ОЧЕРКИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

(ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ)

Под редакцией
К. Н. ЖМАКИНА и Л. Г. СТЕПАНОВА

ПРИ УЧАСТИИ:

проф. АГАРОНОВА А. М. (Одесса), доц. БАРТЕЛЬС А. В. (Москва), проф. ГРИЩЕНКО И. И. (Харьков), проф. ЖМАКИНА К. Н. (Москва), проф. ЗЮКОВА А. М. (Киев), проф. МАНДЕЛЬШТАМА А. Э. (Ленинград), ПАНЧЕНКО Н. А. (Киев), проф. ПОБЕДИНСКОГО М. Н. (Ленинград), проф. ПОКРОВСКОГО В. А. (Воронеж), САЙКОВОЙ В. В. (Киев), проф. САЛГАННИК Г. М. (Москва), акад. СТРАЖЕСКО Н. Д. (Киев), проф. ТУРА А. Ф. (Ленинград), доктора мед. наук ЦОВЬЯНОВА Н. А. (Москва), ЧЕБОТАРЕВА Д. Ф. (Киев), проф. ШМУНДАК Д. Е. (Харьков), проф. ЯКОВЛЕВА И. И. (Свердловск)

БИБЛИОТЕКА
Воен-мед-фак при КГМИ
Инвент № 19821

МЕДГИЗ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1954 — МОСКВА

akusher-lib.ru

ПРЕДИСЛОВИЕ

Непрерывное увеличение числа врачей в нашей стране и в том числе молодых специалистов акушеров-гинекологов, введение 6-го года обучения в медицинских институтах и субординатуры по акушерству и гинекологии — все это настойчиво требует выпуска специальных пособий для врачей.

Коллектив авторов, составляя настоящее руководство, стремился хотя бы в известной мере удовлетворить потребность широкой массы молодых врачей в современном пособии по акушерству.

В книге освещаются не только основные вопросы патологии беременности и родов, но и их профилактика, а также ранняя диагностика в условиях женской консультации.

Авторы стремились дать изложение основных разделов акушерской патологии в тесной связи теории и практики родовспоможения; с этой целью в книге приведен ряд решений пленумов Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР и научных акушерско-гинекологических обществ.

С согласия акад. Н. Д. Стражеско, одного из выдающихся отечественных клиницистов, в данное руководство включен ряд работ его сотрудников по вопросам патологии внутренних органов при беременности.

Книга составлена большим коллективом авторов (проф. А. М. Агаронов, доц. А. В. Бартельс, проф. И. И. Грищенко, проф. К. Н. Жмакин, проф. А. М. Зюков, проф. А. Э. Мандельштам, Н. А. Панченко, проф. М. Н. Побединский, проф. В. А. Покровский, В. В. Сайкова, проф. Г. М. Салганник, акад. Н. Д. Стражеско, проф. А. Ф. Тур, доктор мед. наук Н. А. Цовьянов, Д. Ф. Чеботарев, проф. Д. Е. Шмундак, проф. И. И. Яковлев) и в связи с этим отличается некоторой пестротой стиля изложения. Однако благодаря постоянному контакту между редакторами и авторами и обмену мнений удалось достичь единства взглядов по основным принципиальным вопросам акушерства. Подобное единство взглядов основано также на результатах широкой дискуссии по спорным

akusher-lib.ru

вопросам акушерства, которая происходила в последние годы во многих научных обществах акушеров и гинекологов Советского Союза и на страницах журнала «Акушерство и гинекология». Итоги дискуссии по важнейшим из этих спорных вопросов были подведены в 1952 г. на IV пленуме Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР.

Рисунки в этой книге частью оригинальные, частью взяты из отечественных руководств И. П. Лазаревича, Н. Н. Феноменова, И. И. Яковлева, П. А. Белошапко и Н. А. Цовьянова.

Авторы и редакторы будут полностью удовлетворены, если эта книга поможет молодым врачам акушерам-гинекологам в их почетной и ответственной работе по охране здоровья советской женщины-матери и ее ребенка.

Все критические замечания будут приняты нами с благодарностью и учтены при дальнейшей работе.

Проф. К. Н. Жмакин и Л. Г. Степанов

---

akusher-lib.ru

ГЛАВА I

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Акад. *Н. Д. Стражеско*

Болезни внутренних органов у беременной женщины изучены как акушерами, так и терапевтами еще недостаточно.

Между тем при изучении подобных больных нужно исходить из того представления о медицине, которое в свое время дал гениальный клиницист С. П. Боткин: «Изучение человека и окружающей его природы в их взаимодействии с целью предупреждать болезни, лечить или облегчать, — составляет ту отрасль человеческого знания, которая известна под общим именем медицины»[1].

Комбинация беременности с заболеваниями сердечно-сосудистой системы как органической, так и неорганической природы имеет большое практическое значение.

Наиболее тяжелое предсказание у больных с врожденным пороком сердца, однако эти пороки встречаются у беременных нечасто, потому что больные с врожденным пороком сердца редко доживают до зрелого возраста. Тяжелый прогноз бывает при беременности в сочетании с недостаточностью аортальных клапанов и аортитом, который нередко имеет сифилитическое происхождение. Неблагоприятный прогноз в первую очередь объясняется развитием недостаточности коронарного кровообращения и сопутствующей дегенерацией сердечной мышцы благодаря нарушению ее питания; кроме того, имеет значение повышение артериального давления, изменение обмена веществ в тканях, смещение сердца в последние месяцы беременности, уменьшение дыхательных экскурсий диафрагмы, изменения кровообращения в малом кругу.

Митральная болезнь сопровождается застоем крови и лимфы в легких и застойными явлениями в системе печени. Эти явления есть результат нарушения кровообращения, которое бывает особенно резко выражено при сужении левого предсердно-желудочкового отверстия или при так называемых чистых сужениях этого отверстия. По мере развития беременности требования к сердечно-сосудистой системе повышаются и во время родов резко ухудшается деятельность правого сердца и увеличиваются застойные явления в печени. Поэтому сужение левого предсердно-желудочкового отверстия является показанием к прерыванию

[1] С. П. Боткин, Клинические лекции С. П. Боткина, составленные В. М. Бородулиным, В. Н. Сиротининым, М. В. Яновским, т. II, 2-е изд., СПБ, 1899.

беременности до трех месяцев. Появление (однократное) недостаточности кровообращения при беременности свыше 3 месяцев не всегда служит мотивом к прерыванию беременности. Нужно такую больную лечить, постараться вывести ее из этого состояния и беременность довести до срока нормальных родов. Если же это не удается, необходимо своевременно решить вопрос о методе родоразрешения и последующем лечении. Однако не надо забывать, что в случае стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия иногда может совершенно неожиданно наступить грозная картина острой недостаточности, аритмия и острый отек легких.

Какова ближайшая причина такого рода тяжелых нарушений кровообращения? Вопрос остается пока открытым ввиду недостаточности наших знаний по физиологии кровообращения и лимфообращения в легких и печени. Необходимо учитывать, что у отдельных больных все наши лечебные мероприятия с целью борьбы с острым отеком легких и в том числе производство кесарева сечения могут не дать благоприятных результатов. Вот почему врач должен предупредить беременную и родственников об опасности сохранения беременности при стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия и наличии показаний к прерыванию беременности. Из сказанного, конечно, нельзя делать вывод, что тяжелые осложнения неизбежны: у ряда подобных больных беременность и роды благополучно заканчиваются. Резкие расхождения в статистике различных авторов по вопросу об исходах подобной беременности зависят главным образом от ранней или более поздней диагностики, рациональности и своевременности врачебной помощи. Неблагоприятное течение беременности у больных с вышеуказанным пороком сердца объясняется не только самим пороком, а главным образом сопутствующим эндокардитом и миокардитом. По данным В. В. Сайковой, почти у всех погибших больных на аутопсии был установлен эндокардит в различных его проявлениях и формах, обнаружены изменения со стороны сосудистой и нервной системы и внутренних органов. Клинический опыт показывает, что беременность способствует вспышке эндокардита, переходу его в более тяжелую форму и развитию ряда осложнений, свойственных этому процессу. Такого же мнения придерживаются почти все авторы, изучавшие вопросы патологии беременности.

Необходимо считать, что диагноз эндокардита до 3 месяцев беременности является показанием к прерыванию ее и затем к систематическому лечению больной. Если проанализировать встречающиеся в практике случаи развития эндокардита при беременности, то при динамическом наблюдении легко установить, что чаще всего непосредственной причиной смертельного исхода является прогрессирующая функциональная слабость миокарда; правда, встречаются больные с благоприятной формой эндокардита, у которых правильное, иногда очень длительное лечение предотвращает прогрессирование заболевания и приводит к выздоровлению.

Неблагоприятен прогноз при осложнении беременности острым миокардитом после ангины, скарлатины или дифтерии, сыпного тифа и других инфекционных заболеваний. У подобных больных недопустимо сохранение беременности, так как беременность вызывает прогрессирование заболевания. Также недопустимо сохранение беременности у женщин с базедовой болезнью и одновременным поражением миокарда. Беременность необходимо прервать даже при хроническом заболевании сердечной мышцы и возникновении признаков недостаточности кровообращения.

При всех перечисленных формах миокардита нужно, конечно, всегда сообразоваться со степенью и формой поражения сердечной мышцы.

Акушеру, терапевту и невропатологу приходится иногда решать вопрос о наличии или отсутствии показаний для прерывания беременности у женщин с тяжелыми симптомами гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и заболеванием печени. Основные жалобы таких больных следующие: падение аппетита, жестокие боли в подложечной области и подреберье, отрыжка, изжога и рвота, иногда принимающая характер неукротимой.

При решении вопроса о сохранении или прерывании беременности нужно в первую очередь обсудить, может ли беременность ухудшить течение вышеуказанных заболеваний На основании опыта приходится констатировать, что у одних больных сохранение беременности ухудшает течение заболевания, у других, наоборот, способствует выздоровлению, несмотря на то, что до беременности они в течение ряда лет страдали от заболеваний желудка и у них обнаруживали нишу, дискинезии и фукциональные дивертикулы.

Исходя из вышеизложенного, надо быть осторожным и не торопиться с решением вопроса о прерывании или сохранении беременности. Беременность следует прервать у больных с повторной кровавой рвотой, стойким декомпенсированным сужением просвета желудка или кишок, при обнаружении обширных спаек вокруг кишок, при прогрессирующем исхудании, вызванном длительными болями, анорексией и рвотой, язва должна быть подтверждена рентгенологически. Подобные симптомы можно установить при первичном заболевании печени и желчного пузыря, а изредка и поджелудочной железы. Клиницисты уже давно отмечали связь между заболеваниями печени и патологической беременностью. Так, например, считали, что острая дистрофия печени возникает при токсикозах беременности, а эклампсия в значительной мере зависит от извращенной функции печени и почек. Отдельные авторы высказали взгляд, что более высокий процент в крови холестерина (особенно во время менструаций, в климактерическом периоде и при беременности) способствует образованию конкрементов и развитию холецистита и ангиохолита. Эти наблюдения и факты, естественно, приводят к заключению, что всякое заболевание печени составляет серьезное осложнение беременности. Заболевания печени влияют на течение беременности и родов и не безразличны для плода. Состав крови плода при заболевании печени у беременной бывает патологическим.

Из сказанного следует, что заболевания печени, сопровождающиеся нарушением ее функций, являются показанием для прерывания беременности в первые же месяцы при условии, если болезнь не улучшается, несмотря на лечение. При желчнокаменной болезни прерывание беременности показано и во время припадков. Клинический опыт учит, что очень часто беременность приводит к обострению желчнокаменной болезни.

Было бы неправильно сделать вывод, что у каждой больной с желчнокаменной болезнью или гепатитом необходимо прерывать беременность. Сохранение беременности возможно у тех беременных, у которых не отмечается повторения заболевания, нет указаний на тлеющую инфекцию, нет резких нарушений функции печени, ясных проявлений интоксикации. Здесь же необходимо добавить, что при обнаружении обширных спаек в области желчного пузыря или двенадцатиперстной кишки и желудка, хронического упорного катарра двенадцатиперстной кишки и особенно сопутствующего воспалительного процесса в поджелудочной железе необходимо прервать беременность.

У больных со слабо выраженным циррозом печени и отсутствием серьезных нарушений функции печени и обмена веществ беременность,

может быть сохранена. Однако вывод о возможности сохранить беременность может быть сделан лишь после тщательного клинического обследования и наблюдения за больной. При этом рекомендуется пользоваться методикой, предложенной М. Л. Евтуховой («Функции печени во время здоровья и болезни», Киев, 1950).

Острые заболевания желудочно-кишечного тракта обычно не являются поводом для прерывания беременности. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (энтероколит, сегментарный колит) зачастую протекают во время беременности тяжело и упорно не поддаются лечению. Нередко у подобных больных обнаруживается хроническое заболевание, обусловленное стрептококковой инфекцией, и явления авитаминоза.

У некоторых больных, страдающих энтероколитом или сегментарным колитом, наступает самопроизвольное прерывание беременности; воспалительный процесс в кишечнике может после этого улучшиться и сравнительно быстро наступает выздоровление.

Необходимо отметить, что подобные тяжелые заболевания встречаются довольно редко. Беременность следует прерывать в тех случаях, когда продолжение ее угрожает здоровью женщины.

Здесь затронуты лишь некоторые более важные вопросы о значении заболеваний внутренних органов для течения беременности и родов; более детально они освещены в последующих главах.

Необходимо подчеркнуть, что при решении вопроса о сохранении или прерывании беременности у больных, страдающих внутренними болезнями, первостепенное значение имеют клинический опыт и наблюдение.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН И ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

В. В. Сайкова

1. ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН

Врачу нередко приходится разрешать ряд практических вопросов, касающихся возможности продолжения или необходимости прерывания беременности, а также лечения уже наступившей недостаточности кровообращения у беременных с патологически измененным аппаратом кровообращения. Правильное разрешение этих вопросов невозможно без тщательного и всестороннего учета клинической картины заболевания, без правильной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы беременных, а также без сопоставления с теми физиологическими изменениями, которым подвергается аппарат кровообращения у здоровых женщин во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Как известно, уже нормально протекающая беременность вызывает в организме здоровой женщины, помимо изменений со стороны полового аппарата, ряд изменений в деятельности желез внутренней секреции, изменения в органах кроветворения, изменения со стороны сердечно-сосудистого аппарата, повышение тонуса вегетативной нервной системы. Беременность сопровождается также определенными сдвигами в обменных процессах, в продукции гормонов и балансе витаминов.

Все перечисленные изменения происходят при постоянном регулирующем участии коры головного мозга, которая определяет деятельность всех систем организма. Беременность, вызывающая такую значительную перестройку в организме женщины, отражается и на функциональном состоянии главного регулятора этих процессов — центральной нервной системе.

Среди ряда систем, функциональная деятельность которых подвергается изменениям в связи с беременностью, изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, подчиненные безусловнорефлекторным и условнорефлекторным влияниям и связанные с изменениями функций других физиологических систем, имеют большое практическое значение.

Здоровые женщины во второй половине беременности нередко предъявляют жалобы, аналогичные тем, которые бывают у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; у беременных отмечается общая слабость, утомляемость, одышка, сердцебиение, боли в области сердца, головокружение, обморочное состояние и т. д.

Обычно в разные периоды беременности наблюдаются различные жалобы. Если в начале беременности чаще приходится слышать жалобы на головокружение, состояние дурноты, обмороки, то во второй половине беременности некоторые женщины жалуются на одышку, утомляемость и т. д.

Разобраться в симптомокомплексе жалоб беременных без учета физиологических изменений в организме, особенно без учета гемодинамических процессов у них, иногда бывает трудно. Трактовка клинических проявлений относительно влияния беременности на органически здоровое сердце бывает иногда ошибочной.

При этом данные объективного исследования довольно часто дают основания предполагать у беременных наличие патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Так, например, нередко у беременных отмечаются отеки, располагающиеся главным образом на нижних конечностях. У 29—30% женщин (Г. Ф. Ланг, П. Л. Сухинин, Л. С. Павлова и З. М. Мельбарт), преимущественно во второй половине беременности, наблюдаются функциональные систолические шумы на верхушке и в третьем межреберье у края грудины, особенно на месте выслушивания легочной артерии. Появление этих шумов некоторые авторы объясняют относительным перегибом легочной артерии вследствие косого положения сердца в силу высокого стояния диафрагмы. С возвратом диафрагмы и сердца после родов к нормальному положению функциональные систолические шумы, возникающие в период беременности, исчезают. Это обычно бывает в конце первой недели послеродового периода.

По мнению Г. Ф. Ланга, патогенез функциональных систолических шумов над легочной артерией еще не выяснен, появление же их над верхушкой сердца может служить указанием на наличие небольшой функциональной недостаточности митрального клапана.

Мнение Фельнера (Fellner) о частом появлении над грудиной диастолического шума у здоровых беременных женщин оспаривается многими авторами. Так, П. Л. Сухинин, Л. С. Павлова и З. М. Мельбарт указывают только на единичные случаи появления диастолического и предсистолического шумов у здоровых беременных. По нашим же наблюдениям, правда, не на столь большом числе беременных, как у предыдущих авторов, ни разу не выслушивались эти шумы, в то время как функциональный систолический шум наблюдался нами у здоровых беременных довольно часто.

Одновременно с появлением функциональных шумов может быть также найдена акцентуация тонов на основании сердца, реже II тона над легочной артерией, хотя последнее некоторыми авторами отрицается.

Врач, недостаточно знакомый с физиологическими изменениями, которым подвергается аппарат кровообращения у здоровых женщин в период беременности, может дать ошибочное заключение о состоянии сердца. Это затруднительное положение усугубляется тем обстоятельством, что при трактовке подобного рода отклонений данные перкуссии также не облегчают диагностики, потому что при этом во второй половине беременности обычно имеет место небольшое смещение границ сердца вверх и несколько вправо.

Кроме того, наблюдаемые иногда во второй половине беременности тахикардия и дыхательная аритмия (встречающаяся и в послеродовом периоде), а также экстрасистолия в сочетании с жалобами со стороны сердца, отеками на ногах, вышеуказанными перкуторными и аускультативными изменениями со стороны сердца еще более затрудняют диагностику. Необходимо добавить, что довольно часто эти симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы, особенно со второй половины беременности, возникают на фоне изменений со стороны кроветворной системы.

Как показали исследования Е. М. Лиозиной, беременность иногда сопровождается анемическим состоянием, причем в одних случаях беременность является причиной анемии, в других — фактором, выявляющим ранее скрытое заболевание. Помимо вышеуказанных изменений со стороны эритропоэза, к концу беременности у большинства беременных наблюдается и заметный сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону увеличения количества более молодых форм (Е. М. Лиозина). В большинстве случаев в те же сроки беременности повышается и РОЭ.

Наряду с этим, иногда у беременных, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечается субфебрильная температура. Мы умышленно отмечаем возможность наличия последних симптомов (анемия, повышенная РОЭ, субфебрильная температура и т. д.) в период беременности, так как сочетание их с жалобами на одышку, усталость и т. д. часто приводит к ошибочному диагнозу эндокардита.

Трактовка клинических проявлений сложной картины изменений кровообращения у беременных бывает иногда настолько затруднительна, что даже врачам с большим клиническим опытом бывает «трудно провести границу между физиологией и патологией»[1].

Каковы же причины, способствующие развитию столь сложного симптомокомплекса у беременной женщины с нормальной сердечно-сосудистой системой?

Литературные данные по вопросу об изменениях сердечно-сосудистой системы у здоровых беременных крайне противоречивы; трактовка этих изменений дискутабильна, и единства мнений до настоящего момента не достигнуто. Разноречивость мнений о кровообращении в последние месяцы нормальной беременности, во время родов и в послеродовом периоде может быть отчасти объяснена недостатком систематических наблюдений над одной и той же беременной в эти три периода.

В течение 12—13 последних лет эти вопросы подвергались изучению в различных клиниках Советского Союза (Н. Д. Стражеско, С. А. Гиляревский, В. Ф. Дмитренко и др.).

---

[1] Н. Ягич, Болезни сердца и органов кровообращения у женщин, М.—Л., 1927.

В настоящее время установлено, что с первых же дней беременности под влиянием изменения функционального состояния ведущих отделов нервной системы изменяется и функция желез внутренней секреции. Однако ни механизм, ни сущность происходящей перестройки еще достоверно не установлены.

Изменение состояния коры головного мозга в период беременности подтверждается рядом исследований, проведенных за последнее время П. П. Лазаревым, Н. Л. Гармашевой, А. П. Николаевым, Н. Е. Логиновой и др.

Перестройка организма во время нормальной беременности сопровождается появлением таких клинических симптомов, как сердцебиение и субфебрильная температура.

У большинства беременных пульс ускоряется, но значительной тахикардии у здоровых беременных мы не наблюдали.

Обычно в первые месяцы беременности отмечаются колебания пульса в нормальных пределах. Начиная со второй половины беременности, ритм сердца незначительно учащается, количество сердечных сокращений достигает в среднем 86—88 в минуту, а в отдельных случаях и больше. Умеренное учащение пульса держится до начала родовой деятельности, причем с появлением схваток пульс учащается еще больше. Особенно нарастает частота пульса во время родового акта (период изгнания), когда пульс может дойти до 110—120 ударов в минуту и выше. Обычно сейчас же по окончании родов, если не наблюдалось большой кровопотери, отмечается замедление пульса (до 60—70 ударов в минуту). При отсутствии осложнений в послеродовом периоде частота пульса редко превышает 70—75 сокращений в минуту.

В связи с возрастающими потребностями развивающегося плода постепенно увеличивается нагрузка на все органы беременной. Со второй половины беременности предъявляются особенно большие требования к сердечно-сосудистой системе. Кроме повышенной нагрузки, которую несет аппарат кровообращения у беременных в связи с интенсивно протекающими в их организме процессами обмена, в последние месяцы беременности присоединяется еще ряд механических моментов, значительно затрудняющих работу аппарата кровообращения.

Высокое стояние диафрагмы понижает ее работу как добавочного двигателя кровообращения, уменьшает жизненную емкость легких, затрудняет легочное кровообращение и влечет за собой смещение сердца; при этом сердце не столько поднимается, сколько приближается к грудной клетке и вместе с тем несколько поворачивается вокруг своей оси. Изменение положения сердца сопровождается относительным «перекручиванием» сосудов, приносящих и уносящих кровь, что также вызывает затруднение легочного кровообращения. Вполне понятно, что все эти явления могут быть источником одышки, наблюдаемой обычно во второй половине беременности, особенно у тучных женщин, предъявляющих жалобы на явления сердечно-сосудистой недостаточности.

Попутно следует отметить, что наши наблюдения над течением беременности и родов у женщин, занимающихся физическим трудом или тренированных физически, выявили, что эти женщины значительно легче переносят беременность и роды, чем не привыкшие к физическому труду. Это обстоятельство необходимо учитывать при включении в режим беременных физкультуры. Новые условия, созданные беременностью в организме здоровой женщины, оказывают влияние и на сердечно-сосудистую систему, изменения которой, иногда довольно значительные, должны расцениваться как физиологические.

Приспособление здоровой женщины к новым условиям, связанным с беременностью, родами, а также послеродовым периодом, приводит к некоторым изменениям сердца: наблюдается небольшое увеличение его веса и объема. В результате исследований различных авторов установлено, что прирост мускулатуры сердца во время беременности пропорционален увеличению веса тела беременной; вес мускулатуры сердца за время беременности увеличивается в среднем на 25—50 г. Помимо увеличения веса сердца, многими авторами было найдено и утолщение стенок его (до 15 мм в поперечнике), преимущественно левого желудочка. На трактовку факта увеличения веса и объема сердца у беременных большое влияние оказали результаты экспериментальных исследований Бономи (Bonomi). Автором этих работ было доказано значительное увеличение ширины волокон миокарда во время беременности. Ядра этих волокон, по данным Бономи, находились в стадии повышенной активности с увеличением зернистости хроматина, имели измененную форму и увеличенный объем. Все эти данные послужили автору основанием для вывода, что во время беременности происходит увеличение объема сердца. Большинство авторов, основываясь на данных Бономи, признает факт увеличения массы сердечной мышцы во время беременности, но трактует это увеличение по-разному. По утверждению Ягича, истинной гипертрофии и дилятации сердца при анатомически и функционально неповрежденном сердце не бывает.

Зельгейм (Sellheim) ввел термин так называемой реакции сердца во время беременности вместо гипертрофии сердца, так как после родов эти изменения со стороны сердца быстро исчезают, но факт увеличения массы сердца при беременности перестал сейчас быть спорным.

У здоровых женщин во время беременности, родов и после родов наблюдаются изменения не только со стороны сердца. Так, при капилляроскопии, особенно в последние месяцы беременности, обнаруживается ряд изменений. По общему признанию (С. П. Виноградова, С. Фудель-Осипова, П. Л. Сухинин, Л. С. Павлова, З. М. Мельбарт и др.) количество капиллярных петель в первую половину беременности увеличивается. По наблюдениям С. П. Виноградовой, увеличение капиллярного русла заметно уже со второй недели беременности. Помимо увеличения петель, имеет место расширение кипилляров, преимущественно их венозной части. Расширение просвета капилляров можно объяснить приспособлением их к возросшей массе крови; возможно, некоторую роль играют и промежуточные продукты распада белков плода и организма беременной, воздействующие на нервные приборы сосудистой стенки. Расширение венозной части многих капилляров сопровождается замедлением тока крови (иногда бывает зернистый, временами же прерывающийся ток крови).

Фон, на котором выделяются капилляры, у беременных становится более мутным (С. Фудель-Осипова) или интенсивно розовым. Стенки капилляров во время беременности становятся более проходимыми для жидкой части крови, чем отчасти и объясняется наклонность беременных к отекам.

По вопросу о состоянии кровяного давления у беременных еще и до настоящего времени нет единства мнений. Н. Я. Чистович, И. М. Рысс, Г. Вакез и др. отрицали повышение кровяного давления в период нормальной беременности, отмечая, что оно не подвергается существенным изменениям и в последние месяцы беременности. Г. Ф. Ланг, М. П. Кончаловский, С. Фудель-Осипова, Р. Яшке, К. Шредер и др. наблюдали повышение кровяного давления у беременных.

П. Л. Сухинин, Л. С. Павлова и З. М. Мельбарт выявили наличие волнообразного подъема максимального кровяного давления, который, начинаясь с VI месяца беременности, достигает своего максимума на IX (оставаясь, однако, всецело в пределах физиологических норм).

По наблюдениям И. М. Туровца, систолическое кровяное давление в период беременности, как правило, не меняется. Незначительное повышение его на протяжении беременности было обнаружено им только у 15% беременных.

По данным С. Х. Маляр-Жинкиной, в период беременности, особенно к концу ее, наблюдается почти всегда незначительное повышение кровяного давления как максимального, так и минимального.

Тенденцию к повышению максимального кровяного давления по мере развития беременности отмечали и мы в результате систематических наблюдений, причем эта тенденция более отчетливо была выражена в колебаниях величины диастолического давления. Результаты наших наблюдений совпадают с данными И. М. Туровца, П. Л. Сухинина, Л. С. Павловой и З. М. Мельбарт и противоречат мнению американских авторов, утверждающих постепенное снижение диастолического давления у беременных.

Следует отметить, что систематическое измерение кровяного давления у беременных имеет большое значение. Необходимо подчеркнуть, что повышение его выше 135 мм ртутного столба должно расцениваться как патологическое явление, сигнализирующее о возможном токсикозе беременности. Значительное снижение кровяного давления в поздние сроки беременности говорит о падении деятельности левого сердца.

Однако к оценке уровня кровяного давления надо подходить с известной осторожностью, рассматривая его в динамике с первых месяцев беременности.

Нужно добавить, что мы, как и другие авторы (П. Л. Сухинин, Л. С. Павлова и З. М. Мельбарт, С. Д. Астринский), нередко наблюдали и гипотонию (90—80 мм максимальное) у беременных; в этих случаях обычны жалобы на головокружение, сонливость, припадки обморочного состояния.

Акт родов вызывает значительное напряжение в аппарате кровообращения с острыми колебаниями в гемодинамике: учащение пульса при схватках, быстрая смена повышения и понижения кровяного давления во втором и третьем периоде родов. Кровяное давление резко понижается в момент разрыва плодного пузыря, снова повышается в период изгнания плода и вновь падает в конце родового акта. Последний момент сопровождается быстрой сменой значительного повышения последующим понижением внутрибрюшного давления. Огромный резервуар сосудов, иннервируемых чревным нервом, быстро наполняется кровью, происходит перераспределение огромных масс крови («кровотечение в сосуды брюшной полости»). Приток крови к сердцу уменьшается, вследствие чего уменьшается и систолический объем. Организм, совершив в короткий срок (период изгнания) очень большую работу, претерпевает некоторую гипоксию, тем более что и дыхание в период изгнания обычно часто и длительно задерживается. Для покрытия кислородной задолженности требуется усиленная работа сердца. Но как раз в это время количество циркулирующей крови уменьшено. Даже у женщин с хорошо координированной системой кровообращения в этот момент возникают симптомы острого напряжения сердечной деятельности. Пока установится равновесие, беременная бледнеет, у нее наступает большая слабость, нередко выступает пот. Однако снижение кровяного давления, наблюдающееся

обычно после родов, редко бывает значительным. Значительное снижение его, да еще в сочетании с частым мягким пульсом, наблюдается после значительных кровопотерь или при так называемом родовом шоке.

Таким образом, мы не можем согласиться с теми авторами, которые считают, что артериальное давление не меняется с течением беременности. С нашей точки зрения существующие разногласия по этому поводу могут быть объяснены отсутствием наблюдений в динамике.

Необходимо иметь в виду эти причины возможных колебаний частоты пульса и величины кровяного давления у здоровых беременных; правильная оценка этих колебаний определяет поведение врача у постели рожениц.

Уже на основании результатов осмотра беременных в поздние месяцы беременности можно предположить наличие у них повышенного венозного давления. Начиная с V—VI месяца беременности, нередко наблюдается расширение вен на нижних конечностях, на брюшной стенке и даже на передней поверхности грудной клетки, свидетельствующее о наличии сопротивления для тока венозной крови.

Однако в литературе по вопросу о венозном давлении у здоровых беременных имеются противоречивые мнения.

По наблюдениям американских авторов [Чесли (Chesley), Рона (Rona) и др.], у здоровых беременных венозное давление в кубитальной вене не повышено. Повышение венозного давления выявлено или только в нижних конечностях, или при измерении его у здоровых беременных в вертикальном положении в v. saphena.

По материалам И. М. Туровца, венозное давление, подобно артериальному, также повышается по мере развития беременности. Определяя венозное давление у здоровых беременных в локтевой вене, он получил постепенно нарастающие цифры к концу беременности. По наблюдениям И. Б. Шапиро (из клиники, руководимой проф. В. А. Вальдманом), даже накануне родов венозное давление держалось в пределах нормы у 63% беременных, у 12,5% оно было повышено.

При определении венозного давления у здоровых беременных в локтевой вене мы, как и другие авторы (И. М. Туровец, И. Б. Шапиро), получали постепенно нарастающие к концу беременности цифры. После родов уровень венозного давления обычно быстро возвращался к норме.

Мы уже упоминали о том, что с ростом плода увеличение потребности плода в питательных веществах в кислороде может быть удовлетворено путем усиления кровообращения и увеличения общего количества крови, что наблюдается уже с первых недель беременности (В. Ф. Зеленин, И. М. Туровец). Считаем не лишним отметить еще раз, что выявление нарастания массы крови (с 3 821 мл у небеременных до 5 073 мл в последние месяцы беременности, т. е. почти на 15—20%) возможно только при проведении систематических исследований (И. М. Туровец). После родов количество крови в организме сразу уменьшается, что частично происходит за счет потери крови во время родов.

Увеличение массы крови в организме беременных является одним из условий, вызывающих усиление функции аппарата кровообращения преимущественно за счет постепенного увеличения работы сердца. Минутный объем сердца у беременных, по данным большинства авторов, также увеличен, причем увеличение минутного объема сердца наблюдается уже в первые месяцы беременности; между III и V месяцами беременности повышение его достигает 20—50%. По наблюдениям И. М. Туровца

явное увеличение минутного объема сердца выявляется уже с IV месяца (вместо 3 л в начале беременности до 5 л в конце ее). Наименьшие цифры минутного объема сердца определяются в ранние сроки беременности.

Мы наблюдали нарастание минутного объема сердца у здоровых женщин с 3 л в начале беременности до 6 л (а иногда и выше) в конце ее. Ввиду отсутствия у этих беременных значительной тахикардии можно считать, что увеличение минутного объема происходит как за счет некоторого учащения сердечных сокращений, так и за счет увеличения систолического объема, величина которого, по нашим данным, редко превышала 60—65 мл к концу беременности.

Поскольку у здоровых беременных наблюдается постепенное увеличение как массы крови, так и минутного объема, трудно ожидать изменения скорости кровотока. Тем не менее при обследовании здоровых беременных мы получили несколько противоречивые данные в зависимости от того, сравнивали ли пределы колебания скорости кровообращения в отдельные месяцы беременности у разных женщин или у одной и той же в динамике. Если рассматривать пределы колебаний, то создается впечатление, что скорость кровообращения несколько снижается по мере развития беременности, тогда как сравнение цифр, измеренных у одной и той же женщины в динамике на протяжении беременности, показывает некоторое уменьшение времени кругооборота по мере развития беременности. Однако обнаруженные нами колебания все же были невелики и не выходили за пределы нормы. По данным И. М. Туровца, в случаях, когда нарастание массы крови опережало увеличение минутного объема сердца (что наблюдалось при незначительном повышении минутного объема), выявлялось замедление скорости кровотока. Сейчас же после окончания родов скорость кровообращения увеличивается, но величина ее соответствует норме только ко 2—3-му дню послеродового периода.

Таким образом, мы должны отметить, что гемодинамические сдвиги у здоровых беременных женщин, особенно в последние месяцы беременности, приближаются к тем, которые наблюдаются у здоровых лиц при выполнении ими умеренной физической работы.

Подводя итоги, можно сказать, что организм здоровой беременной выполняет повышенную работу в связи с возрастающими потребностями плода. Эта повышенная работа проявляется в усилении обменных процессов, в повышении выделительной функции экскреторных органов (почек) и повышенной деятельности сердечно-сосудистой системы. Эти процессы регулируются сложной системой кортико-висцеральных рефлексов и нейро-гуморальных связей.

Необходимо подчеркнуть, что интактная сердечная мышца и нормальная периферическая сосудистая система хорошо справляются с нагрузкой, связанной с развитием беременности.

2. ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Патология сердечно-сосудистой системы у беременных имеет исключительно важное значение. Быстрое нарушение кровообращения, наступающее иногда у беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы, требует от врача моментальной и правильной оценки состояния больной и правильного выбора и применения терапевтических мер. Врач также должен выбрать наиболее целесообразный метод ведения родового акта.

Страх перед опасностями, случаи неожиданной смерти во время родов и в послеродовом периоде склоняли многих, главным образом французских, клиницистов к мнению о недопустимости беременности при заболеваниях сердца.

Однако наблюдения над значительным числом женщин, страдающих пороком сердца и перенесших неоднократно беременность и роды с едва заметными нарушениями компенсации кровообращения, позволили стойти от взглядов о недопустимости беременности при заболеваниях сердца. Ряд видных кардиологов в результате специальных наблюдений пришли к заключению, что решение проблемы «порок сердца — беременность» не должно быть упрощенным потому, что прогноз при пороке сердца и беременности далеко не всегда безнадежен. Возникла новая точка зрения, согласно которой порок сердца при условии компенсации кровообращения в настоящем и отсутствии явлений недостаточности кровообращения в прошлом не является обязательным основанием для прерывания беременности. К. К. Скробанский, Г. Ф. Ланг, Л. И. Фогельсон и др. считают, что основанием для прерывания беременности при пороках сердца являются признаки нарушения кровообращения. Однако все же продолжаются дискуссии по вопросу о влиянии различных пороков сердца на течение и исход беременности, а также о показаниях к прерыванию беременности при различных заболеваниях сердца. Одни авторы считают показанием для прерывания беременности недостаточность клапанов аорты; другие полагают, что наиболее неблагоприятным для исхода беременности следует считать сочетание пороков митрального клапана с пороком аортальным (Е. П. Федорова) или наличие митральной болезни с преобладанием стеноза (И. И. Яковлев, Е. П. Федорова). Наконец, по заключению третьих [Крейсс (Kreiss)], к числу пороков сердца, совершенно не совместимых с беременностью, следует отнести врожденное сужение легочной артерии.

Наиболее оживленная дискуссия происходила по поводу течения и исхода беременности у женщин, страдающих стенозом левого венозного отверстия. В отечественной, а также зарубежной литературе последних лет высказывается мнение о возможности благополучного исхода беременности при чистом стенозе митрального отверстия или митральной болезни с преобладанием стеноза. С другой стороны, ряд авторов до настоящего времени считают, что беременность и стеноз левого венозного отверстия несовместимы, и беременность следует прерывать [Лобри (Laubry), 1930].

Следует отметить, что изолированное поражение двустворчатого клапана в виде его сужения встречается довольно редко. Редкость чистых стенозов левого атриовентрикулярного отверстия подтверждается наблюдениями ряда авторов [Ю. И Аркусский и Трейстер (Treister), Фельнер]. Обычно сужение левого атриовентрикулярного отверстия сочетается с митральной недостаточностью (Ю. И. Аркусский, М. П. Кончаловский, Г. Ф. Ланг, Н. Д. Стражеско и др.). Поэтому в большинстве случаев поражения двустворчатого клапана применим термин «митральная болезнь».

Анализируя собственные наблюдения, проведенные над 90 больными, следует отметить, что только у 3 из них был обнаружен чистый стеноз левого венозного отверстия. Возможно, что у ряда больных с диагнозом «митральный стеноз» была недостаточность митрального клапана, выраженная в слабой степени.

Единого мнения о частоте сочетания различных видов пороков сердца с беременностью до сих пор не существует.

Так, общее количество больных сердечными заболеваниями среди беременных составляет:

Автор	%	Автор	%
А. А. Александров	0,37	С. С. Холмогоров	0,05
А. Ю. Лурье	2,1	И. И. Яковлев	2,0
О. Панков	8,2	Фреунд	1,0
Фромме	20,0	Яшке	4,0
Фельнер	0,37	Фрей	4,9
Шнейдер	0,7	Гергардт	2,6

Объяснением этих резких колебаний могут служить указания ряда зарубежных авторов, что в родовспомогательных учреждениях многие пороки сердца не распознавались во время беременности из-за ничтожных их проявлений, причем нередко просматривался и стеноз левого венозного отверстия.

Литературные данные о частоте различных видов пороков сердца, встречающихся при беременности, следующие: первое место занимают митральные пороки, чаще в форме комбинированного стеноза и недостаточности (Ю. И. Аркусский, С. А. Гиляревский, В. И. Никонова и А. Д. Грейбо), затем — митрально-аортальные; на третьем месте — аортальные и как единичные случаи — врожденные пороки сердца (И. И. Яковлев — две больные, В. В. Нефедов — одна больная, М. Д. Глейзер — одна, Цинс — две, Каутский — три больные с незаращением боталлова протока).

Однако наиболее противоречивы литературные данные о смертности беременных женщин с пороком сердца, в частности, при стенозах левого венозного отверстия. Ниже приводим данные о смертности при заболеваниях сердечно-сосудистой системы:

Автор	%	Автор	%
Ю. И. Аркусский	1,3	Э. Фрей	2,0
Г. Н. Белецкий	15,6	Яшке	0,39
Л. И. Бубличенко	6,0	Макдональд	60,0
Н. К. Годунова	12,0	Р. Фреуд	15,3
Лейдениус	5,2	Фромме	11,4
Бремуэлли и Кинг	9,7		

По данным А. Ю. Лурье, из 38 беременных со стенозом левого венозного отверстия у двух наступила смерть. По наблюдениям Е. П. Федоровой, из 46 беременных, страдавших комбинированным пороком митрального клапана, умерло 4. По данным И. И. Яковлева, указывающего на тяжелое течение и исход беременности при митральной болезни, смертность при ней достигает 25—26%. По наблюдениям Ю. И. Аркусского, из 26 беременных, страдающих митральной болезнью с преобладанием стеноза, ни одна больная не умерла ни во время родов, ни в послеродовом периоде. Одна больная из этой группы умерла через 3 месяца после родов, причем на секции был установлен язвенный эндокардит.

Из 87 бывших под нашим наблюдением беременных, страдавших митральной болезнью, умерло 5, причем у них отмечались резкое превалирование стеноза и вспышка эндокардита (подтверждено на аутопсии).

По современным данным, смертность среди беременных с пороком сердца колеблется от 2 до 6%.

Большинство авторов, даже оптимистически расценивающих сочетание стеноза левого венозного отверстия и беременности, пришли к заключению, что исход беременности и родов, а также послеродового

БИБЛИОТЕКА
Воен-мед факв при КГМИ
Инвент № 14821

периода определяется главным образом функциональным состоянием сердечной мышцы (Г. Ф. Ланг, Е. П. Федорова, И. И. Яковлев, Э. Фрей, Р. Яшке и др.). Этой точки зрения продолжают придерживаться до настоящего времени. Наряду с этим, появились указания на то, что исход беременности зависит не только от функциональной способности сердечной мышцы, но и от наличия или возможности развития активного воспалительного процесса в эндокарде и сердечной мышце. Почти все авторы, занимавшиеся изучением проблемы «беременность и заболевания сердечно-сосудистой системы», отмечают возможность вспышки эндокардита при наступлении и дальнейшем развитии беременности, а также указывают на весьма неблагоприятное влияние беременности на течение активного эндокардита и миокардита (В. Ф. Дмитренко, Г. Ф. Ланг, Е. П. Федорова, М. Франкштейн). Наиболее частой причиной смерти беременных с пороком сердца является свежий эндокардит Ряд авторов утверждает, что беременность при пороках сердца, особенно стенозе левого венозного отверстия или митральной болезни с преобладанием стеноза, допустима, но при условии стойкой компенсации и отсутствия эндокардитического обострения в течение 2 лет, причем второму условию придавалось большее значение, чем первому. По данным Н. Ягича, у беременных имеется особое расположение к возвратному эндокардиту. По мнению большинства авторов, изо всех пороков при стенозе левого венозного отверстия наблюдается наибольшая способность к рецидивам тлеющей инфекции.

Повидимому, острый воспалительный процесс в сердце крайне неблагоприятно влияет на течение и исход беременности, уменьшает «резервные» силы сердца, приводя к стойкой, не поддающейся самой энергичной терапии, недостаточности кровообращения, которая, в конце концов, приводит таких больных к смерти. Миокард также легко вовлекается во время беременности в воспалительный процесс: по существу развивается эндомиокардит, причем сопутствующий миокардит и вызывает декомпенсацию кровообращения, а иногда и явления острой сердечной слабости по типу отказа левого предсердия с летальным исходом.

Из существующих мнений по поводу патогенеза рецидива латентно протекающего «порока» сердца у беременных нам кажется приемлемой точка зрения М. Франкштейна, согласно которой изменение белкового метаболизма, наступающее у женщины с возникновением беременности, может послужить причиной развития парааллергической реакции в мезенхиме и, таким образом, облегчить рецидив эндокардита.

Наличие митральной болезни у женщин считается противопоказанием для беременности. Однако клинический опыт показывает, что при правильном лечении беременность при митральной болезни может быть доведена благополучно до срока нормальных родов.

По предложению акад. Н. Д. Стражеско мы изучили вопрос о течении и исходе беременности у больных митральной болезнью.

Нами было обследовано на различных этапах беременности 105 женщин; из них у 3 был выявлен чистый стеноз левого венозного отверстия, у 87 — митральная болезнь, причем у 61 беременной было установлено преобладание стеноза; кроме того, мы провели также исследование 15 здоровых беременных женщин.

Большинство беременных было обследовано в динамике в течение всей беременности и послеродового периода, а также и после родов в течение 1—3 лет. Если в процессе первичного обследования в клинике выявлялись симптомы недостаточности кровообращения той или иной степени, больные задерживались в стационаре до восстановления

компенсации, после чего выписывались домой с предложением соблюдать определенный режим, а если нужно, продолжать указанное лечение и являться для осмотра через определенные сроки. Больные, у которых в процессе первого или последующих наблюдений обнаруживались явления недостаточности кровообращения, как правило, госпитализировались за две недели до родов для соответствующей подготовки сердечно-сосудистой системы.

Для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы был использован комплекс методов исследования. Для возможности суждения о степени и стойкости явлений недостаточности кровообращения (а следовательно, и для своевременного применения рациональной терапии и режима, а также выбора методов и сроков родоразрешения) у каждой больной на том или ином этапе беременности, помимо тщательного изучения клинической картины, определялись гемодинамические показатели (скорость кровообращения, венозное давление, систолический и минутный объем крови, подсчет пульса, изменение кровяного давления) и биохимические сдвиги в крови. Для выявления нарушений водно-солевого обмена при наступающей недостаточности кровообращения мы применяли пробу на гидрофилию тканей (Мак Клюр-Олдрича).

Одновременно с изучением гемодинамических показателей у 4 беременных, больных митральной болезнью, производилось исследование щелочного резерва, сахара, молочной кислоты, остаточного азота, мочевины, хлоридов крови, а также белка и его фракций. Кроме того, мы определяли у этих беременных основной обмен.

Для более полного суждения о функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы мы применяли также рентгеноскопию, рентгенокимографию, ортодиаграфию, капилляроскопию и электрокардиографию.

Ввиду того, что находившиеся под нашим наблюдением беременные являлись далеко не однородными по состоянию кровообращения, наличию или отсутствию явлений декомпенсации, по степени этой декомпенсации, сопутствующим воспалительным процессам в эндомиокарде, мы распределили их на несколько групп, в зависимости от стадии недостаточности кровообращения.

При наличии поражений центрального звена системы кровообращения (дефектов клапанов сердца) вся цепь регуляторных приспособлений или значительное количество ее звеньев перестраивается и циркуляция крови может совершаться нормально Только при истощении регуляторных механизмов (инфекция, интоксикация, переутомление на почве повышенных требований к сердечно-сосудистой системе) возникает нарушение кровообращения, характеризующееся рядом клинических симптомов, а также гемо- и протоплазмодинамическими сдвигами в организме. Клиническая картина при нарушении кровообращения может быть различной в зависимости от локализации клапанного поражения и функциональной слабости того или иного отдела сердечной мышцы.

Как известно, нарушение сократительной функции сердца ведет к застою в сосудах, приносящих кровь к сердцу, и к уменьшению количества крови, выбрасываемой сердцем. В тех случаях, когда функциональная слабость миокарда возникает в левом отделе сердца, клиническая картина недостаточности кровообращения характеризуется явлениями застоя в первую очередь в сосудах, впадающих в левое предсердие, т. е. в системе малого круга кровообращения. Обычно в клинике и говорят о так называемой левосторонней недостаточности кровообращения, когда явления застоя крови сосредоточены в малом кругу кровообращения.

Этот застой в легких, естественно, нарушает их функцию, так как вследствие переполнения кровью легочных капилляров уменьшается просвет альвеол, увеличивается объем легких, понижается их способность к дыхательным экскурсиям. Клинически эти явления характеризуются одышкой, кашлем, иногда кровохарканием, цианозом. Застойные явления отчетливо выявляются при аускультации.

В наиболее выраженной форме левосторонняя недостаточность наблюдается при чистом стенозе левого митрального отверстия или митральной болезни с преобладанием стеноза. Следует добавить, что если при этом понижение работоспособности левого желудочка еще не слишком велико, то компенсация кровообращения, главным образом за счет гипертрофии, а возможно, и тоногенного расширения правого желудочка, может держаться довольно долго.

Совсем другая клиническая картина наблюдается, когда застой крови развивается в системе сосудов, впадающих в правое предсердие, т. е. при возникновении застойных явлений в большом кругу кровообращения (переполнение кровью под повышенным давлением венозной системы большого круга). Клинические проявления нарушений гемодинамики при этом виде сердечной недостаточности, известной в клинике под названием «правосторонней недостаточности» кровообращения, характеризуются отеками, застойными явлениями со стороны органов брюшной полости (застойная печень, асцит и т. д.), появлением стаза в венах шеи, венного пульса, уменьшением диуреза, никтурией. Следует, однако, отметить, что существование чистой изолированной правожелудочковой недостаточности в настоящее время признается не всеми.

Изолированная левосторонняя недостаточность продолжается недолго. Обычно к ней довольно скоро присоединяется правосторонняя недостаточность. Недостаточность правого сердца, присоединяющаяся к недостаточности левого, способствует уменьшению застоя в малом кругу и понижению в нем кровяного давления, благодаря чему тяжесть одышки у больных уменьшается. Сочетание данных левосторонней и правосторонней недостаточности сердца известно в клинике под названием тотальной недостаточности сердца.

Как известно, сердечная недостаточность и связанное с ней расстройство циркуляции в большинстве случаев развиваются постепенно и являются длительным хроническим состоянием, в течение которого различается несколько стадий развития.

В настоящее время различают три стадии хронической недостаточности кровообращения, согласно установленной новой классификации недостаточности кровообращения, предложенной акад. Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко, принятой XII Всесоюзным съездом терапевтов.

Первая (I) стадия недостаточности кровообращения, называемая латентной, потому что при покое отсутствуют какие-либо уловимые признаки сердечной недостаточности, возникает под влиянием инфекции, интоксикации, переутомления, нарушения иннервации сердца. В этой начальной скрытой стадии недостаточности кровообращения субъективные признаки, среди которых доминирует одышка, сердцебиение, а также чувство усталости, проявляются только под влиянием какой-либо нагрузки, в первую очередь физической. При расстройствах циркуляции I стадии объективные признаки недостаточности кровообращения мало выражены; обычно наблюдается только более медленное возвращение учащенного пульса к норме (позже чем через 2—3 минуты).

Эти симптомы недостаточности кровообращения наблюдаются почти при всякой недостаточности кровообращения, но для начальной его

стадии они могут быть почти единственным опорным пунктом для диагноза, так как состояние начальной скрытой недостаточности кровообращения проявляется обычно только после работы.

Во второй (II) стадии недостаточности кровообращения одышка и сердцебиение становятся более выраженными и обнаруживаются уже при очень легкой работе или в состоянии покоя. Обычно в этот период недостаточности кровообращения сердце увеличено уже за счет миогенной дилятации; развиваются застойные явления в легких или в большом кругу кровообращения, в зависимости от того, имеется ли недостаточность работы левого или правого сердца. Гемодинамические сдвиги во II стадии недостаточности кровообращения характеризуются прежде всего изменением распределения крови, увеличением ее в венозной системе за счет уменьшения крови в артериальной системе и в связи с этим повышением венозного давления, тенденцией к понижению артериального (или падением и венозного, и артериального давления при сосудистой недостаточности). В дальнейшем нарушения гемодинамики в этой стадии расстройства компенсации сводятся к замедлению тока крови и к изменению количества циркулирующей крови (обычно увеличению ее в случаях ослабления сердечной мышцы и уменьшению при сосудистой недостаточности) при уменьшенном систолическом и минутном объеме сердца.

Проявление этих изменений гемодинамики, на основании чего и ставится диагноз недостаточности кровообращения, выражается многочисленными и многообразными клиническими симптомами, известными в клинике под названием вышеописанных застойных явлений в большом и малом кругу.

В этом периоде недостаточности кровообращения довольно ясно проявляется изменение функций различных органов и обмена веществ.

Во II стадии недостаточности кровообращения различают два периода: период А (II_A), когда все вышеуказанные явления выражены менее резко; они более ограничены в смысле распространения. Период В (II_B), когда имеются глубокие нарушения гемодинамики во всей сосудистой системе. Обычно при этом имеются налицо резкие нарушения всех видов обмена (газового, водно-солевого, белкового, углеводного и липоидного). Между периодом II_A и II_B стадии недостаточности кровообращения различают переходный период II_{A-B}.

В III стадии недостаточности кровообращения все вышеуказанные проявления (одышка, застойные явления и т. д.) выражены в максимальной степени; эта стадия охарактеризована акад. Н. Д. Стражеско как терминальная дистрофическая, или кахектическая, стадия недостаточности кровообращения. В этом периоде выражено не только нарушение гемодинамики, столь характерное для предыдущего периода, но уже обнаруживаются все последствия недостаточности кровообращения, часто в виде необратимых изменений обмена, нарушений функций и структуры всех органов. Развивающиеся при этом дистрофические процессы захватывают важные для жизни органы — сердце, центральную нервную систему, печень, почки. Обычно, если не присоединяются случайные причины, прогрессирование дистрофических процессов и является причиной смерти при хронической недостаточности кровообращения.

К первой группе нами были отнесены 14 беременных, имевших митральную болезнь при полной компенсации кровообращения.

Вторая группа объединяла 30 беременных, страдавших митральной болезнью, у которых на том или ином этапе беременности наблюдалась недостаточность кровообращения I стадии (у двух стадии II).

В третью группу входило 46 беременных, страдавших митральной болезнью с недостаточностью кровообращения, которая на том или ином этапе беременности достигала стадии II $_{А}$ и II $_{А-В}$ (у двух стадии II $_{В}$).

Больных, поступивших к нам впервые для длительного и повторного наблюдения с наличием митральной болезни и недостаточности кровообращения стадии II $_{В}$, у нас не было. Из числа больных, наблюдаемых нами, у двух недостаточность кровообращения стадии II $_{В}$ развилась не под влиянием только одной беременности, а постепенно, по мере прогрессирования недостаточности кровообращения I стадии в результате вспышки эндокардита. У двух других беременных недостаточность кровообращения стадии II $_{В}$ развилась постепенно из стадии II $_{А}$ и II $_{А-В}$ вследствие тех же причин.

Проведенное нами распределение больных по стадиям недостаточности кровообращения до некоторой степени искусственно, ввиду легкости восстановления компенсации у большинства из них под влиянием примененной терапии и режима и, с другой стороны, из-за непрочности компенсации кровообращения у некоторых из этих же больных; вследствие этого на протяжении беременности они переходили в более тяжелую группу недостаточности кровообращения.

Ставя целью систематическое наблюдение за беременными, мы стремились начинать обследование их с возможно ранних сроков беременности, чтобы не пропустить начальных признаков нарушения кровообращения и вывести этих беременных из состояния недостаточности кровообращения, где она возникла в силу тех или иных причин, а также своевременно прервать беременность. Как только обнаруживались симптомы недостаточности кровообращения, больные немедленно подвергались специальному режиму и лечению. Под влиянием проводимых мероприятий ликвидация недостаточности кровообращения сопровождалась довольно широкими колебаниями гемодинамических показателей. В силу указанных причин вывести средние цифры колебаний гемодинамических факторов на протяжении беременности и установить определенные кривые прогрессивного изменения в том или другом направлении этих показателей не представляется возможным.

Следует, однако, отметить, что при оценке прогноза беременности руководствоваться только гемо- и протоплазмодинамическими показателями без учета клинической картины нельзя. Хотя они и давали нам возможность судить о наличии, степени и стойкости явлений недостаточности кровообращения у каждой больной на том или ином этапе беременности, мы должны отметить, что к оценке их надо относиться критически. Как показали наши наблюдения, наличие высоких цифр венозного давления далеко не всегда является абсолютно неблагоприятным прогностическим показателем. Кроме того, при одинаковом повышении венозного давления исход беременности различен: так, в одних случаях наступал летальный исход, в других — роды не сопровождались трагическим исходом. Вместе с тем мы обнаружили, что венозное давление может быть нормальным в момент грозных осложнений митральной болезни, представляющих величайшую опасность для жизни таких беременных.

Что касается биохимических исследований, то, как показали наши данные, почти у всех беременных, независимо от наличия у них той или иной стадии недостаточности кровообращения, выявлялось явное снижение щелочного резерва. При этом снижение щелочного резерва происходило пропорционально нарастанию срока берменности. Снижение щелочного резерва нельзя ставить в прямую связь с состоянием крово-

обращения при пороке сердца, так как подобная закономерность выявлялась и у здоровых беременных.

Снижение щелочного резерва проще объясняется особенностями обмена веществ, характерными для организма беременной женщины, независимо от состояния кровообращения. В отношении других биохимических показателей крови следует отметить намечающуюся у сердечных больных тенденцию к повышению концентрации молочной кислоты и хлоридов. На основании полученных нами данных можно говорить и о постепенном увеличении основного обмена по мере увеличения срока беременности. Однако повышение основного обмена не составляло правила, наблюдались беременные с нормальным или слегка пониженным обменом. Следует отметить также ускорение пробы Мак Клюр-Олдрича по мере прогрессирования срока беременности.

Применение специальных методов клинического исследования (электрокардиография, рентгенокимография) давало ценные указания о функциональной способности мышцы сердца.

Так, при электрокардиографии в подавляющем большинстве случаев были получены данные, характерные для поражения мускулатуры сердца, — изолированный миокардит предсердий или диффузный миокардит, преимущественно ревматической этиологии, нередко с нарушением проводниковой системы; довольно часто также были обнаружены явления нарушения коронарного кровообращения типа инфекционного коронарита.

Изучение в динамике электрокардиограмм беременных, страдающих митральной болезнью, и сопоставление этих данных с клинической картиной болезни позволили нам притти к выводу, что наличие мышечного поражения, нарушения проводимости и нарушения коронарного кровообращения на электрокардиограммах иногда отображаются раньше, чем появляется клинический симптомокомплекс. Все эти данные способствовали своевременному применению соответствующего режима и терапии. Однако руководствоваться только этими данными для прогноза и назначения своевременного оперативного вмешательства надо с большой осторожностью; обязателен учет всей клинической картины и данных других методов исследования. Мы наблюдали благоприятный исход беременности, родов и послеродового периода у беременных даже при далеко зашедшем поражении мышцы сердца с нарушением отдельных ее функций и формы ритма сердца.

У ряда беременных с митральной болезнью исход беременности, родов и послеродового периода был благополучным, несмотря на наличие у них диффузного миокардита с явлениями тяжелой аритмии — выраженной мерцательной аритмии с политопными экстрасистолами, явлениями нарушения коронарного кровообращения типа инфекционного коронарита и т. д.

Другие беременные при наличии аналогичных изменений со стороны миокарда погибали. Поэтому руководствоваться только данными электрокардиографии для решения вопроса о практических мероприятиях, касающихся прерывания беременности, нельзя.

В отношении же данных рентгенокимограмм, свидетельствующих о поражении миокарда, большое функционально-диагностическое значение имеет малая амплитуда зубцов, свидетельствующая о значительной слабости миокарда, хотя мы должны добавить, что и большая амплитуда зубцов совсем не исключает тяжелого поражения миокарда. Правда, в последних случаях не размеры зубцов как таковые имеют значение, а наличие различных размеров их. В этих случаях большое значение

имеет и характер зубцов при поражении миокарда (вместо обычно копьевидных зубцов часто наблюдаются закругленные зубцы без замедления ритма). На основании рентгенокимографических исследований мы убедились, что у трех беременных, страдающих митральной болезнью с превалированием стеноза, имело место падение сократительной способности сердца, несмотря на энергично проводимое лечение. Данные рентгенокимографии, находившиеся в полном соответствии с результатами клинических, гемодинамических и биохимических показателей, а также данными электрокардиографии и капилляроскопии и заставили нас прервать беременность у двух больных в ранний срок беременности, а у одной — на IX месяце беременности.

На основании тех же объективных данных, у значительного числа больных мы установили улучшение сократительной способности сердца (обычно после энергично проводимой терапии), что соответствовало улучшению клинической картины, благоприятным изменениям гемодинамических и биохимических показателей, электрокардиографии и капилляроскопии. Все это явилось основанием для решения вопроса о продолжении беременности и консервативном ведении родов, несмотря на наличие митральной болезни с преобладанием стеноза и миокардита. Исход беременности был благополучным как для матери, так и для ребенка.

Полезные указания для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, особенно периферического кровообращения, получены при капилляроскопии. Особенно показан этот метод при митральной болезни, сопровождающейся вспышками эндокардита, принявшего злокачественное течение. В этих случаях изменения в капиллярах имели, кроме диагностического, до некоторой степени и прогностическое значение. У этих больных мы обычно наблюдали деформацию капиллярных петель с образованием аневризм и анастомозов с явно выраженной капиллярной отечностью. Обычно при капилляроскопии у таких беременных нам удавалось обнаружить скопления бурого пигмента как следствие изменения стенки капилляров в сторону повышения ее проницаемости для форменных элементов.

Мы имели возможность убедиться, что при заболеваниях сердца с явлениями недостаточности кровообращения изменения структуры капилляров обнаруживаются капилляроскопически до появления обычных клинических симптомов.

При оценке изменений в капиллярной системе надо помнить, что они отмечаются иногда еще до наступления беременности. Беременность, повышая функциональную нагрузку, способствует их выявлению при капилляроскопии.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, и особенно для правильного ведения беременной, в каждом отдельном случае важно сочетание данных капилляроскопии с результатами других методов исследования (электрокардиография, рентгенокимография и т. д.) и сопоставление их с клинической картиной заболевания сердечно-сосудистой системы. Следует также учесть, что физиологическая беременность может вызвать изменения в капиллярах, близкие, а иногда и аналогичные изменениям, которые наблюдаются при заболеваниях сердца.

Таким образом, для оценки состояния сердечно-сосудистой системы невозможно ограничиваться применением одного метода исследования.

Только результаты комплексного исследования и сопоставление их с тщательными клиническими наблюдениями позволяют сделать правильную оценку функциональной способности системы кровообращения

У всех беременных, находившихся под нашим наблюдением и страдавших митральной болезнью с преобладанием недостаточности, наблюдалось нормальное течение беременности и такой же исход родов. У 40 из 61 беременной, страдавших митральной болезнью с преобладанием стеноза, также наблюдался благополучный исход беременности, несмотря на имевшееся у большинства из них иногда значительное нарушение кровообращения (стадии II_A и II_{A-B}).

Благополучному исходу родов способствовало систематическое пребывание таких больных в клинике на различных этапах беременности, своевременное применение рациональной терапии и режима, выполнение предписанного режима и лечения на дому. Эти мероприятия у значительного числа больных приводили к компенсации кровообращения к IX месяцу беременности или к родам, что и обеспечило благоприятный исход родов для матери и плода.

Однако необходимо подчеркнуть, что не у всех больных женщин, имевших митральную болезнь с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения (стадия II_A и II_{A-B}), течение беременности и исход родов были благополучными. У 21 беременной из 46 больных этой группы, несмотря на энергичную терапию, наблюдались грозные признаки сердечно-сосудистой недостаточности, вынуждавшие к оперативному вмешательству.

Вопрос о необходимости оперативного вмешательства, так же как и выбор метода прерывания беременности при поздних сроках у наблюдаемых больных, подвергался обязательному совместному обсуждению терапевта и акушера в каждом отдельном случае. Из всех существующих методов прерывания беременности мы отдавали предпочтение брюшностеночному кесареву сечению там, где это было возможно. Этот вид сперативного вмешательства мы применили у 12 беременных, страдающих митральной болезнью с преобладанием стеноза, с хорошим результатом.

У всех этих 12 беременных митральная болезнь была с преобладанием стеноза и явлениями недостаточности кровообращения стадии II_A и больше (по классификации Стражеско-Василенко) или с явлениями нестойкой компенсации кровообращения, даже после применения энергичной терапии.

Заслуживает внимания, что у 3 женщин, имевших митральную болезнь с преобладанием стеноза и наличием в том или ином периоде беременности симптомов недостаточности кровообращения стадии II_A и II_{A-B}, во время родов наблюдались явления острой сердечной слабости по типу отказа левого предсердия. Несмотря на все принятые меры, одна роженица погибла при явлениях отека легких во втором периоде родов. На аутопсии, помимо митральной болезни с преобладанием стеноза, был обнаружен хронический рецидивирующий эндокардит клапанов аорты и двустворчатого клапана в стадии вспышки.

Следует отметить также, что у 8 больных, страдающих митральной болезнью с преобладанием стеноза и явлениями нарушения кровообращения, наблюдалась вспышка эндокардита в послеродовом периоде, а у 4 больных она была выявлена через $^1/_2$—1 год после родов. Одна больная умерла спустя $11^1/_2$ месяцев после благополучных родов от вспышки рецидивирующего эндокардита.

Таким образом, послеродовой период является при митральной болезни не менее опасным, чем период беременности и роды. Возможно, что вследствие изменения иммунобиологических свойств организма инфекция может найти благоприятную почву для развития и явиться причиной обострения эндокардита.

Мы склонны полагать, что в случаях, когда беременность при наличии митральной болезни с преобладанием стеноза или чистого стеноза левого венозного отверстия сопровождается вспышкой эндокардита, начиная со второй половины беременности, прерывание беременности не останавливает процесса и не спасает жизни беременной. С нашей точки зрения у таких больных с целью сохранения жизни ребенка прерывание беременности целесообразно производить не раньше, чем плод становится жизнеспособным.

Наблюдение беременных, страдающих митральной болезнью и обострением ревматического эндокардита, заставляет нас притти к заключению о более тяжелом течении у них воспалительного процесса в эндокарде.

Однако, придя к заключению, что беременность чрезвычайно неблагоприятно влияет на течение эндокардитических процессов, было бы преувеличением утверждать, что исход беременности в таких случаях всегда неблагоприятен. Процент смертности при эндокардите в связи с беременностью, по имеющимся литературным данным, весьма высок. Из 12 наблюдавшихся нами больных эндокардитом у 5 болезнь имела смертельный исход. У этих 5 больных был подострый септический эндокардит с соответствующими клиническими явлениями (поражение сердца, сосудов и т. д.). У 5 беременных с endocarditis chronica benigna (по классификации акад. Н. Д. Стражеско) беременность и срочные роды протекали без особенностей и без обострения эндокардита в дальнейшем. Все же мы склонны считать, что даже доброкачественно протекающий эндокардит у беременных, особенно страдающих митральной болезнью с преобладанием стеноза левого венозного отверстия (или чистого стеноза), следует считать противопоказанием для продолжения беременности, так как трудно предугадать возможный его переход из доброкачественно протекающего в злокачественный, тем более что и доброкачественно протекающий эндокардит, особенно рецидивирующий, может быть в достаточной мере тяжелым заболеванием, особенно при более или менее значительном поражении миокарда.

Согласно существующему перечню медицинских показаний к прерыванию беременности (приказ министра здравоохранения СССР № 941, 1951), наличие митральной болезни с преобладанием стеноза (и без декомпенсации) является показанием к искусственному аборту.

Однако не каждая беременная с митральной болезнью с преобладанием стеноза дает согласие на прерывание беременности; ряд подобных больных выражает настойчивое желание иметь ребенка. Прежде чем разрешить сохранение беременности при митральной болезни, врач обязан подвергнуть беременную тщательному исследованию, желательно в условиях стационара.

Только при нормальных гемодинамических процессах можно разрешить продолжение беременности. Женщину следует предупредить о том, что она подвергается некоторому риску, и что она должна находиться под систематическим врачебным наблюдением для своевременного выявления и ликвидации в условиях стационара начинающейся недостаточности кровообращения.

Беременных с наличием митральной болезни, особенно если на протяжении беременности наблюдались явления недостаточности кровообращения, следует подготовлять к родам в условиях стационара на протяжении не менее 2—3 недель до родов. В стационарах необходимо выдерживать таких женщин в период беременности и после родов до полной ликвидации явлений недостаточности кровообращения. Обсуждение во-

проса о ведении родов у них должно проводиться двумя специалистами: акушером и терапевтом.

Лечение больных (беременных) с сердечно-сосудистой недостаточностью (больных митральной болезнью) должно быть строго индивидуальным. Только оценивая степень поражения клапанного аппарата, степень недостаточности сердечной мышцы и наступившего в результате этого нарушения кровообращения у каждой отдельной больной, можно решать вопрос, к каким мерам необходимо прибегать в каждом отдельном случае.

Практический врач твердо должен усвоить этот индивидуальный подход, памятуя, что даже хорошо разработанная схема может оказаться неприменимой в отношении данной больной.

При благоприятных результатах исследования и решении сохранить беременность больным необходимо предписать гигиено-диэтетический режим: избегать тяжелого физического труда, ограничиваться умеренной физической работой, а в случае наступающего утомления ограничить продолжительность рабочего дня, урегулировать часы сна и приема пищи. Пища должна быть легко усвояемой и питательной, снабжена достаточным количеством витаминов. Приемы жидкости должны соответствовать суточному выделению мочи, но все же количество употребляемой жидкости не должно превышать 1—1,2 л. Также должно быть ограничено и количество соли, вводимой с пищей в организм.

Наш опыт показывает, что у ряда больных с достаточной функцией миокарда проведение указанных мероприятий оказалось благоприятным как для течения беременности, так и для исхода родов.

Если у больной имеются только симптомы I стадии недостаточности кровообращения, то иногда бывает достаточно пребывания больной в покое в постели в течение 1—2 недель и все симптомы недостаточности кровообращения стихают. Такой больной можно разрешить сохранить беременность, установив для нее более строгий гигиено-диэтетический режим. Такая больная обязательно должна не реже чем один раз в месяц показываться врачу.

В тех случаях, когда явления сердечной недостаточности, несмотря на пребывание больной в покое, не стихают, а гемодинамические сдвиги дают ясные указания о нарушении кровообращения, необходимо прибегнуть к медикаментозному лечению.

Основным методом лечения таких больных, общим для всех больных с любой степенью недостаточности кровообращения, должно являться лечение покоем в условиях постельного режима. Питание и лечение следует варьировать в соответствии с патогенезом различных стадий недостаточности кровообращения, а также и ее клиническими формами. Считаясь с возможностью у сердечных больных сопутствующего катарра желудочно-кишечного тракта, надо назначать смешанную диэту, причем пища должна быть легко усвояемой, достаточной по калорийности (2 000—3 000 больших калорий); кроме того, следует ограничивать не только жидкость, но и соль (до 4—5 г в день). В рацион беременных с наличием недостаточности кровообращения, помимо жиров (50—60 г) и углеводов (400—500 г), необходимо вводить (вопреки принятому мнению о том, что больному сердечными заболеваниями будто бы вредна белковая пища), достаточное количество животных белков (из расчета 1,5 г на 1 кг веса), учитывая необходимость их для пластических процессов. С этой целью следует даже повышать их количество в стадии недостаточности кровообращения IIв, одновременно ограничивая количество жиров, ввиду явно выраженного кетоацидоза в этом периоде.

Учитывая необходимость постоянного пополнения запасов витаминов в организме, больные ежедневно должны получать витамин А (до 3—5 мг), B_1 (до 10—25 мг) и С (до 100—300 мг) с пищей (фрукты и овощи) и в виде концентратов этих витаминов.

Наряду с этим, необходимо также запретить им курение и употребление алкогольных напитков.

Медикаментозное лечение беременных с наличием патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и явлений недостаточности кровообращения должно проводиться в соответствии с основными принципами лечения хронической и острой недостаточности кровообращения.

При сравнительно нерезко выраженной недостаточности кровообращения стадии II иногда бывает достаточно применить легкие сердечные средства — Inf. herbae Adonidis vernalis ex 6,0 : 200,0 в чистом виде или с кофеином — Inf. herbae Adonidis vernalis ex 6,0 : 200,0 + Coffeini natrio-benzoici 1,2 (по 1 столовой ложке 3 раза в день), Adonileni по 15—20 капель 2—3 раза в день, Ol. Camphorati 20% по 1,0—2,0 в сутки (инъекции).

При наличии более тяжелой и стойкой недостаточности кровообращения стадии II $_{А-В}$, наряду с назначением покоя и соответствующей диэты, необходимо применять лечение препаратами группы наперстянки, проявляющей свое благотворное действие при сердечной недостаточности в полной мере только в том случае, если эта недостаточность вызвана утомлением сердечной мышцы.

Наиболее эффективно действие препаратов наперстянки у беременных при митральной болезни с явлениями недостаточности кровообращения.

Попутно следует отметить, что правильное применение наперстянки, безусловно, требует знания ряда законов ее действия, знания специальных показаний к ее применению, способов применения, а также знания побочных токсических проявлений действия различных ее препаратов. Чаще всего наперстянка применяется в виде порошка, приготовляемого из листьев наперстянки — Pulv. fol. Digitalis. Обычно Pulv. fol. Digitalis назначается полной дозой, т. е. по 0,1 три раза в день[1] при наличии более или менее тяжелых явлений сердечной недостаточности в сочетании с тахикардией.

Как показали наши наблюдения, терапевтический успех действия наперстянки (уменьшение частоты пульса, улучшение наполнения его, исчезновение бывшей до того аритмии, повышение диуреза, уменьшение отеков и т. д.) появляется у больных (беременных) уже после приема 9—10 порошков на протяжении 3—4 дней, а иногда и раньше. При употреблении наперстянки необходимо считаться с ее кумулятивным действием и особенно внимательно ежедневно следить за частотой и ритмом пульса, за появлением тошноты и рвоты, потери аппетита и т. д.

Если сердечная недостаточность осложняется мерцательной аритмией, то, учитывая, что сердце при мерцании предсердий отличается большой чувствительностью к наперстянке, Pulv. fol. Digitalis применяется в меньших дозах: по 0,05 3 раза в день с уменьшением дозировки через 3—4 дня до 0,5—0,025 в сутки. Такие дозы не дают кумуляции и могут применяться в течении долгого времени (иногда несколько месяцев). Довольно часто дигиталис применяется в форме настоя — Inf. fol. Digitalis ex 1,0 : 180,0 по 1 столовой ложке 3 раза в день, чаще вместе с кофеином — Inf. fol. Digitalis ex 1,0 : 180,0 + Coffeini natrio-benzoici 1,0 (по 1 столовой ложке 2—3 раза в день).

---

[1] Обязательно не на пустой желудок.

При наличии у беременных застойных явлений в портальной системе, а также при наличии у них диспептических явлений или явлений застойного гастрита показан ректальный способ (чаще в виде микроклизм) введения настоя дигиталиса: 1—2 столовых ложки Inf. fol. Digitalis ex 1,0 : 200,0 на 20—40 мл 5% раствора глюкозы (или физиологического раствора), нагретого до температуры тела, 2 раза в день после предварительной очистительной клизмы.

В тех случаях, когда необходимо быстрое действие наперстянки, как, например, при наличии у беременных явлений тяжелой хронической недостаточности кровообращения непосредственно перед родами или в период родов, а также и в послеродовом периоде, следует прибегать к внутримышечному способу введения препарата группы наперстянки — дигалена (Digalen-Neo) по 0,5—1 мл 1—2 раза в сутки.

В таких случаях иногда более быстрый эффект оказывают внутривенные вливания строфантина. Однако необходимо твердо помнить, что нельзя применять одновременно препараты дигиталиса и строфантина; между применением их должен быть промежуток не менее 5—7 дней. Внутривенное введение строфантина показано при явлениях острой сердечной недостаточности, возникшей у беременных, рожениц (чаще во втором периоде родов), а также у родильниц. Введение строфантина (0,25—0,5 мл раствора 1 : 1 000, т. е. 0,25—0,5 мг, на 10—20 см^3 40% раствора глюкозы или физиологического раствора) максимум 2 раза в сутки (медленно в течение 2—3 минут) обычно дает хороший эффект, длящийся на протяжении нескольких часов. При острой и затяжной сердечной недостаточности параллельно с препаратами группы наперстянки или (!) строфантина рекомендуется применять внутримышечно или внутривенно кардиазол (Sol. Cardiazoli s. Corazoli 10% 1 мл), подкожно инъекции кофеина (10—20% в количестве 0,5—1 мл), стрихнина (0,1% в количестве 0,5—1 мл), камфоры (10—20% в количестве 2—3 мл). Эти же препараты применялись нами при острой и хронической недостаточности у тех беременных, которым было противопоказано применение препаратов группы наперстянки (например, при брадикардии, неполном нарушении проводимости пучка Гиса и т. д.).

Чрезвычайно ответственным моментом является наличие у беременных острой сердечной слабости по типу отказа левого предсердия, возникающей как в конце беременности, так и особенно в различные периоды родов (чаще во втором), а также в послеродовом периоде. Выбор и применение терапевтических мер, наиболее целесообразного метода ведения родового акта, своевременность хирургического вмешательства, будучи строго индивидуализированными в каждом отдельном случае, требуют от врача большого клинического опыта. Возникающий иногда у таких беременных функциональный паралич левого предсердия осложняется грозными явлениями развивающегося при этом отека легких; даже диагносцируемый в начальной стадии отек легких является иногда причиной смерти матери и ребенка.

Как во время острого припадка у этих беременных, рожениц и родильниц, так и при повторных явлениях острого отказа предсердий, осложнившихся отеком легких, показано обильное кровопускание (от 250 до 400—500 мл) в сочетании с быстро действующими сердечными средствами (строфантин, кардиазол) и оксигенотерапией, являющейся могущественным методом лечения при рациональном его применении.

Добиться повышения сердечной деятельности и устранения застойных явлений у беременных с наличием сердечно-сосудистой патологии вообще и митральной болезни в частности назначением только сердеч-

ных средств, стимулирующих функцию миокарда, нам удавалось (за редким исключением) только в стадии недостаточности кровообращения II_A. Во второй стадии (II_{A-I}) применение сердечных средств обычно не давало стойкого терапевтического успеха. В этой стадии при наличии отека миокарда, истощения в сердечной мышце и печени запаса гликогена и витамина B_1 целесообразно путем назначения тканевых мочегонных (меркузал и др.) уменьшить отеки. Меркузал вводят обычно внутримышечно по 0,3 мл 10% раствора 3 дня подряд через каждые 7—10 дней. или однократно по 0,5—1 мл 10% раствора через каждые 7—10 дней. Мочегонное действие ртутных препаратов усиливается на фоне применения хлористых солей аммония или кальция, которые в виде растворов (Sol. Ammonii chlorati 5—10% по 1 столовой ложке через 2 часа 5 раз в сутки или Ammonii chlorati 1,0 через 2 часа по 1 порошку — 5 порошков в день на молоке или Sol. Calcii chlorati 5—10% по 1 столовой ложке через 2 часа на молоке 5 раз в сутки) дают за 3 дня до начала применения мочегонных. Наряду с мочегонными, в этом же периоде, помимо назначения соответствующей диэты, мы проводили систематические (20—25 вливаний) внутривенные вливания глюкозы 20 мл 40% раствора с одновременным введением витамина B_1 (10—20 мг) и С (Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 мл), стремясь поднять запасы гликогена в печени и мышечной системе, в том числе и в мышце сердца. Только при этих мероприятиях мы получали соответствующий эффект от применения сердечных средств, стимулирующих функции аппарата кровообращения; из них лучшим иногда является строфантин, дающий блестящий терапевтический эффект там, где все другие средства недейственны.

Эффект от этой терапии значительно повышался регулярной периодической дачей кислорода в концентрации от 50 до 60% при постоянном токе кислорода со скоростью не менее 3—4 л в минуту в специально оборудованных для этой цели палатах. Подача кислорода подушками неэффективна.

Безуспешность применения такого комплексного метода терапии наблюдалась обычно у тех беременных, у которых на том или ином этапе беременности присоединялась вспышка эндокардита. Она и являлась причиной развития у этих беременных явлений недостаточности кровообращения стадии II_B из стадии I и II_A. При тяжелом клиническом течении эндокардита, что наблюдалось обычно при септической форме, к проводимой терапии мы присоединяли еще и антибиотики — пенициллин (по 100 000 единиц каждые 3 часа, до 15—20—25 млн. единиц на курс). Еще раз подчеркиваем, что в рамках настоящей главы мы не останавливаемся подробно на всех препаратах, которые могут быть использованы для получения должного терапевтического эффекта при лечении больных с митральной болезнью.

Заканчивая изложение проводимой нами терапии при недостаточности кровообращения у этих беременных, мы должны также подчеркнуть значение правильной организации врачебного наблюдения за этими больными.

С нашей точки зрения благополучному исходу родов у наблюдаемых нами беременных в значительной мере способствовало постоянное, систематическое наблюдение за ними в клинике на различных этапах беременности, а также своевременное применение терапии и соответствующего режима. Этими мероприятиями мы по возможности устраняли декомпенсацию кровообращения к концу беременности и началу родов, что и обеспечивало благоприятный исход родов для матери и ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

Аркусский Ю. И., К вопросу о влиянии беременности на патологические изменения в сердце, Акушерство и гинекология, 1949, № 2, стр. 15—20.

Астринский С. Д., О некоторых патологических состояниях во время беременности, служащих показанием к стационированию, Акушерство и гинекология, 1947, № 1, стр. 32—35.

Белецкий Г. Н., Статистические данные о сердечных заболеваниях по материалам Госпитальной терапевтической клиники, Уральский медицинский журнал, 1929, № 7, стр. 37—45.

Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, т. I, Л., 1946 стр. 24.

Бутылин А. Г., Заболевания сердца и беременность, Труды Курского медицинского института, т. II, в. 1, Курск, 1946, стр. 111—118.

Глейзер М. Д., Беременность и врожденный сердечный порок, Акушерство и гинекология, 1931, № 6, стр. 567—568.

Гиляревский С. А., Никонова В. И. Грейбо А. Л., Пороки сердца и беременность. Терапевтический архив, 1934, т. XII, в. 5, стр. 124—132.

Годунова Н. К., Клиника родов и послеродового периода у сердечных больных, Акушерство и гинекология, 1950, № 3, стр. 28—29.

Дмитренко В. Ф., Митральный стеноз и беременность, Радянська медицина, 1939, № 10—11, стр. 27.

Исаева А. С., Декомпенсированные пороки сердца и беременность, Труды научно-исследовательских институтов, Свердловск, 1934, стр. 195—199.

Лиозина Е. М., Кроветворение при беременности в норме и патологии, Госмедиздат, Киев, 1952.

Лурье А. Ю., Пороки сердца в оценке работы консультации для беременных, Акушерство и женские болезни, 1929, в. 2 стр. 262—276.

Неелов Н. К., К вопросу о пороке сердца и беременности, СПБ, 1910.

Нефедов В. В., Беременность и сердце, Русская клиника, 1926 № 30, стр. 518—530.

Пенде Н., Эндокринология, Биомедгиз, М. — Л., т. 1, 1937.

Рысс И. М., Кровяное давление в различные сроки беременности, Акушерство и гинекология, 1938, № 6, стр. 4—7.

Сухинин П. Л., Павлова Л. С. и Мельбарт З. М., Изменение сердечно-сосудистой системы при беременности, Сборник исследовательских работ комиссии содействия ученым за 1936 г., № 2, стр. 83—95, 1937.

Скробанский К. К., Учебник акушерства, 3-е изд., Ленинград, 1946.

Туровец И. М., Кровообращение и его нарушения у беременных, Труды выездной конференции Украинского института клинической медицины, Житомир, 1938, стр. 5—18.

Франкштейн М., Ревматические клапанные поражения сердца и беременность, Терапевтический архив, 1934, т. XII, в. 5, стр. 178—183.

Фудель-Осипова С., Изменения в капиллярном кровообращении у беременных при физической дозированной работе, Акушерство и гинекология, 1938, № 6, стр. 14—17.

Цондек Б., Гормоны яичника и передней доли гипофиза, Сельхозгиз, М., 1938.

Чистович Н. Я., Беременность и внутренние болезни, Акад. изд., Петроград, 1923, стр. 21—40.

Шварцман Ф. М. Сердце и беременность, Московский медицинский журнал, 1928, № 4, стр. 53—66.

Шредер К., Учебник акушерства со включением патологии беременности и послеродового периода, СПБ, 1895.

Эрдгейм, Биология «клеток беременности» и их отношение к скелету, Центральный реферативный медицинский журнал, 1937 т. XX, в. 1, стр. 467.

Ягич Н., Болезни сердца и органов кровообращения у женщин, М., 1937.

Яковлев И. И. Органические заболевания сердца и беременность, М., 1938.

РЕЗОЛЮЦИЯ СОВМЕСТНОГО ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКИХ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВ И КОМИССИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР (1951 г.)

Заболевания сердечно-сосудистой системы во время беременности, родов и в послеродовом периоде

Органические заболевания сердечно-сосудистой системы в ряде случаев являются серьезным осложнением беременности и родов, что заставляет современных акушеров уделять им большое внимание.

Для снижения материнской смертности и ее предупреждения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы необходимо:

1. Улучшить работу женских консультаций по раннему привлечению беременных женщин в консультации.

2. Обеспечить каждое акушерско-гинекологическое объединение помощью квалифицированного специалиста-терапевта.

3. Установить такой порядок, чтобы каждая беременная с заболеванием сердечно-сосудистой системы в течение всей беременности находилась под наблюдением и акушера-гинеколога, и терапевта.

4. Проводить углубленную диспансеризацию женщин с пороками сердца как в объединенных, так и в необъединенных терапевтических отделениях поликлиник.

5. Обязать районных терапевтов извещать женские консультации о всех женщинах детородного возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы; этих женщин необходимо брать на учет с целью проведения профилактических мероприятий.

6. Подвергать всех беременных при первой явке в женскую консультацию осмотру участковым терапевтом. В случае наличия у них заболеваний сердечно-сосудистой системы проверить, не имеет ли места у беременной интеркуррентная инфекция, которая может быть «разрешающим фактором» в возникновении и развитии ревматической вспышки, установить их частоту и характер. Следует также фиксировать внимание на признаках нарушения кровообращения.

7. Обследовать и систематически наблюдать каждую беременную с заболеванием сердечно-сосудистой системы, применяя рентгеноскопию, рентгенографию и электрокардиографию.

8. Обязать врачей женских консультаций изучать условия труда и быта беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и в случае необходимости принимать активные меры для улучшения этих условий.

9. Немедленно госпитализировать беременных в родильные дома при первых признаках декомпенсации сердечной деятельности, приравнивая госпитализацию подобных больных к группе больных, требующих немедленной помощи.

10. Обязать главных врачей родильных домов: а) составлять план ведения родов у каждой беременной с заболеванием сердечно-сосудистой системы в процессе ее обследования, наблюдения и лечения в стационаре; б) в случаях, когда после соответствующей терапии больную не удается вывести из состояния декомпенсации или когда она возникает повторно после периода улучшения, решать консультативно вопрос об искусственном прерывании беременности.

11. Обязать лечащих врачей пользоваться всеми доступными способами для разъяснения больной необходимости прерывания беременности, если ее сохранять опасно, а больная от аборта отказывается.

12. Допускать выписку из стационара больной с заболеванием сердечно-сосудистой системы лишь при установлении у нее полной компенсации сердечной деятельности. Обеспечить за такой больной после выписки систематическое наблюдение участкового терапевта. В случаях повторной декомпенсации не выписывать больную из стационара до родоразрешения.

13. Обеспечить беременным с заболеванием сердечно-сосудистой системы необходимые санаторные условия на все время их длительного пребывания в стационаре.

14. При возникновении декомпенсации в более поздние сроки беременности больную следует подвергнуть энергичному стационарному лечению и по возможности воздержаться от прерывания беременности до начала родов, так как даже преждевременные искусственные роды не всегда могут избавить беременную от возможных осложнений. Если восстановить компенсацию сердечной деятельности не удается, беременность следует прервать в поздний срок.

15. У рожениц с заболеванием сердечно-сосудистой системы, как правило, применять в родах методы обезболивания.

16. У таких рожениц в наиболее ответственном периоде родов — изгнание плода — широко применять сердечные, глюкозу и кислород.

17. Самопроизвольное родоразрешение допускать лишь при компенсированных митральных пороках сердца с преобладанием недостаточности клапанов, но при условии постоянного врачебного наблюдения и контроля.

18. При митральных пороках с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, при недостаточности кровообращения, а также в случаях, когда во время предшествовавших родов или в послеродовом периоде наблюдались явления недостаточности кровообращения, рекомендовать выключение потуг и бережное родоразрешение с выбором метода в зависимости от состояния больной.

19. Последовый период у сердечных больных вести выжидательно, а при вынужденном применении оперативного вмешательства вводить с профилактической целью пенициллин и сульфаниламидные препараты.

20. В послеродовом периоде проводить над родильницами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы тщательное наблюдение с назначением им длительного постельного режима. Допускать выписку не раньше, чем через 2—3 недели после родов даже при самом благоприятном течении послеродового периода.

21. После выписки из родильного дома установить за больной наблюдение, которое осуществляется женской консультацией и участковым терапевтом в течение не менее года.

22. Подробно анализировать каждый случай смерти беременной или роженицы от заболевания сердечно-сосудистой системы с целью выявления недочетов, допущенных при наблюдении за беременной в женской консультации и стационаре.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ

Д. Ф. Чеботарев

Условия функции почек и мочевыводящих путей значительно изменяются при беременности. Эти изменения связаны, с одной стороны, с общим влиянием беременности на организм женщины, с другой стороны, с механическими воздействиями, затрудняющими выведение мочи. Во время беременности к почкам как органу, способствующему выведению продуктов обмена, предъявляются большие требования, с которыми в обычных условиях они вполне справляются. Однако при наличии в почках патологического процесса беременность нередко становится непосильной нагрузкой для них, отрицательно воздействующей на их функцию, а значит, и на весь организм беременной женщины.

Нередко женщина с хроническим заболеванием почек, настойчиво желающая иметь ребенка, ставит перед врачом вопрос о возможности беременности в будущем или о продолжении уже существующей беременности, несмотря на наличие показаний к аборту. В этих случаях вопрос о разрешении беременности или о возможности ее продолжения должен быть решен индивидуально у каждой больной после ее тщательного исследования.

Этот вопрос следует решать не только на основании диагноза, но и на основании изучения клинического течения заболевания и главным образом состояния функции почек — их азото-хлоро-водовыделительной способности, их способности к концентрации. Обычно применяемые функциональные почечные и другие пробы (Зимницкого, Фольгарда и Фара, ван Слайка) не дают полного представления о функции почек и тем более об их резервных способностях, которые могут быть использованы в период наибольшей нагрузки — в последние месяцы беременности. В этом смысле незаменимой является комплексная проба по принципу концентраций акад. Н. Д. Стражеско, проводимая в совершенно физиологических условиях при наличии значительной белковой нагрузки.

Эта проба заключается в том, что в течение 3 дней беременная получает следующую диэту: завтрак (в 10 часов утра) — полстакана слад-

№ 1982

кого чая, стакан молока, 100 г белого хлеба и 15 г масла; обед (2 часа дня) — суп мясной с крупой, 200 г вареного мяса с пюре из картофеля или моркови, сладкое блюдо и 100 г белого хлеба; ужин (в 6 часов вечера) — 1 стакан молока, 1 стакан сладкого чая, 100 г белого хлеба, 15 г масла и 100 г творога.

Диэта имеет около 2 300 больших калорий и включает 110 г белков, 73 г жиров и 270 г углеводов.

На третьи сутки такой диэты в 9 часов утра беременная опорожняет мочевой пузырь, а в 9 часов 30 минут натощак у нее берут кровь из вены для определения остаточного азота, мочевины и резервной щелочности.

Первую порцию мочи для исследования берут в 10 часов утра, после чего беременная завтракает; вторую — в 2 часа дня, после чего она обедает. Через 2 часа после обеда, т. е. в 4 часа дня, вторично берут кровь для исследования тех же ингредиентов (остаточный азот, мочевина, резервная щелочность). Третью порцию мочи собирают в 6 часов вечера, после чего беременная ужинает. В 9 часов вечера собирают четвертую порцию мочи. Моча, собранная с 9 часов вечера до 9 часов утра, составляет пятую порцию. Во всех порциях мочи определяется ее количество, удельный вес, процентное содержание и абсолютное количество хлоридов и мочевины. Сумма первых четырех порций дает дневной диурез, а пятая порция — ночной. Сумма абсолютных количеств хлоридов и мочевины во всех пяти порциях составляет суточное выделение хлоридов и мочевины. Кроме того, вычисляют две константы Амбара: одну — из данных, полученных при исследовании порций мочи и крови, взятых натощак, а вторую — из данных двухчасовой (второй) порции мочи и порции крови, взятой через 2 часа после обеда.

Нормальная функция почек при этой пробе характеризуется ясно выраженными колебаниями количества мочи в отдельных порциях, колебаниями удельного веса (1 010—1 023), изменением концентрации хлоридов в отдельных порциях от 0,65 до 1,8 г% и мочевины от 1,5 до 3,2 г%, нормальными константами Амбара натощак и после обеда, нормальным щелочным резервом, а также соотношением ночного диуреза к дневному, как 1 : 2. Особенное значение имеет уровень остаточного азота и мочевины крови, которые как в порции, взятой натощак, так и в послеобеденной порции не должны превышать 40—45 мг%.

У женщин с физиологически протекающей беременностью при наклонности к набуханию тканей дневной и ночной диурез могут почти уравниваться и несколько уменьшается количество выделяемых хлоридов.

В проведении этой функциональной пробы нет необходимости, если при наличии достаточного суточного диуреза (свыше 700 мл) количество остаточного азота в крови, взятой натощак, превышает 60—70 мг%. Такая азотемия сама по себе является противопоказанием к продолжению беременности.

Беременность абсолютно противопоказана при туберкулезе почек, липоидном нефрозе, кистозном перерождении почек, пиэлонефрозе. Противопоказанием к ней является почечнокаменная болезнь, односторонний гидронефроз, хронический нефрит, хронические воспалительные заболевания почечных лоханок и мочевого пузыря, отсутствие одной почки. При настойчивом желании женщины иметь ребенка, при отказе ее от аборта к решению вопроса о возможности беременности при этих заболеваниях следует подходить весьма осторожно. Необходимо учитывать общее состояние больной, ее возраст, число предшествовавших родов, размеры

таза и самое главное функциональное состояние почек и сердечно-сосудистой системы.

