежании — низведения ножки) можно произвести уже при раскрытии зева на два с половиной пальца, хотя это подчас удаётся с большим трудом. Операция совершается под общим наркозом. Техника ее та же, что и при введении метрейринтера, только во влагалище обязательно вводится вся рука. После пробурывания плаценты двумя пальцами и введения их во внутрь амниотического мешка захватывается ножка и низводится до появления коленного сустава в половой щели. Появление в половой щели коленного сустава ножки плода совпадает с вхождением его ягодиц во вход таза матери. Поэтому «обратный уход» низведенной ножки уже невозможен.

На рис. 171 показан конечный момент низведения ножки. Из рисунка понятно, что смысл этой акушерской операции как средства остановки кровотечения такой же, как и при метрейризе, только здесь тампонирует кровоточащие сосуды (через плаценту) не введенный баллон, а тазовый конец плода и в дальнейшем по мере продвижения — различные участки тела плода (ягодицы, туловище, головка)¹.

Вполне понятно, что и эта операция производится не в интересах плода, а только для спасения жизни матери. После низведения ножки роды предоставляются естественному течению, а после рождения плода дальнейшие мероприятия те же, что и при введении метрейринтера (ручное отделение последа, переливание крови и кровезамещающих растворов, антибиотики).

На время транспортировки больной в ближайшее лечебное учреждение можно рекомендовать тампонаду влагалища. Этот вид врачебной помощи является худшим из числа существующих при предлежании плаценты. Дело в том, что тампонада влагалища, произведенная с целью остановки кровотечения при предлежании плаценты, далеко не всегда достигает своей цели. Неудача зависит от нескольких причин. Давление марлевого тампона на нервные узлы, расположенные в клетчатке вокруг шейки матки, вызывает появление новых схваток; следова-

¹ После этой операции, как правило, кровотечение останавливается (при наличии достаточной родовой деятельности). Для усиления родовой деятельности (при неостановившемся после поворота кровотечении) можно подвесить к ножке небольшой груз (100—200 г). Большой груз применять опасно, так как это может привести к разрыву в области нижнего сегмента, истонченного и измененного вследствие предлежания плаценты (Ред.).

тельно, отслойка плаценты, а с ней и кровотечение, не только не прекращаются, но могут еще и усилиться. Тампонада, не препятствуя внутреннему (в полость матки) кровотечению, задерживает наружное, создает впечатление мнимого благополучия¹. Кроме того, даже тугая тампонада через некоторое время ослабевает вследствие смачивания тампона кровью и уменьшения из-за этого его объема. При недостаточной же плотной тампонаде теряется ее эффект, — прижатие отслоившейся плаценты к своему ложу — между

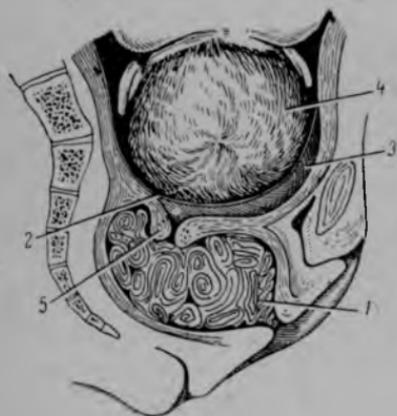


Рис. 172. Предлежание плаценты, тампонада марлевым тампоном.

1 — марлевый тампон; 2 — область внутреннего зева матки; 3 — плацента; 4 — головка плода; 5 — наружный зев матки.

тампоном, введенным снизу, и головкой плода, стоящей сверху. Но как мероприятие временное, на случай транспортировки, тампонада должна быть применена.

Производя тампонаду влагалища с целью остановки кровотечения при предлежании плаценты, мы должны помнить следующие два обязательных правила. Перед введением марлевого тампона во влагалище он должен быть смочен каким-либо дезинфицирующим (не ядовитым — всасывание!) раствором и отжат. Такой тампон дольше сохраняет тугую тампонаду, так как он уже влажный и менять свой объем будет меньше, чем сухой. Тампонаду нужно начинать со сводов,

плотно укладывая тампон, не оставляя пустых пространств. Только при тугой тампонаде можно рассчитывать на какой-то успех. На рис. 172 схематично показан этот вид пособия.

ЧАСТИЧНОЕ (КРАЕВОЕ) ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Гр-ка Л., 25 лет, в 20 ч 30 мин 3/IV 1959 г. доставлена в клинику по поводу внезапно начавшегося 1½ ч тому назад кровотечения из половой щели. Через 15 мин от начала крово-

¹ Для успеха тампонады необходимо зажать кровоточащие сосуды между двумя относительно плотными телами. Так, при низведении ножки сосуда зажимаются между ягодицами плода (через плаценту) и костями таза. При тампонаде влагалища таких условий нет, так как предлежащая часть, как правило, подвижна над входом в таз и не может служить неподвижной основой, к которой могут быть прижаты тампоном кровоточащие сосуды. Поэтому остановить кровотечение тампонадой часто не удается, его удается обычно лишь уменьшить и то на время (Ред.).

течения, по словам больной, появились небольшие схваткообразные боли в низу живота. Беременность вторая, недоношенная (30—31 неделя). Первая беременность была искусственно прервана год тому назад в лечебном учреждении по медицинским показаниям (хорея). Во время настоящей беременности (в конце декабря прошлого года) в течение 2 недель находилась в родовом отделении городского родильного дома по поводу нефропатии. Как отмечено в обменной карте беременных, имелись выраженные отеки, в моче определялся белок и единичные зернистые цилиндры, артериальное давление держалось на уровне 160/110 мм рт. ст. Выписалась из родового отделения с некоторым улучшением.

В момент поступления больной в клинику кровянистые выделения были довольно значительными, но общее состояние здоровья оставалось удовлетворительным. Кожа и видимые слизистые слегка бледноваты, на ногах небольшие отеки, дыхание ровное, пульс ритмичный, 84 удара в одну минуту, артериальное давление 145/95 мм рт. ст., температура тела нормальная. В моче — следы белка.