Одно- или двусторонняя почечнокаменная болезнь с частыми приступами почечной колики, безусловно, является показанием к запрещению беременности, а в некоторых случаях, в ранние сроки,—к проведению операции удаления камней из почек или прерыванию беременности. При спокойном течении заболевания, особенно в более поздние сроки, наличии хорошей или удовлетворительной функции почек беременность может быть сохранена, если, конечно, больная находится под тщательным медицинским наблюдением.

Не является абсолютным противопоказанием к беременности и наличие одной хорошо функционирующей почки. У перенесших нефрэктомию беременность может протекать так же хорошо, как и у женщин с двумя здоровыми почками.

Возможно сохранение беременности при остаточных явлениях после ранее перенесенного острого нефрита.

Наличие стойкой альбуминурии, а иногда и цилиндрурии не всегда является проявлением хронического диффузного нефрита. Следует помнить, что наличие этих изменений мочи (при отсутствии гипертензии) нередко бывает выражением остаточных явлений после ранее перенесенного острого нефрита. Они являются результатом незначительных изменений в почках, не сопровождающихся нарушением их функций и не влияющих на состояние сердечно-сосудистой системы.

Остаточные явления после острого нефрита следует отличать от хронического диффузного нефрита, характеризующегося рядом симптомов. Хронический диффузный нефрит сопровождается патологическим состоянием всей сердечно-сосудистой системы, сдвигами в вазомоторных механизмах, артериальной гипертензией.

Течение беременности у ранее перенесших острый диффузный нефрит и имевших остаточные явления в виде незначительной альбуминурии при нормальном артериальном кровяном давлении, по нашим наблюдениям, может ничем не отличаться от течения беременности у вполне здоровых женщин.

Беременность у больных хроническим диффузным нефритом, основным симптомом которого является артериальная гипертония, обычно обусловливает ряд симптомов, свидетельствующих о прогрессировании процесса в почках и сердечно-сосудистой системе. Беременность при этом заболевании нередко является причиной перехода нефрита из стадии с достаточной функцией почек в стадию с почечной недостаточностью. При этом повышается кровяное давление, прогрессивно ухудшается состояние сосудов глазного дна, нарушается концентрационная способность почек, нарастает количество остаточного азота и мочевины крови.

Разнообразие влияния беременности на функцию почек у перенесших острый диффузный нефрит зависит от степени морфологических изменений почек и функциональной их полноценности. Данные наблюдений над этими больными свидетельствуют о том, что вопрос о прерывании беременности при хроническом диффузном нефрите должен решаться не на основании наличия альбуминурии, а на основании оценки состояния функции почек, наличия гипертензии и других симптомов, свидетельствующих об изменении периферического кровообращения. Артериальная гипертензия свыше 140/90 мм, смещение левой границы сердца за счет гипертрофии левого желудочка, аускультативные данные, свидетельствующие о недостаточности миокарда (глухость тонов, раздвоение первого тона, ритм галопа); бледность кожи, капилляроскопиче-

ская картина, мочевой синдром, недостаточность функции почек, а иногда изменения глазного дна указывают на наличие выраженного поражения почек, глубоких изменений во всем организме. Таким больным следует избегать беременности; при наличии же ее показано прерывание в возможно более ранние сроки.

При решении вопроса о показаниях к прерыванию беременности у больных хроническим нефритом с недостаточностью функции почек необходимо учитывать и весьма тяжелый прогноз для плода, внутриутробная гибель которого наблюдается в 70—80%. Такая высокая смертность объясняется изменениями в плаценте, инфарктами в ней, водянкой, преждевременной отслойкой плаценты.

Продолжение беременности при функциональной недостаточности почек, как правило, вызывает обострение патологического процесса в них, нередко изменяя доброкачественное течение болезни в злокачественное.

Если при хроническом нефрите сохраняется достаточная функция почек, отсутствуют выраженная гипертензия, изменения глазного дна, гиперазотемия, то при настойчивом желании женщины иметь ребенка и отказе ее от аборта беременность может быть сохранена, однако только при условии, что такая больная будет находиться под тщательным медицинским наблюдением.

Такие больные (беременные) должны соблюдать диэту с ограничением поваренной соли и белков, в зависимости от хлоро- и азотовыделительной функции почек. Им показано проведение курсов внутривенных вливаний гипертонических растворов глюкозы с аскорбиновой кислотой. Для проведения функциональных исследований почек необходимы повторные помещения в стационар. Строгий постельный режим в стационаре показан при обострении заболевания, при нередко наблюдающемся осложнении течения хронического нефрита поздним токсикозом беременности.

Некоторые трудности представляет диагностика острого нефрита, появившегося во время беременности, который необходимо диференцировать от осложнения беременности «поздним токсикозом» или обострением хронического нефрита. Решающее диференциально-диагностическое значение в этих случаях обычно имеют данные анамнеза — наличие незадолго перенесенных инфекций (ангина, грипп, тиф).

Хронический пиэлит без наличия пиэлонефрита при достаточной функции почек является относительным противопоказанием к беременности; в связи со специфическими условиями функции мочеточников при беременности заболевание нередко обостряется. Поэтому беременная женщина, страдающая хроническим пиэлитом, так же как и в том случае, когда пиэлит осложняет течение беременности, присоединяясь к ней, требует особого внимания и в период обострения — помещения ее в стационар для соответствующего лечения.

Во время беременности почки, подвергаясь непрямому давлению растущей матки, сдвигаются кверху и прижимаются к задней стенке брюшной полости. Значительные изменения происходят и в мочеточниках. Стенки их утолщаются вследствие роста мышечных клеток и многослойного эпителия. Во многих случаях отмечается значительное удлинение и расширение мочеточников. Основной причиной дилятации мочеточников является понижение их мышечного тонуса. Некоторое значение имеет и фактор компрессии от растущей матки, способствующий развитию дилятации абдоминального отдела мочеточников. Адинамия и сопутствующая ей дилятация мочеточников появляются с IV месяца беременности и, до-

стигая своего максимума на VI месяце, стойко держатся до конца ее. Изменения правого мочеточника при этом более выражены, чем левого. Вместе с мочеточниками значительно расширяются и почечные лоханки. Емкость мочеточников и почечных лоханок вместо 3—4 мл до беременности во второй половине беременности нередко достигает 20—40 мл, а иногда и 70 мл.

Гипотоническое или адинамическое расширение мочеточников и почечных лоханок способствует задержке мочи и повышению давления в них, иногда вдвое против нормального. Значительное нарушение оттока мочи в физиологических условиях наступает, однако, редко. На опорожнение мочеточников благотворно действуют внешние факторы, изменяющие внутримочеточниковое давление: изменение положения тела, перистальтика кишечника, сокращение матки и т. д.

Замедление оттока мочи из почечных лоханок и мочеточников, повышение давления в них, а по мнению некоторых авторов, и наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса, при котором происходит обратный ток мочи из пузыря в мочеточник, естественно, затрудняют функцию почек, способствуют развитию инфекции мочевых путей, рецидивам ранее существующего пиэлита.

Осложнение течения беременности пиэлитом еще больше нарушает отток мочи из почек. Субъективно при этом появляются тупые или коликообразные боли в пояснице и в боковых отделах живота, появляется тошнота и рвота. Температура тела обычно повышается до 38—40°, причем повышение нередко сопровождается ознобами. Отмечается положительный симптом Пастернацкого, чувствительность при пальпации по ходу мочеточников.

Своевременно примененное энергичное лечение больного пиэлитом обычно всегда эффективно. Рекомендуются внутривенные вливания 40% раствора уротропина, пенициллинотерапия, стрептомицинотерапия, достаточное потребление жидкости, диэта, содержащая значительное количество животных белков и способствующая поддержанию кислой реакции мочи. Лечение должно быть проведено при соблюдении постельного режима.

В тяжелых случаях, не поддающихся такому лечению, следует применять комбинированное лечение пенициллином и стрептомицином (по 250 000 единиц 1—2 раза в сутки), а также промывание почечных лоханок дезинфицирующими растворами путем катетеризации.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Д. Ф. Чеботарев

Беременность предъявляет большие требования к сердечно-сосудистой системе, к ее вазомоторным, регулирующим аппаратам. Органические или функциональные нарушения в этой системе нередко являются противопоказанием к беременности.

Согласно большинству современных статистик, нормальным систолическим давлением для беременных является давление 100—120 мм, а диастолическим 60—80 мм. Верхняя физиологическая граница артериального давления — 140/90 мм, а по некоторым авторам, — 135/85 мм. Цифры, превышающие этот уровень, указывают на наличие гипертензии.

В связи с тем, что гипертензия является основным, почти постоянным симптомом поздних токсикозов беременности и что течение беремен-

ности при гипертонической болезни относительно часто сопровождается этим осложнением, к постановке диагноза гипертонической болезни у беременных необходимо подходить весьма осторожно.

Естественно, что главным диференциальным признаком между гипертонической болезнью и поздними токсикозами является наличие повышенного артериального давления до беременности или в первые 16 недель ее. Однако иногда беременные не находятся под наблюдением районных женских консультаций с первых недель беременности и врач не знает уровня их кровяного давления, существовавшего незадолго до беременности или в ранние сроки ее. В этих случаях приходится учитывать объективные данные со стороны сердечно-сосудистой системы и степень проявления других симптомов. При длительно существующей гипертонической болезни, как правило, наблюдается смещение сердечного толчка и левой границы сердца влево; акцент на аорте в большинстве случаев резко выражен и часто имеет металлический оттенок; нередко наблюдаются явления недостаточности миокарда (раздвоение первого тона и даже ритм галопа), специфические данные капилляроскопии.

При осмотре глазного дна в некоторых случаях отмечаются склеротические изменения сосудов сетчатки, следы от старых кровоизлияний.

У страдающих гипертонической болезнью, беременность которых не осложнена поздним токсикозом, обычно, как мы убедились, отсутствует общий отек, а альбуминурия, если она есть, является незначительной. Критерием наслоения позднего токсикоза у беременных, страдающих гипертонической болезнью, является повышение гипертензии, появление общего отека, который обычно никогда не бывает резко выражен, появление значительных количеств белка в моче (от 1‰ и выше). У страдающих гипертонической болезнью, так же как и у женщин, до беременности практически здоровых, комбинация симптомов позднего токсикоза может быть различной, с той лишь разницей, что судорожный период у первых развивается весьма редко.

В анамнезе беременных с гипертонической болезнью, ранее рожавших, часто отмечается наличие мертворождений. В то время как поздний токсикоз наблюдается главным образом у первородящих в возрасте 20—30 лет, гипертоническая болезнь преимущественно бывает у женщин 30—40 лет.

У многих беременных, страдающих гипертонической болезнью, в 3—6 месяцев беременности наблюдается некоторое снижение кровяного давления и у большинства из них — значительное повышение его после 6 месяцев. Броун (Broun) указывает, что кровяное давление временно снижается во второй трети беременности на 20—40 мм почти у 50% беременных, страдающих гипертонической болезнью. В основе патогенеза этого снижения и последующего повышения кровяного давления у этих больных лежат пока еще недостаточно выясненные изменения в нейрогуморальных регуляторных механизмах, связанные, повидимому, с влиянием интерорецепторных импульсов, исходящих из беременной матки, и появлением новой эндокринной железы — плаценты.

Течение и исход беременности зависят от стадии гипертонической болезни. В современной клинике внутренних болезней различают три стадии гипертонической болезни. Г. Ф. Ланг предложил назвать первую стадию неврогенной, причем в этой стадии он различает фазу транзиторной гипертонии, при которой наблюдаются периоды неустойчиво повышенного кровяного давления, и фазу с относительно постоянным повышением давления, при которой все же под влиянием лечения, измене-

ния обстановки уровень давления может снизиться до нормального. Вторая стадия гипертонической болезни, характеризующаяся относительно стойким, значительным повышением кровяного давления, которое может снижаться, но не до нормального уровня, названа Г. Ф. Лангом переходной стадией. В этой стадии обычно отмечаются уже выраженные явления со стороны сердечно-сосудистой системы, могут появляться ангиоспазмы в различных органах, которые и обусловливают нередко клиническую картину стенокардии, церебральных ангиоспазмов, иногда появление небольшой альбуминурии.

В третьей стадии, по Г. Ф. Лангу, — нефрогенной — наблюдается стойкий, высокий подъем артериального давления, особенно диастолического. К клиническим проявлениям, характерным для второй стадии, присоединяется постоянно наблюдающаяся альбуминурия, явления почечной недостаточности различной степени, развивается артериосклероз почек, сосудов глазного дна, мозга и других органов.

Акад. Н. Д. Стражеско делит гипертоническую болезнь также на три стадии, содержание которых в основном аналогично стадиям, предложенным Г. Ф. Лангом, но называет эти стадии: первую — функциональной, или молчаливой; вторую — органической и третью — дистрофической.

Мы убедились в том, что у ряда больных, находящихся в первой — функциональной (по классификации Н. Д. Стражеско) стадии гипертонической болезни с наличием умеренной нестойкой гипертензии, во время беременности наступает нормализация кровяного давления, продолжающаяся и после родов. Обычно такое стойкое исчезновение гипертензии отмечалось уже с первых месяцев беременности. Иногда кровяное давление не падает до нормального, а только значительно снижается на срок беременности. Такое явление наблюдается у незначительного процента беременных, страдающих гипертонической болезнью.

Сосудистая система страдающих гипертонической болезнью в силу функциональных или органических изменений ее и главным образом в силу существующего гипертонуса артериол и нарушения периферического кровообращения во многих случаях не может удовлетворять требованиям, предъявляемым к ней при беременности. В результате нарушения функции сосудов при определенном уровне кровяного давления в ряде паренхиматозных органов наступают изменения метаболизма, свидетельствующие о развивающейся в них гипоксии. Одним из ее проявлений является появление альбуминурии. Недостаточность функции сосудов у беременных женщин, страдающих гипертонической болезнью, особенно сказывается в изменении плацентарного кровообращения. Неполноценность его нередко обусловливает внутриутробную гибель плода, развивающуюся в результате нарушения тканевого обмена и в первую очередь тканевого газообмена между организмом матери и плода. По мнению некоторых авторов, гибель плода при гипертензии, обусловленной гипертонической болезнью или поздним токсикозом, происходит в результате спазма артерий децидуальной оболочки, который обусловливает аноксию дистального по отношению к спазму участка сосуда, вызывает нарушение резистентности его стенки и кровоизлияния после прекращения спазма.

Таким образом, учитывая, что нарушение кровоснабжения происходит во многих органах и, в частности, в почках и плаценте обычно одновременно, альбуминурия, обусловленная гипоксией или аноксией почечной ткани, является показателем параллельно развивающейся гипоксии или аноксии плаценты, а значит, и плода. Появление белка в моче у беременных, страдающих гипертонической болезнью, является весьма

грозным признаком, нередко указывающим и на нарушение жизнеспособности плода. Такие изменения в органах беременной женщины в большинстве случаев происходят, когда уровень артериального давления достигает 160/100 мм. Многие считают этот уровень давления «критическим». Однако индивидуальные особенности организма беременной, особенности плацентарного кровоснабжения, резистентность тканей к гипоксии во многих случаях обеспечивают жизнедеятельность плода и при более высоком артериальном давлении. Нередко у страдающих первой стадией гипертонической болезни живой плод рождается и при кровяном давлении 180/120 мм и выше.

Осложнение течения беременности поздним токсикозом у страдающих гипертонической болезнью, по данным Броун, наблюдается в 14,9—17,9%. По нашим данным, этот процент намного выше. Значительное повышение уровня кровяного давления, появление альбуминурии, обычно небольшой, но иногда достигающей и высокой концентрации (до 10‰ и выше), наблюдалось нами в поздние сроки беременности у большинства страдавших гипертонической болезнью, особенно при наличии второй — органической стадии ее. Значительно реже развивается общий отек или пастозность.

Сочетание гипертонической болезни с беременностью обычно всегда вызывает вполне обоснованную тревогу за состояние здоровья, а иногда и жизнь женщины. Вопрос о терапии, о показаниях к прерыванию беременности должен быть тщательно взвешен и проанализирован, поставлен в зависимости от индивидуальных особенностей течения как гипертонической болезни, так и беременности. В первую очередь должен быть поставлен вопрос о возможности сохранения беременности без ущерба для здоровья беременной.

Гибель плода, обычно внутриутробная или в родах, происходит, по данным разных авторов, в 9,2—63,6%. Такая большая разница в цифрах обусловлена разной тяжестью течения гипертонической болезни у наблюдаемых групп беременных женщин, а также проводимым лечением. Частую гибель плода необходимо учитывать при решении вопроса о прерывании беременности.

Если гипертоническая болезнь перешла во вторую — органическую стадию, если уже с первых недель беременности отмечается упорная альбуминурия, нарушение функции почек, выраженные склеротические изменения сосудов сетчатой оболочки глаз, помутнение или резкий отек их сосочков, то вопрос о прерывании беременности должен быть решен в положительном смысле, так как в этих случаях на V—VI месяце беременности, как правило, наступает внутриутробная смерть плода, и продолжающаяся беременность наносит значительный вред здоровью женщины. Даже у тех больных гипертонической болезнью, у которых в начале беременности еще нет выраженных изменений со стороны глазного дна, нет значительных изменений концентрационной способности почек, но существует упорная альбуминурия при стойком умеренном повышенном или высоком артериальном давлении (свыше 160/100 мм), следует прервать беременность, так как и в этих случаях наступает внутриутробная гибель плода.

Если вопрос о необходимости прерывания беременности у больных во второй стадии гипертонической болезни достаточно ясен и показания к аборту основаны на многочисленных клинических наблюдениях, то решение его у больных в первой стадии этого заболевания требует предварительного тщательного изучения больной, преимущественно в условиях стационара. Пребывание больной на постельном режиме в

спокойной больничной обстановке при наличии полноценного питания является наиболее основательным функциональным испытанием. Если в таких условиях кровяное давление нормализуется, то можно предполагать благоприятное течение и исход беременности при условии пребывания такой больной под тщательным врачебным наблюдением. Если гипертензия не снижается ниже 150/100 мм, то даже при отсутствии протеинурии благоприятный исход беременности является сомнительным, и больная должна быть предупреждена о возможных осложнениях. Сохранение беременности в таких случаях требует особенно внимательного наблюдения — еженедельной проверки уровня кровяного давления, веса, анализов мочи, контроля за состоянием глазного дна и помещения в стационар в тех случаях, когда кровяное давление приближается к «критическому», опасному для жизни плода.

На нашем опыте мы убедились в благоприятном влиянии как на беременную, так и на плод введения в пищевой рацион больной значительных количеств сладостей, пищи, богатой витаминами. При отвращении к сладкому рекомендуется проведение курсов внутривенного вливания глюкозы с аскорбиновой кислотой. Глюкоза как идеальный продукт питания для плода, легко диффундирующий через сосудисто-тканевые мембраны, повышает резистентность тканей к гипоксии, является наилучшим средством для поддерживания жизнедеятельности плода в трудных условиях его существования в организме женщины, страдающей гипертонической болезнью.

Беременные в первой стадии гипертонической болезни не нуждаются в резком ограничении пищевого белка, суточное потребление которого не должно быть менее 60—70 г. При осложнении течения беременности у таких больных поздним токсикозом с развитием общих отеков необходимо резко ограничить потребление ими поваренной соли и жидкости. Из фармакологических средств рекомендуются бромиды, в более тяжелых случаях — умеренные дозы люминала (по 0,03 г 2—3 раза в день) и другие средства, снижающие кровяное давление. Если кровяное давление в течение 36—37 недель беременности не превышает 160/100 мм, то при такой терапии обычно удается довести беременность до благополучного конца. Некоторое превышение этих цифр артериального давления и даже появление протеинурии после 37 недель беременности является уже не таким грозным признаком, как в более ранние сроки, и в большинстве случаев не ведет к гибели плода. Если во время беременности, развивающейся благоприятно, вначале все же появляются нарушения зрения, изменения глазного дна в виде отека сосочка, иногда с отеком сетчатки, ее отслоение, то продолжение беременности становится недопустимым.

Существующие немногочисленные литературные данные о дальнейшем течении гипертонической болезни у женщин, перенесших беременность и роды в первой стадии гипертонической болезни при относительно небольшой гипертензии, указывают на отсутствие в большинстве случаев заметного вреда беременности для здоровья женщины. Однако у ряда больных она, безусловно, способствует развитию второй стадии заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

Вылегжанин А. И., Гипертоническая болезнь и беременность, Акушерство и гинекология, 1952, № 6, стр. 7—13.

Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь, М., 1950.

Чеботарев Д. Ф., О динамике артериального давления при позднем токсикозе беременных, Акушерство и гинекология, 1953, № 3, стр. 15—21.

ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Проф. *А. М. Зюков* и *Н. А. Панченко*

Острые инфекционные заболевания при беременности влияют отрицательно на организм женщины и плода, часто вызывают внутриутробную смерть плода и преждевременное прерывание беременности. Для ряда острых инфекционных заболеваний доказана возможность передачи через плаценту возбудителей как бактериальной, так и вирусной природы или их токсинов. В большинстве случаев проходимость плаценты для возбудителей заболевания связана с глубокими анатомическими изменениями ее.

Прохождение бактерий или вирусов через плацентарный барьер и поражение плаценты или плода являются одной из основных причин наступления аборта или преждевременных родов. Известную роль при этом играет высокая температура и поражение эндометрия с образованием кровоизлияний.

Беременность во многих случаях оказывает неблагоприятное влияние на течение инфекционного заболевания. Особенно опасным является наступление аборта или родов на высоте болезни. Утомление во время родов, кровопотери, наличие свежей раневой поверхности в матке, изменение положения внутренних органов обусловливают неблагоприятное воздействие родового акта на течение инфекции. Острые инфекционные заболевания никогда не могут служить показаниями (в интересах матери) для искусственного аборта или преждевременных родов, потому что прерывание беременности ухудшает прогноз заболевания.

1. БЕРЕМЕННОСТЬ И МАЛЯРИЯ

Многочисленными исследованиями различных авторов с несомненностью установлено, что малярия оказывает неблагоприятное влияние не только на течение и исход беременности, но и на жизнеспособность ребенка.

Особенно опасна в этом отношении тропическая малярия. Согласно данным М. В. Войно-Ясенецкого, летальность новорожденных, у матерей которых в крови имелись плазмодии трехдневной малярии, составляет 15,7%, в то время как у рожениц с плазмодиями тропической малярии она доходит до 33%.

Очень часто у женщин, больных малярией, дети рождаются недоношенными или в состоянии асфиксии.

По наблюдениям В. А. Лосицкой, мертворождаемость и смертность доношенных новорожденных при нелеченной малярии матерей достигает 18,1%, недоношенных — 56%.

По данным А. А. Когана, процент смертности недоношенных детей от таких матерей очень велик: они часто гибнут от бронхопневмонии и ателектаза.

Женщины, длительно и повторно болеющие малярией, нередко утрачивают способность к деторождению.

Беременность может оказывать провоцирующее влияние на течение латентной малярии, причем особенно часто рецидивы наступают в первые дни послеродового периода. Появлению приступов в этих случаях способствуют происходящие при родах потери крови, эндокринно-вегетативные сдвиги и всасывание большого количества тканевой жидкости.

М. А. Рейнигер-Арешева и ряд других авторов указывают, что беременность, особенно во второй ее половине, способствует появлению различных осложнений малярии, которые отражаются на течении беременности.

Частота прерывания беременности зависит от длительности течения малярии и ее формы. При первичной малярии, по М. А. Рейнигер-Арешевой, беременность нарушается в 77% случаев, при декомпенсированных формах — в 53%, а в случаях тяжелой кахексии она сохраняется только в 8,5%.

По данным А. А. Когана, при наличии приступов во время беременности преждевременные роды и аборты наступают в 26,3%; если же приступы появляются во второй половине беременности, то этот процент поднимается до 50.

В. А. Лосицкая приводит еще более высокую цифру невынашиваемости — 61%. Вопрос о влиянии беременности на тяжесть течения малярии разными авторами трактуется различно.

А. А. Ашман, наблюдавший течение малярии у 395 беременных, не мог отметить неблагоприятного влияния беременности на развитие и исход этой болезни.

С таким утверждением трудно согласиться.

М. А. Рейнигер-Арешева, работавшая в субтропической полосе Закавказья, указывает, что первичные формы малярии у беременных в 15,3% заканчивались летально, а терминальные, сопровождавшиеся метамалярийными заболеваниями, в 76,6%. При этих последних формах для спасения жизни матери она предлагает искусственно прерывать беременность.

Довольно часто при малярии беременных встречаются различные осложнения. Видное место среди них занимает гипохромная анемия, развивающаяся во второй половине беременности, главным образом у нелеченных больных.

Нередки геморрагические явления, кровотечения из матки и других органов, цынготные изменения в полости рта, петехии на коже и пр. По П. С. Силину, они встречаются у беременных, больных малярией, в 37,2%; по данным родильного отделения Октябрьской больницы в Киеве, — в 14%.

Причиной кровоточивости, повидимому, является гиповитаминоз С. Частым осложнением малярии беременных А. А. Ашман считает отеки, которые он наблюдал в 45%. У больных, не подвергавшихся противомалярийному лечению, отеки, по его данным, встречаются вдвое чаще. Наши наблюдения не подтверждают этих цифр: отеки мы отмечали сравнительно редко, главным образом у тяжело больных.

М. А. Харитонов указывает, что у беременных, больных малярией, часто появляются боли в животе вследствие токсического раздражения мышц матки.

Токсикозы беременности при малярии не учащаются (А. А. Коган).

К особенностям течения малярии беременных следует отнести прежде всего то, что селезенка у них, если и увеличивается, то очень незначительно и далеко не всегда определяется при прощупывании. Опыты на собаках со смещенной под кожу селезенкой показывают, что при беременности у этих животных она значительно уменьшается.

Второй особенностью малярии при беременности является частота злокачественных форм, протекающих с тяжелыми поражениями печени (Е. М. Тареев), и частота малярийной комы. Китаев наблюдал 21 больную, страдающую коматозной формой малярии, у 14 из них имела место

беременность. Роды обычно наступали незадолго до появления комы или в то время, когда роженица находилась в бессознательном состоянии; дети нередко рождались мертвыми.

По данным И. А. Кассирского и Г. Полякова, малярия беременных отличается хиноупорностью и сравнительно медленным исчезновением тяжелых симптомов болезни. Эти авторы сообщают, что наблюдаемые ими больные не поддавались лечению хинином и в течение 4—5 месяцев у них отмечались упорные и частые рецидивы. Лишь внутривенные вливания хинина в 94,2% случаев дали возможность сохранить беременность.

Родовой акт у больных малярией, по наблюдениям А. А. Когана, проходит в общем нормально, лишь иногда у многорожавших он несколько затягивается. По данным родильного отделения Октябрьской больницы в Киеве, средняя продолжительность родов у больных, страдающих малярией, равна 18 часам; в первом и втором периоде родов отклонений не наблюдается, но в послеродовом периоде довольно часто появляется гипотоническое кровотечение.

В. А. Лосицкая указывает, что разрывы промежности при родах у больных малярией наблюдаются втрое чаще, чем у здоровых рожениц. Е. Деранкова считает малярию возможной причиной разрыва беременной матки.

Пониженная сопротивляемость беременной, больной малярией, способствует развитию септических осложнений после родов. Из 98 родильниц, больных малярией, в Октябрьской больнице в Киеве две погибли от послеродового сепсиса.

Тяжелое течение малярии, угрожающее здоровью матери и плода, имеет место главным образом в тех случаях, когда беременные подвергаются недостаточно энергичному лечению.

При раннем распознавании и рациональной терапии острые приступы малярии прекращаются и беременность, как правило, благополучно заканчивается.

Совершенно необоснованным и вредным является представление о том, что преждевременные роды, выкидыши и мертворождение вызываются противомалярийными средствами.

Многочисленные наблюдения различных клиницистов с несомненностью показывают, что противомалярийные препараты, в том числе и хинин, применяемые в обычных терапевтических дозах, никогда не приводят к прерыванию беременности. Лечение следует начинать возможно раньше, как только поставлен диагноз, и при появлении рецидива лечение необходимо повторять.

В консультациях кровь беременных необходимо исследовать на плазмодиев малярии и при обнаружении их немедленно начинать лечение. Беременные, больные малярией, должны находиться под постоянным наблюдением противомалярийных станций.

Согласно Инструкции Министерства здравоохранения СССР (1947), у беременных лечение малярии следует проводить по общим правилам и особенно настойчиво. Для лечения рекомендуется применять акрихин, так как он не оказывает действия на матку. В тяжелых случаях малярии проводят инъекции хинина.

Следует особенно подчеркнуть, что ни акрихин, ни плазмоцид в больших дозах (плазмоцид даже при смертельном отравлении) не вызывают аборта или преждевременных родов.

Кормящие женщины могут проводить лечение акрихином или хинином в обычных дозах. Средства эти переходят в молоко лишь в ничтожных

количествах, однако они совершенно недостаточны для получения лечебного эффекта у грудных детей, больных малярией.

Акрихин назначается внутрь в таблетках по 0,1 три раза в день после еды. Лечение проводится тремя циклами с интервалами между ними в 7—10 дней. Первый цикл длится 5 дней, остальные два цикла по 3 дня. В первые один-два дня лечения суточную дозу акрихина можно увеличить до 0,6 (дают 2 таблетки по 0,1 три раза в день), продолжительность первого цикла при этом сокращают с 5 дней до 4—3. Для парэнтерального введения применяют 4% водный раствор акрихина, который подогревают до температуры тела и впрыскивают в мышцы в количестве 5 мл, что соответствует 0,2 чистого акрихина (2,5 мл 4% раствора = 0,1 акрихина). В тех случаях, когда лечение акрихином оказывается безрезультатным, следует прибегать к другим противомалярийным средствам: хинину, плазмоциду, бигумалю, ни в коем случае не снижая обычных терапевтических доз. Лечение необходимо проводить совместно с маляриологом или, терапевтом-инфекционистом.

Украинский институт малярии и медицинской паразитологии рекомендует новое противомалярийное средство — полицин.

П. П. Лицын, изучавший действие этого препарата, считает его наиболее эффективным из всех существующих. По данным автора, полицин оказывает прямое паразитоцидное действие на все виды плазмодиев малярии и очень хорошо переносится детьми и беременными во все периоды беременности. Полицин приготовляется в таблетках, каждая из которых содержит:

Плазмохин	0,0025
Сернокислый хинин	0,1
Мышьяковистый ангидрид	0,0005
Железо (Ferrum reductum)	0,03
Метиленовую синьку	0,01
Акрихин	0,01
Бигумаль	0,005

Полицин дают 12 дней подряд по 5 таблеток в сутки. В случаях упорно рецидивирующей малярии применяют «долечивание», назначая полицин в полной терапевтической дозе (т. е. по 5 таблеток в день) 2 раза в неделю в течение двух месяцев. Специфическую терапию малярии следует сочетать с лечением, направленным на поддержание сил беременной и на борьбу с различными осложнениями. При схваткообразных болях необходим покой и наркотики; при анемии назначают мышьяк, железо, сырую печень и ее препараты, переливание крови.

Питание больных должно быть разнообразным, полноценным, необходимо вводить достаточное количество витаминов.

В тяжелых случаях малярии, ввиду пониженной сопротивляемости организма беременных, рекомендуется искусственное прерывание беременности.

Возможность внутриутробного заражения плода малярией в настоящее время является доказанной (Е. М. Тареев). Кровь из плаценты содержит плазмодиев во много раз больше, чем кровь, взятая из пальца. Скопляясь в сосудах и межворсинчатых пространствах детского места, плазмодии вызывают образование тромбов, инфарктов, кровоизлияний и тем самым делают возможным переход инфекции к плоду.

Внутриутробная малярия приводит к смерти плода или же к задержке его развития. В последнем случае уже в первые дни после рождения заболевание сопровождается увеличением печени, селезенки, дистрофией, подъемами температуры и присутствием плазмодиев в крови.

Врожденная малярия клинически обнаруживается только спустя недели и даже месяцы после рождения; она проявляется повышением температуры и другими признаками, свойственными этой болезни.

Профилактика врожденной малярии заключается в систематическом лечении матери во время беременности.

2. БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИРУСНЫЙ ГРИПП

Среди других острых инфекционных болезней эпидемический вирусный грипп занимает особое место по чрезвычайной быстроте распространения. Нередко грипп поражает беременных и поэтому имеет большое значение в акушерской практике.

Необходимо отличать настоящий вирусный грипп, вызываемый ультравирусом А или В, от так называемых сезонных катарров верхних дыхательных путей. Клинические симптомы обеих этих болезней часто бывают очень сходны. Однако вирусный грипп всегда проявляется в виде эпидемических вспышек, спорадические случаи этой болезни если и встречаются, то очень редко. Точный диагноз вирусного гриппа устанавливается на основании довольно сложных лабораторных исследований: выделение вируса — возбудителя болезни, накопление в крови вирусонейтрализующих антител, реакция гемагглютинации, цитограмма отпечатков слизистой носа по Колядицкой.

Появившись в какой-либо местности, вирусный грипп, передаваясь главным образом капельным путем, чрезвычайно быстро распространяется и создает большую зараженность населения, причем явно выраженными формами болеет только около 30%. Многие из зараженных переносят болезнь легко, не отрываются от своей обычной работы.

Основным и наиболее постоянным проявлением выраженных форм вирусного гриппа является общая интоксикация, которая прежде всего сказывается возникновением ряда изменений со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы.

К общетоксическим явлениям нередко присоединяются воспалительные процессы, возникающие в том или ином органе.

Известно также, что вирусный грипп обладает анергезирующим действием — он нарушает иммунобиологическое состояние организма и тем самым способствует пробуждению дремлющей инфекции, активируя старые очаги туберкулеза и сепсиса.

Эти свойства гриппа обусловливают тяжелое течение беременности, родов и послеродового периода у заболевшей женщины.

Гриппозное заболевание нарушает менструальный цикл, вызывает иногда мено-метроррагии и может вести к длительной аменоррее. Некоторые авторы отмечали даже уменьшение рождаемости в годы после гриппозных эпидемий.

Вопрос о прерывании беременности при гриппе, особенно в первую ее половину, не может считаться окончательно разрешенным.

При гриппе, несомненно, наблюдаются отдельные случаи абортов с геморрагическим воспалением отпадающей оболочки, однако нет оснований говорить о частом прерывании беременности в первую ее половину. В последние месяцы прерывание беременности в связи с гриппом встречается чаще. Грипп способствует повышению мертворождаемости и смертности среди детей, родившихся с признаками гриппа; это указывает на возможность прохождения вируса через плаценту.

Клиническая картина гриппа у беременных мало чем отличается от обычной, за исключением большей частоты и более тяжелого течения

пневмоний. Лечение гриппа у беременных проводится по обычным для этой болезни методам.

Что касается течения родового акта при гриппе, то первые два периода обычно не представляют больших отклонений; продолжительность родов не увеличивается. Значительно повышается процент осложнений в третьем периоде родов.

По нашим наблюдениям, в 28% всех случаев отмечалась задержка оболочек, частей плаценты и гипотонические кровотечения. Оперативные вмешательства в третьем периоде родов у рожениц, больных гриппом, производились в 3 раза чаще, чем у здоровых.

В связи с понижением защитных сил организма при гриппе увеличивается численность послеродовых заболеваний. Больше чем в половине случаев отмечались нарушения нормального течения послеродового периода. Однако широкое внедрение в практику сульфаниламидов и антибиотиков позволило резко снизить послеродовые заболевания у женщин, больных гриппом. При гриппе нередко отмечается гипогалактия и чаще возникают маститы. Вирусный грипп представляет большую опасность для новорожденных. При отсутствии надлежащей профилактики и терапии грипп быстро распространяется среди новорожденных.

При гриппозных эпидемиях требуется строжайшее соблюдение всех необходимых профилактических мероприятий. Должны проводиться: обязательная своевременная изоляция всех подозрительных на грипп детей и матерей, обязательное ношение масок, проветривание и облучение палат ртутно-кварцевой лампой, должна поддерживаться надлежащая температура детских отделений. При малейших признаках гриппа у новорожденного необходимо приступить к лечению с применением сульфаниламидов и пенициллина.

Переходя к описанию других инфекционных заболеваний во время беременности, нужно указать, что оспа, являвшаяся прежде грозной болезнью для беременных женщин, в Советском Союзе в результате обязательной всеобщей вакцинации потеряла всякое значение.

3. БЕРЕМЕННОСТЬ И КОРЬ

Корь встречается у беременных очень редко. Беременность при этом заболевании нередко прерывается в периоде высыпания или непосредственно после него. Дети иногда рождаются с признаками сыпи. Течение кори во время беременности не представляет каких-либо особенностей по сравнению с небеременными, за исключением большей наклонности к поражению дыхательных путей.

4. БЕРЕМЕННОСТЬ И СКАРЛАТИНА

Скарлатина редко встречается при беременности и далеко не всегда ее прерывает. За долгий период времени нам пришлось наблюдать всего 12 беременных, больных этим заболеванием. Скарлатина может возникнуть также в послеродовом или послеабортном периоде. Аборт может наступить уже после выздоровления, как это было у одной из наших больных, когда плодное яйцо родилось через 6 недель после начала заболевания. Если скарлатина появляется после родов или после аборта, то сыпь бывает особенно резко выраженной на бедрах и в нижней части живота. Налеты на трещинах влагалища и гнойные выделения позволяют думать, что входными воротами для инфекции в этих случаях является раневая поверхность влагалища или шейки матки; ангина бы-

вает мало выраженной. Сыпь обычно появляется на 2—3-й день после аборта или родов, что создает затруднения для отличия скарлатины от послеродового сепсиса, при котором также могут наблюдаться скарлатиноподобные сыпи. Скарлатина, по нашим наблюдениям, протекала нетяжело, несмотря на наличие воспалительных процессов в матке или в ее придатках.

5. БЕРЕМЕННОСТЬ И ДИФТЕРИЯ

Дифтерия довольно редко встречается при беременности и в тяжелых случаях ведет к ее прерыванию. Очень редко входными воротами для инфекции являются ссадины и трещины в мягких тканях родовых путей.

6. БЕРЕМЕННОСТЬ И БРЮШНОЙ ТИФ

Брюшной тиф встречается при беременности чаще, чем корь, скарлатина и дифтерия, однако беременные женщины составляют не больше 1% среди всех болеющих брюшным тифом женщин. Брюшной тиф нередко ведет к прерыванию беременности. Преждевременные роды или аборт при брюшном тифе чаще всего наступают на 3-й неделе заболевания. Беременность значительно отягощает течение болезни. Процент смертности среди беременных, больных брюшным тифом, значительно выше, чем среди небеременных. Чем старше женщина и чем больше срок беременности, тем более опасно заболевание брюшным тифом. Возбудитель брюшного тифа может проходить через плацентарный барьер к плоду, что объясняется глубокими изменениями плаценты, наблюдаемыми при этой болезни. При брюшном тифе часто наблюдаются кровотечения как после родов, так и после абортов. Послеродовой период нередко осложняется воспалительными заболеваниями половых органов.

7. БЕРЕМЕННОСТЬ И СЫПНОЙ ТИФ

Шансы на сохранение беременности при сыпном тифе несколько выше, чем при брюшном. Преждевременные роды или аборт чаще всего наступают на 5—7-й день заболевания, хотя в отдельных случаях они могут иметь место и через 2—3 недели после начала заболевания, уже при нормальной температуре. Течение родов или абортов при сыпном тифе не отличается какими-либо особенностями. Средняя продолжительность родов даже меньше, чем у здоровых женщин. Наклонности к кровотечениям нет. После родов всегда отмечается значительная субинволюция матки и резкое уменьшение секреции молока. Доношенные дети обычно рождаются живыми. При сыпном тифе обнаруживаются значительные изменения в плаценте (слущивание эпителиального покрова ворсин, отек, кровоизлияния как в ворсинах, так и в децидуальной ткани, склероз сосудов и периваскулярная инфильтрация). Беременность не всегда ухудшает течение сыпного тифа: нередко наблюдаются абортивные формы и отсутствие сыпи. Послеродовой и послеабортный период часто проходят без каких-либо осложнений.

8. БЕРЕМЕННОСТЬ И ВОЗВРАТНЫЙ ТИФ

При возвратном тифе беременность не прерывается только в тех случаях, когда пенициллино- или сальварсанотерапия применяется в первые дни болезни. Без раннего специфического лечения беременность почти всегда прерывается уже во время первого приступа —

на 5—6-й день. Только у 10% всех наших больных преждевременные роды или аборт наступали во время второго приступа. При родах и абортах очень часто наблюдаются сильные кровотечения. В послеродовом периоде также отмечаются многочисленные осложнения: пневмония, колит, тромбофлебит. Спирохета возвратного тифа проходит через плацентарный барьер, вследствие чего при нелеченном возвратном тифе дети нередко рождаются мертвыми или умирают в первые дни после родов. В крови детей, взятой немедленно после рождения, можно обнаружить возбудителей возвратного тифа. В плаценте при этом заболевании происходят значительные изменения: облитерация и гиалинизация стенок сосудов, изменения эндотелия капилляров, кровоизлияния в децидуальной ткани. Процент смертности среди беременных больных возвратным тифом значительно выше, чем среди небеременных; смертельные исходы наблюдаются главным образом у резко истощенных, ослабленных женщин.

9. БЕРЕМЕННОСТЬ И ДИЗЕНТЕРИЯ

Дизентерия оказывает неблагоприятное влияние на беременность. При острой дизентерии беременность в большинстве случаев прерывается преждевременно. Течение первого и второго периода родов не представляет особых отклонений; продолжительность родов не увеличивается. Третий период родов часто осложняется задержкой оболочек и кровотечениями. В послеродовом периоде нередко наблюдается резко выраженная субинволюция матки, поздние кровотечения и воспалительные процессы со стороны внутренних половых органов. Процент смертности у беременных, больных дизентерией, значительно выше, чем у небеременных женщин. Рано начатое и энергично проводимое лечение беременной, больной дизентерией, значительно уменьшает опасность этой инфекции для женщины.

Высокий процент детской смертности объясняется тяжелым состоянием матери.

Хроническая дизентерия оказывает меньшее влияние на течение беременности.

Всех беременных, больных острыми инфекциями, необходимо госпитализировать в инфекционном отделении, где они должны находиться под постоянным наблюдением врача-акушера.

10. БЕРЕМЕННОСТЬ И БРУЦЕЛЛЕЗ

Бруцеллез. Частота самопроизвольного прерывания беременности при бруцеллезе определяется различными авторами в пределах от 6 до 50%. У женщин, больных бруцеллезом, почти в половине всех случаев беременность в различные сроки заканчивается самопроизвольными выкидышами, причем большинство их наблюдается в первые месяцы болезни — в период ее острого течения. Нормальные роды чаще наступают на второй и в последующие годы болезни, т. е. тогда, когда заболевание бруцеллезом принимает затяжной характер.

При абортах, вызванных бруцеллами, в плаценте и во внутреннем слое матки обнаруживается острый воспалительный процесс в виде отека, лейкоцитарной инфильтрации, а иногда и некроза ткани; воспалительные изменения распространяются также на ворсинчатую оболочку. В дальнейшем течении болезни в толще слизистой оболочки матки, в плаценте и в ворсинках хориона развиваются некробиотические процессы. После изгнания плода воспалительный процесс в эндометрии не-

редко принимает затяжной характер, однако после выздоровления возможно наступление и нормальное развитие беременности.

В разгаре бруцеллеза у беременных довольно часто наблюдаются маститы.

У женщин, больных бруцеллезом, наступление беременности ухудшает течение болезни и ведет к обострению всех ее клинических проявлений.

Внутриутробное заражение плода происходит далеко не всегда, хотя возможность такого способа передачи инфекции подтверждается обнаружением бруцелл в плодах и плаценте женщин, больных бруцеллезом, у которых произошел аборт.

Передача бруцеллеза через молоко кормящей матери хотя и возможна, но встречается очень редко, повидимому, вследствие значительной устойчивости к этой инфекции, имеющейся у детей грудного возраста.

Диагноз бруцеллеза у беременных устанавливается на основании анамнеза, клинической картины болезни, кожной пробы с бруцеллином и реакции сероагглютинации. В случаях выкидышей и преждевременных родов необходимо проводить исследование не только на сифилис, но также и на бруцеллез.

Беременные женщины и матери, больные бруцеллезом, должны консультироваться со специалистом-инфекционистом и находиться под постоянным наблюдением женской консультации, а дети их — под наблюдением детской консультации.

Ввиду возможности заражения медицинского персонала при оказании акушерской помощи больным бруцеллезом, роды у последних следует всегда проводить в перчатках.

ЛИТЕРАТУРА

Ашман А. А., Труды Куйбышевского медицинского института, Куйбышев, 1948 № 1.
Борьба с малярией и гельминтозами, Медгиз, 1947. (Организационно-методические материалы Министерства здравоохранения СССР.)
Виноградова Ю. А., Акушерство и гинекология, 1949, № 5.
Гальперин, Клиника эпидемического возвратного спирохетоза, М., 1951.
Гогоберидзе Б. К., Труды I Закавказского съезда акушеров и гинекологов, Тифлис, 1931.
Завадский И. В., Клиника, диагностика и лечение малярии, Медгиз, 1948.
Зюков А. М., Острые инфекционные болезни, Госмедиздат УССР, Киев, 1941.
Ивашенцев Т. А., Тушинский М. Д., Башенин В. А., Данилевич М. Г., Курс острых инфекционных болезней, Медгиз 1951.
Кассирский И. А., Клиника и терапия малярии, Медгиз, 1946.
Коган А. А., Акушерство и гинекология, 1950, № 6.
Котлярова (ред.), Бруцеллез (сборник работ), Медгиз, 1947.
Лосицкая В. А., Акушерство и гинекология, 1947, № 6.
Львов И. М., Медицинское обозрение, 149, 1890.
Ренигер-Арешева М. А., Беременность и малярия, Армгиз, 1944.
Сердюков М. Г., Врачебное дело, 1948, № 8.
Сигал В. Ф., Сыпной тиф, Госмедиздат, Киев, 1946.
Тареев Е. М. Клиника малярии, Медгиз, 1946.
Эпштейн, Вирусный грипп и простудные катарры дыхательных путей, изд. АМН СССР, М., 1949.

ГЛАВА II

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

(Основные формы)

Проф. *Г. М. Салганник*

Под токсикозами беременных мы понимаем ряд заболеваний, которые встречаются только в связи с беременностью и которые, как правило, проходят с ее окончанием или в раннем послеродовом периоде.

Это определение дает только общее понятие о токсикозах беременности. Отдельные симптомы или даже группы симптомов этих токсикозов могут иметь место при ряде других заболеваний, не обусловленных беременностью. Однако в форме определенной клинической картины, сопровождающейся определенными неврологическими, биохимическими и эндокринологическими сдвигами, они встречаются только при беременности.

Так, например, рвота, ацетонурия, тахикардия и др., или же отеки, альбуминурия, гипертония и даже эклампгиформные судороги могут иметь место при ряде других заболеваний, однако в определенном сочетании друг с другом и в совокупности с другими клиническими, патофизиологическими и биохимическими признаками они встречаются только при токсикозах беременности.

Термин «токсикозы» наводит, естественно, на мысль о каких-то токсинах, циркулирующих в организме и являющихся причиной токсикозов. Однако, несмотря на тщательные поиски, до сих пор не удалось установить природу этих токсинов или вообще найти в организме какие-либо вещества, которые можно было бы рассматривать как причину возникновения токсикозов. В связи с этим имеются возражения против термина «токсикозы». В частности, предложено заменить его термином «гестозы». Этот термин вряд ли не является еще более общим и неопределенным, чем термин «токсикозы».

С клинической точки зрения термин «токсикоз» приемлем, несмотря на несоответствие его действительной этиологии. Токсикозы беременных обычно ни по клинической картине, ни по морфологическим и биохимическим сдвигам в крови, моче, спинномозговой жидкости и др. не напоминают ни инфекционных, ни отдельных форм воспалительных заболеваний, ни заболеваний различных органов. За исключением отдельных форм токсикозов беременности, при которых на первый план выступает поражение того или иного органа, как, например, дерматозы и др., наиболее часто встречающиеся токсикозы беременности, по своей клинической кар-

тине напоминают явления какой-то общей «интоксикации». Патологоанатомические данные, сводящиеся в основном к сосудистым поражениям и к дегенеративным изменениям в органах, также напоминают картину острого или хронического отравления какими-либо ядами или токсинами.

Поэтому, пока не установлена истинная этиология токсикозов беременности, термин «токсикозы» отвергать не следует.

Для лучшего понимания патогенеза и клиники токсикозов беременных необходимо знать изменения, происходящие в организме при нормальной беременности, потому что многие анатомические и функциональные изменения при токсикозах будут рассматриваться как патологические, а между тем они отличаются от подобных явлений при нормальной беременности не столько в качественном, сколько в количественном отношении. Такое явление, как отрицательный водный баланс и задержка жидкости в организме, наблюдается при нормальной беременности и рассматривается как физиологическое явление, способствующее лучшему пропитыванию тканей и большей их сочности. Однако если это явление принимает чрезмерные размеры (что обычно отмечается при токсикозах), оно превращается в патологическое, приносящее не пользу, а определенный вред как организму беременной, так и плода.

При нормальной беременности можно наблюдать некоторое уменьшение общего количества сывороточных белков крови и сдвиг белковых фракций в сторону грубодисперсных глобулинов. Это явление рассматривается как нормальное, связанное, повидимому, с экономией в белковом обмене и с образованием запасных депо белков. Когда гипопротеинемия принимает более выраженные формы, она становится патологической, со своей стороны вызывающей ряд других расстройств. То же относится ко многим другим моментам, связанным со сдвигами в функциональных особенностях организма беременной.

Все изменения в организме при нормальной беременности носят физиологический и закономерный характер. Эти изменения, безусловно, находятся под влиянием регулирующих систем и прежде всего центральной нервной системы, которая то стимулирует их, то тормозит в зависимости от условий среды, питания, сроков беременности и т. д. Из этих данных вытекают различные соображения теоретического порядка.

1. Если изменения и сдвиги, имеющие место при токсикозах, представляют собой только количественное развитие изменений, имеющих место при нормальной беременности, то для объяснения причин возникновения токсикозов вовсе нет надобности искать каких-либо специальных эндогенных или экзогенных токсинов или других вредных агентов. Организм женщины, находящийся во время беременности в состоянии повышенных функций, особенно когда эти повышенные функции охватывают большинство органов и систем, склонен к известной лабильности, и граница между физиологией и патологией может быть легче нарушена, чем в обычных условиях. Если в сложной цепи повышенных функций организма один или несколько органов или систем не справляются с предъявляемыми к ним требованиями, то нарушается вся функциональная цепь, в результате чего развивается патологический процесс.

Из сказанного вовсе не следует, как полагают некоторые буржуазные клиницисты [Вальтард (Walthard) и др.], что беременность для женщины не физиологическое явление, а патологическое, что во время беременности нет границы между нормой и патологией Такую тенденцию надо отвергнуть как неправильную и вредную. Нормальная беременность является физиологическим процессом, способствующим развитию функциональных способностей многих органов. Если у некоторых беременных,

в связи с перестройкой организма и с повышенными и даже напряженными функциями ряда органов и систем, развиваются патологические явления, то задача медицинской науки установить границы физиологии и патологии, определить наиболее оптимальные условия среды для беременных в целях предупреждения развития патологических процессов.

2. Основным фактором, вызывающим сложные изменения в организме беременной, является плодное яйцо. Гуморальные элементы, исходящие от плодного яйца, являются основными сигналами для нервной системы, регулирующей эти сдвиги. Если это так, то не следует ли допустить, что в основе развития токсикозов лежат действительно специфические вещества, исходящие из плодного яйца или плаценты?

3. Исходя из положения, что регуляция физиологических процессов в организме беременной осуществляется нервной системой, нельзя ли допустить, что в основе возникновения токсикозов лежат расстройства регулирующих механизмов центральной нервной системы?

Как увидим далее, последние два соображения занимают видное место в учении об этиологии и патогенезе токсикозов.

ЭТИОЛОГИЯ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

В настоящее время большинство клиницистов и патологов придерживаются точки зрения, что источником токсикозов является плодное яйцо. Об этом свидетельствуют клинические наблюдения. У женщины, страдающей неукротимой рвотой, истощенной и ослабленной до крайней степени, буквально через несколько часов после прерывания беременности исчезают тягостные субъективные ощущения, появляется аппетит, прекращается рвота. Подобные наблюдения дают основание для заключения, что источником заболевания является плодное яйцо.

То же относится и к поздним токсикозам, к случаям тяжелой нефропатии, преэклампсии и эклампсии. После родов в огромном большинстве случаев припадки эклампсии сразу прекращаются, расстройства зрения исчезают, отеки быстро уменьшаются, появляется обильное выделение мочи, и в течение 2—3 дней все явления токсикоза прекращаются

Такие же явления иногда наблюдаются и после внутриутробной смерти плода.

Все изменения в организме во время беременности в конечном итоге являются результатом воздействия раздражителей, исходящих из плодного яйца и в первую очередь из плаценты; действие этих раздражителей на эффекторы осуществляется через нервную систему. Отсюда возникает предположение о том, что источником и начальной причиной всех токсикозов является плацента. Такова точка зрения большинства акушеров и патофизиологов в настоящее время. Действительно, плацента представляет собой новый орган, включающийся в организм только в пероид беременности, орган со сложнейшей гормональной и биохимической активностью, с многообразными обменными и ферментативными функциями. Благодаря огромной поверхности ворсин и тонкой эндотелиальной стенке, отделяющей кровяное русло матери и плода, воздействие плаценты на организм матери может быть очень быстрым и многогранным. Доказано, что обменные процессы между огранизмом матери и плода, происходящие через плаценту, представляют собой не простой процесс фильтрации или диффузии, а сложнейшие активные ферментативные явления; большинство питательных материалов, поступающих из организма матери, в плаценте подвергается расщеплению до определенных составных частей и вновь синтезируется, как это имеет

место в животном организме вообще с продуктами питания, принимаемыми извне. В плаценте имеются протеолитические, гликолитические и липоидолитические ферменты, а также происходят процессы синтеза веществ.

Не подлежит сомнению громадная гормональная деятельность плаценты; она в различные периоды беременности принимает на себя функцию желтого тела, фолликулярного аппарата, передней доли гипофиза, причем гормональная активность плаценты значительно превосходит функции указанных желез. В плаценте, в зависимости от срока беременности, находят большие количества прогестерона, экстрогенов, гонадотропинов, ацетилхолина и одновременно холинэстеразы, гистамина и одновременно гистаминазы и т. д.

Данные о сложных функциях плаценты, наряду с указанными выше клиническими соображениями, явились основанием для предположения о том, что первоисточником токсикозов является плацента.

Однако это предположение не решает вопроса о том, как происходит развитие заболевания и какие составные части плаценты могут быть причиной возникновения токсикозов. Предположения по этому вопросу могут быть самые различные. Можно предположить, что в плаценте синтезируются такие вещества или получаются такие продукты распада веществ, которые являются необычными или чужеродными для организма матери и вызывают интоксикацию Можно предположить, что вещества гормонального или ферментативного порядка, поступая в необычных количествах в организм матери, действуют отравляющим образом. Наконец, можно предположить, что продукты плаценты, поступая в организм матери, в отдельных случаях, при наличии уже имевшихся до беременности каких-либо заболеваний, оказывают вредное действие, между тем как в условиях здорового организма эти же вещества никакого вредного влияния не оказывают.

Все эти предположения одинаково возможны.

Однако надо сказать, что, несмотря на огромную литературу по этому вопросу, все существующие до настоящего времени рассуждения не выходят за пределы гипотез. Вопрос чрезвычайно затрудняется тем, что экспериментальные работы в этом направлении не дали ясных результатов. Никому не удавалось в эксперименте создать такую «модель», которую можно было бы сопоставлять с эклампсией беременных или с другими токсикозами.

Были предприняты исследования с целью обнаружения тканевых элементов, переходящих из плаценты в кровяное русло матери и предположительно вызывающих отравление. Некоторые исследователи [Шморль (Schmorl), Любарш (Lubarsch) и др.] установили, что из плаценты, особенно в поздние сроки беременности, могут отрываться и поступать в кровь матери частицы хориона, главным образом синцитиальные элементы. Предполагают, что эти элементы хориона, являющиеся чужеродными для организма матери, вызывают в нем образование защитных веществ или тел. Асколи (Ascoli) назвал эти защитные вещества синцитиолизинами. На этом основании возникла теория происхождения токсикозов (и эклампсии, в частности) в результате недостаточного образования синцитиолизинов, а также возможность сравнения эклампсии с анафилаксией.

Роль элементов хориона в возникновении токсикозов доказывается тем фактом, что при пузырном заносе, характеризующемся чрезмерным развитием и пролиферацией хориальных элементов, токсикозы наблюдаются чаще, чем при нормальной беременности. Описано немало случаев эклампсии при пузырных заносах в ранние сроки беременности.

Что касается учения об анафилаксии и отождествления эклампсии с последней, то эта точка зрения мало кем разделяется, ибо эклампсия ни по комплексу клинических явлений, ни по патофизиологическим и биохимическим показателям не похожа на анафилактический шок.

Дальнейшие изыскания шли по линии уточнения, какие же вещества, содержащиеся в депортируемых элементах ворсин или вообще в плаценте, могут быть рассматриваемы как токсическое начало. Мы говорим о плаценте вообще, ибо вовсе нет необходимости приписывать вредное действие только тем элементам плаценты, которые отрываются от последней и депортируются в кровяное русло матери. Существует также возможность перехода в кровь матери не только тканевых элементов, но и продуктов распада элементов плаценты.

Источником токсических веществ может быть не только плацента, но и децидуальная оболочка. В децидуальной оболочке происходят сложные физико-химические изменения, которые могут быть причиной попадания в ток крови как продуктов расщепления белков, так и других неизвестных токсических веществ.

Поиски шли как по линии введения животным экстрактов, так и по линии биохимических исследований плаценты с целью определения наличия ядовитых продуктов распада. Первые исследования не дали определенных результатов. Введение животным чужеродных экстрактов вызывает явления, зависящие, повидимому, от действия чужеродных белков вообще, а введение экстрактов собственной плаценты обычно никаких патологических явлений не вызывает.

Биохимические же анализы экстрактов переживающей плаценты, действительно, обнаруживают наличие в первую очередь ядовитых продуктов распада белков, как, например, лейцина, тирозина, гистамина и др. [В. В. Ковальский, Гофбауэр (Hofbauer), Липман (Liepmann) и др.]. Эти и другие продукты распада белков или биогенные амины представляют интерес еще потому, что они обладают специфическим воздействием на нервную систему, в частности, на симпатическую и парасимпатическую систему, а также потому, что их наличие потенцирует действие собственных гормонов организма, как адреналин, гистамин, ацетилхолин и др. Все же эти исследования при всей их ценности мало внесли ясности в вопрос о том, какие же продукты распада белков или других составных частей клеток действительно являются непосредственной причиной возникновения токсикозов.

Еще менее определенные результаты получились от исследований, направленных на то, чтобы найти в крови женщин с нормальной беременностью или осложненной токсикозами какие-либо ядовитые продукты, с которыми можно было бы связать возникновение токсикозов.

Некоторые исследователи находили при впрыскивании животным крови или сыворотки беременных, больных эклампсией, явления отравления, напоминающие анафилактические, которые, однако, могут быть отнесены не столько за счет наличия в сыворотке больных эклампсией специфических токсинов, сколько к обычным реакциям на чужеродный белок. Подобные же явления находили и при введении животным сыворотки женщин с нормальной беременностью. Наконец, многие исследователи не могли установить каких-либо токсических явлений при введении животным сыворотки женщин, больных эклампсией. Ф. Х. Тибилова и Е. И. Андреева вводили животным сыворотку больных эклампсией как однократно, так и повторно и не могли установить ни появления гипертонии, ни других клинических симптомов, похожих на токсикозы.

Существуют теории, объясняющие происхождение токсикозов воздействием на материнский организм продуктов метаболизма самого плода. Эти теории доказательств не имеют. То обстоятельство, что обычно с внутриутробной смертью плода явления токсикоза уменьшаются или вовсе прекращаются, мало доказательно, так как уменьшение токсических явлений при внутриутробной смерти плода может быть отнесено также к тому факту, что в этих условиях прекращается плацентарное кровообращение, падает или прекращается активность метаболизма плаценты и связанная с ним продукция токсических веществ. Главным возражением против теории токсикозов от продуктов метаболизма плода является факт, что при пузырном заносе, при котором отсутствует плод, токсикозы развиваются чаще, чем при наличии плода.

Взгляды на этиологию токсикозов можно кратко сформулировать следующим образом:

1. Источником токсикоза может быть как плацента, так и децидуальная оболочка, в которой происходят весьма сложные, многообразные и необычные для организма процессы. При этом следует иметь в виду не только полностью развившуюся плаценту с богатой сетью ворсин и наличием в них фетального кровообращения, но и начальные стадии синцитиотрофобласта со всеми происходящими в нем физико-химическими процессами, а также поздние стадии беременности, когда в плаценте происходят дегенеративные процессы.

2. Токсические вещества вероятнее всего представляют собой продукты неполного расщепления белковых веществ, повидимому, различные амины. Что касается конкретного вопроса, какие именно амины или другие продукты неполного аутолиза белковых веществ играют при этом основную этиологическую роль, то этот вопрос надо считать неразрешенным. Также не разрешен вопрос, являются ли одни и те же вещества источником интоксикации как в ранних, так и в поздних сроках беременности. Теоретически рассуждая, надо полагать, что это разные вещества, ибо патогенез, клиника и патологоанатомические изменения при ранних и поздних токсикозах отличаются друг от друга.

3. Вопрос о том, почему в значительном большинстве случаев беременности токсикозы не возникают, а наступают только в отдельных случаях, следует объяснить таким образом, что для возникновения токсикозов необходимы еще предрасполагающие причины, которые зависят уже не от самого плодного яйца, а от состояния организма в целом, его реактивности, состояния нервной системы, эндокринного аппарата, заболеваний различных органов, а также от ряда условий внешней среды.

ПАТОГЕНЕЗ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

1. Патогенез ранних токсикозов. В настоящее время большинство клиницистов считает, что основную роль в возникновении и развитии клинических симптомов, особенно в начальных их стадиях, играет состояние нервной системы, и в первую очередь головного мозга С развитием рвоты возникают вторичные поражения других органов, и особенно печени, почек и эндокринной системы как в результате голода, так и в особенности в результате ослабления регулирующей роли центральной нервной системы, в связи с чем интоксикация не нейтрализуется, а прогрессивно развивается.

Первичное проявление и преобладание симптома рвоты вело к тому, что многие клиницисты рассматривали повышенную возбудимость блуждающего нерва основной причиной токсикоза и стали рассматри-

вать токсикоз как ваготонический синдром. Другие клинические симптомы и исследования неврологического статуса опровергают эту одностороннюю теорию. Если рвоту можно рассматривать как ваготонический симптом, то тахикардию, атонические запоры и др. можно было бы рассматривать как симпатикотонический синдром. Такие «вегетативные» пробы, как проба Ашнера, Даниелопуло, дермографизм, адреналиновая и гистаминовая пробы, исследования калия и кальция в крови, не дали определенных результатов в пользу ваготонии; кроме того, толкование этих исследований вызывает сомнение.

В действительности, если говорить о двух компонентах вегетативной нервной системы, то вернее будет говорить о вегетативной дистонии вообще, о расстройстве функций обеих систем с известным преобладанием ваготонических симптомов в начальных стадиях болезни.

Эти соображения, а также состояние соматической нервной системы и психики при ранних токсикозах дают основание считать, что их патогенез связан с какими-то еще недостаточно изученными нарушениями центральной нервной системы и в первую очередь коры головного мозга, подкорковых центров и их регуляторных функций

При нормальной беременности наблюдается некоторая лабильность нервной системы в начальных стадиях беременности, неустойчивость настроения (возможно внезапное его изменение), появление своеобразного извращения вкуса, плохой сон или, наоборот, сонливость.

Эти сдвиги в центральной нервной системе, повидимому, при токсикозах имеют патологическую форму. Появление токсикозов преимущественно у первобеременных, для которых беременность, роды и все, связанное с этими процессами, является новым, а также частое наличие токсикозов именно у женщин с неустойчивой и неуравновешенной психикой, у которых хороший терапевтический эффект получается от психического воздействия, от перемены бытовых условий, а также от специального внушения, — все это подтверждает указанное положение.

На первых порах, таким образом, имеет место нарушение функции центральной нервной системы, проявляющееся в неустойчивости психики, в вегетативной дистонии, в лабильности вазомоторных центров и большой возбудимости рвотного центра. Почему имеется такая возбудимость именно рвотного центра, остается неясным.

Н. В. Кобозева на основании исследования слюнной секреции приходит к предположению, что при ранних токсикозах нарушается соотношение возбудимости коры и нижележащих отделов мозга в сторону понижения возбудимости коры и повышения возбудимости стволовых образований, в частности, рвотного и слюноотделительного центров.

Дальнейшее развитие патологического процесса идет по линии вторичного вовлечения в болезненный процесс разных органов и систем, как печень, почки, эндокринный аппарат.

Точный патогенез дальнейших этапов требует еще изучения. В частности, в известном смысле спорным остается вопрос, можно ли считать, что вся развивающаяся в дальнейшем клиническая картина токсикоза и расстройства функций многих органов и систем являются результатом голодания или это надо также трактовать как проявление продолжающейся и усиливающейся интоксикации теми же агентами, которые вызывают первичные проявления.

Не подлежит сомнению, что в клинической картине чрезмерной рвоты и голодания имеется много общего, в частности, прогрессирующее исчезновение подкожного жирового слоя, тахикардия, субфебрильная температура, явления ацидоза, альбуминурия и ряд психических феноменов

Не подлежит также сомнению, что сам факт неусвоения пищи в результате рвоты и связанное с этим голодание играют известную роль в развитии отдельных клинических симптомов.

Однако общность некоторых клинических феноменов не свидетельствует об общности патогенетического процесса. Наряду с общими клиническими явлениями, имеется ряд симптомов, отличающих эти два состояния.

Динамика неврологических явлений, отсутствие отеков при токсикозах в отличие от голодания, отсутствие гипопротеинемии, которая является обычным спутником голодания, свидетельствуют о разных патогенетических механизмах.

Ряд других теорий патогенеза ранних токсикозов представляет только исторический интерес. В частности, это относится к теории недостаточной продукции гормона желтого тела, который якобы нейтрализует хориальные токсины. То же относится и к теории недостаточности щитовидной железы. Попытки лечения токсикозов гормоном желтого тела и щитовидной железы успеха не имели.

2. Патогенез поздних токсикозов. В развитии этой проблемы можно отметить несколько периодов, начиная с конца XVIII века. Первый период можно охарактеризовать как период наивного нервизма. Акушеры знали токсикозы почти исключительно по наиболее яркой форме и конечному феномену поздних токсикозов, т. е. эклампсии. Формы, предшествующие эклампсии, как нефропатия и преэклампсия, были мало известны и не связывались с эклампсией Вследствие того, что наиболее ярким клиническим симптомом эклампсии являются судороги, клиницисты рассматривали эклампсию как заболевание центральной нервной системы. Так смотрели на эклампсию Морисо, Сканцони (Moriceau, Scanzoni) и многие другие акушеры. В частности, Морисо рассматривал эклампсию как проявление кровенаполнения мозга, а Сканцони — как проявление рефлексов, исходящих из матки. Жакемен (Jaquemin) рассматривал эклампсию как пуэрперальную эпилепсию.

В 40-х годах XIX столетия в результате развития патологической анатомии появились теории «органного» патогенеза токсикозов. Первой получила распространение теория почечного патогенеза, и многие акушеры стали рассматривать эклампсию как своеобразную форму уремии. Для этого в свое время были основания, так как в клинической картине и симптоматологии, действительно, имеется много общего с нефритом: альбуминурия, отеки, судороги и т д. При аутопсиях стали обнаруживать в почках весьма серьезные изменения, хотя они по своему характеру, как увидим далее, не похожи на изменения, наблюдаемые при остром или хроническом гломерулонефрите. Факты стойких нарушений функции почек после нефропатии или эклампсии также поддерживали мнение о первичном и преимущественном патогенетическом значении почек или «почки беременных» в нефропатии и эклампсии.

Некоторые другие теории, например, теория Траубе-Розенштейна (Traube-Rosenstein) о гидремии и отеке мозга, а также теория Фрерихса (Frerichs) о задержке мочевины и углекислого аммония как причине эклампсии, также в известной степени связаны с почечной теорией.

Хотя в дальнейшем нефрогенная теория уступила место гепатогенной, все же представления о первичной и преимущественной роли почек в патогенезе нефропатии и эклампсии в значительной степени остались до сих пор у многих клиницистов. Это обстоятельство и послужило причиной, что совершенно неправильный термин «нефропатия» остался до сих пор в классификации токсикозов.

Нефрогенная теория поколебалась, когда стали описывать случаи эклампсии без альбуминурии, без азотемии, а также с незначительными анатомическими изменениями в почках или вовсе без всяких изменений в почках. На смену нефрогенной теории появилась гепатогенная теория [Пинар (Pinard) и др.]. Для этой теории с точки зрения патологической анатомии было и имеется значительно больше данных, чем для почечной теории, потому что анатомические изменения в печени при эклампсии являются более специфичными и частыми, чем поражения почек. Однако в настоящее время большинство клиницистов и патологов стоят на той точке зрения, что поражение печени также является вторичным, как и поражение почек и других органов.

С развитием учения об обменных процессах и в связи с расцветом биохимии стали выдвигаться теории, связывающие происхождение токсикозов с нарушением того или иного вида обмена веществ (водного, жирового, белкового, минерального) с нарушением ионного равновесия и др.

В настоящее время хорошо известно, что нарушения обмена веществ в той или иной степени имеют место при токсикозах. Однако так же хорошо известно, что расстройства обменных процессов не могут возникнуть сами по себе, а являются результатом нарушения функции той или иной системы (органа) и в первую очередь нарушения функции нервной системы и эндокринного аппарата. Отсюда следует, что все теории, которые выдвигают расстройство того или иного вида обмена как первичный патогенетический фактор, являются несостоятельными.

С расцветом эндокринологии стали появляться теории, которые пытались связывать патогенез токсикозов с нарушением функции того или иного эндокринного органа. Нет ни одного эндокринного органа, с которым бы не пытались связывать токсикозы. Таковы теории тиреогенная, овариогенная, паратиреогенная, гипофизарная, надпочечная, маммарная и даже тимогенная. Много сторонников имела и имеет еще в настоящее время гипофизарная теория или вернее питуитарная, выдвинутая Гофбауэром и в дальнейшем разработанная Ансельмино и Гофманом (Anselmino и Hofmann), а у нас А. Э. Мандельштамом и Э. М. Каплуном. Основные положения Ансельмино и Гофмана сводятся к тому, что главным патогенетическим моментом является повышенная продукция антидиуретического и вазопрессорного гормона задней доли гипофиза. Они находили поддержку своей теории в том, что, по данным Кушинга (Cushing), при эклампсии в задней доле гипофиза наблюдается усиленное развитие базофильных клеток, что, по его мнению, является показателем повышенной функции железы.

Наши клиницисты-акушеры никогда не разделяли мнения, что источником токсикозов является одна какая-нибудь железа, и выдвигали положение о плюригландулярном патогенезе токсикозов (С. А. Селицкий, М. С. Малиновский и др.). В частности, А. Э. Мандельштам и Э. М. Каплун также поддерживали теории плюригландулярного патогенеза токсикозов, но выдвигали преимущественное значение отдельных эндокринных желез. Они считают, что, наряду с задней долей гипофиза или во взаимодействии с последней, в происхождении токсикозов играет роль гиперпродукция эстрогенов и недостаточная продукция пролана.

Однако дальнейшие исследования не оправдали ни данных Гофбауэра, Ансельмино и Гофмана, ни данных А. Э. Мандельштама и Э. М. Каплуна. Наши наблюдения показывают, что фолликулин не вызывает повышения артериального давления, как указывают эти авторы, ни при нормальной беременности, ни при нефропатии. То же подтверждается и другими авторами [Смиты (Smith and Smith)]. Наши наблюдения

(Ф. Х. Тибилова и др.) не могли подтвердить наличия в крови беременных, страдающих эклампсией, выраженных вазопрессорных веществ по сравнению с кровью женщин, у которых беременность протекает нормально, и небеременных женщин. Кстати, переливания крови от беременных, страдающих эклампсией, совершенно безвредны в этом смысле. Пейдж (Page) не мог обнаружить в крови больных эклампсией повышенного содержания антидиуретического вещества. То же утверждает Жорес (Jores) в отношении вазопрессина. Шепс (Sheps) указывает, что патоморфологические изменения в органах при введении животным больших количеств вазопрессина нисколько не похожи на изменения в органах при эклампсии.

Несостоятельной оказалась и другая гормональная теория, представляющая противоположность предыдущей, а именно теория Смитов о недостаточной продукции эстрогенов и гиперпродукции гонадотропинов как основной причине токсикозов Тейлор (Taylor) и др. не могли установить ни увеличения гонадотропинов, ни уменьшения эстрогенов при поздних токсикозах. Тейлор и др. применяли для лечения токсикозов большие дозы эстрадиола (до 180 000 единиц в сутки) и прогестерон и не могли отметить какого-либо благоприятного действия их.

Все попытки связывать токсикозы с недостатком одного какого-либо вида витамина (витамины комплекса В, витамины С и D) также не получили подтверждения.

Учение о ретикуло-эндотелиальной системе, о ее роли в иммунобиологических функциях организма и в аллергических реакциях привело к аллергической теории токсикозов. П. Ф. Беликов и А. Е. Маневич, являющиеся сторонниками этой теории, исходили из предположения, что при беременности в плаценте образуются токсические вещества типа аллергенов, которые при нормальной беременности нейтрализуются в связи с антитоксическими способностями ретикуло-эндотелия. В случае нарушения функции этой системы токсины или аллергены не расщепляются и ведут к клинической картине интоксикации.

Надо подчеркнуть, что эта теория имеет у нас ряд сторонников (Г. М. Шполянский и др.). С точки зрения этиологических моментов она является вероятной и согласуется с тем мнением, что источником возникновения токсикозов является плацента и что веществами, несущими в себе «токсины», или аллергены, являются продукты неполного расщепления белков плаценты. Однако механизм действия этих аллергенов, т. е. вопрос патогенеза, эта теория не освещает.

Заслуживает внимания новая нефрогенная теория токсикозов, которая представляет собой возвращение к старому учению о почке беременных, но в новом, гормональном, аспекте. Эта теория возникла в результате получения стойкой гипертонии у животных путем искусственной ишемизации почек. Полученные данные были использованы для объяснения гипертонии вообще и гипертонического синдрома при токсикозах в частности. Однако в дальнейшем оказалось, что сдавление почечных артерий вызывает стойкую гипертонию только у небеременных животных, а у беременных гипертония не возникает. Больше того, если у животного, у которого вызвана нефрогенная гипертония, наступает беременность, то гипертония исчезает и появляется вновь только после родов. Это обстоятельство выявлено в наблюдениях Е. И. Андреевой, П. Д. Горизонтова и А. А. Когана. Таким образом, беременность, по крайней мере в эксперименте, не только не предрасполагает к артериальной гипертонии, а, наоборот, способствует, повидимому, нейтрализации ангиотонического действия ишемизированных почек.

Таким образом, в настоящее время нет ни одной гормональной теории, которая хотя бы гипотетически отражала сущность патологического процесса при токсикозах.

Обобщение целого комплекса исследований, проведенных нами и нашими сотрудниками за последние годы в Институте акушерства и гинекологии и сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии I Московского ордена Ленина медицинского института по вопросам патогенеза токсикозов так называемой отечно-нефротической группы[1], и данные многих советских исследователей (Г. Ф. Ланг, А. Л. Мясников, Н. Н. Горев, П. Гончаров, Б А. Долго-Сабуров, А. Т. Пшоник и др.) о нервной регуляции кровообращения, а главное, учение И. П. Павлова и дальнейшие работы К. М. Быкова о кортико-висцеральной физиологии и патологии позволяют нам подойти к разрешению этого вопроса с новых позиций.

Нас интересовали следующие основные вопросы:

1) какой орган или система в первую очередь проявляет реакцию на интоксикацию в патологическом процессе токсикозов беременных;

2) что является во всей сложной цепи развития этих токсикозов наиболее общим, постоянным и закономерным;

3) какова динамика развития процесса.

Отрицая стереотипность всех видов токсикозов беременных, мы исходили из положения, что во всех формах этих токсикозов надо искать первичные и общие моменты, лежащие в их основе, и целый комплекс вторичных моментов, отличающих одну группу от другой и клиническое течение одного случая от другого.

Обобщение этих исследований приводит к твердому убеждению, что наиболее общими и постоянными моментами являются изменения в капиллярном кровообращении, в значительной степени определяющие весь ход дальнейшего развития процесса.

Приведем наиболее важные морфологические, клинические и экспериментальные данные, обосновывающие это положение.

Литратурные данные и наши собственные исследования показывают, что наиболее общими и постоянными изменениями, обнаруживаемыми при вскрытии трупов женщин, умерших от эклампсии или от побочных причин при более легких формах токсикозов, являются поражения сосудистой системы, причем почти однотипные для всех форм поздних токсикозов. Больше всего и чаще всего поражаются мелкие сосуды, капилляры, прекапилляры и артериолы. Что касается органов, в которых встречаются наиболее грубые анатомические изменения, а именно почек и печени, то долго оставался спорным вопрос, что при этих поражениях является первичным — сосудистые изменения или изменения эпителиальных элементов органа. В настоящее время можно считать этот вопрос решенным, ибо при вскрытии женщин, умерших от побочных причин при сравнительно легких формах токсикозов, в эпителиальных элементах почек и печени часто не находят изменений, в сосудах же, как правило, имеются изменения, проявляющиеся в виде мелких кровоизлияний и тромбозов. В отношении почек надо подчеркнуть следующее важное обстоятельство.

---

[1] Исследования скорости кровотока, венозного давления, фильтрационной и реабсорбционной способности почек (Р. М. Бронштейн); капилляроскопия и плетизмография (И. П. Иванов); морфологические исследования органов женщин, умерших от токсикозов (Г. М. Салганник, А. А. Никольская); оптическая и кожночувствительная хронаксиметрия (Н. Е. Логинова); сенсибилизация животных плацентарными белками (А. А. Никольская, Ф. А. Шляпин); введение животным сыворотки женщин, страдающих токсикозами (Е. И. Андреева, Ф. Х. Тибилова) и др.

Многие клиницисты считают, что при токсикозах прежде всего поражается канальцевый аппарат, а клубочки страдают мало. По нашим наблюдениям, и в клубочках, как правило, отмечаются особенности в виде мелких кровоизлияний между петлями капилляров, иногда в форме тромбозов в приводящих и отводящих артериолах, а также структурные изменения базальной мембраны капилляров.

Микроскопические кровоизлияния и тромбозы встречаются обычно и в головном мозгу, не говоря уже о том, что в 15% при смерти от эклампсии наблюдаются обширные кровоизлияния, послужившие непосредственной причиной смерти.

Изменения в сосудах в виде расширения капилляров и тромбозов, экстравазаты и мелкие кровоизлияния отмечаются, как правило, и в других органах, которые мало вовлекаются или как будто вовсе не вовлекаются в процесс при токсикозах: в легких, сердце, желудке, щитовидной железе, подчелюстных железах, надпочечниках и т д., причем обычно в собственной ткани этих органов дегенеративных изменений не наблюдается.

Эти данные не являются новыми, но они мало учитывались клиницистами и патологами. Изучались главным образом наиболее грубо поражаемые органы, но не придавалось значения распространенности сосудистых поражений. Клиницисты и патологи обращали внимание главным образом на изменения в собственной ткани органа и не учитывали, что это конечный результат патологического процесса, которому предшествуют изменения в сосудах.

Что касается экспериментальных данных, то из всех попыток вызвать в эксперименте нечто сходное с токсикозами беременности наибольшего внимания заслуживает сенсибилизация животных плацентарными белками. В этих опытах, как следует из работ А. А Никольской (доложено на научной сессии Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР), наблюдается та же картина, а именно поражения сосудистой системы во всех органах. Таким образом, можно сказать, что морфологически все виды токсикозов характеризуются сосудистыми изменениями той или иной степени во всех органах, независимо от наличия поражения собственной ткани органа.

Переходим к клиническим данным. То, что сосудистые изменения доминируют в клинических проявлениях токсикозов, следует уже из того факта, что гипертонический синдром при нефропатиях, преэклампсии и эклампсии является наиболее постоянным из так называемой триады (повышение кровяного давления, альбуминурия, отеки). Дело, однако, не только и не столько в гипертоническом синдроме, ибо сосудистые изменения могут быть и первичными и гипертоническому синдрому предшествует тогда стадия, при которой имеются типичные изменения в сосудах, а артериальной гипертонии еще нет. Мы имеем в виду, во-первых, венозное давление, которое при токсикозах повышается по сравнению с нормальной беременностью, как показали исследования Р. М. Бронштейн, и, во-вторых, типичные изменения в капиллярах и в первую очередь в их венозных коленах при всех без исключения токсикозах беременных, начиная от гидропса и кончая эклампсией. Капилляроскопические исследования, как это следует из работ И. П. Иванова, позволяют непосредственно наблюдать процесс возникновения отеков, помутнение фона в результате расширения венозных колен, стазов и экстрастазов, а также просветление фона, когда кровоток становится нормальным. В гидропической фазе токсикозов изменения отмечаются только в венозных коленах и венулах, калибр артериальных колен обычно не меняется, и только

время от времени можно наблюдать быстро преходящее сужение их, которое вовсе не отражается на артериальном давлении или сопровождается кратковременным и незначительным подъемом его.

Эти данные чрезвычайно характерны, поэтому не остается сомнений, что именно в этих феноменах надо искать происхождение отеков.

Прототипом этих изменений в капиллярах, но в физиологических границах, являются изменения, встречающиеся и при нормальной беременности. Таким образом, физиологический феномен, приводящий к лучшему пропитыванию тканей, превращается в свою противоположность, когда развивается патологический процесс.

Если учесть, что при гидропсах мы обычно не наблюдаем биохимических изменений, выходящих за пределы того, что имеет место при нормальной беременности, то можно предположить, что изменения капиллярного кровообращения представляют первый этап развития патологического процесса. Каков механизм этих изменений? Мы имеем все основания рассматривать этот механизм как нервнотрофический или нервнорефлекторный процесс, начинающийся с периферического звена сосудистых анализаторов и анализаторов многих внутренних органов.

Клиническим выражением этих процессов являются описанные выше изменения в капиллярном кровообращении.

В нервном механизме сосудистых поражений нас убеждает дальнейшее развитие процесса, а также плетизмографические исследования (И. П. Иванов), основанные на изучении рефлекторных реакций сосудистой системы при различных раздражителях.

Что касается альбуминурии, то на первых этапах, когда еще не имеется выраженного нарушения функций почек, она объясняется нарушением проницаемости клубочковых капилляров, т. е. сводится к тому же явлению, какое вообще имеет место в капиллярах. Однако ультрафильтрация в клубочках не идентична фильтрации в капиллярах других органов; капилляры клубочков имеют свою специфическую структуру и специфические функции, и возможно, что они вовлекаются в процесс позднее, чем капиллярная система других органов, и форма их поражения отличается от поражения других капилляров.

Переходим к синдрому, представляющему наибольшие трудности при его трактовке — гипертоническому.

На основании наших наблюдений мы можем сказать, что гипертония не связана ни с увеличением общего объема крови, ни с изменением ее вязкости, ни с уменьшением эластичности стенок сосудов в результате склероза.

Дальнейшее развитие токсикозов идет по линии ряда последовательных нервных рефлекторных реакций, клиническим выражением которых будет в первую очередь гипертонический синдром, а в дальнейшем вся клиническая, морфологическая и патофизиологическая картина токсикоза разной тяжести вплоть до преэклампсии и эклампсии. На первых этапах возникновение и развитие гипертонического синдрома выражается либо в регистрируемых только при капилляроскопических исследованиях транзиторных спазмах артериальных колен капилляров, не получающих отражения в повышении артериального давления, либо в форме слабо выраженной транзиторной артериальной гипертонии, либо, наконец, в форме более или менее стойкой гипертензии, но легкой степени.

Этот первый этап, или функциональная стадия, может рассматриваться как компенсаторный процесс, направленный к регуляции капиллярного кровообращения, к уменьшению выхода жидкой части крови, хлоридов и протеинов из капиллярной системы в ткани.

Этот компенсаторный процесс, естественно, осуществляется нервной системой как динамическая реакция на импульсы, исходящие из рецепторных полей сосудистой системы и многих внутренних органов.

Связь гипертонии с изменением калибра артериальных колен капилляров и артериол наглядно выявляется при капилляроскопических и плетизмографических исследованиях. Спазм капилляров обнаруживается параллельно с повышением артериального давления; с другой стороны, непосредственно после введения гипотензивных средств наблюдается уменьшение спазма капилляров и снижение артериального давления (по крайней мере на известном этапе). При дальнейшем развитии токсикозов имеют место нарушения рефлекторных сосудистых реакций, как это видно из плетизмографических наблюдений.

Исследования глазного дна позволяют предполагать, что указанные изменения в капиллярах происходят и во внутренних органах, и, в частности, в сосудах мозга.

Каков механизм сосудистых спазмов? Известную роль в нем, конечно, играют периферические сосудистые аксон-рефлексы, а также спинномозговые, бульбарные и гипоталамические рефлексы. Однако распространенность спазматического сужения артериальных колен капилляров и артериол свидетельствует о том, что начальный компенсаторный процесс осуществляется центральной нервной системой, ее высшим отделом — корой головного мозга, как реакция на патологические изменения, протекающие в капиллярной системе, и на сигналы, исходящие из сосудистых анализаторов.

В большинстве случаев явления токсикоза при соответствующем режиме и лечении, благодаря компенсаторным механизмам, прекращаются: отек и альбуминурия проходят, кровяное давление возвращается к норме.

Как известно, в этой функциональной фазе в органах не отмечается существенных анатомических и функциональных нарушений, за исключением указанных преходящих морфологических изменений в капиллярах, нарушений водного обмена и некоторой гипопротеинемии.

При неблагоприятных условиях патологический процесс переходит в следующую фазу, которая прежде всего выражается в состоянии стойкой гипертонии, часто принимающей прогрессирующий характер. Стойкий спазм капилляров и артериол, а также стойкая гипертония ведут к гипоксии тканей, что совпадает с ослаблением регулирующей функции центральной нервной системы. Создается порочный круг — наступают анатомические и функциональные изменения почти во всех органах, в том числе и в головном мозгу. Так возникает клиническая картина тяжелой формы токсикоза — преэклампсии и эклампсии.

О том, что действительно в функциональной стадии, и особенно в стадии вторичных дегенеративных изменений в органах, имеет место нарушение рефлекторных вазомоторных механизмов, ясно свидетельствуют плетизмографические исследования (И. П. Иванов), обнаруживающие нарушения и извращения рефлекторной реакции сосудистой системы на воздействие таких раздражителей, как тепло, холод, болевые раздражения, применение вдыханий амилнитрита и др. Показателем этих нарушений также являются изменения в реобазе и хронаксии при оптической и кожночувствительной хронаксиметрии (Н. Е. Логинова).

Надо полагать, что в развитии гипертонии в этих стадиях, как и вообще в клиническом течении токсикоза, играют роль и условнорефлекторные моменты, в первую очередь условные рефлексы висцерального генеза. Сочетание сигналов, идущих из ангиорецепторов, с другими сигналами, исходящими из интерорецепторов различных внутренних органов,

ведет к тому, что эти последние сигналы превращаются в условные раздражители, в результате чего гипертония и токсикоз в целом становятся стойкими и прогрессирующими.

Вовлечение центральной нервной системы в патологический процесс и фиксация в ней патологических реакций и патологических временных связей является причиной того, что в отдельных случаях тяжелых или длительно протекающих токсикозов беременности или при повторении токсикозов при следующих беременностях, на почве этих токсикозов развивается гипертоническая болезнь, дальнейшее развитие которой идет уже самопроизвольно, независимо от беременности.

Из изложенного следует, что как в функциональной стадии, так и в стадии стойкой гипертонии с гипоксией и дегенеративными изменениями отдельных органов имеется много общего с гипертонической болезнью. Однако, помимо различия в этиологии, в механизме развития гипертонического синдрома имеется, очевидно, существенная разница: при гипертонической болезни нарушения в процессах высшей нервной деятельности являются первичным патогенетическим фактором; при токсикозах же клинически констатируемые нарушения в процессах высшей нервной деятельности появляются на более поздних стадиях заболевания, преимущественно при преэклампсии и эклампсии.

Существенная разница между токсикозами беременности и гипертонической болезнью заключается еще и в том, что функциональная стадия последней может длиться неопределенно долгое время, а при токсикозах переход от транзиторной и функциональной к следующим стадиям при неблагоприятных условиях, идет довольно быстро.

Таким образом, развитие токсикозов представляет собой сложный нервный и нервно-гуморальный процесс, складывающийся из цепных сигналов и ответных реакций, которые при благоприятных условиях ведут к регуляции функций организма и ликвидации явлений токсикоза, а при неблагоприятных условиях ведут к стойким и необратимым нарушениям функции органов и систем со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями.

Необходимо подчеркнуть, что патологический процесс не всегда протекает по стандартному типу. В отдельных случаях гипертоническая реакция может предшествовать отечному синдрому или появляться одновременно или изолированно. То же относится к альбуминурии. Это, однако, не умаляет указанных закономерностей.

Мы также не отрицаем участия эндокринного аппарата в патогенезе токсикозов. Наоборот, мы считаем, что во многих случаях может, действительно, иметь место увеличение количества вазопрессина, в других случаях можно обнаружить избыток или недостаток гонадотропинов, а также избыток или недостаток эстрогенов. Однако все эти моменты неспецифичны, непостоянны и неоднотипны.

Высказанные положения являются базой для правильной трактовки многих неясных вопросов клиники токсикозов и для применения более рациональной терапии их.

КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Существующие классификации токсикозов беременных следует считать неудовлетворительными с точки зрения современных понятий об этиологии и патогенезе их. Однако, поскольку нет еще классификации,

полностью отвечающей современным требованиям, и в данной главе мы касаемся только основных форм токсикозов, то в дальнейшем мы будем придерживаться общепринятой классификации и терминологии с соответствующими критическими замечаниями к ним.

Токсикозы беременных делятся прежде всего на две большие группы: 1) ранние токсикозы и 2) поздние токсикозы.

Такое деление оправдано не только с точки зрения разности сроков, но, главное, с точки зрения патогенеза, клинического течения, прогноза и лечения.

Если первичные этиологические моменты более или менее одинаковы во всех видах токсикозов, то патогенез ранних и поздних токсикозов существенно отличается друг от друга. Это объясняется как с точки зрения динамики развития плодного яйца вообще и плаценты в частности, так и с точки зрения динамики развития тех изменений, которые разыгрываются в организме беременной, начиная от первых месяцев и кончая родами.

Отсюда следует, что природа токсических веществ может быть разной в разные сроки, и механизм воздействия этих агентов, даже если допустить, что они по своей природе одинаковы во всех случаях токсикозов, естественно, будет различен в разные сроки. Морфологические и физиологические изменения, возникающие в организме матери при нормальной беременности, развиваются динамически по определенным законам и тесно связаны с биологическими сдвигами, происходящими в плодном яйце, и регулируются нервной системой. Даже такие явления, как субъективное состояние беременной, существенно отличаются в первые периоды беременности от последних месяцев и родового периода. Возможно, что реакции организма при патологических состояниях, вызываемых какими-либо токсическими агентами, будут различны в зависимости от периода беременности.

Ясной границы во времени между ранними и поздними формами токсикозов не отмечается, но все же 20-я неделя беременности является тем рубежом, который разделяет два периода токсикозов. «Ранние» формы токсикозов довольно редко встречаются после 20-й недели, а если формы поздних токсикозов, как, например, отеки, гипертония или нефропатия, появляются в ранние сроки беременности, то во многих случаях при тщательном анализе можно установить, что мы имеем дело не с токсикозом как таковым, а с другим заболеванием, например, хроническим нефритом или гипертонической болезнью, которые обострились или из скрытого состояния перешли в открытую форму. Истинные же «поздние» токсикозы, в частности, эклампсия, представляют большую редкость в ранние месяцы беременности.

РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

В ранние сроки беременности встречаются две формы токсикозов: рвота беременных и слюнотечение.

1. Рвота беременных

Различают две клинические формы рвоты беременных: рвота беременных, протекающая в более легкой форме[1], и чрезмерная рвота беременных. Как следует из самого

[1] В дальнейшем будем называть просто — рвота беременных.

названия, основным клиническим симптомом при данных токсикозах является рвота.

Рвота беременных (emesis gravidarum). Известно, что утренняя тошнота и утренняя рвота встречаются довольно часто у беременных. По данным многих авторов, утренняя рвота (vomitus matutinus) имеет место больше чем у 50% всех беременных, особенно часто у первобеременных. Такая рвота наступает обычно утром натощак при пустом желудке, так что рвотная масса состоит только из слизистой жидкости, почти без примеси пищевых масс. Она имеет место в первые (II—III) месяцы беременности. У некоторых женщин такая рвота бывает временами, у некоторых — почти каждый день и затем также внезапно прекращается, как и началась. Общее состояние беременной остается хорошим, аппетит сохраняется, сон не нарушается, в весе женщина не теряет. Температура остается нормальной, пульс обычной частоты. Исследования мочи и крови не обнаруживают никаких уклонений от нормы.