При наружном акушерском исследовании было найдено: окружность живота — 94 см, расстояние от лона до дна матки — 31 см. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижная над входом таза, несколько смещена от входа влево и кпереди. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, 154 удара в минуту, глухое.

При влагалищном исследовании найдено: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, зев открыт на 3,5 пальца, края его податливы; плодный пузырь цел. У края зева, несколько выступая за него сзади и спереди, определяется мягковатая губчатая ткань. Сквозь оболочки плодного пузыря прощупывается головка плода, подвижная над входом. Мыс достигается с трудом.

После влагалищного исследования кровотечение не усилилось. Какой наш диагноз? В чем состоит особенность данного наблюдения? Что делать? Дежурный врач клиники правильно поставил диагноз. Преждевременные роды (при беременности 30—31 неделя), неполное (краевое) предлежание плаценты, нефропатия. Основным заболеванием, приведшим больную в лечебное учреждение, является внезапное кровотечение из половых органов, возникшее вследствие начавшейся отслойки частично предлежащей плаценты.

Начальной причиной отслойки плаценты и кровотечения при предлежании плаценты являются, как уже говорилось, сокращения моторного отдела матки. Однако данное наблюдение представляет некоторую особенность. Ведь беременность у этой женщины осложнена не только предлежанием плаценты. Из анамнеза мы знаем, что она страдает нефропатией, по поводу

которой лежала в дородовом отделении и проявления которой имеются сейчас. Следовательно, течение данной беременности осложнено «вдвойне»: нефропатией и предлежанием плаценты.

Что явилось причиной такого раннего наступления родовой деятельности? В первом примере мы уже говорили о том, что наступление преждевременных родов при предлежании плаценты — явление довольно частое. Однако у этой женщины роды начались очень рано, раньше сроков обычного недонашивания, какое встречается только при одном предлежании плаценты. Не явилась ли и нефропатия причиной, способствующей такому раннему прерыванию беременности? Да, это, несомненно, так. Как показывает клинический опыт, при беременности, осложненной нефропатией, роды довольно часто наступают не только преждевременно, но к тому же и очень рано.

Осложнение беременности нефропатией является весьма неблагоприятным для плода. Осложнения в материнском организме, вызванные нефропатией, приводят к изменениям в плаценте, в частности к образованию в ней инфарктов, в результате чего нарушается маточно-плацентарное кровообращение и плод отстает в своем развитии. При тяжелых степенях нефропатии плод может внутриутробно погибнуть или родиться неполноценным и погибнуть вскоре после рождения.

Таким образом, оценивая особенность данного заболевания, мы можем сделать следующее заключение. Основной причиной, приведшей больную в клинику, явилось кровотечение на почве начавшейся отслойки предлежащей плаценты, нефропатия же ускорила появление кровотечения, явившись дополнительной причиной наступления столь ранних преждевременных родов.

Дежурный врач клиники, правильно оценив данный случай, рационально подошел и к вопросу об оказании помощи. Какое же акушерское пособие сейчас наиболее рационально:

- 1) кесарское сечение?
- 2) назначение ли средств, снимающих раздражимость матки и иногда дающих возможность продлить беременность в интересах плода?
- 3) метрейриз?
- 4) поворот плода на ножку?
- 5) вскрытие плодного пузыря?

Как уже было сказано выше, основной задачей врача при ведении родов, осложнившихся кровотечением вследствие отслойки предлежащей плаценты, является остановка кровотечения. Методы же осуществления этой задачи в каждом конкретном случае будут разные и будут зависеть от особенностей акушерской ситуации в данный момент родов. Едва ли при данных условиях следует делать кесарское сечение. При частичном предлежании плаценты и раскрытии зева на 3,5 пальца в распоряжении врача имеются другие, менее травмирующие и притом

достаточно эффективные средства для остановки кровотечения, тем более что кровотечение не грозное, а плод небольшой (имеется сомнение в его жизнеспособности).

1. Кесарское сечение отвергнуто по следующим причинам: краевое предлежание плаценты, отсутствие грозного кровотечения, открытие зева на 3,5 пальца, небольшой плод (сомнение в его жизнеспособности).

2. Назначение средств, позволяющих продлить течение беременности, следует отвергнуть, так как родовая деятельность в полном разгаре, а при этих условиях, как мы уже знаем, они не дадут эффекта.

3. Предложение ввести метрейринтер также было отвергнуто, так как открытие зева уже 3,5 пальца, а при этих условиях вводить метрейринтер нецелесообразно. Кроме того, кровотечение можно остановить более простым вмешательством.

4. Сделать поворот плода на ножку также нецелесообразно, так как предлежание плаценты краевое, грозного кровотечения нет, а «повернутому» плоду будет грозить опасность асфиксии (извлечь его при 3,5 пальцах раскрытия нельзя).

5. Нужно вскрыть плодный пузырь, что и было сделано во время исследования. Это последнее и самое простое мероприятие при данных обстоятельствах наиболее рационально.

Выше (в первом примере) мы уже говорили о том, что с разрывом плодного пузыря прекращается дальнейшая отслойка предлежащей плаценты. После вскрытия плодного пузыря при продолжающемся раскрытии зева плацента вместе со стенками нижнего сегмента матки поднимается вверх, так как теперь уже не она является нижним полюсом плодного мешка, а его содержимое — плод. При этом плод, постепенно опускаясь, прижимает своей предлежащей частью (годовкой) отслоившийся участок плаценты к его ложу, что, в свою очередь, приводит к тампонаде кровоточащих маточных сосудов.

На этот механизм остановки кровотечения врач и рассчитывал при вскрытии плодного пузыря¹. Расчет был правильный. Именно такое течение приняли роды и в данном случае. С разрывом плодного пузыря отошло большое количество околоплодных вод и сразу же, под контролем еще не выведенных из влагалища пальцев, стала опускаться головка. Кровотечение прекратилось. Роды предоставлены естественному течению.

В виду наличия внутриутробной асфиксии плода роженице назначена ингаляция кислорода, внутривенно введен 40%-ный раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой. Назначена пеницил-

¹ К разрыву плодного пузыря целесообразно присоединить введение какого-либо сокращающего матку средства (например, хинина по 0,15) для усиления родовой деятельности, а следовательно, и силы тампонады кровоточащих участков предлежащей частью (через плаценту) (Ред.).

линотерапия. От применения кардиазола мы воздержались ввиду повышенного артериального давления. Намечен был план дальнейшего ведения родов: если возникнет слабость родовой деятельности и продвижение плода приостановится, а кровотечение возобновится, то наложить кожно-головные щипцы по Иванову, с небольшим грузом (50,0—100,0) и ввести под кожу прозерин (Rp.: Sol. Proserini 0,05% —1,0).

Однако проведения дополнительных мероприятий не потребовалось. Через час после вскрытия плодного пузыря (в 22 ч) головка опустилась в полость малого таза и начались потуги. Через 1 ч 20 мин родился мальчик со слабыми признаками жизни. Вес новорожденного — 1200,0, длина — 40 см. Через 15 мин (0 ч 35 мин) после рождения плода самопроизвольно родился послед; плацента и оболочки все. При осмотре родившейся плаценты отмечен ранее отслоившийся ее участок (на этом месте располагались плотно прикрепленные к ней сгустки крови). Размер ранее отслоившейся части плаценты равен 4×6 см. Кроме того, на остальной части плаценты имелись участки, пораженные инфарктами. С рождением последа матка хорошо сократилась, кровотечение больше не возобновлялось. После родов были осмотрены шейка и влагалище — разрывов не обнаружено.

Общее состояние родильницы оставалось вполне удовлетворительным; артериальное давление снизилось до 120/65 мм рт. ст., пульс ритмичный, 80 ударов в одну минуту. Принимая во внимание наличие нефропатии и общего вполне удовлетворительного состояния больной, мы от переливания консервированной крови временно воздержались.

Последующее состояние здоровья больной было хорошим и никаких дополнительных мероприятий не требовало.

Как уже было сказано выше, ребенок родился со слабыми признаками жизни. По сравнению с длиной тела, соответствующей 8 месяцам беременности (40 см), вес его (1200,0) в значительной степени отстал. Причина неполноценного развития его, несомненно, связана с нефропатией у матери. Отставание во внутриутробном развитии плода и наслоение асфиксии во время родов (вследствие выключения части отслоившейся плаценты) привели к тому, что он оказался нежизнеспособным и погиб через 5 ч после рождения, несмотря на создание ему соответствующих благоприятных условий (пребывание в кювете, кислородная терапия). На 15-й день после родов мать выписалась из клиники здоровой, без ребенка.

Краткий эпикриз. В клинику поступает роженица, у которой диагностируется краевое предлежание плаценты, нефропатия. Роды преждевременные — 32 недели.

Состояние роженицы и объективные данные, форма предлежания плаценты и характер родовой деятельности диктуют применить только вскрытие плодного пузыря, предоставив роды естественному течению.

Данная терапия при этих условиях была правильной. После вскрытия плодного пузыря кровотечение прекратилось, и роды продолжились нормально. Через 3 ч 50 мин после поступления больной в клинику и через 2 ч 50 мин после вскрытия плодного пузыря родился живой мальчик, со слабыми признаками жизни. Через 15 мин после рождения ребенка самопроизвольно родился послед. Ребенок умер через 5 ч после рождения. Мать выписалась из клиники на 15-й день после родов здоровой, без ребенка.

Как мы поступили бы в том случае, если при таком же раскрытии зева кровотечение было бы более интенсивным или предлежание плаценты было не краевым, а боковым, с одновременным значительным кровотечением? Ограничились бы только вскрытием плодного пузыря или сразу же присоединили бы поворот на ножку, или наложили кожно-головные щипцы по Иванову¹, или применили бы кесарское сечение? Трудно, конечно, дать заранее исчерпывающий рецепт на каждый случай частичного предлежания плаценты, встречающийся в акушерской практике. Каждый отдельный случай нужно оценить индивидуально. Не следует придерживаться какого-то одного постоянного решения. Эту индивидуальную оценку врач должен выработать у себя сам, путем тщательного анализа каждого встретившегося ему патологического течения родов. Но общие указания все же могут быть даны. Выше они и были приведены, исходя из конкретных примеров. Кроме того, к этим примерам приведены дополнения, которые расширяют кругозор студента и врача и дают ему возможность индивидуализировать помощь при данной акушерской патологии.

В одной из акушерско-гинекологических клиник г. Ленинграда в свое время был замечательный педагог С. Г. Зарецкий. Он обладал не только большими теоретическими и практическими познаниями в своей специальности, но к тому же был одарен и поэтическим талантом. Чтобы слушатели могли легче усвоить некоторые вопросы акушерской специальности, он излагал стихами особенно важные места из области акушерской патологии. Они легко запоминаются и, действительно, могут оказать врачу некоторую пользу, если он их вспомнит в надлежащую и трудную для себя минуту. Конечно, самое важное — не запоминание стихов, а умение акушерски мыслить!

Проводя занятия на тему о предлежании плаценты, С. Г. Зарецкий представил эту патологию в следующих стихах:

Когда плацента предлежит
И началось кровотечение,
Во время родов надлежит
Приняться тотчас за лечение.
На помощь вовремя приди!
Кровотечение лишь начнется,
Баллон резиновый вводи,
Что метрейринтером зовется.

¹ А. М. Агаронов. Оперативное акушерство. Ереван, 1961.

Так ни минуты не теряй
И, в зев введя два пальца смело,
Плаценту пальцем пробивай
И ножку низводи умело.

Коль предлежит плаценты край,
Ты, на опасность невзирая,
Пузырь немедленно вскрывай,
Прорвав его как раз у края.