Подобная картина позволяет эту форму рвоты не считать токсикозом. Она связана с обычной лабильностью и повышенной возбудимостью нервной системы, имеющими место в начальных стадиях беременности и рассматриваемыми как нормальное явление. О рвоте беременных как о токсикозе говорят тогда, когда рвота отмечается не только натощак, но и по нескольку раз в течение дня и даже после приема пищи (пищевыми массами).

Симптоматология

Основным симптомом является рвота, которая может быть частой, однако не непрерывной, т. е. не после каждого приема пищи. Кроме того, при этом часть принятой пищи удерживается. Тошнота является обычно сопутствующим моментом.

Аппетит может быть полностью сохранен, но может быть ослаблен, однако выраженного отвращения к пище не наблюдается.

В результате рвоты беременная теряет в весе, наступает некоторая слабость. Сон нарушается редко. Наблюдаются запоры. Пульс немного учащается, до 90 ударов в минуту. Температура в большинстве случаев остается нормальной, но может наблюдаться и субфебрилитет. Кровь и моча обычно не обнаруживают уклонений от нормы, за исключением уменьшения содержания хлоридов в крови и увеличения их в моче. Содержание билирубина и холестерина в крови редко выходит за пределы того, что мы наблюдаем при нормальной беременности. Может наблюдаться преходящая ацетонурия.

Кровяное давление обычно остается в пределах нормы, в отдельных случаях можно отметить некоторую тенденцию к гипотонии.

Капилляроскопические данные обнаруживают либо совершенно нормальную картину капиллярного кровообращения, либо состояние некоторой гипотонии капилляров.

Течение болезни

В огромном большинстве случаев (80—90%) рвота либо спонтанно прекращается, либо же легко поддается терапии. Рвота уменьшается постепенно или сразу прекращается, появляется аппетит, восстанавливается хорошее самочувствие, пульс становится нормальным, вес быстро восстанавливается, и беременная забывает о своем плохом самочувствии. Иногда эта форма рвоты беременных переходит в чрезмерную рвоту (до 10% случаев).

Диагноз

Диагноз рвоты беременных обычно не представляет трудностей. Все же встречаются случаи, когда женщина, страдающая рвотой, лечится у терапевтов, которые связывают этот симптом с желудочно-кишечными заболеваниями и только в дальнейшем обнаруживается, что рвота связана с беременностью. Это обстоятельство следует учитывать. Рвота может быть сопутствующим симптомом не только желудочных заболеваний, но также и многих других, например, инфекционных, при отравлениях, заболеваниях головного и спинного мозга и др. Основные симптомы перечисленных заболеваний настолько характерны, что диференциальная диагностика рвоты беременных не представляет затруднений.

2. Чрезмерная рвота беременных

Мы считаем этот термин [чрезмерная рвота беременных (hyperemesis gravidarum)] более подходящим для данной формы токсикоза, чем термин «неукротимая рвота». Эта форма токсикоза может возникнуть как развитие предыдущей, но также наблюдаются случаи, когда с самого начала рвота принимает тяжелый, неукротимый характер.

С клинической точки зрения основная разница между первой и второй формой рвоты заключается в том, что при первой форме основным симптомом является рвота, при которой общее состояние мало страдает, при второй форме рвота является только одним из симптомов общего заболевания и тяжелой интоксикации.

Симптоматология

Рвота бывает частой и может доходить до 20 раз в сутки и более. Наблюдается состояние, когда никакая пища, даже в самых минимальных количествах, не удерживается; как известно, если пища не принимается больной, то рвотные массы состоят из скудного количества мутной слизи, иногда с примесью желчи, а в отдельных случаях — и крови.

Пульс. Пульс учащен, и это учащение прогрессирует по мере течения болезни, доходя до 120 и более ударов в минуту. Чем чаще пульс и чем устойчивее тахикардия, тем состояние и прогноз хуже.

Температура. Температура почти всегда повышена, держится на субфебрильных цифрах (37,3—37,5°). У наиболее тяжело больных может наблюдаться и более высокая температура.

Вес. Потеря в весе, естественно, очень значительна и прогрессирует с развитием заболевания. Мы наблюдали случаи потери в весе до 30 кг.

Кожа, подкожная клетчатка и слизистые оболочки. По мере развития чрезмерной рвоты кожа становится сухой, дряблой, подкожный жировой слой исчезает, язык сухой, губы сухие и горят. Глаза впалые. Отмечается дурной запах изо рта, иногда можно отметить запах ацетона. В отдельных случаях наблюдается желтушная окраска кожи.

Артериальное давление. Довольно часто наблюдается гипотония.

Общее состояние и нервная система. Больные ощущают слабость, утомляемость, отвращение к пище. Сон плохой. Вначале отмечается общая возбудимость нервной системы, повышенные коленные и сухожильные рефлексы. В тяжелых случаях возбуждение сменяется апатией и общей адинамией. Наблюдаются также в весьма

тяжелых случаях бредовые состояния, которые являются весьма плохим прогностическим симптомом.

Иногда можно наблюдать боли полиневритического характера.

Желудочно-кишечный тракт. Помимо рвоты, часто наблюдаются запоры атонического характера, болезненность при пальпации ободочной кишки. Иногда печень выступает из-под края ребер и чувствительна при пальпации.

Моча. Моча, как правило, содержит ацетон, в дальнейшем можно обнаружить и ацетоуксусную кислоту, а также бета-оксимасляную кислоту. Часто можно отметить увеличение количества аммиака в моче. Моча обычно концентрирована, наблюдается олигурия. В тяжелых случаях появляется белок и цилиндры, свидетельствующие о вторичном поражении почек. Некоторым авторам приходилось обнаруживать в моче появление тирозина и лейцина.

Кровь. В крови довольно часто отмечается повышенное содержание билирубина. В случаях появления поражения почек можно наблюдать также повышение остаточного азота в крови.

Нередко, как и при рвоте беременных, при чрезмерной рвоте встречается также обильное слюнотечение, которое изнуряет больную.

Течение болезни

В огромном большинстве случаев чрезмерная рвота, так же как и рвота беременных, поддается терапии. Иногда наблюдаются рецидивы после ремиссий. Наблюдавшиеся ранее случаи смерти от чрезмерной рвоты в настоящее время представляют большую редкость. При этом в большинстве случаев чрезмерная рвота излечивается без прерывания беременности, и только в отдельных случаях приходится по жизненным показаниям прерывать беременность.

Данное заболевание начинается как обычная рвота беременных и затем принимает характер чрезмерной, а также может сразу принять последнюю форму. Рвота учащается с каждым днем, происходит прогрессирующее падение в весе, аппетит пропадает, имеется отвращение к любой пище, в то время как вначале наблюдается отвращение к одним видам пищи и влечение к другим.

Пульс все учащается, и в дальнейшем устанавливается стойкая тахикардия до 120—130 ударов в минуту.

Температура держится на субфебрильных цифрах или появляется настоящее лихорадочное состояние.

Ацетонурия вначале то появляется, то исчезает, затем становится стойкой, появляются и другие элементы межуточного обмена жиров и углеводов. Появляются олигурия, белок и цилиндры в моче. Общее состояние все больше ухудшается, появляется желтушная окраска кожи, больная впадает в апатию и адинамию, иногда наблюдается коматозное, а также бредовое состояние, а в части случаев состояние эйфории.

Если в тяжелых случаях своевременно не принимаются соответствующие меры (вплоть до прерывания беременности), то больные погибают при явлениях упадка сердечной деятельности, угнетения деятельности центральной нервной системы и резкого нарушения функции печени и почек.

Описаны отдельные случаи заболевания, когда прерывание беременности производилось поздно, при необратимых уже патологических изменениях в организме, и больные погибали, несмотря на прерывание беременности.

Прогноз

Весьма плохими прогностическими симптомами являются: 1) желтушная окраска кожи; 2) температура выше 38° без наличия инфекции; 3) стойкая тахикардия выше 120 ударов в минуту; 4) большие цифры альбуминурии; 5) коматозное или бредовое состояние.

Прогноз требует осторожности даже при отсутствии таких грозных симптомов, ибо нередко наблюдаются рецидивы после кратковременного улучшения. Это обстоятельство, однако, не должно служить основанием для поспешных решений в смысле прерывания беременности. Тщательное наблюдение и взвешивание всех симптомов являются руководящими моментами в решении вопроса о необходимости прерывания беременности.

При благоприятном исходе улучшение обычно начинается с уменьшения или прекращения рвоты. В дальнейшем и остальные симптомы постепенно исчезают, появляется аппетит, пища усваивается, улучшается общее состояние, начинается прибавка в весе. В дальнейшем беременность обычно протекает нормально.

Ранние токсикозы в значительном большинстве случаев прекращаются на 13—14-й неделе, очень редко они продолжаются до 20 недель, и как исключительная редкость они продолжаются еще дольше. Появление картины чрезмерной рвоты в поздние сроки надо относить к своеобразным проявлениям поздних токсикозов, которые по своей природе мало общего имеют с ранними формами.

Патологоанатомические изменения при чрезмерной рвоте беременных

Патологоанатомические данные при обычной рвоте беременных неизвестны, ибо во всех случаях наступает полное выздоровление.

Что касается чрезмерной рвоты, то при вскрытии трупов женщин, умерших от этой болезни, наибольшие морфологические изменения находили в печени, а именно, в форме токсической жировой дегенерации печеночных долек, причем в отличие от эклампсии, при чрезмерной рвоте дегенеративные изменения выражены преимущественно в центральных участках долек печени. Эти изменения иногда напоминают явления, наблюдаемые при острой дистрофии печени. Дегенеративные изменения находят нередко и в почках.

Описаны также случаи нахождения невритических изменений в периферических нервах.

Морфологические изменения в центральной нервной системе не изучены.

Лечение рвоты и чрезмерной рвоты беременных

В связи с тем, что учение об этиологии и патогенезе токсикозов вообще и рвоты беременных в частности носит пока что характер рабочих гипотез, нам не известно ни одного терапевтического мероприятия, которое можно было бы рассматривать как каузальную терапию. В этом смысле только прерывание беременности можно было бы рассматривать, и в тяжелых случаях, действительно, мы рассматриваем, как каузальную терапию, ибо, как уже говорилось, удаление плодного яйца гарантирует и удаление первоисточника токсикоза. Понятно, что этот метод может применяться только в тех редких случаях, когда никакими другими средствами не удается избавить больную от тяжелых и опасных для жизни страданий.

Наша терапия, таким образом, является симптоматической или патогенетической, и опыт показывает, что мы не бессильны в борьбе с чрезмерной рвотой, и в огромном большинстве случаев нам удается приостановить даже самую сильную рвоту.

Исходя из положения, что основным патогенетическим моментом при рвоте беременных считается нарушение возбудимости и взаимодействия между корой головного мозга и подкорковыми центрами, мы должны все наши терапевтические мероприятия направить прежде всего на устранение всех моментов, способствующих чрезмерной возбудимости нервной системы, и создать условия полного физического и душевного покоя.

При тяжелой и средней тяжести формах заболевания госпитализация является весьма эффективным мероприятием. В стационарных условиях умелый подход лечащего врача и обслуживающего персонала, постельный режим, тишина, хороший сон являются тем фоном, на котором должны проводиться терапевтические и диэтетические мероприятия.

Помещение больной в стационар часто сразу сопровождается резким улучшением общего состояния, уменьшением или даже полным прекращением рвоты, а поспешная выписка и возвращение больной в прежние условия нередко сопровождаются рецидивом рвоты.

Н. В. Кобозева, основываясь на предположении о том, что при ранних токсикозах имеет место понижение возбудимости коры головного мозга и повышение возбудимости подкорковых центров, предложила для лечения ранних токсикозов бром и кофеин (бромистый натрий 10% — 10—20 мл внутривенно в течение 10—15 дней; кофеин бензойно-натриевый 10% по 1,0 два раза в день в течение 10—15 дней). Из 60 больных у 56 получен быстрый терапевтический эффект.

В последние годы успешно проводилось лечение сном больных с тяжелой формой рвоты беременных (А. С. Ершова, Г. Д. Сафроненко); лечение проводилось как длительным, так и прерывистым сном с помощью фармакологических средств (в первую очередь барбамил — 0,4—0,9 в сутки), а также условнорефлекторным сном.

Из медикаментозных средств наиболее эффективными являются бромиды и некоторые барбитураты. Только в легких случаях их можно давать per os. В средней тяжести и тяжелых случаях рвоты лучше все виды медикаментозных средств применять в клизмах, а некоторые — внутривенно.

Из барбитуратов можно рекомендовать люминал и еще лучше мединал или барбамил. Мединал дается в дозах по 0,3—0,5 в клизме 1—2 раза в день, а барбамил — в дозе 0,1—0,2 (2—3 раза в сутки).

Очень полезны внутривенные вливания 40% раствора глюкозы по 20—30 мл один или два раза в день.

В отдельных случаях очень хорошие результаты получаются от применения инсулина по 5 единиц ежедневно при одновременном введении с клизмой двух столовых ложек 40% раствора глюкозы.

Бромиды применяются в виде микроклизм из 4% раствора бромистого натрия по 50 мл раствора один раз в день. Бромиды можно также применять внутривенно по 5—10 мл 5% раствора бромистого натрия.

Из физиотерапевтических мероприятий в некоторых случаях дает хорошие результаты гальванизация или диатермия области шейных симпатических узлов.

Не рекомендуется все перечисленные медикаментозные и физиотерапевтические мероприятия применять сразу, ибо применение их не у всех больных дает одинаковый эффект.

Рекомендуется начинать с бромистых клизм и внутривенных вливаний глюкозы, иногда в комбинации с физиотерапией. Если это не дает достаточного эффекта, то к клизмам прибавляют барбитураты.

При недостаточном эффекте применяется инсулин, а также внутривенно бромиды. Во многих случаях хороший эффект получается от применения гормона коры надпочечников в форме кортина.

Во всех случаях рекомендуется давать витамины, и в первую очередь витамины комплекса В и витамин С.

У тяжело больных, когда имеются явления обезвоживания и большой потери хлористого натрия, необходимо ежедневно вводить ректально, подкожно или внутривенно большие количества физиологического раствора вместе с глюкозой.

Лучше всего проводить капельные клизмы из 100 мл 40% раствора глюкозы на 1 000 мл физиологического раствора таким образом, чтобы за час вливалось 200—300 мл раствора. Такие же капельные вливания можно производить внутривенно. В тяжелых случаях рекомендуется, наряду с капельными клизмами или внутривенными вливаниями, вводить внутримышечно 2 раза в день по 5 единиц инсулина.

Режим питания зависит от тяжести заболевания.

В случаях средней тяжести, когда пища частично удерживается, больным рекомендуется давать частыми и малыми порциями (через 2 часа) легкую и хорошо усваиваемую пищу, преимущественно углеводы: сухари, картофельное пюре, сладкий чай, какао, кофе, печенье, фрукты, в первую очередь яблоки или яблочное пюре, компоты, легкое вино (несколько чайных ложек), овощи. Кроме того, можно употреблять мясо (нежирное), рыбу, сливочное масло, яйца и др.

При выборе пищевых продуктов надо исходить из желаний больной и не отказывать ей в тех продуктах, которые она желает, при этом надо учитывать, чтобы продукты были легко усвояемыми. Иногда пища лучше усваивается, если она подается охлажденной.

В тяжелых случаях, когда никакая пища не усваивается, необходимо в течение 2—3 дней совсем не давать ничего per os, а широко пользоваться капельными клизмами или внутривенными вливаниями. К капельным клизмам, помимо глюкозы, можно прибавлять также молоко, толокно, яйца. Путем таких клизм и внутривенных вливаний глюкозы можно обеспечить введение 500 калорий ежедневно.

Через 2—3 дня можно попробовать перейти к даче пищи (и напитков) через рот в небольших количествах, как указано выше, и только если эта пища хоть частично усваивается, можно прекратить клизмы и внутривенные вливания в больших дозах.

Часто имеют место рецидивы болезни после кратковременных ремиссий. В таких случаях следует переводить больную в другую палату. Также рекомендуется по возможности не помещать в одну палату больше 2—3 человек; лучше всего помещать в палату одну или двух больных.

3. Слюнотечение

Слюнотечение может встречаться как самостоятельная форма токсикоза или же в сочетании со рвотой. Оно возникает в те же сроки, что и рвота, но в отличие от рвоты, которая в поздние сроки беременности встречается очень редко, слюнотечение может встречаться и в поздние сроки. По количеству выделяемой слюны имеются самые различные степени слюнотечения. Мы наблюдали больных, у которых количество слюны достигало 1 л и больше в день. При этом надо указать, что

учитывается только то количество, которое выделяется наружу, но не учитывается слюна, которая проглатывается.

По удельному весу и содержанию слизи выделяемую слюну надо отнести к той, которая выделяется при раздражении парасимпатических нервов, что совпадает вообще с повышенной возбудимостью блуждающего нерва при ранних токсикозах.

Выделение слюны может носить постоянный характер, но может быть и прерывистым. Мы встречали больных, у которых слюна выделялась непрерывно днем и ночью. При слабо выраженных формах общее состояние обычно нисколько не страдает, при резко выраженных формах слюнотечение сопровождается плохим самочувствием, часто вызывает бессонницу и похудание. Однако слюнотечение, какую бы тяжелую форму оно ни имело, никогда не ставит в опасность жизнь беременной и почти никогда не служит показанием к прерыванию беременности, за исключением весьма редких случаев, когда оно не поддается никакой терапии и вызывает резкое угнетение общесоматического и психического состояния больной.

Лечение слюнотечения принципиально ничем не отличается от лечения рвоты: изоляция, полный душевный покой, бромиды, снотворные при бессоннице, принятие пищи мелкими порциями, внутривенные капельные вливания глюкозы и капельные клизмы из физиологического раствора с глюкозой обычно уменьшают слюнотечение и улучшают общее состояние. Можно рекомендовать полоскания вяжущими растворами. В отдельных случаях небольшие дозы атропина per os или подкожно (0,0005 г) 2 раза в день уменьшают отделение слюны.

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Согласно общепринятой классификации [1], к так называемым токсикозам отечно-нефротической группы относятся: водянка беременных, нефропатия беременных, преэклампсия и эклампсия.

Эти четыре формы токсикозов, безусловно, объединены общностью этиологии и патогенеза. Общность патогенеза надо понимать в том смысле, что первичные и основные патогенетические моменты и первичные морфологические и патофизиологические изменения для всех этих форм одинаковы. Однако последовательное развитие патологического процесса и последовательное вовлечение различных органов и систем будут различны в зависимости от формы или стадии токсикоза. Все токсикозы отечно-нефротической группы можно рассматривать как стадии или этапы развития одного и того же процесса. Действительно, только в исключительно редких случаях можно наблюдать внезапное появление эклампсии без предшествовавших стадий в форме нефропатии или преэклампсии. Преэклампсия также в большинстве случаев развивается после предшествовавшей стадии нефропатии или по крайней мере гидропса. Однако случаи возникновения клинической картины преэклампсии без предварительных других стадий встречаются чаще, чем подобное проявление эклампсии. Случаи возникновения клинической картины нефропатии без предшествовавшей водянки встречаются значительно чаще.

С клинической точки зрения общим для всех перечисленных токсикозов является то, что они в определенно очерченной форме возникают

[1] Предложенная автором классификация опубликована (в дискуссионном порядке) в журнале «Акушерство и гинекология», 1950, № 4.

только при беременности и в связи с беременностью; появляются в подавляющем большинстве случаев в поздние месяцы беременности; чаще встречаются у первобеременных, чем у повторнобеременных; в подавляющем большинстве случаев они исчезают вскоре после родов.

1. Водянка беременных

Известно, что в конце беременности часто появляется пастозность или небольшая отечность нижних конечностей, преимущественно лодыжек и голеней, причем это состояние нисколько не отражается на самочувствии беременной. Эти отеки следует отнести к гипостатическим, вызванным, повидимому, тем, что венозное давление в нижних конечностях во время беременности выше, чем в верхних. Вызвано ли это обстоятельство общими гемодинамическими законами или механическими причинами, т. е. давлением беременной матки на соответствующие сосуды, остается недостаточно выясненным. Пастозность в лежачем положении совсем исчезает или весьма заметно уменьшается. Если отек или пастозность в лежачем положении не исчезает, то они должны быть отнесены к патологическим процессам и рассматриваться как водянка беременных.

Помимо явных отеков, следует учитывать скрытые отеки, которые выявляются путем систематического взвешивания беременной. При скрытых отеках подкожная клетчатка не отекает или отекает очень мало; отеки возникают в глубоколежащей соединительной ткани.

Симптоматология

Отеки беременных возникают в огромном большинстве случаев во второй половине беременности, ближе к родам. Обычно отеки начинаются с нижних конечностей в виде пастозности, которая дальше переходит в отечность. Водянка может иметь самую различную степень распространения, начиная от небольшой отечности нижних конечностей и кончая отеком, распространяющимся на все тело, в том числе на живот, наружные половые органы и лицо.

Можно отметить четыре степени водянки беременных:

Первая степень — отеки нижних конечностей.

Вторая степень — отеки нижних конечностей и стенки живота.

Третья степень — отеки нижних конечностей, живота и лица.

Четвертая степень — общая отечность.

Быстрота развития отеков самая различная. Чаще они развиваются постепенно, однако наблюдаются случаи, когда в течение очень короткого времени отеки достигают весьма больших размеров.

Вес беременной очень сильно возрастает, причем нарастание в весе больше, чем можно было бы ожидать на основании отеков, ибо наружные отеки, повидимому, сопровождаются и скрытыми отеками. Скопление жидкости в серозных полостях при водянке беременных не имеет места, и это обстоятельство является хорошим диференциально-диагностическим признаком от отеков, связанных с другими заболеваниями.

Общее состояние беременной при легких и средней степени отеках обычно не нарушается. При больших отеках отмечается чувство тяжести, усталость, одышка.

Диурез обычно отрицательный, и при резко выраженных отеках, особенно быстро развивающихся, могут быть резкие формы олигурии. Часто олигурия чередуется с полиурией, причем эта смена далеко не всегда идет параллельно с увеличением или уменьшением отеков.

В моче никаких патологических составных частей не наблюдается. Следы белка могут иметь место так же, как это бывает и при нормальной беременности. Цилиндрурия и гематурия отсутствуют. Удельный вес в значительной степени зависит от диуреза, однако редко наблюдаются очень высокие, как и очень низкие цифры удельного веса. Нередко можно отметить низкие цифры содержания хлоридов в моче по сравнению с нормой.

В крови также нельзя отметить существенных уклонений от того, что имеется при нормальной беременности. Общий объем циркулирующей крови остается более или менее постоянным, однако в некоторых случаях, особенно при выраженных отеках и достаточном диурезе, гематокрит показывает некоторое сгущение крови по сравнению с нормальной беременностью. Содержание билирубина, холестерина, остаточного азота, аминокислот, мочевой кислоты, минеральных составных частей не меняется, за исключением хлоридов, содержание которых выше нормы. Гипопротеинемия, имеющая место при нормальной беременности, несколько более выражена при водянке.

Кровяное давление остается в пределах нормы или даже несколько ниже нормального. Венозное давление несколько увеличивается против нормы.

В глазном дне либо не находят никаких изменений, либо наблюдается расширение капилляров, как и в коже. Иногда можно отметить также явления ретинального отека.

Скорость кровотока слегка замедляется.

Большой интерес представляют капилляроскопические наблюдения, ибо они проливают свет на патогенез отеков беременных и токсикозов вообще.

При водянке беременных капилляроскопический фон мутноват с бледным или бледнорозовым оттенком. Количество капилляров в поле зрения уменьшено, и капилляры вырисовываются неотчетливо в связи с мутностью фона. Ток крови замедлен, в некоторых капиллярах отмечается стаз. Изменения формы и функции капилляров касаются в основном только венозных колен, которые расширены, как бы гипотоничны. Переходные колена капилляров мало изменены или несколько расширены. Артериальные колена сохраняют обычный калибр (И. П. Иванов).

Все эти данные свидетельствуют о том, что при водянке поражается венозная сеть капилляров. Артериальные колена капилляров и артериолы остаются интактными, и только иногда можно заметить преходящее их сужение.

Не меньший интерес представляют исследования проницаемости капилляров для воды и белков при водянке беременных.

Проба Лендиса указывает на повышение проницаемости капилляров для жидкой части крови. Выход капиллярного фильтрата равняется 6—10 мл на 100 мл крови, в зависимости от тяжести водянки. Выход белков не имеет места или ничтожен. По мере исчезновения отеков капиллярный фильтрат приходит к норме (не больше 5 мл на 100 мл крови).

Патологическая анатомия водянки беременных не изучена, ибо смертных случаев от водянки не наблюдалось, и данных вскрытий поэтому не имеется.

Есть все основания полагать, что морфологические изменения при водянке сводятся к картине, наблюдаемой при капилляроскопических исследованиях, что те явления, которые наблюдаются в коже, имеют место во всех или почти во всех органах и системах, а именно: гипото-

ническое состояние венозных колен, капилляров, умеренные стазы и увеличение проницаемости для жидкости и хлоридов.

В большинстве случаев водянка беременных проходит до родов спонтанно или в результате принятых терапевтических мероприятий, или исчезая и вновь появляясь, или без существенных изменений продолжается до родов.

В части случаев (около 20%) водянка переходит в следующую стадию — нефропатию. В более редких случаях имеет место переход водянки непосредственно в преэклампсию и в очень редких случаях — в эклампсию.

После родов, как правило, водянка быстро исчезает; вскоре после родов диурез усиливается и в течение двух-трех дней от прежней картины водянки не остается следов.

Диагноз и диференциальный диагноз

Диагноз водянки беременных обычно не представляет трудностей. Отеки любой степени, в том числе и небольшие отеки нижних конечностей, не исчезающие в спокойном, лежачем положении, следует рассматривать как отеки беременных. Основными диференциально-диагностическими признаками, отличающими водянку беременных от нефропатии и преэклампсии, являются: отсутствие альбуминурии и гипертонии, отсутствие расстройства зрения, головных болей, боли в подложечной области и явлений раздражения центральной нервной системы.

Водянку беременных как форму токсикоза необходимо диференцировать от водянки при заболеваниях почек и сердца.

Некоторым пособием для этого является следующая таблица.

Водянка беременных	„Почечная“ водянка	„Сердечная“ водянка
	Локализация	
Начинается обычно на нижних конечностях	Начинается обычно на лице	Начинается на ногах
	Серозные полости	
Не поражаются	Поражаются часто	Поражаются часто
	Гипертрофия левого желудочка	
Отсутствуют	Выражена в той или иной степени	Выражена или отсутствует в зависимости от формы и стадии заболевания
	Кровяное давление	
Нормально	Повышено	Нормально или повышено в зависимости от формы заболевания
	Белок в моче	
Отсутствуют	Имеется в большей или меньшей степени	Имеется или отсутствует в зависимости от стадии
	Явления сердечной недостаточности	
Отсутствуют	Бывают только в тяжелых случаях	Имеются (сами отеки являются их выражением)

Водянка беременных	„Почечная“ водянка	„Сердечная“ водянка
	Анамнез	
Нет ни почечных, ни сердечных заболеваний	Обычно в анамнезе нефрит	Сердечные заболевания

При наличии у больной в анамнезе или в настоящее время заболеваний почек или сердца иногда довольно трудно сказать, надо ли отнести отеки за счет этих заболеваний или за счет токсикоза беременных. Дополнительные исследования, применение функциональных почечных и сердечных проб, наличие или отсутствие других явлений сердечной недостаточности и почечных синдромов помогают уточнению диагноза.

2. Нефропатия беременных

Термин «нефропатия» не соответствует нашим современным представлениям об этиологии и патогенезе настоящего заболевания. Однако до утверждения новой классификации мы будем пользоваться им условно.

Критерием отнесения токсикоза к нефропатии беременных некоторые авторы считают альбуминурию, независимо от наличия или отсутствия отеков и гипертонии, хотя и указывают, что отеки часто имеют место и что в дальнейшем иногда присоединяется гипертония.

При этом выставляется положение, что содержание белка в моче до 1‰ не является симптомом токсикоза и должно рассматриваться как физиологическое явление, имеющее место у многих беременных женщин.

Последнее положение, а также односторонняя трактовка токсикоза, в которой гипертоническому синдрому не придается должного значения, настолько неправильны, что большинство наших клиницистов отказалось от этих положений и стало трактовать определение нефропатии несколько по-другому.

Следует считать, что физиологической альбуминурии беременных в собственном смысле этого слова не существует так же, как не существует физиологической гипертонии беременных. Всякая альбуминурия, при которой можно количественно определить белок общепринятыми количественными пробами, должна рассматриваться как патологическая. Только ничтожные следы белка можно рассматривать как нормальное явление у беременных.

Большинство клиницистов считает, что к нефропатии надо относить заболевания, когда имеется так называемая триада симптомов, т. е. альбуминурия, отеки и гипертония. Такое определение нефропатии рационально с клинической точки зрения, но также имеет недостатки. Известны тяжелые формы токсикозов, далеко вышедшие за пределы водянки и переходящие в преэклампсию и даже эклампсию, при которых может отсутствовать один из симптомов триады. Встречаются заболевания, когда альбуминурия или гипертония представляются единственным клиническим симптомом токсикоза; в дальнейшем подобные токсикозы действительно остаются моносимптомными; у большинства же больных на известном этапе к одному симптому присоединяются и другие.

Учитывая, что при токсикозах поражение почек, так же как и других органов, носит вторичный характер, следует условно относить к «нефропатии» токсикозы, где имеется комбинация трех или двух из упомянутых симптомов (альбуминурия, отеки, гипертония).

Каждый из этих трех симптомов требует внимания.

Отеки. Отеки по своему возникновению, распространению, степени, стойкости и течению ничем не отличаются от отеков при водянке беременных. Однако оценка отеков при нефропатии будет другая. В то время как при водянке вопросы госпитализации, режима, питания и лечения решаются в основном в зависимости от степени обширности и стойкости отеков, при нефропатии трактовка тяжести заболевания исходит не только и даже не столько из величины отеков, сколько от степени гипертонии и альбуминурии, общего состояния женщины, данных лабораторных исследований, состояния глазного дна и т. д. Слабое выражение или даже отсутствие отеков не должно, таким образом, служить основанием считать, что имеется легкая форма заболевания, ибо хотя и имеется известный параллелизм между величиной отеков, с одной стороны, и степенью гипертонии и альбуминурии — с другой, тем не менее встречается немало случаев тяжелой нефропатии с очень незначительными отеками.

Степень отеков, как уже сказано, может варьировать от самой незначительной пастозности до обширных отеков всего тела. Также варьирует их течение. Обычно они то уменьшаются, то опять увеличиваются. В большинстве случаев имеется известная взаимозависимость между диурезом и степенью отеков: чем больше диурез, тем меньше отеки. Скрытые отеки также имеют место, как и при водянке беременных.

Гипертония. При нормальной беременности не происходит повышения артериального давления; только в процессе родов, а именно на высоте схваток и потуг, артериальное давление несколько повышается и вновь возвращается к нормальному уровню в паузе. Эти подъемы артериального давления объясняются увеличением ударного объема сердца при схватках и потугах, а также, повидимому, и сокращением сосудов периферии (реакция на боль).

Какие цифры артериального давления следует считать границей физиологического состояния?[1]. Естественно, что это зависит от уровня кровяного давления, свойственного каждой женщине, ибо этот уровень варьирует в известных пределах. В тех случаях, когда известен обычный уровень кровяного давления для данной женщины, следует ориентироваться по нему. В тех случаях, где это неизвестно, принято считать, что 135 мм для максимального и 90 мм для минимального давления являются теми границами, выше которых цифры надо рассматривать как патологические. Высокие цифры диастолического давления при нормальном систолическом давлении также следует считать патологическими. Низкие цифры пульсового давления, независимо от абсолютных цифр систолического и диастолического давления, следует считать патологическими.

Довольно часто встречаются беременные так называемой транзиторной гипертонией. Здесь повышение кровяного давления, действительно,

---

[1] Вопрос об изменении кровяного давления (артериального и венозного) во время беременности требует дальнейших (прежде всего динамических) исследований; литературные данные противоречивы, так как в значительном большинстве исследований нет сведений о высоте кровяного давления до начала беременности и в первые месяцы беременности. Ред.

имеет временный, преходящий характер и бывает невысоким. Транзиторная гипертония требует сугубого внимания, так как она часто является сигналом скрытого токсикоза; через некоторое время гипертония может принять более или менее стойкий характер, развиваются отеки и альбуминурия и, таким образом, выявляется вся картина нефропатии.

Чистая гипертония как токсикоз беременных, без отеков и альбуминурии, встречается нечасто, однако такие моносимптомные токсикозы, безусловно, имеют место.

В большинстве случаев гипертония комбинируется с альбуминурией и отеками. Несколько реже встречается гипертония с альбуминурией без отеков и еще реже — гипертония и отеки без альбуминурии.

Максимальный уровень гипертонии при нефропатии редко достигает 180 мм.

Альбуминурия. Как указано выше, в последние месяцы беременности в моче иногда обнаруживаются незначительные следы белка. Содержание белка в моче выше 0,1‰ требует внимания, а при одновременном наличии даже небольших отеков и умеренной гипертонии подобная альбуминурия должна считаться началом нефропатии. Белок в моче может достигать больших цифр, однако редко превышает 5—6‰. При более высоких цифрах обычно имеются симптомы преэклампсии или другие данные, свидетельствующие о глубоких поражениях почек, граничащих с нефритом.

Степень альбуминурии не всегда идет параллельно с диурезом.

Симптоматология и течение нефропатии

Нефропатия, как правило, появляется в поздние месяцы беременности, и чем ближе к сроку родов, тем чаще. Возникновение симптомов нефропатии до 20-й недели беременности должно вызывать подозрение на скрыто или вяло протекающий нефрит или же на гипертоническую болезнь. Только после тщательного взвешивания всех обстоятельств можно в подобных случаях поставить правильный диагноз. Исключение составляет пузырный занос, при котором наблюдаются все фазы и стадии поздних форм токсикозов, начиная с водянки и кончая эклампсией, несмотря на возникновение заноса в ранние месяцы беременности.

Чем раньше до срока родов возникает нефропатия, тем неблагоприятнее это для беременной и для плода. Прогноз с точки зрения недонашивания, мертворождаемости, а также возможности перехода нефропатии в стойкие и длительные поражения сосудистой системы и почек зависит не только от тяжести заболевания, но и от длительности его.

У первобеременных нефропатия наблюдается чаще, чем у повторнобеременных; при многоплодной беременности чаще, чем при одном плоде. Перенесенный ранее острый гломерулонефрит или скрытые и вяло протекающие нефриты предрасполагают к возникновению нефропатии.

Гипертоническая болезнь в транзиторной, или функциональной, стадии не является предрасполагающим моментом к развитию токсикозов, нефритическая и церебральная формы представляют собой весьма неблагоприятный момент как в смысле предрасположения таких больных к токсикозам, так и в смысле течения у них нефропатии.

Можно различать интеркуррентные и рекуррентные формы нефропатии. Интеркуррентной считается нефропатия в том случае, если она через короткое время прекращается и больше не возобновляется, рекур-

рентной является нефропатия, симптомы которой исчезают, но через некоторое время вновь возникают. Если нефропатия возникает в конце беременности, то она часто продолжается до родов. Если же она возникает за несколько недель до родов, то обычно она протекает в интеркуррентной или рекуррентной форме.

Нарушения в органах и системах при нефропатии

Сердечно-сосудистая система. Со стороны сердца особых отклонений от нормы не отмечается. Рентгенографические исследования обнаруживают данные, свойственные нормальной беременности. При тяжелых формах нефропатии, сопровождающихся высоким кровяным давлением и большими отеками, наблюдается одышка, временами боли в области сердца.

При нефропатии, сопровождающейся большими отеками, отмечается некоторое сгущение крови, повидимому, в результате перехода жидкой части крови в ткани. Не исключена возможность, что, кроме белков, в ткани переходят некоторые количества сахара, остаточного азота и хлоридов.

Характер пульса зависит в основном от высоты кровяного давления: чем выше артериальное давление, тем напряженнее пульс.

Венозное давление при тяжелых формах нефропатии повышено.

Наибольший интерес представляют морфологические и функциональные изменения в системе капилляров, устанавливаемые при капилляроскопических исследованиях.

При нефропатии отмечается спазм артериальных колен капилляров, в то время как венозные колена расширены, как при водянке. Явления стаза местами резко выражены, фон мутный, и часто наблюдаются экстравазаты. Степень изменений в капиллярах совпадает с тяжестью клинической формы. По мере улучшения клинической картины капиллярное кровообращение приходит к норме. Однако встречаются больные, у которых при кажущемся клиническом выздоровлении и исчезновении отеков, гипертонии и альбуминурии капилляроскопические данные остаются более или менее стойкими, и это обычно указывает на остающиеся явления скрытого токсикоза.

При нефропатии имеет место не только повышенный выход в капиллярный фильтрат жидкой части крови, но и выход сывороточных белков.

Что касается гипертонического синдрома, то к сведениям, приведенным выше, следует добавить, что из трех основных симптомов нефропатии гипертония является наиболее постоянным. Тяжесть заболевания зависит не столько от степени отеков и альбуминурии, сколько от уровня артериального давления.

Почки. Диурез при нефропатии отличается большой лабильностью, фазы олигурии сменяются фазами полиурии, иногда в течение короткого времени. Анурия или резкие степени олигурии при нефропатиях не встречаются. При анурии или резкой олигурии обычно бывает ряд других клинических явлений, которые заставляют трактовать заболевание как преэклампсию или как проявление нефрита или почечной формы гипертонической болезни. Диурез идет параллельно с мобилизацией жидкости из организма, что легко может быть установлено по степени отеков или еще более наглядно по динамике веса.

Кроме альбуминурии, при нефропатии обычно имеется также и цилиндрурия, чаще всего в форме гиалиновых и зернистых цилиндров.

Наличие цилиндрурии так же, как и легкой степени альбуминурии, не всегда можно рассматривать как поражение почек с нарушением их функций. Легкие степени альбуминурии объясняются не столько поражением собственно паренхимы почек, сколько повышенной проницаемостью капилляров для жидкой части крови и отчасти для белков. Цилиндрурию надо поставить в связь с альбуминурией. Цилиндрурия является часто спутником альбуминурии.

Более выраженные степени альбуминурии, появление гиалиновых и зернистых цилиндров с наслоениями лейкоцитов, а также восковидных цилиндров свидетельствуют о серьезном поражении почек.

При наличии зернистых и восковидных цилиндров необходимо думать не только о тяжелой нефропатии, но также о нефрите, течение которого ухудшилось в связи с беременностью. Другие симптомы, например, гематурия, полиурия или, наоборот, резко выраженная олигурия, характерные для нефрита изменения глазного дна могут помочь в постановке правильного диагноза.

Вообще же надо считать, что при легких формах нефропатии функция почек мало нарушается, и изменения в составе мочи зависят главным образом не от поражения почек, а от общих изменений в сосудистой системе.

Функциональные пробы (Зимницкого, Фольгарда, креатининовая) у большинства больных нефропатией не обнаруживают существенных изменений.

Печень. Выраженных симптомов нарушения функции печени при нефропатиях обычно не отмечается, но функции ее изменяются, что проявляется в некоторых нарушениях обмена.

При тяжелых формах нефропатии антитоксическая функция печени несколько снижена.

Обменные процессы. Данные о содержании сахара в крови при нефропатии весьма противоречивы, и, повидимому, нет основания говорить о существенных расстройствах в углеводном обмене. Большинство авторов указывают на повышение содержания молочной кислоты при нефропатии (Е. П. Майзель, Д. А. Кравец, Е. Губанова и др.).

Уменьшение щелочного резерва и явления ацидоза, особенно при выраженных формах нефропатии, указывают на изменение углеводного и жирового обмена.

При нефропатии содержание в крови липоидов и холестерина выше, чем при нормальной беременности. Наблюдаемая при тяжелых формах нефропатии кетонемия указывает на нарушение жирового обмена.

Некоторое уменьшение общего содержания сывороточных белков и сдвиги в сторону глобулинов, наблюдаемые при нормальной беременности, принимают при нефропатии довольно выраженные формы. Мы наблюдали при нефропатиях падение белков крови до 5%. Сдвиг в соотношении альбумины — глобулины весьма варьирует, начиная от нормальных соотношений и кончая соотношением 1 : 4. Содержание фибриногена в крови, повидимому, несколько увеличивается при нефропатиях по сравнению с нормальной беременностью.

Причина гипопротеинемии как при нормальной беременности, так и при нефропатиях не установлена. Можно ли это объяснить общей задержкой азотистых веществ и белков в организме или нарушением функции печени, остается невыясненным.

При эффективном лечении и после родов как гипопротеинемия, так и нарушения правильных соотношений между фракциями белков приходят постепенно к норме.

При нефропатии в огромном большинстве случаев остаточный азот и азот мочевины низкий. По нашим наблюдениям, это настолько постоянное явление, что когда мы имеем цифры остаточного азота при нефропатиях 40 мг% и выше и соответствующие цифры азота мочевины (20 мг% и выше), то мы имеем право подозревать наличие скрытого нефрита или нефритических наслоений, осложнивших нефропатию.

Содержание мочевой кислоты при нефропатии выше, чем при нормальной беременности (3,8—4 мг% при нефропатии вместо 3,3—3,5 мг% при нормальной беременности).

В отношении аминокислот данные противоречивы, однако большинство авторов наблюдало увеличение содержания аминокислот при нефропатиях.

Что касается полипептидов, то, по данным А. М. Королевой, при нефропатиях не наблюдается изменения их содержания в крови по сравнению с нормальной беременностью.

Водно-солевой обмен. Наблюдаемая при нормальной беременности задержка воды и хлоридов в организме принимает более выраженный характер при нефропатиях. Связано ли это только с увеличением проницаемости капилляров для воды и хлоридов и переходом их в ткани, остается нерешенным. Одно можно сказать определенно, что эта задержка не связана с нарушением фильтрационной и реабсорбционной функций почек.

Указанные выше данные об отечном синдроме и о проницаемости капилляров при нефропатии почти исчерпывают все, что известно о водном обмене и о хлоридах при нефропатии.

Известную роль в нарушении водного обмена играет онкотическое давление, связанное с гипопротеинемией и сдвигами фракций в сторону глобулинов, ибо онкотическое давление альбуминов значительно выше глобулинов, и уменьшение первых в крови само по себе нарушает водный обмен и ведет к задержке воды в организме.

Ацидоз. Указанные выше нарушения углеводного, белкового, жирового и минерального обмена являются причиной ацидоза, наблюдаемого иногда при тяжелых формах нефропатии. Уменьшение резервной щелочности крови, увеличение кетоновых тел, мочевой кислоты, аммиака мочи, снижение pH крови — все это является выражением ацидотического состояния.

Гормональные нарушения. Данные о гормональных нарушениях при нефропатии почти полностью исчерпываются теми сведениями, которые приведены в разделе об эклампсии, и их можно сформулировать таким образом, что изменения в эндокринном аппарате варьируют, не являясь специфичными для нефропатии.

Глазное дно. Изменения в глазном дне отмечаются довольно часто. Однако степень этих изменений, в зависимости от тяжести нефропатии, весьма различна, хотя вряд ли можно говорить о действительном параллелизме между тяжестью заболеваний и степенью изменений в глазном дне.

В большинстве случаев можно констатировать расширение венозных сосудов и спазм артериальных сосудов той или иной степени. Наряду с этим, нередко отмечается отек сетчатки, а иногда и мелкие кровоизлияния.

Сужение артериол в одних случаях носит транзиторный характер, а в других остается стойким и исчезает при улучшении общего состояния, уменьшении отеков и снижении кровяного давления.

Субъективных нарушений зрения обычно не бывает.

Нервная система. В нетяжелых случаях нефропатии нельзя отметить каких-либо нарушений со стороны нервно-психического статуса, выходящих за пределы того, что имеет место при нормальной беременности. В тяжелых случаях, граничащих с преэклампсией, имеется наклонность к головным болям, обычно преходящего характера, плохой сон и повышенная возбудимость.

Патологоанатомические изменения при нефропатии

Патогистология органов при нефропатиях изучена недостаточно потому, что от неосложненной нефропатии женщины обычно не умирают.

Изменения в плаценте встречаются часто при нефропатии и характеризуются дегенерацией синцития и поражением сосудов ворсин. Встречаются кровоизлияния в строме ворсин, мелкие и крупные инфаркты и ретроплацентарные гематомы. Обширные гематомы, характеризующие явления отслойки плаценты, встречаются только в случаях тяжелых форм нефропатии. Судя по описанию отдельных случаев, изменения в почках, печени и головном мозгу при нефропатии сходны с таковыми при эклампсии, но с той существенной разницей, что поражение этих органов значительно менее выражено, чем при эклампсии.

Диагноз и диференциальный диагноз

Диагноз нефропатии в большинстве случаев не представляет трудностей. Наличие у беременной женщины в поздние месяцы альбуминурии, отеков и гипертонии или двух симптомов из указанной выше триады является основанием для диагноза нефропатии. Только убедительные данные о наличии других заболеваний, при которых встречаются эти симптомы, могут заставить отказаться от диагноза нефропатии. Как уже указано выше, при наличии только отеков без альбуминурии и без гипертонии следует думать о водянке беременных. Чистая альбуминурия без отеков и гипертонии, а также чистая гипертония без отеков и альбуминурии встречаются редко и большей частью временно, как признак развивающегося токсикоза. Все же чистая альбуминурия и гипертония встречаются и в некоторых случаях должны рассматриваться как поздние моносимптомные токсикозы.

Наиболее трудной является диференциальная диагностика между нефропатией и нефритом, а также между нефропатией и гипертонической болезнью (в связи с общностью основных симптомов). Особенно это касается латентно протекающего или слабо выраженного хронического нефрита.

При диференциальной диагностике рекомендуется руководствоваться следующими положениями:

1. Срок появления первых клинических явлений токсикоза. Поздние токсикозы возникают обычно во второй половине беременности, и чем ближе к родам, тем чаще. Появление гипертонического и альбуминурического симптома раньше 20-й недели не исключает токсикоза, но должно вызвать подозрение на поражение почек, имевшее место до беременности.

2. Анамнестические данные. Наличие нефрита в анамнезе должно быть учтено, особенно если он перенесен сравнительно недавно или если он протекал с повторными обострениями. Отсутствие нефрита в анамнезе не исключает его, ибо могут иметь место латентные и стертые формы нефрита, которые выявились только во время беременности.

3. Характер отеков и гипертонии. Отеки при токсикозах раньше всего появляются на ногах и позднее всего на лице, а при нефритах чаще всего на лице.

При латентных формах нефрита или обострении его обычно имеется только одутловатость лица. Наличие водянки серозных полостей, почти как правило, исключает нефропатию, ибо при токсикозах ни асцит, ни гидроторакс не наблюдаются.

Следует учесть, что очень большие цифры артериального давления, выходящие за 200 мм, встречаются сравнительно редко при нефропатии, между тем как при остром гломерулонефрите или при так называемых гипертонических формах хронических нефритов в далеко зашедших стадиях такие высокие цифры не представляют редкости. Наоборот, при латентных и слабо выраженных формах хронического нефрита гипертония может отсутствовать.

4. Сердечно-сосудистая система. Как указано выше, при нефропатии сердце остается в пределах нормы, и явления гипертрофии левого желудочка и акцент на втором тоне не наблюдаются, между тем как при нефритах гипертрофия левого желудочка и акцент на втором тоне встречаются довольно часто.

5. Моча. а) Количество. При нефропатии наблюдается умеренная олигурия, сменяющаяся умеренной полиурией в зависимости от мобилизации жидкости из тканей. Такие смены могут иметь место и при нефритах, однако при них чаще наблюдается полиурия в результате нарушения реабсорбции в канальцах, а в тяжелых формах, граничащих с уремией, стойкая олигурия в результате нарушения фильтрации в клубочках.

б) Удельный вес. Повторные исследования удельного веса показывают, что при нефропатии беременных он держится обычно на высоких цифрах даже при достаточном диурезе, в то время как при хронических нефритах отмечаются низкие цифры удельного веса. Стойкие цифры удельного веса ниже 1 015—1 010 должны возбудить подозрение на нефрит. В этом смысле особенно показательна проба Зимницкого, которая при нефритах часто показывает монотонность и низкие цифры удельного веса, между тем как при нефропатиях беременных этого обычно не наблюдается.

в) Белок. Большие количества белка в моче могут иметь место как при нефропатии, так и при нефрите, однако для хронических, вяло текущих нефритов характерны невысокие цифры белка и стойкость альбуминурии; при нефропатии наличие белка в моче часто сменяется полным его отсутствием.

г) Гематурия. Последняя часто может служить хорошим диференциально-диагностическим признаком. При нефропатии временами наблюдаются единичные эритроциты в моче. Стойкая же микрогематурия весьма характерна для хронического нефрита. Макрогематурия, наряду с другими симптомами, ясно говорит о поражении почек, не связанном с нефропатией беременных.

д) Цилиндрурия в форме гиалиновых и зернистых цилиндров является спутником альбуминурии и не может быть диференциальным признаком. Что касается цилиндров с наслоением лейкоцитов, а также восковидных цилиндров, то их наличие является определенным признаком нефрита.

6. Кровь. а) Гемоглобин. Низкие цифры гемоглобина, если они не связаны с особыми заболеваниями, больше говорят о хроническом нефрите, чем о нефропатии беременных.

б) Остаточный азот. При нефропатии повышения остаточного азота обычно не бывает. Стойкое повышение остаточного азота (40 мг% и выше) должно возбудить подозрение на нефрит. Особенно показательны цифры азота мочевины. Содержание азота мочевины больше 50% общего остаточного азота также должно вызвать подозрение на нефрит.

в) Белки сывороточные. Гипопротеинемия наблюдается как при нефропатии, так и при нефритах. Надо, однако, учесть, что в тех случаях, когда особенно трудно поставить диференциальный диагноз (при латентных, вяло и хронически протекающих нефритах), содержание сывороточных белков обычно остается в пределах нормы, между тем как при нефропатиях гипопротеинемия встречается довольно часто.

7. Глазное дно. В случаях вялых и латентных форм нефритов изменения глазного дна не носят таких выраженных форм, которые могли бы служить критерием для диференциального диагноза. В частности, альбуминурический ретинит встречается только у таких больных, где вся клиническая картина заставляет думать о нефрите.

В заключение можно сказать, что, несмотря на недостаточную четкость перечисленных диференциально-диагностических признаков, их учет почти всегда помогает правильно поставить диагноз.

Что касается гипертонической болезни, то транзиторная гипертония беременных, а также более или менее стойкая гипертония, протекающая как моносимптомный токсикоз, может вызвать затруднения в диференциальной диагностике между токсикозом и транзиторной или функциональной стадией гипертонической болезни. Анамнестические данные, время появления гипертонии являются вспомогательными признаками. Надо учесть, что если гипертония появляется в ранние месяцы беременности и в дальнейшем остается стойкой или возобновляется после кратковременных ремиссий и к ней не присоединяются никакие другие симптомы нефропатии, то больную правильнее трактовать как страдающую гипертонической болезнью. Больные гипертонической болезнью, начавшейся задолго до беременности и находящейся в стадии нефросклероза или общего артериосклероза, склероза коронарных сосудов или склероза мозговых сосудов, не представляют больших трудностей при диференциальной диагностике их заболевания с нефропатией.

Основными руководящими данными для диференциальной диагностики являются анамнестические сведения: давность заболевания, гипертонические кризы, головные боли, нарушения коронарного кровообращения в прошлом. В отдельных случаях при неясных анамнестических данных быстрое течение так называемой злокачественной гипертонии может создать затруднения в диференциальной диагностике. Тщательное взвешивание данных анализов мочи, электрокардиограмм, исследования глазного дна могут помочь в уточнении диагноза.

Прогноз

В большинстве случаев при соблюдении соответствующего режима питания и лечения нефропатия не представляет опасности для беременной женщины и плода. Часто после короткой или длительной ремиссии симптомы нефропатии вновь возобновляются, причем иногда эти рецидивы повторяются несколько раз, но после родов все патологические явления исчезают.

Неблагоприятными моментами являются:

1. Раннее появление нефропатии. Чем раньше до срока родов возникает нефропатия, тем чаще наблюдаются неблагоприятные исходы:

переход в преэклампсию или эклампсию, недонашивание и мертворождаемость.

2. Длительность заболевания. Длительное течение нефропатии неблагоприятно как для беременной, так и для плода. Стойкие поражения почек, а также внутриутробная смерть плода и мертворождение наблюдаются именно при длительно протекающей нефропатии.

3. Большие отеки, значительные цифры белка в моче, а главное, высокое артериальное давление являются неблагоприятными в смысле перехода в преэклампсию и эклампсию.

4. Стойкость симптомов. Чем труднее больная поддается терапевтическому воздействию, тем больше опасности как в смысле перехода в следующую стадию, так и в смысле влияния на плод, а также в отношении перехода нарушения функции почек в стойкие формы.

3. Преэклампсия

О преэклампсии принято говорить, когда к клинической картине нефропатии присоединяется головная боль, боль в подложечной области и расстройства зрения. Патогенез этих явлений будет приведен в главе об эклампсии.

В большинстве случаев преэклампсия возникает на почве тяжелых форм нефропатии, однако это не является правилом. Диагноз преэклампсии должен быть поставлен, если эти явления возникают даже только при одном выраженном симптоме из приведенной выше триады.

Такая формулировка понятия преэклампсии вполне оправдана, ибо указанные явления свидетельствуют о близости или возможности перехода в следующую стадию — эклампсию.

В большинстве случаев эклампсии предшествует подобная стадия преэклампсии; однако встречаются случаи, когда эта стадия кратковременна и остается незамеченной, а также случаи тяжелой формы нефропатии с переходом в эклампсию без явлений преэклампсии. Поэтому не будет ошибкой относить к преэклампсии случаи тяжелых форм нефропатии, когда кровяное давление отмечается в 200 мм и выше, имеются большие отеки и высокая степень альбуминурии, особенно если эти явления сопровождаются олигурией и плохим общим состоянием.

Клиническая картина, а также данные о нарушениях функций различных органов и систем по форме и степени приближаются к эклампсии.

Диагноз преэклампсии не представляет трудностей, если учесть данные о диагностике нефропатии и указанные выше дополнительные симптомы, зависящие от нарушения кровообращения в центральной нервной системе.

Опасности преэклампсии: 1) переход в эклампсию; 2) смерть от кровоизлияния в мозг; 3) стойкие поражения органов и систем, в первую очередь почек, если состояние преэклампсии длится долго и не поддается терапии.

Профилактика токсикозов беременных

Профилактика токсикозов включает комплекс гигиенических мероприятий, предусмотренных для беременных женщин.

При этом требуют особого внимания два периода беременности, которые иногда мало учитываются, а именно первые два-три месяца и последние пять недель до родов. Врачи при первом обращении беременной в консультацию в ранние месяцы ограничиваются иногда уста-

новлением факта и срока беременности, и только в более поздние месяцы начинают измерять кровяное давление и производить анализы мочи. Между тем общее детальное обследование беременной при первом же ее осмотре является обязательным, так как оно позволяет рано выявить экстрагенитальные и генитальные заболевания. С точки зрения диференциальной диагностики токсикозов от гипертонической болезни и нефритов имеет чрезвычайно важное значение раннее измерение кровяного давления и исследование мочи. Кровяное давление следует измерять 3—4 раза в течение нескольких дней; предпочтительно измерять его 4 дня подряд и желательно в определенное время дня — в утренние часы. Таким образом, можно установить давление, свойственное данной женщине, и в дальнейшем при каждом посещении его проверять.

Последние пять недель до родов требуют особого внимания потому, что иногда после получения отпуска по беременности женщина перестает посещать консультацию, и возникающие состояния токсикоза могут быть пропущены врачом.

Настоящая профилактика поздних токсикозов начинается с 20—24-й недели, ибо раннее появление этих форм токсикозов представляет редкое явление.

Систематический осмотр беременных (при нормальном течении беременности не менее 2 раз в месяц), взвешивание, измерение кровяного давления, анализы мочи при каждом осмотре беременной, строгое соблюдение принципа участковости в консультации, хороший патронаж — вот наиболее важные и в то же время наиболее эффективные звенья профилактики.

Лечение токсикозов беременных

Амбулаторно можно лечить только беременных с легкими формами водянки. Больные с другими формами поздних токсикозов, начиная с выраженных форм водянки, требуют госпитализации.

При легких формах водянки беременную освобождают от работы, назначают покой, легкую молочно-растительную диэту, ограничение жидкости (до 1 л в день, включая супы и другие жидкие блюда) и соли (для чего достаточно недосаливать пищу как при варке, так и за столом). Кроме того, необходимо хорошо проветривать помещение и разрешать больным непродолжительные прогулки на свежем воздухе.

Часто этого бывает вполне достаточно для ликвидации отеков. Необходимо следить за весом, ибо, как указано выше, скрытые отеки могут быть при незначительных наружных и даже без всяких наружных отеков. Прибавка в весе при указанной диэте больше 250—300 г в неделю уже представляет нежелательное явление, указывающее на наличие скрытых отеков.

Основные принципы лечения поздних токсикозов. Исходя из положения об единой этиологии и отчасти об едином патогенезе всех видов перечисленных выше форм токсикозов, естественно стремление найти общие принципы лечения и каузальной терапии. Однако в настоящее время мы не имеем методов терапии, которые можно было бы считать каузальными. Любые методы лечения, существовавшие ранее и существующие до сих пор, надо считать симптоматическими, направленными против одного или комплекса симптомов в сложном патогенезе токсикозов. В то же время нельзя считать, что мы

бессильны в лечении токсикозов или что мы стоим на той же точке, на которой стояла медицина десятки лет назад. Уже то обстоятельство, что во времена Морисо (Mauriceau) смертность матерей от эклампсии достигала 50%, сейчас исчисляется, по материалам советских авторов, в 2—3%, а в последние годы, по данным некоторых авторов, до 0,3—0,2%, говорит о тех больших успехах, которые мы имеем в профилактике и терапии токсикозов. Были попытки создать единую систему диэтотерапии для больных токсикозами. В частности, многие авторы настойчиво рекомендовали чисто молочную диэту как с точки зрения профилактики, так и терапии токсикозов. При этом многие авторы рассматривали молочную диэту как лечебное мероприятие. Так, например, Тарнье (Tarnié) указывает, что он не наблюдал эклампсии у женщин, которые в течение многих недель питались исключительно молоком. Рейнберг рекомендует при токсикозах кормить беременных исключительно молоком (до 5—6 л в день).

При всей ценности молока как диэтического продукта питания профилактика и лечение токсикозов исключительно молоком имеют ряд недостатков, и подобный метод лечения сейчас мало употребляется. Во-первых, употребление нескольких литров молока в день нежелательно из-за обилия введенной жидкости. Во-вторых, несколько литров молока содержат большее количество соли, чем нужно для беременных, страдающих токсикозами. Далее, многие женщины просто не переносят большого количества молока, и у них появляется отвращение к нему. При назначении диэты больным токсикозами надо во всех случаях, хотя бы в известной мере, считаться с желаниями и вкусами больных. Наиболее рациональной диэтой надо считать молочно-растительную (молоко, творог, сметана, масло, овощи, фрукты и др.). Эти продукты назначают в зависимости от формы заболевания, желания и вкуса больной. Ограничение употребления соли необходимо при всех видах поздних токсикозов.

Особого внимания требует вопрос о белковом составе пищи при токсикозах. До последнего времени большинство акушеров считали необходимым максимально ограничивать количество белков в пище при токсикозах. Вырабатывались специальные безбелковые столы для беременных с токсикозами.

С другой стороны, отдельные авторы, назначая больным с нефропатией диэту с высоким содержанием белков (до 260 г в сутки), не только не наблюдали вреда, но даже отмечали уменьшение отеков и выздоровление. Они связывали возникновение отеков с недостатком протеинов в плазме и падением осмотического давления плазмы и считали, что подвоз повышенных количеств белка повышает осмотическое давление и уменьшает задержку жидкостей в тканях. Насколько можно связывать отеки исключительно с падением осмотического давления плазмы, остается спорным; однако эти наблюдения вызвали необходимость критического пересмотра вопроса об ограничении белков при токсикозах.

Мы давно отказались от безбелковой диэты при токсикозах и, наоборот, перешли от принятого ранее стола с содержанием белков в 40—45 г к столам, содержащим 80—90 г белка. Мы не только не наблюдали от этого вреда — увеличения альбуминурии, повышения кровяного давления, увеличения отеков, но, наоборот, при высокой белковой диэте гипопротеинемия скорее и прочнее выравнивалась, чем при бедной белками диэте, что имеет немаловажное значение с точки зрения нормализации обменных процессов.

Лечение водянки беременных

Как уже указано выше, беременные с выраженными формами отеков требуют госпитализации. Лечение водянки беременных сводится в основном к режиму покоя и питания.

Правильный больничный режим, правильное чередование сна и бодрствования, принятия пищи и т. д. имеют большое значение с точки зрения нормализации функций нервной системы.

При небольших отеках постельный режим не обязателен. Назначается диэта с ограничением соли и жидкости до 1 л в сутки. В хлебе, молоке и других продуктах содержится то небольшое количество соли, которого достаточно для удовлетворения потребностей организма в хлористом натрии.

При значительных отеках требуется постельный режим в течение нескольких дней до резкого уменьшения отеков. В дальнейшем постельный режим может быть отменен.

Первые один-два дня рекомендуется полуголодная диэта, которая сводится к приему внутрь до 500 мл фруктового сока и внутривенному введению 25—50 мл 40% раствора глюкозы ежедневно.

В дальнейшем потребление жидкости должно быть ограничено до 1 л, включая пищу в полужидком виде, каши, муссы и т. д. Количество соли должно быть резко ограничено в течение этих дней, поэтому рекомендуется в так называемую бессолевую диэту включать несоленый хлеб.

В дальнейшем, до полного исчезновения отеков, рекомендуется через каждые 4—5 дней проводить разгрузочные дни, которые заключаются в приеме одних фруктов, преимущественно яблок, в количестве 1 кг.

При сильных отеках стол, даже в неразгрузочные дни, должен содержать не более 1 500 калорий; при начале уменьшения отеков можно увеличить калораж до 2 000, а после стойкого исчезновения или уменьшения отеков можно давать пищу, содержащую 2 500 калорий.

При водянке мочегонные средства, а также внутримышечное введение сернокислой магнезии не показаны.

Сернокислый магний (25% раствор) можно рекомендовать внутрь по столовой ложке как послабляющее средство. Потогонные средства (пилокарпин, горячие ванны), которые были ранее в употреблении, следует считать противопоказанными как при водянке, так и при последующих формах токсикозов. Палаты нужно хорошо вентилировать. При бессоннице можно давать снотворные: люминал по 0,1, мединал по 0,5 или амитал-натрий по 0,1—0,2 на ночь.

Выписка из стационара допускается только после стойкого исчезновения отеков; после выписки беременные требуют особого учета и патронажа. Если беременная поступила с сильными отеками за 2—3 недели до родов, то не рекомендуется выписывать ее из стационара до родов, даже если отеки уменьшатся или исчезнут.

Примерные бессолевые столы (строгие и менее строгие). Бессолевой стол № 1 содержит около 0,2 хлористого натрия.

Завтрак: бессолевой, казеиновый хлеб, несоленое масло, варенье, яблоко сырое или печеное с сахаром, чай или кофе с небольшим количеством молока (50 г).

Обед: отварное несоленое мясо или рыба, овощи вареные без соли, несоленый хлеб с несоленым маслом, вареные фрукты.

Полдник: варенье, несоленый хлеб, несоленое печенье, чай.

Ужин: несоленый творог, несоленый хлеб с несоленым маслом, яблоко или сырой помидор, чай с сахаром.

Недостаток калорий возмещается маслом и сахаром.

Бессолевой стол № 2. Стол содержит около 0,5 г соли.

Завтрак: мало соленый хлеб, несоленое масло, яйцо вмятку, фрукты, варенье, чай или кофе с молоком.

Обед: вареный цыпленок или рыба без соли, зеленый салат, помидор, мало соленый хлеб с несоленым маслом, компот.

Полдник: фрукты, варенье, бисквит, чай.

Ужин: вареное мясо, вареный картофель или рис, вареные овощи без соли, сметана, печеное яблоко, чай, мало соленый хлеб.

Примерные столы с богатым содержанием белков:

Завтрак: рыбы 90 г (19 г белка), хлеба 100 г (7,3 г белка), чай с молоком — молока 50 г (1,3 г белка).

Обед: вареного мяса 120 г (28,8 г белка), картофель или другие овощи с одним яйцом и 100 г молока (11 г белка), хлеба 100 г (7,3 белка), компот или фрукты.

Полдник: хлеб с маслом или печенье 60 г (4,4 г белка), чай с молоком — 60 г молока (1,8 г белка).

Ужин: два яйца или 60 г сыра (11,8 г белка), хлеба 100 г (7,3 г белка), молока 150 г (4,5 г белка), фрукты. Всего 104,5 г белка.

Схема лечения тяжелых форм водянки, таким образом, заключается в следующем.

При поступлении в стационар после соответствующих анализов, устанавливающих наличие чистой формы водянки, назначается постельный режим, 2 раза в день по столовой ложке дают 25% раствор сернокислой магнезии; в течение первого дня — полуголодная диэта, заключающаяся в приеме 300—500 г фруктового сока, внутривенном введении 25—50 мл 40% глюкозы и при желании сахара внутрь в количестве 50—100 г.

На следующий день назначается строгая бессолевая диэта (стол № 1) с расчетом общего количества калорий около 1 000 и количества жидкости в течение дня 600 мл.

В дальнейшем при положительном диурезе и уменьшении отеков назначается бессолевой стол № 2 с расчетом количества калорий 1 500 и количества жидкости 600—1 000 мл, в зависимости от степени уменьшения отеков, веса и диуреза.

Если уже в эти дни определяется гипопротеинемия ниже 6% общего сывороточного белка, то к упомянутым диэтам прибавляется белок (до 80—100 г в день).

После резкого уменьшения отеков, соответствующего падения веса без тенденции к его новому повышению назначается диэта с ограничением соли и общего количества жидкости (не более 1 000 мл); пища должна содержать 2 000—2 500 калорий.

Если гипопротеинемия держится, то назначается диэта с высоким содержанием белка и с общим количеством жидкости и калорий в тех же пределах.

Кровяное давление измеряется 2 раза в день, анализ мочи производится через каждые два дня. Диурез измеряется ежедневно.

Лечение нефропатии беременных

Схемы лечения больных нефропатией гораздо менее стереотипны, чем лечения больных водянкой, ибо форм и степеней нефропатии значительно больше. Основное разнообразие схем диктуется главным образом степенью гипертонии. При наличии комбинации отеков и альбуминурии

решающим для выбора лечения является наличие отеков и их степень. Схемы лечения при этом будут мало отличаться от приведенных выше схем для больных водянкой с той только разницей, что при стойкости альбуминурии постельный режим сохраняется дольше, даже после исчезновения или уменьшения отека, и что выписка из стационара допускается только после исчезновения альбуминурии или при наличии только следов белка в моче.

В системе мер профилактики эклампсии лечение нефропатии занимает важное место; каждое лечебное мероприятие есть одновременно и профилактическое.

Режим. Постельный режим при нефропатии обязателен. Покой и постельный режим особенно сказываются на гипертоническом синдроме. Нередко можно наблюдать, что после 2—3 дней покоя и постельного режима, даже без всякой медикаментозной терапии, кровяное давление заметно снижается. То же отчасти относится и к отекам.

Кроме постельного режима, имеет огромное значение весь режим и распорядок в лечебном учреждении. Полный покой, внимательный подход врачей и обслуживающего персонала к больной, правильное чередование бодрствования и сна, соответствующий режим питания — все это в значительной мере определяет успех лечения.

Диэта. Необходимо ограничение приема пищи вообще и жидкостей в частности. Степень ограничения жидкости зависит главным образом от степени отеков. Ограничение приема соли дожно быть более строгим, чем ограничение питья.

Схематически можно наметить три степени нефропатии:

1. Отеки первой степени, белок в моче до 1‰, максимальное кровяное давление до 150 мм.

Рекомендуется ограничение жидкости в течение 1—2 дней до 600 мл, включая фруктовые соки и компоты, ограничение соли до 1—2 г в сутки. Пища должна содержать 1 500 калорий.

В дальнейшем можно увеличить количество жидкости до 1 л и соли до 4—5 г в сутки. Общее количество калорий 2 000—2 500.

Один раз в неделю назначается разгрузочный день: 1 кг яблок.

Следить за диурезом и в зависимости от этого проводить ограничение жидкости.

При гипопротеинемии рекомендуется диэта, богатая белками, как указано выше.

2. Отеки второй и третьей степени, белок до 3‰, максимальное кровяное давление до 170 мм. Первый день — полуголодная диэта, как указано выше. Потом в течение нескольких дней бессолевой стол № 2 и разгрузочные дни через 4—5 дней. Общее количество калорий 1 500—2 000.

В дальнейшем по мере улучшения питание такое же, как при отеках первой степени.

3. Отеки четвертой степени, белок выше 3‰, максимальное кровяное давление выше 170 мм. Первый день — полуголодная диэта. Далее в течение нескольких дней бессолевой стол № 1. Общее количество калорий 1 000—1 500. В дальнейшем по мере улучшения переход к предыдущим схемам питания. Во всех случаях внутривенное введение 40% глюкозы в количестве 40—50 мл в день.

Медикаментозное лечение и другие виды терапии.

В то время как при лечении больных водянкой медикаментозное лечение не играет существенной роли, при нефропатиях применение меди-

каментозного лечения показано, ибо одними гигиеническими и диэтетическими мероприятиями далеко не всегда можно добиться успешного лечения заболевания.

Сернокислая магнезия. В числе медикаментов, применяемых в настоящее время при нефропатии, первое место занимает сернокислая магнезия.

Ионы магния являются важной составной частью крови и тканей. Уменьшение содержания магния вызывает у животных повышенную возбудимость нервной и мышечной системы, тонические и клонические судороги. Внутривенное или внутримышечное введение сернокислой магнезии понижает возбудимость центральной нервной системы, скелетной и гладкой мускулатуры, в том числе нервов и мускулатуры сосудов.

Внутривенное введение сернокислой магнезии довольно быстро ведет к расширению сосудов на периферии, а также к уменьшению артериального давления; частота пульса и внутричерепное давление не меняются.

Диуретическое действие сернокислой магнезии связано с тем, что она вводится как гипертонический раствор (10—25%).

У человека сернокислая магнезия быстро выделяется (в течение 4—5 часов) из организма вместе с мочой при условии, если не имеется выраженной олигурии.

Из этого следует, что если вводить магнезию через 5—6 часов, то в организме будет создана длительная циркуляция определенного количества ионов магния. Более частое введение магнезии нежелательно, ибо это создает повышенную концентрацию ионов магния в организме.

Если в процессе лечения нефропатии магнезией олигурия не прекращается, то необходимо воздержаться от введения больших количеств этого вещества.

В связи с быстрым выведением сернокислой магнезии почками можно назначать ее в больших дозах. Однако принято считать максимальной суточной дозой (для внутримышечного введения) 25 г сернокислой магнезии, т. е. до 100 мл 25% раствора. При нефропатии такие большие количества излишни.

Внутривенное введение сернокислой магнезии имеет то преимущество, что она быстро проявляет свое действие; однако это действие менее длительно, чем при внутримышечном введении.

При внутривенном применении сернокислой магнезии (25% раствор) необходимо вводить ее медленно, одновременно не больше 5 мл; это количество 25% раствора сернокислой магнезии лучше вводить в смеси с 15—20 мл 40% раствора глюкозы, причем так, чтобы первые 10 мл полученной смеси вводились в течение 3 минут.

При лечении сернокислой магнезией надо всегда иметь 10% раствор хлористого кальция, и при появлении неприятных явлений от магнезии, как, например, одышка, синюшность, ввести внутривенно 10 мл 10% раствора хлористого кальция.

Глюкоза. Следующим важным средством при лечении нефропатии является глюкоза. К положительным свойствам глюкозы относятся прежде всего ее диуретические свойства. Введенная парэнтерально глюкоза частично сгорает и полимеризируется, а избыток ее выводится с мочой, вызывая полиурию.

Надо также полагать, что введенная внутривенно глюкоза несколько разжижает кровь и уменьшает ее удельный вес, который часто, особенно при тяжелых формах нефропатии и при эклампсии, повышен.

Глюкоза также снижает внутричерепное давление.

Наши капилляроскопические исследования показали, что глюкоза улучшает капиллярное кровообращение. Возможно, что ее диуретические свойства объясняются именно благоприятным действием на капилляры почек.

Отдельные авторы указывают, что введение глюкозы уменьшает содержание хлоридов в крови и увеличивает выделение их мочой.

Барбитураты. При бессоннице, повышенной нервной возбудимости показано применение барбитуратов.

Назначают обычно люминал по 0,05—0,1 г один-два раза в день или только на ночь. Некоторые авторы предпочитают барбамил в дозах 0,1 два-три раза в день или по 0,2 один раз на ночь.

Такие препараты, как перноктон, нембутал и др., по своему действию существенно не отличаются от упомянутых.

Гормональная терапия. В период, когда гормональные теории патогенеза токсикозов имели большое распространение, естественно, возникало стремление лечить их гормонами. Так, в свое время Никольсон (Nicolson), считая, что в основе эклампсии лежит недостаточность щитовидной железы, рекомендовал парэнтеральное применение гормона щитовидной железы. Однако попытки лечения нефропатии гормоном щитовидной железы оказались безуспешными. Лечение нефропатии эстрогенами и прогестероном также не дало успеха. В настоящее время нет ни одного метода гормонотерапии, который можно было бы рекомендовать для лечения нефропатии.

Витамины. Нефропатия часто сопровождается недостатком витаминов и в первую очередь витамина С и витаминов группы В. Поэтому при всех формах нефропатии рекомендуется применять эти витамины, особенно витамин С.

Кровопускание. Кровопускание широко применяется при эклампсии, а также при преэклампсии и тяжелых формах нефропатии. Механизм действия кровопускания недостаточно ясен. Многие клиницисты полагали, что путем кровопускания удаляется из организма известное количество циркулирующих токсинов. Однако этот взгляд вряд ли можно считать правильным. Кроме того, для выведения предполагаемых токсинов следовало бы применять весьма массивные кровопускания, что опасно для беременной и плода.

Большинство клиницистов в настоящее время отрицательно относятся к массивным кровопусканиям даже при эклампсии, ибо проблематический дезинтоксикационный фактор перекрывается отрицательным фактором обескровливания.

В действительности польза от кровопусканий сводится в основном к снижению кровяного давления, к мобилизации жидкости из тканей и увеличению диуреза.

Отсюда следует, что основным показанием для применения кровопускания при нефропатии является высокая степень гипертонии в сочетании с соответствующими клиническими симптомами (в первую очередь головные боли).

Оксигенотерапия. Обоснованием для применения кислорода в терапии токсикозов является состояние гипоксии, связанное с нарушением капиллярного кровообращения, а также явления ацидоза. Кислород необходим, как известно, для правильной функции центральной нервной системы. Кислород применяется как путем ингаляции, так и подкожно. Учитывая сравнительно малые количества вводимого подкожно кислорода, следует, повидимому, приписывать ему рефлекторное воздействие.

Схема лечения при различных степенях нефропатии

Так же, как в отношении диэты и общего режима, мы в отношении медикаментозной терапии делим нефропатии на три степени, в основном исходя из степени гипертонии (см. выше).

Первая степень нефропатии:

1) при поступлении назначается постельный режим на 2—3 дня;

2) диэта (см. выше);

3) 2 раза в день внутримышечно вводится 25% раствор сернокислой магнезии по 20 мл; раз в день—внутривенно 20—30 мл 40% раствора глюкозы (или 2 раза в день внутривенно 3 мл 25% раствора сернокислой магнезии в 20 мл раствора глюкозы);

4) при бессоннице или возбуждении на ночь люминал 0,1 или барбамил 0,15;

5) регулирование стула;

6) после более или менее стойкого снижения максимального кровяного давления ниже 140 мм и минимального — ниже 95 мм можно разрешить вставать и указанные назначения проводить один раз в день;

7) изменение диэты, как указано выше, в зависимости от отеков;

8) выписывать больную из стационара можно только после стойкого исчезновения явлений нефропатии.

Вторая степень нефропатии:

1) строгий постельный режим;

2) диэта (см. выше);

3) 4 раза в сутки внутримышечно вводится 25% раствор сернокислой магнезии по 20 мл, а также внутривенно 40% раствор глюкозы 1—2 раза в день по 20—30 мл. Можно чередовать внутривенные вливания магнезии (по 5 мл 25% раствора сернокислой магнезии в смеси с 20 мл 40% раствора глюкозы) с внутримышечными инъекциями 25% раствора сернокислой магнезии;

4) при бессоннице и нервном возбуждении — 1—2 раза в день люминал 0,1.

5) при наклонности к головным болям — пиявки на область сосцевидного отростка; также рекомендуется применять пиявки при упорной гипертонии.

Третья степень нефропатии:

1) при отсутствии противопоказаний (гемоглобин не ниже 50%) — кровопускание 150—200 мл. Кровопускание можно увеличить до 300 мл и даже 400 мл, если давление держится на высоких цифрах (190—200 мл);

2) сернокислая магнезия, люминал и диэта, как при предыдущей степени заболевания;

3) повторных кровопусканий лучше избегать, предпочтительно при надобности ограничиться пиявками;

4) при кровопускании следует учитывать кровяное давление, хотя надо иметь в виду, что снижение его не всегда наступает в момент кровопускания, а часто через 2—3 часа. Все же следует контролировать кровяное давление в процессе самого кровопускания и ограничиться небольшим количеством выпускаемой крови, если давление снижается на 20—30 мм.

В заключение следует сказать, что весь приведенный порядок лечения различных степеней нефропатии как в смысле режима, так и в смысле диэты и медикаментозной терапии надо рассматривать только как

схемы, и при назначении той или иной схемы учитывать не только максимальное, но и минимальное кровяное давление, а также достигаемый эффект от применяемого лечения.

Лечение преэклампсии

Можно заметить следующую схему ведения больной преэклампсией.

1. Полный физический и душевный покой. Для этого больная должна быть помещена в затемненную палату; строгий постельный режим соблюдается до полного исчезновения явлений преэклампсии.

2. Всемерное устранение всех зрительных, слуховых, болевых и двигательных раздражений. Однако нет необходимости все медицинские манипуляции производить в наркозе, как это рекомендуется при эклампсии. С другой стороны, особенно в первые один-два дня, следует предпочесть внутривенное вливание сернокислой магнезии, ибо внутримышечные введения часто сопровождаются длительными болезненными ощущениями, которые сами по себе могут послужить добавочным раздражителем в смысле провокации судорожного припадка.

3. Сразу же после поступления производится кровопускание 200—300—400 мл, в зависимости от уровня кровяного давления, количества гемоглобина и степени снижения кровяного давления при кровопускании.

4. Сернокислая магнезия вводится через 5 часов по 20 мл 25% раствора внутримышечно или внутримышечное введение чередуется с внутривенным, как указано выше.

5. При бессоннице и нервном возбуждении дается люминал 2 раза в день по 0,1 или барбамил 2 раза в день по 0,15.

6. В течение первого дня, особенно при тяжелых формах преэклампсии, лучше, кроме фруктовых соков в небольших дозах (всего 300—400 мл в сутки) и внутривенного вливания 40% раствора глюкозы 2 раза в день по 30—40 мл, никакой пищи не давать. Со 2-го дня назначать такую же диэту, как при тяжелых формах нефропатии.

7. После исчезновения головной боли, расстройств зрения, болей в подложечной области больную можно перевести из затемненной палаты и лечение проводить, как при нефропатии.

Досрочное родоразрешение при токсикозах беременных

У огромного большинства больных правильно проведенный режим, диэта и медикаментозная терапия приводят к исчезновению или уменьшению симптомов нефропатии и преэклампсии, которые в дальнейшем либо совсем не возобновляются, либо после ремиссии опять появляются и вновь исчезают до полного их прекращения после родов.

Вопросы досрочного родоразрешения могут и должны быть поставлены только при следующих обстоятельствах.

1. При выраженных формах преэклампсии, если явления преэклампсии не прекращаются и не поддаются терапии, ибо это угрожает переходом в эклампсию или кровоизлиянием в мозг, особенно если преэклампсия сопровождается высокими цифрами кровяного давления (90—200 мм).

2. При тяжелых формах нефропатии, если при этом имеются выраженные и повторные кровоизлияния в глазное дно, а также при явлениях начинающегося ретинита, очень высоких цифрах альбумин-

урии, при выраженной олигурии, если указанные явления не прекращаются в течение короткого времени.

3. При менее тяжелых формах нефропатии, если они длятся долго и не поддаются терапии, ибо эти формы являются наиболее угрожающими в том смысле, что и после родов останутся стойкие явления поражения почек, а также с точки зрения опасности внутриутробной смерти плода и мертворождения.

При решении вопроса о досрочном родоразрешении рекомендуется руководствоваться следующими общими положениями:

а) Если при выраженных формах преэклампсии и правильном лечении, в том числе и при повторных кровопусканиях, а иногда и люмбальной пункции, клинические явления не улучшаются в течение 3—4 дней, то следует считать показанным родоразрешение.

б) То же относится и к больным с тяжелой нефропатией, сопровождающейся указанными в п. 2 осложнениями, если состояние больной не улучшается в течение 3—4 дней. При этом такие явления, как альбуминурический ретинит, следует считать показанием к немедленному родоразрешению.

в) Что касается больных, указанных в п. 3, то, если в течение 3 недель состояние больной не улучшается и особенно если клинические симптомы нефропатии ухудшаются, также следует считать показанным родоразрешение. Необходимо отметить, что при этих формах непосредственной опасности для жизни не возникает, но часто появляются стойкие поражения почек, а возможно и возникновение гипертонической болезни.

Что касается методов родоразрешения, то при осложнениях, перечисленных в первых двух пунктах, требуется более или менее быстрое родоразрешение, и нельзя полагаться на методы, которые требуют многих часов или нескольких дней. Поэтому у этих больных при сглаженной шейке можно ограничиться расширением зева, вскрытием плодного пузыря и стимуляцией родовой деятельности (без питуитрина), что обычно ведет к быстрому родоразрешению. Кесарева сечения следует по возможности избегать. При несглаженной шейке также следует начать с расширения шейки, вскрытия плодного пузыря и стимуляции. Если указанные меры не дают эффекта и состояние больной не улучшается, то показано родоразрешение путем кесарева сечения. При преэклампсии кесарево сечение менее опасно, чем при эклампсии.

При длительных и стойких формах нефропатии предпочтительно консервативное родоразрешение, т. е. вскрытие плодного пузыря с последующей стимуляцией или подготовка фолликулином с последующей стимуляцией и вскрытием плодного пузыря.

4. Эклампсия

Частота эклампсии

В СССР, благодаря широкой сети женских консультаций, выявляющих больных токсикозами в наиболее ранних стадиях, своевременной госпитализации и рациональной терапии, количество заболеваний эклампсией уменьшается с каждым годом. Так называемая аутохтонная эклампсия, т. е. эклампсия, возникающая в родильном стационаре, особенно в крупных центрах, становится все более редким явлением.

Среди первобеременных эклампсия встречается значительно чаще, чем у повторнобеременных. По В. Н. Власову, среди больных эклам-

псией первобеременные составляют 82,7%, по Д. П. Бровкину — 84%, по С. А. Селицкому — 66,3%, по В. Г. Котельникову — 72,2%.

При многоплодной беременности эклампсия встречается чаще, чем при одноплодной.

По времени наступления различают эклампсию беременных, рожениц и послеродовую эклампсию. Чаще всего эклампсия встречается в родах (около 60%), реже во время беременности (около 20—25%) и еще реже — после родов (15—20%).

Эклампсия беременных встречается тем чаще, чем ближе к родам. До V месяца беременности эклампсия представляет большую редкость. Интеркуррентной называется эклампсия, которая имела место во время беременности и прекратилась, не возобновляясь в родах и после родов. Если же после полного прекращения припадков они через некоторое время опять возобновились, то такая форма называется рекуррентной.

Симптоматология и клиника эклампсии

Можно различить три периода эклампсии: 1) продромальный, 2) судорожный и 3) период выздоровления.

1. Продромальный период. Эклампсия представляет собой наиболее тяжелую форму токсикоза, развивающуюся на почве предшествовавшей нефропатии и преэклампсии и, следовательно, как правило, можно наблюдать более или менее выраженные предвестники припадков, в основном представляющие собой клиническую картину преэклампсии. Сюда относятся головные боли, особенно в лобной области, чувство давления в голове, беспокойство, тошнота, бессонница, боли в подложечной области. Расстройства зрения в виде мелькания в глазах, тумана и сетки перед глазами, вплоть до слепоты, могут иметь центральное происхождение, но могут обусловиться отеком сетчатки, кровоизлиянием, а также настоящим ретинитом или отслойкой сетчатки. Связь расстройств зрения с нарушениями в центральных отделах зрительных анализаторов доказывается тем, что в отдельных случаях при выраженных расстройствах зрения в глазном дне изменений не находят.

Иногда указанные явления или некоторые из них перед самым припадком внезапно проявляются с особенной силой, и это всегда может предвещать близость припадка.

Наличие всех перечисленных симптомов продромального периода не всегда имеет место. Следует учитывать не только и не столько количество симптомов, сколько их интенсивность.

2. Судорожный период. В этом периоде различают четыре фазы. а) Начальная фаза. Припадок обычно начинается мелкими подергиваниями или фибриллярными судорогами мышц лица. Сначала появляются мелкие судороги век, глазные яблоки вращаются в орбитах в разные стороны и вверх; далее подергивания переходят на все лицо. В языке также наблюдаются фибриллярные сокращения, и он немного высовывается вперед. Голова сначала поворачивается в разные стороны, а потом застывает в одном положении. Наконец, судороги переходят на верхние конечности. В нижних конечностях обычно судороги не наблюдаются. Эта фаза длится несколько секунд.

б) Фаза тонических сокращений. Лицо как бы застывает, глазные яблоки повернуты кверху, появляется тризм, и в это время часто прикусывается язык; мышцы всего тела, диафрагмы и дыхательного горла приходят в тетаническое состояние, дыхание останавливается, туловище напрягается. Эта фаза продолжается 20—25 секунд.

в) Фаза клонических судорог. Судороги распространяются на туловище и верхние конечности, появляется затрудненное и неправильное дыхание, выступает изо рта пена, иногда кровавая, вследствие кровеотделения из прикушенного языка, лицо принимает резко синюшную окраску. Нижние конечности меньше охвачены судорогами по сравнению с верхними. Эта фаза продолжается 40—45 секунд.

г) Фаза коматозного состояния. Последняя фаза характеризуется коматозным состоянием. Эта фаза часто сопровождается глубоким бессознательным состоянием, с громким хриплым дыханием, отсутствием болевой чувствительности, отсутствием зрачковых, коленных и ахилловых рефлексов, беспокойными движениями, иногда, наоборот, адинамией. В дальнейшем восстанавливается чувствительность, рефлексы, и появляется несколько спутанное сознание.

Длительность этой фазы весьма различна. Длительная кома является неблагоприятным симптомом.

Количество припадков весьма непостоянно — от одного до многих десятков. Так же различны промежутки между припадками. Хотя нельзя говорить об определенном параллелизме между количеством припадков и летальным исходом, все же не подлежит сомнению, что сам припадок является фактором, ухудшающим клиническое течение и все болезненные явления, связанные с токсемией, и что чем меньше припадков, тем предсказание лучше не только в отношении ближайших результатов, но и в отношении могущих возникнуть осложнений в послеродовом периоде.

В редких случаях наблюдается так называемая эклампсия без судорог. Этот термин буквально означает «припадки без припадков»; тем не менее он оправдан, ибо под словом «эклампсия» мы понимаем не только судорожный синдром, но и сложный комплекс клинических, морфологических и патофизиологических явлений, которые могут иметь место без судорожного синдрома. Эклампсия без судорог характеризуется тем, что больная впадает в длительное коматозное состояние. Это наиболее тяжелая и опасная форма эклампсии.

3. Период выздоровления. Он характеризуется медленным или быстрым исчезновением указанных продромальных преэклампти-ческих симптомов, резким улучшением общего вида больной, наступлением нормального диуреза, постепенным или быстрым исчезновением отеков и т. д.

Нарушения функций различных органов и систем при эклампсии

1. Нервные и психические расстройства. Эклампти-ческие судороги являются выражением состояния резкого возбуждения коры головного мозга. Коматозное состояние, наступающее вслед за судорогами, надо рассматривать как состояние угнетения центральной нервной системы, наступающее вслед за периодом возбуждения. О возбужденном состоянии свидетельствуют также указанные выше предвестники эклампсии. Помимо раздражения моторных центров, отмечается повышенная возбудимость сензорных центров: слуха, зрения, тактильной и болевой чувствительности. Резкий свет, шум, легкие болевые раздражения могут служить моментами, провоцирующими наступление припадков. На этом основан один из важнейших принципов борьбы с эклампсией — строжайший покой и устранение каких бы то ни было раздражений. Головная боль связана с отеком и вазомоторными расстройствами в головном мозгу. Менее ясен патогенез болей в подло-

жечной области; вопрос, насколько их можно связать с раздражением солнечного сплетения, остается открытым.

Иногда встречающиеся явления преходящей афазии, амблиопии, слепоты, глухоты и парезов также связаны с нарушениями функций, центральной нервной системы. Нарушения функций центральной нервной системы объясняются отеком мозга, вазомоторными явлениями, а также мелкими внутричерепными кровоизлияниями.

Если кровоизлияния занимают большой участок и локализуются в жизненно важных отделах мозга, то они могут быть непосредственной причиной смерти, а также длительных гемиплегий.

После эклампсии наблюдались расстройства психики, выражающиеся в амнезии и депрессии. В большинстве случаев эти психозы преходящего характера.

2. Расстройства зрения. Эти расстройства требуют особого внимания. Они объясняются нарушениями в центральной нервной системе, а также изменениями глазного дна. В большинстве случаев эти расстройства заключаются в мелькании мушек перед глазами и ослаблении зрения. Морфологически они выражаются в небольшой отечности сетчатки, изменении калибра вен и артериол, иногда в мелких кровоизлияниях. Более серьезные нарушения встречаются редко.

Амавроз, или полная слепота, представляет редкое явление, причем в глазном дне не обнаруживают таких глубоких изменений, с которыми можно было бы связать слепоту. Зрачки при этом реагируют на свет. Эти данные позволяют думать, что амавроз связан с центральными нарушениями, повидимому, отечностью и вазомоторными нарушениями в кортикальных отделах зрительного анализатора. Длительность слепоты самая различная: от нескольких часов до нескольких дней. Описаны случаи стойкой гемианопсии и скотом.

Что касается изменений со стороны сетчатки, то настоящие, так называемые альбуминурические, ретиниты представляют при эклампсии редкое явление. Те изменения, которые имеют место при преэклампсии и эклампсии, можно характеризовать как ретинопатии разной степени в отличие от ретинитов. Изменения в сетчатке связаны в основном с сосудистыми нарушениями. В большинстве случаев можно отметить сужение артериол, которое сначала носит транзиторный характер. Иногда спазмы принимают стойкий характер в отдельных участках и, повидимому, вызывают расстройство питания и небольшие дегенеративные изменения в сетчатке. Одновременно с сужением артерий отмечается расширение венозных сосудов. В более тяжелых случаях отмечаются мелкие кровоизлияния, быстро проходящие или более или менее стойкие. Кроме того, в отдельных случаях можно найти белые пятнышки и отек папиллы.

Все эти субъективные и объективные явления довольно быстро проходят после прекращения эклампсии. Они могут продолжаться в тех случаях, когда и другие клинические симптомы токсикоза не прекращаются после припадков.

К редким явлениям относится отслойка сетчатки. Она может быть односторонней или двусторонней, полной или частичной. Иногда отслойка сетчатки может закончиться полным выздоровлением, но наблюдались случаи и стойкого ослабления зрения.

3. Отеки. Отеки имеют место в значительном большинстве случаев эклампсии. По данным Р. А. Чертока, отеки встречаются в 54,6%, по нашим данным — в 72% случаев.

Отеки имеют место как в подкожной клетчатке, так и в соединительнотканных прослойках внутренних органов. Встречаются случаи, когда отеков подкожной клетчатки не отмечается, и только чрезмерное увеличение веса в течение короткого срока указывает на наличие скрытых отеков. Исключение составляют висцеральные полости, плевральная и брюшная, в которых скопление жидкости встречается очень редко при эклампсии; наличие асцита в большинстве случаев указывает на нефрит.

Отек мозга, наряду с сосудистыми изменениями, может быть одной из причин судорожных припадков.

Отек легких, если он имеет место, возникает уже во время припадков и в связи с припадками.

Сравнительно часто при эклампсии, как вообще при токсикозах поздних сроков, встречается гидрамнион, однако вряд ли можно связывать его возникновение с возникновением отеков.

В патогенезе отеков играют роль те же факторы, как и при преэклампсии, т. е., помимо общего для всей группы отечно-нефротических токсикозов нарушения проницаемости капилляров и задержки воды и хлористого натрия, имеют место расстройства щелочно-кислотного, коллоидо-осмотического и минерального равновесия (Ca : K) и др.