Но поворот не совершай!

Опасность больше не грозит.

Головка, тотчас опускаясь,

Кровотечение прекратит,

Во входе в малый таз вставляясь.

Спасая плод лишь иногда,

Ты мать спасешь таким леченьем,

Наверняка же жизнь плода

Спасешь лишь кесарским сеченьем.

akusher-lib.ru

ЛЕКЦИЯ ЧЕТЫРНАДЦАТАЯ

БЕРЕМЕННОСТЬ И ФИБРОМИОМА МАТКИ

Гр-ка Р-я, 34 лет, первобеременная, в 21 ч 15/1 1954 г. поступила в клинику для родоразрешения. Родовые схватки удовлетворительной силы, начались сегодня в 18 ч (за 3 ч до поступления в клинику). Воды не отходили. В детстве развивалась нормально, ходить начала с 11 месяцев, перенесла корь и воспаление легких. Наследственность благоприятная. Менструации начались с 13 лет, установились сразу, по 5—6 дней, через 28 дней, обильными. Профессия — врач-хирург. Замуж вышла 26 лет. От беременности не предохранялась. Последние менструации были 16 апреля. Первое шевеление ощутила 26 августа. Посещать женскую консультацию начала с 6 месяцев беременности. Тогда же впервые врачом консультации была обнаружена фибромиома матки и предложено прерывание беременности, с одновременным удалением миоматозного узла. Желая иметь ребенка, она не согласилась на операцию и обратилась за советом в клинику. Была осмотрена проф. К. М. Фигурновым, который, действительно, кроме 6-месячной беременности, нашел фибромиому матки, в виде субсерозного узла, величиной с мандарин, расположенного справа, в области перешейка. Больной был дан совет сохранить беременность, но постоянно находиться под наблюдением врача и лечь в стационар за одну — полторы недели до предполагаемого срока родов. Однако роды начались на неделю раньше ожидаемого дня, и она поступила в клинику уже в родах. Беременность протекала нормально.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: телосложение правильное; рост — 150 см, вес — 69 кг, кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Температура тела — 36,7. Границы сердца в пределах нормы, тоны ясные. Дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, 168 ударов в одну минуту. АД — 138/100 мм рт. ст., группа крови 0 (I). В моче — следы белка. Отеков нет.

Наружное акушерское исследование. Живот куполообразно выпячен. Свежие небольшие рубцы беременности. Окружность — 104 см. Расстояние от лона до пупка —

16 см, до дна матки — 34 см, до мечевидного отростка — 39 см. Положение плода продольное, спинка слева, предлежит головка, прижата ко входу таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 120 ударов в одну минуту. Справа, несколько выше головки, — плотный узел, величиной с крупный мандарин. Размеры таза: 26; 29; 32; 20 см. Внутреннее (влагалищное) акушерское исследование: наружные половые органы развиты правильно, промежность высокая. Слизистая входа во влагалище цианотична. Влагалище нерожавшей женщины; шейка сглажена, зев открыт на 1,5 пальца, края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь цел, наливается во время схватки. Предлежащая головка прижата ко входу, легко отодвигается. Мыс не достижим. Как видно, диагноз не представляет затруднений. Уже из изложенного видно, что идет первый период срочных родов, имеется фибромиома матки.

Итак, у этой женщины беременность при наличии фибромиомы матки развивалась нормально, достигла своего естественного конца и наступили роды.

В связи с наличием у роженицы фибромиомы матки возникает ряд вопросов:

1. Как часто встречается такое сочетание и в чем особенность диагностики? 2. Как текут беременность, роды и послеродовой период у таких женщин? 3. Какое влияние оказывает беременность на рост опухоли? 4. Как следует вести роды при подобном сочетании?

Подобное сочетание встречается не так уж редко. По данным К. К. Скробанского, В. Штеккеля, частота его определяется в пределах 0,5% от общего числа беременных; оно бывает чаще в возрасте от 30 до 35 лет и несколько старше. Сочетание миомы и беременности иногда является предметом диагностической ошибки. Так, известны случаи, когда миома принималась за беременную матку и, наоборот, беременная матка за миому. Такую ошибку допускали даже и очень опытные акушеры. Известны примеры, когда по поводу «быстро растущей миомы матки» производилась операция чревосечения для удаления опухоли, а на операционном столе оказывалось, что имеется беременная матка, а опухоли нет. Однако такая ошибка в наше время едва ли возможна. При тщательном повторном исследовании диагноз может быть поставлен правильно. Нет такой опухоли, которая росла бы так быстро, как матка во время беременности. Кроме того, если имеется сомнение в окончательной диагностике, то оно может быть легко разрешено с помощью биологической реакции Ашгейм — Цондека (или Фридмана). С помощью этих же реакций можно установить беременность, при сочетании ее с фибромиомой матки.

Течение беременности, родов и послеродового периода в большой степени зависит не столько от самой опухоли,

сколько от степени поражения ею матки, и, главным образом, от ее локализации. При субсерозных узлах беременность, роды и послеродовой период могут протекать совершенно нормально,

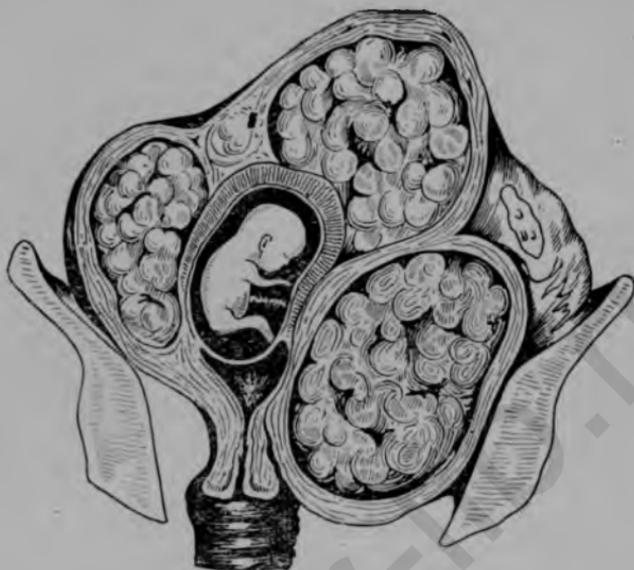


Рис. 173. Беременная матка с многочисленными фиброматозными узлами.