Вопрос о роли антидиуретического гормона задней доли гипофиза в патогенезе отеков остается спорным.

4. Нарушение функций почек. Альбуминурия — обычное явление при эклампсии. При ней количество белка в моче может достигать $^{20}/_{00}$ и больше, но может быть и ничтожное; во многих случаях, по данным некоторых авторов, совсем отсутствует альбуминурия (до 40% случаев). В. Г. Котельников в 23% эклампсии не находил альбуминурии, С. А. Селицкий — в 16,6%, В. Н. Власов — только в 3,9%. Величина альбуминурии не является основным критерием тяжести заболевания.

Основным источником альбуминурии надо, повидимому, считать ненормальную проницаемость клубочков для белков.

Кроме альбуминурии, часто наблюдается олигурия, гораздо реже — анурия. Последняя является показателем тяжести заболевания, и она должна навести на мысль о глубоком поражении клубочков и канальцев почек, о нефрите в прошлом или об осложнении токсикоза нефритом.

Цилиндрурия также часто встречается, как альбуминурия, причем в большинстве случаев находят зернистые и гиалиновые цилиндры.

Редкие случаи повышенной азотемии, довольно частое отсутствие альбуминурии и нередкое отсутствие выраженных анатомических изменений со стороны почек (при вскрытиях) подтверждают мнение, что поражение почек представляет собой непостоянное и вторичное явление.

5. Нарушения функции печени. Поражения печени являются, повидимому, более выраженными и частыми, чем поражения почек.

Клинически нарушения функции печени выражаются в склонности к желтухе, которая, хотя и встречается сравнительно редко, является плохим прогностическим симптомом. Увеличение билирубина и уробилина в крови связано с расстройством функции печени. Увеличение полипептидов и падение мочевины в крови ниже того уровня, который она имеет при беременности, указывает на снижение мочевинообразовательной функции печени. Антитоксические функции печени (проба Квика) при эклампсии снижены.

6. Нарушения сердечно-сосудистой системы. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы выражаются клинически в основном в гипертонии. Случаи эклампсии без гипертонии довольно редки.

По данным Р. А. Чертока, эклампсия без повышения кровяного давления встречалась в 15,2%. По нашим данным, судорожная форма эклампсии без гипертонии представляет редкость. Единичные случаи эклампсии без гипертонии, повидимому, объясняются тем, что давление в 130/85—135/90 мм принималось для беременных за норму, тогда как оно является повышенным по сравнению с уровнем кровяного давления у данной женщины вне беременности.

Кровяное давление при эклампсии достигает часто больших цифр, однако редко превышает 200 мм. Во время припадка, иногда непосредственно перед припадком давление повышается. В коматозной фазе давление снижается незначительно. Резкое падение кровяного давления в промежутках между припадками или вообще наличие припадков при низком давлении является неблагоприятным прогностическим симптомом.

Пульс в большинстве случаев напряжен и немного учащен. Стойкое учащение пульса до 120 ударов в минуту и выше также неблагоприятно.

Сердечная мышца не обнаруживает резких функциональных нарушений. В сердце, как и во многих других органах при эклампсии (на вскрытиях), часто находят точечные кровоизлияния и тромбозы. Если происходят более значительные кровоизлияния и тромбозы в миокарде, то это может служить непосредственной причиной внезапной смерти.

Венозное давление при эклампсии также повышено. По данным Р. М. Бронштейн, при тяжелых формах нефропатии венозное давление повышено до 140—150 мм водяного столба. Примерно такие же цифры наблюдаются и при эклампсии, однако повышение венозного давления носит менее постоянный характер, чем артериального.

В сосудистой системе имеют место изменения, указанные в разделе «Патологоанатомические изменения при эклампсии» (стр. 106). Интерес представляют прижизненные изменения в периферической сосудистой системе, в системе капилляров. Они чрезвычайно характерны и могут служить подсобным диагностическим и прогностическим показателем.

По данным И. П. Иванова, при эклампсизме и эклампсии отмечается следующая картина капилляроскопии ногтевых лож пальцев рук. Фон поля зрения очень мутный, количество функционирующих капилляров значительно меньше нормы. Венозные колена расширены, местами имеются выбухания, артериальные колена резко сужены. Кровоток неравномерен, прерывистый, наблюдаются часто стазы; имеются многочисленные экстравазаты, а также кровоизлияния. Подобные картины наблюдала С. П. Виноградова и Гинзельман (Hinselmann). Неверман (Nevermann) отмечал в капиллярах внутренних органов изменения, подобные тем, которые имеют место в коже. По данным И. П. Иванова, на основании капилляроскопической картины можно судить о тяжести токсикоза, а также в некоторых случаях диференцировать нефропатию от нефрита.

7. Температура тела. Термические расстройства встречаются довольно часто при эклампсии в форме повышения температуры во время припадка в пределах 37,5—38°. После прекращения припадка

температура обычно возвращается к норме. Резкие степени гипертермии (40—41°) являются весьма неблагоприятным симптомом.

8. Спинномозговая жидкость. Отдельные авторы отмечали повышение давления спинномозговой жидкости при эклампсии. Параллелизма между артериальным давлением и давлением спинномозговой жидкости не отмечалось. Имеется некоторый параллелизм с венозным давлением. Повышение давления в спинномозговой жидкости связано, повидимому, с отеком и повышением внутричерепного давления. Выраженные цитологические изменения, а также наличие крови в спинномозговой жидкости встречаются только в случаях массивных кровоизлияний в мозг.

9. Морфологические изменения периферической крови. М. А. Даниахий указывает, что при эклампсии наблюдается умеренная анемия и лейкоцитоз более выражен, чем при нормальной беременности (средние цифры 9 810 по сравнению с 8 823 в последние месяцы нормальной беременности), причем процент нейтрофилов резко преобладает над другими элементами белой крови. Сдвиг влево вплоть до появления юных форм также значительно более резко выражен при эклампсии по сравнению с нормальной беременностью. Наблюдается выраженная лимфопения и эозинофилопения. Эта картина довольно однородна при эклампсии.

Такие же данные получила В. И. Бодяжина.

10. Некоторые данные об обменных процессах при эклампсии. 1) Углеводный обмен. Данные об углеводном обмене при эклампсии разноречивы. Ф. П. Ханина и Ю. М. Бурученкова при эклампсии нашли в 30% гипогликемию. Стандер (Stander) в большинстве случаев находил гипергликемию и только в единичных случаях — гипогликемию. А. Б. Бодяхина при преэклампсии обнаруживала низкие цифры сахара в крови как натощак, так и после нагрузки.

Во время припадка, повидимому, имеет место кратковременное увеличение сахара, которое сменяется гипогликемией.

Е. П. Майзель, Д. А. Кравец и Е. Губанова при нефропатиях нашли незначительное повышение молочной кислоты в крови по сравнению со второй половиной нормальной беременности (11,8 мг% по сравнению с 11,2 мг%). Ряд иностранных авторов [Стандер (Stander), Цвейфель (Zweifel) и др.], находил, как правило, при эклампсии повышенные цифры молочной кислоты.

2) Жировой обмен. Количество липоидов и холестерина в крови при эклампсии значительно выше, чем при нормальной беременности; имеет место и увеличение фосфатидов. Некоторые авторы не находили изменений в жировом обмене при эклампсии по сравнению с нормальной беременностью.

Часто наблюдаемая при эклампсии кетонемия связана, возможно, с гипогликемией, а главное, с нарушениями жирового обмена, особенно при недостаточном подвозе углеводов.

3) Белковый обмен. При нефропатии и преэклампсии, по данным В. В. Ковальского и Н. Е. Логиновой, имеет место резко выраженная гипопротеинемия и еще более выраженный сдвиг в сторону глобулиновых фракций. Мы обнаруживали в отдельных случаях падение белков сыворотки до 5%.

По данным Нейвелера (Neuveler), при преэклампсии и эклампсии особенно увеличивается количество альфа-глобулинов, а бета- и гамма-глобулины, наоборот, уменьшаются как в относительных, так и в абсолютных цифрах. Указывая на отношение альфа-глобулинов к фермен-

тативному процессу превращения ренина в гипертензин, Нейвелер пытается связать это обстоятельство с гипертоническим синдромом. Гамма-глобулины являются иммунными телами, и уменьшение их автор связывает с уменьшением сопротивляемости к инфекциям при эклампсии.

По данным некоторых авторов, при нефропатии также увеличивается количество фибриногена по сравнению с нормальной беременностью [Б. И. Копайлашвили, Эйфингер (Eufinger) и др.].

Остаточный азот крови при эклампсии находится на верхней границе нормы [Ф. П. Ханина и Ю. М. Бурученкова, Стандер, Цангенмейстер (Zangenmeister и др.]. Повышение остаточного азота наблюдается при выраженном поражении почек и при нефритах.

Как мы видели выше, азот мочевины при нормальной беременности несколько ниже нормы (12 мг% вместо средних 15 мг%). Уменьшение мочевины некоторые авторы (И. И. Богоров и др.) связывают с увеличением аминокислот.

По данным Е. И. Кватера, при эклампсии 47—55% общего азота выделяется с мочой в виде мочевины, а остальное количество азота выделяется в виде аммиака, в то время как в норме 83% общего азота выделяется в виде мочевины. Р. Г. Лурье, Д. А. Кравец и В. В. Рейнеке обнаружили повышенное количество аммиака при тяжелой нефропатии, перешедшей в эклампсию. И. И. Богоров указывает, что чем тяжелее форма нефропатии, тем больше аммиака в моче, а при эклампсии его содержание еще больше увеличивается. При этом чем ниже относительное содержание мочевины в крови, тем больше выделяется аммиака с мочой за сутки.

Мочевая кислота крови, имеющая тенденцию к увеличению при нормальной беременности, при эклампсии увеличивается значительно. Ф. П. Ханина и Ю. М. Бурученкова нашли в 80% эклампсии увеличение мочевой кислоты в 2—3 раза.

Что касается полипептидов, то А. М. Королева при нефропатиях не нашла изменения их количества в крови. В отдельных случаях эклампсии (18,8%) она наблюдала увеличение полипептидов крови (до 187 мг%).

В отношении аминокислот мнения расходятся. По данным Г. В. Пенькова, в некоторых случаях можно констатировать увеличение аминокислот в крови на 25—100%. Ван Слайк также отмечает увеличение аминокислот по сравнению с нормальной беременностью. Другие авторы не могли подтвердить эти данные. Так же противоречивы данные о гистамине.

По данным Капелера (Kapeler), при нормальной беременности в моче можно найти гистидин, а при эклампсии вместо гистидина с мочой выделяется гистамин.

В заключение можно сказать, что при эклампсии имеется ряд нарушений азотистого обмена, связанных в основном с нарушением функции печени. Важнейшими результатами этих нарушений является гипопротеинемия, со сдвигом фракций белков в сторону глобулинов, а также наличие в организме кислых продуктов расщепления белков, увеличивающих состояние ацидоза, наряду с кислыми продуктами расщепления жиров.

4) Минеральный обмен. По данным Р. Г. Лурье, при эклампсии количество кальция в крови несколько снижается по сравнению с нормальной беременностью. М. Г. Сердюков и М. А. Петров-Маслаков указывают на непостоянный уровень его при этом заболевании. Данные о содержании кальция при эклампсии, таким образом, очень противоре-

чивы, возможно, потому, что изменения в обмене кальция при эклампсии не носят закономерного характера.

В обмене хлоридов имеются существенные изменения не только по сравнению со здоровыми небеременными, но и по сравнению с беременными, у которых, как мы видели, имеется задержка хлоридов в организме. При эклампсии содержание хлоридов в плазме крови находится на очень высоком уровне. По данным Р. А. Чертока, ионы хлора увеличиваются при эклампсии на 10—15%, в то время как ионы натрия уменьшаются на 20—25%.

Калий, по данным некоторых авторов (Р. Г. Лурье и др.), увеличивается при преэклампсии, и коэфициент К/Са увеличивается в сторону калия.

По данным Винь и Поте (Vignes и Poté), количество магния увеличивается при нормальной беременности и падает при эклампсии, причем по прекращении припадков количество магния возвращается к норме.

Резюмируя данные о минеральном обмене, надо констатировать, что, несмотря на противоречивые данные и недостаточную изученность вопроса, те сдвиги в минеральном обмене, которые намечаются и при нормальной беременности (задержка хлоридов, некоторое уменьшение кальция и т. д.), принимают более выраженную форму при эклампсии, а количество некоторых минеральных солей, как, например, солей магния, при нормальной беременности увеличивается, а при эклампсии — падает.

Все эти изменения могут иметь известное отношение к клиническим симптомам и в первую очередь к отекам. Что касается магния, то с его уменьшением при эклампсии можно связать повышенную возбудимость нервной системы.

5) Водный обмен. В изменении водного баланса организма при беременности вообще и при эклампсии в особенности первенствующую роль играет, повидимому, увеличение проницаемости капилляров. Однако не подлежит сомнению, что и другие моменты могут способствовать задержке воды в тканях. Задержка хлоридов идет обычно параллельно с задержкой воды, так что трудно сказать, что при этом является первичным моментом. Во всяком случае задержка хлоридов, естественно, влечет за собой задержку воды в связи с условиями гидростатического давления. Некоторую роль в нарушении водного обмена играет и онкотическое давление, связанное в основном с состоянием белковых коллоидов. Общая гипопротеинемия сама по себе ведет к уменьшению онкотического давления и может способствовать появлению отеков. Уменьшение альбуминов также играет при этом роль, ибо онкотическое давление альбуминов значительно выше, чем глобулинов. Вопрос о роли нарушений липоидного обмена, о значении антидиуретического гормона задней доли гипофиза, щитовидной железы, гормона коры надпочечников в возникновении отеков остается до сих пор открытым.

6) Ацидоз. Ацидоз в той или иной степени имеет место довольно часто при эклампсии (А. П. Николаев, В. И. Скворцов и др.). В появлении ацидотического состояния играют роль нарушения жирового, углеводного, белкового и минерального обмена.

Р. Г. Лурье, Д. А. Кравец и В. В. Рейнеке исследовали резервную щелочность, напряжение углекислоты в альвеолярном воздухе, титруемую кислотность и аммиак мочи и пришли к выводу, что при нефропатиях вообще и особенно в случаях, закончившихся эклампсией, имеет

место значительное снижение резервной щелочности крови и альвеолярной углекислоты, увеличение титруемой кислоты и аммиака мочи.

Показателем ацидоза также является увеличение кетоновых тел в результате нарушения жирового обмена и гипогликемии. Увеличение кетоновых тел при эклампсии установлено многими авторами.

При эклампсии увеличивается также содержание молочной кислоты в крови и аммиака в моче, что также свидетельствует об ацидозе.

Токсичность крови при эклампсии. Интерес представляет вопрос о токсичности крови при эклампсии. Однако данные по этому вопросу весьма противоречивы. А. А. Куликовская-Тупиневич вводила мышам кровь больных эклампсией и установила наличие обширных кровоизлияний и некроза в почках, печени, селезенке и других органах подопытных животных. П. Беликов и А. Маневич находили в крови больных эклампсией ядовитые для животных вещества, которые сохраняются иногда в течение некоторого времени и после родов. А. А. Лебедев и Р. Е. Месик находили в крови при эклампсии специфические антигены и антитела. Однако данные о токсичности крови при эклампсии разделяются далеко не всеми клиницистами. Переливание крови больных эклампсией не вызывает никаких токсических явлений у реципиента.

Изменения в ретикуло-эндотелиальной системе. И. И. Яковлев и Б. Мошков для изучения состояния ретикуло-эндотелиальной системы при токсикозах использовали пробу с конгоротом по методу Н. Н. Аничкова. Они нашли, что так называемый конгорот-индекс при тяжелых формах нефропатии составляет 79—80%, а при очень тяжелых — до 95%, т. е. почти вдвое больше, чем у небеременных, и на 20—30% больше, чем во второй половине нормальной беременности.

Резкое замедление поглощения краски при тяжелых токсикозах означает значительную нагрузку ретикуло-эндотелиальной системы продуктами межуточного обмена.

7) Гормональные нарушения. Данные о гормональных нарушениях весьма противоречивы. Обычные морфологические изменения, обнаруживаемые на вскрытии умерших от эклампсии (мелкие кровоизлияния и тромбозы), свойственны почти всем органам и не могут служить основанием для предположения о грубых нарушениях их функции. Более выраженные структурные изменения, находимые в отдельных случаях в некоторых эндокринных железах (гипофиз, надпочечники, поджелудочная железа и др.), скорее являются исключением, а не правилом.

В частности, в отношении половых и гонадотропных гормонов имеются самые противоречивые мнения. А. Э. Мандельштам и Э. М. Каплун считают, что при эклампсии имеется увеличение эстрогенов и резкое уменьшение гонадотропинов, и выдвинули предложение о лечении эклампсии проланом, а Смиты (Smith and Smith) и др., наоборот, связывают эклампсию с чрезмерным количеством гонадотропинов и резким уменьшением эстрогенов и прогестерона и пытаются лечить эклампсию большими дозами эстрогенов и прогестерона. В действительности ни данные А. Э. Мандельштама и Э. М. Каплуна, ни данные Смитов не являются специфическими и постоянными при эклампсии.

Противоречивы данные о вазопрессорном и антидиуретическом гормоне задней доли гипофиза при эклампсии. А. Э. Мандельштам и Э. М. Каплун, Гофбауэр (Hofbauer), Ансельмино (Anselmino) и Гофман (Hoffmann) строят свои теории эклампсии на предположении об

увеличении продукции этих гормонов, а ряд других авторов [Пейдж (Page), Иорес (Iores) и др.] не находил при эклампсии увеличения ни антидиуретического, ни вазопрессорного гормона. Шепс (Sheps) указывает, что изменения, наступающие в органах у животных при введении больших доз вазопрессина, ничего общего не имеют с типичными для эклампсии изменениями у женщин.

Что касается установленной Кушингом (Cushing) базофильной инфильтрации задней доли гипофиза, то эти наблюдения не подтверждены некоторыми другими исследователями и представляют, таким образом, непостоянное явление.

О нарушениях функций щитовидной, паращитовидных, поджелудочной желез многие авторы высказываются предположительно, во-первых, в связи с тем, что эти железы имеют отношение ко многим видам обмена и, во-вторых, в связи с тем, что в отдельных случаях при применении гормонов этих желез наблюдается положительный терапевтический эффект.

Что касается гормонов надпочечников (адреналин и дезоксикортикостерон), то некоторые авторы пытались увязывать с эклампсией сосудосуживающее действие первого и некоторое антидиуретическое действие второго. Однако никто до сих пор не мог установить выраженной гиперадреналинемии при эклампсии.

Все эти моменты дают право заключить, во-первых, что вопрос о гормональных нарушениях при эклампсии еще очень мало изучен и, во-вторых, что изменения в эндокринном аппарате варьируют и не являются строго специфичными для эклампсии.

Патологоанатомические изменения при эклампсии

Несмотря на большое количество работ по этому вопросу, патоморфология эклампсии еще недостаточно изучена; особенно слабо изучены тонкие структурные изменения в эндокринных железах.

Наиболее общими и постоянными патологоанатомическими изменениями, обнаруживаемыми почти во всех органах и системах, являются поражения сосудистой системы в виде мелких кровоизлияний и тромбозов. В настоящее время надо также считать установленным, что эти изменения являются первичными, а изменения в специфической тканевой паренхиме органов — вторичными.

Обстоятельством, чрезвычайно затрудняющим трактовку патоморфологической картины, является то, что сам по себе судорожный припадок, сопровождающийся тяжелой аноксией, возбуждением и последующим угнетением центральной нервной системы, может вызвать ряд анатомических изменений в органах, независимо от основного токсемического процесса. В результате на вскрытиях трудно определить, какие изменения надо отнести за счет токсемии и какие за счет самого припадка.

Наиболее частые и большие изменения наблюдаются в печени, почках, мозгу и плаценте.

1. Печень. Изменения в печени настолько характерны, что по ним одним можно диагносцировать эклампсию. Из этого, однако, не следует, что отсутствие типичных изменений в печени исключает эклампсию.

К. П. Улезко-Строганова нашла типичные изменения в печени только в 77%; В. Константинович — в 80%. Декстер (Dexter) у 13 больных из 25 не нашел никаких изменений в печени.

Макроскопически печень только немного больше нормы, плотна, бледна и имеет пестрый вид. На поверхности имеются рассеянные неравномерные темнокоричневые пятна в связи с кровоизлияниями под капсулой. При обширных кровоизлияниях под капсулой может наступить разрыв ее и внутрибрюшное кровотечение. Описан случай кровотечения, по поводу которого был наложен шов на капсулу; больная выздоровела.

Кровоизлияния видны также на разрезах в форме возвышающихся над поверхностью разреза темнокрасных пятен. Анемические некрозы наблюдаются редко.

Микроскопические изменения весьма характерны. Они сосредоточены главным образом на периферии долек, но могут распространяться и к центру дольки. Изменения характеризуются расширением капилляров, кровоизлияниями, тромбозами, жировым перерождением и некрозом печеночных клеток и лимфатической инфильтрацией. Печеночные клетки в области кровоизлияния сдавлены, их протоплазма слабо окрашивается. Ядра либо полностью отсутствуют, либо видны в форме распадающихся зернышек. Капилляры на периферии участков некроза нередко облитерированы гиалиновым тромбом, а в центральных зонах капилляры выглядят пустыми.

Иногда находят тромбы более крупных сосудов, а в редких случаях наблюдается полный тромбоз воротной вены без кровоизлияния и некроза в печени.

Надо полагать, что некоторые из описанных изменений в основном обратимы. На вскрытиях трупов женщин, умерших через 7 дней и более после эклампсии от причин, не связанных с последней, в печени не находили существенных морфологических изменений.

На вскрытиях умерших в период преэклампсии часто находят описанные выше типичные поражения, что свидетельствует о том, что по крайней мере часть этих поражений стоит в непосредственной связи с токсемическим процессом и не должна быть приписана только судорожному припадку.

2. Почки. Макроскопически почки обычно нормальной величины или слегка увеличены, бледноваты. На разрезах корковый слой бледной окраски со многими мелкими кровоизлияниями.

Микроскопически изменения в почках преимущественно дегенеративного характера. Клубочки слегка расширены, просвет капилляров сужен, а иногда содержит только небольшое количество эритроцитов. Сужение просвета капилляров вызвано утолщением базальной мембраны и увеличением эндотелиальных клеток. Помимо утолщения базальной мембраны, часто отмечается ее деформация в виде складок. Некоторые капилляры содержат тромбы.

Эпителиальные клетки изогнутых и прямых канальцев отечны и содержат гиалиновые, а иногда и жировые капли. Просвет канальцев сужен и содержит набухшие, иногда некротизированные клетки с распадающимися ядрами. В отдельных случаях наблюдаются изменения также в афферентных артериолах клубочков в форме набухания и утолщения стенок возле их входа в клубочек. Эти изменения, однако, ясно отличаемы от хронических склеротических изменений, наблюдаемых при хроническом нефрите или длительной гипертонической болезни. Междольчатые артерии обычно не изменены.

Отсутствие изменений в почках отмечается чаще, чем в печени. А. А. Смирнов во многих случаях находил только незначительные изменения в собственно почечной паренхиме при наличии поражения сосу-

дов в виде мельчайших кровоизлияний. Барр (Barr) в 12,5% случаев эклампсии нашел только незначительные изменения. Пруц (Proutz) у 10 больных из 22 нашел почки почти здоровыми.

Несмотря на пестроту и непостоянство поражений почек при эклампсии, отдаленные наблюдения указывают, что изменения в почках более стойки, чем изменения в печени.

3. Мозг. Изменения в мозгу носят непостоянный характер. Частично изменения связаны с токсемическим процессом, а частично являются результатом припадков.

В большинстве случаев наблюдается отек мозга, что сказывается в некотором уплощении извилин. Мелкие кровоизлияния и очаговые размягчения мозга встречаются часто. Чаще кровоизлияния рассеяны в базальных ганглиях. Нередко имеются массивные кровоизлияния, послужившие непосредственно причиной смерти. Наблюдаются также тромбозы мелких артерий и вен. Эндотелиальные клетки мелких сосудов обнаруживают жировую и иногда гиалиновую дегенерацию. Часто можно видеть периваскулярные кровоизлияния и отек.

Очаговая дегенерация мозговой паренхимы расположена соответственно участкам поражений сосудов.

4. Плацента. В плаценте наблюдаются следующие изменения: 1) белые инфаркты, слегка возвышающиеся на плодовой поверхности; 2) красные инфаркты, состоящие из маленьких ретроплацентарных гематом или в толще плаценты и возникшие в результате тромбоза; 3) белесоватые или сероватые фибринозные инфаркты; 4) диффузные кровоизлияния, образующие иногда обширные ретроплацентарные гематомы, характеризующие настоящие явления отслойки плаценты; 5) изменения ворсин: пролиферация синцития, набухание сосудов, кровоизлияния в мезодермальную основу ворсины; отмечается и атрофия некоторых ворсин.

5. Сердце. В сердце часто обнаруживают умеренное расширение, мелкие кровоизлияния в перикарде и сердечной мышце, жировую дегенерацию миокарда. Иногда находят тромбы капилляров и мелких вен и даже артериол.

6. Легкие. В легких, помимо кровенаполнения, отмечают мелкие кровоизлияния; часто наблюдаются явления катарральной пневмонии и отек.

7. Эндокринный аппарат. В железах внутренней секреции не обнаруживают ничего специфического и в общем изменения сводятся к мелким кровоизлияниям и тромбозам. Только в отдельных случаях встречаются более обширные кровоизлияния и некрозы.

К. П. Улезко-Строганова в отдельных случаях установила в поджелудочной железе почти полное исчезновение лангансовых островков; в надпочечниках — узелковые лимфоидные скопления на границе коркового и мозгового слоя.

Резюмируя изложенные данные, можно констатировать, что патологоанатомические изменения в органах при эклампсии выражаются прежде всего в сосудистых поражениях, обнаруживаемых в той или иной степени во всех органах и наблюдаемых при жизни путем капилляроскопии. Эти изменения сводятся к образованию стазов, кровоизлияний и тромбов. Дегенеративные и некротические изменения чаще всего отмечаются в печени, почках, плаценте и отчасти в центральной нервной системе. В других же органах эти явления носят непостоянный характер и зависят от особенностей каждого заболевания.

Этиология и патогенез эклампсии

Что касается этиологии эклампсии, то мы не останавливаемся специально на этом вопросе, ибо все, что сказано в отношении токсикозов отечно-нефротической группы вообще и в отношении эклампсизма в частности, относится полностью и к эклампсии. Судорожные припадки при эклампсии и коматозное состояние при эклампсии без судорог представляют собой конечное клиническое проявление токсикоза, который либо оставался без надлежащего лечения, либо не поддавался терапевтическим мероприятиям, либо же, что бывало в исключительно редких случаях, действительно, развился молниеносно без предшествующих клинических симптомов.

Особенности патогенеза эклампсии, таким образом, сводятся, во-первых, к тому, что те анатомические и функциональные изменения в организме, которые имеют место при нефропатии и преэклампсии, принимают более выраженную форму; во-вторых, к этим изменениям присоединяются явления резкого возбуждения, переходящего в период комы — состояние угнетения центральной нервной системы и, в-третьих, к существовавшим изменениям в организме присоединяются новые, связанные уже с самими припадками.

Диагностика

Диагностика эклампсии обычно не представляет трудностей.

В фазе судорог нужно диференцировать эклампсию от эпилепсии. Анамнестические данные и клиника токсикоза помогают уточнить диагноз. Можно руководствоваться следующими отличительными признаками:

	Эпилепсия	Эклампсия
Начало заболевания	До беременности	Во время беременности, обычно в последние два месяца
Продромальные явления	Отсутствуют или имеется кратковременная аура	Явления эклампсизма
Возвращение сознания	Быстрое	Коматозное состояние
Состояние зрачков	Сужение	Расширение
Сухожильные рефлексы	Ослаблены	Повышены
Альбуминурия, отеки, гипертония	Обычно отсутствуют	Имеются
Глазное дно	Нормальное	Измененное

Припадки хореи, тетании, истерические припадки, судороги при менингитах, опухолях мозга и при кровоизлияниях в мозг по своему характеру существенно отличаются от экламптических припадков, и эти различия, наряду с анамнезом, дают возможность легко ориентироваться в диагнозе. В коматозной фазе нужно отличить эклампсию от диабетической и уремической комы, комы при сотрясениях мозга и при кровоизлияниях в мозг. В огромном большинстве случаев диференциальная диагностика не представляет трудностей за исключением уремической комы.

Эклампсия без судорог

Как указно выше, встречаются случаи, когда беременная женщина, находившаяся в состоянии нефропатии или преэклампсии, или, что бывает исключительно редко, без всяких явлений токсемии впадает в коматозное состояние, из которого она выводится с большим трудом или даже

умирает, не приходя в сознание. Эта форма эклампсии с точки зрения этиологии ничем не отличается от судорожной формы, но по исходу, а также по картине и патологоанатомическим изменениям отличается от судорожной формы тем, что эклампсия без судорог дает весьма большой процент смертельных исходов и что при эклампсии без судорог, как правило, находят резкие изменения в печени в форме обширных кровоизлияний, тромбозов и множественного некроза.

Не следует смешивать эклампсию без судорог с кровоизлиянием в мозг, наступившим при преэклампсии. Клиническая картина кровоизлияния в мозг помогает отличить это осложнение от истинной эклампсии без судорог.

Осложнения при эклампсии

Во время припадков эклампсии больные часто прикусывают язык. В тяжелых случаях иногда наблюдается отек легких, который может быть непосредственной причиной смерти. Бронхопневмонии являются частым осложнением эклампсии и иногда являются причиной смерти, после того, когда основные клинические явления токсемии прекратились.

Иногда происходит кровоизлияние в мозг, которое, если оно носит обширный характер или имеет место в жизненно важных центрах, может служить непосредственной причиной смерти.

Отслойка нормально прикрепленной плаценты — нередкое явление при эклампсии. Нередко во время припадков наступает внутриутробная смерть плода. Мертворождаемость при эклампсии достигает высоких цифр (10—15%).

Послеродовые заболевания, в том числе септические, а также послеродовые психозы имеют место при эклампсии чаще, чем после нормальных родов.

Прогноз. Смертность от эклампсии в современных условиях значительно снизилась по сравнению с прошлым веком и началом текущего столетия. Все же она держится еще на значительных цифрах: от 8 до 10%, по данным американских авторов, и от 5,7 до 3,5% за последние три года до Великой Отечественной войны, по данным наших авторов (Д. П. Бровкин, В. В. Строганов, А. М. Гиненевич и др.), и значительно ниже (0,2—0,3%) после Великой Отечественной войны.

Короткие паузы между припадками, долго длящийся цианоз и малый пульс, длительное коматозное состояние, анурия и гематурия, желтуха, очень высокие цифры кровяного давления с малой разницей между максимальным и минимальным, резкое падение кровяного давления, отек легких, явления кровоизлияния в мозг — все это весьма ухудшает прогноз.

Прогноз несколько серьезнее для многорожавших и пожилых женщин, чем для первородящих и молодых.

Прогноз серьезнее при наличии предшествовавших заболеваний сердца, печени и почек.

Для эклампсии беременных прогноз несколько серьезнее, чем для эклампсии в родах и после родов.

Период выздоровления

В большинстве случаев, если не присоединяются такие осложнения, как пневмония, послеродовые заболевания и др., клиническое выздоровление наступает довольно быстро. Амнезия и депрессивное состояние

исчезают, кровяное давление постепенно или быстро приходит к норме, диурез увеличивается с каждым днем, отеки уменьшаются. Данные капилляроскопии, исследования глазного дна и ряда биохимических исследований свидетельствуют о нормализации физиологических процессов в организме.

Отдаленные результаты

Отдаленные результаты после перенесенной эклампсии изучены недостаточно. Остаточные анатомические и функциональные нарушения, стойкие или долго длящиеся после перенесенной эклампсии, повидимому, имеют место гораздо чаще, чем мы привыкли считать. По сборной статистике, приводимой Р. А. Чертоком, длительные отклонения в функции почек обнаруживаются в 20,2%, длительная гипертония — в 17,9%. Кобланк (Koblank) полагает, что нефропатия в 7% случаев переходит в нефрит. Цангенмейстер наблюдал после эклампсии в 10% хронические расстройства почек.

По нашим данным, долго длящаяся нефропатия и преэклампсия дают больший процент отдаленных неблагоприятных результатов в отношении расстройства функций почек и гипертонии, чем легко протекавшие случаи эклампсии. Что касается повторной эклампсии при последующих беременностях, то, по данным С. А. Селицкого, она наблюдается в 2,7%, по данным В. Н. Власова, — в 2% случаев.

Прогноз эклампсии для плода и новорожденного

Эклампсия является моментом, усиливающим сокращения матки в родах, и отчасти также моментом, вызывающим сокращения матки вне родов. В тех случаях, когда эклампсия появляется незадолго перед родами, она часто ведет к появлению родовой деятельности, а в родах — к ускорению их. Преждевременные роды — также довольно частое явление при эклампсии.

Мертворождаемость при эклампсии за последние три года до Великой Отечественной войны, по данным наших авторов, равнялась: по В. В. Строганову — 16,8%, по Д. П. Бровкину — 8%.

Профилактика и лечение эклампсии

Профилактикой эклампсии является, во-первых, тот комплекс положений о гигиене беременной женщины, который направлен на предупреждение токсикозов вообще; во-вторых, тот комплекс лечебных, диэтетических и гигиенических мероприятий, который предусмотрен для лечения всех видов токсикозов отечно-нефротической группы от водянки до преэклампсии. Непосредственной профилактикой эклампсии является, таким образом, лечение преэклампсии, которое освещено в предшествующих разделах и не требует повторения, и, естественно, что многое из терапии преэклампсии относится в равной мере и к терапии эклампсии.

Основной принцип заключается в том, что бороться с водянкой беременных легче, чем с нефропатией, купировать последнюю легче, чем преэклампсию, а бороться с преэклампсией легче, чем с эклампсией. Чем в более ранней фазе токсикоза начинается лечение, тем больше шансов не только предупредить эклампсию, но и предупредить те остаточные изменения в организме, которыми сопровождаются иногда тяжелые формы токсикозов.

В истории терапии самой эклампсии надо различать два периода: так называемый дострогановский период и второй период после того, как были опубликованы работы нашего соотечественника и виднейшего акушера В. В. Строганова и были повсюду приняты основные принципы его метода лечения. Последующие усовершенствования метода В. В. Строганова и существенные изменения в деталях этого метода являются дальнейшим развитием его основных принципов.

До введения метода лечения по В. В. Строганову эклампсия представляла собой заболевание, с которым акушеры были бессильны бороться, и смертность была огромной (до 50%). Метод В. В. Строганова коренным образом изменил тактику профилактики и лечения эклампсии и сыграл решающую роль в отказе от форсированного родоразрешения при эклампсии как метода выбора.

Метод В. В. Строгонова основан на учете пагубности припадков эклампсии и сводится к предотвращению припадков путем устранения малейших внешних раздражений и применения наркотических средств.

Если в настоящее время многие клиницисты отказались от сильнодействующих наркотических веществ, то принцип строжайшего покоя и устранения каких бы то ни было раздражений остается неизменным и ведущим в терапии эклампсии.

В. В. Строганов в своем последнем труде (1940) об усовершенствованном методе лечения эклампсии признал целесообразность и важность применения таких средств, как сернокислая магнезия и кровопускание.

Основными и наиболее важными моментами в методике В. В. Строганова являются:

1. Строжайший покой и устранение малейших раздражений, которые, как мы указывали, могут провоцировать возобновление припадков. Нервная система и органы чувств при эклампсии находятся в состоянии резкой возбудимости, и раздражения чувствительной сферы могут рефлекторно вызвать припадки судорог. К мерам устранения раздражений относятся: помещение больной в затемненную комнату, отсутствие шума, производство всех манипуляций под легким эфирным наркозом («оглушение»), а в отдельных случаях, кроме того, применение наркотических средств.

2. Комплекс общих лечебно-гигиенических мероприятий, как содержание тела в чистоте, перемена положения больной, в целях предупреждения застойных явлений в легких, контроль за правильным действием кишечника, профилактика прикусывания языка, вдыхание кислорода после каждого судорожного припадка и др.

3. Пищевой режим сводится к полному голоданию в период припадков, не считая внутривенных введений глюкозы.

4. Сернокислая магнезия, впервые введенная у нас Д. П. Бровкиным и получившая всеобщее признание. Механизм действия солей магния еще недостаточно изучен. Известно его благоприятное действие при тетанусе. Ионы магния являются существенной составной частью крови и тканей. Недостаток магния у животных вызывает повышенную возбудимость и спастическое состояние мышечной системы, тонические и клонические судороги.

При применении сернокислой магнезии при эклампсии используются не только ее наркотические свойства, но и диуретические и сосудорасширяющие. По данным некоторых физиологов, магний легко фильтруется в клубочках, но медленно реабсорбируется в канальцах, и на этом,

повидимому, основано его диуретическое действие. Последнее может быть объяснено так же, как действие других гипертонических растворов солей.

Сернокислая магнезия вызывает расширение капилляров, что способствует снижению кровяного давления. Если учесть благотворное влияние сернокислой магнезии на нервную систему, то станет ясно, почему это вещество получило такое распространение, хотя его действие является отнюдь не каузальным, а симптоматическим.

5. Кровопускание является весьма активным и иногда необходимым элементом терапии эклампсии. Вряд ли можно считать, что кровопускание уменьшает количество циркулирующих в организме «токсинов». Основное его действие заключается в мобилизации жидкости из тканей.

Из изложенного следует, что нет необходимости в массивных кровопусканиях (до 2 000 мл). Опыт показывает, что кровопускания в количестве 500—600 мл, наряду с другими мероприятиями, являются весьма эффективным методом борьбы с эклампсией. Кровопускания особенно показаны при очень высоком кровяном давлении, когда можно опасаться кровоизлияния в мозг, а также при явлениях отека легких. Кровопускания не следует применять, когда кровяное давление ниже 150 мм и когда имеются низкие цифры гемоглобина.

Кровопускания нужно делать под контролем тонометра, ибо реакция вазомоторных центров на кровопотерю весьма индивидуальна. Снижение давления при кровопускании не должно превышать 30—40 мм ртутного столба.

6. Внутривенное введение глюкозы при эклампсии, наряду с сернокислой магнезией, является весьма важным мероприятием. Глюкоза разжижает кровь, увеличивает диурез и уменьшает внутричерепное давление. Она возмещает потери сахара во время припадка и является хорошим питательным веществом для сердечной мышцы. Диуретические свойства глюкозы основаны на том, что, во-первых, она как гипертонический раствор мобилизует жидкости из тканей и, во-вторых, избыток ее выводится с мочой и вызывает полиурию. Капилляроскопия показывает, что глюкоза улучшает капиллярное кровообращение. Глюкоза также уменьшает явления ацидоза. Клиника Н. Д. Стражеско (Д. Ф. Чеботарев) считает, что применение глюкозы может заменить кровопускание; Чеботарев рекомендует гипертонический (40%) раствор глюкозы вводить 1—3 раза в сутки внутривенно по 150—300 мл (медленно — 30 минут).

7. О наркотиках см. в методах лечения.

8. Люмбальная пункция может быть эффективной, если имеется повышенное давление спинномозговой жидкости. Некоторым показателем этого является повышенное венозное давление. В некоторых случаях, особенно когда кровопускание остается без эффекта, люмбальная пункция может быть полезной.

9. Многочисленные другие предложенные методы и лекарственные вещества, как вератрин, экстракты щитовидной железы, кальций, экстракты печени, ультрафиолетовое облучение, а также гормональные препараты (прогестерон, фолликулин, пролан и др.) в отдельных случаях могут дать эффект, но, как правило, они недостаточно эффективны.

10. Консервативный метод ведения родов является наиболее рациональным при эклампсии. Несмотря на благотворное значение родоразрешения с точки зрения прекращения припадков, форсированное, или, вернее, чрезмерно активное родоразрешение (в том числе и кесарево

сечение), может ухудшить течение заболевания и вызвать другие осложнения. Женщины, больные эклампсией, плохо переносят кесарево сечение. Опыт показывает, что чрезмерно активное родоразрешение, в том числе и кесарево сечение, дает худшие результаты, чем консервативный метод. Поэтому кесарево сечение можно применять только в тех редких случаях, когда комплекс мероприятий по Строганову не дает эффекта и состояние больной прогрессивно ухудшается. Кесарево сечение можно рекомендовать при таких осложнениях, когда трудно рассчитывать на действие лекарственных веществ и где требуются быстрые действия: полная анурия, отслойка сетчатки, отслойка плаценты, а также при сочетании эклампсии с узким тазом или другой серьезной акушерской патологией.

Бережное родоразрешение при наличии соответствующих условий, как, например, наложение щипцов, извлечение за тазовый конец при тазовых предлежаниях и достаточном открытии шейки, а также бережные методы ускорения родов (разрыв плодного пузыря при открытии шейки на 2—3 пальца), безусловно, являются весьма рекомендуемыми мероприятиями во время родов при эклампсии.

Усовершенствованный метод лечения эклампсии по В. В. Строганову

В связи с тем, что метод Строганова (в его усовершенствованном варианте) является очень важным этапом в терапии эклампсии, мы приводим полностью его схему, хотя оговоримся, что хлороформ, морфин и хлоралгидрат теперь уже не применяются.

«Эклямптические припадки пагубно действуют на сердце, дыхательный центр, способствуют кровоизлиянию в мозг, воспалению легких и сепсису, предрасполагают к новым припадкам.

Послеродовая эклампсия в первые 1—2 часа после родов требует меньших доз наркотиков. Поздние эклямптические припадки лечатся как родовые; если они протекают тяжело, нужно применять максимальные дозы наркотиков.

При припадках оберегают больную от ушибов, язык от укусов, после припадка больной необходимо вдыхать кислород до устранения асфиксии. Хлороформ при типическом припадке вреден. Если же больная дышит и клонические судороги затягиваются, полезно применять хлороформ.

Далее:

1. Возможное устранение всяких раздражений и теплое содержание больной: тишина, затемнение комнаты, ограничение исследований до минимума, по возможности отдельная комната с непрерывным наблюдением, поменьше прикасаться к больной. Перевод под хлороформом в отдельную комнату.

2. После припадка, когда больная начала дышать, вводится солянокислый морфин в дозе 0,015—0,02 под кожу.

3. Через полчаса после введения морфина вводится под кожу 40 мл 25% раствора сернокислой магнезии в подогретом виде, а при лечении хлоралом—2,0—2,5 хлоралгидрата в 150 мл теплого молока per clysmam, а при сознании — per os в 100 мл молока.

Примечание. В случае недавнего введения морфина вне учреждения сразу впрыскивается сернокислая магнезия или вводится хлоралгидрат.

4. Через 2 часа от начала лечения вновь впрыскивается солянокислый морфин, смотря по состоянию больной, в тех же дозах.

5. Через $3^1/_2$ часа (т. е. через $5^1/_2$ часов от начала лечения) снова вводится сернокислая магнезия в дозе 20—25 мл указанного раствора, если припадков не было и нет признаков грозящего припадка, и в дозе 40 мл — если таковые имелись, а при лечении хлоралом — хлоралгидрат, как в п. 3.

6. Через следующие 6 часов снова вводится сернокислая магнезия, как в п. 5, а при лечении хлоралом — хлоралгидрат в дозе 1,0—1,5.

7. То же через 8 часов (т. е. через $19^1/_2$ часов от начала лечения). При длительном отсутствии припадков и их предвестников доза сернокислой магнезии и хлоралгидрата может быть уменьшена или даже заменена 0,5—0,6 веронала. То же в п. 6.

8. В течение первых двух промежутков при лечении хлоралгидратом нередко применяется хлороформ в течение 3—5 минут при предвестниках припадка (от 2,0 до 5,0). Неразрешившимся больным без припадков на 2-й день даем 1,0—1,5 хлоралгидрата примерно 3 раза в сутки. При хорошем состоянии больной и отсутствии припадков в течение 12 часов можно уменьшить дозу наркотиков. При лечении магнием на 2-е сутки при высоком давлении вводим 2—3 раза в сутки средние дозы магния, а при низком — веронал 0,3—0,6.

9. Если припадок повторился два или даже один раз в тяжелой форме, несмотря на введение морфина, магния или хлоралгидрата, следует сделать кровопускание 400—500—600 мл. Оно не делается, если родоразрешение ожидается через 1—2 часа.

10. Как только можно разрешить эклампичку без вреда для матери и ребенка, — родоразрешение типичными щипцами, извлечением, редко поворотом. Если нет противопоказаний, разрываем пузырь в родах, начиная с открытия зева на один палец.

11. Способствуют наиболее совершенному отправлению: а) почек и кожи — теплым содержанием больной, грелками к ногам и на область почек. Кровопусканием, разрывом пузыря; б) легких — кислородом после припадка, теплым чистым воздухом (4—5 раз проветривать комнату), не стеснять дыхательные движения, бессознательных больных держать преимущественно на правом боку, тщательно очищать рот и нос от слизи, крови; разрывом пузыря, кровопусканием; в) сердца — кровопусканием, сном, разрывом пузыря, не стеснять область сердца, положением на правом боку.

12. По окончании припадков (12 и более часов) при пульсе 115 и больше — введение (per rectum) 2 столовых ложек дигиталиса (0,6 : 200) 3 раза в сутки, а при сознании — per os.

13. Прибывшие после 5 и более припадков немедленно подвергаются кровопусканию и разрыву плодного пузыря. Разрыв плодного пузыря при эклампсии во время беременности решается индивидуально с учетом состояния больной.

14. После 3-го припадка в учреждении, несмотря на лечение, делается кровопускание 400—500—600 мл, а при тяжелых припадках и после 2-го и одновременно — разрывается плодный пузырь.

15. После первого припадка в родах больная исследуется на предмет вскрытия плодного пузыря.

16. Непрерывное наблюдение за больной и ее ребенком первые 24 часа после последнего припадка.

17. В очень тяжелых случаях 9,0 хлоралгидрата и 0,04 солянокислого морфина вводится в течение 14 часов, т. е. введение наркотиков резко учащается; до прекращения припадков несколько раз хлороформный наркоз. Максимальная доза магния — 24,0 в сутки.

18. Предвестники припадка узнаются по лицу, по стонам, по метанию в постели, усилению головной боли, увеличению напряжений пульса на ощупь, судорогам отдельных мышц, потемнению зрения у сознательных, продолжительной фиксации глаз в одну точку, стойкому повороту головы в одну сторону.

19. Недопустимо вливание жидкости в рот бессознательным больным. Не давать еды в течение припадочного дня и следующего за ним; давать не более 400 мл смеси жидкого чая с молоком в сутки.

20. Кровяное давление измеряется в начале лечения и еще не более двух раз в сутки. То же с температурой.

21. Вся моча собирается и посылается в лабораторию для исследования».

Основные современные положения при лечении эклампсии

В нашей клинике принята нижеследующая схема лечения эклампсии. Мы при этом исходили из следующих положений:

1. Наркотические средства, наряду с их положительными свойствами, обладают и существенными недостатками.

2. В больших дозах все наркотики угнетают центральную нервную систему, а в коматозной фазе это обстоятельство может стать источником ухудшения состояния.

3. Некоторые вещества, как хлороформ и хлоралгидрат, обладают вредным действием на паренхиматозные органы (печень и др.).

4. Морфин в больших дозах неблагоприятно действует на диурез.

5. Эфир в дозах, употребляемых для легкого оглушения при производстве различных манипуляций, почти безвреден или его минимальные вредности окупаются положительными действиями.

6. Из барбитуратов люминал в небольших дозах наименее токсичен.

7. В остальном схема основана на тех же принципах, что и усовершенствованный метод Строганова.

Наша схема. 1. При поступлении у больной, еще в смотровой комнате, под легким эфирным наркозом берется катетером моча, измеряется кровяное давление, ставится очистительная клизма, производится легкий туалет теплой водой, делается внутреннее исследование и вводится внутримышечно 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии, после чего больная переводится в палату, предназначенную для больных эклампсией.

2. После поступления больной в палату под эфирным наркозом производится кровопускание в количестве не более 500—600 мл под контролем тонометра, добиваясь снижения давления на 30—40 мм ртутного столба. Кровопускание противопоказано в случаях гипотонии, при низких цифрах гемоглобина, а также в случаях тяжелой комы со слабым и частым пульсом.

3. Устанавливается индивидуальный пост акушерки для ухода и выполнения назначений врача. Палату затемняют, хорошо и часто проветривают. Учитывается каждая порция собираемой мочи и определяется суточный диурез. Такие процедуры, как кровопускание, внутреннее исследование, внутримышечные и подкожные инъекции, производятся под легким эфирным наркозом.

4. После каждого припадка следует давать вдыхать кислород до устранения цианоза.

5. Через каждые 4—5 часов вводится внутримышечно 20 мл 25% раствора сернокислой магнезии. Инъекций должно быть не более 5 в сутки (до 25,0 чистого сернокислого магния).

6. Два-три раза в сутки вводится внутривенно по 50 мл 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, добавляемой в количестве 0,2.

7. Если в течение нескольких часов припадки не прекращаются или если с самого начала имеются тяжелые и длительные припадки, рекомендуется сделать люмбальную пункцию, выпустить 20—30 мл спинномозговой жидкости.

8. Если имеется желтуха, то рекомендуется вводить внутримышечно 3 раза в день по 100 мл 50% раствора глюкозы и подкожно по 10 единиц инсулина.

9. Тщательный уход играет огромную роль в лечении, особенно в смысле профилактики пневмонии. Осторожная смена положения больной через каждые 2 часа, уход за полостью рта и носа, за действием кишечника и мочеиспусканием, за чистотой тела и содержанием его в тепле, профилактика прикусывания языка во время припадка, — все это должно выполняться с большим педантизмом. Профилактика прикусывания языка производится путем вставления между челюстями резинового клина или рукоятки ложки, обернутой несколькими слоями марли.

10. Если имеется родовая деятельность и открытие зева на два пальца, рекомендуется вскрыть плодный пузырь. Едва головка опустилась в полость малого таза, следует закончить роды наложением щипцов.

11. Показаниями для немедленного родоразрешения любыми способами, в том числе и кесаревым сечением, являются: 1) полная анурия,

2) ретинит или отслойка сетчатки, 3) амавроз, 4) непрекращающиеся, несмотря на применение лечения, припадки, особенно увеличение длительности их и укорочение интервалов между ними.

12. До полного прекращения припадков не следует давать больной никакой пищи.

13. Если после родов кровяное давление держится на высоких цифрах, необходимо продолжать магнезиальную терапию, а также диэту, как при тяжелых формах нефропатии.

14. Если после прекращения припадков в течение нескольких дней роды не наступают, тяжелые явления нефропатии или эклампсизма не обнаруживают тенденции к исчезновению, особенно при жизнеспособном плоде, следует приступить к родоразрешению, руководствуясь приведенными выше положениями для преэклампсии и тяжелой нефропатии.

15. Лечение послеродовой эклампсии проводится по тем же принципам, как и дородовой.

16. Непосредственно после родов или еще во время родов рекомендуется начать профилактическое применение пенициллина по 300 000 единиц в сутки.

ЛИТЕРАТУРА

Агаронов А. М., Субфебрилитет у беременных женщин. Акушерство и гинекология, 1945, 2.

Айрапетьянц Э. Ш., О сигнализации с аппаратов половой сферы. Проблемы кортико-висцеральной патологии, Изд. АМН СССР, 1949.

Архангельский Б. А. К вопросу о патогенезе эклампсии и ее терапии, Гинекология и акушерство, 1935, 1.

Бакшт Г. А., Витамин С в акушерстве и гинекологии, Л., 1947.

Бодяжина В. И., Состояние периферической крови при токсикозах беременных, Акушерство и гинекология, 1945, 1.

Бронштейн Р. М., Клиническое значение креатининовой пробы при токсикозах беременности, Клиническая медицина, 1951, 7.

Болдырева О., Миэлограммы подвздошного пунктата костного мозга беременных женщин, Акушерство и гинекология, 1949, 2.

Богоров И. И. К вопросу об азотистом обмене при нефропатии, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, стр. 149.

Бровкин Д. П., Эклампсия, Медгиз, М., 1943.

Беликов П. Ф., Маневич А. Е., О кожной чувствительности больных токсикозами к сыворотке эклампгичек, Гинекология и акушерство, 1935, 1.

Воскресенский Л. Н., Материалы к физиологии молочной железы, Труды бюро по зоотехнике, 1946, в. 14, М.

Грачев И. О., О рефлекторной регуляции лактации, Журнал общей биологии, 1949, т. X, № 4, 5.

Даниахий М. А., Клиника, патогенез и терапия рвоты беременных, Акушерство и гинекология, 1945, 2.

Загваздин П. А., Состояние желудка при беременности, Сборник научных трудов ЦНИАГИ, Л., 1939, т. 4, в. 2.

Иванов И. П. Плетизмографические данные как показатель состояния сосудистой системы при токсикозах, Акушерство и гинекология, 1950, 4.

Иконен М. В., Кунина С. К., Влияние беременности на функцию щитовидной железы, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, 3.

Кобозева Н. В., Применение брома и кофеина при ранних токсикозах, Акушерство и гинекология, 1951, 1.

Кобозева Н. В., Опыт физиологического анализа ранних токсикозов беременности и их лечение. Изд. АМН СССР, М., 1953.

Кисин С., Состояние антитоксической функции печени при нормальной и патологической беременности, Акушерство и гинекология, 1950, 4.

Королева А. М., Содержание полипептидов при токсикозах беременности, Акушерство и гинекология, 1945, 1.

Лазарев П. П., Чувствительность головного мозга и ее влияние на беременность, Журнал акушерства и женских болезней, 1932, 5—6.

Лазарев П. П., О задачах и методах изучения адаптации глаз в акушерстве и женских болезнях, Журнал акушерства и женских болезней, 1934, 2.

Логинова Н. Е., Состояние возбудимости сензорных центров при токсикозах беременных, Акушерство и гинекология, 1950, 3.
Лурье Р. Г., Содержание кальция в сыворотке крови у нормальных беременных и при токсемиях, Гинекология и акушерство, 1927, 6.
Лотис В. М., К вопросу изучения интероцепции матки, Проблемы кортико-висцеральной патологии, Изд. АМН СССР, 1949.
Лурье Р. Г., Кравец Д. А., Рейнеке В. В. Кислотно-щелочное равновесие при некоторых токсемиях беременности, Журнал акушерства и женских болезней, 1934, 6.
Малиновский М. С., Токсикозы беременности, Проблемы теоретической и практической медицины, Изд. ЦИУ, М., в. IV, 1937.
Миронов М. М., О функции молочных желез. Труды Общества русских врачей, СПБ, т. 60, май 1894.
Мошков Б., Яковлев И., Ретикуло-эндотелиальная система у беременных женщин, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, 1.
Мандельштам А. Э., Каплун Э. М., Токсикозы беременности и гормоны. Харьков, 1935.
Николаев Н. М., Беременность как биологический процесс, М., 1948.
Никифоров Н., К вопросу о пуэрперальной эклампсии, Медицинское обозрение, 1893, 16.
Павлов И. П., Дополнительные замечания к работе доктора Миронова, Полное собрание сочинений, т. 1, изд. II, АН СССР.
Репрев А. В., О влиянии беременности на обмен веществ у животных. Дисс., СПБ, 1888.
Розенталь И. С., Влияние беременности и лактации на условные рефлексы, Русский физиологический журнал, 1922, т. V, в. 1—3.
Салганник Г. М., Сосудистый и нервный компонент в патогенезе токсикозов беременных, Акушерство и гинекология, 1950, 4.
Салганник Г. М., К вопросу о классификации токсикозов беременных, Акушерство и гинекология, 1950, 3.
Селицкий С. А., Токсикозы беременных, М., 1930.
Селицкий С. А., Эклампсия в клиническом отношении, Дисс., М., 1926.
Строганов В. В., Усовершенствованный метод профилактического лечения эклампсии, Изд. ЦНИАГИ, Л., 1940.
Улезко-Строганова К. П., Тончайшие изменения органов при токсикозах беременности, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, 4.
Фурсиков Д. С., Влияние беременности на условные рефлексы, Архив биологических наук, 1922, т. XXI. в. 3—5.
Чеботарев Д. Ф., О гипоксических состояниях при гипертонических токсикозах беременности, Акушерство и гинекология, 1951, 2.
Черток Р. А., Эклампсия, Ташкент, 1936.
Чернышева Л. И., Морфологические изменения мышечной стенки матки при беременности и родах, Сборник работ по акушерству и гинекологии, Свердловск, 1949.
Шуб Р. Л. Витамины при беременности и лактации, Л., 1940.

akushlib.ru

ГЛАВА III

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Проф. *А. М. Агаронов*

Одной из основных проблем современного акушерства является борьба с преждевременным (до нормального срока) прерыванием беременности или недонашиваемостью.

Понятие о недонашиваемости. Продолжительность нормальной беременности, как известно, определяется в 40 недель, к концу которых наступают срочные роды.

От различных причин беременность может прерваться на любом этапе своего развития. В зависимости от жизнеспособности плода принято различать:

а) прерывание беременности до 28 недель, когда плод обычно нежизнеспособен; беременность заканчивается абортом (выкидыш — abortus);

б) прерывание беременности от 28 до 39 недель, когда плод недоношен, но жизнеспособен; беременность заканчивается преждевременными родами (partus praematurus);

в) прерывание беременности от 39 до 40 недель, когда плод доношен (зрелый) и жизнеспособен; беременность заканчивается срочными родами (partus maturus);

г) прерывание беременности позже 40 недель, когда плод жизнеспособен, но переношен; беременность заканчивается запоздалыми родами (partus serotinus).

Недостаток изложенной классификации заключается в том, что до настоящего времени не представляется возможным на основании данных наружного и внутреннего исследований точно определить срок беременности. Поэтому при определении срока беременности нередко вносится много субъективизма. Более точное определение срока прервавшейся беременности возможно по данным развития плода, хотя и здесь возможны колебания в зависимости от многих причин.

Отделом родовспоможения Наркомздрава СССР предложено придерживаться следующей инструкции от 1/VII 1939 г. за № 10 «Об определении доношенности (зрелости) новорожденных».

1. При определении доношенности новорожденного следует во всех случаях учитывать не только его длину (рост) и вес, но и ряд других признаков, характеризующих зрелость плода, а также принимать во внимание продолжительность беременности.

2. Признаки зрелости плода следующие: достаточное развитие подкожного жира; кожа — розовая; пушок сохранен только на плечевом поясе, на верхних отделах

спины и плечах; волосы на голове имеют длину не меньше 2—3 см. Хрящи ушных раковин и носа плотны. Ногти уже тверды и на пальцах рук заходят за кончики последних. Место отхождения пуповины расположено по середине между лоном и мечевидным отростком или лишь несколько ниже. У мальчиков яички (за немногими патологическими исключениями) опустились в мошонку; у девочек клитор и малые губы прикрыты большими губами.

Зрелый плод проявляет большую активность: двигает конечностями, издает ясный крик и т. д.

3. Рост (длина) новорожденного, как признак более постоянный, является более верным критерием для определения зрелости, чем вес. Измерение длины плода обязательно производится на горизонтальном ростомере при вытянутом положении новорожденного.

Новорожденные, имеющие рост (длину) меньше 45 см, учитываются в качестве незрелых. Новорожденные имеющие рост (длину) больше 47 см, учитываются в качестве зрелых.

Определение зрелости (незрелости) новорожденных, имеющих рост в пределах от 45 до 47 см (включительно), производится в каждом отдельном случае на основании особо тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода. Заключение о зрелости (или незрелости) плода согласуется между педиатром и акушером родильного дома и документируется в истории развития новорожденного и в истории родов.

Примечание. Таким же образом следует поступать во всех спорных вопросах и сомнительных случаях, независимо от размеров новорожденного.

4. При отсутствии данных о росте новорожденного учитывается вес его, причем новорожденный весом ниже 2 500 г считается незрелым.

5. Указанные в пп. 3 и 4 размеры роста или веса относятся только к одиночным плодам. Вес и рост новорожденных от многоплодной беременности, при наличии несомненных признаков зрелости, могут быть ниже размеров одиночного плода. Поэтому при определении зрелости двоен, троен и т. д. нельзя исходить из указанных выше размеров, а следует руководствоваться признаками зрелости у более развитого из плодов и определять зрелость на основании их совокупности.

6. Роды зрелым плодом следует считать родами в срок, а самый плод — доношенным. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными родами, а самый плод — недоношенным.

7. Роды нежизнеспособным плодом в пределах 28 недель (7 лунных месяцев) беременности учитываются в качестве абортов. Длина плодов этого возраста равна 35 см и ниже, вес — 1 000 г и ниже.

8. Рождение плода в пределах 28 недель беременности, оказавшегося живым в день выписки матери, следует учитывать в качестве преждевременных родов, независимо от роста и веса новорожденного. В таких случаях для представления в загс выдается справка о рождении ребенка.

9. Выдача справок о доношенности или недоношенности новорожденного производится только по затребованию официальных органов. При выдаче подобных справок обязательно указывать на отсутствие или наличие признаков зрелости и на предполагаемую продолжительность (срок) беременности.

Эта инструкция вносит определенную ясность в понятие об аборте и о преждевременных родах.

Понятие о недонашиваемости авторами истолковывается различно: одни под недонашиваемостью подразумевают только преждевременные роды, а другие — самопроизвольные аборты и преждевременные роды вместе взятые.

Ввиду того что одни и те же причины могут вызвать прерывание беременности в любой стадии ее развития, то под недонашиваемостью (infertilitas) необходимо понимать самопроизвольное прерывание беременности до 39 недель (аборты и преждевременные роды).

ЭТИОЛОГИЯ

Работами отечественных авторов (К. Х. Кекчеев и Ф. А. Сыроватко, Э. Ш. Айрапетьянц и Е. Ф. Крыжановская, В. М. Лотис, С. К. Гамбашидзе, Н. Л. Гармашева и др.) доказано наличие интерорецепторов во

внутренних половых органах и установлено наличие теснейших взаимоотношений между состоянием коры головного мозга и отправлениями этих органов.

«Не подлежит сомнению, — пишет А. П. Николаев, — что состояние коры головного мозга и протекающие в ней при беременности такие основные нервные процессы, как возбуждение и торможение, распространение возбуждения и его концентрация и т. д. оказывают огромное влияние на весь организм беременной, роженицы и родильницы в целом и что особенности течения этих процессов играют существеннейшую роль как в физиологии, так и в возникновении патологии при беременности и в родах».

Патологические импульсы, исходящие из матки, различные нарушения нейро-гуморальной регуляции, отклонения в состоянии нервной системы беременной женщины и т. д. могут способствовать прерыванию беременности — наступлению аборта или преждевременных родов.

Непосредственные причины, ведущие к самопроизвольному прерыванию беременности, весьма различны и могут исходить как из организма самой беременной, так и из плодного яйца. Однако подобное разделение может быть принято как весьма условное, учитывая тесную взаимосвязь организма беременной с плодом.

По В. С. Груздеву, одни причины предварительно вызывают смерть плода, другие — преждевременную родовую деятельность, в результате этих причин происходит изгнание плода.

К первой группе причин В. С. Груздев относил: пороки развития плода, инфекционные заболевания, расстройства кровообращения плода, аномалии оболочек, плаценты и пуповины.

Ко второй группе он относил заболевания, сопровождающиеся высокой температурой, аномалии половых органов, эндометрит, предлежание плаценты, гидрамнион, травму.

В таком сложном биологическом процессе, как беременность, в каждом отдельном случае не всегда представляется возможным точно установить, какая именно причина привела к нарушению нормального течения беременности.

Не всегда одна и та же причина у различных беременных, а также у одной и той же женщины, но в разные беременности может вызвать прерывание беременности.

Преждевременые роды чаще наблюдаются в молодом возрасте, до 20 лет. Чем старше беременные, тем процент преждевременных родов меньше, но к 40 годам и старше кривая частоты снова поднимается.

Причинами прерывания беременности могут быть следующие заболевания матери:

1. Острые инфекционные заболевания (корь, скарлатина, грипп, пневмония, тиф и др.). Возбудители инфекции могут перейти от матери к плоду и вызвать гибель его. Некоторые эпидемии дают большой процент самопроизвольных абортов и преждевременных родов.

Все острые инфекции в ранние сроки беременности дают больший процент прерывания беременности, чем в более поздние сроки.

Корь и скарлатина как причина недонашиваемости отмечалась давно. Значение гриппа как важного фактора в прерывании беременности установлено за последнее время. Гриппозная инфекция может иногда привести к гибели плода.

Крупозная пневмония, особенно во второй половине беременности, ведет до 50% случаев к прерыванию беременности в результате гипоксии, гипертермии и токсического воздействия.

По М. Л. Ренигер-Арешевой, при малярии прерывание беременности в подавляющем большинстве случаев происходит на V—VII месяце. Она считает, что при малярии беременность прерывается в результате изменений в плаценте, связанных с гиповитаминозом С, а не в результате гипертермии, так как прерывание беременности наблюдается и при метамалярийной форме, когда отсутствует высокая температура.

Частота прерывания беременности при малярии, по данным М. Л. Ренигер-Арешевой, равна 55,3%; из них абортов 40,3% и преждевременных родов 15%.

При брюшном и сыпном тифе беременность прерывается часто, особенно в тех случаях, когда болезнь длительно сопровождается высокой температурой.

При сыпном тифе беременность может прерваться, особенно во второй половине, и в результате ретроплацентарного кровоизлияния, ведущего к нарушению питания внутриутробного плода.

2. Сифилис, туберкулез. По данным зарубежных авторов, сифилис играет значительную роль в самопроизвольном прерывании беременности.

В нашей стране благодаря огромной оздоровительной работе, повышению культуры народа и улучшению условий труда и быта заболеваемость сифилисом стала ничтожной. Поэтому сифилис в этиологии недонашиваемости в СССР играет незначительную роль. Однако о возможности сифилиса как этиологического фактора в самопроизвольном прерывании беременности необходимо помнить и во всех случаях недонашивания производить тщательное обследование женщины и ставить реакцию Вассермана.

Механизм прерывания беременности при сифилисе (если не проведено специфического лечения) может быть двоякий: а) проникновение спирохет в плод, гибель его и изгнание или развитие сифилитического эндартериита сосудов плаценты, образование инфарктов и гибель плода и б) развитие децидуального эндометрита в ранние сроки беременности, гибель плодного яйца и выкидыш.

Внутриутробное заболевание плода туберкулезом в настоящее время никем не признается. Самопроизвольное прерывание беременности при туберкулезе наблюдается только при тяжелом течении процесса, когда наступает резкое истощение больной, развивается аноксемия.

3. Внутренние болезни: заболевания сердца, особенно с явлениями декомпенсации, диабет, заболевания крови, особенно пернициозная анемия и др. Эти заболевания также могут вызвать прерывание беременности.

Причинами прерывания беременности при декомпенсированных пороках сердца нужно считать застойные явления в слизистой оболочке матки, кровоизлияние в оболочки яйца и накопление в крови беременной углекислоты, ведущие к гибели внутриутробного плода и к последующему его изгнанию.

По данным акушерско-гинекологической клиники Одесского медицинского института, при тяжелых формах декомпенсации у сердечных больных в 25% случаев наступали преждевременные роды.

4. Причиной прерывания беременности может быть отравление острое и хроническое свинцом, фосфором, ртутью, углекислотой. Однако эта причина нарушения беременности встречается редко.

5. Травма механическая (падение, ушиб, поднятие тяжести) как причина прерывания беременности иногда переоценивается. Травма имеет значение при наличии предрасполагающих моментов: не-

доразвития матки, воспаления слизистой матки, воспаления почек и др. Известны случаи, когда непосредственной причиной аборта являлась незначительная травма (прыжок с вагона трамвая, езда на грузовике по ухабистой дороге и т. д.), в то же время такая травма, как прыжок со значительной высоты, удар и др., не вызвали прерывания беременности. Точно так же привычное выполнение тяжелой физической работы обычно не служит причиной прерывания беременности.

Психическая травма (сильное потрясение, испуг). Этот вид травмы также может повести к прерыванию беременности. Известен исторический случай массового прерывания беременности (62 случая) во время взрыва порохового погреба в Париже, описанный Боделоком.

6. Токсикозы беременных и заболевания почек. Эти заболевания также могут повести к преждевременным родам. При этом обычно раньше происходит смерть плода вследствие значительных изменений в плаценте (отек ворсин, эндартериит, инфаркты) и дефицита витамина B_1 в организме беременной.

При тяжелых формах нефропатий, развившихся в ранние сроки беременности, а также при нефритах и пиэлитах частота прерывания достигает 10—17%.

7. Авитаминозы. В развитии беременности большую роль играют витамины. Между витаминами и женскими половыми гормонами существует определенная связь.

Так, И. Л. Брауде считает, что недостаток витаминов комплекса В, главным образом B_1, может вызвать дегенеративные изменения в яичниках, ведущие к прекращению продукции фолликулярного гормона, образования зрелых яйцевых клеток и к нарушению полового цикла, а при беременности — к гибели плода. Он также считает, что гиповитаминоз А может вызвать патологические изменения в слизистой матки, которые могут явиться причиной ранней гибели плода. Недостаток в пище витамина А повышает потребность организма в витамине плодовитости (Е), в связи с чем при гиповитаминозе А развивающийся плод может страдать от недостатка витамина Е, крайне необходимого для его нормального развития.

На значение витамина С для развития нормальной беременности указывают многие авторы.

А. И. Осякина-Рождественская считает, что витамин С необходим для нормальных циклических процессов в яичнике и слизистой матки. Максимальное его содержание при беременности концентрируется в decidua vera и желтом теле; с наступлением обратного развития желтого тела уменьшается его количество.

А. П. Николаев прерывание беременности, наблюдаемое при гриппе, объясняет развитием токсического гиповитаминоза С, что ведет к недостатку гормона желтого тела в плаценте и сенсибилизации нервно-мышечного аппарата матки к питуитрину и ацетилхолину.

Как на причину недонашивания при малярии, зависящую от гипо- и авитаминоза С, указывает на основании своих исследований М. Л. Ренигер-Арешева.

8. Нарушения эндокринной системы также могут быть причиной прерывания беременности. По Зейтцу, при гипертиреозах в 10% случаев беременность прерывается. Когда имеется недостаточность функции щитовидной железы, чаще встречается бесплодие; наступившая же беременность протекает без особенностей.

Значение желтого тела для развития беременности впервые было отмечено К. К. Скробанским. Гибель желтого тела в первую половину

беременности вызывает аборт. Гормон желтого тела угнетает сократительную деятельность матки и тем самым способствует сохранению беременности.

По данным И. Н. Езиашвили, в 65% у обследованных им женщин при недонашиваемости содержание гормона желтого тела было весьма незначительным.

9. Самопроизвольное прерывание беременности, особенно в ранние ее сроки, наблюдается при пороках развития матки (гипопластическая, инфантильная, однорогая, двурогая, двуполостная матка). При них прерывание беременности может наступить как вследствие перерастяжения слабо развитой мускулатуры матки (во второй половине беременности), так и, возможно, в результате недоразвития слизистой и слабой децидуальной ее реакции (в первую половину беременности).

Некоторые авторы к этиологическим факторам недонашивания относят и узкий таз (частота, по А. П. Николаеву, 23%). Трудно представить механизм влияния узкого таза на развивающееся плодное яйцо. Частоту узкого таза при недонашивании нужно объяснить наличием инфантилизма, сопровождающегося сужением в той или иной степени костного таза.

10. Наблюдается определенная зависимость частоты преждевременных родов от числа предшествующих абортов: чем больше число абортов, тем чаще преждевременные роды.

Из причин недонашивания беременности, исходящих от плодного яйца, необходимо отметить следующие: аномалии развития пуповины (короткая пуповина, оболочечное ее прикрепление, истинные узлы), обвитие пуповины, аномалии плаценты (белые инфаркты, эндартериты, эндофлебиты сосудов плаценты), предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты. Повышение реактивности нервной системы на импульсы, исходящие от плодного яйца, во многом зависит от состояния плода.

Не исключена возможность, что импульсы, исходящие от плодного яйца, при преждевременном повышении возбудимости рецепторов и мышц матки могут привести к выкидышу или преждевременным родам.

Гидрамнион (по С. М. Рафалович, в 0,3% случаев), особенно острая форма, также ведет к прерыванию беременности. Пузырный занос чаще заканчивается абортом в первые II—IV месяца беременности. Многоплодная беременность в 10% случаев ведет к недонашиванию в результате перерастяжения матки. Однако возникновение заболеваний и аномалий плодного яйца связано обычно с теми или другими нарушениями в организме матери.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика самопроизвольного прерывания беременности заключается прежде всего в устранении причин, могущих повлиять на нормальное развитие плодного яйца.

В этом отношении большое значение имеет правильная постановка работы женской консультации: взятие на особый учет всех женщин с гипоплазией полового аппарата и инфантилизмом, взятие на учет беременных ранних сроков беременности, тщательное изучение данных анамнеза с обращением внимания у первобеременных на перенесенные в детстве заболевания, начало и характер месячных; у повторноберемен-

ных — на течение предыдущих беременностей и родов. В особом внимании нуждаются беременные, у которых в анамнезе имеются самопроизвольные преждевременные прерывания беременности.

При острых инфекционных заболеваниях беременной своевременная правильная терапия с учетом всех моментов, могущих повлиять на беременность, может способствовать сохранению беременности. В этом отношении большое значение имеет введение в организм в первую половину беременности витамина С и гормона желтого тела, особенно при гриппе, крупозной пневмонии и малярии.

При заболевании сифилисом показана соответствующая терапия до наступления беременности. В случае, если женщина считается излеченной, при наступлении беременности необходимо провести повторное противосифилитическое лечение (не менее трех курсов за период беременности).

У всех беременных, у которых в анамнезе имеется повторная недонашиваемость (привычные аборты — abortus habitualis, преждевременные роды) невыясненной причины, необходимо провести интенсивное лечение в течение всей беременности иодистым калием, витамином Е, а в первую половину беременности и препаратом желтого тела (прогестерон) (А. М. Агаронов).

Особенное внимание необходимо обратить на беременных, страдающих заболеванием сердца и крови. Если нет показаний к прерыванию беременности, то эта категория беременных должна быть под особым наблюдением консультации и при малейших проявлениях у них декомпенсации — госпитализирована в палаты патологии беременности родильного дома.

Установление правильного режима дня у этих больных, физической нагрузки, диэты и соответствующей терапии может способствовать правильному течению беременности.

В отношении беременных, работающих на производстве, необходимо принять меры к строгому выполнению законов по охране труда, в том числе освобождению беременных женщин от ночной работы, от работы в горячих цехах и подъема тяжестей и т. п., что имеет большое профилактическое значение в борьбе с недонашиваемостью.

При недоразвитии или пороках развития матки (в анамнезе — позднее начало месячных, длительное первичное бесплодие) в случае наступления беременности необходимо оберегать женщину от всякой травмы: запретить тяжелую физическую работу или работу в условиях длительной вибрации тела (работа на транспорте, в помещении со множеством станков и др.), работу на станках с ножным приводом, прыжки, поднятие тяжести, запретить половую жизнь, в особенности в первые и последние месяцы беременности.

Ввиду того что одна из частых причин недонашиваемости (недоразвитие матки) является следствием перенесенных тяжелых инфекций в детском возрасте (А. М. Агаронов), то естественно, что профилактика недонашиваемости выходит за пределы женской консультации и должна быть перенесена также в работу и детской консультации.

Велико также значение женской консультации в борьбе с токсикозами. Своевременное выявление и лечение больных токсикозами беременных, особенно при наличии в анамнезе заболеваний почек, могут способствовать сохранению беременности.

Большое значение имеет при привычных абортах профилактическое применение препаратов желтого тела и назначение пищи, богатой витаминами.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

При преждевременных родах значительно чаще, чем при срочных, наблюдается ягодичное предлежание, поперечные и косые положения, неправильные вставления головки. Эти отклонения от нормального положения плода при преждевременных родах могут зависеть от большой подвижности плода, свойственной ранним срокам беременности; плод фиксируется в том положении, в каком он находился в момент отхождения околоплодных вод. Неправильные положения могут зависеть также от ряда изменений матки и плодного яйца, которые способствовали преждевременному прерыванию беременности.

При преждевременных родах плодный пузырь чаще разрывается (чем при срочных родах) еще при неполном раскрытии маточного зева (раннее и преждевременное отхождение вод). Чем больше недоразвит плод, тем чаще наблюдается рождение всего плодного яйца, без разрыва оболочек.

Во втором периоде родов чаще, чем при срочных родах, отмечается слабость потуг. Особенно часты выпадения мелких частей плода.

В третьем периоде родов чаще наблюдается кровотечение из-за длительного неотделения последа (слабо развитый коагуляционный слой, слабые схватки) и задержка частей плаценты.

При преждевременных родах значительно чаще, чем при срочных, приходится прибегать к оперативным вмешательствам.

Продолжительность преждевременных родов несколько больше срочных. В связи со всеми этими особенностями преждевременных родов послеродовые заболевания при них встречаются чаще, чем при срочных родах.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

Самопроизвольным абортом, или выкидышем (abortus spontaneus), называется самопроизвольное прерывание беременности до 28 недель, когда плод не способен к внеутробной жизни. В зависимости от срока беременности течение аборта различно и в связи с этим различают: ранний аборт — прерывание беременности до 16 недель и поздний аборт — прерывание беременности от 16 до 28 недель.

Клиническое течение

Клиника позднего аборта (abortus tardus) мало чем отличается от преждевременных родов. При нем значительно чаще плодный пузырь в первом периоде не разрывается и плодное яйцо изгоняется целиком.

При раннем аборте весь процесс изгнания плодного яйца сопровождается кровотечением.

В первые 12—14 недель беременности ворсины покрывают периферию всего хориона, нет еще резкого разделения на chorion laeve и chorion frondosum, и ворсины глубоко врастают в слизистую матки.

С начала сокращений матки плодное яйцо постепенно отрывается от стенок матки и продвигается к каналу шейки. По мере отслойки плодного яйца кровотечение все более усиливается и прекращается только после полного его изгнания.

Клиническая картина угрожающего аборта чаще всего характеризуется незначительными тянущими болями в пояснице (ноющие боли), редко — схваткообразными болями внизу живота. В этой стадии аборта (угрожающий аборт — abortus imminens) отслойка последа весьма не-

значительна, шейка матки сформирована, канал ее закрыт. Беременность может быть сохранена.

Если происходит процесс отслойки плодного яйца, то появляются схватки, вначале редкие и слабые, а затем все увеличивающиеся, появляются кровянистые выделения, шейка матки слегка приоткрывается (у нерожавших). В этой стадии (начавшийся аборт — abortus incipiens) также удается сохранить беременность (рис. 1).

Отслоившееся плодное яйцо скользит по направлению канала шейки матки, который под влиянием схваток раскрывается. Чаще всего уже при незначительном раскрытии плодные оболочки разрываются и вместе с обильным кровотечением вытекают околоплодные воды и выталкивает-

Рис. 1. Начавшийся аборт.

Рис. 2. Неполный аборт.

Рис. 3. Полный аборт.

ся плод, который часто остается в сгустках крови незамеченным. Нередко обрываются и части плодных оболочек. Эта стадия аборта (неполный аборт — abortus incompletus) сопровождается кровотечением (рис. 2).

Плодное яйцо может родиться целиком (полный аборт — abortus completus) и тогда опорожненная матка быстро сокращается; кровотечение незначительное (рис. 3).

У первобеременных, особенно при ригидном наружном зеве, плодное яйцо может задерживаться в расширенном канале шейки матки, а опорожненная полость матки спадается вследствие сокращения мускулатуры матки и как бы «сидит верхом» над расширенной шейкой матки (шеечный аборт — abortus cervicalis).

При чрезмерной ригидности наружного зева плодное яйцо может длительно задержаться в канале шейки матки, которая, все более и более истончаясь, может разорваться и через разрыв (чаще всего задней стенки шейки) плодное яйцо выбрасывается во влагалище (abortus praeternaturalis с образованием шеечно-влагалищной фистулы — fistula cervico-vaginalis s. laqueatica).

При более поздних сроках небольшой кусок плацентарной ткани, задержавшийся на плацентарной площадке, может служить исходным пунктом так называемого плацентарного полипа. Выделяющаяся из сосудов матки кровь при аборте свертывается, фибрин отлагается вокруг

задерживающегося кусочка; в последующем все это организуется и образует полип, в центре которого находятся ворсинки, а по периферии — слои фибрина. Такой плацентарный полип чаще всего является причиной плохого сокращения матки и длительных и обильных кровотечений после аборта, нередко ведущих к воспалению слизистой матки (endometritis post abortum).

Наблюдаются случаи, когда начавшиеся схватки и кровянистые выделения постепенно прекращаются. Отделившееся от стенок матки плодное яйцо задерживается в полости ее, окруженное кровяными сгустками. Происходит пропитывание оболочек яйца кровью. Плод погибает, и все плодное яйцо превращается в кровяной сгусток (кровяной занос — mola haematomosa). С течением времени кровяной занос преобразуется; происходит выщелачивание кровяного пигмента, жидкие составные части всасываются, занос уменьшается в размере, становится плотным и принимает желто-красный, глинистый цвет (мясистый занос — mola carnosa).

Несколько чаще, чем кровяной занос, отмечается так называемый несостоявшийся, задержавшийся, неудавшийся выкидыш (missed abortion, по терминологии английских авторов). Это своеобразный процесс, при котором плодное яйцо прекращает развиваться, но не изгоняется. Задержка в полости матки погибшего плодного яйца может продолжаться многие месяцы и даже больше года.

При длительной задержке плодного яйца в полости матки плод может или полностью рассосаться (в ранние сроки беременности), или подвергнуться мацерации. Значительно реже наблюдается мумификация плода. При этом околоплодные воды всасываются, плод сморщивается, высыхает, иногда (при двойнях) сильно уплощается (foetus compressus) или становится тонким, прозрачным образованием — бумажный плод (foetus papyraceus). Еще реже отмечается окаменелый плод (lithopaedion), который образуется в результате усиленного поступления из материнского организма извести и отложения его в плоде. В литературе имеется указание на задержку окаменелого плода в полости матки на протяжении 50 лет.

Лихорадочный аборт. Клиническое течение самопроизвольного аборта иногда осложняется присоединением инфекции, которая обычно развивается в результате попадания в матку в процессе аборта микроорганизмов, находившихся во влагалище.

Частота лихорадочного аборта колеблется, по данным авторов, в широких пределах. Чем длительнее происходит процесс отторжения плодного яйца и его изгнание, тем больше возможности проникновения микробов в полость матки. Аборт, сопровождающийся повышением температуры, называется лихорадочным абортом — abortus febrilis.

Различные авторы выдвигают различные критерии для определения лихорадочного аборта, подразумевая под ним инфицированный аборт.

Всякий аборт, даже самопроизвольный, является инфицированным, так как влагалище и при нормально протекающей беременности обычно содержит различную патогенную флору, в том числе и стрептококки. При несколько затянувшемся аборте микроорганизмы из влагалища проникают в полость матки и там быстро размножаются.

Практически при наличии температуры свыше 37,8° аборт необходимо отнести к группе лихорадочного аборта, хотя и септический аборт может протекать молниеносно при сравнительно невысокой температуре.

При решении вопроса о лихорадочном аборте необходимо учитывать не только температуру тела, но и пульс и общее состояние больной,

озноб, характер выделений, данные влагалищного исследования и анализы крови, результаты бактериологических исследований.

Первый пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР (1944) рекомендовал различать следующие клинические формы лихорадочного выкидыша:

а) неосложненный лихорадочный выкидыш;

б) осложненный лихорадочный выкидыш;

в) септический аборт (инфекция приняла генерализованный характер).

При лихорадочном неосложненном аборте общее состояние больной остается удовлетворительным. Пульс умеренно учащен, соответствует температуре. Вскоре после полного опорожнения матки от ее содержимого температура снижается, выделения становятся незначительными, кровянистыми и больные быстро выздоравливают.

В тех случаях, когда защитные реакции организма недостаточны или микроорганизмы обладают большой инвазионной способностью (стрепто-, стафило-, гонококки), микроорганизмы могут проникнуть за пределы матки и вызвать воспалительный процесс в придатках, тазовой клетчатке и брюшине (осложненный аборт — abortus complicatus).

При септическом аборте инфекция быстро распространяется за пределы матки и малого таза и вызывает тяжелую интоксикацию организма. Обычно температура в течение 1—2 дней с ознобом поднимается до 39—40°, пульс резко учащается, не соответствует температуре. Интоксикация организма выступает на передний план, в то время как генитальные симптомы могут быть слабо выражены. Выделения из матки могут быть обильными или весьма скудными, порой черногрязного цвета.

Многие авторы и наши наблюдения подтверждают отсутствие параллелизма между клинической картиной аборта и данными бактериологического исследования выделений и крови: несмотря на наличие идентичной флоры, порой весьма патогенной, в крови и в выделениях из матки, течение послеабортного периода нередко весьма благоприятно. Даже при нахождении гемолитического стрептококка в половых органах женщины при аборте возможно гладкое послеабортное течение. Гемолитичность и патогенность, по Л. И. Бубличенко, не идут параллельно.

В зависимости от степени распространения инфекции можно различать:

а) инфекцию интраовулярную, когда инфекция гнездится внутри плодного яйца;

б) инфекцию параовулярную, когда инфекция за пределами плодного яйца, но не вышла за пределы матки;

в) инфекцию пери-параутеринную, когда инфекция вышла за пределы стенки матки.

Подобное деление, конечно, крайне условно и в каждом отдельном случае клинически установить, находится ли инфекция интраовулярно или параовулярно, не представляется возможным; поэтому практическая ценность этой классификации невелика.

Лечение

Лечение при самопроизвольном аборте проводится в зависимости от стадии аборта, срока беременности, наличия инфекции и характера ее у больной.

При угрожающем аборте беременность у значительного большинства женщин может быть сохранена. С этой целью необходимо назначить строгий постельный режим (госпитализация), урегулировать отправления кишечника (слабительные противопоказаны). Для прекращения схваток можно назначить микроклизмы с 6—8 каплями опия, суппозитории с пантопоном (Pantoponi 0,02; But. Cacao 2,0); внутрь — Extr. Viburni fluidi по 30—40 капель 3—4 раза в день; препараты желтого тела (Progesteron по 5 мг в день или через день-два); всего на курс лечения 75 мг и более (до 300 мг, в зависимости от течения заболевания); при усилении кровянистых выделений по 10 мг прогестерона ежедневно, прегнин — по 10—20 мг в день (таблетки под язык) до 200—500 мг на курс.

Таковы же мероприятия и при начавшемся аборте. Если же, несмотря на принятые меры, беременность не удается сохранить и плодное яйцо, отслоившись, продвигается по каналу шейки или частично уже выделилось наружу, то для прекращения кровотечения необходимо опорожнить матку.

При достаточном раскрытии шейки матки при беременности до 12 недель и безлихорадочном течении аборта показано инструментальное опорожнение матки — удаление плодного яйца или его частей из канала шейки матки абортцангом и выскабливание полости матки. При беременности свыше 12 недель необходимо сначала произвести пальцевое опорожнение матки и только после достаточного сокращения матки и спадения ее полости — выскабливание полости для удаления остатков плодного яйца (подробности операции выскабливания матки см. в главе «Оперативное акушерство»).

При сильном кровотечении (и отсутствии указаний на инфекцию) и при закрытой шейке матки показано расширение канала шейки матки металлическими расширителями и немедленное опорожнение матки путем выскабливания.

При полном аборте активное вмешательство излишне, так как плодное яйцо целиком выделилось. Однако это положение справедливо только для случаев позднего аборта; при раннем аборте (до 16 недель беременности) в полости матки остаются обрывки хориона и отпадающей оболочки; для предупреждения кровотечения и инфекции во всех случаях так называемого полного аборта до 16 недель показано выскабливание матки. Необходимы мероприятия, сокращающие матку (после полного освобождения полости матки), с целью прекращения кровотечения: холод на низ живота, препараты спорыньи (Pulv. Secalis cornuti 0,5 3 раза в день или Inf. Secalis cornuti ex 8 : 200 мл по 1 столовой ложке 3—4 раза в день или инъекции эрготина по 1 мл), инъекции прегнантола, питуитрина по 1—2 мл. Препараты спорыньи (порошок, настой) лучше заменять питуитрином, эрготином.

Если вопрос о лечении безлихорадочного аборта не вызывает почти никаких разногласий среди акушеров-гинекологов, то лечение лихорадочного аборта является предметом многих дискуссий.

До 70-х годов прошлого столетия всех больных с лихорадочным абортом (подразумевая под ним наличие инфекции, не выходящей за пределы матки) большинство врачей лечили консервативно. Затем стали применять оперативное лечение, за исключением больных с осложненным абортом.

Однако большие статистические данные показали, что активная терапия при лихорадочном аборте дает значительный процент осложнений и смертности женщин.

Была предложена так называемая выжидательная терапия, согласно которой лечение при лихорадочном аборте вначале проводят консервативное (если отсутствует для немедленного вмешательства витальное показание — сильное кровотечение), а затем, спустя 5 дней после падения температуры, производят выскабливание матки.

Несмотря на то, что к настоящему времени накопилось достаточно наблюдений, говорящих в пользу выжидательного метода, все же еще имеются сторонники активной терапии при лихорадочном аборте. Этому импонирует тот факт, что в значительном числе абортов, сопровождающихся высокой температурой и грязногнойными выделениями из влагалища, после выскабливания полости матки и удаления остатков плодного яйца температура падает до нормы, выделения прекращаются и больная выздоравливает.

Объясняется это тем, что, несмотря на ряд клинических и лабораторных методов определения степени вирулентности микробов, инфицировавших полость матки, и сопротивляемости организма, все же в каждом отдельном случае трудно поставить прогноз при активном вмешательстве, так как он зависит также от ряда других моментов (состояние защитных приспособлений организма, степень разрушения грануляционного вала при выскабливании).

Строго консервативная терапия при лихорадочном неполном аборте значительно удлиняет срок пребывания больной на койке, дает чаще осложнения.

Метод (выжидательно-активный) является в настоящее время почти общепризнанным. При нем вначале применяется консервативный метод лечения, а затем, после падения температуры до нормы, спустя 3—5 дней, делают выскабливание полости матки. Этот метод полностью себя оправдал на большом числе наблюдений и рекомендован 1-м пленумом Совета родовспоможения и гинекологической помощи Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР (1944).

Нами данный метод проводится в настоящее время следующим образом: при наличии температуры выше 37,8° и отсутствии сильного кровотечения, требующего немедленного опорожнения матки при неполном аборте, больной назначается строгий постельный режим, инъекции пенициллина по 125 000 единиц через каждые 3 часа. В зависимости от состояния больной в общей сложности вводится не менее 2—3 млн. единиц на курс; целесообразно также применение больших доз сульфаниламидных препаратов. Одновременно для опорожнения матки применяют: слабительное (касторовое масло 60 мл), через час — очистительная клизма и хинин внутрь по 0,15 г с промежутками в полчаса 5—6 раз, инъекции питуитрина по 1 мл 3 раза в день.

Если плодное яйцо не изгоняется полностью, то спустя 3—5 дней после снижения температуры приступают к оперативному опорожнению матки.

При осложненном аборте, т. е. когда инфекция распространилась за пределы матки, лечение только консервативное (пенициллин, стрептомицин, в зависимости от данных бактериологических исследований, организация тщательного ухода и питания, симптоматические мероприятия). Всякое активное вмешательство может привести к развитию перитонита или сепсиса.

Лечение больной абортным сепсисом в основном не отличается от терапии при послеродовом сепсисе. При анаэробном сепсисе необходимо введение больших доз (100 000 АЕ) противоанаэробной антитоксической сыворотки (подробнее см. главу «Септические послеродовые заболевания»).

Медицинские показания к операции искусственного прерывания беременности (аборта)

Медицинскими показаниями к аборту являются:

1. Эндокардиты. Анатомические поражения клапанов сердца, мышцы сердца и перикарда при начальных явлениях недостаточности кровообращения; митральные стенозы (декомпенсированные, субкомпенсированные, компенсированные); сифилитические мезаортиты.

2. Гипертоническая болезнь. Стойкая гипертония беременных (токсикоз), не поддающаяся лечению в стационаре.

3. Заболевания кроветворных органов. Злокачественное малокровие, злокачественная анемия беременных, лейкозы (белокровие), тромбопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).

Другие заболевания с прогрессирующим падением гемоглобина.

4. Пневмосклерозы в выраженной форме; бронхоэктатическая болезнь; бронхиальная астма в тяжелой форме, установленная лечебным учреждением.

5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в выраженной форме, подтвержденная рентгенологически.

6. Хронические паренхиматозные поражения печени. Болезнь Боткина при наличии печеночной недостаточности.

7. Желчнокаменная болезнь и холециститы с частыми обострениями.

8. Воспалительные, дегенеративные и склеротические изменения почек (почки).

9. Нефролитиазис, установленный рентгенологически. Хронические воспалительные заболевания почечных лоханок и мочевого пузыря (с пиурией).

10. Отсутствие одной почки.

11. Базедова болезнь (тяжелый тиреотоксикоз), установленный в стационаре.

Тетания.

Сахарный диабет в тяжелой форме.

12. Бруцеллез в тяжелой форме, установленный в стационаре.

13. Открытые формы туберкулеза легких, а также закрытый активный туберкулез легких и плевры.

Туберкулез полости рта и верхних дыхательных путей, особенно глотки и гортани.

14. Активный туберкулез бронхиальных, шейных и других лимфатических узлов.

15. Туберкулез мочевых путей, половых органов, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов; туберкулез кишечника.

16. Туберкулез костей и суставов.

17. Туберкулез центральной нервной системы; наличие в прошлом туберкулезного менингита (по справке лечебного учреждения).

18. Туберкулез глаз.

19. Распространенный туберкулез кожи в клинически активной форме.

Примечание к пп. 13—19. При наличии у женщины, больной туберкулезом, беременности свыше 5 месяцев беременность может быть сохранена при соответствующем лечении.

20. Туберкулез легких в открытой форме в семье при невозможности изоляции матери и ребенка.

21. Перенесенные тяжелые полостные и другие операции, после которых течение беременности и родов представляет угрозу жизни или здоровью женщины.

22. Перенесенные операции по поводу пузырно-влагалищных или ректально-влагалищных свищей.

23. Сужение гортани и пищевода. Искусственный пищевод.

24. Большие грыжи живота с расхождением и атрофией брюшных мышц.

25. Деформирующий полиартрит и анкилозирующий спондилартрит; остеохондропатия; анкилоз тазобедренного сустава в порочном положении.

26. Отсутствие одной конечности или отсутствие движений в ней.

27. Наличие в настоящем или в прошлом злокачественных опухолей.

28. Лимфогрануломатоз.

29. Неукротимая рвота (токсикоз беременности), не поддающаяся стационарному лечению.

30. Сужение таза с истинной конъюгатой в 7,5 см и ниже; значительные деформации таза различного происхождения; значительные рубцовые изменения влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути.

31. Отслойка сетчатки при миопии и после травмы; перенесенные операции по поводу отслойки сетчатки; глаукома; прогрессирующая близорукость со значительными изменениями глазного дна, кровоизлияниями и большим снижением остроты зрения, не корригирующимися очками; слепота на оба глаза (при остроте зрения на обоих глазах ниже 0,05); ретинит или неврит зрительного нерва, вызванные разными причинами; тяжелые заболевания роговицы.

32. Отосклероз; хронический, прогрессирующий неврит слухового нерва.

33. Полная двусторонняя глухота; глухонемота.

34. Проказа.

35. Сифилис в заразной форме (сифилис первичный серонегативный, первичный серопозитивный, сифилис вторичный свежий, сифилис вторичный рецидивный); сифилис, резистентный противосифилитическому лечению, и сифилис у женщин, не переносящих противосифилитического лечения.

36. Сифилис головного или спинного мозга при наличии неврологических или психопатологических симптомов.

Прогрессивный паралич. Сухотка спинного мозга.

37. Травматическая энцефалопатия (при наличии неврологических или психопатических симптомов).

38. Эпилепсия, удостоверенная лечебным учреждением.

39. Тяжелые формы реактивных состояний и психопатий, диагносцированные в результате наблюдения в психоневрологическом учреждении.

40. Процессуальные и рецидивирующие психозы, удостоверенные лечебным учреждением, где лечилась больная, или установленные на основании наличия остаточных (резидуальных) явлений.

41. Слабоумие олигофреническое или остаточное.

42. Органические заболевания центральной нервной системы с выраженной неврологической или психопатологической симптоматикой, а также с хроническим или прогрессирующим течением.

43. Полиневрит в выраженной форме или с прогрессирующим течением.

44. Миопатия; рассеянный склероз; хорея беременных.

45. Опухоли головного и спинного мозга.

46. Хроническое психическое заболевание у отца будущего ребенка, приведшее к стойкой утрате трудоспособности.

47. При наличии в семье беременной (у мужа или детей) семейного заболевания нервно-мышечной системы (миопатия, семейная атаксия, гепато-лентикулярная дегенерация, миотония).

48. Семейная глухонемота (наличие глухонемоты у мужа и у одного из детей).

49. Наличие гемофилии у мужа или отца беременной.

Разрешения на искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям выдаются только специальными городскими, районными и центральными врачебными комиссиями. При обнаружении у беременной заболевания, не включенного в перечень медицинских показаний к аборту, но явно угрожающего здоровью женщины при сохранении беременности, лечебно-профилактическим учреждениям предоставляется право направления беременной непосредственно в центральную врачебную комиссию.

В п. 4б приказа министра здравоохранения СССР № 941 1951 г. указано, что «при наличии медицинского противопоказания к аборту (острая и подострая гонорея; острые и подострые вульвовагиниты и бартолиниты любого происхождения; фурункулы на половых органах; эрозии при наличии гнойных выделений из шейки матки; воспалительные процессы в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке; местные гноеродные и общие острые инфекционные заболевания и др.) они (члены врачебной комиссии. — *Ред.*) должны сопоставить противопоказания с основным заболеванием, по поводу которого предполагается сделать аборт, и решить вопрос, что лучше для здоровья женщины — сохранить беременность или прервать ее с известным риском».

Методы искусственного прерывания беременности

В зависимости от срока беременности техника прерывания беременности (аборта) различна. При беременности до 12 недель искусственный аборт производится путем инструментального расширения канала шейки матки и удаления плодного яйца кюреткой по частям (подробно см. «Оперативное акушерство»).

Мы являемся противниками применения абортцанга и в особенности корнцанга для опорожнения полости матки. Большинство случаев перфорации матки при аборте происходит при применении этих инструментов. Ими можно пользоваться для захватывания частей плодного яйца, когда они видимы в расширенном канале шейки матки.

Производство аборта при беременности свыше 12 недель выскабливанием является рискованной операцией, так как при нем легко произвести перфорацию матки.

При беременности свыше 12 недель показано производство влагалищного или абдоминального кесарева сечения; при последнем в случае необходимости одновременно производится стерилизация.

Осложнения

Одним из самых тяжелых осложнений при производстве искусственного прерывания беременности является перфорация матки.

Перфорация матки может быть произведена как во время расширения канала шейки матки, так и во время опорожнения полости матки.

Прежде чем приступить к расширению шейки, необходимо произвести тщательное бимануальное исследование и при наличии загиба матки (ante- или retroflexio uteri) учесть таковое при расширении шейки матки.

Во избежание перфорации матки мы рекомендуем при ретрофлексии для низведения шейки матки пулевыми щипцами захватывать заднюю губу, а при антефлексии — переднюю губу влагалищной части. Этим приемом изгиб канала шейки матки выравнивается и уменьшается опасность перфорации.

Для расширения шейки матки лучше пользоваться расширителями с половинчатыми делениями, так как при этом расширение происходит более бережно, с меньшей опасностью разрыва шейки матки, что нередко наблюдается при форсированном расширении.

Как выше указано, наиболее опасными в смысле перфорации являются манипуляции в полости беременной матки абортцангом или корнцангом, но перфорацию возможно произвести и кюреткой.

В случае подозрения или наличия перфорации операцию аборта необходимо немедленно прекратить. Если у больной не было признаков инфекции и перфорация произведена зондом или расширителем, то показано тщательное дальнейшее наблюдение; при малейших указаниях на наличие инфекции — чревосечение. При перфорации матки или даже при наличии подозрения на перфорацию матки кюреткой, абортцангом у больной надо немедленно небольшим разрезом брюшной стенки проверить целость матки, а не «наблюдать» за развитием заболевания и терять время для раннего вмешательства. Чем позже произведено чревосечение после перфорации матки, тем прогноз хуже.

ЛИТЕРАТУРА

Агаронов А. М., Некоторые вопросы этиологии и терапии недонашиваемости, Акушерство и гинекология, 1947, 5.

Агаронов А. М., Некоторые клинические факторы мертворождаемости и пути ее профилактики, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1946, 6 (укр.).

Агаронов А. М., Влияние тимуса и коры надпочечника на развитие матки, Уфа, 1941.

Брауде И. Л., Пути профилактики недонашиваемости (преждевременных родов), Акушерство и гинекология, 1945, 1.

Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, Л., 1, 1946.

Груздев В. С., Курс акушерских и женских болезней, Госиздат РСФСР Берлин, т. I, II, 1922.

Данилов И. В., К вопросу об этиологии самопроизвольного прерывания беременности, Акушерство и гинекология, 1945, 2.

Дульцин Я. А., Недонашиваемость по материалам родильного дома имени проф. Снегирева за 10 лет, Сборник, посвященный 175-летию родильного дома имени проф. Снегирева, Л., 1950.

Езиашвили И. Н., Недонашиваемость и борьба с ней, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1948, 6 (укр.).

Ляндрес И. М., Этиология преждевременных родов и их профилактика, Акушерство и гинекология, 1949, 2.

Мацпанова О. Д., Акушерство и гинекология, 7, 8, 1940.

Николаев А. П., К этиологии и профилактике недонашивания, Акушерство и гинекология, 1946, 2.

Попова Е. Ф., Самопроизвольный угрожающий выкидыш, Медгиз, 1950.

Рафалович С. М., Анализ причин недонашивания. В сб.: Рефераты научно-исследовательских работ по акушерству, гинекологии и педиатрии, Свердловск, 1, 1949.

Ренигер-Арешева М. Л., Беременность и малярия, Ереван, 1944.

Решения 1-го пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР, 1944.

Ситников В. М., Материалы для распознавания искусственно вызванного выкидыша, Акушерство и гинекология, 1940, 7—8.

Ставская Е. Я., Перенашивание беременности, Медгиз, 1949.

ГЛАВА IV

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ (GRAVIDITAS EXTRAUTERINA SEU ECTOPICA)

Проф. *И. И. Яковлев*

Внедрение и развитие плодного яйца вне полости матки представляют серьезную угрозу здоровью и жизни женщины. Острое малокровие, развивающееся в этих случаях в результате внутреннего кровотечения на почве разрыва плодовместилища, может повлечь за собой смерть женщины, если ей своевременно не будет оказана хирургическая помощь.

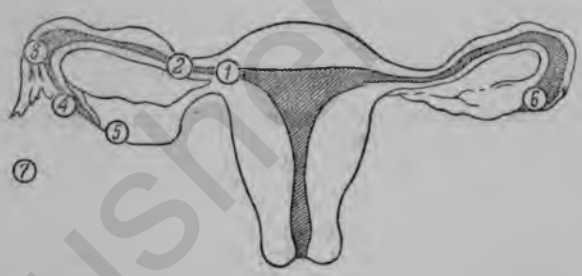

Рис. 4. Схематическое изображение возможных форм развития внематочной беременности: *1* — graviditas interstitialis; *2* — graviditas isthmica; *3* — graviditas ampullaris; *4* — graviditas tuboovarialis; *5* — graviditas ovarialis; *6* — abortus tubarius; *7* — graviditas abdominalis.

По месту прикрепления околоплодного яйца принято различать беременность: трубную, яичниковую, брюшную и в рудиментарном роге. Различные виды локализации внематочной беременности представлены на рис. 4. Частота отдельных их форм приведена в табл. 1 (по Аловскому).

Чаще всего встречается трубная беременность (graviditas tubaria), причем несколько чаще она возникает в правой трубе. В зависимости от места внедрения яйца в трубу различают: интерстициальную или межуточную (graviditas interstitialis), истмическую или перешеечную (graviditas isthmica) и ампулярную (graviditas ampullaris) трубную беременность.

Под межуточной понимают беременность, развивающуюся в той части трубы, которая пролегает в толще маточной стенки.

Таблица 1

Беременность	Количество случаев	%
Трубная	1 117	98,5
Яичниковая	2	0 2
Брюшная	5	0,4
В рудиментарном роге	10	0,9
Итого	1 134	100,0

Ампулярная беременность развивается в раструбе маточной трубы и реже в пространстве между фимбриями трубы и яичником, особенно при срастании фимбрий с яичником; в последнем случае будет трубно-яичниковая беременность (graviditas tuboovarialis).

Трубная беременность редко донашивается до конца; чаще всего она нарушается на 4—6-й неделе беременности, т. е. к началу следующей менструации или несколько позже. Особенности анатомического строения маточной трубы (тонкая слизистая, отсутствие подслизистой), отсутствие децидуальной реакции или слабое развитие последней обусловливают врастание ворсин хориона в мышечный слой трубы и расплавление кровеносных сосудов. Децидуальные изменения образуются в слизистой оболочке не всегда и не на всем протяжении трубы, а лишь на отдельных ее участках (В. С. Груздев). В результате разрушения ворсинами кровеносных сосудов может возникнуть более или менее сильное кровотечение, степень которого зависит от калибра сосудов, разрушенных ворсинками.

В разрыве трубы механическое растяжение ее стенок растущим плодным яйцом не играет основной роли.

В результате разрушения ворсинками стенки трубы последняя разрывается. При полном разрыве трубы (наружный разрыв плодовместилища) плодное яйцо, отслоившись от места своего прикрепления, чаще всего целиком и реже частично через разрыв трубы изгоняется в брюшную полость. В других же случаях плодное яйцо, находящееся в трубе обычно после отмирания, постепенно отслаиваясь от стенок трубы, изгоняется в брюшную полость антиперистальтическими сокращениями трубы через ее ампулярный конец. Таким образом, возникает трубный аборт (abortus tubarius). В этих случаях внутрибрюшное кровотечение с изгнанием яйца из трубы нередко прекращается. Плодное яйцо или плод, попав в брюшную полость, постепенно рассасывается или развивается дальше.

Редкую топическую разновидность трубной беременности представляет межсвязочная беременность, так называемая graviditas tubaria intraligamentaris, когда плодовместилище образуется между листками широкой маточной связки. Иногда плодное яйцо продолжает сохранять связь со стенкой трубы; беременность может быть доношенной и плод остается даже живым. Однако чаще целость плодовместилища нарушается, и плод погибает, а между листками широкой связки возникает кровоизлияние; кровоизлияние это в отдельных случаях может нагнаиваться и вскрываться в кишечник, сопровождаясь даже отхождением частей плода.

Яичниковая беременность (graviditas ovarialis) представляется также одной из редких форм внематочной беременности; она развивается либо в фолликуле, либо на свободной поверхности яичника.

Брюшная беременность (graviditas abdominalis sive peritonealis) встречается крайне редко и обычно бывает вторичной (secundaria). Она представляет собой исход трубной (разрыв трубы, трубный выкидыш) или яичниковой беременности. Плодовместилище располагается в свободной брюшной полости. Еще реже встречаются случаи первичной брюшной беременности, ибо условия для внедрения и развития яйца здесь мало благоприятны (К. К. Скробанский, К. П. Улезко-Строганова). Необходимы изменения в брюшине, чтобы ворсины хориона могли внедриться в нее, а яйцо получить необходимые условия для развития. Внедрению и развитию яйца на брюшине способствует децидуальная реакция гетеротопий, так называемая эндометроидная гетеротопия. Брюшная беременность в отдельных случаях развивается до срока нормальных родов. При этом плацента может прикрепляться в различных участках брюшной полости и даже на печени. Обычно плод погибает, причем в ранний период беременности он может совершенно рассосаться; в более поздний срок беременности плод подвергается различным изменениям, мацерации или мумификации, а иногда даже окаменению. При проникновении инфекции плод подвергается гнойному разрушению. В исключительных случаях при своевременном распознавании удается извлечь живой плод из брюшной полости. Однако эти плоды являются мало способными к самостоятельному существованию, так как нередко имеют различные дефекты развития. Жизнь женщины при эктопической беременности, свободно развивающейся в брюшной полости и иногда донашиваемой до срока, всегда находится в большой опасности. Поэтому, как только поставлен диагноз, больную следует немедленно оперировать, не считаясь с плодом и сроком беременности.

Рудиментарный рог по своему анатомическому строению близко подходит к строению нормальной матки, благодаря чему беременность, развивающаяся в рудиментарном роге, в отличие от беременности, развивающейся в трубе, прерывается в более поздние сроки или даже донашивается до срока нормальных родов.

Полость рудиментарного рога обычно сообщается с полостью матки, в которой развивается мощная децидуальная реакция. Проникновение оплодотворенного яйца в полость рудиментарного рога происходит через маточную трубу соответствующей стороны. Однако встречаются случаи, когда рудиментарный рог не сообщается с половым каналом. В этих случаях надо полагать, что оплодотворение происходит путем migratio ovi externa.

ЧАСТОТА

Частота внематочной беременности колеблется от 1,2 до 3% случаев по отношению к общему числу гинекологических больных (Л. Я. Цейтлин, Г. Г. Гентер, Н. М. Какушкин, Л. И. Кантарович и В. Н. Шатерник, А. Д. Аловский и др.).

Увеличение числа случаев внематочной беременности, отмечаемое некоторыми авторами, следует отнести за счет улучшения диагностики и повышения обращаемости женского населения в медицинские учреждения; этому, несомненно, способствуют организация работы в условиях объединения поликлинической сети со стационаром и поднятие санитарно-просветительной работы среди населения. Иногда наблюдается одновременное (от 0,6 до 4% по Конухесу) сочетание внутриматочной и внематочной беременности. Диагностика в таких случаях чрезвычайно трудна как в первой, так и во второй половине беременности. Опублико-

ваны наблюдения, когда после ликвидации хирургическим путем внематочной беременности внутриматочная беременность продолжала развиваться и заканчивалась срочными родами живым плодом.

Внематочная беременность может повторяться у одной и той же женщины. Повторная внематочная беременность в другой трубе наблюдается в среднем в 4% случаев. Значительно реже отмечаются случаи развития повторной беременности в культе трубы (частично удаленной) после бывшей операции по поводу внематочной беременности, так как большинство современных акушеров-гинекологов обычно удаляют полностью маточную трубу. В литературе описаны случаи многоплодной трубной беременности — двойней и тройней.

В практике преимущественно приходится иметь дело с эктопической беременностью, развившейся в трубе, и значительно реже — с другими ее разновидностями. В силу этого наше последующее изложение будет касаться исключительно трубной беременности первой ее половины.

ЭТИОЛОГИЯ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В нормальных физиологических условиях в трубах происходят: маятникообразные (в истмико-ампулярном отделе), перистальтические (от яичника к матке) и вращательно-поступательные (турбинальные) движения. В патологических условиях указанная функция яйцеводов нарушается, оплодотворенное яйцо уже не может свободно передвигаться до полости матки, останавливается в каком-либо участке на протяжении трубы и начинает там развиваться. Задержка яйца в полости трубы вызывается причинами анатомо-физиологического характера, лежащими как в самой трубе, так и вне ее, которые сказываются на ее функциях, часто в неспособности трубы совершать правильные движения. Врожденные анатомические изменения в трубах (в форме длинной извилистой трубы с узким просветом) чаще всего отмечаются при инфантилизме внутренних половых органов. Добавочные трубы или слепые ходы по их протяжению обусловливаются аномалиями эмбрионального развития последних. Однако чаще всего изменения в трубах возникают в результате перенесенных легких воспалительных процессов (катарральных) любой этиологии или, значительно реже, в результате травматических изменений эпителиальной поверхности труб. Изменения в трубах, возникающие в этих случаях, неизбежно приводят к функциональным нарушениям последних, вследствие чего нарушается транспортировка оплодотворенного яйца. Первое место среди причин занимают воспаления, связанные либо с перенесенными в детстве инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина, дифтерия), либо возникающие вследствие бывших послеродовых септических процессов, либо связанные с осложненным внебольничным абортом. Значительно реже причиной возникновения эктопической беременности является гонорройная инфекция. Гонорройное воспаление труб чаще приводит к закрытию брюшного конца последних, т. е. ведет к бесплодию.

Не исключена возможность развития внематочной беременности в связи с заболеванием червеобразного отростка или поражением половой сферы туберкулезом (Быханов). В этих случаях на почве развития спаечного процесса наблюдаются смещения и перегибы труб с сужением их просвета, что неизбежно затрудняет продвижение оплодотворенного яйца.

В специальной литературе имеются также указания на возможность возникновения внематочной беременности в результате продувания

труб. Восстановленная проходимость труб иногда создает благоприятные возможности лишь для проникновения сперматозоидов и отнюдь не обеспечивает прохождения через трубы оплодотворенного яйца, величина которого значительно больше. Н. Н. Кушталов усматривает в методе продувания труб еще и другую опасность, а именно возможность занесения в трубы и брюшную полость вместе с воздухом крови, слизи и особенно оторвавшихся частиц слизистой оболочки; последние могут имплантироваться и образовать гетеротопии, создавая тем самым механическое препятствие для продвижения оплодотворенного яйца. Подобное суждение автора не подкреплено, однако, никакими фактическими данными. В отдельных случаях при трубной беременности была обнаружена в трубе эндометроидная гетеротопия; на этом основании была выдвинута гипотеза о значении ее в развитии трубной беременности.

В редких случаях в поражении маточных труб должно быть отведено место внутриматочным впрыскиваниям иодной настойки, на почве чего возникают эндосальпингиты и стойкие рубцово-спаечные процессы.

Наконец, причиной развития трубной беременности может явиться функциональная недостаточность без явных анатомических изменений. Например, имеются указания на возможность возникновения внематочной беременности в связи с нарушениями в нервно-психическом состоянии женщины, особенно в ближайшие дни после зачатия. В этих случаях возникают, повидимому, антиперистальтические движения или судорожные сокращения труб, вследствие чего оплодотворенное яйцо задерживается в просвете трубы.

Возможно, что задержка яйца в маточной трубе зависит также от изменений, происходящих в самом оплодотворенном яйце, но это пока никем не доказано.

Более вероятно другое предположение о развитии трубной беременности, а именно о наружном передвижении яйца (migratio ovi externa). Из-за длительности пути оплодотворенное яйцо настолько увеличивается в объеме, что оно застревает в просвете трубы.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность, развивающаяся в трубе, чаще оканчивается трубным абортом, чем разрывом этой трубы. Разрыв трубы и трубный аборт всегда сопровождаются внутренним кровотечением, которое при трубном аборте менее обильно, чем при разрыве трубы. Возникновение внутреннего кровотечения — основная опасность внематочной беременности. Часть излившейся крови обычно скопляется вокруг трубы, образуя вокруг нее слепок (haematoma peritubarium), а другая часть стекает в заднее дугласово пространство (haematocele retrouterina).

Одновременно с развитием оплодотворенного яйца в трубе происходят сопутствующие изменения в матке; последняя увеличивается в размере, становится более сочной, мягкой, а слизистая ее превращается в децидуальную оболочку. После прерывания трубной беременности децидуальная оболочка выходит с кровью из матки наружу, частями или (реже) целиком в виде слепка маточной полости. Однако нередко отпадающая оболочка не отторгается, остается в связи со стенкой матки, подвергаясь постепенному обратному развитию.

Гистологически децидуальная оболочка при эктопической беременности вполне напоминает децидуальную ткань при внутриматочной бе-

ременности с той лишь разницей, что она богаче молодыми клетками, содержит больше гликогена и, кроме того, в области, соответствующей месту отторжения, наблюдается скопление лейкоцитов, сгустки и некрозы. В децидуальной ткани отсутствуют ворсины и хорион.

Это обстоятельство имеет известное диагностическое значение; оно говорит о внематочной беременности и исключает наличие внутриматочной беременности.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагностика внематочной беременности трудна потому, что клиническое ее течение может быть крайне разнообразным. Особенности внематочной беременности зависят от срока беременности, от места внедрения яйца и от того, нарушена ли эта беременность или еще развивается. Клинически принято различать ненарушенную (развивающуюся) и нарушенную (прервавшуюся) внематочную беременность.

1. НЕНАРУШЕННАЯ (РАЗВИВАЮЩАЯСЯ) ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Распознать ненарушенную (развивающуюся) внематочную беременность в начальной стадии очень трудно, так как она не дает никаких отличительных субъективных симптомов, кроме тех, которые свойственны обычной внутриматочной беременности, а объективные признаки обычно отсутствуют. Только по мере развития трубной беременности представляется возможным отмечать изменение формы и величины трубы, не сопровождающееся ни повышением температуры тела, ни болями, обычно сопутствующими воспалительным заболеваниям придатков. Опухоль располагается обычно с одной стороны, сбоку и несколько кзади от матки. В зависимости от места внедрения плодного яйца по протяжению трубы (в интерстициальной, истмической или ампулярной части) меняется топография и форма трубной опухоли. В одних случаях опухоль интимно прилегает к матке, в других, наоборот, контурируется отдельно. Величина трубной опухоли зависит от срока беременности. В первые недели беременности матка увеличивается соответственно сроку (утолщение мышечной стенки и развитие в полости матки децидуальной оболочки), в дальнейшем рост матки отстает при прогрессирующем увеличении беременной трубы. В отличие от внутриматочной беременности, матка сохраняет свойственную ей грушевидную форму. Кроме того, если беременная матка обладает свойством сокращаться и оплотневать при влагалищном исследовании, то этого не отмечается при развитии беременности в маточной трубе (Бобров).

Что же касается других признаков, то они встречаются как при внутриматочной, так и при внематочной беременности. Трудность диагностики зачастую осложняется еще тем, что изменения в трубе могут быть старыми, возникшими на почве перенесенного ранее воспалительного процесса, или зависеть от возникновения опухолей. Поэтому анамнезу при распознавании внематочной беременности должно отводиться большое внимание. В таких случаях имеет значение указание на бесплодие, на большой промежуток между настоящей и предшествующей беременностью, на перенесенные ранее воспалительные заболевания половых органов, на отклонения в менструальной функции и т. д. Некоторое ориентировочное значение при диференциальном диагнозе имеют данные

лабораторного исследования крови и реакция Ашгейм-Цондека, которая основана на том факте, что во время беременности в организме женщины образуется большое количество гонадотропного гормона, который частично выделяется с мочой. Положительная биологическая реакция Ашгейм-Цондека указывает только на беременность, без определения места ее локализации. Для срочного подтверждения диагноза реакция Ашгейм-Цондека неприемлема, так как для получения ответа требуется несколько дней.

Что же касается картины крови, то при ненарушенной внематочной беременности она мало показательна, именно: ускоренная РОЭ, так же как при нормальной внутриматочной беременности; количество лейкоцитов удерживается на нормальных средних цифрах и отсутствуют изменения в лейкоцитарной формуле; снижение процента гемоглобина отмечается лишь в случаях малокровия.

Поэтому женщина, у которой подозревается прогрессирующая внематочная беременность, должна быть немедленно госпитализирована, ибо только клиническое наблюдение позволит подтвердить или отвергнуть диагноз внематочной беременности.

Для диагностики эктопической беременности более поздних сроков следует использовать метод рентгенографии.

2. НАРУШЕННАЯ (ПРЕРВАВШАЯСЯ) ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Значительно легче распознать нарушенную (прервавшуюся) внематочную беременность раннего срока.

В результате проедания ворсинами стенки трубы последняя разрывается или яйцо, отмирая в трубе, выбрасывается из ампулярного конца ее в брюшную полость. В том и в другом случае возникает, как правило, внутрибрюшное кровотечение, с той лишь разницей, что при разрыве трубы (ruptura tubae) кровотечение обычно не останавливается, а нарастает дальше. При трубном аборте (abortus tubarius) кровотечение в брюшную полость нередко прекращается вследствие закрытия трубы сгустками. Сгустки тромбируют нарушенные сосуды, возникает кровяная опухоль трубы, так называемая haematosalpinx.

От количества и быстроты поступления крови, изливающейся в брюшную полость, зависит степень выраженности симптомов.

Разрыв трубы обычно сопровождается явлениями шока: наступает внезапная острая режущая боль в животе, сопровождаемая обмороком, бледностью лица, при наличии малого, легко сжимаемого, учащенного пульса (до 120 ударов в минуту и больше) и холодного пота.

Иногда боль носит схваткообразный характер и пульс при обильном кровоизлиянии в брюшную полость не ускоряется, а, наоборот, замедляется, что объясняется, повидимому, раздражением разветвлений блуждающего нерва. Внешний вид больной, у которой произошел разрыв беременной трубы, весьма характерен. Видимые слизистые оболочки бледного цвета. При продолжающемся внутреннем кровотечении явления малокровия обычно нарастают, кровяное давление резко снижается, лицо больной выражает испуг, зрачки расширены, дыхание частое, прерывистое, поверхностное; отмечается боль в плечевой области — так называемый френикус-симптом. Эта боль в плече, в лопатке объясняется раздражением излившейся кровью окончаний грудобрюшного нерва. Язык влажный, чистый, необложенный. Температура тела бывает обычно нормальной, но в отдельных случаях (чаще в тех случаях, когда кровоизлияние имеет некоторую давность) может быть повышенной. Повыше-

ние температуры отнюдь не говорит о развитии инфекции, так как оно может быть обусловлено всасыванием брюшиной белков излившейся крови. В момент разрыва трубы живот вздут, слегка болезнен при дотрагивании, особенно в нижней части. Симптом Блюмберга-Щеткина положительный.

При перкуссии живота в месте проекции внематочной беременности определяется одностороннее притупление перкуторного звука; границы притупления меняются при перемене положения тела только в случаях свежего кровоизлияния.

Картина крови характерна для вторичного малокровия (уменьшение гемоглобина и эритроцитов). В случаях свежего кровоизлияния в брюшную полость лейкоцитоз повышен только в первые часы, а затем он становится нормальным. Только при известной давности количество лейкоцитов может быть повышено. Скорость реакции оседания эритроцитов (РОЭ), если нет значительной кровопотери, такая же, как при внутриматочной беременности; при вторичном малокровии в связи с кровопотерей РОЭ ускоряется.

При влагалищном исследовании отмечаются незначительные кровянистые выделения кофейного или шоколадного цвета, уплощенность или выпячивание сводов с ощущением в них тестоватости. Матка представляется слегка увеличенной, но обычно плоской формы. Консистенция не имеет выраженной тестоватости (размягчения), свойственной внутриматочной беременности. В области придатков чаще всего прощупывается опухоль с неясными контурами, малоподвижная, мягкой консистенции; иногда она располагается кзади от матки. Нередко из-за резистентности сводов и напряженности брюшной стенки точно контурировать опухоль не удается.

Описанная картина наблюдается в случаях нарушенной трубной беременности с обильным кровоизлиянием в свободную брюшную полость (чаще при ruptura tubae, реже при abortus tubarius).

Однако не всегда клиническая картина бывает ясной, так как часто многие из признаков отсутствуют; в этих случаях приходится ограничиваться диагнозом острого живота, т. е. наличием какой-то катастрофы в полости живота, требующей немедленного производства чревосечения.

В этих случаях не следует забывать о пробной пункции через задний свод влагалища, которая способствует уточнению диагноза.

Однако в случаях свежего внутрибрюшного кровоизлияния задний свод не всегда бывает выпячен, так как в лежачем положении больной излившаяся в брюшную полость кровь равномерно распределяется. Придавая верхней части туловища больной несколько возвышенное положение, достигают перемещения крови в дугласово пространство. Поэтому, когда больная помещается на гинекологическом столе с ногами, согнутыми в тазобедренном и коленном суставах, приведенными к животу и разведенными в стороны, верхнюю часть туловища больной следует несколько приподнять.

Пункция, или пробный прокол, производится толстой иглой длиной не менее 12 см, косо срезанной на конце. Игла насаживается на шприц емкостью в 10—20 мл. Прокол свода делается в зеркалах под контролем зрения. Пункция свода без введения зеркал под контролем пальца не рекомендуется, так как не является асептическим вмешательством.

Перед производством пункции производится дезинфекция наружных половых органов и влагалища. Обязательна катетеризация мочевого пузыря.

Во влагалище вводится желобоватое зеркало и подъемник, шейка захватывается за заднюю губу двумя пулевыми щипцами, подтягивается кпереди и место будущего прокола смазывается 5% раствором иода. В задний свод, по возможности ближе к шейке матки, по средней линии делается вкол иглы; направление иглы — параллельно задней поверхности матки (при ее антефлексии). Затем шприцем насасывается кровь из дугласова кармана. Не следует делать вкол в боковые своды из-за опасности поранить крупный сосуд или мочеточник.

Следует помнить, что пункция заднего свода есть внутрибрюшное вмешательство; поэтому при ее выполнении требуется тщательное соблюдение правил асептики и антисептики, иначе возможно внесение инфекции извне в брюшную полость.

Совершенно недопустимо производить пункцию через передний свод, когда гематома расположена спереди от матки.

При наличии внематочной беременности в крови, полученной пункцией, должны иметься мельчайшие сгустки крови. С этой целью кровь из шприца выливают на белую тарелку. Если при рассматривании крови обнаруживаются в ней сгусточки, то это говорит о наличии кровоизлияния в брюшную полость. В тех случаях, когда кровь не содержит сгустков, не исключена возможность, что она получена из вены матки. Важна также микроскопия жидкости, полученной при пункции; отсутствие монетных столбиков, наличие измененных эритроцитов говорят о сравнительно старом кровоизлиянии; в свежих случаях изменений крови не обнаруживается.

Более спокойную клиническую картину представляют случаи нарушения внематочной беременности по типу трубного аборта с образованием заматочной кровяной опухоли (haematocele retrouterina circumscripta).

В этих случаях из тщательного опроса больной устанавливается, что у нее некоторое время назад был припадок болей в животе (однократно или повторно). Больная обычно сообщает о задержке месячных (но может и не быть задержки), о приступе болей внизу живота, не всегда сопровождающихся головокружением и рвотой, и о появлении кровянистых выделений темного цвета. Вскоре боли уменьшаются или проходят и остается лишь чувство тяжести в животе. Исчезает головокружение, и состояние больной улучшается.

При обследовании больной отмечается: влажный и чистый язык, бледность видимых покровов тела и слизистых оболочек, температура тела нормальная или субфебрильная. Пульс лишь иногда учащен в пределах до 80 ударов в минуту. Брюшная стенка может быть напряжена и болезненна. При ощупывании живота в нижних его отделах определяется опухоль без ясных контуров, слегка болезненная, имеющая мягко-эластичную консистенцию. Верхняя граница опухоли обычно располагается над лоном, иногда достигает пупка и даже выше, в зависимости от степени кровоизлияния; опухоль имеет неправильную форму.

При влагалищном исследовании находят, что своды, задний и один из боковых, уплотнены и выпячены. Стенка влагалища над опухолью подвижна. Тело матки обычно увеличено, смещено в сторону, вверх и кпереди. Однако картина заматочной кровяной опухоли не всегда отчетлива. В ряде случаев наблюдается высокая температура, учащенный пульс, язык бывает обложенным. Эти признаки указывают на инфекцию и возможность нагноения опухоли.

Менее четкая клиническая картина отмечается в случаях нарушенной (прервавшейся) внематочной беременности

с ограниченным кровоизлиянием внутри и вокруг маточной трубы (haematosalpinx, haematocele periparatubaria). При этих вяло протекающих формах светлые промежутки между отдельными приступами болей более продолжительны. Сами приступы не так интенсивны.

Реакция со стороны брюшной стенки при ощупывании незначительна, а перкуторно нередко отмечается небольшое приглушение звука в месте проекции трубы. При влагалищном исследовании обнаруживается: дегтеобразного характера выделения, увеличенная в размерах матка и несколько смещенная в сторону; сбоку от нее определяется опухоль трубы, имеющая колбасообразную или ретортообразную форму, тестоватую консистенцию. Труба подвижна, ее ампулярный конец смещается в задний дугласов карман, а иногда кпереди. Иногда прощупываются опухоли с обеих сторон.

ДИАГНОЗ. ДИФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Выше приведены типичные клинические картины внематочной беременности, однако зачастую симптомы бывают очень неяркими, и только при вдумчивой оценке всех факторов, в том числе и анамнестических данных, удается поставить точный диагноз и принять правильное решение в отношении выбора метода лечения. Рентгенодиагностика при внематочной беременности возможна лишь в более поздние ее сроки.

При диференциальном диагнозе в первую очередь надо исключить прерывающуюся внутриматочную беременность (неполный аборт или мясистый занос). Рассматривая выделившиеся части предполагаемого плодного яйца (при внутриматочной беременности), обязательно надо найти ворсины. В случае сомнения следует подвергнуть ткань гистологическому исследованию. Если при гистологическом исследовании в ней не находят элементов плодного яйца, то подозрение на внематочную беременность усиливается. Ниже приводится схема отличительных признаков трубной беременности и маточного выкидыша.

Отличительные признаки между трубным и маточным выкидышем (по И. Л. Брауде и А. Д. Аловскому)

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
1. Нарушение трубной беременности начинается большей частью рано (между 4-й и 6-й неделей)	1. Самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 3-й и 12-й неделей)
2. Боли локализуются преимущественно в одной из паховых областей и имеют вначале тянущий, а затем и схваткообразный характер. Припадок болей носит более бурный характер (внезапное начало их, шок, коллапс, обморочное состояние, явления раздражения брюшины)	2. Боли имеют схваткообразный характер и ощущаются главным образом внизу живота, посредине и в крестце. Медленное, постепенное нарастание регулярных болей, по характеру напоминающих схватки
3. Наружное кровотечение незначительное, цвет выделений коричневый, иногда выделяются пленки; выделения начинаются обычно лишь после появления болей	3. Наружное кровотечение более обильное, нередко яркокрасного цвета, часто со сгустками; возникает до появления болей

Трубный выкидыш	Маточный выкидыш
4. Наблюдается отхождение децидуальной оболочки либо целиком, либо в виде мелких обрывков; не обнаруживаются ворсины при рассматривании обрывков в стакане с водой	4. Наблюдается отхождение плацентарной ткани, характеризующейся наличием ворсин, хорошо видимых простым глазом, когда отошедшую ткань рассматривают на свет в стеклянной посуде
5. Степень малокровия не соответствует количеству крови, выделяемой наружу	5. Степень малокровия соответствует количеству выделяемой наружу крови
6. Увеличенная матка имеет грушевидную форму и не вполне соответствует сроку задержки менструации. Зев закрыт	6. Увеличенная матка соответственно сроку задержки месячных, имеет шарообразную форму (при шеечном выкидыше шейка матки принимает форму баллона, а тело матки помещается на нем в виде небольшой шапки). Зев приоткрыт
7. Опухоль мягкой консистенции, большей частью колбасообразной формы, располагается с одной стороны матки, пульсирует, неясно контурируется, особенно если образовалась гематоцеле. Иногда рядом с опухолью определяется яичник	7. Опухоль, если она воспалительного происхождения, более плотной консистенции, разграничить трубу от яичника не удается. Если опухоль принадлежит яичнику (киста), она имеет шаровидную форму, туго-эластической консистенции, хорошо контурируется. Односторонний гидросальпинкс может иметь такую же консистенцию, как и киста яичника, но отличается продолговатой формой. При гидросальпинксе иногда можно прощупать яичник. Гидросальпинкс легче контурируется, чем труба при внематочной беременности

При диференциальном диагнозе необходимо иметь в виду возможность внутреннего кровотечения из других органов, как, например, из желтого тела яичника. В таких случаях так же, как и при внематочной беременности, показано чревосечение.

Клиническую картину при внематочной беременности можно смешать с явлениями разлитого раздражения брюшины, особенно в нижней части живота, возникающими при перекручивании ножки опухоли яичника или вследствие перитонита на почве прободной язвы желудка и кишок или вследствие вскрывшегося в брюшную полость пиосальпинкса, и, наконец, с клинической картиной при остром аппендиците или воспалении придатков матки, а также при ущемлении ретрофлексированной беременной матки.

Ниже приводится схема, позволяющая проводить диференциальный диагноз между прервавшейся внематочной беременностью и аппендицитом.

Отличительные признаки между трубной беременностью и аппендицитом (по М. С. Малиновскому и А. Д. Аловскому)

Внематочная беременность (трубная)	Аппендицит
1. Признаки беременности налицо	1. Признаков беременности нет
2. Кровянистые мажущие выделения, резкая боль схваткообразного характера, часто сопровождающаяся обморочным состоя-	2. Кровянистые выделения отсутствуют. Боли не такие острые, тошнота и рвота более резко выражены; лихорадка

Внематочная беременность (трубная)	Аппендицит
нием; тошнота и рвота не всегда или не особенно сильные, лихорадка отсутствует или невысокая, температура редко выше 38°	
3. Напряжение мышц передней брюшной стенки (défense musculaire) слабо выражено, часто совсем отсутствует. Phrenicus-symptom налицо или отсутствует	3. Défense musculaire всегда налицо, особенно справа. Симптомы Блюмберг-Щеткина, Ровзинга также налицо. Phrenicus-symptom, как правило, отсутствует
4. Типичный habitus больной: резкая бледность лица, нередко обморочное состояние, синюшность губ и ногтей	4. Больная находится скорее в состоянии возбуждения (покраснение лица)
5. Лейкоцитоза нет. Картина крови обычная для вторичной анемии	5. Обычно всегда лейкоцитоз. Картина красной крови нормальная
6. Матка часто увеличена. Задний свод опущен, выпячен, в нем часто определяется тестоватость или через боковой свод определяется опухоль, низко расположенная, малоподвижная, нередко болезненная	6. Матка и придатки нормальны. Своды свободны. Инфильтрат располагается значительно выше, над пупартовой связкой, и обычно через влагалище трудно достигается и не ограничивает подвижность матки
7. РОЭ, как при маточной беременности	7. РОЭ ускорена
8. При пункции заднего свода получают жидкую кровь	8. При пункции заднего свода крови не получают
9. Отхождение decidua	9. Decidua не отходит

РАСПОЗНАВАНИЕ РЕДКИХ ФОРМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

МЕЖУТОЧНАЯ, ИЛИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ, БЕРЕМЕННОСТЬ

Нарушение межуточной беременности по клинической картине сходно с другими видами трубной беременности и происходит в промежутке от 4 до 12 недель путем разрыва в свободную брюшную полость. Как исключение возможен прорыв в полость матки. Кровотечение обильное, что объясняется глубоким проникновением ворсин в стенку матки и разрушением сосудов большого калибра.

Диагностическими признаками являются: 1) односторонняя деформация матки в направлении дна и задней ее стенки вследствие роста в эту сторону плодного яйца; 2) атипическое отхождение круглых связок и труб: на здоровой стороне труба и связка расположены ниже, чем на противоположной, где развивается межуточная беременность; 3) широкое соединение плодного мешка с углом матки; 4) полная подвижность матки; 5) безболезненность сводов и отсутствие в сводах какой бы то ни было опухоли; 6) отсутствие в анамнезе заболеваний половой сферы. Перфорационное отверстие в межуточной части трубы можно смешать с прободным отверстием в дне матки при искусственном аборте. В этих случаях помогает анамнез, а при обследовании брюшной полости в перфорационном отверстии обнаруживаются неизмененные ворсины.

РАСПОЗНАВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

Распознавание такой беременности представляет трудности. Установлению диагноза способствует прощупывание широкой и плоской ножки, отходящей от рудиментарного рога к боковой поверхности матки на уровне внутреннего зева. Иногда прощупывание ножки представляет трудности. Отличием беременности в рудиментарном роге от кисты яичника (стебельчатая форма) служит то, что последняя имеет более длинную и тонкую ножку, которая отходит от боковой стенки матки значительно выше внутреннего зева. При разрыве плодовместилища (рудиментарного рога) отмечаются симптомы внутреннего кровотечения. Плод, выпавший в брюшную полость, иногда продолжает развиваться в последней, если плацента сохраняет связь со стенкой рудиментарного рога. В других же случаях плод погибает, претерпевая те или иные изменения (мацерация, нагноение), и иногда по частям выходит через кишечник наружу.

ДИАГНОЗ ЯИЧНИКОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагноз устанавливается при операции, а уточняется окончательно лишь при патогистологическом исследовании.

При распознавании яичниковой беременности обращают внимание на: 1) трудность обнаружения яичника с той стороны, где имеется беременность; 2) наличие яичниковой ткани в стенках плодного мешка; 3) существование связи плодного мешка с маткой посредством собственной связки яичника; 4) неучастие трубы в образовании плодовместилища и то же топографическое отношение ее к плодовместилищу, что и при кисте яичника; 5) наличие связи с широкой связкой (Л. А. Кривский).

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Если у больной отмечается острое кровотечение в брюшную полость, то необходимо немедленно произвести чревосечение. Тяжелое состояние больной, падение сердечной деятельности и кровяного давления не являются противопоказанием к немедленной операции. Никаких мероприятий для повышения кровяного давления (сердечные, подкожные или внутривенные вливания) до операции не проводится.

Очистительная клизма противопоказана. Инъекции пантопона или кофеина допустимы лишь перед самой операцией.

Наркоз дается общий (ингаляционный — эфирный), но операция может быть проведена и под местной анестезией. Во всех случаях (кроме инфицированных) внематочной беременности как нарушенной, так и ненарушенной, избирается брюшностеночный путь.

При операции производят клиновидное иссечение беременной трубы (со стороны матки) с ее брыжейкой (mesosalpinx).

Вторую трубу удаляют только по показаниям, т. е. в случаях, когда она настолько изменена, что возможность ее нормальной функции исключена, когда имеются предпосылки для развития в ней внематочной беременности, конечно, если состояние больной допускает удлинение операции.

Сальпингостомия, пересадка труб и яичников проводятся лишь в случаях вторичной операции внематочной беременности.

После окончания операции приступают к туалету брюшной полости, который состоит в полном удалении жидкой крови и сгустков. Брюшную полость закрывают наглухо.

Жидкую кровь иногда собирают в стерильный сосуд, в который влит 4% раствор лимоннокислого натрия (5 мл на 100 мл крови); после фильтрации через восемь слоев марли кровь может быть перелита в локтевую вену больной в случае невозможности иметь донорскую кровь. Эта оговорка вызвана тем, что реинфузия не является безобидным мероприятием, так как данного рода кровь становится дефибринированной.

Для реинфузии пригодна лишь свежая и стерильная кровь. Реинфузию следует производить, если после кровотечения прошло не свыше 24 часов, полученная кровь из брюшной полости не изменила внешнего своего вида и в брюшной полости не имеется воспалительного процесса.

При невозможности произвести реинфузию кровь, полученную из брюшной полости, иногда вводят в прямую кишку в виде капельной клизмы (кровь смешивают с рингеровским раствором).

Одновременно с переливанием крови внутривенно вводят глюкозу в количестве 25—40 мл 40% раствора.

При прогрессирующей (ненарушенной) беременности также показана операция, как только будет поставлен диагноз. При трубном аборте, свежей заматочной кровяной опухоли медлить с операцией не рекомендуется.

Кровяная опухоль может нагноиться; если нагноение ее не происходит, то рассасывание опухоли затягивается на многие месяцы и в конечном счете приводит к возникновению обширных рубцово-спаечных изменений в малом тазу с неизбежным смещением матки.

Эти соображения и заставляют врачей-гинекологов придерживаться активной линии при развившейся заматочной кровяной опухоли. При операции удаляют беременную трубу и полностью всю капсулу опухоли. Технически операция в этом случае, несомненно, сложнее, чем удаление только разорванной беременной трубы, так как приходится отделять капсулу заматочной опухоли от спаявшейся с нею брюшины заднего дугласова кармана, от спаек с кишечником и сальником. В свежих случаях выделение опухоли трудностей не представляет и опасность повреждения брюшины кишечника минимальна. В случаях известной давности ткани трубы и капсулы настолько изменяются, что выделение опухоли представляет затруднение. В таких случаях во избежание нарушения целости кишечной стенки приходится оставлять частицы капсулы. Нередко в толще кровяной опухоли находится яичник, который бывает настолько изменен вследствие пропитывания кровью, что приходится его удалять. Однако, прежде чем произвести удаление яичника, надо обследовать состояние придатков с противоположной стороны. В случае изменения второго яичника следует воздержаться от удаления обоих яичников и оставить наименее измененный или резецировать его только частично.

Во всяком случае операция должна проводиться наиболее бережным образом, с тем чтобы без особой необходимости придатки, особенно яичники, не удалять. Всегда надо стремиться к тому, чтобы один из яичников или хотя бы часть его была сохранена.

Дренирование брюшной полости через разрез в брюшной стенке и через влагалище производится только в исключительных случаях при наличии паренхиматозного кровотечения и в инфицированных случаях. Производится внутрибрюшное введение пенициллина (инъекция последнего в подбрюшинную клетчатку в количестве 200 000—300 000 единиц) и одновременно введение его в брюшную полость в количестве 300 000 единиц.

У больных с нагноившейся заматочной кровяной опухолью показана операция влагалищным путем — кольпотомия.

Хирургическое лечение внематочной беременности, по данным отечественных авторов, заканчивается выздоровлением в 98—99% случаев. Смертность, по данным Л. А. Кривского, А. Д. Аловского и др., колеблется в пределах 1,5—2%.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ПОЗДНИХ СРОКОВ

Распознавание прогрессирующей и далеко зашедшей внематочной беременности представляет зачастую большие трудности. При расспросе больной удается получить указания на беременность. Беременная отмечает увеличение объема живота и нагрубание молочных желез. В первые месяцы беременности путем ощупывания через брюшную стенку в полости живота определяют опухоль, расположенную несколько асимметрично и напоминающую по своим размерам матку. Отличие опухоли от матки состоит в том, что стенки опухоли не сокращаются под рукой.

При влагалищном исследовании плодовместилище определяется в виде опухоли, располагающейся чаще всего в дугласовом кармане; однако плодовместилище может находиться и кпереди, и кверху от матки, срастаясь с ней; эти данные могут повести к ошибочному диагнозу маточной беременности. Опухоль имеет шарообразную форму; ее консистенция обычно туго-эластическая, подвижность ограничена.

При прогрессирующей внематочной беременности, во второй ее половине, акушер отчетливо выслушивает сердцебиение плода и нередко ощущает его толчки. При исследовании через влагалище иногда удается определить отдельно матку и опухоль. При зондировании (когда исключена маточная беременность) отмечается небольшая полость матки. Значительную помощь в распознавании приносит рентгенография с одновременным наполнением полости матки контрастной массой.

К концу беременности плодовместилище занимает бо̀льшую часть брюшной полости, причем матка определяется отдельно (в ряде случаев обособленного плодовместилища не имеется) и плод свободно лежит в брюшной полости: через брюшную стенку можно прощупать его отдельные части. В этих случаях плодный мешок образуется за счет ложных оболочек и сращений в результате реактивного раздражения брюшины с прилежащими петлями кишечника, сальника.

Развитие плода при свободном его нахождении в брюшной полости представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни женщины; к тому же часто наблюдаются пороки в развитии плода и сращения его тела с окружающими органами, брюшиной.

Несвоевременное и неправильное оказание хирургической помощи может повлечь за собой смерть женщины и плода. При донашивании брюшной беременности возникают родовые схватки; плодовместилище разрывается и возможно массивное внутреннее кровотечение, опасное для жизни матери; плод, как правило, погибает.

Если в первые месяцы развития внематочной беременности врачебная тактика вполне ясна, то во второй половине, когда плод живой, у акушера, естественно, могут возникнуть колебания в отношении образа действия. Следует ли тотчас же вмешиваться активно, как только установлен диагноз, или следует повременить, дождавшись срока, дающего шансы на выживание плода во внеутробной жизни?

Выше нами отмечалось, что при брюшной беременности шансы на рождение живого полноценного ребенка и особенно на его выживание

проблематичны, в то же время опасность для жизни женщины, несомненно, большая. Поэтому хирургическое вмешательство должно быть безотлагательным, как только установлен диагноз.

Операцией выбора должен быть брюшностеночный путь, который обеспечивает хирургу наиболее благоприятные возможности для осмотра брюшной полости и значительно облегчает технику самой операции (подробнее см. главу «Оперативное акушерство»).

ЛИТЕРАТУРА

Александров А. В., Клиника трубной беременности, Медгиз, 1930.

Аловский А. Д., Клиника внематочной беременности, Медгиз, 1945.

Брауде И. Л., Журнал «Акушерство и гинекология», 1939, 10, 50—66.

Груздев В. С., Курс акушерства и женских болезней, Госиздат РСФСР, Берлин, ч. 2, Акушерство, т. I, 1922, стр. 560—626.

Загваздин П. А. Внематочная беременность, Сто пятьдесят лет деятельности ЦИАГ Министерства здравоохранения СССР, Л., т. II, 1947, стр. 287.

Кантарович Л. И. и Шатерник В. Н., Клиника внематочной беременности, Государственное издательство Белоруссии, Минск, 1936.

Малиновский М. С., БМЭ, т. III.

Окинчиц Л. Л., Внематочная беременность, Гинекологическая клиника, Л., ч. 3, 1926, 113—201.

Цейтлин Л. Я., В книге: Руководство по женским болезням, под ред. Л. А. Кривского, Л., 1927, стр. 644—981.

akusher-lib.ru

ГЛАВА V

ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Проф. *А. Э. Мандельштам*

1. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Одним из практически наиболее важных видов патологии яйца является своеобразное изменение ворсинчатой оболочки, известное под названием пузырного заноса (mola hydatidosa).

При этой форме патологии наблюдается резкое увеличение ворсин, по ходу которых образуются пузырькообразные расширения величиной от просяного зерна до вишни, расположенные то в виде четок, то в виде гроздей.

Размер поражения ворсинчатой оболочки (или детского места) бывает различный: в одних случаях встречается образование полного пузырного заноса, т. е. пузырчатое изменение ворсин на всей периферии плодного яйца, в других — только частичное, когда таковому подвергаются только ворсинки chorii frondosi или даже только часть их.

Степень поражения ворсинчатой оболочки представляет для клинициста несомненный интерес и имеет немаловажное значение в смысле течения и исхода беременности. При полном пузырном заносе изменение ворсинчатой оболочки происходит в ранние сроки, когда ворсинки имеются на всей периферии яйца, эмбрион погибает быстро и большей частью бесследно рассасывается (иногда в амниональной полости находят остатки нерассосавшейся пуповины); амниональная полость очень мала и нередко с трудом может быть разыскана. Частичный же пузырный занос возникает, как правило, после разделения ворсинчатой оболочки на chorion frondosum и chorion laeve, другими словами, после III месяца беременности. В случае сохранения более или менее значительной части нормально построенной плаценты беременность может развиваться до естественного окончания или прерваться несколько раньше времени, с рождением доношенного (или недоношенного) жизнеспособного (или мертвого) плода.

В зависимости от степени поражения плаценты и величины пузырьков, плодное яйцо может достигать различных размеров. Во всяком случае оно намного превышает величину плаценты при нормальной беременности того же срока и обычно представляет собой объемистый конгломерат, состоящий из бесчисленного множества пузырьков, напоминающих кисти винограда или белой смородины, общим весом до 2—3 кг, а иногда и больше (рис. 5). Однако встречаются и незначительные сте-

пени поражения детского места, когда только при осмотре выявляются отдельные участки, содержащие характерные пузырьки (рис. 6).

Нам приходилось встречать пузырчатые изменения ворсин и в случаях замершей беременности (missed abortion), когда среди плотной массы плаценты выделялись части, представлявшие собой скопление мелких пузырьков размерами с просяное зерно каждое (или несколько больше).

Ворсины при пузырном заносе превращаются в тонкостенные, наполненные прозрачной жидкостью пузырьки, представляющие собой как бы ряды четкообразных утолщений различной величины.

Рис. 5. Полное пузырное превращение плаценты при 14-недельной беременности (собственное наблюдение).

Что касается гистологической структуры этого образования, то мы имеем дело с разрастанием как синцития, так и лангансова слоя (экзохорион), строма же ворсин (эндохорион) подвергается отеку. Помимо изменений в ворсинах, отмечаются также отчетливые изменения в соответствующих участках отпадающей оболочки, которая в отделах внедрения пузырьков атрофируется, истончается и в отдельных местах пропитана кровоизлияниями. Встречаются случаи глубокого врастания измененных ворсин в мышцу матки с проникновением их в сосуды, главным образом вены (разрушающий пузырный занос — mola hydatidosa destruens).

Клетки хориального эпителия являются более или менее значительно разросшимися, но их нормальное распределение не нарушено; из-за образования вакуолей они кажутся сильно разбросанными.

Еще более резко изменена строма; эмбриональная мезенхимальная ткань превращена в студенистую массу (отечна), и лишь по краям встречаются небольшие остатки стромы. Биологическая функция из-за аномалии ворсин нарушается, в силу чего нежный эмбрион гибнет и большей частью совершенно рассасывается благодаря аутолитическому процессу.

Возникающее при пузырном заносе своеобразное уродство детского места обусловлено водяночным перерождением ворсин хориона.

В отличие от нормальных ворсинок, представляющих собой нежные, тонкие ветвящиеся образования, ворсины при пузырном заносе резко увеличены, они толще, массивнее и в различных местах обнаруживают четкообразные пузырчатые расширения, достигающие подчас размеров вишни.

Дегенеративный процесс, развивающийся в строме ворсин, является, вероятно, следствием изменений в покровном эпителии ворсин. Обнаруженный относительно недавно облитерирующий эндартериит сосудов, очевидно, нарушает отток питательного материала, воспринимаемого эпителиальным покровом ворсин, в силу чего возникает застой его с последующим водяночным перерождением ворсин.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология пузырного заноса до настоящего времени остается невыясненной.

Существует овулярная теория, по которой причиной пузырного заноса является недостаточность яйца, точнее, поражение самой ворсинчатой оболочки, связанное с изменениями в сосудистой системе ворсин.

Неблагоприятное влияние на состояние ворсин могут оказывать изменения в отпадающей оболочке (воспалительный процесс). Однако

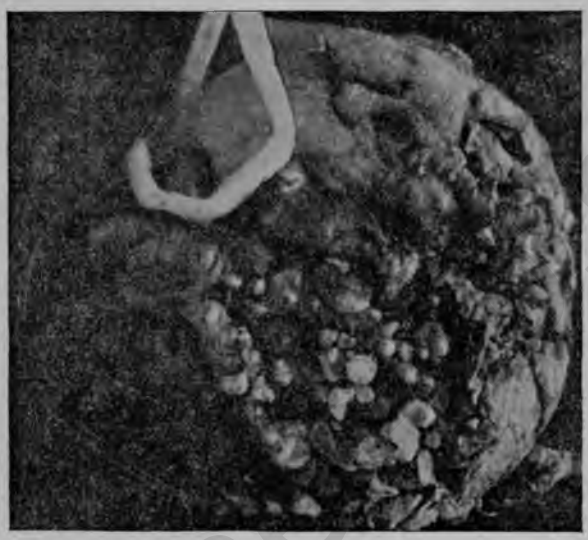

Рис. 6. Частичное пузырное превращение плаценты при доношенной беременности (собственное наблюдение).

пузырный занос встречается у женщин, вполне здоровых и никогда не болевших гинекологическими заболеваниями, а также у женщин, имевших до и после этого заболевания нормальные беременности.

Имеются наблюдения, что при беременности двойнями одно яйцо превращалось в пузырный занос с гибелью эмбриона, другой же плод развивался нормально.

Особого внимания заслуживает неправильная пролиферация эпителиального покрова ворсин; при пузырном заносе отмечается более выраженное внедрение блуждающих синцитиальных элементов (подчас в большом количестве) в отпадающую оболочку и в мускулатуру матки, благодаря усиленному выделению триптического фермента; в некоторых случаях находят отдельные пузырьки или целые группы их глубоко проникшими в мускулатуру матки.

При пузырном заносе происходит более часто, чем при нормальной беременности, отторжение патологически измененных ворсин и попадание их в кровоток (особенно в легкие) с последующим распадом и всасыванием чужеродного белка. Встречаются и метастазы в стенки влагалища (без признаков злокачественного перерождения).

Усиление биологической активности трофобласта мы отмечаем и по ряду других особенностей. Сюда относятся весьма нередкие токсикозы,

как упорная, иногда даже чрезмерная (неукротимая) рвота, выраженная нефропатия (в ранние месяцы беременности) и, что особенно интересно, огромная продукция хориального гонадотропина (пролана), во много раз превышающая нормальное его выделение при неосложненной беременности.

При пузырном заносе нередко (30—40%) наблюдаются своеобразные, обычно двусторонние, изменения в яичниках: они увеличиваются до размеров куриного яйца, кулака взрослого человека, головки годовалого и даже пятилетнего ребенка. Эти образования состоят из множества тонкостенных наполненных прозрачной жидкостью кист, в стенках которых определяется тонкий слой желтоватых лютеиновых клеток, почему называются лютеиновыми кистами. Они представляют собой растянутые растущие или атрезирующиеся фолликулы и частью атретические желтые тела (К. П. Улезко-Строганова). По С. П. Виноградовой, лютеиновая ткань в атретических фолликулах развивается исключительно из theca folliculi interna и рост этой лютеиновой ткани идет в центробежном направлении. С рождением пузырного заноса эти «опухоли» обычно подвергаются полному обратному развитию, и в дальнейшем деятельность яичников может протекать совершенно нормально.

Любопытно то обстоятельство, что иногда (правда, очень редко) эти образования появляются через несколько недель и даже 1—2 месяца после рождения пузырного заноса. При наличии подобных «опухолей» падение титра пролана и исчезновение положительной биологической реакции мочи происходит гораздо медленнее, чем при их отсутствии (это доказывается быстрым переходом положительной реакции в отрицательную в случае оперативного удаления лютеиновых кист). При пузырном заносе мы находим в моче также повышенное выделение фолликулярного гормона.

Хотя, таким образом, лютеиновые кисты яичников и представляют собой «депо» пролана Б, из которого происходит довольно медленное выделение его, встречаются случаи, когда, несмотря на значительную величину «опухолей», реакция Ашгейм-Цондека все же отрицательная.

Так, мы наблюдали в одном случае двусторонние яичниковые кисты (размером до двух кулаков) у 25-летней женщины, родившей пузырный занос весом свыше 1 кг. Ввиду увеличения, размягчения матки и кровотечений возникло подозрение относительно хорионэпителиомы. Биологическая реакция с разведенной и цельной мочой оказалась отрицательной, но у всех подопытных мышей была отмечена положительная I гипофизарная реакция.

Отсюда можно сделать вывод, что исчезновение лютеинизирующего фактора происходит быстрее, чем исчезновение фолликулостимулирующего фактора, точно так же, как это происходит при регрессирующей внематочной беременности. Аналогичное наблюдение сделала и Р. М. Израильсон.

КЛИНИКА ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА

Пузырный занос встречается в $2^1/_2$—3 раза чаще у повторнобеременных, чем у первобеременных. Меньше чем в $^1/_4$ всех случаев он наблюдается в молодом возрасте (до 30 лет); в большей половине случаев это заболевание встречается у лиц старше 40—45 лет; в литературе описан ряд случаев развития пузырного заноса у женщин в возрасте 50 лет и старше.

Пузырный занос представляет собой весьма серьезное осложнение беременности, угрожающее здоровью, а нередко и жизни больной (летальный исход, по старым статистикам, до 8—12% случаев, после 1935 г. — около 2%) (А. И. Вылегжанин). Большей частью, уже начиная со II месяца беременности, появляются атипичные кровотечения, которые могут повторяться многократно и быть более или менее обильными, но достигают особенной силы к моменту изгнания заноса, что чаще всего имеет место на IV—V (иногда на VI) месяце. Впрочем, в отдельных случаях (при частичном перерождении плаценты) рождение пузырного заноса происходит в более поздние сроки, в виде исключения даже после окончания нормального срока беременности (так, в случае Г. Г. Брюно через 13 месяцев).

В начале развития пузырного заноса беременность может протекать без каких-либо необычных явлений, однако значительно чаще (чем при нормальном развитии яйца) отмечаются явления токсикоза, рвота, появление отеков на конечностях, иногда на лице, появление белка в моче и др. Помимо нередких случаев нефропатии, встречаются и случаи эклампсии. Внимание больных привлекает появление атипичных маточных кровотечений, которые подчас появляются относительно поздно (на III, иногда даже на IV—V месяце беременности), а также непомерно быстрое увеличение объема матки, которая у худых женщин отчетливо выступает уже на II—III месяце беременности. Наконец, нередко во время кровотечения выделяются частицы пузырного заноса, состоящие из характерных пузырьков.

В виде исключения встречаются случаи наступления внезапного коллапса (или развитие картины «острого живота»), вследствие кровоизлияния в брюшную полость на почве перфорации (разрыва) маточной стенки разрушающим пузырным заносом.

Однако главную опасность представляет возможность перехода пузырного заноса в высшей степени опасную для жизни злокачественную опухоль — в хорионэпителиому матки, что имеет место примерно в 5% случаев.

РАСПОЗНАВАНИЕ

Распознавание пузырного заноса далеко не всегда возможно, а при частичном пузырном перерождении детского места заболевание может оставаться нераспознанным вплоть до окончания беременности (выкидыш, преждевременные или срочные роды).

Основным моментом, привлекающим внимание исследующего лица, является несоответствие объема матки сроку беременности. Так, в 2 месяца беременности матка при полном пузырном заносе имеет величину, соответствующую 14—16 неделям беременности, в 3 месяца — 20—22 неделям и т. д. Однако ни отдельных частей плода, ни сердцебиения, ни толчков от движения плода обнаружить не удается.

В. С. Груздев подчеркивает своеобразную консистенцию матки, напоминающую не обычную ее тестоватость, а скорее тугую эластичность яичниковых кистом; однако в ряде случаев матка кажется поразительно мягкой или тестоватой; иногда определяются местные сокращения отдельных частей матки.

В диференциально-диагностическом отношении надо иметь в виду многоплодную беременность или (реже) многоводие. При более значительном объеме матки вопрос обычно решается довольно точно на основании рентгенограммы, показывающей наличие или отсутствие костяка

плода (плодов), но при малом сроке беременности этот способ исследования является совершенно неубедительным.

Даже появление кровотечения не является достоверным признаком пузырного заноса, так как подобное явление весьма часто встречается при угрожающем или затяжном выкидыше. К. К. Скробанский советует заставлять больных собирать все выделения на марлевые прокладки, которые должны носить в таких случаях больные, и при этом иной раз в выделяющейся крови удается найти отдельные пузырьки, что делает диагноз совершенно несомненным.

Особенно большое диагностическое значение приобрело исследование мочи на количественное содержание гонадотропинов (точнее, пролана Б).

Как мы уже отметили выше, при пузырном заносе лишь в виде исключения количество пролана в моче не повышено по сравнению с выделением его при нормальной беременности. В среднем же оно повышено по крайней мере в 2—3 раза, но чаще титр пролана достигает 100 000—200 000 м. е. в 1 л мочи (иногда даже 500 000—1 000 000 м. е.).

Для количественного определения пролана утренняя моча проверяется с помощью лакмусовой бумажки и в случае ее нейтральной или щелочной реакции подкисляется 1% уксусной кислотой до слабокислой реакции, после чего пропускается через обыкновенный фильтр.

Реакция Ашгейм-Цондека не может претендовать на высокую чувствительность из-за неодинаковой реактивности мышей (если для каждого разведения берется всего по 1—2 мыши), в силу чего подчас меньшее разведение может дать отрицательную, а большее — положительную биологическую реакцию (ввиду этого Э. М. Каплун даже считает необходимым брать для опыта по 5 мышей на каждое разведение, что на практике, однако, довольно трудно выполнимо).

Поэтому можно с успехом производить биологическую пробу на ювенильных или взрослых крольчихах, вводя им мочу в четырех разведениях по схеме А. Э. Мандельштама.

Исследование разведенной мочи на крольчихах (реакция Фридмана)

Экспериментальное животное	Разведение мочи	Количество вводимой мочи	Положительная реакция соответствует повышению титра пролана
1-я крольчиха . .	1 : 10	10 мл (равно 1 мл цельной мочи)	10-кратному
2-я »	1 : 25	10 » (» 0,4 » » »)	25-кратному
3-я »	1 : 50	10 » (» 0,2 » » »)	50-кратному
4-я »	1 : 100	10 » (» 0,1 » » »)	00-кратному

Этой же схемы, как наиболее простой, рекомендует придерживаться и Э. М. Каплун. Гораздо меньшее значение имеет исследование сыворотки крови или спинномозговой жидкости, которые также содержат повышенные количества гонадотропинов.

Развитие хорионэпителиомы может наступить у женщин, перенесших пузырный занос, иногда после очень значительного срока (5—8—12 и более лет), почему такие женщины должны оставаться длительное время под контролем врача-специалиста.

После рождения или удаления пузырного заноса биологическая реакция становится отрицательной не раньше 11—15-го дня. Положительная реакция может держаться до 65 дней (Э. М. Каплун). Уникальным в литературе является случай Ашгейма, в котором биологическая

реакция была положительной в течение 3 месяцев после удаления заноса. Замедленное исчезновение пролана в моче отмечается в ряде случаев частичной задержкой пузырного заноса (особенно при глубоком врастании его в стенку матки) или при медленно регрессирующих лютеиновых клетках, являющихся как бы депо гонадотропинов.

В нормально протекающих случаях извергнутого пузырного заноса титр пролана в моче (или гонадотропного гормона в сыворотке крови) систематически падает, сначала быстро (в течение первых 10—12 дней), затем медленно, вплоть до появления отрицательной биологической реакции (через 3—6 недель).

Однако если после 12-го дня титр продолжает оставаться на высоких цифрах, то это должно привлекать внимание врача. Имеет значение не столько повышенное содержание гормонов, сколько длительное содержание их после удаления заноса или переход ставшей отрицательной реакции вновь в положительную.

Однако и после исчезновения пролана лица, перенесшие пузырный занос, должны длительное время (до 2 лет) оставаться под наблюдением врача и периодически (через каждые 3 месяца при отсутствии подозрительных клинических явлений) проделывать биологическое исследование мочи ввиду опасности последующего развития хорионэпителиомы.

Появление положительной реакции на пролан (в особенности в разведенной моче) является при исключении новой беременности важнейшим ранним признаком развития хорионэпителиомы.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение при пузырном заносе должно проводиться весьма бережно. При незначительном кровотечении надо способствовать самопроизвольному выталкиванию перерожденного яйца путем назначения питуитрина (впрыскивание по 0,5 мл через каждые полчаса, до 3 мл), хинина (по 0,1 через 15 минут до 8 раз), внутривенного введения глюкозы (100 мл 25% раствора) с аскорбиновой кислотой (300—500 мг), хлористого кальция (10 мл 10% раствора), инъекций витамина B_1 (60—100 мг), горячих влагалищных душей (В. С. Груздев).

При сильных кровотечениях и недостаточно открытом зеве, по В. С. Груздеву, лучше всего прибегать к тампонации влагалища, применяя так называемый тампон платочком, т. е плотное набивание ватными шариками куска стерильной марли, введенной на зеркалах в верхний отдел влагалища; такой тампон, хорошо приспосабливающийся к форме сводов, уменьшает кровоотделение и, возбуждая сократительную деятельность матки, способствует более быстрому изгнанию пузырного заноса.

При достаточном открытии зева рекомендуется в случае сильного кровотечения войти одним-двумя пальцами в полость матки и постараться удалить таким способом бо̀льшую часть ее содержимого. Если же шейка закрыта, а кровотечение сильное, то приходится прибегать к металлическим расширителям, после чего стараются одним пальцем войти в полость матки и удалить часть заноса. Крайне опасно манипулировать какими бы то ни было инструментами (абортцангом или кюреткой) при недостаточно спавшейся матке (опасность незаметной перфорации стенки матки!). Допустимо после выделения части пузырного заноса способствовать его изгнанию осторожным давлением снаружи на матку по способу Креде (В. С. Груздев).

После рождения большей части заноса разрешается в случае непрекращающегося кровотечения произвести крайне осторожно выскабливание полости матки большой тупой кюреткой.

Если в матке остаются небольшие части пузырного заноса или вросшие в мышцу пузырьки, то нередко субинволюция матки сопровождается кровотечениями, изредка развиваются тромбозы вен, флебиты, в виде исключения пиемия и др.

При возобновлении кровотечения (через 1—2 недели) после опорожнения матки от заноса, совершенно необходимо произвести выскабливание полости матки, после чего подвергают весьма тщательному микроскопическому исследованию весь удаленный соскоб. При явлениях постгеморрагической анемии показано переливание крови и профилактическое назначение пенициллина (по 400 000 единиц в течение 3 дней).

В случае наличия лютеиновых кист их не следует удалять (в отличие от других опухолей яичников), так как они регрессируют спонтанно в течение нескольких недель (а иногда 2—3 месяцев).

По мнению Р. М. Израильсон, дальнейшее развитие (или отсутствие регресса) лютеиновых кист яичника поддерживается остатками хориона в полости матки независимо от того, произошло или нет их злокачественное перерождение. Ввиду того что остатки хориальной ткани могут быть источником для развития хорионэпителиомы, во всех случаях пузырного заноса при наличии лютеиновых кист (несмотря на отсутствие кровотечения), даже при аменоррее, необходимо с терапевтической и диагностической целью произвести выскабливание и одновременно проверку на содержание гонадотропных и фолликулярного гормонов.

Это предложение надо считать вполне обоснованным. С удалением этих хориальных остатков лютеиновые кисты обычно быстро регрессируют (если нет перехода в злокачественное новообразование), и биологическая реакция становится отрицательной.

При отрицательном результате выскабливания полости матки и продолжающейся положительной биологической реакции (необходимы повторные исследования мочи через каждые 10—15 дней) показано радикальное вмешательство (чревосечение, удаление матки), так как, очевидно, образовавшийся очаг хорионэпителиомы недоступен при пробном выскабливании.

2. ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТКИ

Эта своеобразная опухоль была впервые довольно точно и полно описана М. Н. Никифоровым в 1887 г. Однако в течение ряда лет не было единства мнений относительно происхождения опухоли, которую большинство авторов рассматривало как новообразование соединительнотканного характера, возникающее из элементов отпадающей оболочки.

К. П. Улезко-Строгановой (1897) принадлежит честь выяснения эпителиального генеза этого новообразования.

Т. Бурдзинский, приведя в своей диссертации (1904) 5 собственных наблюдений, произвел подробный анализ 273 случаев, собранных им из мировой литературы. По данным Т. Бурдзинского, в 42% всех случаев хорионэпителиома развилась на почве предшествовавшего пузырного заноса, в 33% случаев — после выкидышей и только в 25% случаев — после срочных или преждевременных родов.

В настоящее время количество описанных в литературе случаев хорионэпителиомы приближается к 2 000, причем примерно в половине

всех случаев в анамнезе у больных отмечается пузырный занос, в $^1/_4$ случаев — выкидыши (в особенности ранних сроков); у остальных больных были нормальные или преждевременные роды. При этом необходимо отметить, что реже всего источником развития хорионэпителиомы являются продукты доношенной беременности[1].

Наиболее часто новообразованием поражается матка, однако в ряде случаев было отмечено эктопическое развитие хорионэпителиомы, например, в фаллопиевых трубах, иногда в яичниках.

Т. Бурдзинский, разбирая 341 случай хорионэпителиомы (сборная статистика), выделил 21 случай, где матка оказалась свободной от новообразования, очаги которого были найдены у 16 больных в стенках влагалища, у двух — в мозгу, у одной — в печени, у одной—в надпочечнике и у одной — в сердце.

В. К. Порембский рассматривал такие эктопические хорионэпителиомы не как метастазы, а как первичные опухоли, развившиеся из депортированного за пределы матки первоначально доброкачественного хориального эпителия.

Патологоанатомические изменения при хорионэпителиоме. Хорионэпителиома представляет собой опухоль, построенную из клеток хориона. Хотя и при пузырном заносе имеет место разрастание обоих слоев экзохориона, т. е. и синцития, и ланггансова слоя, отношение этих двух слоев друг к другу, а также соединительнотканному эндохориону остается нормальным. При утрате нормального типичного взаимоотношения указанных слоев возникает хорионэпителиома — «новообразование, гистологически относящееся к пузырному заносу так же, как карцинома относится к аденоме» (В. С. Груздев).

Макроскопически опухоль имеет вид либо обособленного узла (реже узлов), более или менее вдающегося в полость матки, либо она распространяется в виде диффузных разрастаний в толще стенки матки. Чаще всего опухоль врастает в мышечную ткань матки, разрушая ее настолько, что нередко лишь тонкий слой брюшины отделяет опухоль от свободной брюшной полости; иногда же происходит самостоятельный прорыв ее в брюшную полость.

Размеры опухоли чрезвычайно разнообразны: от величины горошины до мужского кулака и даже головы взрослого человека (один из описанных нами случаев). Если опухоль мала и исходит из слизистой матки, то она резко отграничена и отчетливо отделяется от окружающей ткани; но сравнительно быстро новообразование захватывает мускулатуру матки и проникает вглубь.

Опухоль иногда бывает плоской, напоминая по цвету и форме плаценту; нередко она имеет небольшое основание и полипозную форму. Располагаясь в толще мускулатуры, хорионэпителиома может повести к довольно равномерному, подчас значительному увеличению матки, однако нередко опухоль образует ясно контурирующиеся отдельные узлы, выступающие на поверхности матки. Консистенция матки или отдельных узлов бывает столь мягкая, что симулирует отечную миому или спаянную с маткой кистозную опухоль придатков.

Развитие опухоли наичаще происходит в месте имплантации плодного яйца, т. е. обычно в матке, значительно реже — в фаллопиевой трубе и в виде исключения — в яичнике.

---

[1] В отдельных, весьма редких случаях наблюдается развитие хорионэпителиомы в тератобластомах у никогда не беременевших женщин, а также у девочек и даже у мужчин.

Опухоль, по крайней мере в начале заболевания, обычно распространяется поверхностно и растет по направлению к полости матки. Это обстоятельство помогает понять те хотя и редкие, но достоверные случаи, где путем одного выскабливания полости матки было достигнуто полное исцеление от хорионэпителиомы.

Так, в случае М. Д. Моисеенко через 3 дня после удаления пузырного заноса у больной было произведено вторичное выскабливание из-за сильного кровотечения и достоверно установлена хорионэпителиома матки (проф. А. И. Абрикосов). Через 15 месяцев вновь беременность пузырным заносом; после выскабливания — выздоровление. Полгода спустя нормальная беременность, закончившаяся срочными родами.

Морфологически и биологически ткань опухоли имеет сходство с трофобластом: подобно ворсинам плодного яйца опухоль непосредственно проникает в материнские сосуды, капилляры и вены, и питание опухоли, как и яйца, происходит исключительно за счет материнской крови. Опухоль не имеет стромы и собственных сосудов и состоит только из эпителиальных клеток. Элементы опухоли обладают повышенной способностью разрушать материнские ткани и разъедать сосуды. Следствием этого являются наружные или внутренние кровотечения, а также кровоизлияния в ткань. Поскольку питание опухоли происходит исключительно за счет материнской крови и последняя доставляется ей только со стороны основания опухоли, то, как правило, обычно уже вскоре наблюдаются расстройства питания новообразования, ведущие к некрозам, распаду ткани и весьма часто к ее инфицированию.

Хориальные клетки в опухоли, как и в трофобласте, обнаруживают специфическое отношение к материнской крови, а именно, пока эти клетки сохраняют свою жизнеспособность, они препятствуют свертыванию крови, которое восстанавливается только тогда, когда возникает нарушение питания, ведущее к некрозу элементов опухоли. Если для возможности нормального роста яйца это антикоагуляционное свойство трофобласта является абсолютной необходимостью, то и для элементов опухоли оно представляет единственную возможность ее питания. Этими особыми свойствами хориальных клеток и объясняются особенности и многообразие клинической картины, наблюдаемые при развитии хорионэпителиомы.

Как мы уже отметили, развитие новообразования может иметь место не только в области первоначальной имплантации яйца, но и в любом месте, куда были занесены и где задержались ворсины хориона, остатки их или эпителиальные элементы ворсин, в силу чего первичная хорионэпителиома может развиться даже очень далеко от первоначального места закрепления яйца. В частности, следует иметь в виду, что относительно нередко опухоль развивается в мускулатуре матки вне всякой связи с ее полостью (так, из 9 описанных нами случаев первичного поражения матки в 3 случаях опухоль располагалась в миометрии без всякого сообщения с полостью матки).

Опухоль чаще бывает темнокрасного или багрового цвета. На разрезе видны то более светлые, то более темные участки ткани, в зависимости от давности происходивших в ней кровоизлияний. Собственно ткань опухоли сероватая, но участки новообразования в большинстве рассеяны и теряются в пропитанной кровоизлияниями ткани, местами некротической.

Иногда на разрезе опухоли среди этих пестрых очагов видны простым глазом серые волокнистые тяжи ткани собственно опухоли, подчас даже группы ворсин, обнаруживающие пузырчатые изменения.

ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ

Опухоль построена из двух видов клеток: синцития и ланггансова эпителия без всякого участия материнской ткани (отпадающей оболочки). Если где-либо и встречается строма ворсин, она ведет себя совершенно пассивно.

Основные моменты, характеризующие синцитий, — протоплазматические массы без границ клеток, вакуолизированные, грубозернистые, интенсивно окрашивающиеся гематоксилином в сине-черный цвет; фигуры деления отсутствуют.

Клетки Ланггансa светлые, круглые или угловатые, с резкими границами, со светлой богатой гликогеном протоплазмой, с ядрами, содержащими мало хроматина; нередко встречаются фигуры деления ядер.

По своему строению хорионэпителиомы разделяются на две формы. Одну из них, характеризующуюся четким распределением синцития и ланггансовых клеток, которые располагаются скоплениями, окруженными синцитиальными перекладинами, большинство авторов рассматривает как типическую форму новообразования. Если же в гистологической структуре опухоли обнаруживается неправильно перемешанная тканевая масса, где беспорядочно перемежаются протоплазматические синцитиальные полосы или «балки» с беспорядочно вкрапленными в них ланггансовыми клетками, и строгая диференцировка между обоими видами клеток невозможна, то говорят об атипических формах хорионэпителиомы.

В одних опухолях превалируют синцитиальные элементы, в других— ланггансовы клетки, однако встречаются опухоли, в которых ланггансовы клетки кажутся отсутствующими и синцитиальные элементы отмечаются в форме блуждающих хориальных клеток, инфильтрирующих материнскую ткань и не образующих опухоли в более узком смысле этого слова. Эти элементы могут образовывать многоядерные комки, причем нередко дело доходит до образования больших, связанных вместе синцитиальных масс.

Деление хорионэпителиом на типические и атипические является условным, так как и те, и другие являются дериватами трофобласта. Однако ввиду клинически большей злокачественности так называемых атипических форм и значительно большего процента полного выздоровления больных, подвергшихся удалению опухоли с типическим строением, в последние годы вновь ряд авторов предлагает рассматривать две формы хорионэпителиом, а именно: хорионаденомы (соответствующие типическим формам) и хорионкарциномы, или злокачественные хорионэпителиомы (соответствующие строению атипической формы опухоли). Впрочем, единого мнения в этом вопросе нет, и поэтому мы не имеем достаточных оснований рассматривать какую-либо форму хорионэпителиомы как доброкачественное новообразование.

Интересно отметить, что на границах опухоли находят слой мелкоклеточной инфильтрации различной толщины как выражение воспалительной реакции. Наличие этой лейкоцитарной инфильтрации является одним из важных признаков, позволяющих отличить злокачественные разрастания хориального эпителия от простой инвазии ворсин.

Развитие хорионэпителиомы в настоящее время рассматривают как остановку хориальных элементов на стадии трофобласта или возврат к этой стадии, причем злокачественный рост этих элементов свидетельствует об истощении «защитных сил» матери.

ИЗМЕНЕНИЯ ЯИЧНИКОВ

При хорионэпителиоме несколько реже, чем при пузырном заносе, встречаются двусторонние изменения в яичниках, а именно лютеиновые кисты (30—50% случаев). Строение их ничем не отличается от такового при пузырном заносе. Несмотря на происходящую лютеинизацию множества атретических фолликулов, в разных местах опухоли встречается множество фолликулов в ранних стадиях развития. После удаления опухоли яичники обычно возвращаются к своим нормальным размерам. В виде исключения в яичниках могут встречаться изменения атрофического характера, т. е. резко выраженное торможение роста фолликулов при отсутствии в то же время атретических желтых тел или лютеинизированных кистозных фолликулов. В одном подобном случае нами была обнаружена выраженная децидуальная реакция на поверхности яичника, напоминающая описанную К. П. Улезко-Строгановой при токсикозах беременных.

При хорионэпителиоме, как и при пузырном заносе, отмечается значительное повышение выделения пролана в моче. В ряде случаев титр пролана намного превышал содержание его при пузырном заносе. Однако определенной закономерности при этом не наблюдается и подчас при наличии несомненной хорионэпителиомы содержание гонадотропных веществ является только умеренно повышенным или даже не превышающим количеств, находимых при нормальной беременности. Однако в отличие от последней отмечается повышенное содержание гонадотропинов в спинномозговой жидкости; так, А. И. Вылегжанин получал положительную реакцию, вводя подопытным мышам по 2—3 мл спинномозговой жидкости; нам удавалось получить аналогичный эффект в отдельных случаях даже при введении 0,25 мл спинномозговой жидкости Однако содержание пролана в спинномозговой жидкости столь различно, что исследование его не имеет большого диагностического значения.

При хорионэпителиоме неоднократно в моче обнаруживали повышенные количества фолликулярного гормона (эстрогенов), значительно превышающие его содержание вне беременности и даже в начальные сроки беременности (по нашим исследованиям, до 500—600 м. е. в 1 л мочи). Однако все же в силу непостоянства повышенного выделения эстрогенов определение их не приобрело практического значения.

КЛИНИКА

Клиническая картина хорионэпителиомы далеко не однообразна; между классическими случаями и крайне неясными, подчас бурно протекающими и иногда длящимися долгие месяцы (до 2 лет), имеются всевозможные варианты.

По литературным данным, возраст больных колеблется от 17 до 64 лет; весьма часто поражается самый цветущий возраст, а именно женщины в возрасте 20—30 лет; в значительном количестве случаев это заболевание встречается в возрасте 30—40 лет.

Число больных хорионэпителиомой, развившейся после выкидыша или нормальных родов, среди женщин старше 40 лет быстро падает; наоборот, после пузырных заносов у женщин старше 40—45 лет хорионэпителиома встречается значительно чаще.

Описан ряд случаев развития опухоли через многие годы после наступления менопаузы (от 3 до 22 лет).

Взаимоотношение между количеством первородящих и многородящих, заболевших этим заболеванием, составляет, по Т. Бурдзинскому, 1:7,3, что свидетельствует о значении большого количества предшествовавших беременностей как фактора, предрасполагающего к заболеванию эпителиомой ворсистой оболочки.

По нашим данным, среднее количество беременностей на одно заболевание хорионэпителиомой составляет 4,6.

Промежуток времени между окончанием последней беременности (роды, выкидыш, пузырный занос) и началом заболевания в большинстве случаев нельзя точно определить, так как первое появление клинических симптомов еще не дает возможности установить истинное начало заболевания. Длительность этого латентного периода может быть очень различной — от нескольких месяцев до 15—19 лет и даже более.

Все же в большинстве случаев (85—90%) заболевание хорионэпителиомой падает на первый год после последней беременности, причем в 75% всех случаев заболевание выявляется в течение первых 3 месяцев.

Описан ряд достоверных случаев возникновения хорионэпителиомы во время развития беременности, закончившейся выкидышем или преждевременными родами (В. Ф. Снегирев, А. Э. Мандельштам и др.).

Классическая картина хорионэпителиомы матки характеризуется следующими признаками:

1. Предшествовали нормальные роды, беременность пузырным заносом или выкидыш.

2. Длительные или постоянно вновь возобновляющиеся после опорожнения матки профузные кровотечения или кровянисто-водянистые бели, появляющиеся непосредственно после прекращения беременности или позднее.

3. Появление непосредственно после опорожнения полости матки или после других внутриматочных вмешательств кровянисто-гнойных выделений и лихорадки, подчас вторичной септической инфекции.

4. Прогрессирующее увеличение матки и бугристая форма ее.

5 Быстро прогрессирующая тяжелая анемия и кахексия.

6. Непосредственно определяются метастазы, в особенности во влагалище.

7. Одышка, кашель, кровянистая мокрота, а также другие симптомы и объективные данные, указывающие на появление метастазов в легких.

8. Быстрое течение болезни, в большинстве случаев приводящее через несколько месяцев к смерти.

Клинические явления в значительной мере зависят от того, где располагается опухоль: в половом аппарате или экстрагенитально, а в первом случае, сообщается ли она с полостью матки или нет.

Из клинических симптомов, несомненно, на первое место должно быть поставлено кровотечение с последующей анемией. Кровотечение является обычно самым ранним признаком. Оно начинается преимущественно вскоре (через 1—3 месяца) после окончания беременности, а иногда кровотечение, связанное с развитием опухоли, начинается непосредственно после изгнания элементов беременности или даже при неопорожненной матке.

Сила, равно как и длительность кровотечения, бывает различной, причем подчас наблюдаются более или менее длительные перерывы между кровотечениями.

Интересно отметить, что появлению новообразования иногда предшествует непродолжительная задержка регул без наличия беременности. Кровотечение имеет то характер меноррагий, то неправильных послеро-

довых очищений (заподозривается субинволюция матки или задержка частей плаценты), то нередко появляется внезапное сильное кровотечение, принимаемое за выкидыш.

Особенностью кровотечений при хорионэпителиоме является то, что, появившись, они не ликвидируются совсем, а могут лишь прерываться или заметно ослабевать на больший или меньший срок. Важно иметь в виду, что сила и длительность кровотечения не стоят в прямой связи с величиной и длительностью существования опухоли. Следует помнить, что кровотечение нередко имеет место даже в тех случаях, когда опухоль вовсе не сообщается с полостью матки.

Источником кровотечений, и даже весьма значительных, может являться и опухоль влагалища. Так, у одной из наблюдаемых нами больных обильное, не поддававшееся остановке кровотечение из метастатического узла влагалища было непосредственной причиной смерти больной.

Кроме обычных наружных кровотечений, иногда наблюдается и внутреннее кровотечение на почве прорастания опухоли в брюшную полость (В. Г. Бутомо, Н. М. Вавилова, А. Э. Мандельштам и др.).

Описан ряд случаев разрывов беременной матки в месте разрастания новообразования. В этих случаях обычно неправильно диагносцируется внематочная беременность и только при операции и последующем гистологическом исследовании выясняется истинный характер заболевания.

Кровопотеря обычно сопровождается нарастающим малокровием; оно может быть обусловлено не только кровотечениями, но, повидимому, и известной интоксикацией, связанной с опухолью, так как нередко и при отсутствии заметных кровопотерь все же развивается тяжелая анемия. Количество эритроцитов может доходить до миллиона, содержание гемоглобина — до 12—10% и меньше; мы наблюдали двух таких больных.

Другим часто встречающимся клиническим симптомом являются выделения (бели), которые могут иметь различный характер в смысле окраски, консистенции, запаха и др. Если вначале они часто бывают серозно-кровянистыми, то в дальнейшем становятся грязными, бурыми, темными (вследствие примеси распадающейся крови), нередко приобретая гнилостный и зловонный запах, что объясняется инфекционным распадом ткани опухоли.

Хотя выделения ни в какой мере не являются патогномоничными для хорионэпителиомы, — чередование их с кровотечениями, выделение обрывков ткани или кусочков — все это вместе взятое весьма характерно для типически протекающей внутриматочной формы хорионэпителиомы.

Нередко у больных бывает лихорадочное состояние. Инфекция весьма часто попадает в опухоль в результате оперативного вмешательства, особенно вследствие выскабливания полости матки. Однако и при отсутствии какого-либо вмешательства может наблюдаться в течение длительного времени повышение температуры вследствие распространения септической инфекции за пределы матки или всасывания продуктов распада новообразования. В отдельных случаях инфицированная опухоль может служить источником тяжелого, даже смертельного сепсиса.

Боли при хорионэпителиоме встречаются исключительно редко; это объясняется тем, что в силу значительного разрыхления всей матки и хорошей проходимости цервикального канала кровь и продукты распада

выделяются легко, не вызывая каких-либо болезненных сокращений матки.

Равным образом при переходе процесса за пределы матки, например, на параметрий, на влагалище, не происходит плотной инфильтрации клетчатки, как, например, при раке шейки матки; процесс в основном идет по кровеносным сосудам и не происходит сдавливания нервных стволов и сплетений.

Все же неоднократно больные жаловались на неприятные ощущения при поражениях метастазами влагалища, в особенности его входа и окружности уретры, вплоть до чрезмерной трудности мочеиспускания.

В отдельных случаях при хорионэпителиоме наблюдается альбуминурия. Хотя этот симптом не представляет сам по себе ничего характерного, но в соединении с затяжными кровотечениями после родов и абортов он заставляет думать о ненормально повышенном поступлении фетального белка в кровоток матери, что приобретает некоторое диагностическое значение.

При наличии у больной хорионэпителиомы трубы заболевание протекает обычно очень злокачественно, что, по исследованиям В. С. Груздева, происходит вследствие развития опухоли трофобласта в очень ранней стадии развития. Ввиду редкости хорионэпителиомы трубы она распознается обычно слишком поздно. Отсюда и высокая летальность больных, достигающая 90%.

Ни при одном новообразовании не наблюдается такой частоты развития метастазов, как при хорионэпителиоме. Расположение опухоли в материнских сосудах и хрупкость ткани создают все условия для легкого отторжения кусочков опухоли и их заноса кровью в различные места. Этот занос происходит в первую очередь венозным путем. Чаще метастазы появляются в легких, которые, наподобие сита, задерживают оторвавшиеся частицы опухоли; второе по частоте место занимают метастазы во влагалище, что объясняется шириной тазовых вен, лишенных клапанов, и имеющимся в них отрицательным давлением; далее следуют метастазы во внутренних органах. В легких иногда происходит прорыв частиц новообразования в легочные вены и переход в артериальные сосуды с метастазированием по всему телу.

Так называемые первичные хорионэпителиомы влагалища образуются вследствие ретроградного переноса ворсин хориона по венам в сдавливаемых при сокращениях матки венах образуются обратные токи крови, способствующие продвижению ворсин.

Необходимо иметь в виду, что клинические симптомы, указывающие на появление метастазов, могут отмечаться не только одновременно, но подчас и раньше признаков первичного поражения матки (или влагалища).