а узлы могут быть обнаружены иногда лишь случайно уже после родов. Даже сравнительно большие фиброматозные узлы не всегда приводят к осложнениям, если они не создают препятствия для продвижения плода.

Однако интерстициально расположенные и субмукозные узлы могут явиться причиной нарушения течения беременности, родов и послеродового периода. Вполне понятно, что такая локализация опухоли оказывает деформирующее влияние не только на мышечный слой матки, но и на ее слизистую оболочку. В результате условия для имплантации плодного пузыря, а в дальнейшем — для развития беременности изменяются. Следствием этого является более частое возникновение спонтанного выкидыша. На рис. 173 видно, в каких неблагоприятных условиях находится плод при фибромиоме. Однако и эти, казалось бы, неблагоприятные условия для развития беременности оказываются не всегда очень существенными. Так, по многочисленным наблюдениям, спонтанное прерывание беременности при фибромиоме встречается не намного чаще, чем при беременности, развивающейся в нормальной матке; по данным Штеккеля, оно не превышает 12% от общего числа беременностей при фибромиоме. Лечение угрожающего прерывания

беременности проводится теми же мероприятиями, как и при обычных условиях. Прогноз развития беременности ухудшается в том случае, если большой фиброматозный узел расположен низко и при беременности 3-месячного срока оказывается препятствие для выхода матки из полости малого таза.

В дальнейшем деформации и пространственные ограничения в матке, вызванные опухолью, могут оказать влияние на положение плода. Поэтому поперечное положение и тазовое предлежание встречается чаще (рис. 174) (поперечное — в 2—9%, а тазовое — в 5—13%). Растяжение и истончение слизистой матки над опухолевым узлом могут быть причиной недостаточно прочной имплантации зародыша или даже привития плодного пузыря на атипическом месте (в нижнем отделе матки, с образованием предлежащей плаценты).



Рис. 174. Фиброматозный узел в нижнем отделе матки.

Все эти особенности, возможные при сочетании фибромиомы и беременности, требуют от врача особенно внимательного наблюдения и своевременной госпитализации таких больных, особенно если опухоль расположена низко и может явиться препятствием во время родов.

Во время родов фибромиома может оказать различное неблагоприятное влияние. Так, вследствие неполноценности матки родовая деятельность может оказаться недостаточно эффективной¹. В послеродовом периоде и в ближайшее время после родов может наступить гипотоническое кровотечение по тем же причинам, которые привели к слабости во время родов.

При низко расположенном узле роды могут идти и по типу «узкого таза» вследствие того, что опухоль будет препятствовать продвижению плода (рис. 175). Однако опыт показывает, что иногда и при таком расположении опухоли роды протекают нормально. В процессе первого периода родов низко расположенный узел смещается кверху и не препятствует продвижению плода.

¹ В послеродовом периоде могут иногда наблюдаться кровотечения вследствие нарушения механизма отслойки плаценты (если она прикреплена в области фиброзного узла) (Ред.).

При фибромиоме может нарушиться и нормальное течение послеродового периода, в виде задержки обратного развития матки, возникновения эндометрита, а в редких случаях — и некроза фиброматозного узла. Наступлению последнего осложнения может, по-видимому, способствовать ухудшение кровоснабжения опухоли из-за ретракции и сокращения мускулатуры матки в связи с инволюцией ее.

Субинволюция послеродовой матки всегда способствует возникновению эндометрита и метро-эндометрита. При фибромиоме (особенно интерстициальной) эта возможность возра-

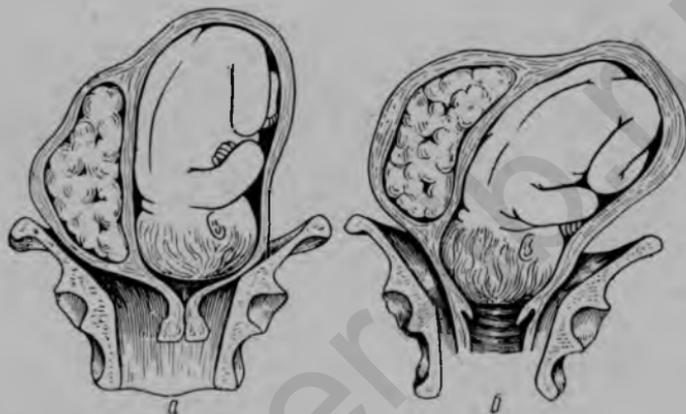


Рис. 175. Расположение фиброматозного узла в матке.
а — к началу родов; *б* — к концу периода раскрытия: узел, сместившись вверх, может не препятствовать продвижению плода.

стает, так как наличие многочисленных лимфатических и кровеносных сосудов между опухолью и маткой способствуют более быстрому и глубокому проникновению инфекции в глубину тканей. Поэтому даже с профилактической целью рационально назначение антибиотиков.

Какое влияние оказывает беременность на рост фибромиомы? Опытным путем установлено, что во время беременности размеры опухоли заметно увеличиваются. Это, по-видимому, объясняется тем, что беременная матка более полнокровна по сравнению с небеременной, а обильное кровоснабжение ее стимулирует рост опухоли. Нельзя в этом исключить и других причин, в частности нейро-гуморальных (особенно гормональных, что доказано многочисленными экспериментами). Однако не следует думать, что увеличение фибромиомы во время беременности всегда связано с истинным ростом опухоли.

Многочисленные наблюдения показывают, что после родов и обратного развития матки опухоль уменьшается нередко так значительно, что впоследствии едва определяется. Это может

говорить о том, что не всегда причина увеличения размеров фибромиомы во время беременности зависит от ее истинного роста. Увеличение опухоли иногда может быть обусловлено отеком и расширением в ней кровеносных и лимфатических сосудов.