Распределение метастазов (на 107 больных), по данным Т. Бурдзинского, было следующим: в легких метастазы были обнаружены у 88 больных, во влагалище — у 49, в печени — у 26, в почках — у 25, в мозгу — у 23 больных и т. д.

К числу клинических симптомов появления метастазов в первую очередь относятся кровотечения из узелков во влагалище или вульве.

Если метастазы во влагалище появляются раньше других в случаях, протекающих без каких-либо вмешательств, то после тех или иных манипуляций или операций особенно часто появляются первые признаки, свидетельствующие о поражении легких. Сюда относится появление кашля и выделение ржавой или кровяной мокроты; к кашлю нередко присоединяются боли и колотье в боку, одышка, озноб, повышения

температуры. Однако в первое время объективно в легких ничего патологического не находят или выслушивают только рассеянные сухие хрипы. Лишь с течением времени появляются звучные хрипы и приглушение перкуторного звука. Подчас обнаруживается выпот в плевре. Развивающиеся иногда весьма быстро легочные явления часто ошибочно принимают за картину воспаления легких.

Появление метастазов в легких имеет особо неблагоприятное значение. Развитие метастазов в легких, возникающее иногда после какого-либо оперативного вмешательства, нередко принимается за пневмонию или обострение туберкулезного процесса; нередко оно протекает под диагнозом легочного инфаркта.

Если в литературе имеются отдельные указания на возможность излечения при метастазах легких, то это следует объяснить возникновением «простых» инфарктов в результате эмболии отдельными массами, утратившими свою способность злокачественного роста. В кровавой мокроте иногда удается найти синцитиальные элементы.

А. К. Первова демонстрировала (1950) на заседании Московского акушерско-гинекологического общества больную, которая подверглась комбинированной рентгено- и гормонотерапии (метилтестостерон) по поводу множественных метастазов в легкие, обнаруженных через 2 месяца после операции по поводу хорионэпителиомы матки (гистологически и биологически подтвержденной).

В результате проведенного лечения у больной как клинически, так и рентгенологически установлено исчезновение метастазов опухоли и при повторной постановке реакции Ашгейм-Цондека последняя из резко положительной перешла в отрицательную. Длительность наблюдения за больной (с момента исчезновения метастазов и появления отрицательной реакции Ашгейм-Цондека) $2^1/_2$ года.

Что касается столь нередких метастазов во влагалище, то они в прогностическом отношении далеко не равноценны метастазам в легких, так как большей частью доступны удалению, после чего часто наступает полное выздоровление. К тому же следует иметь в виду, что не всякий влагалищный узел, даже при установленной хорионэпителиоме матки, является злокачественной опухолью. Независимо ни от чего подобные узлы требуют возможно более раннего полного удаления.

Время появления метастазов во влагалище может быть различным. В некоторых случаях еще во время нахождения элементов беременности в матке может произойти занос фетальных клеточных элементов во влагалищные вены (в особенности при пузырном заносе, а иногда и при нормальной беременности).

При этом необходимо различать две возможности: либо в самой матке нет злокачественного перерождения элементов беременности и во влагалище образовалась первичная злокачественная опухоль из занесенных туда ворсин, либо метастазирование произошло из злокачественной хорионэпителиомы матки.

Иногда образование узла (узлов) во влагалище происходит столь быстро, что служит ранним проявлением злокачественного процесса или даже обусловливает первые (подчас единственные) симптомы болезни, отмечаемые больной. Узлы во влагалище обычно быстро изъязвляются, иногда поразительно быстро увеличиваются и очень нередко являются источниками тяжелых, даже жизнеопасных кровотечений.

Метастазы в мозгу встречаются не особенно редко; они дают в большинстве случаев довольно однотипную картину. Важнейшими симптомами поражения мозга являются: гемиплегия, парез конечностей, сильные головные боли, рвота. В одних случаях сознание больных затуманено, в других наблюдается максимальное возбуждение. Гемиплегии нередко принимались за следствие кровоизлияния в мозг и лишь на

вскрытии выяснилась причина заболевания. Рост в мозгу фетальных элементов может происходить столь быстро, что уже через неделю-полторы после операции, т. е. с момента занесения эмбола, развивается опухоль, дающая типические клинические явления и ведущая быстро к смерти. В виде исключения эти метастазы могут не вызывать при жизни никаких явлений или, наоборот, при наличии ряда мозговых явлений на вскрытии метастазов в мозгу не оказывается.

Метастазы, поражающие ряд других органов (печень, селезенку, почки, кишечник и др.), большей частью не вызывают каких-либо более или менее заметных явлений.

При поражениях кишечника иногда наблюдается дегтеобразный стул, при поражении желудка — желудочное кровотечние (Б. Б. Масс).

Описаны также многочисленные случаи поражения эндокринных желез (надпочечника, поджелудочной железы, щитовидной железы, яичников, даже гипофиза).

Непосредственной причиной смерти могут быть острые кровопотери у ослабленных больных, метастазы в важнейшие для жизни органы (например, поражение мозга, сердца) и септические процессы. Последние встречаются весьма часто, так как эпителиома ворсистой оболочки отличается особенной наклонностью к распаду и легко инфицируется, в особенности после различного рода вмешательств.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика хорионэпителиомы представляет нередко большие трудности.

В начальных стадиях заболевания, когда еще нет метастазов (в особенности влагалищных узлов, легко видимых простым глазом), клинические явления и пальпаторные данные столь нехарактерны, что хорионэпителиому часто даже и не предполагают.

Несомненно, наиболее частым и особенно подозрительным симптомом является необъяснимое затяжное маточное кровотечение, не поддающееся лекарственному лечению, прогрессирующая анемия, исхудание и слабость больных. Малокровие, кахексия, бели, лихорадка, белок в моче и др. обычно отмечаются в случаях далеко зашедших заболеваний.

При небольшом увеличении матки заболевание чаще смешивают с неполным выкидышем, децидуальным эндометритом, метрофлебитом и т. п. При более значительном увеличении и неровности матки думают о фибромиоме, реже о саркоме матки, о замершей беременности, придатковой опухоли, спаянной с маткой, и т. д.

Практическое значение имеет разрыхление тела и шейки матки, нередкое расширение цервикального канала, подчас пропускающего палец, синюшная окраска влагалищной части шейки матки.

Громадное диагностическое значение имеет пробное выскабливание, при котором получается хрупкая, обильно пропитанная кровью ткань. Однако в ряде случаев только по внешнему виду невозможно отличить пропитанных кровью остатков плодного яйца от ткани опухоли.

При наличии влагалищных опухолей, отличающихся багровой или синюшной окраской, в особенности обнаруживающих дефект ткани на вершине и являющихся источником кровотечения, диагностика не представляет трудности. Но даже в таких случаях встречаются ошибки, когда влагалищный метастаз принимают за воспалительный очаг, за травматическое кровоизлияние, за рак влагалища и даже за венерическую язву

Громадное значение имеют анамнестические данные, в особенности указания на перенесенный пузырный занос.

Особый интерес приобретает микроскопическое исследование соскоба, но оно нередко представляет значительные трудности. В отличие от других злокачественных эпителиальных опухолей здесь нет атипического разрастания клеток, да и вообще не существует вполне выраженной грани между клетками хорионэпителиомы и элементами нормального трофобласта. Ни нахождение хориальных клеток в соскобе из полости матки, ни наличие хориальных элементов в толще слизистой оболочки или даже мускулатуры не представляют собой сами по себе чего-либо патологического. Известны случаи, когда по соскобу была определена злокачественная хорионэпителиома, а в удаленной матке не находили даже следов опухоли и наоборот.

В некоторых случаях «хориальная инвазия» и атипическая форма хорионэпителиомы могут давать почти идентичные картины (в слизистой встречаются хориальные элементы в форме инфильтратов без возможности различить среди них клетки Лангганса и синцитий). В подобных случаях особенно важно отыскание остатков плаценты. При их отсутствии необходимо повторное выскабливание через несколько недель. Подозрение на хорионэпителиому превращается в уверенность, если и при втором выскабливании слизистая оказывается инфильтрированной фетальными клетками. Весьма важным является наличие массовой инфильтрации лейкоцитами, а также некрозов, тромбозов и гематом. В случае отсутствия этих явлений массовое скопление клеток хориона большей частью указывает лишь на невинную клеточную инвазию. Важной отличительной особенностью ланггансовых клеток при хорионэпителиоме являются многочисленные митозы, которые не наблюдаются при физиологическом внедрении этих клеток.

Чрезмерная гиперплазия элементов ворсинчатого слоя, скопление ланггансовых клеток в виде целых пластов и тяжей, громадные глыбы синцитиума, инфильтрирующий рост этих элементов в мышце матки, которая разрушается процессом, обширные некрозы и кровоизлияния — все это в своей совокупности является характерным для хорионэпителиомы.

Введение в практику, начиная с 1927 г., гормональной диагностики позволило в значительной мере облегчить постановку диагноза в сомнительных случаях или же поставить диагноз только на основании биологической пробы в случаях развития новообразования вне полости матки или развития эктопической хорионэпителиомы, равно как и при появлении метастазов после удаления первичного очага. Биологическая реакция мочи (определение гонадотропных веществ) представляет собой важнейший вспомогательный метод диагностики хорионэпителиомы.

А. В. Савшинская на основании наблюдаемых ею 9 больных и соответствующих литературных данных считает, что биологическая реакция играет более существенную роль в диагностике опухоли, чем гистологическое исследование соскоба из полости матки.

У больных, перенесших пузырный занос или хорионэпителиому, нужно систематически производить биологический контроль, который осуществляется через онкологические пункты, используя патронаж для регулярного вызова больных.

Такого же мнения придерживаются А. И. Серебров, А. И. Вылегжанин и др.

Для гормональной диагностики выгоднее всего пользоваться инфантильными белыми мышами (самками) или ювенильными (по нашим наблюдениям, даже лучше взрослыми) крольчихами.

При хорионэпителиоме неоднократно обнаруживали колоссальную гиперпродукцию гонадотропных веществ в моче (свыше 200 000 м. е. в 1 л), однако титр гормонов может обнаруживать довольно широкие колебания. Далеко не всегда при хорионэпителиоме содержание пролана в моче измеряется сотнями и десятками тысяч единиц в 1 л. Подчас определяются только тысячи единиц в 1 л.

Методически для определения титра пролана лучше всего исходить из количеств 1—2 мл (цельной, разведенной в 10, 50, 100 раз) мочи на одну мышь и 10 мл (цельной или разведенной) мочи на крольчиху, что позволяет легко вычислить количество мышиных (кроличьих) единиц в 1 л.

Решающим для биологической диагностики хорионэпителиомы после пузырного заноса, выкидыша или родов является не столько титр гонадотропных гормонов, сколько переход ставшей отрицательной реакции в положительную.

Биологическая реакция мочи имеет выдающееся значение в контроле дальнейшего состояния больных, являясь нередко единственным способом раннего распознавания рецидива. При отсутствии (после удаления) матки положительная биологическая реакция, полученная даже с неразведенной мочой, свидетельствует о наличии метастазов, если после операции прошло свыше 3 месяцев и не обнаруживается наличия лютеиновых кист.

Гистологическая и гормональная диагностика должны дополнять друг друга, причем в морфологически сомнительных случаях отрицательная биологическая проба дает право выжидать с оперативным вмешательством. Как правило, в каждом неясном случае необходимы как повторные выскабливания, так и повторные исследования мочи.

ПРОГНОЗ

Прогноз при хорионэпителиоме всегда крайне серьезный. Если до введения гормональной диагностики погибало (после оперативного лечения или актинотерапии) около 60% всех больных, то благодаря уточнению диагноза с помощью биологической реакции и более раннему оперативному вмешательству процент летальных исходов после 1935 г., по данным суммированной статистики, снизился до 12 (цит. по А. И. Вылегжанину). Появление метастазов во влагалище отягчает прогноз при хорионэпителиоме, но не делает его абсолютно неблагоприятным. Появление метастазов в легких и органах брюшной полости исключает возможность успешного оперативного лечения.

При отсутствии надлежащего лечения больные (за редким исключением) погибают, причем смертельный исход часто наблюдается от анемии и кахексии, даже без развития метастазов в других органах.

Хотя любое, даже небольшое, вмешательство (пробное выскабливание, пробная эксцизия) может дать толчок к метастазированию, однако ввиду важности гистологического исследования в сомнительных случаях не следует останавливаться перед взятием пробного соскоба.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение хорионэпителиомы (если только заболевание не является запущенным) должно заключаться в удалении пораженной матки (придатков) абдоминальным путем. Влагалищное удаление матки, ввиду неизбежного при этом разминания удаляемого органа, значительно повышает опасность метастазирования.

Следует иметь в виду, что в некоторых случаях, даже после нерадикального удаления матки (неполного иссечения узлов, иногда даже после простого обкалывания периферии опухоли), наблюдалось регрессирование, подчас даже полное исчезновение новообразования.

Метастатические узлы во влагалище (или в других доступных местах) должны удаляться хирургическим путем (если только это технически возможно), в противном случае они (кроме явно запущенных заболеваний) подлежат лечению лучистой энергией (радий).

Метастазы во внутренних органах в отдельных случаях могут быть удалены или подвергнуты активной терапии (рентгенотерапия).

Облучение рентгеновыми лучами грудной клетки является принципиально желательным (с профилактической целью) после каждой операции по поводу хорионэпителиомы; после оперативного лечения больным анемией весьма полезны до и после операции повторные переливания крови, введения глюкозы с аскорбиновой кислотой, инъекции камполона, назначение гематогена и различных препаратов железа; рентгенотерапия с облучением органов брюшной полости показана во всех случаях.

ЛИТЕРАТУРА

Бурдзинский Т. А., Злокачественная эпителиома ворсистой оболочки, СПБ, 1904, дисс.

Виноградова С. П., Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930.

Вылегжанин А. И., Акушерство и гинекология, 1940, 11.

Груздев В. С., Курс акушерских и женских болезней, Госиздат РСФСР, Берлин, т. II, Акушерство, т. I.

Израильсон Р. Л., Акушерство и гинекология, 1940, 10.

Каплун Э. М., Гормональная диагностика беременности, изд. ЦНИАГИ, Л., 1947.

Мандельштам А. Э., Хорионэпителиома матки, изд. ЦИАГ, Л., 1938.

Моисеенко М. Д., Акушерство и гинекология, 1941, 5.

Никифоров М. Н., Медицинское обозрение, 1887, январь.

Никифоров М. Н., Русский архив патологии, т. 1, 1896.

Улезко-Строганова К. П., Журнал акушерства и женских болезней, 1897.

Улезко-Строганова К. П., Сборник трудов ЦНИАГИ, т. 1, Л., 1935.

akushka-lib.ru

ГЛАВА VI

УЗКИЙ ТАЗ

Проф. *М. Н. Побединский*

В течение многих веков господствовало мнение, что при родах происходит расхождение лонных костей и расширение щели симфиза. Таким образом, считалось, что тазовое кольцо не препятствует прохождению плода и основные трудности в родах зависят от мягких родовых путей.

В течение XVIII века этот вопрос был пересмотрен и детально разработан в XIX и XX веках. В XVIII веке отец русского акушерства Н. М. Максимович-Амбодик в своем классическом руководстве «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» подробно описывает анатомию женского таза, детально останавливается на вопросе «разделения таза женского, о различии онаго пред мужским; так же о поперечниках, оси, расширении и безобразии или неблагообразном строении женского таза». Н. М. Максимович-Амбодик уже прямо указывает, что «...самые кости таза раздаваться не могут, как некоторые лживо о сем думают».

Значительным вкладом в изучение узкого таза является классический труд А. Я. Крассовского, в котором дано очень подробное описание различных форм узкого таза и оригинальная их классификация; работа А. Ф. Филатова, вышедшая в 1877 г. под названием «Материалы для определения формы и средней величины русского женского таза»; Г. Е. Рейна «К статистике узких тазов в России».

ЧАСТОТА

Частота узкого таза зависит от нескольких причин. Несомненно, что ряд внешних факторов влияет на развитие организма. При неблагоприятных условиях среды может значительно нарушаться и развитие таза.

У трудящихся женщин капиталистических стран в связи с неблагоприятными условиями жизни и отсутствием профилактики рахита, туберкулеза, инфантилизма и т. д. узкий таз встречается чаще.

В нашей стране, где запрещен детский труд, широко организована охрана здоровья детей и подростков, где обращается особое внимание на профилактику инфекций, узкий таз у женщин встречается все реже. Этому способствует также широкий охват населения физической культурой и глубокое внедрение в быт гигиенических навыков.

В вопросе о частоте узкого таза имеет существенное значение, какие случаи относить к категории узких тазов. В зависимости от этого будет увеличиваться или уменьшаться процент этой патологии в том

или ином родовспомогательном учреждении. Так, А. В. Ланковиц показал, что если учитывать частоту узкого таза по наружной конъюгате и считать за норму конъюгату в 18 см и выше, то в таких случаях узкий таз наблюдался в 12%, если же считать нормальным таз с конъюгатой от 17,5 см, то в этих случаях узкий таз встречается лишь в 3%. По данным различных авторов, при конъюгате ниже 18 см узкий таз встречался от 5,8 до 13,1%. По данным клиники, руководимой Л. Л. Окинчицем, в тех случаях, когда за норму была взята конъюгата в 17,5 см, узкий таз отмечался в 2,62% случаев.

Существует совершенно обоснованный взгляд, что нельзя судить об узком тазе только по его размерам, что не всегда анатомически узкий таз окажется при родах функционально узким и наоборот. Поэтому при учете количества женщин с узким тазом необходимо учитывать течение родов, а не только размеры таза. При этой классификации частота узкого таза будет иной. Так, следует, считать, что функционально узкие тазы встречаются менее чем у 3—5% рожавших.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКИХ ТАЗОВ

Предложен ряд классификаций узкого таза. Совершенно оригинальную классификацию узких тазов дал один из корифеев нашей акушерско-гинекологической науки А. Я. Крассовский.

Классификация неправильных тазов по А. Я. Крассовскому.

А. Обширные тазы.

Б. Узкие тазы

I. Равномерно-суженные тазы:
- а) малый или общеравномерно-суженный таз;
- б) таз карлиц;
- в) таз, отчасти сохранивший тип детского таза.

II. Неравномерно-суженные тазы:
- а) Плоские тазы:
  - 1) простой плоский таз;
  - 2) рахитический плоский таз;
  - 3) люксационный плоский таз;
  - 4) общесуженный плоский таз.
- б) Косые тазы:
  - 1) анкилотический косо-суженный таз;
  - 2) сколиозо-рахитический косо-суженный таз;
  - 3) кифо-сколиозо-рахитический косо-суженный таз;
  - 4) тазы с односторонним вывихом бедра.
- в) Поперечно-суженный таз:
  - 1) анкилотический поперечно-суженный таз;
  - 2) кифотический поперечно-суженный таз;
  - 3) спондилолистетический поперечно-суженный таз;
  - 4) воронкообразный поперечно-суженный таз.
- г) Спавшиеся тазы:
  - 1) остеомалятический спавшийся таз;
  - 2) рахитический спавшийся таз.
- д) Расщепленный и открытый спереди таз.
- е) Остистые тазы.
- ж) Тазы с новообразованиями.
- з) Тазы закрытые.

Классификация узких тазов по А. Я. Крассовскому охватывает все формы узкого таза, в то время как немецкие и другие иностранные

авторы в своих классификациях не охватывают ряда его разновидностей.

Для практических целей можно разделять узкие тазы на две категории: часто встречающиеся и редко встречающиеся. К первым относятся:

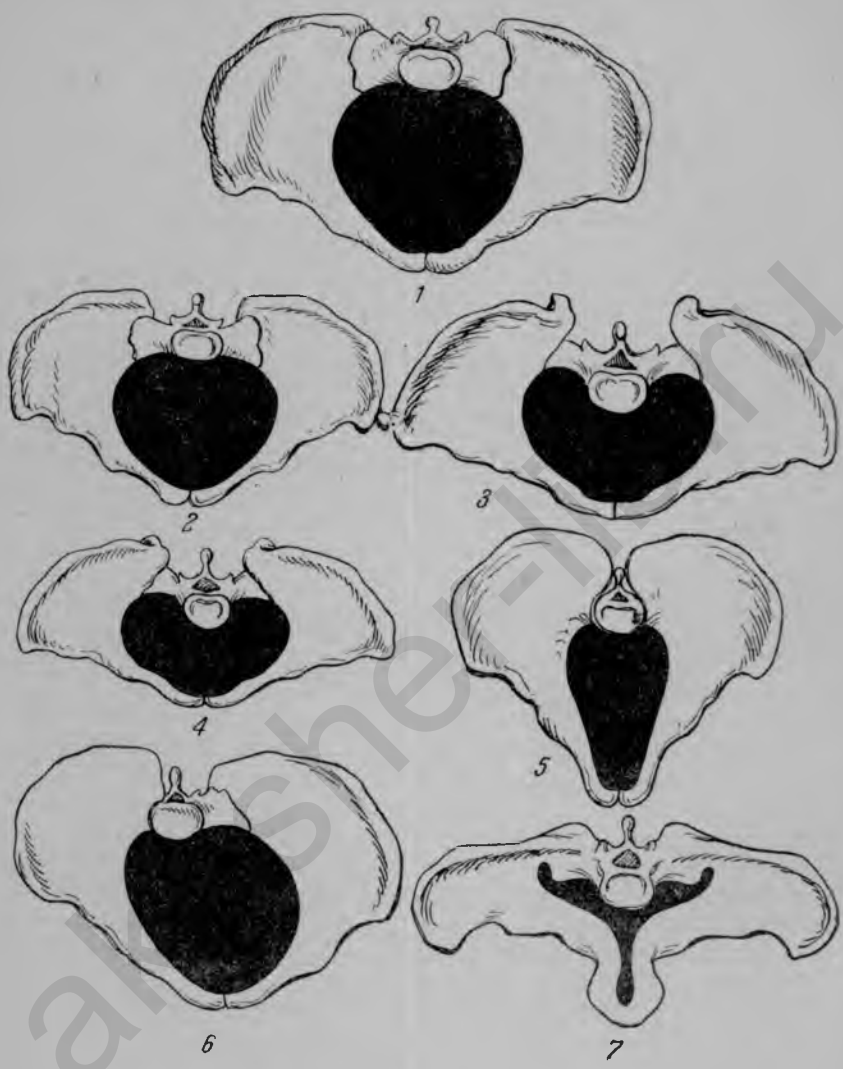

Рис. 7. Вход в таз при различных формах узкого таза.
1 — нормальный; *2* — общеравномерно-суженный; *3* — плоский; *4* — общесуженный плоский; *5* — поперечно-суженный; *6* — косо-суженный; *7* — остеомалятический; (спавшийся) таз.

I. Общеравномерно-суженные тазы:
   а) чистые формы общесуженного таза;
   б) инфантильные тазы;
   в) мужские тазы;
   г) тазы карлиц.
II. Плоские тазы:
   а) плоско-рахитические тазы.

б) простые плоские тазы;

в) общесуженные плоские тазы.

К более редко встречающимся тазам относятся:

спондилолистетические, остеомалятические, косо-суженные (анкилотические, коксалгические, сколиотические), поперечно-суженные, расщепленные тазы и тазы с новообразованиями и экзостозами.

Мы рассмотрим различные формы (рис. 7) узкого таза в той последовательности, которая обусловливается их частотой, т. е. сначала часто, а затем редко встречающиеся формы.

А. ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ФОРМЫ УЗКОГО ТАЗА

Общеравномерно-суженные тазы

Это такие тазы, у которых все размеры равномерно уменьшены. К ним относятся чистые формы общесуженного таза (pelvis aequabiliter justo minor seu pelvis simpliciter justo minor), инфантильные (детские) тазы (pelvis infantilis), мужские тазы (pelvis virilis) и тазы карлиц (pelvis nana).

Чистые формы общесуженного таза

Сюда относится равномерно малый или гипопластический таз, имеющий нормальную форму женского таза; обычно все размеры его уменьшены пропорционально. Его кости равномерно уменьшены и довольно тонки. Почти как правило, этот таз наблюдается у женщин невысокого роста, хотя он может быть и у стройных, хорошо сложенных женщин более высокого роста. Наблюдаются иногда и различные переходные формы — комбинация этого вида таза с другими формами общесуженного таза (мужским или инфантильным тазом). Укорочение всех размеров при этой форме таза невелико. Обычно сужение таза бывает на 1—2 см, реже на 3 см. Роды при таких тазах протекают часто без осложнений и больших затруднений, так как благодаря тонким костям емкость таза бывает вполне достаточной.

Размеры таза при этой форме (пример): distantia spinarum — 24—25 см; distantia cristarum — 26—27 см; distantia trochanterica —29—30 см; conjugata externa — 17—18 см; conjugata diagonalis— 10—11 см; conjugata vera —8—9 см.

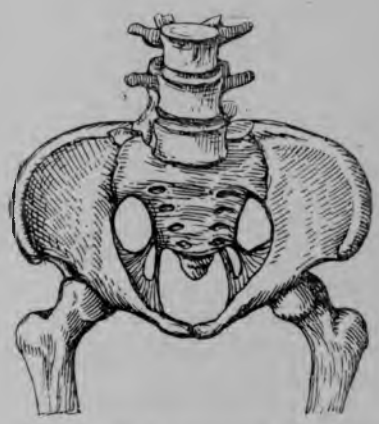

Рис. 8. Инфантильный (детский) таз.

Инфантильный (детский таз)

При данной форме таза (рис. 8) все размеры равномерно уменьшены, но эта равномерность не так выражена, как при чистой форме общесуженного таза. В инфантильном тазу вход в таз имеет более круглую, а не овальную форму. По своему строению, виду и форме эти тазы во многом соответствуют тазу девочки. Поперечные размеры в этом тазу уменьшены в большей степени, чем прямые. Инфантильный таз встречается чаще, чем чисто общесуженный. Он наблюдается у женщин с

недоразвитием или всего организма, или половых органов. Причиной происхождения этого таза является замедление развития костей таза в детском возрасте. Кости при этой форме таза тонки, крестец узкий и малоизогнутый, лонная дуга также узка, мыс расположен высоко. Роды при этой форме таза протекают тяжелее и дольше, так как явления общего инфантилизма сказываются во время родового акта. Наблюдается первичная слабость родовой деятельности из-за недостаточности сокращения мускулатуры инфантильной матки.

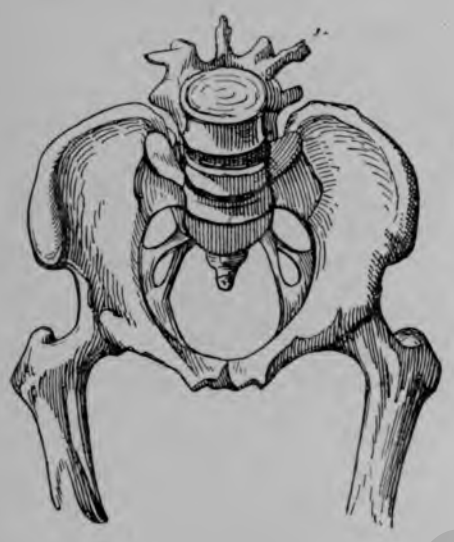

Рис. 9. Мужской таз.

Размеры инфантильного (детского) таза (пример): distantia spinarum — 23—24 см; distantia cristarum — 25—26 см; distantia trochanterica — 28—29 см; conjugata externa — 17—18 см; conjugata diagonalis — 10—11 см; conjugata vera — 8—9 см.

Мужской таз

Данный вид таза (рис. 9) высок и имеет воронкообразную форму. Особенно сужен выход таза. Мужской таз можно также относить к тазам поперечно-суженным в выходе. Лонная дуга остроугольной формы, крестец большей длины и уже чем при нормальном женском тазе. Мыс стоит высоко, расстояние между седалищными буграми уменьшено. Мужской таз наблюдается у женщин мужского типа, высокого роста с грубыми и массивными костями скелета.

При этих тазах головка плода во время родов может свободно пройти вход и полость таза, затруднения наблюдаются при прохождении головки в выходе таза. При таких тазах особенно важно детальное обследование выхода таза — измерение поперечного и прямого размера.

Таз карлицы

Различают пропорциональный карликовый рост, обусловленный заболеваниями и пороками развития гипофиза, щитовидной железы, коркового слоя надпочечника, зобной железы, а также различными экзогенными, токсическими и другими факторами, и непропорционально карликовый рост, обусловленный рахитом, хондродистрофиями, врожденной ломкостью костей, плюригландулярными заболеваниями в периоде роста организма.

Необходимо отметить, что при ряде заболеваний, влекущих за собой задержку роста, имеется и резкое недоразвитие половых органов, в результате чего у этих женщин беременность наступает редко.

У женщин карликового роста таз близок по своему строению к детскому тазу. Имеется очень значительное уменьшение всех размеров, иногда это уменьшение не пропорционально (особенно при рахите и некоторых других заболеваниях).

Рост карлиц мал — 120—140 см.

Размеры таза (пример): distantia spinarum — 19—20 см; distantia cristarum — 21—22 см; distantia trochanterica — 23—24 см; conjugata externa — 14—15 см; conjugata diagonalis — 7—8 см; conjugata vera — 5—6 см.

Роды у карлиц через естественные родовые пути, как правило, невозможны, и приходится прибегать к кесареву сечению по абсолютным показаниям.

Плоские тазы

Как уже было сказано, различают три основных формы плоских тазов: плоский рахитический, простой плоский и общесуженный плоский таз.

Для плоских тазов типично уменьшение прямых размеров таза. Может быть уменьшен только прямой размер входа в таз (плоско-рахитический таз) или все прямые размеры (простой плоский таз); кроме того, при общем сужении всех размеров таза может преобладать сужение прямого размера (общесуженный плоский таз).

Плоско-рахитический таз

Первопричиной плоско-рахитического таза является, как показывает само название, заболевание в детстве рахитом. При рахите имеется нарушение фосфорно-известкового обмена, зависящее от уменьшения в организме витамина D. В костях уменьшается количество извести, они становятся более мягкими, легко сгибаются. Иногда вследствие уменьшения в крови количества кальция наблюдаются изменения функции паращитовидных желез, что сопровождается спазмофилией.

Нарушение фосфорно-кальциевого обмена влечет за собой изменение всех костей скелета и, в частности, таза. Повидимому, происхождение плоско-рахитического таза зависит от ряда причин. С одной стороны, здесь отмечается нарушение правильного роста костей, размягчение их и изменения в сочленениях таза, а с другой стороны, давление туловища и позвоночника на таз приводит к деформации таза.

Для плоско-рахитического таза особенно характерным является смещение верхнего отдела крестца кпереди (рис. 10, 11, 12 и 13), иногда вместе с верхней частью крестца смещены кпереди и нижние поясничные позвонки. Нижний же отдел крестца отклонен кзади (рис. 14). Поэтому при плоско-рахитическом тазе имеется сужение прямого размера только во входе в таз. Прямые же размеры полости и выхода таза нормальны или даже увеличены. Кроме смещения крестца и поворота его вокруг поперечной оси, при рахитическом тазе изменяется и форма костей.

Высота и толщина крестца меньше, чем в норме, нет также той выгнутости, которая характеризует нормальный крестец. Вследствие укорочения крестцовой кости он кажется несколько шире. Кроме крестца, в таком тазу изменяется иногда и положение копчика. Он вместе с нижними крестцовыми позвонками загнут вперед и иногда может послужить препятствием для прохождения головки плода через выход таза. Кроме крестца, изменения претерпевают также безымянные и седалищные кости. Гребешки подвздошных костей становятся более плоскими, вследствие чего расстояния между гребешками и передне-верхними остями равны между собой. Седалищные бугры, отклоняясь кнаружи, увеличивают лонный угол. Этот угол в рахитическом тазу тупой, благодаря чему и увеличен поперечный размер выхода таза.

Рис. 10. Распил нормального таза немного ниже плоскости входа.

Рис. 11. Распил плоско-рахитического таза немного ниже плоскости входа. Крестец смещен вперед.

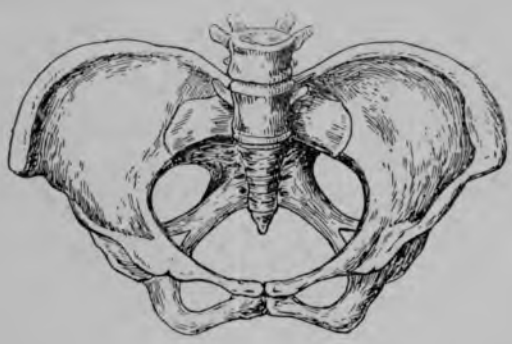

Рис. 12. Общий вид плоско-рахитического таза спереди.

akusher-lib.ru

Весь таз мал и более низок. Ввиду того что мыс резко выдается вперед и вниз, форма входа в таз имеет почкообразный вид. Пояснично-крестцовый ромб теряет свою правильную форму и в верхней части заметно уплощается. Верхний его угол не прямой, а тупой.

Размеры плоско-рахитического таза (пример): distantia spinarum — 26—27 см; distantia cristarum — 26—27 см; distantia trochanterica — 30—31 см; conjugata externa — 15—17 см; conjugata diagonalis — 7—10 см; conjugata vera — 5—8 см.

Головка плода при прохождении через таз встречает препятствие в прямом размере входа. Зато полость и выход, вследствие увеличения этих размеров, она проходит очень быстро

Рис. 13. Сагиттальный разрез плоско-рахитического таза.

Рис. 14. Крестец плоско-рахитического таза (вид сбоку).

Простой плоский таз

Этот таз отличается от рахитического тем, что в нем уменьшены все прямые размеры (вход, полость и выход). Это происходит потому, что крестец в нем смещен целиком кпереди и приближен к лобковым костям. Мыс выдается вперед, но не так сильно, как в рахитическом тазу. Если межпозвоночный хрящ между телами I и II крестцового позвонков долго не окостеневает, то может образоваться «ложный мыс», так как межпозвоночный хрящ своим передним краем выдается в полость малого таза (Г. Г. Гентер). Обычно все остальные кости таза при простом плоском тазе не изменены или изменены незначительно.

При наружном обследовании женщины также не удается точно установить каких-либо деформаций костей скелета и только при внутреннем исследовании обнаруживается смещение всей крестцовой кости вперед.

Причиной простого плоского таза является неправильное развитие организма женщины и, в частности, таза в детском возрасте; не исключена также возможность влияния рахита, но не в такой степени, как при рахитическом тазе.

Размеры при простом плоском тазе (пример): distantia spinarum — 25—26 см; distantia cristarum — 28—29 см; distantia trochanterica —

31—32 см; conjugata externa — 17—18 см; conjugata diagonalis — 10—11 см; conjugata vera —8—9 см.

Головка плода при родах встречает препятствие не только во входе в таз, но и в полости и выходе. Значительная степень сужения при этой форме таза наблюдается редко и большей частью роды, хотя и с трудом, заканчиваются самопроизвольно.

Общесуженный плоский таз

Общесуженный плоский таз представляет собой комбинацию общесуженного таза с плоским рахитическим и значительно реже—с простым плоским тазом.

Причиной образования такого общесуженного плоско-рахитического таза является, с одной стороны, инфантилизм, а с другой стороны, рахит. В зависимости от того, что преобладает в данном случае, могут быть резче выражены черты общесуженного таза или плоско-рахитического. Обычно эта форма таза встречается у женщин небольшого роста. Таз в этих случаях мал, низок, мыс в нем выдается вперед. Distantia spinarum и cristarum уменьшены и, кроме того, эти размеры почти одинаковы. Весь таз узок, но особенно преобладает сужение прямого размера.

Размеры таза (пример): distantia spinarum — 22—23 см; distantia cristarum — 23—24 см; distantia trochanterica — 29—30 см; conjugata externa — 16—17 см; conjugata diagonalis — 9—10 см; conjugata vera — 7—8 см.

Роды при этой форме таза представляют значительные трудности вследствие сужения всех его размеров и особенно прямого. В табл. 1 представлены сводные данные о размерах большого таза при различных формах узких тазов.

Таблица 1

Размеры таза (в см) при различных формах сужения

Размеры таза	Нормальный таз	Общеравномерно-суженный таз	Плоско-рахитический таз	Простой плоский таз	Общесуженный таз
Distantia spinarum	25—26	23—24	26—27	25—26	23—24
Distantia cristarum	28—29	26—27	26—27	28—29	24—25
Distantia trochanterica	31—32	29—30	30—31	31—32	29—30
Conjugata externa	20—21	17—18	15—17	17—18	16—17
Conjugata diagonalis	13	10—11	7—10	10—11	9—10
Conjugata vera	11	8—9	5—8	8—9	7—8

Б. РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ФОРМЫ УЗКОГО ТАЗА

Остеомалятический таз

Эта форма узкого таза встречается в настоящее время исключительно редко. На I Закавказском съезде акушеров-гинекологов (1930) И. Е. Тиканадзе сообщил о 49 случаях остеомаляции и Ф. Н. Ильин — о 30 случаях, наблюдавшихся за многие предыдущие годы. При остеомаляции компактная кость заменяется остеоидной тканью, содержащей кальций в незначительном количестве. В далеко зашедших случаях в костях совсем нет извести и они представляют собой толстые трубки мягкой консистенции, легко сгибающиеся при давлении.

Патогенез остеомаляции не выяснен. Полагают, что недостаток кальциевых солей и витаминов в пище, а также нарушение функции желез внутренней секреции могут способствовать развитию этого заболевания. Остеомаляцию при беременности рассматривают также как своеобразный токсикоз беременности.

Остеомалятический таз сужен в поперечном размере. Передняя стенка таза имеет клювовидную форму, так как при остеомаляции происходит сближение лонных костей. Наблюдается и сближение седалищных костей. Кроме уменьшения поперечных размеров, укорачивается и прямой размер таза, так как крестец в этих случаях смещается вперед, причем нижний конец его загибается также кпереди. При далеко зашедших формах заболевания таз имеет спавшуюся форму.

В редких случаях роды при остеомалятическом тазе могут происходить и через естественные родовые пути, так как размягченные кости очень податливы. Тем не менее надо считать, что при резко выраженном остеомалятическом тазе необходимо производство кесарева сечения по абсолютным показаниям.

Косо-суженные (асимметрические) тазы

К ним относятся: анкилотический, коксалгический и сколиотический таз.

При косо-суженных тазах нарушается симметричность между правой и левой половиной таза. В большинстве так называемых нормальных тазов также имеется незначительная асимметрия, так как при развитии скелета часто наблюдается большее или меньшее отставание в росте правой и левой половины туловища. Такие степени асимметрии не заметны и не оказывают существенного влияния на течение родов.

Причины образования настоящих косо-суженных тазов довольно различны и связаны с некоторыми пороками развития и рядом заболеваний. Необходимо отметить: 1) неравномерный односторонний рост тела подвздошной кости, крестца, горизонтальной ветви лонной кости; 2) перелом подвздошной кости; 3) сращение правого или левого поперечного отростка V поясничного позвонка с соответствующим крылом первого крестцового позвонка; 4) вывих тазобедренного сустава с той или иной стороны; 5) изменения в правом или левом крестцово-подвздошном сочленении или тазобедренном суставе; 6) отсутствие правой или левой нижней конечности или части их (врожденное или приобретенное); 7) рахитические и другие изменения в позвоночнике, резко меняющие его кривизну. Вследствие этих причин одна половина таза (преимущественно во входе) относительно суживается.

В зависимости от причины и степени патологических изменений различают косо-овальные или косые тазы, односторонне суженные или косо поставленные (А. Я. Крассовский).

Анкилотический косо-суженный таз встречается очень редко. Эта форма таза обусловливается недостаточным развитием или полным отсутствием правой или левой половины крестца и анкилозом крестцово-подвздошного сочленения. Эти изменения могут быть как врожденными, так и приобретенными в детском возрасте. Сужение в этих случаях имеется с той стороны, где произошел анкилоз, причем уменьшен косой размер, идущий от неизмененного крестцово-подвздошного сочленения.

Коксалгический косо-суженный таз наблюдается у женщин с односторонним вывихом бедра, патологическими изменениями тазобедренного сустава — анкилоз на почве коксита, вывиха бедра, а также в случаях

укорочения нижней конечности после перелома ноги. Во всех этих случаях имеет место хромота. Степень изменений таза зависит в значительной мере от того, в каком возрасте было заболевание, обусловившее эту форму таза.

При этих тазах сужение, как правило, наблюдается в «здоровой» половине. Значительно реже имеет место и сужение «больной» половины таза.

Сколиотический таз наблюдается у женщин, страдавших в детстве рахитом или другими патологическими изменениями позвоночника. При этой форме таза имеется обычно как сколиоз поясничной, так и грудной части позвоночного столба, а также смещение мыса и крестца в сторону. Эти тазы относятся к косо поставленным, т. е. у них имеется смещение вверх суженной искривленной половины.

В случаях, где имеется сужение косых размеров таза, необходимо прибегнуть к дополнительным измерениям для выяснения степени сужения. По В. С. Груздеву, следует измерять следующие размеры.

1. От правой и левой передне-верхней ости подвздошной кости до остистого отростка V поясничного позвонка.

2. От передней верхней ости одной стороны до задней верхней ости другой стороны.

3. От задней верхней ости подвздошной кости той и другой стороны до нижнего края симфиза.

Течение родов при косо-суженном тазе зависит от степени патологических изменений и степени сужения.

При больших степенях сужения таза роды через естественные родовые пути невозможны. При нерезком сужении роды оканчиваются самопроизвольно, причем головка плода в этих случаях своим наибольшим размером вставляется в увеличенный косой размер таза.

При больших степенях сужения возможен и другой механизм, близкий по типу к механизму родов при общеравномерно-суженном тазе, т. е. с резким сгибанием головки и опусканием малого родничка.

Поперечно-суженные тазы

К поперечно-суженным тазам относятся: кифотический и анкилотический. В этих тазах имеет место уменьшение всех поперечных и увеличение прямых размеров таза.

Вход в таз при этих формах имеет форму овала или приближается к четырехугольной форме, вытянутой спереди назад; полость таза напоминает по форме воронку, особенно при кифотическом тазе; выход обычно сужен в поперечном размере.

Кифотический поперечно-суженный таз наблюдается преимущественно у женщин с кифозом поясничной части позвоночника. Верхний отдел крестца в этих случаях смещен кзади и прямой размер входа увеличен. Особенно уменьшены поперечные размеры выхода таза.

Там, где имеется кифоз в крестцовой части, нижние поясничные позвонки закрывают вход в таз и получается так называемый закрытый таз.

Анкилотический поперечно-суженный таз встречается крайне редко. В отличие от анкилотического косо-суженного таза в нем имеется анкилоз крестцово-подвздошных сочленений с обеих сторон. Ввиду того что крылья у крестца при этой форме таза отсутствуют, весь крестец делается значительно уже. В связи с этим уменьшаются поперечные размеры входа, полости и выхода. Прямые же размеры обычно близки к норме.

При кифотическом тазе роды возможны только при небольших степенях сужения. При значительном сужении размеров, а также и при анкилотическом поперечно-суженном тазе приходится заканчивать роды кесаревым сечением.

Спондилолистетический таз

Спондилолистетический таз также встречается редко. Изменения при этой форме обусловливаются соскальзыванием тела V поясничного позвонка с верхней части крестца. При значительной степени соскальзывания тело V поясничного позвонка может почти прикрывать переднюю поверхность первого крестцового позвонка. В этих случаях остальные поясничные позвонки закрывают вход в таз. Картина, которая получается при внутреннем исследовании, напоминает такую, которая наблюдается при кифотических тазах.

Роды в тяжелых случаях невозможны. При небольших степенях спондилолистеза роды возможны и через естественные родовые пути.

Тазы при двустороннем вывихе бедра

Двусторонний вывих бедра встречается редко. Вследствие этой, обычно врожденной, патологии головки бедренных костей поднимаются вверх и смещаются назад. Крестец вдается в полость таза, и получается картина плоского таза с суженными прямыми размерами и увеличенными поперечными.

Тазы с новообразованиями и экзостозами

Чаще опухоли располагаются в заднем отделе таза, а экзостозы развиваются в области мыса, лонного и крестцово-подвздошных сочленений. Опухоли или экзостозы не изменяют форму таза, а, вдаваясь в него, уменьшают те или иные размеры таза, могут препятствовать прохождению плода и обусловить показания к кесареву сечению. Небольшие плоские опухоли или незначительные экзостозы могут и не изменять нормального течения родов.

Расщепленные тазы

Расщепленные тазы также представляют большую редкость. Чаще костные дефекты наблюдаются в области лонного сочленения и еще реже — в области крестца. В первом случае обычно вместе с отсутствием лонного сочленения наблюдаются и пороки развития мочевого пузыря и половых органов.

ДЕЛЕНИЕ ТАЗОВ ПО СТЕПЕНИ ИХ СУЖЕНИЯ

Существует несколько градаций при делении тазов, в зависимости от размеров истинной конъюгаты (табл. 2).

Из табл. 2 видно, насколько разнообразна классификация узких тазов по степени сужения. А. Я. Крассовский, Н. И. Побединский, В. С. Груздев, М. С. Малиновский и Кушнир, Н. З. Иванов и др. различают три степени сужения таза; И. П. Лазаревич, К. К. Скробанский, А. Ф. Пальмов, И. И. Яковлев, А. О. Мурадян и др. делят тазы на четыре степени.

Таблица 2

Степень сужения таза по истинной конъюгате

Размер конъюгаты в см

Автор	I степень	II степень	III степень	IV степень
И. П. Лазаревич . .	10 - 9	9—8	8 – 6	Менее 6
А. Я. Крассовский .	Больше 9,5	9,5—6,5	Меньше 6,5	
В. С. Груздев . . .	Больше 8	8,5—6—6,5	Меньше 6 - 6,5	
Н. И. Побединский .	9 – 7,5	7,5 - 6	6 и меньше	
М. С. Малиновский и Кушнир	10 8	8—8,5—6—6,5	6—6,5 и ниже	
К. К. Скробанский .	11 - 9	9 – 7	7—5	Ниже 5
Н. З. Иванов . . .	11 – 9	9—6,5	Ниже 6,5	
А. Ф. Пальмов . . .	10 – 9,1	9—7,6	7,5—6,5 - 6,1	« 6,5 – 6,1
А. О. Мурадян . .	9,7—9,3	9,2—8,3	8,2—7,3	7,2 – 6,3
И. И. Яковлев . . .	10—9,5	9—8	8 – 7	7 и ниже

Мы считаем, что всякое деление тазов по их размерам имеет лишь относительное значение: однако наиболее удобным является разделение узких тазов на четыре степени соответственно длине истинной (практически диагональной) конъюгаты, как предложил А. Ф. Пальмов в 1935 г.

Первая	степень	сужения	10—9 см
Вторая	»	»	9—7,5 »
Третья	»	»	7,5—6,5 »
Четвертая	»	»	меньше 6,5 »

Подобное разделение на четыре степени сужения таза можно обосновать следующим.

При четвертой степени сужения возможно извлечение плода только путем абдоминального кесарева сечения по так называемым абсолютным показаниям; извлечение плода через влагалище невозможно даже после операции эмбриотомии. При третьей степени сужения таза живой плод также может быть извлечен лишь путем абдоминального кесарева сечения; в этих случаях возможно извлечение плода через влагалище лишь путем эмбриотомии; однако эта операция (на живом плоде) советскими акушерами, как правило, отвергается. При второй степени сужения вопрос об оперативном или самопроизвольном родоразрешении решается акушером лишь в результате тщательной оценки динамики родового акта.

При первой степени сужения роды также требуют вдумчивого наблюдения, но в огромном большинстве случаев родоразрешение заканчивается самопроизвольно.

ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА

Анамнез. Тщательно собранные анамнестические данные имеют немаловажное значение в распознавании узкого таза и прогноза родов.

Возраст роженицы имеет большое практическое значение даже и при нормальных размерах таза. Так, у пожилых первородящих женщин чаще наблюдается слабость родовой деятельности и большая продолжительность родов, ранний или преждевременный разрыв плодного пузыря,

неправильное положение плода вследствие ригидности тканей нижнего маточного сегмента. Здесь также в большем проценте случаев имеет место ригидность и неподатливость мягких родовых путей, а отсюда и больше разрывов шейки, влагалища и промежности. Дети у пожилых рожениц крупнее, и чаще имеет место мертворождаемость. В связи со всеми этими осложнениями чаще приходится прибегать к тому или иному виду оперативного вмешательства. Необходимо подчеркнуть, что у этих родильниц чаще встречаются и осложнения в послеродовом периоде.

При наличии у пожилых рожениц еще и узкого таза, который в свою очередь влечет за собой многие осложнения в родах, прогноз для матери и плода ухудшается.

Очень существенное значение при расспросе имеют те или иные заболевания в детском возрасте и в периоде полового созревания. Из заболеваний детского возраста надо в первую очередь обращать внимание на рахит.

Для выяснения вопроса, болела ли беременная или роженица в детстве рахитом, необходимо узнать, когда она начала сидеть и ходить. При рахите обычно это наблюдается позже, чем в норме. Молочные зубы прорезываются также с опозданием.

При рахите ребенок, начавший ходить, может вновь в течение ряда месяцев не вставать на ноги и не передвигаться самостоятельно. При расспросе (беременной или роженицы) важно обратить внимание на заболевания ног, позвоночника туберкулезной или другой этиологии, перенесенные в детском возрасте.

Очень существенное значение имеет и то, каково было физическое развитие этой беременной в детстве, каковы условия быта и особенно какие тяжелые инфекционные заболевания она перенесла в детском возрасте. При инфантилизме обычно выявляется, что девочка была хилым и слабым ребенком, находилась в неблагоприятных бытовых условиях или перенесла в периоде полового созревания те или иные тяжелые заболевания, отразившиеся как на всем ее организме, так и на развитии скелета таза и мускулатуры.

Для выяснения вопроса об инфантилизме необходимо фиксировать внимание на времени появления первой менструации, правильности установления месячных, продолжительности менструального кровотечения и количестве теряемой крови, цикличности месячных и болях при менструации. Позднее начало менструации, наступление их не сразу, с задержками, скудные и короткие месячные, боли при них заставляют думать об инфантилизме; в дальнейшем уже следует фиксировать внимание на строении таза (общеравномерно-суженный таз).

Переходя теперь к акушерскому анамнезу у повторнобеременных, необходимо выяснить, были ли раньше аборты, каково было их течение, а также заболеваемость в связи с прерыванием беременности. У рожавших женщин надо тщательно расспросить о течении предыдущих беременностей, характере и длительности родов, оперативных вмешательствах при них. Кроме того, большое значение имеет величина ребенка при предыдущих родах и доношенность его. Необходимо также учитывать и мертворождаемость.

У женщин, имевших в анамнезе аборты, чаще наблюдаются осложнения при последующих родах, а длительное течение предыдущих родов, «сухие» роды, осложнения и оперативные вмешательства при них, мертворождаемость, крупный плод заставляют врача обратить особое внимание при дальнейшем осмотре на таз, его размеры, величину плода.

Объективное исследование. При обследовании необходимо обращать внимание на рост и вес женщины, толщину костяка, деформацию скелета, развитие мускулатуры, жировой клетчатки, на форму и строение грудной клетки, а также на молочные железы и рост волос. Кроме того, нужно тщательно обследовать половые органы женщины (состояние промежности, влагалища, шейки и матки).

При инфантилизме, а отсюда при инфантильных и гипопластических тазах отмечается невысокий рост, небольшой вес, капельное сердце, узкая аорта, малая округлость форм, узкая грудная клетка, почти одинаковая окружность конечностей в верхней и нижней их части. Слабо развиты вторичные половые признаки. Молочные железы и соски мало развиты. Волосы на лобке выражены недостаточно, отмечается рост их в форме треугольника по направлению к пупку. Костный скелет тонкий, нижняя челюсть развита плохо Промежность высокая, корытообразная, небольшое зияние половой щели, влагалище узкое, своды выражены слабо, шейка длинная, коническая (у нерожавших женщин).

У женщин мужского типа — высокий рост, грубый голос, рост волос на лице и на теле, слабо развитые половые признаки, кости толстые; у этих женщин общеравномерно-суженный воронкообразный таз мужского типа.

Женщины, переболевшие в детстве рахитом, имеют небольшой рост, квадратную форму головы, зубы с неровными краями, часто испорченные, куриную грудь, выраженный лордоз и сколиоз позвоночника, «четки» (утолщения) на ребрах, «браслеты» на руках, искривление и укорочение ног, широкие бедра, «утиную» походку. Таз рахитический.

Для остеомаляции типично: боли в костях, легкая утомляемость, слабость и болезненность костей таза, размягчение и деформация скелета, уменьшение кальция в крови.

Важно также обращать внимание на походку, хромоту, искривление и деформацию позвоночника и бедер, нарушения подвижности суставов, укорочение ноги — все это может дать основания заподозрить ту или иную форму узкого таза.

Известное значение для суждения о развитии костного скелета, толщине костей (в том числе и таза) и емкости таза имеет определение окружности запястья (по Г. Соловьеву): при нормальной толщине костей (таза) окружность запястья — 13,5—14,5 см; увеличение этой цифры говорит о большей толщине костей таза.

Исследование таза. При обследовании таза должен применяться ряд приемов: осмотр таза, пальпация через наружные покровы, измерение наружных размеров таза, внутреннее исследование и измерение размеров таза и, наконец, рентгенопельвиметрия.

Осмотр таза следует производить со всех сторон как в стоячем, так и в лежачем положении женщины. При осмотре следует обращать внимание на все тазовые кости и сочленения, деформацию их, сильный изгиб и выступание крестца, отношение лонного сочленения к передне-верхним остям таза.

Особое внимание следует обращать на ромб, образуемый мягкими и костными тканями в области задней поверхности крестца (рис. 15). Этот ромб образован снизу и с боков линией прикрепления ягодичных мышц. Нижний угол его соответствует вершине крестцовой кости. Верхний угол ромба образуется ямкой под последним поясничным позвонком. Боковые углы соответствуют месту прикрепления кожи к верхне-задней ости подвздошных костей. Верхне-боковые стороны ромба

образуются валиками спинных мышц. При сужении крестца, наблюдающемся в случаях общеравномерно-суженного таза, боковые углы его тупые и ромб вытянут сверху вниз. При этом поперечник его уже, чем высота. При рахитических тазах имеет место уплощение верхней части ромба, что объясняется низким расположением ямки под V поясничным позвонком вследствие смещения верхней части крестца вперед. Это уменьшение верхнего треугольника при рахитических тазах тем больше, чем в большей степени выражено уплощение таза. При больших степенях сужения верхний отдел (треугольник) ромба может отсутствовать совсем. При рахитических тазах поперечный размер ромба больше, чем вертикальный.

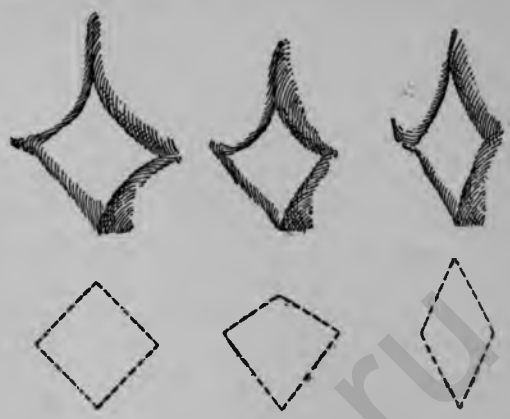

Рис. 15. Схематическое изображение пояснично-крестцового ромба; слева—при нормальном тазе; посредине — при плоском и справа—при общеравномерно-суженном тазе.

При косо-суженных тазах ромб имеет неправильную форму. При спондилолистезе ромб отсутствует, так как вследствие соскальзывания V поясничного с I крестцового позвонка весь задний отдел таза деформирован. Пальпация для распознавания деформаций и различных видов узких тазов применяется уже в течение многих лет, но более детально этот метод был разработан Розенфельдом за последние 10—15 лет.

Рис. 16. Признак Вастена: *А* — положительный; *Б* — вровень; *В* — отрицательный (схематическое изображение).

Во время родов при наружном исследовании надо использовать и признак, описанный Вастеном (рис. 16). Этот признак определяется после того, как головка фиксировалась во входе в таз. Производится движение рукой по передней поверхности лонного сочленения вверх по направлению к головке. При соответствии головки с тазом рука выше

симфиза будет ощущать впадину, расположенную над головкой (роды в этих случаях возможны). При несоответствии таза с размерами головки последняя будет выступать над симфизом, и роды невозможны. Может быть и третий вариант, когда головка будет находиться в одной плоскости с симфизом — роды возможны, но при условии хорошей родовой деятельности и достаточно большой конфигурации головки.

При определении размеров таза надо учитывать, что определение наружных размеров таза имеет весьма относительное значение, гораздо важнее — внутреннее исследование таза, в частности, определение диагональной конъюгаты.

При измерении наружных размеров таза необходимо пользоваться тазомером. При измерении наружных размеров в случаях узких тазов надо определять расстояние между передне-верхними остями (distantia spinarum), гребешками подвздошных костей (distantia cristarum), между большими вертелами бедренных костей (distantia trochanterica), а также наружную и боковую конъюгату (размер ее в норме 15 см).

Из других размеров показано измерение выхода таза — прямого и поперечного. Эти размеры измеряются тазомером со скрещенными ветвями. При измерении прямого размера пуговки тазомера помещаются на верхушку крестца и на нижний край лонного сочленения. В норме этот размер равен 11 см.

При измерении поперечного размера пуговки тазомера устанавливаются на внутренние поверхности седалищных бугров и прижимаются к ним. Этот размер также равен в норме 11 см.

Измерение размеров выхода таза необходимо производить во всех случаях воронкообразно-суженного таза, при поперечно-суженных тазах и окостенении крестцово-копчикового сочленения. Необходимо также определять высоту симфиза. В этих случаях тазомер помещают на верхний и нижний край лонного сочленения. Нормальная высота симфиза равна 5 см. Чем симфиз выше, тем толще кости таза. Измеряют также сантиметровой лентой и окружность таза. Это измерение производится сзади на уровне верхнего угла ромба в области крестца, с боков — на уровне гребешков подвздошных костей и спереди — по переднему краю симфиза. Нормальная окружность таза равна 85 см.

Кроме того, во время родов для определения соответствия головки плода с тазом матери показано измерение расстояния между наиболее выдающейся частью головки плода и ямкой под последним поясничным позвонком. В норме этот размер меньше наружной конъюгаты. При несоответствии головки плода с тазом наружная конъюгата меньше этого размера.

Необходимо также измерение размеров и высоты стояния дна матки и размеров головки плода. При срочных родах и весе плода до 3,5 кг длина плода от головки до ягодиц равна в среднем 25 см, а прямой размер головки — 12 см. Тазомер при измерении головки плода помещается на наиболее отдаленные части ее. Чем больше размеры плода, тем труднее будут роды при узком тазе.

Рентгенологическое исследование при узких тазах также может оказать существенную помощь в диагностике как анатомического, так и функционально узкого таза. Применяя рентгенографию, удается определить размеры и форму таза, а также установить соответствие или несоответствие между головкой плода и тазом беременной.

Соотношения между головкой и тазом можно определить путем обычного рентгеновского снимка при положении беременной на спине (рис 17).

Рис. 17. Рентгенограмма головки плода и таза матери.

akushlib.ru

Рис. 19. Рентгенограмма головки и таза. Видна конфигурация головки.

akusher-lib.ru

Более точные данные удается получить, производя рентгеновские снимки с большого расстояния, когда получаемые размеры более близки к действительности.

Метод рентгеностереопельвиметрии, предложенный впервые Б. А. Архангельским (1921), приобретает в настоящее время значение в связи со значительным усовершенствованием и упрощением стереорентгенографии. Применяя этот метод, удается получить стереоскопическое изображение таза матери и головки плода и измерить их размеры с большой точностью.

Кроме снимков в положении беременной на спине, целесообразно производить рентгенологическое исследование и в положении на боку, а также применять рентгенографию таза и сверху, для чего снимок производится в полусидячем положении женщины. При этом положении удается определить как форму, так и размеры входа в таз.

Необходимо отметить, что рентгенологическое исследование для установления диагноза и прогноза родов имеет относительное значение.

Только при большом несоответствии можно ставить вопрос о кесаревом сечении. При небольших степенях сужения один метод рентгенографии не дает возможности судить о прогнозе родов, так как, несомненно, в этих случаях имеет существенное значение и способность головки к конфигурации, и общее состояние роженицы, а также характер и сила схваток и потуг.

Несмотря на это, рентгенологическое исследование при узком тазе способствует более точной диагностике и помогает врачу более рационально вести роды.

Определенное значение при узком тазе имеет и угол его наклонения. Под наклонением таза понимают угол, образованный плоскостью входа в таз (истинной конъюгатой) с горизонтом при стоячем положении женщины. Измерение угла наклонения производится угломером, состоящим из тазомера и приспособления для измерения угла наклонения (гониометра). Одна пуговка (передняя) тазомера помещается на передний край лонного сочленения, а задняя — на уровне IV поясничного позвонка (на два поперечных пальца выше верхнего угла ромба).

Наблюдения Ш. Я. Микеладзе показали, что при установлении задней пуговки тазомера на верхний угол ромба, т. е. в ямке между V поясничным и I крестцовым позвонком (как это делали многие исследователи), угол наклонения таза меньше действительного в среднем на 10°.

Угол наклонения в норме колеблется от 40° до 50°, в среднем 46° (Ш. Я. Микеладзе). Ш. Я. Микеладзе установил, что у женщины величина поясничного лордоза прямо пропорциональна величине наклонения таза.

При различных положениях тела происходит изменение угла наклонения таза.

При осмотре таза также до известной степени можно судить и о его наклонении. Если при лежачем положении женщины плоскость, проходящая через лонное сочленение и передне-верхние ости таза, параллельна горизонтальной плоскости, то наклонение таза нормальное (60°); если лонное сочленение расположено ниже передне-верхних остей, то наклонение таза больше, а если лонное сочленение выше остей, то наклонение таза меньше нормального (Н. И. Побединский).

В конце беременности угол наклонения таза увеличивается на 3—4°. Н. О. Мельников и М. Г Сердюков указывают, что увеличение наклонения таза на 6—8° не влияет на течение родового акта.

При большом наклонении таза чаще наблюдается асинклитическое передне-теменное вставление, так как головка плохо вставляется в таз и стреловидный шов отклоняется к мысу.

Внутреннее (влагалищное) исследование и измерение внутренних размеров таза при узких тазах показаны еще при первом осмотре в консультации.

Во время родов влагалищное исследование необходимо производить как при поступлении роженицы, так и сразу же после отхождения вод с тем, чтобы не просмотреть выпадения мелких частей и пуповины.

Внутреннее исследование во время родов дает возможность следить как за состоянием родовых путей, так и за продвижением головки.

При внутреннем исследовании необходимо произвести также измерение диагональной конъюгаты (в норме 12,5—13 см). Измеряя диагональную конъюгату, можно косвенно судить и о прямом размере входа в таз (истинная конъюгата). Разница между диагональной и истинной конъюгатой — 1,5—2 см. При исследовании таза необходимо обследовать вход в таз, мыс, лонные кости, крестец, крестцово-подвздошные сочленения, седалищные кости и копчик. При этом следует обращать внимание на форму входа в таз, выступание мыса вперед, внутреннюю поверхность лонного сочленения, лонный угол (тупой, острый), изменения в размерах и конфигурации крестцовой кости и копчика, обращая также внимание на те или иные выступы (экзостозы) на костях таза.

Во время родов необходимо при внутреннем исследовании тщательно определить головку плода, ее положение по отношению к плоскостям таза, конфигурацию, плотность костей черепа, головную опухоль.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УЗКИХ ТАЗАХ

Существует представление, что течение первой половины беременности у женщин с узким тазом не отличается от нормы (К. К. Скробанский, Н. З. Иванов и др.). Н. И. Побединский указывает, что при загибах матки кзади может произойти ущемление ее на III—IV месяце беременности, чему особенно может способствовать сильно выдающийся мыс при рахитическом тазе. Необходимо также отметить, что у женщин с общеравномерно-суженным тазом могут наблюдаться осложнения в первой половине беременности, обусловленные инфантилизмом, — токсикозы, боли в пояснице и учащенное мочеиспускание; недоразвитие половых органов нередко влечет за собой преждевременное прерывание беременности. Для предупреждения самопроизвольного аборта показана госпитализация, назначение покоя и гормона желтого тела.

Во второй половине беременности при узком тазе имеется ряд отклонений от нормального ее течения: заостренная форма живота или отвислый живот, высокое стояние дна матки и головки плода (особенно у первородящих), значительное увеличение подвижности плода, неправильное положение и предлежание плода и более тяжелое течение беременности.

Как уже говорилось, во второй половине беременности при узком тазе отмечается изменение формы живота. Эти изменения могут быть двоякими. У первобеременных чаще живот имеет остроконечную форму, у повторнобеременных большей частью живот отвисает вниз (отвислый живот). Это объясняется тем, что у первобеременных при узком тазе вследствие уменьшения вместимости брюшной полости матка растет вверх только до определенного срока, а затем при упругих брюшных стенках она начинает сильно выпячивать вперед переднюю стенку жи-

вота, образуя заостренную его форму. У повторнобеременных брюшная стенка может быть расслабленной и значительно более податливой, матка отклоняется вперед и вниз, иногда даже перегибаясь через лонное сочленение. Этому же способствует то, что головка не вставляется в таз при его сужении.

Еще одной из причин образования остроконечного или отвислого живота является сильное наклонение таза, часто наблюдающееся при узком тазе.

Невставление головки в таз и недостаточная вместимость брюшной полости также обусловливают большую подвижность плода и более частое отклонение его от нормального положения (поперечные и косые положения, тазовые, лицевые и лобные предлежания).

Так, А. Я. Крассовский указывает, что из 100 случаев лицевых предлежаний узкий таз встретился у 25; из 79 теменных предлежаний узкий таз отмечался у 23, и из 195 косых положений узкий таз встретился у 17 беременных. Таким образом, неправильные положения плода, а также разгибательные предлежания весьма часто встречаются при узком тазе. Н. З. Иванов нашел, что из 5 866 беременных с плоским и общесуженным тазом у 120 наблюдались поперечные или косые положения плода, т. е. значительно чаще, чем при нормальном тазе. Н. З. Иванов указывает также, что значительно чаще встречаются и лобные предлежания (1 случай на 175 родов при узком тазе), в то время как обычно лобные предлежания бывают очень редко (1 на 1 500—3 000 родов).

По данным других авторов, поперечные положения при узком тазе наблюдаются в 10 раз чаще, чем при нормальном размере таза. Точно так же уменьшается процент черепных предлежаний до 84 вместо 96 при нормальном тазе.

Высокое стояние дна матки, отвислый живот, изменение нормальной вместимости брюшной полости влекут за собой нарушение дыхательной функции, кровообращения и обусловливают у женщин с узким тазом затрудненное дыхание. Развитие отеков и более частое развитие токсикозов во второй половине беременности (нефропатия, эклампсизм и эклампсия) можно связать с нарушениями в общем развитии беременной, частным проявлением которого является узкий таз.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВОГО АКТА И ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

При изучении вопроса о течении родов при узком тазе необходимо различать понятия: анатомически и клинически (функционально) узкий таз.

Первое понятие определяет наличие отклонений в нескольких (или одном) размерах таза в сторону их уменьшения; таким образом, понятие «анатомически узкий таз» выражает некоторые постоянные величины.

Понятие «клинически узкий таз» определяет наличие узкого таза как результата несоответствия между размерами таза роженицы и размерами (головки) плода; эта аномалия возникает и выявляется в течение родового процесса в виде тех или иных форм несоответствия между тазом и предлежащей частью. Таким образом, понятие «клинически узкий таз» является выражением динамики родового процесса, а не постоянных величин, как анатомически узкий таз.

Понятие о клинически (функционально) узком тазе значительно шире, чем об анатомически узком тазе. Так, при анатомически узком тазе

и небольших размерах плода роды могут протекать нормально, и, следовательно, клинически данный таз не будет узким; с другой стороны, при нормальных размерах таза и весьма крупном плоде (гиганте) роды могут протекать по типу узкого таза, который, следовательно, будет клинически (функционально) узким.

Таким образом, вопрос о прогнозе родов (за исключением случаев резкого сужения таза) решается в значительном большинстве случаев не на основании лишь измерений таза, а на основе тщательного наблюдения и всесторонней оценки динамики родового акта.

Во время родов при узком тазе имеет место ряд отклонений от нормального течения, а также наблюдаются осложнения, влекущие за собой более высокую заболеваемость как родильниц, так и новорожденных и мертворождаемость, а также иногда и материнскую смертность.

Течение родов при узком тазе осложняется различными неправильными положениями и предлежаниями и затрудненным вставлением головки в таз. Здесь наблюдается значительно бо́льшая длительность родового акта как вследствие препятствия со стороны таза, так и в результате часто встречающейся слабости родовой деятельности. Из других отклонений имеют место: ранний или преждевременный разрыв плодного пузыря, выпадение пуповины и мелких частей плода, травматизм матери и плода. Вследствие всех этих причин увеличивается также число случаев оперативной помощи при родах.

Родовой акт во многих случаях удлиняется.

Н. З. Иванов считает, что на продолжительность родового акта влияет не столько величина ребенка, сколько характер родовой деятельности; болезненные и спазматические схватки значительно увеличивают время родов. У женщин с общесуженным тазом может иметь место первичная слабость родовой деятельности; так, эта форма таза наблюдается при общих нарушениях развития женщины.

Вторичная слабость родовой деятельности чаще бывает у повторнородящих; она может наступить и у первородящих при длительном течении родового акта.

У рожениц с плоско-рахитическом тазом, особенно при первых родах, родовая деятельность обычно бывает достаточно сильной, что делает прогноз при этих формах сужения более благоприятным. При рахитическом тазе уменьшен только прямой размер входа, после прохождения которого головка стремительно продвигается вперед; это может способствовать большему проценту разрывов влагалища и промежности.

Ранний и преждевременный разрыв плодного пузыря значительно чаще встречается при узком (особенно плоском) тазе, ввиду того что головка не может сразу вставиться во вход в таз и остается подвижной в течение долгого времени. Вследствие этого происходит все большее и большее скопление вод в нижнем отделе плодного яйца. При узком тазе, когда не образуется пояса соприкосновения головки с тазовым кольцом, не происходит и разделения на так называемые передние и задние воды. Благодаря этому плодный пузырь испытывает очень значительное давление и разрывается, в результате чего могут выпасть мелкие части плода; с другой стороны, затрудняется раскрытие маточного зева вследствие нарушения нормального механизма его раскрытия; роды затягиваются — наблюдаются «сухие» роды. При этом может наступить спадание краев уже отчасти раскрытой шейки матки. В дальнейшем раскрытие наступает только после того, как головка вставится

в таз и своим давлением будет способствовать открытию зева. Головка при вставлении в таз может вызвать прижатие тканей шейки к костям таза и ущемление их. Вследствие этого схватки становятся очень болезненными, а ткани шейки отечными.

Раннее или преждевременное излитие вод способствует также выпадению пуповины, так как подвижная головка не прикрывает входа в таз. Так, Н. З. Иванов указывает, что при узком тазе на 5 866 родов выпадение пуповины наблюдалось в 3,3%, т. е. в 10 раз чаще, чем у рожениц с нормальным тазом (0,38%).

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНО-СУЖЕННОМ ТАЗЕ

При этой форме узкого таза в начале родов головка стоит стреловидным швом во входе в таз в одном из косых размеров таза. В первом моменте родов происходит резкое сгибание головки со значительным

Рис. 18. Резкое сгибание головки при общеравномерно-суженном тазе.

Рис. 20. Прохождение головки под лонной дугой при общеравномерно-суженном тазе.

опусканием проводной точки — малого родничка (рис. 18). Большой родничок в этих случаях при внутреннем исследовании определить не удается; таким образом, головка имеет вид клина. Все это, в зависимости от размеров таза и степени его сужения, продолжается длительное время, на что затрачивается матерью много сил. В это же время происходит и значительная конфигурация головки, сопровождающаяся захождением костей черепа одной за другую (рис. 19). Замедленное продвижение (опускание) головки (второй момент механизма родов) при общеравномерно-суженном тазе происходит во время прохождения ее через все отделы малого таза, так как равномерно уменьшены и вход, и полость, и выход; кроме того, у этих женщин часто недостаточно развита мускулатура матки и брюшного пресса. При опускании головки в полость малого таза происходит ее внутренний поворот (третий момент механизма родов) малым родничком (затылком) кпереди.

При рождении головки (врезывание, прорезывание и в это время — разгибание — четвертый момент механизма родов) она встречает значительное препятствие со стороны лонной дуги, которая при общеравномерно-суженном тазе имеет остроугольную форму, и головка, не имея возможности использовать пространство в передней части таза, значительно отклоняется кзади (рис. 20), надавливая на ткани промежности

и часто вызывая разрывы мягких тканей в этой области. Головка плода после рождения в этих случаях имеет резко выраженную долихоцефалическую форму. После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков (пятый момент механизма родов), наружный поворот головки и прорезывание плечиков и всего туловища.

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЛОСКО-РАХИТИЧЕСКОМ ТАЗЕ

При плоско-рахитическом тазе в случаях, когда имеется соответствие головки с тазом матери, роды возможны через естественные родовые пути.

Необходимо подчеркнуть, что в этих случаях имеется ряд отклонений от нормального механизма родов, связанных с особенностями рахитического таза. Как уже указывалось, в первом периоде родов головка стоит высоко над входом, отклоняясь иногда в ту или иную сторону. Затем с началом второго периода родов начинается приспособление головки к особенностям таза. Некоторые авторы выделяют это в особый период, называя его периодом конфигурации. В это время происходит некоторое разгибание головки, причем во вход в таз первой опускается передняя часть теменных костей вместе с большим родничком (первый момент механизма родов). Малый родничок в это время стоит выше большого. В результате этого разгибания соответственно размерам плоско-рахитического таза головка проходит суженный прямой размер входа в малый таз самым меньшим своим размером — малым-поперечным, в отличие от нормального механизма, когда происходит сгибание головки и она вступает во вход в таз большим поперечным размером с идущим впереди малым родничком.

Рис. 21. Передне-теменное вставление головки при плоско-рахитическом тазе (вид снизу).

Второй особенностью механизма родов при этой форме таза является отклонение стреловидного шва от средней линии кзади к мысу (или кпереди — к лонному сочленению). Таким образом, первой вставляется передняя теменная кость, а задняя задерживается около мыса, т. е. получается асинклитическое передне-теменное наклонение (или вставление) (рис. 21).

Передне-теменное наклонение объясняют тем, что при узком тазе часто имеется отвислый живот, при котором головка стреловидным швом отклоняется кзади; кроме того, мыс задерживает продвижение задней теменной кости и тем самым способствует опусканию передней. Реже вместо передне-теменного наклонения (вставления) наблюдается задне-теменное вставление, т. е. отклонение стреловидного шва кпереди — к лонному сочленению и опускание задней теменной кости. Этот вид асинклитизма менее благоприятен для течения родов, и при резкой степени его роды приходится заканчивать оперативным путем.

Головка во входе в таз стоит в течение длительного времени, приспосабливаясь своими наименьшими размерами к наибольшим размерам таза (третья особенность механизма этих родов — длительное высокое поперечное стояние сагиттального шва головки). В это время происходит и конфигурация костей головки, которая состоит в том, что теменные

кости заходят одна за другую, а кость, находящаяся сзади, уплощается. После того как это произойдет, при достаточных пространственных соотношениях начинается соскальзывание с мыса и задней теменной кости. Вслед за этим начинается сгибание головки и после прохождения суженного входа в таз, дальше роды идут нормально, но только значительно скорее, чем обычно (если родовая деятельность не ослабевает в результате затянувшихся родов). Полость таза и выход его в рахитическом тазе шире, чем в норме, так как крестец в его нижней части при рахитическом тазе отклонен назад.

Головка плода при этом механизме родов имеет асимметричную форму. Та теменная кость, которая была расположена ближе к лону и первой опускалась в таз, более выпукла, чем задняя.

На задней теменной кости могут быть следы от давления выдающегося в таз мыса. Иногда эти вдавления остаются на долгое время. Вследствие сильного давления на кости головки у плода могут наблюдаться кровоизлияния в полость черепа, а иногда и трещины или переломы костей головки.

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПРОСТОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ

Во входе в таз в этих случаях головка, как и при плоско-рахитическом тазе, стоит своим сагиттальным швом в поперечном размере и ввиду сужения прямого размера входа в таз происходит разгибание головки — опускание большого родничка (первый момент механизма родов и первая его характерная особенность); головка долго вставляется во вход в таз, опускаясь передней теменной костью с отклонением стреловидного шва кзади к мысу (вторая и третья характерные особенности механизма родов). При этом происходит захождение теменных костей одна за другую.

В отличие от рахитического таза, где сужен только прямой размер входа, при простом плоском тазе вследствие смещения всего крестца вперед уменьшены все прямые размеры таза (входа, полости и выхода). Вследствие этого головка, пройдя узкую часть входа в таз, и при дальнейшем продвижении встречает значительное препятствие в полости и в выходе. Поэтому дальнейшее продвижение головки (второй момент механизма родов) также замедлено и затруднено. Ввиду недостаточных пространственных соотношений поворот головки в полости и перемещение стреловидного шва в косой размер, а в выходе в прямой (третий момент механизма родов) могут и не произойти, и стреловидный шов и в полости, и в выходе будет расположен в поперечном размере таза (низкое поперечное стояние головки — четвертая особенность механизма родов). Иногда также не происходит и сгибания головки после прохождения ею входа в таз, и тогда механизм родов до конца их соответствует передне-головному предлежанию, т. е. проводной точкой будет большой родничок. При благоприятных условиях (нерезкая степень сужения, хорошая родовая деятельность) внутренний поворот происходит, и роды заканчиваются по типу механизма родов при переднем виде затылочного предлежания.

МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ОБЩЕСУЖЕННОМ ПЛОСКОМ ТАЗЕ

Роды при этой форме таза проходят с большими затруднениями, чем при простом плоском и общеравномерно-суженном тазе, так как тут уменьшены как все размеры, так и преимущественно прямые.

Благодаря этому и механизм родов может итти как по типу плоского таза, так и по типу общесуженного, в зависимости от того, что преобладает в данном случае — сужение в прямых размерах или уменьшение всех размеров таза. Может быть также смешанный тип механизма родов, когда во входе в таз головка вставляется по типу плоского таза, разгибаясь и отклоняясь стреловидным швом от средней линии (асинклитическое вставление). Полость же и выход она может проходить по типу общесуженного таза.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ОПАСНОСТИ ДЛЯ МАТЕРИ ПРИ РОДАХ С УЗКИМ ТАЗОМ

В основном для матери наибольшую опасность представляет родовая травма мягких и костных тканей, а также различные виды послеродовой инфекции.

В этиологии повреждений мягких родовых путей имеет существенное значение не столько сила давления, сколько продолжительность времени, в течение которого происходит давление предлежащей части.

При общеравномерно-суженных тазах давление распределяется одинаково как на передние, задние, так и на боковые отделы. В результате этого нарушается кровообращение и появляется отек тканей. Степень отечности зависит от времени, в течение которого продолжается давление предлежащей части на мягкие ткани.

При плоских тазах давление распространяется на передний и задний отделы таза, т. е. на мягкие ткани, расположенные в области мыса и лонного сочленения. В результате сильного сдавления мягких тканей наступает ущемление и отек шейки матки, могут возникнуть глубокие некротические изменения в тканях, вследствие чего может образоваться свищевое отверстие, чаще между влагалищем и мочевым пузырем и реже — между прямой кишкой и влагалищем.

В заднем отделе таза после длительного сдавливания часто наблюдаются менее глубокие поражения мягких родовых путей, заканчивающиеся в дальнейшем образованием рубцовых изменений и сращений тканей сзади от матки.

Из других повреждений мягких тканей наибольшую опасность представляет разрыв матки (см. главу «Акушерский травматизм»).

Повреждения костного кольца при узком тазе также наблюдаются очень редко. Чаще других повреждений имеет место повреждение лонного сочленения, а иногда вместе с этим и крестцово-подвздошных сочленений. Повидимому, это чаще имеет место при общеравномерно-суженных тазах.

Для распознавания этого осложнения показано рентгенологическое исследование у тех женщин, которые жалуются на боли в лобковой области, особенно при движении ногами. Иногда в этих случаях и при пальпации удается обнаружить углубление в области лонного сочленения.

Из других осложнений травматического характера следует указать на более высокий процент разрывов промежности при узком тазе.

Об известной опасности для матери свидетельствует и несколько повышенный процент послеродовых заболеваний. Для развития послеродовых заболеваний в этих случаях существенное значение имеет бо́льшая продолжительность родов (по сравнению с нормальными) и особенно безводного периода, а также родовая травма.

Так, Л. И. Бубличенко указывает, что, по его наблюдениям, чем дольше безводный период, тем выше процент заболеваемости и материнской смертности.

МЕРТВОРОЖДАЕМОСТЬ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

Наряду с рядом осложнений, которые наблюдаются у матери, роды при узком тазе оказывают неблагоприятное воздействие и на плод.

Мертворождаемость в наших родильных учреждениях за годы после Великой Октябрьской социалистической революции неуклонно снижается, колеблясь (по данным С. Л. Кейлина) от 2 до 0,7% и ниже.

При узком тазе снижается мертворождаемость, хотя все же ее процент выше, чем при всех нормальных родах.

Интересны также данные (Я. И. Калинников и А. Д. Ржехина) о проценте детской смертности в связи со степенью сужения таза: при родах у женщин с узким тазом и наружной конъюгатой в 18 см мертворождаемость 1,5%, а у рожениц с конъюгатой в 17,5 см и ниже мертворождаемость 2,1%.

По данным С. Л. Кейлина, на 2 262 случая родов при узком тазе было 76 случаев мертворождаемости (3,4%).

С. Л. Кейлин подчеркивает, что «в большинстве случаев мертворождений, где ведущим этиологическим фактором явился узкий таз, наблюдались затяжные роды с длительным безводным периодом. Так, свыше 12 часов безводный период был в 44 случаях мертворождений, 6 часов безводный период был в 10 случаях и от 6 до 12 часов — в 19 случаях. Из 27 случаев мертворождений в 5 наблюдался ранний разрыв плодного пузыря и в 22 случаях — преждевременный».

Значительно более высокий процент мертворождений имеет место при родах, закончившихся оперативным вмешательством. Так, по наблюдениям С. Л. Кейлина, мертворождаемость при родах, закончившихся оперативным вмешательством, в 2 раза больше, чем при самопроизвольных родах.

Необходимо, однако, учесть, что из 54 случаев родов, закончившихся оперативным вмешательством, в 36 была произведена перфорация головки плода.

По наблюдениям М. Д. Гутнера, смертность от родовой травмы при узком тазе меньше всего при самопроизвольных родах. Необходимо при этом учитывать, что самопроизвольное родоразрешение происходит при наличии незначительного несоответствия между размерами таза матери и размерами плода; показания к оперативному родоразрешению (в частности, к щипцам, извлечению за тазовый конец) возникают в связи с угрозой асфиксии плода при затянувшихся родах или выпадении мелких частей плода, а к эмбриотомии—при угрозе разрыва матки или образования мочеполовой фистулы. По данным М. Д. Гутнера, наилучшие результаты были получены при абдоминальном кесаревом сечении. Он указывает, что ни в одном случае ему не пришлось наблюдать родовой травмы ребенка при этом виде операции; результаты других авторов не столь благоприятны.

Переходя к анализу причин мертворождаемости при узком тазе, необходимо указать, что наиболее частой причиной (80%) является родовая травма (М. Д. Гутнер). В остальных 20% также, повидимому, нельзя полностью исключить возможность травмы головки без видимых анатомических изменений. М. Д. Гутнер указывает, что черепная травма — это не только кефалогематома, вдавление, трещины или переломы черепных костей, но прежде всего это повреждения сосудов с последующим кровоизлиянием и дегенеративными изменениями мозговой ткани. Эти изменения М. Д. Гутнер связывает с неравномерным

давлением на головку во время родов, причем это давление имеет место, повидимому, и до разрыва плодного пузыря, хотя оно особенно бывает выражено во время безводного периода.

М. Д. Гутнер указывает, что и асфиксия плода может также зависеть от циркуляторных расстройств в мозгу и раздражения дыхательного центра, вызывая при этом внутриутробные дыхательные движения.

Таким образом, по мнению М. Д. Гутнера, «родовая травма при узком тазе слагается не только из анатомических, но и из функциональных повреждений центральной нервной системы».

С. Л. Кейлин, анализируя 30 случаев мертворождений при узком тазе, нашел, что основной причиной является внутриутробная асфиксия плода.

При вскрытии 30 мертворожденных была найдена внутриутробная асфиксия у 17, у 8 — внутриутробная асфиксия и кровоизлияния в мозг и у 5 — кровоизлияния в мозг.

Однако необходимо учесть, что в ряде случаев трудно установить, что было первичным — кровоизлияние или асфиксия. К. К. Скробанский и Н. И. Побединский также указывают, что чаще всего при узком тазе плоду грозит асфиксия.

Из других видов патологии при узком тазе, влияющих на мертворождаемость, необходимо указать на неправильные положения плода, выпадение и сдавливание пуповины.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Вопрос о ведении родов при узком тазе подвергался широкой дискуссии на V Всероссийском съезде акушеров-гинекологов в 1913 г.

В дальнейшем по инициативе советских ученых изучение проблемы узкого таза развернулось еще шире. Этот вопрос обсуждался в той или иной форме на всех всесоюзных съездах акушеров-гинекологов, а на последнем (IX) съезде вопрос об узком тазе стоял первым в программе.

На IX съезде (1935) была вынесена приведенная ниже резолюция по этому вопросу.

«Учитывая частоту заболеваний и тяжелые последствия при родах, нередко при узком тазе стоящие жизни как матери, так особенно и плоду, учитывая затем существующее среди части акушеров направление активного родоразрешения при узком тазе, а главное, принимая во внимание огромный вред, который наносится многим тысячам женщин необоснованным и неправильно подобранным оперативным вмешательством, IX Всесоюзный съезд акушеров и гинекологов считает необходимым высказать следующие положения:

1. Задачей современного советского родовспоможения при узком тазе является не только сохранение жизни матери и плода, но и обеспечение матери максимального сохранения ее трудоспособности в быту и на производстве.

2. Роды силами природы дают, как правило, особенно при узком тазе, значительно лучшие окончательные результаты как для матери, так и для плода, чем даже самое искусное оперативное родоразрешение.

3. Современное представление об узком тазе не может включать в себя только анатомическую недостаточность таза, но обязательно содержит и его функциональную оценку, так как анатомически узкий таз нередко может оказаться с клинической функциональной точки зрения нормальным.

4. Выжидательный метод ведения родов при узком тазе со строгим учетом всех факторов, из которых слагается акт родов, при узком тазе дает наибольшие возможности самопроизвольно закончить роды и максимально ограничить оперативное родоразрешение.

5. Точное и всестороннее как наружное, так и внутреннее измерение узкого таза должно входить в план работы каждой правильно поставленной консультации охраны материнства и младенчества.

6. Каждая беременная с выраженной формой узкого таза должна своевременно направляться в родильное учреждение для специального наблюдения и оказания ей необходимой акушерской помощи.

7. Кесарево сечение при узком тазе может быть производимо только при наличии строгих специальных показаний со стороны матери или плода и только в тех случаях, при которых исключена возможность самопроизвольных родов живым плодом.

8. Операция пубиотомии или подкожной симфизеотомии может найти себе применение только в редких случаях и только в клинической обстановке.

9. По мнению съезда, следует полностью отказаться от наложения высоких щипцов при узком тазе только ради узкого таза.

10. Съезд считает, что наложение высоких щипцов по другим показаниям при узком тазе есть operatio necessitatis и может быть допущено в клинике или в соответствующей больничной обстановке при наличии опытного врача-акушера в тех случаях, когда они являются единственным выходом из положения и когда без них оставалось бы только перфорировать головку живого плода.

При этом съезд считает наложение щипцов на подвижно стоящую над входом в таз головку недопустимым; под высокими же щипцами съезд понимает щипцы, накладываемые на головку, нижний полюс (проводная точка) которой стоит на второй параллельной плоскости, т. е. на параллельной плоскости нижнего края лона.

11. Ряд оперативных профилактических мер, предлагаемых при уже сложившемся узком тазе, как резекция мыса (операция Роттера), различные виды расширяющих таз операций (пубиотомия и симфизеотомия), профилактический поворот и возбуждение преждевременных родов, съезд считает не достигающими цели и не может их рекомендовать для практической работы советского врача.

12. Советский Союз с его широко развернутой сетью органов охраны материнства и младенчества, а также с широчайшим социальным законодательством по охране женского труда имеет все предпосылки для наиболее существенной профилактики узкого таза, формирующегося в раннем детском возрасте.

13. Необходима дальнейшая борьба врачей-акушеров за грудное кормление новорожденных, являющееся лучшим методом профилактики рахита — болезни, ведущей к самой частой форме узкого таза, таза плоско-рахитического.

14. Борьба за развитие и усовершенствование молочных кухонь и витаминозного кормления должна войти в план работы не только врача-педиатра, но и врача-акушера.

15. Правильная постановка ясельного дела как существеннейший фактор в борьбе с рядом детских инфекций и авитаминозов должна заслуживать полного внимания и акушера.

16. Школьно-гигиенические мероприятия также должны войти в сферу влияния и работу врача-акушера.

17. Особое внимание должен уделять врач-акушер развитию и правильной постановке физкультуры во всех ее видах как важнейшего фактора, предупреждающего многообразные виды патологии детского возраста, ведущие к образованию узкого таза».

Эти положения сохраняют силу и в настоящее время, кроме операций наложения высоких щипцов и расширения костного таза, которые отвергаются.

Проблема ведения родов при узком тазе является в акушерстве одной из важнейших и вместе с тем одной из самых трудных.

Как уже было указано выше, еще в XVIII столетии отец русского акушерства Н. М. Максимович-Амбодик указывал на важность «соразмерности» между головкой плода и тазом матери. Это было неоднократно подчеркнуто и другими известными русскими акушерами (К. Ф. Славянский, И. П. Лазаревич и др.). А. Я. Крассовский прямо указывает, что окончательное решение вопроса о возможности родов «без помощи искусства» «...основано, бесспорно, на возможно точном определении отношения вместимости таза к объемистым частям плода». Кроме этого, врачу приходится решать вопрос о способности головки плода приспособиться (конфигурироваться) во время родов к суженному тазу. Важнейшее значение для прогноза родов при узком тазе имеет состояние всего организма роженицы и обусловленный этим характер и сила родовой деятельности, т. е. схваток и потуг, размеры плода, способность головки к конфигурации и т. д.

Несомненно, что роды при узком тазе, небольшом плоде и хороших схватках и потугах могут протекать без затруднений. В то же время роды у женщины с нормальными размерами таза, но при крупном плоде, недостаточной конфигурации головки и слабой родовой деятельности могут потребовать оперативного пособия, так как таз в этом случае является клинически (функционально) узким.

Однако врач не должен быть пассивным наблюдателем; он обязан, вдумчиво оценив все данные анамнеза и объективного исследования, активно вести роды, тщательно выявляя малейшее отклонение в нормальном течении родов и устраняя их (уход, питание, медикаментозное и оперативное лечение, повторное влагалищное исследование).

В настоящее время хотя и пользуются условной классификацией тазов по степени их сужения, но всегда учитывают и другие компоненты родового акта, имеющие важнейшее значение при ведении родов. Учесть размеры и форму таза можно и во время беременности, поэтому врач должен пользоваться этим методом уже с первых недель беременности, помня, что сужение таза с истинной конъюгатой в 7,5 см и ниже, значительные деформации таза различного происхождения, а также значительные рубцовые изменения влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути, являются медицинскими показаниями к операции искусственного прерывания беременности (аборт). Вместе с тем беременной с таким тазом надо разъяснить, что она может сохранить беременность и доносить ее до конца, для извлечения же живого ребенка придется произвести кесарево сечение.

В случаях, если обнаружен узкий таз, врач консультации должен в конце беременности (за 10—15 дней до наступления родов) госпитализировать беременную в родильное учреждение. Необходимость госпитализации таких женщин объясняется тем, что в стационарных условиях имеются все возможности для лучшего наблюдения за беременной, особенно в последние дни беременности, когда есть опасность преждевременного разрыва плодного пузыря, излития вод, выпадения мелких частей и пуповины и других осложнений.

В родильном учреждении уже в начале родового акта можно, используя все методы диагностики, определить в той или иной степени соотношение между головкой плода и тазом матери и при дальнейшем течении родов, выяснив характер родовой деятельности и способность головки к конфигурации, выбрать тот или иной метод родоразрешения.

Необходимо указать, что при абсолютно узком тазе, практически при размерах истинной конъюгаты 6,5 см и ниже, роды невозможны даже при уменьшенной головке плода после перфорации; поэтому в этих случаях следует прибегать к кесареву сечению по так называемым абсолютным показаниям.

При истинной конъюгате 6,5—7,5 см роды возможны только путем операции эмбриотомии; поэтому при живом плоде безусловно показано абдоминальное кесарево сечение (подробнее см. главу «Оперативное акушерство»).

В случаях, где таз сужен не столь резко или нет атрезии влагалища и решено воздержаться от применения кесарева сечения, должен быть составлен ориентировочный план ведения родов, организовано самое внимательное наблюдение за состоянием роженицы и плода, а также должен быть применен ряд методов и приемов для предупреждения осложнений, встречающихся у рожениц при узком тазе. Одновременно с этим должны применяться и методы, способствующие скорейшему и бережному родоразрешению.

В первом периоде родов не следует забывать об опасности раннего разрыва плодного пузыря. Для предупреждения этого осложнения показан покой — роженицу укладывают в постель.

В зависимости от формы узкого таза надо укладывать роженицу на тот или иной бок.

При общеравномерно-суженном тазе роженицу укладывают на ту сторону, где находится малый родничок, т. е. на левый бок при первой позиции плода, на правый — при второй позиции плода, а при плоском тазе — на сторону, где находится большой родничок; особенно это показано при некотором отклонении головки от входа в таз. В этих случаях ягодицы, отклоняясь в ту же сторону, способствуют правильному вставлению головки.

Для благоприятного течения родового акта существенно важно обеспечение хорошей родовой деятельности. Для этого необходимо тщательно следить за схватками и учитывать их частоту и силу. У женщин с плоским тазом первичная слабость родовой деятельности наблюдается нечасто.

При общеравномерно-суженном тазе это встречается в значительном проценте случаев и объясняется тем, что у этих рожениц имеется нарушение развития всего организма и мускулатуры матки и брюшного пресса в частности.

При первичной слабости родовой деятельности показаны методы стимуляции родовой деятельности (назначение касторового масла, хинина, питуитрина в малых дозах, тимофизина, глюкозы, кальция).

В случаях же вторичной слабости родовой деятельности вследствие длительных схваток и утомления роженицы последней показан покой и отдых, для чего обычно роженицу изолируют и вводят ей морфин или пантопон; после отдыха, если родовая деятельность не усилится, — повторная стимуляция.

При слабости мускулатуры передней брюшной стенки показано подвязывание живота или применение бинта Я. Ф. Вербова (в конце периода изгнания).

Во все время родов врач должен следить за общим состоянием роженицы, ее питанием, температурой тела, пульсом, опорожнением мочевого пузыря и прямой кишки, сердечной деятельностью, артериальным давлением, состоянием родовых путей и продвижением головки (раскрытие зева, отеки тканей влагалища, продвижение предлежащей части контролируются путем влагалищного исследования).

Состояние нижнего маточного сегмента, особенно у многорожавших, также должно быть в центре внимания акушера. Наличие признаков перерастяжения его и опасность разрыва требуют поставить вопрос о немедленном окончании родов (см. главу «Акушерский травматизм»).

При хорошей родовой деятельности после окончания периода раскрытия и отхождения вод Г. Г. Гентер рекомендует выжидать 4—5 часов у первородящих, около 2 часов — у повторнородящих, тщательно следя за состоянием роженицы. Если по истечении этого времени будут обнаружены признаки несоответствия между головкой и тазом (положительный признак Вастена, данные влагалищного исследования), то следует (при отсутствии противопоказаний) прибегнуть к кесареву сечению.

В современных условиях для предупреждения травматизма роженицы и плода сроки выжидания после полного раскрытия зева с целью определения показаний к кесареву сечению следует сократить до 2—3

часов (подробнее см. главу «Оперативное акушерство» — раздел «Кесарево сечение»).

Для облегчения опускания головки в полость таза показан следующий прием: положение роженицы с опущенными ногами с целью возможного увеличения на несколько миллиметров прямого размера входа в таз.

Этот прием заключается в том, что роженицу укладывают на край стола со спущенными вниз ногами, ноги при этом не должны касаться пола. Это положение должно придаваться только во время схватки. Если в течение 30—40 минут этот прием не даст эффекта, то дальнейшее его применение нецелесообразно.

Применение (под наркозом) вдавливания головки во вход таза через брюшные покровы отвергнуто, как опасное.

При нахождении головки в полости таза или в выходе и угрожающих симптомах асфиксии плода показано наложение щипцов (полостных или выходных).

В случае родов при общесуженном тазе при рождении головки часто наблюдаются разрывы промежности. Для предупреждения их показано производство перинеотомии.

Не следует забывать также, что роды при узком тазе могут повлечь за собой как травму, так и асфиксию плода; поэтому необходимо быть наготове для оказания соответствующей помощи новорожденному (теплая вода, ванночка, катетер для отсасывания слизи, теплое белье, обогревающийся столик).

Вследствие длительности родов в последовом периоде может наблюдаться задержка в отделении и выделении последа и гипотонические кровотечения; поэтому целесообразно вести третий период выжидательно; вместе с тем рекомендуется применение питуитрина (1—2 мл) для ускорения отделения и выделения последа и сокращения матки.

В случаях осложненных родов необходимо назначение на 2—3 дня с профилактической целью пенициллина (по 400 000—500 000 единиц в сутки).

ПРОФИЛАКТИКА УЗКОГО ТАЗА

Профилактические мероприятия, способствующие снижению количества узких тазов, обеспечиваются всей системой социалистического здравоохранения. Широкая сеть женских консультаций обеспечивает антенатальную профилактику узкого таза; детские профилактические учреждения ведут организованную борьбу с рахитом, одним из основных заболеваний, обусловливающих развитие узкого рахитического таза.

Рациональное грудное вскармливание, своевременный прикорм грудных детей и назначение соков, содержащих витамины, широкое использование солнца и воздуха, назначение физической культуры детям в раннем возрасте, облучение их ультрафиолетовыми лучами, назначение витамина D — все это дает явное снижение заболеваемости рахитом.

Забота о здоровье детей, предупреждение детских инфекций, своевременное лечение их, а также мероприятия по охране труда девушек-подростков — все это обусловило уменьшение числа случаев инфантилизма, туберкулеза и других заболеваний, приводящих к образованию узкого таза.

ЛИТЕРАТУРА

Арешев Г. Я., Труды I Закавказского съезда гинекологов и акушеров, Тифлис, 1931, стр. 86.

Архангельский Б. А., Клиника узкого таза, Акушерство и гинекология, 1939, № 2—3, стр. 98.

Архангельский Б. А., Узкий таз, Журнал акушерства и женских болезней, 1935, в. 1.

Архангельский Б. А., Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы доклада).

Баландин И. Ф., Об измерении таза вообще и женского в особенности и об определении границ костного родового канала, Практическое общество русских врачей, СПБ, 1870—1871.

Гутнер М. Д., Черепная травма новорожденных при узком тазе, Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).

Ильин Ф. Н., Остеомаляция, Труды I Закавказского съезда гинекологов и акушеров, Тифлис, 1931, стр. 159.

Калинников Я. И. и Ржехина А. Д., Терапия узкого таза за 10 лет (1925—1934), Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).

Каялова Е. А., Осложнение родов узким тазом по материалам родильного дома имени проф. Снегирева за 10 лет (1936—1945), Сборник, посвященный 175-летию родильного дома имени проф. Снегирева, Л., 1949, стр. 137.

Кейлин С. Л., Причины и профилактика мертворождаемости, Медгиз, 1948.

Кипарский Р. В., Хирургические операции при узком тазе, Труды V съезда общества российских акушеров и гинекологов, Харьков, 1915, 42.

Киреевский М. Н., Терапия узкого таза, Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).

Колосов М. А., Рахитический таз, Сборник работ, посвященных Н. И. Побединскому, М., 1914, стр. 9.

Крассовский А. Я., Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза, СПБ, 1885.

Кунцевич А. Н., Ведение родов при узком тазе, Иваново, 1936.

Ланковиц А. В., 4 549 родов при анатомически узких тазах, Акушерство и гинекология, 1936, стр. 176.

Левит И. Б., Терапия узкого таза, Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).

Микеладзе Ш. Я., Динамика взаимоотношения угла наклонения таза и поясничного лордоза у женщин, Сборник научных работ ЦНИАГИ, Л., т. III, в. 2, стр. 185.

Мурадян А. О., Произвольные роды при узком тазе, Труды I Закавказского съезда гинекологов и акушеров, Тифлис, 1931, стр. 136.

Окинчиц Л. Л., Современное состояние вопроса об узком тазе, Акушерство и гинекология, 1937, стр. 43.

Орлова Т. О. и Унтилов П. К., Ведение родов при узком тазе, Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930, стр. 606.

Побединский Н. И., К терапии при узком тазе, Журнал акушерства и женских болезней, т. XVII, январь 1903, стр. 1.

Пальмов А. Ф., Терапия родов при узком тазе, Пермь, 1929.

Пальмов А. Ф., Учение об узком тазе и о терапии родов при нем в ЦИАГ за 150 лет его деятельности, 150-летие деятельности ЦИАГ, Л., 1947, стр. 58.

Писемский Г. Ф., Расщепленный таз, Отд. изд., Киев, 1914.

Побединский Н. И., Обзор способов лечения узкого таза, Труды V съезда Общества российских акушеров и гинекологов, Харьков, 1915, стр 42.

Рейн Г. Е., К статистике узких тазов в России, 25-летие ученой деятельности проф. Г. Е. Рейна, Киев, 1900, стр. 190.

Решение 4-го пленума Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР, Акушерство и гинекология, 1952, № 5, стр. 46.

Розенфельд Д. И., Акушерское значение нижнего отдела малого таза и способ его исследования, Акушерство и гинекология, 1939, № 2—3, стр. 36.

Розенфельд Д. И., Новый метод исследования малого таза и его акушерское значение, Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).

Сазонов С. В., К статистике родов при узком тазе, Сборник работ, посвященных Н. И. Побединскому, М., 1914, стр. 113.

Скробанский К. К., Узкий таз, Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).

Тиканадзе И. Е., Остеомаляция в Грузии, Труды I Закавказского съезда гинекологов и акушеров, Тифлис, 1931 стр. 146.
Филатов А., Материалы для определения формы и средней величины русского женского таза, М., 1877.
Фирсова К. П., Иконникова Н. А., Малкина Э. С., Соколовская Л. С., Труды IX Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).
Хажинский П. Х. и Турецкая Р. Б., Узкий таз, Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Биомедгиз, 1937 (тезисы докладов).
Ципес Я. Л., К механизму асинклитического вставления головки при плоско-рахитических тазах, Акушерство и гинекология, 1938, стр. 33.
Якобсон В. Л., Выжидательная терапия узкого таза, Труды V съезда Общества российских акушеров и гинекологов, Харьков, 1915, стр. 11.

akusher-lib.ru

ГЛАВА VII

ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РОДОВ

Проф. *И. И. Грищенко*

А. РАЗОГНУТЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ

Нормальный механизм родов характеризуется прохождением головки через малый таз в согнутом положении. В таком случае обычно имеет место и нормальное членорасположение плода. Если же головка с самого начала прохождения через малый таз или уже по пути в тазу разгибается, т. е. подбородок отходит от груди, затылок отстает в своем продвижении и, таким образом, уже не является проводной точкой, то говорят о разогнутых предлежаниях головки. В таких случаях изменяется и членорасположение плода, так как плод не имеет формы овоида вследствие разгибания позвоночника в связи с удалением подбородка от груди. Различают три степени разгибания головки: 1) передне-головное (или передне-теменное) предлежание, при котором предлежащей частью головки являются теменные кости и ведущей точкой большой родничок; 2) лобное предлежание с ведущей точкой в области середины лобного шва; 3) лицевое предлежание, при котором ведущей точкой является подбородок.

Нередко головка, начав разгибаться во входе в таз, продолжает это разгибание по мере прохождения по родовому каналу и заканчивает разгибание в выходе малого таза, рождаясь в лицевом предлежании. Как увидим ниже, роды при разгибательных предлежаниях протекают труднее, они таят в себе бо̀льшие опасности, чем при затылочных предлежаниях, как для матери, так и для плода, и поэтому они относятся к патологическому акушерству. К счастью, встречаются они сравнительно редко. Первое место по частоте принадлежит лицевому предлежанию, второе — передне-головному и последнее — лобному, при котором предсказание наименее благоприятно.

ПРИЧИНЫ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

Причины разгибательных предлежаний головки могут быть различными.

Вообще все, что задерживает продвижение затылка вниз, может способствовать возникновению разогнутых предлежаний. Причины могут быть заложены в особенностях строения и членорасположения плода. Так, при крупной головке с сильно выстоящим затылком этот последний

отстает в своем продвижении или, наоборот, маленькая круглая головка при подготовленных родовых путях рождением первого плода легко может пройти, не проделав сгибания (рождение второго близнеца). Легко себе представить этиологию разогнутого предлежания в тех случаях, когда у плода имеется врожденная опухоль шеи (зоб, гигрома щитовидной железы); сюда же следует отнести патологические явления в затылочно-позвоночном сочленении, обусловливающие в нем тугоподвижность. Неправильное положение ручек, при котором ручка лежит между подбородком и шеей, может также препятствовать сгибанию головки.

Другая группа причин относится к особенностям матки и родовых путей. Форма входа в малый таз может быть такой, что головка проходит его в состоянии некоторого разгибания (плоско-рахитический таз). Если головка далее не встречает препятствий, то в таком разогнутом состоянии она и рождается. Этому же может содействовать, например, недостаточность тазового дна, дефект или дряблость его мускулатуры и фасций. Разумеется, что опухоли тазовых органов могут также способствовать возникновению разбираемой патологии. Существенную роль в этиологии разогнутых предлежаний играет косое положение матки к началу родов, что обычно бывает при дряблой брюшной стенке. Если во время родов дно матки с туловищем плода отклоняется в сторону затылка, то подбородок удаляется от груди и возникает разгибание головки.

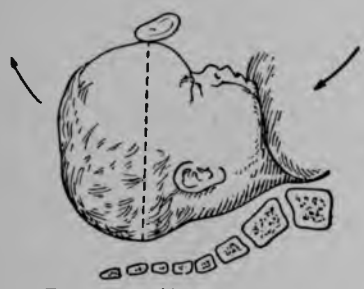

Рис. 22. Передне-головное предлежание.

1. Передне-головное предлежание

Если это предлежание сохраняется, то механизм рождения головки будет следующим. Головка во входе в таз располагается в поперечном размере, большой родничок находится на проводной линии таза. Первый момент — сгибание головки, которое происходит при родах в затылочном предлежании, при передне-головном предлежании отсутствует. По мере опускания головки происходит вращение ее таким образом, что затылок поворачивается кзади, стреловидный шов переходит в косой размер, а из косого — в прямой, при этом ведущей точкой остается большой родничок. По окончании этого поворота лоб оказывается обращенным к симфизу, затылок — к копчику. В прямом размере выхода таза головка врезывается, причем первой показывается область большого родничка и соседние участки лобных и теменных костей. После выхождения из-под лонной дуги лба с лобными буграми головка начинает сгибаться и над промежностью выкатывается затылок. В этот момент головка упирается областью glabella в лонную дугу, где и образуется punctum fixum (рис. 22). После рождения затылка довольно быстро выкатывается лицо из-под лонной дуги благодаря одному лишь разгибанию головки. Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков ничем не отличаются от механизма при затылочном предлежании.

Необходимо учитывать разницу в механизме рождения головки при передне-головном предлежании и заднем виде затылочного предлежания, так как эти механизмы могут показаться идентичными. На самом же деле они принципиально различны. При затылочном предлежании ведущей точкой является область малого родничка, так как головка

находится в состоянии сгибания, при передне-головном предлежании, т. е. умеренном разгибании головки, ведущей точкой является большой родничок, который находится на одном уровне с малым или даже несколько ниже его. Это обстоятельство приводит к тому, что головка при передне-головном предлежании охватывается тазовым и далее вульварным кольцом по окружности, проходящей соответственно прямому размеру головки, равному 12 см (длина окружности 34 см), а не среднему косому (расстояние от области подзатылочной ямки до переднего края волосистого покрова головки 10 см), как это имеет место при затылочном предлежании. Это затрудняет прохождение головки при передне-головном предлежании, что затягивает роды, приводит к перерастяжению и нередко к разрыву промежности. Смертность детей выше, чем при затылочном предлежании. Конфигурация головки плода, родившегося при затылочном предлежании, также отличается от конфигурации родившегося при передне-головном предлежании. у первого родовая опухоль располагается на затылке, головка вытянута по направлению к затылку, а у второго родовая опухоль находится в области большого родничка, головка вытянута в направлении большого родничка и имеет форму «башенной» головки. Лобная и затылочная кости большей частью заходят под теменные, передняя теменная заходит на заднюю.

Диагноз

Данную аномалию по наружному исследованию определить трудно. Только при наличии благоприятных условий для исследования опытный акушер может заподозрить передне-головное предлежание на том основании, что затылок и лоб определяются стоящими на одном уровне. Окончательный диагноз ставится при внутреннем исследовании, когда палец ощупывает малый и большой роднички, располагающиеся на одном уровне, или большой родничок ниже малого, при этом обычно малый родничок обращен больше кзади, а большой — кпереди. Так же как и при затылочных предлежаниях, различают первую и вторую позиции; сердцебиение плода лучше прослушивается со стороны спинки.

Ведение родов

Ведение родов должно быть по возможности консервативным, так как в большинстве случаев роды заканчиваются самостоятельно. Рекомендуется в начале родов положить роженицу на ту сторону, где находится затылок плода, что способствует опусканию последнего. Целесообразно применять профилактику асфиксии плода по В. Н. Хмелевскому — А. П. Николаеву. Иногда все же в периоде изгнания приходится прибегать к наложению щипцов при наличии к тому показаний со стороны плода или матери, а при мертвом плоде — к перфорации головки.

2. Лобное предлежание

Среди разогнутых предлежаний рождение плода в лобном предлежании самое редкое явление: 5% среди всех разогнутых предлежаний, или в одном случае на 2 000—3 000 родов. Это объясняется тем обстоятельством, что обычно в процессе продвижения головки лобное предлежание превращается в лицевое. Насколько часто наблюдается вставление головки лбом к началу родов в лицевом предлежании, настолько редко бывает, чтобы лобное вставление фиксировалось и плод родился бы в

лобном предлежании. Лобное предлежание не переходит в лицовое в случаях родов плодом с малой головкой (недоношенные двойни), а также при наличии каких-либо препятствий к полному разгибанию головки: выпадение рядом с головкой мелких частей, запрокинутая за затылок ручка, патологические изменения в суставе между атлантом и затылочной костью. Нельзя не отметить также важной роли узкого таза в этиологии лобного предлежания. Так, по С. С. Холмогорову в 45,5% лобные предлежания возникли при родах у женщин с узким тазом. По наблюдениям большинства авторов, лобное предлежание чаще встречается у многорожавших, чем у первороженниц.

Диагноз

Диагноз лобного предлежания при наружном исследовании можно поставить лишь предположительно, так как обычно очень трудно при этом отличить его от лицевого предлежания. При ощупывании головки через переднюю брюшную стенку, так же как и при лицевом предлежании, определяется с одной стороны подбородок, с другой — затылок, причем при лобном предлежании они стоят на одном уровне, при лицевом же предлежании затылок располагается выше подбородка и вплотную прилежит к спинке плода. Разгибание позвоночника при лобном предлежании выражено не так резко, как при лицевом. Однако условия проводимости сердцебиения плода будут лучшими со стороны передней поверхности груди и поэтому сердцебиение плода при лобном предлежании выслушивается не со стороны спинки, а со стороны брюшной поверхности его.

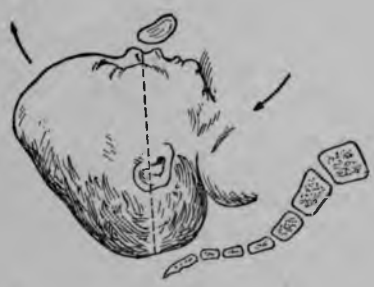

Рис. 23. Лобное предлежание.

Для точного распознавания необходимо внутреннее исследование, при котором исследующий палец попадает прямо на лоб и прилегающие к нему части лица. Наиболее низко опустившейся является середина лобного шва. Если по этому шву итти вверх, то с одной стороны палец достигает большого родничка, а с другой — корня носа и надбровных дуг с глазницами. При первой позиции корень носа прощупывается справа, а большой родничок слева, при второй позиции — наоборот. Вторая позиция лобного предлежания встречается так же часто, как и первая, т. е. относительно чаще, чем при затылочных предлежаниях.

Механизм родов

Механизм рождения головки следующий: во входе в таз головка располагается лобным швом в поперечном или косом размере. Опускаясь по направлению к выходу таза, головка совершает поворот; при этом она поворачивается личиком кпереди, затылком кзади, т. е. образуется задний вид, что имеет место, как правило, при всех степенях разогнутых предлежаний. Этот поворот обычно совершается на тазовом дне, когда выстоящий мыс не мешает повороту объемистого затылка и заканчивается он переходом лобного шва в прямой размер выхода малого таза. В самом начале врезывания в половой щели показывается лоб, корень носа и части темени. Дальше область верхней че-

люсти упирается в лонную дугу (рис. 23), происходит легкое сгибание и рождается над промежностью затылок, затем следует разгибание с рождением из-под лонной дуги нижней части лица и подбородка. Этим заканчивается прорезывание головки. Наружный поворот головки совершается по общим правилам.

Анализируя описанный механизм родов, нетрудно установить, что головка при любом предлежании прорезывается довольно большой окружностью (35 см), которая проходит приблизительно через верхнюю челюсть и теменные бугры (planum maxillo-parietale).

Большим осложнением при родах в лобном предлежании является такое отклонение от обычного механизма рождения головки, при котором образуется передний вид, т. е. затылок переходит кпереди. К счастью, это бывает очень редко.

Конфигурация головки при лобном предлежании является результатом сдавления ее по planum maxillo-parietale. Родовая опухоль располагается в области лба, лоб сильно выстоит над глазницами. В силу указанных изменений головка получает треугольную форму (в профиль) с верхушкой у лба.

Предсказание

Предсказание при родах в лобном предлежании как для матери, так и для плода является наиболее неблагоприятным среди всех разогнутых предлежаний. Это обусловливается тем, что головка проходит через родовые пути довольно большой окружностью. В связи с большой длительностью родов, необходимостью частых внутренних исследований, оперативных вмешательств роды и послеродовой период могут осложняться инфекцией. Из других осложнений со стороны матери нужно назвать наблюдающиеся иногда большие разрывы мягких родовых путей и даже матки, образование мочевых и каловых свищей.

Очень большая опасность грозит плоду в связи с тем, что он страдает от чрезмерного и длительного сдавления головки; отсюда возникает угроза гибели плода от асфиксии и внутричерепных кровоизлияний.

Ведение родов

Ведение родов вызывает разногласия среди акушеров. Правда, в настоящее время все больше и больше отходят от консервативной тактики, рекомендуемой в старых учебниках акушерства.

В самом деле, учитывая большую опасность при лобных предлежаниях как для матери, так и для плода в виде разрыва матки, обширных повреждений тазового дна, образования свищей, высокой мертворождаемости, следует отдать предпочтение родоразрешению путем кесарева сечения. В тех случаях, когда нет условий для производства указанной операции или когда роженица не дает на нее согласия, ожидают полного или почти полного открытия маточного зева и до опущения головки в таз при целых или только что отошедших водах производят поворот на ножку с последующим извлечением плода.

Некоторые авторы предлагают переводить лобное предлежание еще невставившейся головки в лицевое или затылочное. Для этого рекомендуются различные ручные приемы: превращение лобного предлежания в лицевое путем разгибания головки пальцем, введенным в ротик (Г. А. Соловьев), перевод в затылочное предлежание, сгибая головку (С. С. Холмогоров), исправления положения наружными приемами.

Опыт показывает, что применение этих приемов не оправдано: они редко приводят к цели, так как после исправления предлежания головка вскоре переходит в исходное положение.

При выжидательном ведении родов необходимо очень внимательное наблюдение за роженицей и плодом (профилактика внутриутробной асфиксии плода по В. Н. Хмелевскому — А. П. Николаеву, назначение пенициллина). Роды при этом, как правило, бывают затяжными и редко заканчиваются самопроизвольно; опасность разрыва матки, образования свищей, развития инфекции в таких случаях заставляют заканчивать роды перфорацией головки, иногда даже живого плода.

3. Лицевое предлежание

Данное предлежание — наиболее частая аномалия среди всех форм разогнутых предлежаний. Оно встречается в одном случае на 200—300 родов. Обычно ему предшествует лобное предлежание, которое по мере опускания и разгибания головки превращается в лицевое. В таком случае говорят о вторичном лицевом предлежании в отличие от первичного, когда еще над входом в таз головка установилась личиком книзу. Характеризуется лицевое предлежание крайней степенью разгибания головки (затылок прилежит к спинке), благодаря чему передняя, грудная, поверхность плода охватывается стенкой матки, а спинка его, наоборот, отдаляется от последней. Самой нижней, проводной точкой, во время родов является подбородок. Позицию различают по спинке и подбородку: при первой позиции спинка обращена влево, а подбородок вправо, при второй позиции — спинка вправо, подбородок влево. Вид задний от переднего также можно различить по положению спинки и подбородка: при переднем виде спинка обращена кпереди, а подбородок кзади, при заднем виде — обратные соотношения (подобная терминология более обоснована, так как она соответствует общепринятому определению вида по спинке плода; однако необходимо заметить, что она не является еще общепринятой).

Диагноз

Для распознавания лицевого предлежания обычно удается получить достаточно данных не только при внутреннем исследовании, но и при наружном. Особенно ценные указания дает ощупывание головки через брюшную стенку, если, конечно, последняя не напряжена и не очень толста. Если удается прощупать подбородок, располагающийся ниже затылка, плотно прилегающего к спинке (так что между ним и спинкой образуется впадина), то это является признаком лицевого предлежания. Подкрепляется этот диагноз (при наружном исследовании) выслушиванием сердцебиения плода со стороны груди, а не со стороны спинки (между спинкой плода и стенкой матки находится слой жидкости, который плохо проводит звук). Для подтверждения диагноза и ориентировки в отношении ведения родов необходимо прибегнуть к внутреннему исследованию. При этом исследовании прощупываются части лица, начиная от лобного шва и до подбородка: корень носа, надбровные дуги, глазные впадины, нос, ротик, в ротовом отверстии — твердые валики десен, выступ подбородка. Нужно помнить, что в случаях значительного отека предлежащей части указанные опознавательные пункты стушевываются и тогда наступает опасность принять лицевое предлежание за чистое ягодичное или даже за предлежание

плечика (при поперечном положении плода). Такого рода ошибка в диагнозе может повлечь за собой неприятные последствия при оказании акушерской помощи. Наиболее надежным методом исследования является отыскивание костных образований. Так, при лицевом предлежании важным является прощупывание надбровных дуг, глазниц (не повредить глазное яблоко), подбородка; при ягодичном предлежании — седалищных бугров, крестца и копчика. Советы некоторых акушеров отличать ротик у плода от заднего прохода по сосательным движениям в первом случае и по наличию мекония — во втором вряд ли являются рациональными и к тому же они не безопасны: палец, введенный в ротик, может вызвать преждевременные дыхательные движения плода, а при ошибочном грубом движении пальца в полости глазницы можно повредить глаз. При предлежании плеча указанных образований не будет, кроме того, можно найти подмышечную впадину. При внутреннем исследовании, когда имеется лицевое предлежание, обычно нетрудно бывает проследить так называемую лицевую линию — линию, соединяющую лобный шов с серединой подбородка. Если по этой линии в определенной последовательности удается прощупать конец лобного шва, glabella, нос, ротик и подбородок, то это является непреложным доказательством лицевого предлежания.

Уметь определить лицевую линию необходимо еще и для того, чтобы уточнить диагноз в отношении позиции, вида и определения размера таза, в каком лежит головка. При положении головки в полости таза в первой позиции, переднем виде подбородок обращен вправо, кзади, лицевая линия проходит в правом косом размере таза, а затылок обращен влево кпереди; при второй позиции, переднем виде — подбородок влево кзади, лицевая линия в левом косом размере; при первой позиции, заднем виде — лицевая линия в том же левом косом размере, а подбородок обращен вправо кпереди.

Механизм родов

Механизм рождения головки в лицевом предлежании следующий: во вход таза головка вставляется личиком или, как уже было сказано, лобиком в поперечном или косом размере таза.

Под влиянием родовой деятельности головка опускается и, встречая препятствие со стороны тазового кольца, еще больше разгибается, подбородок при этом опускается и становится, таким образом, ведущей точкой.

Разгибание головки и есть первый момент в механизме родов при лицевом предлежании. На дне тазовой полости происходит внутреннее вращение головки (второй момент), т. е. переход лицевой линии из поперечного через косой в прямой размер выхода таза. Необходимо отметить, что нормальным для лицевого предлежания, как и для других форм разогнутых предлежаний, является такой поворот, при котором личико вращается подбородком кпереди (а затылок кзади), т. е. задний вид.

Даже если в начале изгнания плода имел место передний вид, т. е. подбородок был обращен кзади, то при втором моменте в механизме родов, как правило, вращение головки происходит обычно таким образом, что подбородок подходит к лону и образуется, в конце концов, задний вид. Здесь мы имеем полную аналогию с переходом головки из заднего вида в передний при затылочном предлежании, когда происходит вращение затылка на 135° (вместо 45° при переднем виде). Конечно, поворот при лицевом предлежании совершается труднее и длительнее. Иног-

да, несмотря на энергичную родовую деятельность, подбородок остается в неблагоприятном положении кзади.

В конце второго момента промежность уже значительно выпячивается лицом, череп выполняет крестцовую впадину, большой родничок находится у копчика. В половой щели показывается ротик — отечный, с толстыми, синюшными губами. Началось врезывание, а вместе с тем и довольно сильное растягивание тазового дна. Появляются другие части лица (нос, глаза), разгибание достигает крайних пределов и из-под лона выкатывается подбородок. В момент прорезывания теменных бугров и затылка головка совершает сгибание — передняя поверхность шеи областью подъязычной кости (punctum fixum) упирается в лонную дугу, как показано на рис. 24, и над промежностью выкатывается лобик, темя и последним — затылок (при затылочном предлежании сначала рождается затылок, а подбородок — самым последним). Головка родилась, следует наружный поворот как следствие вращения плечиков в полости таза и далее их врезывание и прорезывание. Механизм родов при лицевом предлежании легко себе представить и запомнить, если провести параллель между ним и механизмом в затылочном предлежании, а именно: при затылочном предлежании первый момент — сгибание головки, при лицевом — разгибание; этот момент как в том, так и в другом случае тем более выражен, чем большее препятствие в родовых путях встречает головка; второй момент (внутренний поворот головки) аналогичен в обоих случаях; третий момент в первом случае — разгибание, во втором — сгибание; проводной точкой в первом случае является затылок, во втором — подбородок; ориентиром для диагностики положения головки в первом случае является стреловидный шов, во втором — лицевая линия.

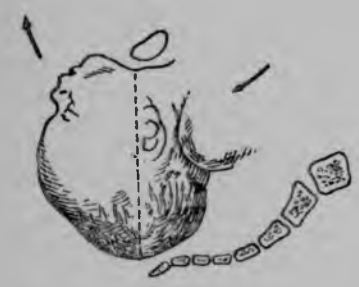

Рис. 24. **Лицевое предлежание.**

Возвращаясь к лицевому предлежанию, необходимо отметить, что наибольшее растяжение вульварного кольца происходит в момент прохождения через него области теменных бугров, т. е. тогда, когда в нем стоит плоскость, проходящая через подъязычную кость и темя (planum sublinguo-parietale или trachelo-bregmaticum — 33 см). В этот момент, особенно у первородящих, и происходят нередко разрывы промежности, для предупреждения которых требуется часто прибегать к перинеотомии.

Конфигурация, общий вид и положение головки при лицевых предлежаниях очень характерны. Череп претерпевает резкие изменения при прохождении через родовые пути; он, сдавливаясь в вертикальном направлении, вытягивается спереди назад, становится резко долихоцефалическим. Ребенок, недавно родившийся в лицевом предлежании, выделяется среди прочих: лицо его отечно, с кровоподтеками, синюшно, губы, нос толсты, веки настолько отекшие, что с трудом раскрываются, головка запрокинута. Мать, увидев такого ребенка, огорчается и поэтому ей необходимо разъяснить, что эти изменения быстро и бесследно исчезнут. И, действительно, через 2—3 дня следы от родовой опухоли исчезают; сосание ребенка, которое было затруднено вследствие отека языка и дна ротовой полости, налаживается; остается только запрокидывание головки, которое исчезает более медленно, но и положение головки через несколько дней выправляется.

Прогноз

Прогноз при лицевом предлежании в силу изложенного как для матери, так и для плода менее благоприятен, чем при затылочных предлежаниях (инфекция, разрывы мягких родовых путей у матери, асфиксия и кровоизлияния в полость черепа у плода).

Ведение родов

Наблюдения показывают, что в большинстве случаев роды при лицевом предлежании заканчиваются самостоятельно с благоприятным исходом для матери и плода. При ведении подобных родов необходимо помнить, что они более длительны, чем при затылочном предлежании (головка идет менее выгодным размером), и что поворот затылка кзади иной раз требует много времени и сил роженицы. Для ускорения поворота рекомендуется укладывать роженицу на ту сторону, где находится подбородок. Необходимо применять меры профилактики асфиксии плода по В. Н. Хмелевскому — А. П. Николаеву и при длительных родах — пенициллин. В момент врезывания личика способствуют разгибанию головки, задерживая рукой продвижение лобика и выводя из-под симфиза подбородок. После же рождения подбородка производится сгибание головки, для чего одна рука, взявшись за лобик, выводит череп, а другая спускает бережно промежность с темени и затылка. При прорезывании головки, когда промежности угрожает разрыв, рекомендуется перинеотомия. Нередко приходится прибегать и к более серьезным оперативным вмешательствам. Так, по показаниям со стороны матери или плода приходится накладывать щипцы. Нужно только иметь в виду, что эта операция рациональна лишь в тех случаях, когда подбородок уже повернулся кпереди и лицо находится на тазовом дне, или, еще лучше, когда головка уже врезывается. Если же она еще не опустилась на тазовое дно, то даже весьма опытного акушера ожидают серьезные осложнения: обширные повреждения родовых путей матери и кровоизлияния в мозг ребенка.

Когда имеется несоответствие между размерами таза роженицы и головкой плода, находящейся во входе в таз, то для извлечения живого ребенка показано кесарево сечение.

Особо следует остановиться на таком варианте родов при лицевом предлежании, когда затылок в полости таза повернулся кпереди, а подбородок кзади (передний вид). Если в таком положении головка уже находится близ тазового дна и плотно фиксирована в таком положении, то роды самопроизвольно закончиться не могут, так как головка одновременно с плечевым поясом, даже при обширном тазе, родиться не может. Необходимо роды закончить перфорацией головки, если даже плод живой, ибо если этого своевременно не сделать, то такие роды заканчиваются разрывом матки или сепсисом и, конечно, гибелью плода.

Б. ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

При нормальных родах в затылочном предлежании головка вставляется во вход в малый таз в косом или поперечном размере его. Однако вставление головки может происходить и в прямом размере входа. Тогда головка вставляется во вход не наименьшим своим размером (поперечным), а большим размером (прямым) в наименьшем размере входа в таз. Головка находится высоко в прямом размере таза,

отсюда и название такого расположения головки «высокое прямое стояние».

Нетрудно себе представить два варианта высокого прямого стояния головки: 1) positio occipitalis pubica (POP), при котором затылок обращен кпереди и располагается у лобка (pubica), и 2) positio occipitalis sacralis (POS), при котором затылок располагается кзади, у крестца (sacralis). В первом случае спинка обращена прямо кпереди, во втором — кзади (рис. 25).

Высокое прямое стояние головки наблюдается сравнительно редко, частота его измеряется десятыми долями процента (0,2—0,7). Нужно,

Рис. 25. Высокое прямое стояние головки; *а* — positio occipitalis pubica; *б* — positio occipitalis sacralis.

однако, отметить, что с развитием акушерской диагностики эту патологию стали устанавливать чаще. Многие случаи высокого прямого стояния головки остаются нераспознанными, если роды при них протекают без особых осложнений или если головка самостоятельно переходит в косой размер входа в таз. Positio occipitalis pubica встречается значительно чаще, чем positio occipitalis sacralis, так как спинка плода, обращенная кпереди, находит для себя больший простор, особенно при дряблом брюшном прессе, чем при положении ее кзади, когда спинка обращена к выстоящему позвоночнику, с которого она легко скатывается в сторону.

Причины высокого прямого стояния головки многообразны. Многие авторы объясняют возникновение подобного вставления головки различными деформациями таза, именно его входа (общесуженный, плоский, поперечно-суженный, воронкообразный тазы). Есть указания на то, что и форма головки плода (долихоцефалическая форма, плоская форма черепного свода) имеет определенное значение в этиологии разбираемой аномалии вставления головки. С. И. Ершов считает, что в этиологии прямого стояния головки имеет значение диастаз прямых мышц живота. При расхождении прямых мышц живота и при сохранившейся их функции спинка плода может удерживаться ими в положении кпереди. Если учесть, что в конце беременности или в период раскрытия может меняться позиция плода и спинка плода при этом переходит с дной стороны на другую, то и головка, меняя свое положение, может зафиксироваться, особенно при наличии указанных выше благоприятных причин, в прямом размере входа в таз.

Диагностика высокого прямого стояния головки возможна при наружном исследовании. Последними двумя приемами наружного акушерского исследования устанавливаются малые размеры головки, что объясняется прощупыванием боковых отделов ее, т. е. наименьшего размера ее — поперечного. Это обстоятельство и наводит на мысль о наличии высокого прямого стояния головки. При более детальном обследовании головки удается над лоном определить затылок (POP) или подбородок (POS). Иногда удается прощупать в соответствующем месте и спинку плода. Сердцебиение плода при высоком прямом стоянии головки выслушивается по средней линии живота или в месте, близком к ней. Диагноз, поставленный при наружном исследовании, подтверждается внутренним исследованием, если головка уже доступна для исследующего пальца. Тогда головка определяется во входе в таз со стреловидным швом, стоящим в прямом размере, затылок кпереди или кзади.

Течение родов

Течение родов при высоком прямом стоянии головки характеризуется большей продолжительностью, чем при нормальных родах. При этом часто наблюдается также преждевременное отхождение вод. Головка может все время оставаться в прямом размере при прохождении через таз и после длительных мощных потуг, необходимых для соответствующей конфигурации головки, самостоятельно рождается. Такой исход обычно бывает при недоношенном плоде или при малой головке доношенного плода. Чаще при прохождении головки через прямой размер входа в малый таз происходит отклонение стреловидного шва несколько в косой размер и после прохождения плоскости входа головка снова возвращается в прямой размер таза и в этом размере прорезывается. Так обычно бывает при positio occipitalis pubica.

При positio occipitalis sacralis роды самопроизвольно заканчиваются лишь в том случае, если происходит поворот стреловидного шва. Головка при прохождении мимо мыса поворачивает в один из косых размеров, после чего снова переходит в прямой размер, и задний вид остается до конца. Известны также случаи, когда поворот головки во время родов совершается на 180°, стреловидный шов переходит в косой размер, затем в поперечный, из поперечного в другой косой и, наконец, в прямой. Таким образом, головка перешла из заднего вида в передний, установившись затылком у лона. В этих случаях аномалия вставления головки часто не распознается. К сожалению, далеко не всегда описанные повороты головки совершаются и роды заканчиваются благополучно. Головка может остаться в своем первоначальном положении и, несмотря на энергичную родовую деятельность, не продвигаться вперед, что, как увидим ниже, приводит к весьма грозным осложнениям.

Предсказание при родах с высоким прямым стоянием головки часто неблагоприятно. Длительные роды, акушерские вмешательства, к которым приходится прибегать приблизительно в $^3/_4$ всех случаев, увеличивают опасность для матери (инфекция, разрывы) и для плода (асфиксия и кровоизлияния). Особенно это касается родов крупным плодом с головкой, плохо поддающейся конфигурации, или при суженном тазе. Если головка не выходит из прямого размера и она в таком положении вколачивается, то при отсутствии акушерского вмешательства роды могут закончиться разрывом матки или родовая деятельность может совершенно приостановиться и развиться сепсис. И в том, и в другом случае роды заканчиваются гибелью плода и часто — матери.

Ведение родов

Терапия при родах с высоким прямым стоянием головки должна быть вначале выжидательной, рассчитывая на переход стреловидного шва в косой размер входа в таз.

Однако если, несмотря на хорошую родовую деятельность и полное открытие маточного зева, головка не вступает в таз, то следует поставить показания к абдоминальному кесареву сечению. При мертвом плоде — перфорация головки с последующим извлечением плода.

Как и при всяких затяжных родах, здесь следует помнить о необходимости проводить профилактику асфиксии плода (дают роженице кислород, вводят глюкозу, кардиазол и т. п.), а также применять пенициллинотерапию с целью предупреждения развития инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

Соловьев Г. А., Лобные предлежания, Журнал акушерства и женских болезней. 1902.

Холмогоров С. С., Труды III съезда Общества российских акушеров и гинекологов, в. I, Киев, 1910.

Гентер Г. Г., Акушерский семинарий, т. II, Л., 1929.

Ершов С. И., Вопросы акушерства и гинекологии, Сборник трудов I ХМИ, Харьков, 1938.

akusher-lib.ru

ГЛАВА VIII

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ (ДО РОЖДЕНИЯ ПОСЛЕДА)

Проф. *Д. Е. Шмундак*

При нормально протекающей беременности и при нормальном течении родов (исключая последовый период) кровотечения не наблюдаются.

Всякий раз, когда в конце беременности или в первом, или во втором периоде родов появляется кровотечение, мы должны это оценивать как патологическое явление, которое может угрожать матери и плоду.

Такие кровотечения чаще всего возникают при предлежании плаценты или при преждевременной отслойке плаценты, прикрепленной в нормальном месте. Причиной кровотечения также могут быть: пузырный занос, рак, полип, разрыв варикозного узла.

Кроме того, обильные кровотечения часто возникают при гипотонии матки, которая может быть как после изгнания плода, так и после отхождения плаценты.

1. ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежанием плаценты называется такое расположение ее, когда она прикреплена в границах внутреннего зева.

ФОРМЫ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Различают следующие формы предлежания плаценты:

1. Центральное, или полное, предлежание плаценты (placenta praevia centralis s. totalis), при котором плацента занимает всю область внутреннего зева (рис. 26) и оболочки при исследовании не достигаются при условии открытия зева на 3 поперечных пальца.

2. Боковое предлежание плаценты (placenta praevia lateralis), при котором плацента занимает часть внутреннего зева (рис. 27) и при открытии его на 3 поперечных пальца определяются как плацента, так и оболочки.

3. Краевое предлежание плаценты (placenta praevia marginalis), при котором в области внутреннего зева при открытии его на 3 поперечных пальца определяется плодный пузырь и лишь край плаценты.

Вместо первых трех видов предлежания плаценты лучше различать два: 1) полное предлежание плаценты и 2) частичное предлежание плаценты (объединяет второй и третий вид).

Термин «низкое расположение плаценты» употребляют в тех случаях, когда край плаценты расположен выше внутреннего зева, но близко от него.

4. Шеечное предлежание плаценты (placenta cervicalis), при котором плацентарная ткань развивается в шейке матки или, что бывает чаще, в перешейке матки и в канале шейки матки (т. е. placenta isthmico-cervicalis).

Определить тот или иной вид предлежания плаценты возможно только во время родов, при раскрытии зева на 3 поперечных пальца, так как до этого возможно частичное предлежание принять за полное.

Рис. 26. Полное предлежание плаценты.

Рис. 27. Боковое предлежание плаценты.

ПРИЧИНЫ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Что касается причин, вызывающих такую патологию, как предлежание плаценты, то не всегда можно с точностью установить их.

Большинство авторов считает, что возникновение предлежания плаценты может быть следствием двух причин: изменения слизистой оболочки матки и изменения со стороны плодного яйца, главным образом его хориона; конечно, такое деление является весьма условным, так как отделять организм эмбриона (плода) от условий существования его в организме матери невозможно.

Всякого рода воспалительные изменения слизистой оболочки матки (после осложненных родов, абортов) способствуют атипической имплантации плодного яйца.

Вследствие наличия атрофических рубцовых изменений слизистой оболочки тела матки при родах, после выскабливания слизистой и при миомах матки может возникнуть и первичная атипическая имплантация плодного яйца на сохранившихся здоровых участках слизистой нижнего отдела матки.

В. С. Груздев допускал и такую возможность возникновения предлежания плаценты, как попадание оплодотворенного яйца в матку во время менструации и соскальзывание его, благодаря току крови, в нижний сегмент матки.

Возможной причиной предлежания плаценты является позднее проявление ферментативных свойств трофобласта оплодотворенного яйца. При раннем проявлении этих свойств оплодотворенного яйца прикреп-

ление его происходит часто в трубе, при своевременном развитии ферментативных свойств трофобласта — в маточной полости, а при запоздалом проявлении — в нижнем отделе маточной полости (Г. Г. Гентер). Впрочем, последнее предположение носит гипотетический характер.

ЧАСТОТА ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

Частота предлежания плаценты, по данным отдельных авторов, различна, но в среднем она меньше 0,5%.

Так, по данным М. Л. Цырульникова за 10 лет, предлежание плаценты наблюдалось 128 раз (на 33 163 родов), что составляет 0,39%. С. М. Гольденберг наблюдал предлежание плаценты в 0,76%, причем в 14,3% у первородящих и в 85,7% у многородящих. А. И. Галактионов наблюдал предлежание плаценты 60 раз, что на 29 030 родов составляет 0,2%, М. В. Фролов — в 0,17% случаев, Л. А. Гусаков и К. А. Липский — в 0,35%.

Значительные колебания частоты предлежания плаценты (0,17—0,76%), по данным различных авторов, зависят, в частности, от профиля учреждения — количества патологических родов. По данным большого числа родильных домов Москвы, процент предлежаний плаценты равен 0,29.

По данным клиники Харьковского медицинского института, предлежание плаценты на протяжении последних пяти лет (1945—1949) наблюдалось в пределах 0,4—0,5%, причем главным образом у повторнородящих. Такое соотношение частоты предлежания плаценты у первородящих и многородящих отмечают и другие авторы.

Надо отметить и тот факт, что предлежание плаценты встречается чаще у женщин, перенесших аборты.

По данным С. М. Гольденберга, почти в 72,2% всех случаев предлежанию плаценты предшествовали аборты; по данным М. Л. Цырульникова, оно наблюдалось в 79,1%. Это подтверждает взгляд, что женщины, перенесшие аборты, при последующих беременностях имеют много шансов получить осложнение в виде предлежания плаценты.

Чаще встречается частичное предлежание плаценты, реже — полное.

По данным Н. Н. Чукалова, краевое предлежание наблюдалось в 63,9%, боковое — в 20,5%, центральное — в 15,6%. Процент общей смертности матерей при предлежании плаценты достигал раньше 4,6 (Я. Н. Волков) и даже бо́льших цифр. В настоящее время при широком применении переливания крови, антибиотиков материнская смертность при предлежании плаценты значительно снизилась.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина при предлежании плаценты характеризуется прежде всего кровотечением, которое часто наблюдается в последние месяцы беременности и обязательно во время родового акта.

Такое кровотечение иногда появляется без всякой видимой причины, а в некоторых случаях при небольшом напряжении или сотрясении.

Неожиданно появившись во время беременности, кровотечение может так же сразу и прекратиться при условии пребывания беременной в постели. Однако характер кровотечения в значительной степени зависит от вида предлежания. При полном предлежании кровотечение обыч-

но бывает обильным и чаще повторяется; лишь в редких случаях при полном предлежании плаценты кровотечения во время беременности может совсем не быть.

При частичном предлежании плаценты кровотечение обычно бывает менее обильным во время беременности, но с появлением родовой деятельности оно или возобновляется, или усиливается. Иногда при частичном предлежании плаценты кровотечение начинается только с появлением родовой деятельности.

Тем не менее нужно отметить, что такое полное соответствие между интенсивностью кровотечения и видом предлежания бывает не всегда.

Причиной кровотечения при предлежании плаценты является отслойка ненормально расположенной плаценты от стенки матки. Такая отслойка может возникнуть уже в последние месяцы беременности при сокращениях матки; с началом родового акта отслойка плаценты усиливается и продолжается во время первого периода родов.

При шеечном предлежании (расположении) плаценты кровотечение очень часто возникает уже в первой половине беременности.

При предлежании плаценты весьма часто наблюдаются неправильные положения плода.

Большое количество неправильных положений и тазовых предлежаний наблюдается при полном предлежании плаценты. Так, при предлежании плаценты поперечные положения плода возникают в 16,8%, тазовые предлежания — в 16,4%.

Повидимому, это явление связано с тем, что при этой разновидности предлежания плаценты наблюдаются более значительные изменения формы матки.

Наряду с этим, предлежание плаценты наблюдается в большинстве случаев у многородящих (перенесших роды, осложненные инфекцией), у которых брюшные стенки вялые, стенки матки часто патологически изменены, что предрасполагает к возникновению поперечного положения плода.

При предлежании плаценты часто отмечается наступление родов раньше срока. По данным С. М. Гольденберга, процент доношенных беременностей в этом случае равен только 37,3, а недоношенных — 62,7.

Кровотечение при предлежании плаценты весьма опасно, так как, будучи даже незначительным во время беременности, но повторяясь, а затем обязательно усиливаясь во время родов, оно может обусловить резкое малокровие беременной или роженицы. Смерть от кровопотери может наступить как до рождения плода, так и после его рождения, т. е. в последовом и в послеродовом периоде, так как в эти периоды возможно кровотечение в связи с гипотонией матки или травмой ее шейки.

Необходимо помнить, что при предлежании плаценты весьма велика угроза развития послеродового инфекционного заболевания. Это объясняется, во-первых, тем, что у обескровленной родильницы понижена сопротивляемость к инфекции, во-вторых, тем, что инфекция при этих условиях проникает быстрее в открытые плацентарные участки, чем при нормальном прикреплении плаценты, и, наконец, частотой оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии.

Из других опасностей, которыми сопровождается предлежание плаценты, надо указать на возможность попадания воздуха в зияющие плацентарные сосуды, в результате чего наступает смерть от воздушной эмболии.

Ряд опасностей возникает и для плода. Несмотря на то, что плод не теряет ни капли своей крови, кровопотеря у матери и отслойка части плаценты от стенки матки нарушают нормальный газообмен плода, который часто погибает от асфиксии. Этому еще способствует и ряд манипуляций, которые применяются до настоящего времени при предлежании плаценты (поворот на ножку, низведение ножки, метрейриз и пр.).

ДИАГНОЗ

Диагностика предлежания плаценты еще задолго до родов и в начале родов вполне возможна, если учитывать все симптомы этой патологии.

Появление в конце беременности или в самом начале родового акта повторных кровотечений свидетельствует о предлежании плаценты. Если при этом отмечается неправильное положение плода, а во время родов еще и первичная слабость родовых схваток, то это еще больше подкрепляет диагноз предлежания плаценты.

Для таких рожениц характерны явления общего малокровия и гипотонии, которые выражаются в общей слабости, головокружении и плохом самочувствии.

Содержание гемоглобина снижается до 50% и ниже, артериальное давление падает до 95/45 мм ртутного столба и ниже.

С целью диагностики предлежания плаценты уже с давних пор пользуются, кроме тщательного анамнеза и общего обследования, различными способами пальпаторного исследования.

К последним относятся наружные приемы ощупывания живота и влагалищное исследование. Наружное исследование обычно выявляет подвижность предлежащей части, причем характерным является и то, что предлежащая часть стоит высоко над входом в таз и неясно контурируется.

Заслуживает внимания указание ряда авторов на ощущение пастозности при пальпации предлежащей головки в случаях предлежания плаценты (М. Л. Выдрин, Р. А. Черток).

Влагалищное исследование может вызвать или усилить кровотечение, поэтому такое исследование необходимо производить только после предварительной подготовки всего необходимого к неотложной операции в связи с возможным усилением кровотечения.

При внутреннем исследовании все правила асептики и антисептики должны соблюдаться с особой тщательностью, так как пальцы исследующего врача могут притти в непосредственное соприкосновение с местом расположения плацентарной площадки. В связи с этим при выявлении в женской консультации (или на дому) беременной, у которой подозревается предлежание плаценты, следует, не производя влагалищного исследования, немедленно госпитализировать больную в родильный дом.

При поступлении в родильный дом беременная (роженица) должна быть сразу же тщательно обследована; в стационаре производится и влагалищное исследование.

При влагалищном исследовании точный диагноз (форма предлежания плаценты) может быть поставлен только при раскрытии зева не меньше чем на 3 поперечных пальца. При этом непосредственно над маточным зевом прощупывается характерная губчатая плацентарная ткань. Однако при сильном кровотечении выжидать открытия на

3 пальца опасно; в этих случаях нет необходимости в точном распознавании формы предлежания, так как тактика ведения родов определяется степенью кровотечения.

Некоторые авторы предлагают проводить влагалищное исследование только путем пальпации сводов и не вводить исследующий палец в цервикальный канал (Г. Г. Гентер, И. И. Яковлев).

При этом можно получить ощущение мягкой массы плаценты, лежащей впереди предлежащей части.

При полном предлежании плаценты через влагалищный свод прощупывается толстая масса плаценты, при частичном — более тонкий край плаценты (И. Л. Брауде).

Одновременно при пальпации сводов надо всегда стремиться определить предлежащую часть плода и степень ее подвижности.

При шеечной плаценте шейка матки неравномерно увеличивается за счет той стенки, в которую внедряется плацента; наружный маточный зев располагается эксцентрично, ближе к одной губе.

Чтобы при закрытом зеве подкрепить диагноз предлежания плаценты, необходимо исключить другие, редкие источники кровотечения. Сюда относятся шеечные полипы, варикозные узлы, рак шейки матки. Для этого необходимо осмотреть шейку матки и влагалище с помощью зеркал.

Если при этом будет установлено, что кровотечение не исходит ни из поверхности шейки, ни из влагалища, то остается еще исключить наличие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Такую диференциальную диагностику позволяют провести данные анамнеза и наружного исследования.

Можно еще пользоваться как подсобным и аускультативным методом диагностики выслушиванием маточных шумов в крупных сосудах на стороне прикрепления плаценты в нижнем маточном сегменте.

В последнее время для диагностики предлежания плаценты применяют также рентгенологический метод исследования (введение контрастной массы в мочевой пузырь и определение ширины щели между головкой и тенью мочевого пузыря). Этот метод имеет определенную практическую ценность, так как позволяет еще во время беременности диагносцировать вид предлежания плаценты и таким образом наметить соответствующую терапию. Однако везикография неприменима при неправильном положении плода, тазовом предлежании, а также при высоком стоянии головки плода над входом в таз.

Своевременное выявление, госпитализация беременной с предлежанием плаценты и диагностика предлежания плаценты (в стационаре) дают возможность предотвратить угрозу обескровливания, правильно выбрать способ родоразрешения и этим снизить материнскую и детскую смертность.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика предлежания плаценты связана с целым рядом мероприятий, которые могут снизить воспалительные заболевания половых органов женщин.

Правильно организованная борьба с абортами, правильное ведение родов, послеродового и послеабортного периодов профилактика гонорреи — все это способствует снижению частоты случаев предлежания плаценты.

Беременная, у которой появилось кровотечение из половых путей, должна быть немедленно направлена в стационар, где она должна соблюдать строгий постельный режим не только во время кровотечения, но и длительное время после того, как оно прекратится.

ТЕРАПИЯ

Терапия предлежания плаценты в настоящее время не может быть направлена только на то, чтобы сохранить жизнь матери. В этих условиях нужно обязательно учитывать и возможность сохранения жизни плода.

Вот почему при появлении кровотечения в последние месяцы беременности при полном отсутствии родовой деятельности лечение должно быть вначале консервативным.

Иногда достаточно бывает уложить беременную в постель (обязательно в стационаре) и назначить средства, успокаивающие сократительную деятельность матки (клизмы, в которые добавляют 8—10 капель опийной настойки и ставят 2—3 раза в день); в результате применения таких мероприятий кровотечение нередко прекращается и продолжает развиваться беременность, причем ее можно довести до такого срока, когда плод становится уже вполне жизнеспособным.

Очень редко первое кровотечение, наступившее во время беременности, бывает столь обильным, чтобы заставить врача прибегнуть к операции.

Кроме назначения постельного режима, нужно отрегулировать функцию кишечника, определить процент гемоглобина, произвести клинический анализ крови, определить группу крови и измерить артериальное давление, так как часто приходится прибегать к переливанию небольших количеств крови (150—200 мл) еще во время беременности.

Если же, несмотря на все эти мероприятия, кровотечение не только не остановится, но еще усилится и если, кроме того, появится родовая деятельность, то необходимо поставить вопрос об оперативном вмешательстве (в связи с общим состоянием больной и нарастанием клинических признаков малокровия).

Характер оперативного вмешательства зависит от общего состояния больной, от степени кровотечения и подготовленности родовых путей.

Терапия при предлежании плаценты в основном направлена по двум главным путям:

1) родоразрешение влагалищным путем;

2) родоразрешение посредством брюшностеночного кесарева сечения.

При небольшом кровотечении, особенно у повторнородящих, при частичном предлежании плаценты и регулярных схватках кровотечение прекращается и без всяких оперативных пособий вскоре после разрыва плодного пузыря и опускания предлежащей части. Если самопроизвольного разрыва плодного пузыря не происходит и кровотечение продолжается, то при раскрытии зева на два поперечных пальца следует разорвать плодный пузырь.

Разрыв плодного пузыря при предлежании плаценты рекомендуется производить пулевыми щипцами, так как вскрытие пузыря пальцем может вызвать дальнейшую отслойку плаценты и усилить кровотечение.

Воды при этом следует выпускать медленно во избежание выпа-

дения пуповины при подвижной головке. Этот метод очень прост и дает хороший эффект в отношении остановки кровотечения; кроме того, он менее опасен в смысле возможности внесения инфекции и дает малый процент детской смертности. Так, по данным Я. Н. Волкова, смертность детей в родах составляет 5,5%, по данным И. И. Яковлева, — до 10%, а смертность матерей — 0%.

Тем не менее эффективным этот метод может быть только при условии, если после вскрытия плодного пузыря разовьется хорошая родовая деятельность. Если же таковая не наступит, то предлежащая часть не будет тампонировать кровоточащий участок нижнего сегмента матки и разрыв пузыря не приведет к остановке кровотечения.

Если раньше в этих случаях применяли поворот на ножку по Брэкстон-Гиксу или вводили метрейринтер, то в настоящее время вместо этих операций пользуются методом наложения кожных щипцов на головку по А. А. Иванову (подробнее в главе «Оперативное акушерство»). В 1932 г. А. А. Иванов при первичной слабости родовых схваток наложил на кожу головки мертвого плода щипцы Мюзо и привесил к рукоятке щипцов груз в 300—400 г; схватки усилились, и через 4 часа родился плод.

В настоящее время многие авторы применяют этот метод для усиления родовой деятельности, а также для фиксации головки при предлежании плаценты (после разрыва плодного пузыря); в результате этого как материнская, так и детская смертность резко снизилась.

Этот метод применяла Ф. П. Патушинская (25 случаев), Я. И Русин (свыше 100 случаев, причем детская смертность у них снизилась до 6%), Осповат (25 случаев), С. О. Фельдман (4 случая) и многие другие. В клинике Харьковского медицинского института этот метод был применен в 51 случае частичного предлежания плаценты; материнская смертность выражалась 0%, детская смертность — 5%.

Эффективность метода зависит от правильного установления показаний. Так, он непригоден при косых и поперечных положениях плода, при ягодичном предлежании, при разгибательном типе головного предлежания.

Метод технически прост и может быть применен в случаях частичного предлежания плаценты для остановки кровотечения, а также для усиления родовой деятельности.

При частичном предлежании плаценты, поперечном и косом положении плода, при тазовом предлежании и при слабых схватках может быть применен и метрейриз.

Если раньше применяли и другие влагалищные операции (поворот по Брэкстон-Гиксу, тампонация влагалища), то в настоящее время, учитывая также интересы плода, следует предпочесть метод разрыва плодного пузыря и как дополнительный прием — наложение кожных щипцов по А. А. Иванову.

Поворот плода на ножку при неполном открытии маточного зева (так называемый поворот по Брэкстон-Гиксу) следует применять только на мертвом плоде или при нежизнеспособном плоде; при живом доношенном плоде от него следует отказаться ввиду огромной детской смертности (до 80%) и опасности для матери в смысле внесения инфекции и травмирования матки.

Нельзя не учитывать и печальных исходов при погрешностях в технике выполнения поворота (а также в связи со сложностью этой операции) — обширных разрывов, идущих до сводов, с повреждением крупных сосудов и возникновением массивного кровотечения.

Известны и отдельные случаи тяжелых разрывов шейки и тела матки после поворота на ножку по Брэкстон-Гиксу и последующих попыток извлечения плода при неполном открытии зева, что категорически противопоказано (см. главу «Оперативное акушерство»).

Каждый акушер обязан строго соблюдать правило, запрещающее производить извлечение плода после его поворота на ножку по Брэкстон-Гиксу (Н. Н. Феноменов).

Операция низведения ножки при тазовых предлежаниях и одновременном предлежании плаценты должна быть отвергнута ввиду огромной детской смертности и угрозы травматизации матери.

Что касается применения кольпейринтера, то в настоящее время им совершенно не пользуются, а для усиления родовой деятельности и постепенного и бережного раскрытия зева применяют метод наложения кожно-головных щипцов по А. А. Иванову.

Совершенно не следует пользоваться таким методом, как тампонация влагалища, которая может усилить кровопотерю, так как увеличивает отслойку плаценты; кроме того, она опасна и в смысле последующей инфекции.

В последнее время значительно возросло число сторонников кесарева сечения при предлежании плаценты, причем к нему прибегают при всех видах предлежания, учитывая общее состояние, степень кровотечения, а также подготовленность родовых путей.

Кесарево сечение показано при полном предлежании плаценты, а также и при других видах этой патологии, если кровотечение обильно при закрытой шейке матки, когда роженица резко анемизирована. В этих случаях нельзя терять времени и необходимо применить наиболее щадящий метод — кесарево сечение.

Кесарево сечение показано также при предлежании плаценты у старой первородящей или при его сочетании с какой-либо иной акушерской патологией, например, с относительной узостью таза, с поперечным положением плода и т. п.

Что касается выбора метода при операции, то большинство авторов является сторонниками классического кесарева сечения, так как при нем операция не связана с повреждением тех участков, где расположена плацента. При предлежании плаценты мы применяем также классическое кесарево сечение, между тем как при других показателях рекомендуем кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Все же можно сказать, что и при предлежании плаценты опытный акушер может производить кесарево сечение в нижнем сегменте матки.

Введение кесарева сечения в терапию предлежания плаценты значительно снизило и материнскую, и детскую смертность, особенно при полном предлежании плаценты. Однако необходимо учитывать, что эта операция имеет и ряд отрицательных сторон (угроза послеоперационных осложнений, разрыва матки по рубцу при последующих родах), поэтому она должна иметь свои строгие показания и отнюдь не применяться в тех случаях, когда можно ограничиться более консервативными влагалищными методами (подробнее см. в главе «Оперативное акушерство»).

Роды при редкой форме — шеечной плаценте (чаще — placenta isthmico-cervicalis) — представляют смертельную опасность для роженицы ввиду угрозы обильного кровотечения. Как только диагносцирована эта патология, единственным путем спасения больной является абдоминальное кесарево сечение (без попыток удалить плаценту!) и экстирпация матки.

После рождения плода опасность для матери не исчезает, так как случаи смерти от кровопотери наступают чаще всего после рождения последа или в последовом периоде. В этом периоде часто наблюдаются обильные кровопотери или в связи с травмой шейки, или в связи с плохой ретракцией того участка, где была прикреплена плацента.

Поэтому последовый период нужно вести консервативно — немедленно после рождения плода впрыскивают 1—2 мл питуитрина; если появляется кровотечение, необходимо осмотреть шейку матки с помощью зеркал, чтобы исключить возможность разрыва ее, и сейчас же, если нет признаков отслоения плаценты, перейти к ручному отделению последа.

После этого вновь вводят питуитрин и эрготин, чтобы вызвать сокращение матки.

В случаях гипотонии матки, которая часто бывает при предлежании плаценты, применяют все методы для остановки кровотечения.

При предлежании плаценты очень широкое применение находит переливание крови, к которому прибегают во время беременности, родов и после родов.

Рекомендуется переливание крови даже при незначительных, но длительных кровопотерях во время беременности, так как это предупреждает тяжелую анемизацию женщины. Количество переливаемой крови зависит от общего состояния больной и уровня артериального давления.

С профилактической целью сразу же после родов рекомендуется назначить пенициллин.

Длительность пребывания родильницы в стационаре обусловливается общим ее состоянием и необходимостью борьбы со вторичным малокровием. С особой тщательностью необходимо соблюдать при уходе правила асептики и антисептики, так как угроза развития послеродового инфекционного процесса у таких больных весьма велика.

В связи с патологическим течением родов и частыми оперативными вмешательствами длительность послеродового отпуска увеличивается до 56 дней.

2. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

При нормальном течении беременности и родов отслойка плаценты происходит в последнем (третьем) периоде родов.

Иногда отслойка плаценты возникает во время беременности или в первом и втором периодах родов, причем такая отслойка является преждевременной и сопровождается кровотечением. Нарушение связи происходит в спонгиозном слое децидуальной оболочки и ведет к накоплению крови и дальнейшему отделению плаценты от стенки матки.

Независимо от степени кровотечения в месте отслойки плаценты от стенки матки возникает гематома, которая оказывает давление на окружающие ткани (рис. 28).

Под влиянием такого давления происходит дальнейшая отслойка плаценты и нарушение целости ряда децидуальных сосудов, в силу чего ретроплацентарная гематома будет увеличиваться. При этом плацента выступает в полость матки и отдавливает плодное яйцо книзу. Гематома одновременно давит на стенку матки, растягивая ее, и образует выпячивающуюся в брюшную полость выпуклость.

В некоторых случаях растяжение стенки матки настолько значительно, что серозный покров матки не выдерживает этого напряжения и на нем образуются трещины и даже разрывы.

Не всегда отслойка плаценты дает такую картину внутреннего кровотечения, — в некоторых случаях отделение плаценты не ограничивается ретроплацентарной гематомой, а кровь распространяется дальше, достигает плодных оболочек, отслаивает их от стенки матки и доходит до внутреннего зева. С этого момента к внутреннему кровотечению присоединяется и наружное (рис. 29). При таком кровотечении усиливается отслойка плаценты и кровь изливается в большом количестве.

Рис. 28. Преждевременное отделение плаценты (ретроплацентарная гематома).

ПАТОГЕНЕЗ

Патогенез этой патологии до настоящего времени еще достаточно не выяснен. Некоторые авторы полагают, что преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты следует рассматривать как патологию, разыгрывающуюся в капиллярах, как проявление токсикоза беременности. Обширное кровоизлияние в матке и в других участках половой сферы возникает вследствие нарушения целости капилляров. Некоторые авторы приходят к выводу, что преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — проявление общего заболевания с преимущественным предрасположением к кровотечению в участках малого таза.

Рис. 29. Преждевременное отделение плаценты (к внутреннему кровотечению присоединилось наружное).

В. А. Покровский и Р. М. Осповат рассматривают эту патологию как проявление аллергической реакции.

В тяжелых случаях отслойки плаценты можно наблюдать кровоизлияния во всех органах половой сферы.

Такие кровоизлияния встречаются в стенке трубы, в строме яичника, в клетчатке широкой связки, в стенке матки, в ее субсерозном слое, который перерастягивается и разрывается, что может привести к кровоизлиянию в свободную брюшную полость.

Такая наклонность к обширным кровоизлияниям в различные органы послужила основанием для создания термина «маточно-плацентарная апоплексия».

Этиологическим фактором раньше считали эндометрит и травму. При этом отслойку относили за счет самых различных травм, как очень сильных (удар копытом в живот), так и незначительных (сильный кашель, половое сношение, акт дефекации и пр.). В настоящее время к оценке этиологического значения травмы подходят более осторожно и считают, что причины отслойки значительно сложнее.

Правда, нельзя исключить такие механические влияния, как чрезмерная короткость пуповины, поздний разрыв плодного пузыря, многоводие многоплодная беременность и пр. Общие заболевания, как пороки сердца, гемофилия, базедова болезнь, также играют роль в этиологии преждевременной отслойки плаценты.

Для огромного большинства случаев основным этиологическим фактором является токсикоз (нефропатия беременных) и нефрит.

По мнению большинства авторов, преждевременной отслойке плаценты предшествуют отеки, альбуминурия (в 60—80% всех случаев), гипертония или один из этих симптомов.

К самым тяжелым относят те случаи, когда имеются симптомы явного токсикоза беременности (нефропатия, эклампсия).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наблюдается редко — по данным ряда авторов, 0,12—0,18%.

В. А. Покровский и Р. М. Осповат на 11 500 родах наблюдали 8 случаев преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Г. Г. Гентер указывает, что чаще всего преждевременная отслойка плаценты наблюдается в первом периоде родов, реже — во время беременности и еще реже — в периоде изгнания.

Эта патология наблюдается чаще всего у многорожавших.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты различна в зависимости от степени тяжести заболевания.

К. Н. Рабинович и А. М. Фой дают следующее схематическое описание тяжелых форм.

1. Внезапное начало и быстрое развитие заболевания. Боли в животе, которые вскоре становятся нестерпимыми. Отсутствие регулярных схваткообразных болей.

2. Нарастающее длительное напряжение матки, делающее невозможным определение положения плода. Резкая болезненность живота при пальпации, вздутие живота.

3. Быстрая гибель плода, почти неизбежная в случаях, когда преждевременная отслойка произошла до начала родовой деятельности и если плацента отслоилась более чем на $^1/_3$ части ее прикрепления к стенке матки.

4. Выраженная резко прогрессирующая анемия со всеми характерными симптомами внутреннего кровотечения при незначительном наружном выделении крови.

В этих случаях, по К. К. Скробанскому, смертность матерей достигала 20%, а смертность детей — 100%. В настоящее время в связи с успехами в борьбе с токсикозами беременности это заболевание протекает благоприятнее, и материнская смертность значительно снизилась.

Смертность детей зависит от того периода, в котором возникает преждевременная отслойка плаценты: в период беременности поги-

бает 100% детей, в период раскрытия исход для детей несколько лучше, а в период изгнания наиболее благоприятен. Отслойка небольшого участка плаценты не сопровождается такой опасностью для матери и плода.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение должно быть направлено на быстрейшее родоразрешение. В тяжелых случаях, особенно до начала периода раскрытия, при грозных явлениях внутреннего кровотечения самым рациональным методом будет абдоминальное кесарево сечение.

Многие авторы не всегда ограничивались кесаревым сечением: обнаружив при вскрытии брюшной полости имбибированную кровью стенку матки и плохо сокращающуюся матку, заканчивали операцию надвлагалищной ампутацией матки (Л. Л. Окинчиц, В. А. Покровский и Р. М. Осповат, Д. Е. Шмундак).

Некоторые авторы во время операции кесарева сечения с целью проверить сократительную функцию матки вводят внутривенно питуитрин и в зависимости от эффекта сокращения матки или ограничиваются кесаревым сечением, или производят надвлагалищную ампутацию матки.

Г. Г. Гентер в тяжелых случаях рекомендует удалять матку вместе с плодом.

В. А. Покровский и Р. М. Осповат в 4 случаях применили кесарево сечение, в 2 случаях — надвлагалищную ампутацию, в 2 случаях — консервативную терапию. Эти авторы рекомендуют проводить операцию под местной анестезией.

Авторы приходят к выводу, что кесарево сечение не всегда следует проводить в случаях преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. В отдельных, нерезко выраженных случаях, особенно в периоде раскрытия, можно ограничиться разрывом плодного пузыря, что обусловит уменьшение объема матки и прекращение кровопотери, нормализует сократительную функцию матки и приведет к быстрому завершению родов.

В некоторых случаях для ускорения родов можно низвести ножку, а при полном раскрытии зева и наличии других условий наложить акушерские щипцы (если плод жив).

Коротко резюмируя, акушерскую тактику можно определить следующим образом: 1) при тяжелой картине внутреннего кровотечения во время беременности или в первом периоде родов — абдоминальное кесарево сечение с последующей ампутацией матки, если обнаружены очень резкие ее изменения; 2) во втором периоде родов — влагалищное родоразрешение, характер которого определяется состоянием плода, отношением предлежащей части к плоскостям таза и пр.; 3) при незначительной отслойке плаценты, не отражающейся ни на общем состоянии женщины, ни на плоде, роды заканчиваются самостоятельно.

После извлечения плода обычно сразу же рождается плацента с большим количеством кровяных сгустков и жидкой крови. При частичной отслойке плаценты на материнской ее поверхности можно обнаружить характерные тарелкообразные углубления, в которых сидят кровяные сгустки.

В случаях последующего гипотонического кровотечения следует подумать о возможности сдавления маточных артерий через своды влагалища и применить переливание крови.

3. ВЫПАДЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ (PROLAPSUS PLACENTAE)

От предлежания плаценты надо отличать выпадение плаценты (prolapsus placentae), когда плацента рождается из половых путей раньше плода. Это почти всегда сопровождается сильным кровотечением.

Г. Г. Гентер выпадением плаценты называет все те случаи, в которых нормально расположенная плацента, отслоившись, спускается в зев, во влагалище или же выходит наружу раньше плода, причем роды могут быть срочными или преждевременными.

Такие случаи выпадения плаценты наблюдаются чрезвычайно редко.

Если раньше считали, что выпадение плаценты может возникнуть только при предлежании ее, то в настоящее время уже имеется большое число наблюдений, доказывающих возможность выпадения нормально расположенной плаценты. В большинстве случаев это осложнение наблюдается у многорожавших и очень редко у первородящих. Так, по данным Г. Г. Гентера, из 27 случаев выпадения плаценты только в одном случае оно произошло у первородящей; такие же случаи у повторнорожавших описали Г. И. Гурьянов, М. С. Коган, З. Г. Можаровская.

Выпадение плаценты наблюдается не только при преждевременных, но и при срочных родах.

В этиологии подобных случаев прежде всего играет роль быстрое истечение большого количества вод при многоводии.

При этом возникает преждевременная отслойка нормально расположенной или предлежащей плаценты, которая и может родиться раньше плода, если предлежащая часть плода находится высоко или по какой-либо другой причине не закрывает входа в малый таз. Обычно плацента выходит после отхождения околоплодных вод, но в некоторых случаях рождаются одновременно плацента и ненарушенное плодное яйцо. Во всех случаях выпадения плаценты предсказание для плода неблагоприятно, так как он очень быстро погибает.

По данным Г. Г. Гентера, из 28 случаев выпадения плаценты только в 3 случаях дети остались живыми. П. П. Бахметьев описал случай выпадения двух плацент после рождения первого плода (из двойни); второй плод был извлечен живым путем срочной операции наложения акушерских щипцов.

Выпадение плаценты вследствие преждевременной отслойки ее создает угрозу гипотонического кровотечения; поэтому сразу же после извлечения плода (род операции определяется наличием живого или мертвого плода и его положением) необходимо принять меры для предупреждения гипотонии матки (питуитрин, пузырь со льдом на живот). При наличии малокровия показано переливание крови и профилактическое назначение пенициллина.

4. ОБОЛОЧЕЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ (INSERTIO FUNICULI UMBILICALIS VELAMENTOSA)

Во всех вышеописанных случаях кровотечения во время беременности или во время родов кровь теряет мать.

При разрыве пупочных сосудов вследствие плевистого прикрепления пуповины (insertio funiculi umbilicalis velamentosa) теряет кровь плод.

В этих случаях пуповина прикрепляется не к плаценте, а к плодным оболочкам; пуповинные сосуды на значительном протяжении проходят между водной и хориальной оболочкой, совершенно не защищенные вартоновым студнем. Если эти сосуды расположены в нижнем полюсе плодного пузыря, то в момент разрыва пузыря они также разрываются, возникает обильное кровотечение из родовых путей и плод очень быстро погибает от анемии. Если же во время разрыва плодного пузыря пупочные сосуды остаются неповрежденными, то опустившаяся предлежащая часть может прижимать их, что создаст угрозу гибели плода от асфиксии.

Диагносцировать такое оболочечное прикрепление пупочного канатика возможно при предлежании сосудов (vasa praevia), когда при вагинальном исследовании удается определить пульсацию сосудов.

Точно так же эту патологию можно заподозрить в случае возникновения кровотечения с момента отхождения вод и наличия асфиксии плода при хорошем в то же время состоянии матери.

В остальных случаях диагносцировать оболочечное прикрепление пуповины довольно трудно.

При предлежании плаценты кровотечение возникает еще во время беременности или в первом периоде родов. Состояние плода сразу не изменяется, но у матери наступает анемия, пульс ее становится частым и мягким, а при вагинальном исследовании прощупывается плацентарная ткань.

Если во время родов при исследовании обнаруживаются пульсирующие сосуды, проходящие в плодном пузыре, то надо попытаться сохранить его до полного раскрытия зева.

В этих случаях рекомендуется боковое положение роженицы; иногда пузырь сохраняется при введении кольпейринтера во влагалище.

При полном раскрытии зева нужно под наркозом разорвать плодный пузырь в участке, отдаленном от пульсирующих сосудов, а затем извлечь плод.

При разрыве же сосудов плод можно спасти только при быстром его извлечении путем той или другой акушерской операции в зависимости от имеющихся в данном случае условий.

ЛИТЕРАТУРА

Placenta praevia

Белошапко П. А., Лечение предлежаний плаценты. В кн.: «Сто пятьдесят лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР», т. II, изд. Центрального института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, Ленинград, 1947.

Брауде И. Л., Акушерство и гинекология, 1941, № 1.

Волков Я. Н. Акушерство и гинекология, 1936, № 12.

Галактионов А. И., Акушерство и гинекология, 1941, № 4.

Гинзбург М. М., Акушерство и гинекология, 1939, № 9.

Гольденберг С. М., Акушерство и гинекология, 1939, № 9.

Иванов В. И., Акушерство и гинекология, 1936, № 2.

Крупский А. И. (ред.), Акушерские кровотечения, Воронеж, 1939.

Малявинский В. М., Гинекология и акушерство, 1929, № 4.

Назарли С. К., Акушерство и гинекология, 1938, № 4.

Осповат Р. М., Акушерство и гинекология, 1941, № 9—10.

Патушинская Ф. П., Акушерство и гинекология, 1940, № 3—4.

Петров Н. И., Акушерство и гинекология, 1939, № 9.

Петров-Маслаков М. А., Акушерство и гинекология, 1941, № 4.

Рабинович К. Н. и Фой А. М., Борьба с мертворождаемостью в акушерском стационаре, Л., 1948.

Русин Я. И., Акушерство и гинекология, 1941, № 9—10.
Русин Я И. Акушерство и гинекология, 1946, № 2.
Соколовская С. М., Акушерство и гинекология, 1939, № 9.
Фельдман С. О., Акушерство и гинекология, 1940, № 10.
Цырульников М. Л., Акушерство и гинекология, 1937, № 1.

Separatio placentae normaliter insertae praematura

Гентер Г. Г., Преждевременное отслоение детского места. Диссертация, СПБ, 1913.
Окинчиц Л. Л., Из акушерской казуистики, Русский врач, 1912.
Покровский В. А., Осповат Р. М., Маточно-плацентарная апоплексия и ее терапия, Акушерство и гинекология, 1938, № 12.
Рабинович К. Н. и Фой А. М., Борьба с мертворождаемостью в акушерском стационаре, Л., 1948.

Prolapsus placentae

Бахметьев П. П., Извлечение второго плода живым после выпадения обоих нормально расположенных последов, Акушерство и гинекология, 1936, № 2.
Гентер Г. Г., Акушерский семинар, Л., т. 1, 1928.
Гурьянов Г. И., Выпадение последа, Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8.
Коган М. С. Случай первичного рождения последа при центральном предлежании последа и поперечном положении, Акушерство и гинекология, 1940, № 7—8.
Можаровская З. Г., Выпадение последа, Труды 1-й конференции акушеров-гинекологов Донецкой области (ред. К. Н. Жмакин), изд. Донецкого областного здравотдела, Сталино, 1935.

akusher-lib.ru

ГЛАВА IX

ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Проф. *В. А. Покровский*

Третий период родов хотя и является самым коротким, но чаще других периодов сопровождается серьезными осложнениями.

В акушерской практике установлено, что женщина после выделения последа должна оставаться в родовой комнате еще 2 часа; это правило связано с опасностью возникновения в эти часы кровотечений (в раннем послеродовом периоде). Первый час после выделения последа неотделим практически от родов; в это время могут наступить кровотечения, которые происходят в результате наступившего в родах разрыва шейки или в связи с задержанием дольки плаценты. Поэтому целесообразнее осложнения, возникшие в первый час после выделения последа, рассматривать вместе с таковыми третьего периода родов. В этой главе мы остановимся на кровотечениях, происходящих как до рождения последа, так и в течение первого часа после его выделения. Это оправдывается и тем, что методы терапии осложнений в этих периодах неотделимы друг от друга, а терапия последствий кровопотери одинакова.

ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД

Сейчас же после изгнания плода матка сокращается в своих размерах; стенки ее при этом резко утолщаются. Но в первый момент после рождения плода плацента остается еще прикрепленной к стенке матки; плодные оболочки, оставаясь прикрепленными к децидуальной оболочке, ложатся в складки. Лишь в результате следующих за изгнанием плода одной-двух схваток матки происходит отделение детского места.

В 75% родов отделение плаценты начинается «с центра», в остальных случаях оно начинается «с края». При отделении с центра образуется ретроплацентарная гематома и наружное кровотечение отсутствует; отделение плаценты с края сопровождается небольшим наружным кровотечением.

Отделившаяся от стенки матки плацента выталкивается в нижний маточный сегмент и частично во влагалище.

«Физиологическая кровопотеря» в третьем периоде. Ее величина определялась акушерами различно; так, еще недавно принято было считать кровопотерю в 500 мл за высшую границу физиологической кровопотери в родах.

Согласно этому положению, к норме должна относиться кровопотеря в родах в пределах 0,5—1% к весу тела, или 8—10% ко всей массе крови.

Столь большую кровопотерю нельзя уложить в рамки физиологического процесса; более точное измерение количества крови, теряемой в родах женщиной, показывает, что приведенная выше граница является завышенной и относится к патологическим родам.

Клинические наблюдения и точное определение потерянной в родах крови показывают, что величина кровопотери различна в зависимости от характера родов; при самопроизвольных родах она колеблется от 100 до 300 мл, в среднем составляя меньше 200 мл. Я. Ф. Вербов при проведении последового периода на корточках измерил кровопотерю у 110 рожениц, причем в 78,2% она колебалась от 100 до 200 мл.

При родах, осложненных родовой слабостью и законченных щипцами, кровопотеря обычно равняется 300 мл, а при кесаревом сечении доходит до 500 мл и больше.

Поэтому кровопотеря при нормальных родах не должна превышать 150—200 мл. Мы должны бороться за уменьшение потери крови каждой роженицей; при правильном ведении последового периода мы можем уменьшить кровопотерю по сравнению с теми «средними» цифрами, которые еще недавно считались «нормальными».

При нормальном течении родов кровопотеря в пределах 200—300 мл может не отражаться на общем состоянии роженицы и кровяном давлении, т. е. находится еще в пределах аккомодационной способности.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

В третьем периоде родов чаще, чем в первых двух, мы наблюдаем грозные осложнения в виде обильных кровотечений. Поэтому понятно, что в истории акушерства методы ведения последового периода привлекали внимание акушеров и менялись больше, чем принципиальные установки в отношении других периодов родов. Так, А. Н. Рахманов выжидал выхождение последа до суток при условии удовлетворительного состояния родильницы. А. Н. Рахманов рекомендовал прикладывать ребенка к груди, если выхождение последа долго задерживалось; метод длительного выжидания был проверен на большом числе родов, причем, по заявлению А. И. Лагутяевой на VII Всесоюзном съезде Общества акушеров и гинекологов, он «не несет в себе вреда».

Длительное выжидание (более 3 часов) отвергнуто большинством советских акушеров.

К. К. Скробанский правильно указал, что после родов женщина нуждается в отдыхе, при этом же методе она должна часами оставаться в родильной комнате.

Отдельные акушеры предлагали выделять послед и при нормальных родах потягиванием за пуповину, лишь несколько модернизируя этот старый способ (В. И. Роговин). Этот метод был осужден I пленумом Совета по родовспоможению Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР. Многочисленность методов выделения отделившегося последа стоит в связи с тем обстоятельством, что рождение последа нередко требует помощи врача или акушерки.

По данным Г. Г. Гентера, на 1 000 самопроизвольных родов послед родился самостоятельно лишь у одной трети рожениц. Поэтому в аку-

шерстве наблюдались периоды активного ведения последового периода в различных вариантах, сменявшиеся консервативным ведением.

Наше отечественное акушерство стояло и стоит на принципах консервативного ведения третьего периода. Консерватизм необходим до отделения последа от матки. После рождения плода врач должен наблюдать за роженицей, следить за тем, нет ли кровотечения, проверять высоту стояния матки, ее величину и форму. При этом всякий массаж матки противопоказан, так как он может лишь нарушить физиологический процесс отделения последа и его опускание во влагалище.

Отделение последа сопровождается изменением формы матки; дно ее становится более плоским, а затем матка поднимается. Очень большую ценность имеет следующий признак: надавливая ребром ладони над лоном, поднимая таким образом матку, наблюдают за пуповиной; в случае происшедшего отделения последа пуповина не втягивается; при неотделившемся последе пуповина втягивается.

Рис. 30. Выделение последа по способу Д. А. Абуладзе.

Если послед отделился, то нет оснований ждать его самостоятельного рождения, так как после рождения плода иногда самостоятельное рождение последа задерживается. Это может повести к излишней кровопотере.

Если на основании ряда признаков видно, что послед отделился, то вполне целесообразно закончить роды и ускорить процесс выделения последа из влагалищной трубки. Очень часто для этого оказывается достаточным приподнять голову роженицы и предложить ей потужиться. Если это не ведет к выделению последа, то следует прибегнуть к методу Д. А. Абуладзе (рис. 30): брюшную стенку захватывают обеими руками по средней линии в складку и предлагают женщине потужиться. Прием Абуладзе является бережным, но захватывание в складку брюшной стенки может быть для женщины неприятным и препятствует выработке хорошей потуги.

Г. Г. Гентер предложил следующий способ. Акушер становится сбоку от роженицы, лицом к ногам. Опорожняется мочевой пузырь; матка выводится на среднюю линию. Руки, сжатые в кулаки, кладут тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки в области трубных углов наискось; вначале слабо, затем постепенно усиливая, акушер надавливает на матку в направлении книзу и кнутри; роженица не должна тужиться. При этом послед медленно рождается из половой щели на подкладное судно.

В ряде случаев на основании клинического опыта в последовом периоде можно ожидать кровотечения. Сюда относятся роды, осложненные предлежанием детского места, затянувшиеся роды в результате родовой слабости, роды при многоплодии и многоводии. В этих случаях целесообразно ввести питуитрин (1 мл) сразу же после рождения плода. Так, А. А. Шепетинская приводит данные о 226 родах, проведенных с введением тотчас же после рождения плода питуитрина, и данные об аналогичной по численности группе рожениц, которым не вводился этот препарат.

Автор пришел к выводу, что применение питуитрина в нормальном последовом периоде ведет к сокращению срока отделения плаценты и уменьшению кровопотери. При этом методе уменьшается число выжиманий последа по Креде, а также число ручных обследований полости матки.

ПРИРАЩЕНИЕ И ПЛОТНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Хотя термин «приращение» детского места не соответствует сущности данной формы патологии родов, тем не менее это название твердо вошло в нашу практику.

Истинное приращение плаценты встречается очень редко (один раз на 10 000—20 000 родов). Редко встречается и более легкая форма — плотное прикрепление детского места. Чаще встречается неотделение плаценты, связанное с нарушениями в сократительной деятельности матки.

Наблюдается также задержка последа в результате ущемления его в шейке.

Подходя к этим формам с точки зрения их частоты, мы должны были бы начать с последних форм. Но мы позволим себе начать этот раздел с истинного приращения, которое встречается исключительно редко. Патологоанатомические изменения при этой форме очень демонстративны. Поэтому, исходя из картины этой патологии, мы сможем легче разобраться и в патогенезе других форм патологии последового периода.

Приращение плаценты когда-то связывали с воспалительными процессами в самом детском месте; при этом приращение объяснялось пропотеванием лимфы между маткой и плацентой с последующим свертыванием лимфы. Затем приращение плаценты объясняли гиперпластическими изменениями в отпадающей оболочке.

До сих пор в зарубежной литературе мы встречаемся с виталистической теорией о приращении плаценты в результате повышенной активности эпителиального покрова ворсинок.

В своей классической работе М. А. Колосов показал, что в основе приращения плаценты лежит «атрофия, полная или частичная, но всегда глубокая, отпадающей оболочки». Исследовав матку при приращении плаценты, М. А. Колосов писал: «Решительно нигде не удается открыть даже намеков на остатки маточных желез, так что говорить о губчатом слое отпадающей совершенно не приходится. В иных местах отпадающей совершенно нет, и тут ворсинки последа прилегают либо непосредственно к мышечной, либо к венозным синусам». Прорастания ворсинок в самую толщу мышечной ткани М. А. Колосов не наблюдал, хотя в поверхностных слоях мышечные волокна носили следы нерезко выраженного гиалинового перерождения. Ворсинки последа отклонений от нормы не представляли.

Истинное приращение плаценты является очень грозным осложнением; в прежнее время оно приводило к смертельному исходу. Мне лично пришлось гистологически исследовать матку роженицы, которая была оперирована по поводу эклампсии (наблюдение относится к 1929 г.); при операции было установлено полное приращение плаценты, исключающее возможность его ручного отделения, почему матка и была ампутирована (женщина поправилась).

При истинном приращении плаценты, как показывают исследования, мы имеем очень тяжелые изменения не только со стороны децидуальной

оболочки, но и в мышечном слое матки. В области истинного приращения плаценты мышечная стенка бывает резко истонченной (до 1 мм). На основании анамнестических данных у этих рожениц часто удается установить, что эти изменения в мышечном слое связаны с перенесенным в прошлом септическим метроэндометритом.

Истончение стенки может повести к разрыву матки с атипическим клиническим течением; подобный случай описал С. М. Клейн.

Приращение детского места нередко сочетается с предлежанием его. На это указывал еще Н. И. Побединский. В отдельных случаях при сочетании предлежания плаценты с приращением ворсинки могут проникать и в мышечный слой матки. Это наблюдал, в частности, И. В. Давыдовский.

Таким образом, при истинном приращении плаценты мы находим глубокие атрофические изменения в децидуальной оболочке, отсутствие губчатого слоя, изменения мышечного слоя в виде истончения и больших дегенеративных изменений. Эти изменения часто являются результатом перенесенных в прошлом тяжелых септических процессов и могут иметь место на большей или меньшей поверхности приращенной плаценты.

В случае плотного прикрепления детского места при ручном отделении его встречаются с большими трудностями, и плаценту приходится как бы отрывать кусками от стенки матки; нередко это наблюдается при предлежании плаценты.

Как приращение плаценты, так и плотное ее прикрепление встречаются обычно у повторнобеременных и повторнородящих, имевших в анамнезе септические заболевания и аборты. Наличие отягощенного акушерского анамнеза у этих рожениц позволяет и эти случаи связывать с атрофическими процессами в эндометрии.

Г. А. Соловьев указывал, что приращение детского места может быть очень большим и занимать чуть ли не половину всей внутренней поверхности матки. Большое по площади, но относительно тонкое детское место образуется в тех случаях, когда децидуальная оболочка развита слабо и ворсинки разрастаются главным образом в стороны.

Большой интерес, как научный, так и практический, имеет повторяемость плотного прикрепления детского места.

М. А. Колосов в своем докладе на II Всероссийском съезде Общества акушеров и гинекологов в 1907 г. указывал на характерную для приращения последа повторяемость ее (так называемую «привычность») у одной и той же женщины. Выступая в прениях по этому докладу, Г. А. Соловьев привел пример родов со смертельным исходом у женщины, у которой приращение последа повторялось пятый раз.

М. А. Колосов указывал, что приращение последа повторяется в 10%, по М. П. Рогову — в 2,5%. Необходимо отметить, что повторные случаи этой патологии могут наблюдаться только при так называемом плотном прикреплении плаценты, так как обнаружение истинного приращения плаценты требует радикального вмешательства (ампутации или экстирпации матки).

У роженицы, о которой говорил на II Всероссийском съезде акушеров Г. А. Соловьев, до последних родов наблюдалась в течение 7 лет аменоррея.

В этиологии плотного прикрепления имеют большое значение выскабливания матки. Роль абортов в патологии третьего периода была, в частности, показана А. А. Елисеевым на материале Воронежской акушерско-гинекологической клиники. Так, плотное прикрепление плаценты

у первородящих, имевших аборты, встретилось в 3,2% случаев, а у первобеременных — в 1,06%.

В связи с повторяемостью плотного прикрепления плаценты очень важным является предупреждение этой патологии путем борьбы с криминальным абортом и послеродовыми заболеваниями. На значение этой профилактики указывал в 1907 г. в своем докладе М. А. Колосов.

Каждая женщина, у которой было проведено во время родов ручное отделение последа, перед следующей беременностью должна подвергнуться интенсивному физиотерапевтическому лечению.

НЕОТДЕЛЕНИЕ И ЗАДЕРЖКА ПОСЛЕДА

Наряду с этими формами тяжелой патологии третьего периода, мы встречаемся с неотделением и задержкой детского места как у первобеременных, так и у повторнородящих, в анамнезе которых не имеется никаких указаний на те или иные заболевания.

У этих рожениц мы должны думать о функциональном нарушении последового периода.