Вопрос ведения родов при сочетании беременности с фибромиомой матки не всегда оказывается легким. Поэтому акушеру приходится решать его сообразно конкретным условиям. Кроме ряда факторов (возраста и состояния здоровья роженицы, срока беременности, положения плода и характера сердцебиения его и др.), основным показателем для ведения родов должны служить локализация опухоли и ее размеры.

Если при прочих благоприятных условиях опухоль (или несколько узлов) расположена в верхнем отделе матки, выше безымянной линии таза, и есть уверенность в том, что она не будет оказывать механического препятствия для продвижения плода, — роды следует вести выжидательно. При этом не нужно забывать о возможных нарушениях течения родов — наступлении слабости и гипотонического состояния матки. Если же опухоль расположена в нижнем отделе матки, ниже безымянной линии, и в процессе наблюдения создается впечатление, что узел препятствует продвижению плода и роды принимают такой же характер течения, как при узком тазе, то в таком случае излишнее выжидание едва ли может быть оправдано. При таком положении рациональным методом родоразрешения явится абдоминальное кесарское сечение, если, конечно, к выполнению этой операции нет противопоказаний.

Следует ли при операции кесарского сечения одновременно удалять и фиброматозно измененную матку? Тактика в отношении фибромиомы при кесарском сечении сложилась вполне определенной на основании опыта. Она состоит в следующем. После окончания кесарского сечения фиброматозные узлы могут быть удалены только в том случае, если они субсерозные, т. е. не погружены в глубину тканей матки. Интерстициальные узлы энуклеировать не рекомендуется, так как их удаление сопряжено с опасностью для здоровья матери. Опасность кроется в возможном инфицировании ложа узла в пуэрпериальном периоде, о чем уже было сказано выше, и в возможности кровотечения вследствие атонического состояния участка матки, из которого удален узел.

При наличии интерстициальных узлов правильнее сделать подвлагалищную ампутацию матки. В этом случае операционный период протекает более благоприятно, чем при оставленной матке. Только у молодых женщин, при большом желании сохранить возможность деторождения, может быть оставлена матка с наличием в ней интерстициальных узлов.

Выше уже было сказано, что беременность, роды и послеродовой период при фибромиоме нередко протекают без всяких

осложнений, а размеры опухоли после родов могут даже уменьшаться. Но если в послеродовом периоде возникло осложнение и подозревается инфицирование опухоли с признаками нагноительного процесса в ней, то не исключается оперативное удаление матки, если консервативные мероприятия не дают эффекта и состояние здоровья женщины ухудшается.

Если при наличии фибромиомы матки беременность диагностирована в раннем сроке, до 12 недель, а женщина имеет желание ее прервать, то можно ли произвести аборт обычным способом? Нет, прервать беременность путем выскабливания при миоме нельзя. Такой путь чреват возможными осложнениями в виде неполного удаления плодного пузыря и кровотечения, недостаточной инволюции матки и возникновения воспалительного заболевания. Нельзя исключить при операции аборта в таких условиях и опасности перфорации матки.

Изложенная выше клиническая картина, которая может иногда наблюдаться при сочетании фибромиомы матки и беременности предопределяет отношение врача к этой комбинации, заставляя его быть осторожным в суждении об исходе. Как будут протекать беременность, роды и послеродовой период в каждом отдельном случае,—зависит от многих причин, заранее предусмотреть которые не всегда возможно. Поэтому, как правило, начало родов должно заставить женщину уже в стационаре. Следовательно, такая беременная должна быть госпитализирована за 1,5—2 недели до предполагаемой даты родов.

Врач консультации, предложивший нашей больной прервать беременность путем чревосечения, с одновременным удалением опухоли, по-видимому, и руководствовался теми соображениями, которые были высказаны выше.

Итак, мы теперь подошли к решению последнего вопроса,—как вести роды у нашей больной. При объективном исследовании мы установили, что общее состояние здоровья роженицы хорошее, форма и размеры таза, положение плода нормальные, а фиброматозный узел расположен несколько выше предлежащей головки. Следовательно, у нас нет оснований беспокоиться о том, что узел будет препятствовать продвижению плода.

Если родовая деятельность будет достаточной для завершения родов, то при сложившихся условиях они должны окончиться нормальным естественным путем. Какова же родовая деятельность? Схватки регулярные, через 5 мин, болезненные. Поэтому предоставим роды их естественному течению и будем вести наблюдение. Можно ли применить фармакологическое обезболивание родов? Нет, лекарственными веществами обезболивать роды при фибромиоме матки не следует. Все имеющиеся в настоящее время медикаментозные средства для обезболивания родов могут снизить силу сократительной способности мускулатуры матки. В крайнем случае, если мы увидим, что роды

затянулись и роженица устала, дадим ей возможность отдохнуть (пантопон, эфирный наркоз), предварительно введя внутривенно глюкозу с аскорбиновой кислотой. После отдыха родовая деятельность опять может стать нормальной. В дальнейшем роды у нашей роженицы протекали длительно. От момента начала схваток и до рождения плода прошло 45 ч 30 мин.

В процессе наблюдения выяснились следующие особенности: наступала слабость схваток и общее утомление, были признаки асфиксии плода (учащение сердцебиения), начало повышаться артериальное давление, доходившее до 150/100 мм рт. ст. и в конце появились признаки эндометрита — повышение температуры тела до 37,5. Для устранения слабости родовой деятельности применялись средства, усиливающие тонус организма и, в частности, тонус матки, — назначались глюкоза и витамины, фенамин и хинин дробными дозами (по 0,2). При явлениях угрожающей асфиксии плода применялась триада Николаева.

С началом повышения артериального давления был назначен дибазол (1%-ный — 1,0 мл), а с повышением температуры тела — пенициллинотерапия. Наконец, 17/1 в 13 ч (спустя 43 ч от начала родов) начался второй период — изгнание. Потуги были малоэффективными, слабыми и неритмичными. Вся сложившаяся обстановка заставила закончить роды с помощью акушерских полостных щипцов, которые были наложены 17/1 в 15 ч 30 мин под эфирным наркозом. Был извлечен живой мальчик, весом 4200 г, длиной 55 см. Спустя 20 мин самостоятельно родился послед, плацента без дефектов. Общая кровопотеря в родах составила 450 мл. Матка хорошо сократилась. Послеродовой период протекал без осложнений, и на 11-й день после родов мать здоровой с нормально развивающимся ребенком была выписана домой.

Гинекологическое исследование этой женщины, произведенное спустя 5 лет (в 1959 г.), показало, что фиброматозный узел, имевший в родах величину крупного мандарина, уменьшился до величины небольшой сливы. Мать и ребенок здоровы.

Краткий эпикриз. В клинику поступила роженица, у которой имелась фибромиома матки. Обследование показало, что в данном случае нет оснований для оперативного родоразрешения и что роды можно вести консервативно, рассчитывая на силы природы.

В первом периоде родов возникла слабость родовой деятельности, повышение артериального давления и внутриутробная асфиксия плода. Принятыми мерами эти особенности течения родов были устранены.

Во втором периоде родов возникла упорная слабость, не поддававшаяся терапии, и начала повышаться температура тела. В силу этого роды были закончены наложением полостных щипцов.

На 11-й день после родов здоровая мать с нормально развивающимся ребенком была выписана домой.

Рассмотрим теперь другую больную.

Гр-ка Т., 33 лет, повторнобеременная, 10 января 1960 г. обратилась на амбулаторный прием клиники по поводу попереч-

ного положения плода и фибромиомы матки. Начала посещать женскую консультацию с 16 недель беременности. Тогда же впервые был обнаружен фиброматозный узел величиной с небольшой мандарин, расположенный справа, в нижнем отделе тела матки, в области перешейка. С 27 недель беременности установилось косое (близкое к поперечному) положение плода.

По профессии она — технолог, не работает; в детстве развивалась нормально, с какого времени начала ходить — не знает. Менструации начались с 14 лет, установились сразу по 3—4 дня, через 28 дней, безболезненные, умеренные. Последний раз менструации были 6 апреля 1959 г. Из перенесенных заболеваний в детстве отмечает ветряную оспу, корь, ангины. Наследственность здоровая. На 23-м году вышла замуж. Были 6 беременностей, из которых одна закончилась нормальными родами 8 лет тому назад, а 5 — абортами. 3 беременности были прерваны искусственно по личному желанию и 2 прервались самопроизвольно. Последний аборт, произведенный в лечебном учреждении, был 3 года тому назад. Два года тому назад в г. Хабаровске лечилась амбулаторно по поводу эрозии шейки матки. Тогда же был удален и полип цервикального канала. В первой половине беременности был токсикоз (рвота). Однако общее состояние было удовлетворительным, лечение не применялось. С августа месяца беременность протекала нормально. Первое шевеление плода отметила 20 августа 1959 г.

Объективное исследование. При общем исследовании отмечаем: рост — 153 см, вес — 70 кг. Общее состояние беременной вполне удовлетворительное, кожа и видимые слизистые — нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела — 36,9. Границы сердца в пределах нормального, тоны ясные, ритмичные. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. RW — отрицательная. Группа крови 0 (I), Rh+. Анализ крови от 4/IX без особенностей. Моча — нормальная.

Наружное акушерское исследование. Живот куполообразно выпячен, несколько расширен в поперечнике. Окружность живота — 90 см. Расстояние от лона до пупка — 20 см, до дна матки — 32 см, до мечевидного отростка — 44 см. При пальпации определяется косое положение плода — головка в право-верхнем отделе, тазовый конец в левой подвздошной области. Справа, в нижнем отделе тела матки (в области перешейка), прощупывается плотное образование, величиной с крупный мандарин, безболезненное, несмещаемое (фиброматозный узел матки). Сердцебиение плода ритмичное, ясное в области пупка, 134 удара в одну минуту. Размеры таза: 25; 27; 30; 19,5. Наружные половые органы развиты правильно, слизистая входа во влагалище цианотична. При осмотре и влагалищном исследовании найдено: промежность высокая, рубцово изме-

нена. Влагалище рожавшей женщины, слизистая разрыхлена, складчата. Шейка матки цилиндрической формы, размягчена, нормальной величины. Наружный зев щелевидный, со следами рубцовых изменений. Предлежащая часть не достигается. Мыс достигается с некоторым трудом. При осмотре шейки зеркалами слизистая нормальная.

Как видно из анамнеза и данных объективного исследования, перед нами беременная (38 недель беременности), у которой имеются две особенности: косое положение плода и фибриома матки. Как же следует поступить в этом случае? Может быть, положив ее в стационар, следует попытаться наружными приемами исправить положение плода? Нет, производить поворот плода наружными приемами при фибриоме матки нельзя. Опухоли матки и придатков, перенесенные в прошлом воспалительные заболевания внутренних половых органов и оперативные вмешательства на матке и придатках являются противопоказаниями к акушерской операции наружного поворота плода. При этих условиях поворот может привести к разрыву плодного пузыря с выпадением пуповины, преждевременной отслойке плаценты и даже к разрыву матки. Как же тогда поступить с этой больной? Может быть, предложить ей явиться в родильное учреждение с наступлением родов? Нет, такое решение тоже будет неправильным. Акушерски правильным решением в данном случае, по-видимому, будет следующее. Предоставить роды естественному течению при этих условиях нельзя,— косое положение плода может стать поперечным. В то же время и изменить это неправильное положение плода нельзя. Что же остается? Родоразрешить эту женщину путем абдоминального кесарского сечения. Когда следует произвести эту операцию? С наступлением регулярной родовой деятельности, когда можно быть уверенным в том, что матка находится в тонусе и не возникнет атонического кровотечения после извлечения ребенка. А как же поступить с ней сейчас? Нужно объяснить ей создавшиеся условия и наше решение о целесообразном методе родоразрешения. Посоветуем ей остаться в клинике, так как предполагаемая дата родов — 13 января, а сегодня уже 10 января, т. е. до ожидаемых родов остались только 3 дня. Такая беременная вообще должна была бы быть госпитализирована примерно за две недели до родов с тем, чтобы начало родовой деятельности застало ее в стационаре. Беременная согласилась с нашим предложением и осталась в клинике. Если бы до родов оставалось времени значительно больше, то в этом случае мы отпустили бы ее домой, посоветовав находиться под врачебным наблюдением, соблюдая дома меры предосторожности, а в клинику поместили бы за 2—3 недели до родов. Какие же меры предосторожности ей нужно соблюдать? Такие беременные нуждаются в покое: психическом, половом и физическом.

В дальнейшем, до вечера 17 января, в течении беременности изменений не происходило,— беременность прогрессировала, и положение плода не изменялось. Наконец, в 22 ч 30 мин 17/1 появились регулярные схватки через 10—12 мин, удовлетворительной силы. Больная переведена в родильную комнату для подготовки к операции чрезосечения. В это время отошли околоплодные воды в значительном количестве, и плод принял поперечное положение.

Произведено влагалищное исследование. При этом было найдено, что шейка сглажена. Зев открыт на два пальца. Плодный пузырь отсутствует. В зеве определяется локоть плода. Справа недалеко от зева, в нижнем отделе матки, прощупывался фиброматозный узел, величиной с апельсин.

В 1 ч 30 мин 18 января 1960 г., согласно намеченному плану, была произведена операция абдоминального кесарского сечения. Извлечена девочка, весом 3400,0 и длиной 49 см. После удаления последа и остановки кровотечения осмотрена матка. При этом обнаружено: фиброматозный узел, определявшийся ранее, большей своей частью вдаётся в просвет полости матки (субмукозный). Кроме него, имеются еще несколько узлов разной величины, от горошины до сливы, размещенных в различных отделах матки. Из них некоторые, как первый, расположены субмукозно. Что целесообразнее при такой множественной фибромиоме, где несколько узлов расположены подслизисто, произвести,— энуклеацию их или ампутировать матку со всеми узлами? Целесообразно, конечно, удалить матку. Энуклеация многочисленных фиброматозных узлов, как уже говорилось в первом примере, нежелательна. Но нельзя не учесть возраста роженицы. Она — молодая женщина, ей 33 года, и сохранение менструальной функции будет иметь для нее большое значение. Для этого следует оставить здоровую часть тела матки, удалив только ту, которая поражена фиброматозными узлами. В данном случае так и было сделано — произведена высокая ампутация матки. Одновременно были удалены и трубы, так как с удалением части матки, когда беременность вновь наступить не может, фаллопиевы трубы как яйцепроводы уже не нужны, а в них может гнездиться инфекция. Операция прошла благополучно. В последующем послеоперационный период протекал без осложнений, и женщина была выписана домой с нормально развивающимся ребенком.

Краткий эпикриз. Гр-ка Т., повторнобеременная, у которой имелись фибромиома матки и поперечное положение плода, была родоразрешена путем абдоминального кесарского сечения. Одновременно была произведена высокая ампутация тела матки вместе с фаллопиевыми трубами.

Послеоперационный период протекал гладко, и на 20-й день здоровая мать с нормально развивающимся ребенком была выписана домой.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение	3
<i>Лекция первая.</i> Диагностика нормальной (и многоплодной) беременности ранних сроков	5
<i>Лекция вторая.</i> Нормальные роды	21
<i>Лекция третья.</i> Нормальные роды (продолжение)	48
<i>Лекция четвертая.</i> Тазовые предлежания	81
<i>Лекция пятая.</i> Многоплодная беременность	113
<i>Лекция шестая.</i> Разогнутые предлежания головки	136
<i>Лекция седьмая.</i> Высокое прямое стояние стреловидного шва	164
<i>Лекция восьмая.</i> Токсикозы беременности	174
Токсикозы первой половины беременности	181
<i>Лекция девятая.</i> Токсикозы беременности (продолжение)	192
Токсикозы второй половины беременности	—
<i>Лекция десятая.</i> Эклампсия и другие более редкие токсикозы беременности	214
Эклампсия	—
Токсикоз беременности, проявившийся в виде дерматоза	237
<i>Лекция одиннадцатая.</i> Аномалии родовой деятельности	243
Первичная и вторичная слабость родовой деятельности	—
<i>Лекция двенадцатая.</i> Аномалии родовой деятельности (продолжение)	270
Вторичная слабость родовой деятельности	—
Преждевременные стремительные роды	290
<i>Лекция тринадцатая.</i> Предлежание плаценты	293
Полное предлежание плаценты	—
Частичное (краевое) предлежание плаценты	318
<i>Лекция четырнадцатая.</i> Беременность и фибромиома матки	325

Роман Романович Макаров

Константин Михайлович Фигурнов

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ ПО ИЗБРАННЫМ ГЛАВАМ АКУШЕРСТВА

Редактор *В. И. Алипов*

Переплет художника *Д. А. Андреева*

Техн. ред. *Г. А. Хараш*

Корректоры *Г. В. Ананьев* и *Е. Е. Вагунина*

Сдано в набор 14/III 1963 г. Подписано к печати 15/VI 1963 г. Формат бумаги 60×90¹/₁₆.
Бум. л. 10,5. Печ. л. 21. Учетно-изд. л. 20,77. Тираж 10000. М-20451.
ЛН-76. Заказ 471. Цена 1 р. 24 к.

Ленинградское отделение Медгиза. Ленинград, Ф-2, ул. Рубинштейна, д. 18/5.
Типография № 4 Ленсовнархоза. Ленинград, Социалистическая, 14.