Н. Н. Феноменов указывал, что задержка последа в матке может зависеть или от атонии матки, или от стриктуры в области кольца сокращения.

Мы рассматриваем неотделение последа или его задержку в полости матки, так как если послед находится уже во влагалище, то выделение его может быть легко осуществлено одним из вышеуказанных методов (Абуладзе, Гентера, Креде). Задержка (ущемление) плаценты может наступить в результате неправильного ведения последового периода. Преждевременное массирование матки ведет к ее сокращению; физиологический ход последового периода нарушается, восстановить его не удается и плацента ущемляется.

Последовый период нередко осложняется при двойнях; И. П. Лазаревич указывал на частое неотделение последа при родах мертвым плодом.

Мы можем иметь нарушение последового периода после наложения щипцов. Этиология неотделения последа в последних случаях лежит в той слабости родовой деятельности, которая привела к окончанию родов щипцами. Отделение последа может быть осуществлено лишь в результате нормальных сокращений матки; если они нарушены, то послед остается неотделенным.

Неотделение последа может наблюдаться и у первобеременных. По наблюдениям А. Л. Козодой-Вайнерос, проведенным в Хабаровской акушерско-гинекологической клинике, ручное отделение последа и ручное обследование матки были произведены у первобеременных в 27,5% и у повторнобеременных в 72,5% (по отношению к числу этих операций). У первобеременных этиологическим моментом нарушения последового периода часто является инфантилизм. Обычно при этом причину видели в недостаточном развитии децидуальной оболочки; эту возможность отрицать нельзя, но в основном нарушение последового периода при инфантилизме зависит от недостаточной сократительной деятельности матки, которая обусловливает так часто наблюдающуюся первичную слабость родовой деятельности.

Из других причин неотделения последа следует указать на миомы матки, а также на расположение детского места в области трубного угла.

ТЕРАПИЯ НЕОТДЕЛЕНИЯ И ЗАДЕРЖКИ ПОСЛЕДА

Если по всем признакам послед отделился и уже спустился в нижний отдел родовой трубки, то он может быть выделен одним из указанных выше методов (Абуладзе, Гентера). Если послед еще не отделился, то при отсутствии кровотечения врач может выжидать до 2 часов; после этого нужно приступать к выделению последа. Если в последовом периоде у женщины начинается кровотечение, превышающее 150—200 мл, то врач также должен приступать к выделению последа.

Можно ли при неотделившемся последе применить метод Креде? Некоторые акушеры считают это опасным, поскольку грубое разминание матки, по их мнению, может повести к послеродовым заболеваниям и другим осложнениям. По данным А. Ю. Лурье, метод Креде ухудшает течение послеродового периода в тех случаях, когда за ним следует ручное отделение последа. Но А. Ю. Лурье указывает, что метод нередко дает хорошие результаты и избавляет от ручного вмешательства. Другие авторы рекомендуют в этих случаях приступать непосредственно к ручному отделению последа. Действительно, ручное отделение последа не ведет в современных условиях к значительному повышению послеродовой заболеваемости; тем не менее наши отечественные акушеры, стоя на принципах бережного родоразрешения, всегда стремились ограничивать число вхождений рукой в матку. Поэтому нужно считать применение метода Креде вполне оправданным. Применение этого метода показано и потому, что в определении неотделения последа все же бывают ошибки.

Отказ от метода Креде должен повести к увеличению числа иногда напрасных ручных выделений последа. Каждая акушерка, как и врач, должна уметь применять этот прием, так как при правильной методике он может уберечь женщину от больших кровопотерь. Мочевой пузырь должен быть опорожнен катетером; затем акушер, стоя с левой стороны роженицы, должен вывести матку на среднюю линию и легким массированием вызвать ее сокращение. После этого матку захватывают всей рукой так, чтобы большой палец лежал на ее передней поверхности, а остальные пальцы — на задней, и затем ладонью производят давление по направлению к малому тазу. Если послед находится в нижнем отделе родовой трубки, то он легко рождается. На VII Всесоюзном съезде гинекологов и акушеров К. К. Скробанский правильно подчеркнул, что выжимание последа не должно производиться грубо; К. Н. Жмакин указывал, что грубое выжимание последа повышает частоту задержки оболочек и долек плаценты.

Н. Н. Феноменов считал безопасным при выжимании последа одновременное умеренное влечение его за пуповину. На VII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов этот метод был вновь предложен В. В. Строгановым. Однако в случае его применения может произойти такое грозное осложнение, как выворот матки; метод потягивания за пуповину следует категорически отвергнуть; при неудачном применении метода Креде следует перейти к ручному отделению последа (см. главу «Оперативное акушерство»).

В 1828 г. в «Вестнике естественных наук и медицины» была опубликована работа Делоне «О полезности впрыскивания уксуса через пуповину в послед при замедленном его отделении». Метод Габасту является видоизменением способа Делоне и состоит во введении большим шприцем через пупочную вену в плаценту подогретого стерильного физиологического раствора в количестве 300 мл и более. В последнее время

П. В. Маненков рекомендует применять модифицированный метод, причем в плаценту вводит стерильный 0,45% раствор квасцов (Aluminis crudi) температуры 39°. После дезинфекции конца пуповины в вену вводят 300 мл раствора, после чего на пуповину накладывают зажим. По данным П. В. Маненкова, этот метод прост, эффективен и безопасен.

Метод введения различных растворов через пупочную вену не нашел широкого распространения в наших родовспомогательных учреждениях. Сдержанное отношение к этому способу в первую очередь объясняется тем, что при начавшемся в последовом периоде кровотечении целесообразно возможно быстрее выделить плаценту; этим самым уменьшается кровопотеря у женщины. Поэтому применение этих методов нецелесообразно.

ГИПОТОНИЧЕСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечения после выделения последа могут быть обусловлены рядом причин, а именно:

1) разрывом, в первую очередь шейки матки;
2) задержанием дольки плаценты;
3) гипотонией матки.

Разрывы шейки матки могут дать профузные кровотечения.

Кровотечения в связи с задержкой целой дольки плаценты или даже небольшого участка плацентарной ткани встречаются не так редко. Каждому акушеру приходилось по поводу сильного кровотечения производить ручное обследование матки и наблюдать, как после удаления из матки кусочка плаценты кровотечение тотчас прекращается.

С другой стороны, в акушерской практике мы встречаемся и с такими случаями, когда роды протекают с «физиологической» кровопотерей, родильница выписывается на 9-й день послеродового периода в хорошем состоянии, а затем на 15—16-й день поступает снова с сильным кровотечением. По поводу последнего производится выскабливание, при котором удаляют кусочки плацентарной ткани. Такие поздние послеродовые кровотечения являются чаще всего результатом недиагносцированной задержавшейся дополнительной дольки плаценты. Клиническое течение этих случаев показывает, что не всегда при задержке дольки плаценты кровотечение возникает в первые же часы после родов. Н. Н. Феноменов решающую роль в происхождении кровотечений в первые часы после родов отводил недостаточному сокращению матки; в возникновении этих кровотечений он не придавал особого значения задержке остатков плаценты.

Поздние послеродовые кровотечения показывают, что действительно задержка частей плацентарной ткани в первые дни послеродового периода может клинически не проявиться. Возвращение родильницы в родильный дом с поздним кровотечением говорит о недостаточно тщательном осмотре детского места. Эти кровотечения ведут к резкой анемии родильницы и опасны в отношении присоединения инфекции.

После родов надо всегда тщательно проверять целость детского места; даже в родильных отделениях, не имеющих круглосуточного дежурства врачей, каждый послед должен осматриваться врачом.

Если после родов кровотечение превышает физиологические размеры, еще раз должна быть проверена целость последа. Были предложены различные способы проверки целости плаценты, как-то: наливка в нее через пуповину молока, воздушная проба и др. Практически наибольшее значение имеет внимательный осмотр плаценты; для этого

необходимо разложить детское место на ровной поверхности и внимательно осмотреть все дольки. Затем проверяют на свет оболочки по краю детского места. Этот осмотр позволяет иногда обнаружить обрывающийся в оболочке сосуд, что заставляет подумать о задержавшейся добавочной дольке плаценты.

Если при осмотре детского места возникают сомнения в его целости, а у роженицы начинается кровотечение, то необходимо немедленно произвести обследование полости матки. Если целость плаценты вызывает сомнение, а кровотечения нет, то и в этом случае следует произвести ручное обследование полости матки. Этот вопрос в 1934 г. обсуждался Ленинградским научным акушерско-гинекологическим обществом, которое высказалось за необходимость обследования полости матки при сомнении в целости плаценты.

Ряд акушеров при подозрении на задержку кусочков плацентарной ткани рекомендует производить не ручное обследование матки, а инструментальный контроль полости матки (выскабливание). Горячим защитником этого метода выступал М. Л. Выдрин. Выскабливание после родов производится специальной кюреткой с длинной ручкой и широкой петлей. М. Л. Выдрин рекомендовал производить выскабливание не только при дефекте плаценты, но и при так называемых «атонических» кровотечениях (см. главу «Оперативное акушерство»).

В Хабаровской акушерско-гинекологической клинике Р. М. Осповат проверила эффективность этого метода у 86 родильниц с кровотечением после рождения последа. Полученные соскобы (34) были подвергнуты гистологическому исследованию. При этом в 17 соскобах были найдены ворсинки, а в 17 — лишь децидуальная ткань. Ворсинки были обнаружены при дефектах плаценты и в тех случаях, в которых детское место при осмотре оценивалось как «сомнительное». Децидуальная ткань была найдена в соскобах родильниц, в плацентах которых на материнской поверхности отмечалась шероховатость. Децидуальная ткань в соскобах была обнаружена и при атонических кровотечениях.

М. Л. Выдриным и Л. И. Рахманчик опубликованы клинические наблюдения выскабливания матки после родов, охватывающие 2 261 роды. Выскабливание матки после родов применялось в Минской акушерско-гинекологической клинике в 6,6% к числу срочных родов; этот процент значительно превышает обычную частоту контроля матки.

Метод выскабливания подкупает тем, что при нем операция может быть произведена более асептично. Многие акушеры, в частности, К. К. Скробанский, считают, что в большой послеродовой матке ручное обследование дает бо́льшую гарантию удаления всех обрывков плацентарной ткани. Опубликованы также материалы (В. И. Тайгро), свидетельствующие о небезопасности этой операции.

Что должен делать врач при задержке оболочек? Большинство акушеров считает, что при задержке плодных оболочек удалять их не следует, так как они отходят самостоятельно через несколько дней. Л. Н. Семенова (Воронежская акушерско-гинекологическая клиника) изучала течение послеродового периода у 212 родильниц с оборвавшимися и задержавшимися оболочками и у 300 женщин, не имевших дефектов оболочек. При этом выявилось, что в группе родильниц, у которых имелась задержка плодных оболочек, септических заболеваний не было, лишь у одной из них наблюдалось позднее кровотечение, однако в послеродовом периоде этой группы отмечалось значительное увеличение числа родильниц с субфебрильной температурой (до 37,4%); число родильниц этой группы, имеющих в послеродовом периоде нормальную

температуру, было меньше, чем в другой группе. В связи с этим пребывание в родильном доме группы родильниц с оборвавшимися и задержавшимися оболочками удлинялось; в 27,3% этой группы оно превышало 8 суток.

Хотя задержка оболочек и не играет роли в патогенезе тяжелых послеродовых заболеваний, но она ведет к повышению числа легких послеродовых эндометритов. Поэтому при выделении последа необходимо предупреждать задержку оболочек. При обрыве оболочек, при полной их задержке и кровотечении показано ручное их отделение (см. главу «Оперативное акушерство»).

Кровотечение при задержке кусочка плаценты обусловлено недостаточным сокращением маточной мускулатуры; задержка дольки плаценты может зависеть не только от тех или иных изменений в децидуальной оболочке, но и от нарушения сократительной деятельности матки.

Гипотоническое кровотечение может возникнуть и при полном выделении последа; оно обусловливается расслаблением маточной стенки. Г. Г. Гентер предложил говорить не об атонических, а о гипотонических кровотечениях, так как при этом имеет место не полное исчезновение тонуса матки, а лишь бо́льшая или меньшая степень его понижения. А. П. Николаев считает, что атония матки может зависеть от гиперпродукции ацетилхолина, ведущей не к возбуждению, а к параличу матки, или от избыточной продукции холинэстеразы, или от разрушения симпатина. Нарушения сократительной деятельности матки зависят от изменений в возбудимости нервнорефлекторного аппарата матки.

Нередко недостаточность сократительной деятельности матки проявляется как в периоде раскрытия, изгнания, так и в последовом периоде, и в первый час после родов.

Гипотонические кровотечения наблюдаются при инфантилизме в сочетании с первичной родовой слабостью. Мы наблюдаем эти кровотечения нередко при многоводии, многоплодии, после оперативных родов, особенно после щипцов. В этих случаях патологическая сократительная деятельность обычно имеет место как в родах, так и тотчас после их окончания.

При гипотонических кровотечениях матка расслабляется, увеличивается, дно ее поднимается. После массажа из нее выдавливаются большие сгустки крови. Но после этого матка снова «распускается»; в течение 5—10 минут женщина может потерять большое количество крови.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

О методике профилактики кровотечений как в последовом периоде, так и непосредственно после родов было сказано выше. Лечение гипотонических кровотечений имеет очень большое значение в акушерской практике. Прежде всего в этих случаях необходимо исключить разрыв шейки и проверить еще раз целость плаценты. После этого начинают последовательно применять имеющиеся в распоряжении акушера средства борьбы с гипотонией матки.

Ниже приводятся различные методы борьбы с кровотечением; необходимо и очень важно подчеркнуть, что выбор методов и их последовательность обусловливаются прежде всего реакцией организма на кровопотерю, так как, в зависимости от исходного состояния беременной (роженицы), эта реакция может быть очень грозной даже при незначительной кровопотере.

Прежде всего делают массаж матки в виде легкого поглаживания ее дна; после того как стенка матки станет несколько плотнее, приступают к выжиманию сгустков приемом Креде. Выжимание сгустков способствует повышению тонуса матки, но и после этого массаж некоторое время продолжается.

Для борьбы с гипотоническим кровотечением рекомендуется следующий прием (после предварительного опорожнения мочевого пузыря). Женщине придают положение с приподнятым тазовым концом; акушер становится с левой стороны родильной кровати, захватывает левой рукой матку над лоном в области нижнего сегмента и, насколько возможно, приподнимает матку вверх, тем самым придавливая и ее сосуды. Пальцами другой руки легкими поглаживаниями производят массаж матки. Натяжение матки вверх, как показывают наблюдения при операциях, ведет к остановке кровотечения.

Из медикаментозных средств подкожно вводят эрготин и питуитрин. Если гипотоническое кровотечение, несмотря на принятые меры, продолжается, необходимо произвести ручное обследование матки. Пока акушер подготовляет руки к ручному обследованию матки, ассистент кулаком прижимает аорту. Прижатие аорты производится правым кулаком, причем левая рука обхватывает другую руку в области запястья и усиливает давление на аорту. Наложение жгута (по Момбургу) с целью сдавления аорты следует отвергнуть ввиду угрозы повреждения при этом методе органов брюшной полости. При ручном обследовании матки удаляют сгустки из ее полости, что ведет к ее сокращению. Рекомендуемый в сочетании с ручным обследованием матки «массаж на кулаке» является приемом грубым, который может повести к углублению шока. Само по себе ручное обследование матки является сильным механическим раздражителем, обычно вполне достаточным для поднятия тонуса матки.

Вопрос о тампонации матки после родов решался различно. Д. О. Отт в свое время возражал против этой манипуляции, считая, что введенный в матку тампон мешает сокращению матки. Тампонация матки после родов ведет к повышению послеродовой заболеваемости и не может быть рекомендована (так же как и применение тампона с эфиром). Не следует рекомендовать промываний матки горячей водой или дезинфицирующими растворами.

Для случаев, не поддающихся терапии, Генкель предложил наложение крепких зажимов по бокам шейки. Для этого после опорожнения мочевого пузыря захватывают влагалищную часть шейки пулевыми щипцами и оттягивают ее вниз и в сторону. Затем на боковой свод перпендикулярно к ребру матки накладывают крепкие щипцы Мюзо. То же делают и на противоположной стороне. Для того чтобы избежать повреждения мочеточников, И. Э. Тиканадзе рекомендует накладывать на своды не щипцы Мюзо, а кишечные зажимы. Этот способ может быть применен в исключительных случаях.

Как последнее средство борьбы с атоническим кровотечением рекомендуется экстирпация матки. К сожалению, мы не имеем точных показаний к этой операции. При расширении показаний к ней матка может быть удалена напрасно, если же прибегать к операции лишь как к последнему героическому средству, то в этом случае родильница находится уже в состоянии, близком к агонии, и большая операция лишь ускоряет смертельный исход. Возникает сомнение, не была ли бы спасена женщина, если бы не производилась эта тяжелая операция. В практике наших советских родовспомогательных учреждений показания к этой операции возникают очень редко.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ КРОВОПОТЕРЯХ

В своих классических трудах по кровообращению И. П. Павлов показал, что сосудистая система обладает «аккомодационной способностью». И. П. Павлов установил, что при различных состояниях организма артериальное давление стойко удерживается на своих нормальных цифрах. Он писал: «...при диспноэ, апноэ, переливании крови и кровопускании, конечно если они не перешли известного предела, среднее кровяное давление значительно отклоняется от нормы лишь тогда, когда блуждающие нервы анатомически или физиологически парализованы»[1].

И. П. Павлов показал, что кровопускание, равное 1,5% веса тела, лежит вполне в пределах действия аккомодационной способности. Определенная высота артериального давления является одной из констант организма. Эта способность осуществляется через нервнорефлекторные механизмы. Аккомодационная способность зависит во многом от богатой сети интерорецепторов сосудистой системы.

Но в связи с аккомодационной способностью в организме удерживается нормальный уровень кровяного давления лишь в том случае, если кровопотеря не превышает определенного предела; в противном случае наступает падение кровяного давления. Экспериментируя на собаках, Верекундов в лаборатории В. В. Пашутина в 1888 г. установил, что при кровопускании, равном 20% массы крови, давление восстанавливается через 23 минуты, при кровопотере в 25% — через 8 часов, а при кровопотере в 30% — лишь на вторые сутки. При острой кровопотере кровяное давление падает не параллельно массе потерянной крови. Исследованиями Верекундова было установлено, что кровяное давление падает уже до $^1/_4$ исходного уровня еще на много раньше, чем потеря крови достигает половины ее массы. При кровопотерях, превышающих $^2/_3$ всего количества крови, кровяное давление падает до нуля.

Поэтому чрезвычайно важно оценить тяжесть кровопотери и ее фазу. Быстрый эффект в одном и неудача в другом случае при одной и той же терапии зависят от того, в какой фазе начата терапия. И. Р. Петров предлагает выделять следующие фазы.

Первая фаза — фаза компенсированной кровопотери, когда появляется бледность кожных покровов, тахикардия, небольшая одышка, но кровяное давление не падает.

Вторая фаза — фаза декомпенсированной кровопотери. Кровяное давление, в зависимости от величины кровопотери и аккомодационных способностей данного организма, падает до большего или меньшего уровня.

При декомпенсированной фазе кровопотери наступает сначала возбуждение, а затем угнетение центральной нервной системы.

Понижение кровяного давления и изменение состава крови оказывают действие на рецепторы рефлексогенных зон сосудистой системы. Это ведет к тахикардии, которая нередко держится в течение нескольких дней. В связи с этим развивается также одышка.

К острой анемии особенно чувствительны пирамидные клетки коры головного мозга. Более стойки к кислородному голоданию филогенетически более древние образования — стволовой отдел, продолговатый и спинной мозг (И. Р. Петров).

---

[1] И. П. Павлов, Статьи по физиологии кровообращения и нервной системы, Полное собрание сочинений, изд. 2-е, I, 1951, стр. 199.

При острой кровопотере родильница погибает от нарушения функций центральной нервной системы. Функции коры при кровопотере начинают страдать рано (И. Р. Петров). Мы наблюдаем при этом те же клинические картины, которые Шогем описывает при анемических шоках у раненых. При этом наступает сновидное помрачение сознания, начинающееся с сонливости, в дальнейшем развивается глубокое оглушение, сопор и кома. В ЦИАГ Л. Н. Гранат были проведены исследования изменений моторной и сензорной хронаксии при кровопотере. При увеличивающейся кровопотере реобаза нарастала (до 160—170 вольт). Параллельно с общим улучшением состояния женщины происходило уменьшение реобазы. Сензорная хронаксия в случае кровопотери вначале была в пределах обычных цифр; по мере нарастания степени обескровливания сензорная и моторная хронаксия прогрессивно увеличивалась (Г. Д. Дерчинский).

При исследовании крови (эритроцитов и гемоглобина) тотчас после кровопотери больших изменений не обнаруживают. К. Я. Скуя в Воронежской акушерско-гинекологической клинике проследил гематологические сдвиги после острых кровопотерь у 34 женщин, из них у 11 родильниц после атонических кровотечений. Автор установил, что лишь в последующие 2—3 дня наступает падение числа эритроцитов и процента гемоглобина; это является результатом поступления в сосудистую систему плазмы, что ведет к разжижению крови. Истинное представление об анемизации родильницы дает анализ крови, произведенный на 3-й день после родов; с 5—6-го дня постепенно начинается регенерация крови.

Кровопотеря ведет к значительному изменению обмена веществ. В лаборатории В. В. Пашутина Кандоратский еще в 1882 г. установил, что после кровопотери, судя по выделению мочевины, повышается белковый метаморфоз. При кровотечениях потеря жидкости происходит не только в результате потери крови, но и в результате перспирации; поэтому эти родильницы испытывают такую сильную жажду. В крови снижаются хлориды, фосфор, но повышается калий.

При смертельной острой кровопотере и связанном с ней коллапсе мы находим значительные изменения во внутренних органах. В сердце наблюдаются кровоизлияния под эндокардом (пятна Минакова). Могут наступить изменения в гипофизе — некрозы как результат эмболии и тромбоза. После тяжелых кровопотерь у женщин в дальнейшем развиваются иногда симптомы, связанные во многом с недостаточностью гипофиза (аменоррея, потеря волос) и тяжелые дегенеративные изменения в почках, иногда в форме некроза коркового слоя обеих почек. Эти изменения могут наступать в результате резкого спазма сосудов с последующим тромбозом. К этим же изменениям может привести падение кровяного давления с резким замедлением кровотока.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ АНЕМИЕЙ

Опыт показывает, что решающим при лечении больных с острой анемией являются два условия: 1) остановка кровотечения и 2) раннее начало терапии острой анемии, развивающейся в связи с кровопотерей.

Острая анемия легко поддается терапии в начале ее развития; чем ниже падает кровяное давление, тем глубже нарушения в центральной нервной системе, в обмене веществ, тем труднее происходит восстановление нарушенных функций. Наконец, за известным пределом нарушения становятся столь тяжелыми, что кровопотеря переходит в необратимую фазу, из которой организм не может быть выведен.

Поэтому в каждом родильном отделении все должно быть предусмотрено для ранней терапии острого малокровия. У каждой беременной и роженицы при поступлении в стационар должна быть определена группа крови; в каждом родильном доме должна иметься «дежурная» консервированная кровь, а в сельской больнице — та или иная кровозамещающая жидкость. Весь врачебный и средний персонал акушерского учреждения должен хорошо владеть методикой переливания крови.

При каждом кровотечении в родах необходимо иметь объективные показатели степени наступившей острой анемии; в первую очередь должно быть определено артериальное давление. При этом важно повторное, а не однократное измерение артериального давления. Необходимо наблюдать за изменением артериального давления под влиянием терапевтических воздействий. Падение максимального кровяного давления ниже 100 мм указывает на наступившее нарушение в гемодинамике. При падении максимального давления до уровня 90—70 мм мы наблюдаем острую анемию, по тяжести соответствующую второй степени шока. При снижении максимального кровяного давления ниже 60 мм имеется тяжелый коллапс, соответствующий по тяжести шоку третьей степени.

Конечно, уровень кровяного давления является лишь одним из показателей тяжести происшедших изменений. В отдельных случаях и при тяжелом шоке кровяное давление может быть лишь незначительно снижено. Нужно помнить о выделенной Э. А. Асратяном переходной фазе шока; наступающее при ней некоторое повышение артериального давления вскоре может смениться развитием вторичного шока с резким снижением артериального давления.

При острой кровопотере определение кровяного давления быстрее других методов дает нам представление о нарушениях аккомодационной способности организма.

Первым условием успешной борьбы с анемией является создание для родильницы спокойной обстановки. Острая кровопотеря влияет прежде всего на центральную нервную систему. Кандоратский указывал, что главную роль в смертельном исходе при острой анемии играет поражение «сосудодвигательной нервной системы и центра ее», что «точка зрения с обращением главного внимания на нервную систему имеет и практическое значение при обсуждении тех мер, которые следует принимать при постели анемичного больного».

Эти установки, основанные на взглядах В. В. Пашутина, созвучные с учением И. П. Павлова, отвечают и нашим современным принципам. Поэтому в родовой комнате, особенно при наличии в ней родильницы с острой анемией, должна соблюдаться полная тишина, не должно быть никакой суеты, персонал должен работать четко, планомерно.

Важным мероприятием в терапии острой анемии у родильницы является придание последней определенного положения. Влияние изменения положения тела на сердечно-сосудистую деятельность изучалось еще основоположником отечественной патофизиологии В. В. Пашутиным.

Переход тела из горизонтального положения в вертикальное, как правило, сопровождается ускорением пульса. Специальные исследования последнего времени показали, что при вполне компенсированной кровопотере перевод тела из горизонтального положения в приподнятое (с углом в 75° к горизонтальному) ведет к некоторому ускорению пульса, но не снижает кровяного давления, при кровопотере же, равной

14—20 мл на 1 кг веса тела, перевод в такое положение ведет к обморочному состоянию (синкопе).

Развитие обморочного состояния уже при горизонтальном положении родильницы указывает на большую кровопотерю. Эти данные, конечно, являются лишь ориентировочными, так как известно, насколько различна реакция на кровопотерю у отдельных индивидуумов.

В практической деятельности мы можем и должны судить о величине кровопотери и реакции на нее при горизонтальном положении родильницы.

Еще недавно анемизированной родильнице придавали положение с низко опущенным головным концом и высоко поднятым ножным концом. Нет никакого смысла располагать кровать родильницы под углом в 30—45° к горизонту.

Для успешной борьбы с анемией родильнице необходимо придать удобное ей положение; достаточно из-под головы вынуть подушку и немного приподнять ножной конец кровати.

Основным методом в борьбе с острой анемией является переливание крови. Трансфузия должна быть начата тотчас же, как только кровопотеря превышает границы «физиологической» кровопотери. Обязательным показанием к переливанию крови является снижение максимального кровяного давления ниже 100 мм. Чем больше кровопотеря, тем бо́льшая трансфузия крови должна быть сделана. Желательно переливание одногруппной крови; в экстренных случаях может быть перелита кровь универсального донора. При тяжелой острой анемии и обусловленном ею коллапсе трансфузия должна быть массивной т. е. должно быть перелито подряд несколько ампул крови. Общее количество переливаемой крови 1 000—1 500 мл. Опыт Великой Отечественной войны показал, что по жизненным показаниям могут производиться трансфузии крови в размерах 2—3 л (В. И. Сапожников). При переливании таких больших количеств крови рекомендуется первые полтора литра крови переливать обычным путем, а затем переходить на капельный метод.

В отдельных случаях женщина после смертельной кровопотери, несмотря на принятые меры, переходит в стадию агонии. При этом состоянии внутривенным введением крови обычно уже не удается спасти ей жизнь. В. А. Неговским разработана специальная методика борьбы с умиранием организма путем артерио-венозного нагнетания крови и путем проведения искусственного дыхания с помощью особых аппаратов.

В акушерстве значительный интерес приобрело открытие нового антигена крови — резус-фактора. Наибольшее значение в этом вопросе имеет эритробластоз новорожденного. Исследования, проведенные В. И. Сапожниковым и М. А. Умновой, показывают, что осложнения при трансфузии крови матерям с резусотрицательным фактором встречаются крайне редко и опасность переливания крови во время беременности, в родах и после них является практически незначительной.

Переливание крови в родах имеет большое значение не только как средство борьбы с явлениями острого малокровия, но и как мера профилактики послеродовых заболеваний. Роль анемизации родильниц в патогенезе септических заболеваний клинически твердо установлена; экспериментально значение этого момента было подтверждено Г. Д. Дерчинским. Поэтому нужно считать вполне обоснованным предложение после каждого ручного отделения последа или обследования матки производить трансфузию крови.

При острой анемии и отсутствии консервированной крови могут быть применены апробированные кровозамещающие жидкости (трансфузин ЦИПК Н. А. Федорова, раствор ЛИПК И. Р. Петрова) или плазма. Введение физиологического раствора может оказать некоторую пользу лишь при внутривенном введении. При этом эффект его кратковременный. Нужно учитывать, что внутривенное введение хлористого кальция при острой анемии противопоказано, поскольку хлористый кальций понижает возбудимость дыхательного центра.

В послеродовом периоде при анемии у родильниц показано профилактическое применение пенициллина (по 400 000—500 000 единиц в сутки в течение 3 суток), а также повторные трансфузии крови.

Женщине, перенесшей острую кровопотерю в родах, должен быть выдан удлиненный отпуск после родов (на 56 дней).

ВЫВОРОТ МАТКИ

К тяжелым осложнениям третьего периода родов относится выворот матки. При правильно оказываемой акушерской помощи выворот матки не должен наблюдаться. Так, по данным Ленинградского научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, один случай выворота матки приходится на 450 000 родов, по данным родильного дома имени В. Ф. Снегирева, — на 300 000 родов. По данным зарубежных авторов, это осложнение встречается чаще — 1 выворот на 25 000 родов.

Частота выворота матки находится в прямой связи с уровнем родовспоможения. Большинство выворотов матки происходит при родах дома, без медицинской помощи. Наш соотечественник В. Г. Бекман показал, что в основе выворота матки лежит расслабление ее стенок, ее гипотония. В. Г. Бекман считает, что произвести искусственный выворот матки при нормальном ее тонусе не удается. При атоническом же состоянии матки легко может произойти выворот в результате кашля, резкого движения роженицы, при поворачивании женщины на бок. Выворот происходит при резко сниженном тонусе матки в результате повышения внутрибрюшного давления. Он может произойти при потягивании за пуповину или даже при методе Креде, если оба эти приема применяются при расслабленной матке.

Выворот матки может произойти или при неотделившемся детском месте, или же вслед за выделением последа.

При выворотe тонус матки как в области дна, так и в области шейки матки резко понижен. Шейка остается невывернутой, дно же матки начинает выпячиваться через шейку, и вскоре все тело оказывается вывернутым.

Если выворот произошел при неотделившемся последе, то матка вместе с покрывающей ее плацентой выступает из наружных половых органов. Если же произошел выворот вслед за выделением последа, то вывернутая матка лежит во влагалище, не выступая из половых органов. Маточные трубы и круглые связки втягиваются вместе с дном матки; на месте последней образуется воронка. При пальпации брюшной стенки мы не определяем тела матки. Для диагноза выворота матки характерно определение воронкообразного углубления вместо тела матки (при исследовании через прямую кишку).

Выворот матки может повести к тяжелому шоку. В 1884 г. В. Ф. Снегирев писал, что «кровотечение при выворотe матки в соединении с шоком может производить истинный коллапс и угрожать жизни

больной». Клинические наблюдения показывают, что тяжелые стадии шока развиваются не сразу; для этого требуется известное время.

В Хабаровской акушерско-гинекологической клинике за период с 1935 по 1944 г. наблюдалось 2 случая выворота матки после родов, которые произошли дома. Одна из рожениц была доставлена через 50 минут после выворота; при поступлении яркие симптомы шока отсутствовали, но родильница стонала от боли. Вторая родильница была доставлена через 6 часов после происшедшего выворота в состоянии тяжелого шока (максимальное артериальное давление равнялось 60 мм).

Шок может отсутствовать в том случае, если выворот происходит, когда выжимание последа производят под наркозом.

Смертность при выворотe матки, по старым литературным данным, равняется приблизительно 15%. Но эта статистика относится к тому периоду, когда в акушерстве противошоковая терапия проводилась недостаточно, трансфузии крови не делались. Три случая выворота матки (2 после родов и один онкогенетический), наблюдавшиеся нами в Хабаровской акушерско-гинекологической клинике, закончились выздоровлением.

Два случая выворота матки (один послеродовой и один онкогенетический), наблюдавшиеся в акушерско-гинекологической клинике Сталинского медицинского института, закончились выздоровлением.

Диагностика выворота легка, если матка выворачивается вместе с неотделившимся последом; в этих случаях матка с последом выступает из половой щели. Диагноз труднее, если выворот происходит вслед за выделением последа и тело матки остается во влагалище. На мысль о выворотe должно навести отсутствие матки над лоном. Диагноз должен быть подтвержден путем комбинированного исследования (через влагалище и брюшные стенки и через прямую кишку).

ТЕРАПИЯ ВЫВОРОТА МАТКИ

Терапия выворота состоит во вправлении матки. Если выворот произошел недавно и шок еще не развился, то к вправлению можно приступать тотчас же (под наркозом!). Поверхность матки должна быть обработана риванолом или пенициллином.

При выворотe матки с неотделившейся плацентой сначала производят отделение детского места, а затем вправление матки.

Иной должна быть тактика, если родильница доставлена поздно, через несколько часов после происшедшего выворота, в состоянии шока. При этих условиях прежде всего необходимо хотя бы частично снять шок (переливание крови, лучше капельным способом, согревание). Такую же тактику рекомендует и И. И. Яковлев.

Лишь после того как состояние родильницы улучшится и кровяное давление повысится, можно приступать к вправлению матки.

Если родильница доставлена через несколько дней после происшедшего выворота с картиной септической инфекции, с налетами на матке, с сократившейся шейкой, то в этом случае произвести вправление рукой невозможно. Необходимо лечить родильницу от септического процесса; вправление же должно быть произведено в дальнейшем оперативным путем (операция Дюре-Кюстнера).

Профилактика выворота матки заключается в правильном ведении последового периода, в обеспечении каждой роженице квалифицированной акушерской помощи. Выделение последа по методу Креде должно производиться лишь при хорошо сократившейся матке.

«РОДОВОЙ» ШОК

В вопросе о «родовом» шоке мы имеем целый ряд противоречивых мнений. Так, некоторые авторы включают в это понятие все случаи шока, развивающиеся в родах в результате разрыва матки, выворота ее, гипотонических кровотечений и т. п. Такой подход, по-нашему мнению, неправилен. Шок при вышеперечисленных осложнениях в родах является лишь одним из симптомов основного грозного осложнения.

Говорить о шоке при наличии острой кровопотери можно лишь в тех случаях, когда кровотечение сопровождается оперативным вмешательством. В этих условиях на симптомы кровопотери наслаиваются симптомы шока.

Под термином «родовой» следует понимать шок, развивающийся в родах, протекавших либо нормально, либо в сопровождении таких оперативных вмешательств, как выходные щипцы, ручное отделение последа и некоторые другие; кровопотеря должна быть относительно небольшой. Повидимому, большое значение в развитии родового шока, как и шока другой формы, имеет тип нервной деятельности.

В 1888 г. ученик В. В. Пашутина Кондоратский писал, что организмы «с потрясенной нервной системой (например, организм родильницы) и организм, не испытавший ни утомления, ни истощения своей нервной системы», к кровотечению относятся различно.

Шок характеризуется глубокими нарушениями в жизненно важных функциях организма; ведущим в патогенезе шока является истощение коры головного мозга.

При шоке первично поражается центральная нервная система в связи с перераздражением ее импульсами, идущими с периферии. При острой же кровопотере происходит нарушение гемодинамики со вторичным поражением аккомодационных механизмов.

Мы должны рассматривать родовой шок как реакцию охранительного торможения.

Важным элементом в развитии «порочного круга» при шоке является повышенная проницаемость капилляров. Изменение проницаемости капилляров обусловливается ослаблением нервной регуляции трофики клеточных элементов сосудистой стенки.

Классическое описание клинической картины шока дано Н. И. Пироговым. В этом описании ярко отображена заторможенность коры при шоке. Наиболее легко констатируемым в клинической практике симптомом шока является падение артериального давления. Измерение кровяного давления позволяет судить о степени шока.

Шоковое состояние сопровождается падением температуры: чем глубже шок, тем ниже температура, измеряемая в подмышечной впадине.

Кожные покровы родильницы становятся мертвенно-бледными, на коже выступает липкий пот.

Родовой шок встречается не только после оперативных, но и после самопроизвольных родов. Сюда относятся наблюдения, описанные Л. А. Гусаковым, А. Э. Мандельштамом, В. А. Повжитковым и др. В других случаях шок наблюдается после родов, сопровождавшихся той или иной операцией; иногда шок развивается после ручного отделения последа.

Шоковое состояние после родов может носить характер кратковременного обморока, из которого больная выходит без специальной терапии. Эти случаи должны быть отнесены к первичному шоку.

Наряду с этим, наблюдаются формы родового шока, продолжающиеся 4—6—8 часов (наблюдения Л. А. Гусакова, А. Э. Мандельштама).

Патогенез родового шока неизвестен. Шоковое состояние типа синкопе нам пришлось наблюдать у беременной, которой был произведен наружный поворот при ягодичном предлежании. Эти случаи, а также наступление шока вслед за ручным отделением последа дают основание думать о возможности развития шока в результате импульсов, поступающих из матки.

Данные об изменениях, наступающих при родовом шоке, крайне недостаточны. Имеющиеся в литературе материалы о патологоанатомических изменениях также крайне скудны. Среди моментов, могущих иметь некоторое влияние на развитие симптомов шока, указывают на участки некрозов, которые можно обнаружить в матке после родов при узком тазе.

Шоковое состояние чаще развивается у рожениц с нефропатией. Даже незначительное снижение кровяного давления у рожениц, имевших гипертонию, может сопровождаться симптомами тяжелого шока.

Родовой шок иногда наблюдается после длительных, затянувшихся родов, при утомлении и истощении сил роженицы. При этих условиях операция в сочетании с наркозом и небольшой кровопотерей может повести к шоку.

Профилактика шока в родах состоит в сохранении сил роженицы, в правильном ведении родов, в бережном родоразрешении, в борьбе за минимальную кровопотерю.

При диагностике «родового» шока в первую очередь необходимо исключить те осложнения, которые сопровождаются шоком и требуют срочного производства операции (разрыв матки, выворот ее).

О степени шока можно судить по уровню кровяного давления. Терапия родового шока в основном аналогична терапии шока, наблюдающегося в хирургической практике.

ЛИТЕРАТУРА

Асратян Э. А., Очерки по этиологии, патологии и терапии травматического шока, Медгиз, 1945.

Биренбаум Е. Л., К вопросу о борьбе с атоническими кровотечениями и профилактике послеродовых заболеваний, Советская медицина, 1940, № 20.

Верекундов, К вопросу о быстроте восстановления кровяного давления после выпускания 20—45% массы крови, Протоколы заседаний конференции Военно-медицинской академии за 1885/86 г., СПБ.

Выдрин М. Л. и Рахманчик Л. И., Инструментальное обследование полости матки в последовом и раннем послеродовом периоде, Акушерство и гинекология, 1951, № 6.

Гусаков Л. А., О родовом шоке, Врачебное дело, 1926, № 20.

Елисеев А. А., Первые роды у абортировавших, Акушерство и гинекология, 1936, № 8.

Козодой-Вейнерос А. Л., Ручное отделение последа и обследование полости матки по материалам Хабаровского родильного дома, Дальневосточный медицинский журнал, 1936, № 2.

Колосов М. А., О приращении последа при срочных родах, Труды II съезда российских акушеров и гинекологов, М., 1908.

Лурье А. Ю., Ручное отделение последа, М., 1930.

Маненков П. В., Простой эффективный и безопасный способ искусственного отделения плаценты, Труды Казанского государственного медицинского института, Татгосиздат, Казань, 1948, в. 2.

Кельман А. А., Опасность и осложнения после внутриматочных вмешательств в третьем периоде родов, Сборник трудов кафедры акушерства и гинекологии Сталинского медицинского института (ред. К. Н. Жмакин), Сталино, 1940.

Колосов М. А., К вопросу о приращении последа. Диссертация, М., 1909.

Неговский В. А., Опыт терапии состояний агонии и клинической смерти в войсковом районе, Медгиз, 1945.
Неговский В. А. и Зак Р. Л., Артериальное нагнетание крови как метод терапии смертельных кровопотерь в акушерско-гинекологической практике, Акушерство и гинекология, 1950, № 1.
Павлов И. П., Статьи по физиологии кровообращения и нервной системы, Полное собрание сочинений, изд. 2-е, т. I, 1951.
Петров И. Р., Шок и коллапс, Л., 1947.
Петченко А. И., Физиология и патология сократительной деятельности матки, 1948, № 3.
Повжитков В. А., К вопросу о родовом шоке, Акушерство и гинекология, 1938, № 4.
Покровский В. А., Шок в акушерско-гинекологической практике, Воронеж, 1947.
Сапожников В. И. и Умнова М. А., Реальность опасности переливания крови во время родов от несовместимости резус-фактора, Акушерство и гинекология, 1948, № 3.
Сапожников В. И., Переливание крови при острых кровопотерях в родах, Акушерство и гинекология, 1947, № 2.
Семенова Л. Н., Влияние задержания оболочек на течение послеродового периода, Труды Воронежского медицинского института, 1948, т. 16, в. 2.
Соловьев Г. А., Труды II съезда Общества российских акушеров и гинекологов, М., 1908.
Строганов В. В., Потягивание за пуповину для извлечения плаценты, Труды VII Всесоюзного съезда гинекологов и акушеров, Л., 1927.
Тайгро В. И., Ручное и инструментальное обследование матки в раннем послеродовом периоде, Акушерство и гинекология, 1953, № 4.

akusher-lib.ru

ГЛАВА X

АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

Проф. *В. А. Покровский*

Вследствие происходящих еще во время беременности изменений во влагалище и в шейке матки мягкие родовые пути оказываются вполне податливыми к растяжению во время родов. Головка плода проходит через шейку, причем в большинстве случаев происходит лишь постепенное ее растяжение, надрывы же отсутствуют. В еще большей степени способность к растяжению присуща влагалищу. Тазовое дно к моменту родов также позволяет максимально растягиваться входу во влагалище. В значительном большинстве родов, даже у первородящих, разрывы промежности и влагалища не происходят. В результате повторных родов в структуре влагалища у некоторых женщин происходят изменения; на задней стенке влагалища при исследовании пальцем определяется ямка, которая сверху ограничивается сходящимися внутренними краями ножек леватора, а снизу — наружным сфинктером заднепроходного отверстия. Эта ямка была названа А. П. Губаревым fossa maternitatis.

Иногда, особенно при отсутствии должного наблюдения и помощи в родах, могут произойти нарушения целости мягких тканей родовых путей.

Безобидные как будто разрывы промежности, остающиеся незашитыми, в дальнейшем могут вести к выпадению влагалища и матки. Глубокие разрывы шейки ведут к хроническим катаррам ее. В результате родового акта может наступить одно из самых серьезных осложнений в родах — разрыв матки; чаще всего таковой происходит в результате неправильного ведения родов. Наконец, как последствие неумелого ведения патологических родов, могут образоваться мочеполовые свищи.

Все это заставляет нас обратить самое серьезное внимание на борьбу с травматизмом матери в родах. Опыт и практика работы наших учреждений родовспоможения показывают, что при правильной организации акушерской помощи и повышении квалификации акушерского персонала травматизм матери может быть сведен почти к нулю.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

Разрыв матки является одним из самых грозных осложнений. В конце XIX века разрывы встречались в 0,1% (Н. З. Иванов, 1901); в течение последних лет частота их снизилась во много раз. В. М. Малявинский в 1933 г. сообщил, что в акушерско-гинекологической клинике

II Московского медицинского института разрывы матки составляли около 0,05% к числу родов.

По данным Б. В. Азлецкого, в родильном доме имени Клары Цеткин (Москва) за 1927—1938 гг. разрывы матки встретились в 0,035%. Почти за те же годы А. В. Вицкая, по данным Государственного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, нашла, что разрывы матки возникли в 0,02%. При дальнейшем повышении квалификации наших кадров мы бесспорно добьемся еще большего уменьшения числа разрывов матки.

ВИДЫ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Клиническая практика позволяет разрывы матки разделять на две группы: 1) самопроизвольные и 2) насильственные.

Как показывает само название, разрывы первой группы происходят при самопроизвольных родах. О насильственных разрывах мы говорим в тех случаях, когда они происходят в результате оперативного вмешательства, например, поворота при запущенном поперечном положении. Вопрос о характере разрыва не всегда может быть разрешен, так как в некоторых случаях та или иная операция предпринимается при уже происшедшем, но нераспознанном разрыве матки.

Так называемые самопроизвольные разрывы встречаются чаще, чем насильственные. По данным Л. С. Персианинова, насильственные разрывы составляют 11,4% к общему числу разрывов матки.

По данным И. Ф. Жорданиа (1950), в 25% разрывы матки были насильственными.

Мы различаем так называемые полные и неполные разрывы матки. Полные разрывы матки можно также назвать проникающими, так как при них происходит нарушение всех трех слоев стенки матки, включая ее брюшинный покров; при неполных разрывах матки брюшина не нарушается, а лишь отслаивается образующейся гематомой; поэтому неполные разрывы мы наблюдаем преимущественно при разрывах матки в тех ее отделах, где брюшина смещаема, и в тех случаях, когда разрывы матки не достигают больших размеров. В особую подгруппу выделяют также отрыв матки от сводов под названием colpoporrhexis. По Н. З. Иванову, в этих случаях мы имеем низкий поперечный разрыв шейки; клиническая картина не дает никаких оснований исключать эти случаи из числа разрывов матки.

По времени возникновения различают разрывы матки, происшедшие в родах и наступившие во время беременности.

Разрывы матки, даже при значительных изменениях в ее стенке, редко наблюдаются при беременности. Так, разрывы по рубцу после кесарева сечения также чаще наступают лишь в родах, хотя рубец в отдельных случаях может быть очень тонким; это свидетельствует о том, что матка при беременности не растягивается, а растет.

ТЕОРИИ РАЗРЫВОВ МАТКИ

В течение многих лет наиболее распространенной в зарубежной литературе была теория, предложенная Бандлем.

По Бандлю (1875), разрывы матки наступают чаще всего при узком тазе в результате перерастяжения нижнего маточного сегмента; если в верхнем отделе матки мышцы находятся в состоянии сокращения, то нижняя половина оказывается растянутой плодом; при этом плод как бы

рождается из верхней — активной — части матки в нижнюю — пассивную — ее часть. По Бандлю, разрывы матки наступают в результате перевеса мускулатуры в дне и теле матки над относительно слабо развитым мышечным слоем шейки матки.

Бандль описал следующую клиническую картину разрыва матки. Бурная родовая деятельность. Роженица беспокойна, кричит от сильных болей, головка прижата ко входу; так называемое контракционное кольцо поднимается почти до пупка. По сторонам матки прощупываются болезненные, максимально растянутые круглые связки. В результате бурной родовой деятельности все большая и большая часть плода продвигается в нижний маточный сегмент, который, в конце концов, не выдерживает растяжения и рвется. При наступившем разрыве роженица испытывает острую боль, родовая деятельность прекращается, роженица лежит и слабо стонет.

Бандль в основу своей теории положил деление матки на верхнюю — сокращающуюся — часть и на нижнюю — пассивную.

Совершенно другую теорию разрыва матки выдвинули отечественные авторы (Н. З. Иванов, Я. Ф. Вербов).

Н. З. Иванов подошел к вопросу о разрывах матки, исходя из полученных им данных о строении матки и ее связок. В своей работе (1911) «Мускулатура связок матки в связи с распределением мышечных пучков в самой матке» Н. З. Иванов доказал, что мышечные волокна круглой связки переходят на матку, образуя мышечный пласт. Если верхний край пласта в виде круглых связок направляется к паховым каналам, то нижний край его кончается на границе тела матки; тотчас ниже этого края начинается более тонкая часть стенки беременной матки; в родах эту часть мы обозначаем нижним маточным сегментом.

Н. З. Иванов считал неправильным деление матки на сокращающуюся—активную и растягивающуюся—пассивную часть; он считал, что во время родов обе части матки активны. В то же время если в передней и задней стенках тела матки и в задней стенке шейки имеется особый, довольно толстый наружный слой мышц, то передняя стенка в области нижнего сегмента совершенно лишена наружного слоя; эта самая тонкая, менее прочная часть матки более всего способна растягиваться во время беременности и в родах, поэтому-то в этом месте матка легче всего и разрывается во время родов (Иванов).

Н. З. Иванов изучил 124 разрыва матки, имевших место в бывшем Московском родовспомогательном учреждении на 118 581 роды. Разбирая разрывы матки по их этиологии, он выделяет следующие их формы: 1) при предлежании плаценты; 2) при поперечном положении; 3) при гидроцефалии; 4) при лобном предлежании; 5) при неправильных и патологически измененных тазах.

Н. З. Иванов указывает, что при предлежании плаценты чаще имеют место насильственные разрывы матки; при этом он включил в число разрывов матки и глубокие разрывы шейки.

По Н. З. Иванову, значительная часть разрывов при поперечных положениях также принадлежит к числу насильственных.

Он считает, что у первородящих самопроизвольных разрывов при узком тазе не бывает, так как у них шейка матки не подверглась еще разминанию и протиранию. Касаясь разрывов при плоских тазах, Н. З. Иванов пишет, что роды в этих случаях иногда протекали быстро, схватки были несильные. В случаях, которые наблюдал Н. З. Иванов, не было ни сильных потуг, ни кольца сокращения, а «разрыв подкрадывался неожиданно, коварно».

Для разрыва матки «нужна подготовка при предшествующих родах в виде потери вещества матки в результате протирания головкой о кости входа». Кольцо сокращения, по Н. З. Иванову, показывает, что матка сокращается неправильно.

В 1913 г. вышла книга Я. Ф. Вербова «Матка женщины», в которой изложена весьма интересная теория о сократительной деятельности матки. Автор сводит родовую деятельность к сокращениям двух антагонистических групп мышц — поперечных и продольных; в период раскрытия сокращаются продольные волокна, а в период плодоизгнания — поперечные мышцы.

Исходя из анализа родовой деятельности как при нормальных родах, так и в случае разрывов матки, Я. Ф. Вербов подошел и к критике теории Бандля.

В основу своей теории Бандль положил растяжение нижнего сегмента, наступающего в результате чрезмерной активности матки. Я. Ф. Вербов выставил противоположное положение, по которому сила сокращений матки не может быть причиной ее разрыва, так как здоровая матка либо преодолевает препятствие, либо, устав, перестает работать.

Главную причину самопроизвольных разрывов матки Я. Ф. Вербов усматривает в хрупкости ткани органа; вторым этиологическим моментом является функциональная недостаточность матки. Разрыв матки наступает в том случае, если нижний отдел ее, вследствие происходящих в нем патологических изменений, становится менее активным, верхний же отдел сохраняет достаточную силу.

Изменения мышечной ткани, кроме хрупкости органа, обусловливают также функциональную недостаточность мускулатуры матки, что выражается в слабой родовой деятельности с самого начала родов.

По Я. Ф. Вербову, при разрывах матки с самого начала родов отмечается слабая родовая деятельность. Судорожные боли появляются не перед наступлением разрыва, а с момента надрыва стенки матки, так как с началом нарушения целости маточной ткани схватки становятся неправильными.

Наиболее характерными признаками разрыва матки являются: «беспрерывная боль вне схваток и судорожный характер болей после продолжительной, но слабой родовой деятельности»; это «особенно часто встречается при умеренном сужении таза после перенесенных тяжелых родов» (Я. Ф. Вербов).

Последующие исследования показали, насколько правы были Н. З. Иванов и Я. Ф. Вербов, выступая с критикой теории Бандля.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МАТКЕ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РАЗРЫВАХ ЕЕ

Нужно сказать, что гистологическое толкование микроскопических картин при разрывах матки представляет значительные трудности.

Имеющиеся в литературе данные касаются преимущественно так называемых самопроизвольных, а не насильственных разрывов.

В. М. Малявинский опубликовал данные гистологических исследований в нескольких случаях разрыва матки. В отдельных случаях в области разрыва была установлена резко выраженная воспалительная реакция; в случае разрыва матки, после которого родильница погибла через 48 минут, в стенке матки, наряду с кровоизлияниями, имелась

значительная инфильтрация; в просвете многих лимфатических сосудов видно было скопление лейкоцитов, т. е. имелся лимфангоит; роды были длительные, и, очевидно, в процессе их развился эндометрит.

Самопроизвольному разрыву матки в нижнем сегменте способствует отек, который достигает значительных степеней. Как отек, так и инфильтрация лейкоцитами указывают на развивающийся свежий воспалительный процесс в нижнем сегменте матки как следствие длительного течения родов.

В других случаях рядом с местом разрыва обнаруживается гиалиновое перерождение; рубцовые изменения в стенке матки являются результатом перенесенных инфекций после предшествующих родов или выкидыша. Данные Р. М. Осповат также подтверждают взгляд на значение перенесенной септической инфекции в этиологии разрыва матки.

Л. С. Персианинов на основании изучения 262 случаев разрыва матки констатирует, что в 50,7% причиной разрыва являлись изменения маточной стенки, причем в 74 случаях эти изменения были доказаны гистологическим исследованием. Однако надо учитывать, что во многих случаях изменения в стенке матки возникают лишь во время данных родов при длительном их течении и присоединении инфекции.

Нельзя переоценивать приведенные гистологические данные и считать, что в ряде случаев разрыв матки неминуем; его должно и в огромном большинстве случаев можно предупредить.

НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПЛОДОМ И РОДОВЫМИ ПУТЯМИ КАК ПРИЧИНА РАЗРЫВА МАТКИ

Важным моментом, способствующим возникновению разрыва матки, является наличие механического препятствия либо в виде узкого таза, либо в виде неправильного положения или предлежания плода.

Б. В. Азлецкий на основании собственных и литературных данных полагал, что несоответствие между плодом и родовыми путями встречается почти в 99% родов, сопровождавшихся разрывом матки.

По данным Л. С. Персианинова, механические препятствия были отмечены в 35,1%.

Роль узкого таза иногда недооценивается и в ряде случаев незначительные степени несоответствия остаются нераспознанными. Н. З. Иванов среди 124 изученных им случаев мог констатировать неправильность со стороны таза у 50 рожениц, т. е. в 40,3%. Он писал, что самопроизвольные разрывы матки при узких тазах наблюдаются не у первородящих, а у повторнородящих.

В ряде случаев несоответствие между родовыми путями и плодом может быть результатом перенашивания. По данным Скуя, среди 36 случаев разрыва матки в 4 случаях имелись крупные плоды — весом от 4 300 до 5 000 г.

НАСИЛЬСТВЕННЫЕ РАЗРЫВЫ МАТКИ

Повышение качества акушерской помощи в наших родовспомогательных учреждениях способствовало снижению числа разрывов матки. Однако и теперь еще наблюдаются случаи насильственного разрыва матки. Насильственный разрыв матки возникает, например, в результате поворота при запущенном поперечном положении плода и других неправильных и несвоевременных вмешательствах.

РАЗРЫВЫ МАТКИ ПО РУБЦУ

Сюда относятся в первую очередь разрывы матки по рубцу после кесарева сечения. Разрывы матки по рубцу как по своему механизму, так и по клиническому течению значительно отличаются от других форм разрывов матки как самопроизвольных, так и насильственных. В ряде случаев они не достигают тех больших размеров, какие имеют место при других формах разрывов. Согласно нашим клиническим наблюдениям и по литературным данным, разрывы по рубцу протекают более благоприятно, чем другие формы разрывов матки.

Кесарево сечение является одной из важнейших операций в современном акушерстве. Однако вопрос о показаниях к кесареву сечению в каждом случае должен быть строго обоснован и решен при учете отдаленных результатов операции. Во многих родильных домах периферии и теперь производят классическое, или корпоральное, кесарево сечение, поэтому чаще приходится встречаться с рубцами после этой операции.

В нашей совместной с Я. С. Рабиновичем работе мы опубликовали результаты исследования рубцов в матке (иссеченных в 7 случаях повторных кесаревых сечений); в 3 случаях наступило очень хорошее заживление места бывшего разреза — почти на всем протяжении произошло полное восстановление мышечной стенки; в 4 случаях уже макроскопически определялось значительное истончение стенки матки в области рубца, причем в двух из них толщина рубца равнялась всего лишь 1,5—2 мм.

Нами были собраны также литературные данные о 80 случаях гистологических исследований рубцов матки после классического кесарева сечения, причем данные эти совпали с нашими исследованиями; так, полное восстановление мышечной ткани в области рубцов встретилось в 54%, неполное — в 29% и рубец был очень плохим в 17%.

Из приведенных данных следует, что лишь в половине случаев стенка матки после операции классического кесарева сечения восстанавливается хорошо или настолько удовлетворительно, что последующие роды могут при нормальном тазе заканчиваться самопроизвольно; нередко наступает разрыв матки по рубцу. Я. Н. Полонский наблюдал 5 случаев родов с разрывом матки по рубцу, что составило 7,3% к общему числу родов после кесарева сечения. Рубец на матке после кесарева сечения может разорваться еще во время беременности. Однако нередко и при плохих рубцах беременность донашивается до конца, и только во время родов наступает разрыв матки.

Особенно часто разрывы матки наблюдались по рубцу после кесарева сечения с донно-поперечным разрезом. В настоящее время этот разрез большинством акушеров оставлен. Из этих данных с несомненностью следует, что в каждом случае операция кесарева сечения должна быть строго обусловлена и что так называемое классическое кесарево сечение должно быть во всех случаях заменено операцией кесарева сечения с разрезом матки в нижнем ее сегменте (с поперечным или продольным вскрытием матки). Этот способ операции дает во много раз меньший процент разрыва по рубцу при последующих родах.

РАЗРЫВЫ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Типической разновидностью разрыва матки на почве патологических изменений в ее стенке являются разрывы при беременности. Описаны разрывы матки на VI—VII месяце беременности и даже в более ранние

сроки. Разрыв матки при беременности происходил по рубцу после кесарева сечения, миомэктомии и даже после операции по поводу трубной беременности с глубоким иссечением трубы из угла матки.

У некоторых беременных в анамнезе был тяжелый септический процесс (тяжелый метро-эндометрит); при последующей беременности стенка матки в месте бывшего патологического процесса оказывается резко истонченной и при росте плодного яйца разрывается. Повидимому, таков же механизм разрыва матки на почве истинного приращения плаценты. Известно, что при placenta accreta происходит резкое истончение мышечной стенки (до 1—1,5 мм), способствующее разрыву матки при беременности. Клейн указывает, что разрывы в подобных случаях происходят без предвестников; у беременной появляются боли в животе, иногда отдающие в лопатку, симптомы раздражения брюшины, а затем развивается состояние шока.

При операции обнаруживается разрыв матки различных размеров; иногда из него выступает плодный пузырь, а при placenta accreta — ворсинки плаценты; в других случаях матка оказывается разорванной на большом протяжении, плодное яйцо выходит в брюшную полость.

ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

Полные разрывы встречаются значительно чаще неполных; так, по данным Воронежской области (Скуя), полные разрывы встретились в 83,3%, а неполные (в 16,7%); повидимому, вслед за разрывом мышечной стенки чаще надрывается и брюшинный покров матки.

Неполные разрывы обычно происходят в тех участках матки, где брюшина подвижна, т. е. в переднем и боковых отделах нижнего сегмента. Здесь при надрыве стенки матки образуется гематома, величина которой может быть различной; иногда брюшина оказывается имбибированной кровью и лишь слегка приподнятой; описаны гематомы очень больших размеров, поднимающиеся по забрюшинной клетчатке до почечной области. Весьма важно отметить, что иногда одновременно происходит надрыв и мочевого пузыря.

Разрывы тела матки наблюдаются значительно реже, чем нижнего сегмента матки; они составляют, по различным данным, от 6 до 12% всех разрывов; разрывы тела матки в первую очередь происходят по старому рубцу.

Разрыв в нижнем сегменте проходит обычно продольно или косо, иногда в поперечном направлении (рис. 31); боковой разрыв, идущий продольно (рис. 32) или косо, нередко переходит и на тело матки. Разрывы нижнего сегмента обычно локализуются либо по боковой, либо по передней стенке; разрывы по задней стенке матки встречаются реже.

По данным И. Александрова, разрыв возник по передней стенке у 71 женщины (из 161), по боковой — у 64 и по задней — у 26.

В зависимости от времени, места и величины разрыва, плод и послед могут переместиться в брюшную полость; матка сокращается и смещается в противоположную от разрыва сторону. Разрыв матки нередко проходит по ребру матки и обычно сопровождается кровоизлиянием в брюшную полость. Однако, несмотря на большой разрыв матки с выхождением плода и последа в брюшную полость, в брюшной полости нередко обнаруживается небольшое количество крови. Наружное кровотечение при разрывах матки или отсутствует (когда плод опустился в таз), или незначительно.

Кровоизлияние в брюшную полость может быть очень большим и вести к смертельному исходу. Нам пришлось оперировать беременную с самопроизвольным разрывом тела матки на VII месяце беременности с огромным внутрибрюшным кровоизлиянием; при операции оказалось, что матка разорвалась по передней поверхности.

Как область широкой связки, так и стенка матки обычно имбибированы кровью.

При разрывах матки по рубцу края разошедшегося рубца обычно мало кровоточат; нередко при операции обнаруживается, что плодное яйцо выпячивается из места разрыва матки.

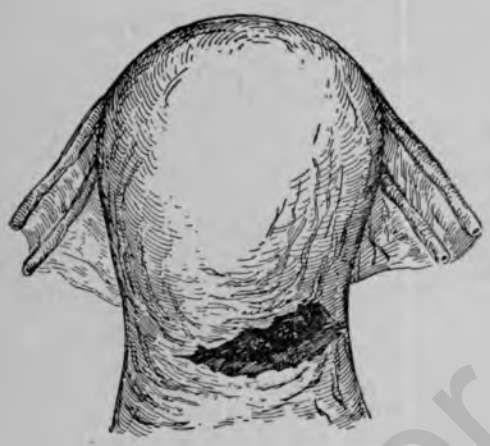

Рис. 31. Поперечный разрыв матки в нижнем сегменте (собственное наблюдение).

Рис. 32. Продольный разрыв матки (собственное наблюдение).

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Типичные симптомы угрожающего разрыва матки следующие: 1) сильные, резко болезненные схватки с короткими интервалами, нередко тетанического характера; 2) общая возбужденность роженицы, резко выраженное беспокойство; 3) сильное перерастяжение нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца, в связи с чем матка принимает форму «песочных часов»; 4) резкая болезненность и напряжение круглых маточных связок.

При изучении опубликованных в отечественной литературе случаев и анализе собственного материала Б. В. Азлецкий мог установить, что этот симптомокомплекс полностью наблюдался лишь в 13,9%. По Л. С. Персианинову, этот симптомокомплекс (полностью или неполно) был отмечен в 12%. Скуя нашел в той или иной форме этот симптомокоплекс в 18,4%.

Я. Ф. Вербов считает, что судорожные боли являются признаком не угрожающего, а уже начавшегося надрыва стенки матки и что этот надрыв является одной из причин наступления судорожных болей.

По Я. Ф. Вербову, те или иные явления возникают с началом нарушения целости маточной ткани; с этого момента схватки становятся неправильными.

Я. Ф. Вербов утверждает, что в большинстве случаев разрывов матки родовая деятельность уже с самого начала родов слаба.

Это утверждение дало повод говорить о «бессимптомных» разрывах. Но этот термин является неправильным, так как хотя в ряде случаев так называемый бандлевский симптомокомплекс угрожающего разрыва (описанный выше) и отсутствует, но это еще не значит, что нет других предвестников разрыва матки.

На основании изучения клиники разрывов матки В. Я. Илькевич указывает, что в этих случаях нижний маточный сегмент может оставаться вялым при схватках, а головка подвижной над входом, несмотря на наличие нормального или слегка суженного таза. Это происходит потому, что нижний маточный сегмент не сокращается, а растягивается; тонус нижнего сегмента оказывается слабее тонуса тела матки. Нижний маточный сегмент в родах может сокращаться неодинаково с телом матки, а именно: или сильнее и спастически, или слабее и даже растягиваться в стороны как при целых, так и при прошедших водах; роды при этом затягиваются, а головка сутками остается подвижной над входом в таз, даже при нормальных его размерах.

По В. Я. Илькевичу, разрыву предшествуют или его начало сопровождают следующие симптомы: 1) малая болезненность схваток; 2) затянувшиеся роды; 3) стояние подвижной головки над входом в таз даже во время схваток как до, так и после прохождения вод (как при слегка суженном, так и при нормальном тазе); 4) резко выраженная вялость нижнего сегмента во время схваток по сравнению с тонусом тела и дна матки.

Наиболее угрожающим В. Я. Илькевич считает безболезненное длительное (2—3 суток) течение родов у повторнородящих, особенно если к этому присоединяется еще раннее отхождение вод и развивается эндометрит.

По нашим данным, вялость, малая реактивность матки были отмечены у 11 рожениц (из 36).

Б. В. Азлецкий на своем материале констатирует в половине всех случаев либо видимо нормальную, либо настолько слабую родовую деятельность, что это вызывало необходимость применения стимулирующих средств.

Некоторые авторы как на симптом угрожающего разрыва матки указывают на непроизвольную потужную деятельность при наличии механических препятствий и при стоящей над входом или во входе головке (В. Н. Власов).

Необходимо отметить еще следующие симптомы: затруднение мочеиспускания, ущемление шейки матки с последующим отеком ее при фиксации в малом тазу предлежащей части, примесь крови к моче.

НАСТУПИВШИЙ РАЗРЫВ МАТКИ

Если симптомы угрожающего разрыва матки могут быть «стертыми», то происшедший разрыв, даже неполный, всегда дает определенные симптомы. Правда, и здесь тяжесть клинической картины и быстрота нарастания симптомов бывают различными. Однако в каждом случае разрыва матки мы имеем ряд клинических симптомов.

В некоторых случаях при разрыве матки роженицы испытывают мгновенную острую резкую боль («что-то в животе разорвалось»).

Однако чувство боли при этом грозном осложнении не является постоянно выраженным симптомом происшедшей катастрофы.

Один из важных симптомов происшедшего разрыва — прекращение родовой деятельности; родовая деятельность сменяется «грозной тиши-

ной». Нередко это совпадает с рождением плода вместе с последом в брюшную полость. Однако в отдельных случаях родовая деятельность продолжается и после наступившего разрыва матки, и роды заканчиваются рождением мертвого, а в виде исключения и живого плода (Б. В. Азлецкий).

Высокое положение предлежащей части и подвижность ее указывают на происшедший разрыв матки (если перед этим отмечалась фиксация предлежащей части во входе в таз).

При полном разрыве матки, как правило, наступает внезапная асфиксия и смерть плода. Если плод рождается через разрыв матки в брюшную полость, то через брюшные стенки чрезвычайно отчетливо пальпируются его мелкие части. Нередко вслед за разрывом матки наступает рвота как проявление раздражения брюшины.

И. Л. Брауде указывает на появление метеоризма при наступившем разрыве матки. Скуя констатировал ясный метеоризм в одной трети собранных им случаев; при этом отмечается лишь нерезкая болезненность со стороны брюшных стенок.

ШОК ПРИ РАЗРЫВЕ МАТКИ

Анализ историй родов, закончившихся разрывом матки, показывает, что одним из основных симптомов являются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы; пульс становится частым, постепенно «падает», переходит в нитевидный. По Скуя, пульс у половины всех наблюдаемых им больных был нитевидным, не сосчитывался; у 12 больных из 30 пульс был от 100 до 120 ударов в минуту. Падение пульса, явления нарастающей сердечно-сосудистой слабости иногда ошибочно трактуются как проявление сердечной слабости.

Падение пульса обычно связывают с внутрибрюшным кровотечением; этим многие авторы объясняют и смертельные исходы при разрыве матки.

Не подлежит никакому сомнению, что в ряде случаев разрыв матки может дать колоссальную кровопотерю, от которой роженица погибает. Но нередко при разрыве матки кровотечение бывает умеренным, и чрезвычайно тяжелое состояние рожениц не может быть объяснено только вторичным малокровием.

Н. З. Иванов указывал, что при разрыве матки «роженица находится как бы под ударом, придавлена, в шоке; под словом „шок" подразумевают внутреннее кровотечение или сепсис, но, несомненно, существует, кроме того, общая подавленность».

При разрывах матки мы имеем типичный травматический шок, непревзойденное описание картины которого дал Н. И. Пирогов.

При разрывах матки, если помощь не оказывается немедленно, развивается картина вторичного торпидного шока; роженица апатична, вяла, мертвенно бледна, лицо покрыто холодным пóтом; она не стонет, лежит как бы скованная, «не шелохнется», на вопросы отвечает односложно, шопотом.

Степень тяжести шока определяется в первую очередь по уровню артериального давления. Исследования артериального давления, проведенные в нашей клинике у 18 больных с разрывом матки, дали следующие результаты.

Максимальное артериальное давление выше 90 мм — у 2 больных, от 70 до 90 мм — у 5, от 50 до 80 мм — у 6 и артериальное давление не определялось у 5 больных.

Судя по артериальному давлению, мы имели шок первой степени у 2 больных, второй — у 5 и третьей степени — у 11 больных; таким образом, больше чем у половины больных был шок третьей степени.

Мы наблюдаем и другой симптом шокового состояния при разрывах матки — низкую температуру тела; однако нужно сказать, что этот признак может быть затушеван присоединяющейся инфекцией.

Анализ наблюдаемых нами разрывов матки, происшедших в стенах учреждения и быстро распознанных, показал, что у больных при этом отмечаются симптомы легкого шокового состояния, которое сказывается бледностью, заторможенностью психики роженицы, некоторой тахикардией; иногда и эти симптомы могут быть «стертыми».

В более поздние стадии (через 18—24 часа) присоединяются симптомы инфекции: живот становится напряженным, при лапаротомии обнаруживается кровь с небольшим гнилостным запахом. Эти случаи должны быть отнесены, по Н. Н. Бурденко, к третичным, или инфекционно-токсическим шокам.

Можем ли мы наблюдать при разрывах матки быстро развивающийся первичный глубокий шок, могущий закончиться смертью? Этот вопрос еще недостаточно изучен; отрицать такую возможность мы не можем, но, по нашим наблюдениям, в большинстве случаев торпидный шок проявляется через несколько часов после происшедшего разрыва; требуется время для его развития; поэтому он должен быть отнесен к типичному вторичному шоку.

ДИАГНОСТИКА РАЗРЫВА МАТКИ

В диагностике разрывов матки до сих пор допускают немало ошибок. Так, согласно сборной статистике Л. С. Персианинова, диагноз был поставлен в момент разрыва лишь в половине случаев (51,5%); у некоторых больных разрыв матки был распознан лишь в послеродовом периоде: во время операции по поводу предполагаемой непроходимости, перитонита и т. п., в отдельных случаях — на секции.

Диагноз угрожающего разрыва матки должен ставиться на основании тех клинических симптомов, которые были указаны выше; в некоторых случаях эти симптомы сводятся к так называемому бандлевскому симптомокомплексу, в других же случаях имеются симптомы, указанные Я. Ф. Вербовым и В. Я. Илькевичем.

Диагноз наступившего разрыва матки должен ставиться на основании вышеуказанных клинических симптомов. Сюда относятся: ухудшение общего состояния роженицы (нередко явления малокровия), прекращение родовой деятельности, изменение формы матки, легкая пальпация мелких частей при выхождении плода в брюшную полость, появление метеоризма, явления первичного шока, появление кровянистых выделений из влагалища.

И. Л. Брауде считает, что для подтверждения диагноза надо прибегать к ручному обследованию матки. Конечно, если имеются сомнения, то, прежде чем приступить к лапаротомии, целесообразно произвести ручное обследование матки. Весьма важно ручное обследование матки после тяжелых, травматичных акушерских операций, как, например, краниотомия при высоко стоящей головке, тяжелые случаи декапитации, эмбриотомии, трудные щипцы и поворот плода, произведенный с трудом.

По данным Л. С. Персианинова, в 20% разрыв был распознан после вхождения в полость матки рукой для удаления задержавшегося последа или для обследования по поводу подозрения на разрыв матки.

Если же картина разрыва матки типична, шок нарастает, то диагноз не должен вызывать сомнений и надо срочно приступить к операции.

Из дополнительных приемов диагностики необходимо указать на катетеризацию. При обширных разрывах, как мы уже указывали выше, стенка мочевого пузыря может быть также разорвана. В этих случаях при катетеризации получают лишь несколько капель кровавой мочи; однако если мочевой пузырь не разрывается, а его стенка все же травмирована, то при катетеризации мы можем получить окрашенную кровью мочу. Это указывает на крайнюю необходимость тщательной проверки целости мочевого пузыря при операции по поводу разрыва матки.

При учете всех вышеуказанных моментов диагноз разрыва матки не представляет больших трудностей.

ТЕРАПИЯ РАЗРЫВА МАТКИ

В конце XIX века конкурировали два метода терапии — хирургический и консервативный. Оперативное лечение давало мало утешительные результаты, и поэтому отдельные акушеры склонялись к консервативной терапии разрывов матки.

И. Александров в своей диссертации (1900) пришел к выводу, что консервативное лечение дает более благоприятные результаты, чем хирургическое лечение.

В 1918 г. Н. И. Побединский говорил, что при наступившем разрыве матки роды должны быть немедленно осторожно окончены влагалищным путем, после чего полость матки и влагалище должны быть дренированы при помощи асептической марли; снаружи кладут пузырь со льдом, туго забинтовывают нижнюю часть живота, а внутрь назначают опий. Н. И. Побединский считал, что чревосечение показано лишь в случае выхождения плода в брюшную полость или продолжающегося кровотечения, несмотря на тампонацию матки.

Но с развитием абдоминальной гинекологии результаты хирургической терапии стали лучше, и консервативная терапия была оставлена.

В настоящее время, с созданием у нас хирургических отделений в каждой районной больнице, консервативная терапия при разрывах матки не должна иметь места. Поскольку при разрывах матки в первую очередь нужно учитывать травматический шок, а кровопотеря не всегда бывает угрожающей, мы считаем излишним рекомендовать даже для транспортируемых больных наложение жгута Момбурга.

Что влияет на исходы операции? Решающим фактором в этом вопросе является время, истекшее после разрыва, и связанная с ним тяжесть шока у роженицы.

В настоящее время совершенно очевидными являются все преимущества скорейшего хирургического вмешательства.

Однако здесь возникает вопрос: не следует ли начинать с терапии шока и лишь потом приступать к операции? Опыт нашей клиники за последние годы полностью подтверждает правильность подобной тактики во всех случаях акушерско-гинекологической практики, где женщина поступает в учреждение для срочной операции в состоянии тяжелого шока. Этой же тактики мы придерживаемся при разрывах матки. В тех случаях, когда при поступлении артериальное давление равно 70—60 мм, необходимо трансфузией, а иногда и повторной, снять или несколько смягчить шок и лишь потом приступать к операции. Конечно, больная требует при этом неотступного врачебного наблюдения, полной готовности к операции и производства ее, если состояние, несмотря на переливание крови, не улучшается.

За последнее время снова поднимается вопрос о характере оперативного вмешательства — должно ли производиться зашивание разрыва или ампутация (или экстирпация) матки? За радикальность оперативного вмешательства говорит в первую очередь тот довод, что при ампутации матки удаляется возможный источник последующей инфекции.

С точки зрения учения о шоке мы должны по возможности ограничиваться более легкой операцией, а поэтому в тех случаях, в которых это представляется технически выполнимым, мы рекомендуем ушивание разрыва.

Л. С. Персианинов на сборном материале показал преимущества более консервативных операций: при зашивании разрыва умерло 20,7%, при ампутации матки — 37,9%, при экстирпации матки — 41,2%.

Л. С. Персианинов также показал, что при зашивании количество осложнений в послеоперационном периоде меньше, чем при радикальных операциях.

Можно рекомендовать зашивать:

1) разрывы по рубцу после кесарева сечения (в этих случаях необходимо предварительно срезать рубцовую ткань с краев разрыва);

2) продольно идущие разрывы нижнего сегмента с переходом на тело матки;

3) неполные разрывы матки с подбрюшинным кровоизлиянием в тех случаях, когда после вскрытия брюшины и удаления сгустков ясно определяется место и величина разрыва матки.

Надвлагалищная ампутация показана при обширных поперечных разрывах в нижнем сегменте.

Экстирпация неизбежна при отрывах матки от сводов.

Немаловажное значение имеет вопрос и о виде анестезии. Рожениц в тяжелом шоке целесообразнее оперировать под местной анестезией, но при том условии, что она проводится строго по принципам Вишневского, так как недостаточное обезболивание неминуемо поведет к углублению шока.

Перед операцией целесообразно ввести 1 мл 1% морфина. Мы вполне согласны с С. Д. Астринским в том отношении, что при явлениях угрожающего разрыва морфин применять не следует, так как он может затемнить картину; морфин может применяться только в момент подготовки к чревосечению.

Если операция ограничивается освежением краев разрыва и его зашиванием, следует одновременно провести стерилизацию.

Стерилизация показана:

1) у многорожавших при разрывах матки, происшедших на почве патологических изменений в стенке матки;

2) при разрывах по рубцу после кесарева сечения.

Разумеется, стерилизация может быть произведена лишь с согласия роженицы. Стерилизация противопоказана, если роженица не имеет детей. Если разрыв диагносцируется до рождения плода, возникает вопрос, следует ли предварительно извлечь плод при помощи той или иной влагалищной операции или сразу же приступить к чревосечению. Этот вопрос И. Л. Брауде решает в зависимости от того, где находится плод и предлежащая часть. Если головка в выходе таза, он считает целесообразным сделать сначала краниотомию, извлечь плод и затем приступать к операции. Наоборот, если головка стоит над входом, необходимо сразу же приступить к чревосечению. Если плод рождается в брюшную полость, единственным методом терапии является лапаротомия.

Мы считаем, что во всех случаях диагносцированного разрыва матки надо приступать непосредственно к чревосечению, избегая всяких дальнейших попыток к влагалищному родоразрешению.

Трансфузии крови являются важным подготовительным моментом к операции во всех случаях разрыва матки с развившимся шоком. Трансфузии крови столь же необходимы и после операции. Наконец, в каждом случае разрыва матки необходимо широко применять пенициллин как во время операции (в брюшную полость), так и в послеоперационном периоде.

ИСХОД РАЗРЫВА МАТКИ

Говоря об отдельных методах терапии, мы указывали уже на тот высокий процент смертности, который наблюдается при разрыве матки.

По данным И. Ф. Жорданиа, материнская смертность при разрыве матки составляет 35%, причины смерти: малокровие — 45,8%, инфекция — 29,8%, шок — 23,1%, прочие — 1,3%.

По Л. С. Персианинову, материнская смертность достигала 47%; наиболее частой причиной смерти были кровотечения и коллапс, реже — шок, перитонит и сепсис — в 2 случаях.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗРЫВА МАТКИ

Несмотря на довольно большое разнообразие клинических симптомов угрожающего разрыва матки, опытный акушер должен уметь их распознать. Прав И. И. Яковлев, который считает, что «при умело проведенных родах разрывов матки не должно быть».

Практика клинических учреждений говорит о том, что с повышением квалификации персонала число разрывов матки сводится почти к нулю. Профилактика разрывов матки требует прежде всего детального обследования каждой беременной в консультации, при этом особо внимательному и всестороннему обследованию подлежат как первородящие, так и повторнородящие с узким тазом (наружная конъюгата 18 см и ниже), повторнородящие с неблагоприятным акушерским анамнезом (крупные операции, мертвые дети, заболевания после родов, длительные роды), беременные крупным плодом и с подозрением на клинически узкий таз, женщины с переношенной беременностью, беременные с поперечным положением плода, беременные, перенесшие в прошлом кесарево сечение или какую-нибудь операцию на матке (например, вылущение миоматозных узлов).

С целью уменьшить угрозу разрыва матки при последующих родах следует производить абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки и отказаться от так называемого классического кесарева сечения. Чтобы предупредить разрыв по рубцу, следует производить кесарево сечение в последние дни беременности, если в прошлом женщина подверглась этой операции и послеоперационный период осложнился инфекцией и вторичным заживлением раны. Все эти беременные подлежат во время беременности систематическому патронажу и госпитализации не позже чем за 2 недели до предполагаемого срока родов. При перенашивании беременная подлежит госпитализации для решения вопроса о показаниях к искусственному вызыванию родовой деятельности или оперативному вмешательству.

Профилактика разрывов в родах в первую очередь должна проводиться путем тщательного учета и анализа данных, полученных во

время наблюдения беременной в женской консультации и тщательного изучения динамики родового акта.

Неотъемлемым компонентом правильного ведения родов является вагинальное исследование, отказ от которого является вредным. Нельзя правильно проводить роды, не учитывая их динамики, хода раскрытия шейки, механизма родов и т. д.

Большое значение в профилактике разрывов имеет постоянное наблюдение в родах за нижним сегментом, его растяжением, за продвижением головки, особенно в случаях выясняющегося несоответствия ее с тазом.

В отдельных случаях у многородящих разрыв матки связан с применением питуитрина в первом периоде родов; при стимуляции родовой деятельности питуитрин можно применять только при отсутствии несоответствия головки и таза и притом лишь в дробных дозах.

Роды должны проводиться «с учетом времени»; поэтому при затягивающихся родах необходимо производить повторное вагинальное исследование для получения точных данных о степени раскрытия маточного зева и механизме родов.

Необходимо помнить, что, после того как наступило полное раскрытие зева, роды у первородящей должны закончиться не позже 3—4 часов, а у повторнородящей не позже 2 часов; если в течение этого времени (при наличии регулярной родовой деятельности) плод не родится, то показано родоразрешение путем кесарева сечения или влагалищной операции в зависимости от конкретных условий.

С целью предупреждения насильственного разрыва каждый акушер должен помнить о недопустимости поворота при запущенном поперечном положении, высоких щипцов и извлечения плода после поворота по Брэкстон-Гиксу, а также об опасностях травмирования нижнего сегмента матки при таких операциях, как краниотомия при высоко стоящей головке, декапитация, спондилотомия. Эти плодоразрушающие операции могут применяться при затянувшихся родах, но они требуют от акушера точного знания методики и бережного манипулирования.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Надрывы шейки матки небольших размеров происходят почти при каждых родах у первородящих; этим объясняется разница в форме наружного зева шейки у нерожавших и рожавших женщин.

Этим надрывом шейки, не проявлявшим себя клинически в родах, не придавали большого значения. Говоря о разрывах шейки матки, предполагали в первую очередь лишь те из них, которые давали опасные для жизни кровотечения.

Профузные кровотечения, обусловленные разрывами шейки матки, встречаются нечасто; поэтому в большинстве родовспомогательных учреждений зашивание разрывов шейки матки производилось редко.

За последние годы значительно поднялся интерес к вопросу о заболеваниях шейки матки. Проведение противораковой борьбы фиксирует внимание гинекологов на хронических заболеваниях шейки матки как на органе, наиболее часто поражаемом раковой опухолью.

При профилактических медицинских осмотрах женщин выясняется, что нередко имеются надрывы в области наружного маточного зева, эктропион и т. д. Эти надрывы могут послужить в дальнейшем источником хронического катарра, вести к образованию эрозий, развитию эндоцервицита и т. д.

Крупнейшие отечественные гинекологи (К. Ф. Славянский, И. Н. Грамматикати, Н. Ф. Толочинов) считали, что разрывы шейки в дальнейшем ведут к эрозиям.

Все это требует и в акушерской практике уделять больше внимания выявлению травматизма шейки матки и борьбе с его последствиями.

ЧАСТОТА РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

По этому вопросу до последних лет мы не имели точных данных. По отдельным авторам, разрывы шейки матки, потребовавшие оперативного вмешательства, встречаются в 0,5—1,8% всех родов; такова частота разрывов шейки матки по данным тех учреждений, где шейка матки осматривалась лишь при кровотечении и при подозрении на разрыв.

С целью профилактики заболеваний шейки матки в последнее время в некоторых клиниках применялся систематический осмотр шейки после родов; при обнаружении разрыва шейки производили зашивание его.

Н. А. Мельников опубликовал результаты обследования шейки матки после родов в 650 случаях. В Воронежской акушерско-гинекологической клинике Е. П. Бондаревской изучены результаты осмотра шейки у 1 119 родильниц.

При таких систематических осмотрах шейки матки выявляется значительно более высокий процент разрывов ее.

А. И. Вележева, В. Г. Котельников и Ф. П. Ханина, Н. А. Мельников обнаружили у первородящих разрывы шейки матки в 28%. Л. И. Кротова и С. С. Роговенко в 1948 г. описали результаты осмотра зеркалами 436 родильниц, причем разрывы шейки наблюдались в 20,6%, в том числе среди первородящих — в 21,7%, после вторых родов — в 15,3%; после третьих родов разрывы шейки матки обнаружены не были. По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, при осмотре главным образом первородящих разрывы шейки матки встретились в 27,4%.

ЭТИОЛОГИЯ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Разрывы шейки матки принято делить на две основные группы: 1) самопроизвольные и 2) насильственные.

Насильственные разрывы шейки наступают в результате форсированного родоразрешения при неполном раскрытии шейки. Особенно опасным является предлежание плаценты. В прежние годы, когда главным методом терапии при предлежании плаценты и неполном раскрытии канала шейки матки являлся поворот, эти разрывы шейки встречались нередко. К. А. Липский описал 2 случая разрыва шейки матки при предлежании плаценты со смертельным исходом.

Из общего числа 307 разрывов шейки матки, обнаруженных при осмотре зеркалами родильниц тотчас после родов в Воронежской акушерско-гинекологической клинике, в 47 случаях (14%) роды сопровождались той или иной операцией; эту группу разрывов можно отнести к насильственным; сюда нами были включены и случаи, в которых были произведены насечки на шейке, а также разрывы, констатированные после растяжения шейки пальцами: ни в одном из этих случаев профузного кровотечения мы не наблюдали.

Следует подчеркнуть, что профузные кровотечения в результате разрыва шейки наступали нередко при предлежании плаценты, что еще раз должно фиксировать наше внимание на необходимости при этой патологии бережного родоразрешения.

Касаясь этиологии самопроизвольных разрывов шейки, Н. З. Иванов писал, что «целость шейки во время родов сохраняется при нормальном количестве эластических волокон, которые, анастомозируя друг с другом, как бы сцепливают мышечные пучки».

Я. Ф. Вербов разрывы шейки объяснял с точки зрения созданной им теории перистальтического сокращения матки; он считал, что в период раскрытия сокращаются продольные, а в период изгнания — поперечные (циркулярные) мышцы матки; поэтому, по Вербову, разрывы шейки образуются в тех случаях, когда круговые мышцы начинают работать до полного раскрытия зева.

В. С. Груздев, говоря о ригидности шейки у старых первородящих, указывает, что в тканях шейки с возрастом меняется коллоидная структура клеток.

В Воронежской акушерско-гинекологической клинике было установлено, что у первородящих старше 30 лет число разрывов увеличивается в два раза по сравнению с более молодыми группами первородящих.

Инфантилизм (в частности, матки), классическое описание которого дал нам В. Ф. Снегирев, при резкой его выраженности ведет к бесплодию, при легких же формах дает те или иные отклонения от нормального течения родов. По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, среди рожениц с началом менструальной функции после 16 лет процент разрывов шейки был в два раза больше, чем в группе рожениц, у которых менструации начались до 16-летнего возраста.

Как следствие недоразвития (в том числе и матки) может быть чрезмерная длительность родов; поэтому не удивительно, что при затянувшихся родах процент разрывов шейки повышается.

По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, процент разрывов шейки матки был особенно высоким также при родах с длительностью более 37 часов, доходя до 57,6.

Проявлением ригидности шейки, неподатливости нижнего сегмента нередко является преждевременное и раннее отхождение вод; естественно, что среди родов с ранним отхождением вод можно ждать повышенного процента разрывов шейки. Н. А. Мельников отмечает, что при отхождении вод за 20 часов до рождения плода количество разрывов шейки увеличивалось в два раза. По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, как ранний разрыв плодного пузыря, так и особенно преждевременный его разрыв очень часто сочетаются с разрывом шейки матки. Наши данные совпадают с наблюдениями Н. А. Мельникова, что при отхождении вод за 24 часа до рождения младенца число разрывов шейки матки удваивается; из 48 случаев родов с преждевременным отхождением вод разрывы шейки произошли в 35 случаях, т. е. почти в $^3/_4$ всех случаев.

Среди прочих моментов, способствующих разрыву шейки, имеет значение и узкий таз. В своей диссертации (1887), посвященной разрывам шейки матки, Г. И. Гиммельфарб писал, что «при диспропорциях и деформациях костей таза количество разрывов шейки увеличивается». И. П. Лазаревич также считал, что изменения размеров и формы таза создают условия для ущемления передней губы или всей шейки, что способствует ее разрывам.

По наблюдениям Е. П. Бондаревской, число разрывов шейки увеличивалось при узких тазах; чем меньше были размеры истинной конъюгаты, тем чаще встречались разрывы шейки.

В этиологии разрывов шейки матки существенное значение имеет положение и форма предлежания плода. Так, разрывы шейки при яго-

дичных предлежаниях наблюдаются чаще; по данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, среди 33 случаев ягодичных предлежаний разрывы шейки матки были обнаружены у 14 родильниц.

ФОРМЫ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Разрывы шейки чаще всего располагаются по сторонам ее; они бывают односторонние и двусторонние. Правосторонние и левосторонние разрывы встречаются одинаково часто; на эти формы разрыва приходится $^2/_3$ всех разрывов шейки матки. Треть всех разрывов составляют двусторонние разрывы, а также разрывы задней и передней губы. Разрывы передней губы встречаются реже других форм.

Разрывы шейки матки чаще всего бывают продольными; нередко наблюдаются разрывы звездчатой формы, когда несколько радиарных разрывов располагается вокруг маточного зева.

Кроме продольных разрывов, иногда наблюдается некротизация и отторжение передней губы. Редко встречается циркулярный отрыв влагалищной части шейки матки. Также редко наблюдаются «центральные» разрывы шейки, которые аналогичны центральным разрывам промежности; эти разрывы встречаются при преждевременных родах и при поздних выкидышах. Центральный разрыв шейки располагается на задней стенке, на 1,5—2 см выше наружного зева, который остается ненарушенным, так как плод родится через образовавшийся ложный ход. Центральные разрывы шейки обычно диагносцируются спустя много времени после родов, долго не давая никаких клинических проявлений. В большинстве случаев они распознаются лишь при гинекологическом исследовании и диагносцируются как шеечно-влагалищная фистула (fistula laqueatica).

Весьма опасны разрывы шейки матки, переходящие на своды: в отдельных случаях разрывы распространяются до внутреннего маточного зева, обусловливая в параметральной клетчатке гематому. По И. Л. Брауде, разрывы шейки, проникающие глубоко в параметрий с образованием в клетчатке гематомы, должны относиться к неполным разрывам матки; с нашей точки зрения это толкование является правильным.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Основным симптомом разрыва шейки является кровотечение, величина которого может быть различной. Известны случаи, когда разрывы шейки давали профузные кровотечения, заканчивавшиеся смертью больной. Кровотечение, угрожающее жизни, наступает при разрыве шеечно-влагалищной веточки маточной артерии. Н. А. Мельников описал один случай смертельного кровотечения при разрыве шейки после самопроизвольных родов. Однако литературные данные о частоте смертельных кровотечений при разрывах шейки весьма противоречивы. Это объясняется тем, что некоторые авторы относят сюда разрывы, переходящие на нижний маточный сегмент с образованием гематомы в клетчатке, тогда как правильнее квалифицировать подобные случаи как неполный разрыв матки.

К счастью, профузные кровотечения при разрывах шейки встречаются нечасто. По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, среди родильниц, у которых был обнаружен разрыв шейки, кровотечение свыше 1 000 мл встретилось в 5 случаях, что составляет 1,6% ко всем разрывам шейки. Кровопотеря свыше 500 мл была в 15,8%; кровопотеря свыше 300 мл встречалась уже значительно чаще—в 38,2%.

Еще И. П. Лазаревич писал, что разрывы шейки, не распространяющиеся на своды влагалища, не дают обильных кровопотерь.

По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, в 61,8% установленных при осмотре разрывов шейки кровопотеря в родах была меньше 300 мл.

ДИАГНОСТИКА РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ

Диагностика разрывов шейки матки является нелегкой. Это ясно из вышеприведенных данных о частоте и величине кровотечений при разрывах шейки. Принимая во внимание это непостоянство клинических проявлений, все же нужно учитывать возможность следующих симптомов при разрывах шейки.

Согласно описанию, даваемому в учебниках акушерства, кровотечение при разрывах шейки матки может появиться и до рождения предлежащей части: «Уже постепенно рождающиеся части плода иногда бывают покрыты яркой кровью» (И. Л. Брауде). Но чаще место разрыва шейки придавливается предлежащей частью и кровотечение в периоде изгнания отсутствует; только после рождения плода начинается кровотечение, причем кровь при разрывах шейки течет непрерывной струйкой яркокрасного цвета (артериальная), матка может быть при этом хорошо сократившейся, дно ее (при опорожненном мочевом пузыре) стоит ниже пупка.

Трудно диагносцировать разрыв шейки при одновременном гипотоническом кровотечении. Поэтому целесообразнее в каждом случае кровотечения после родов, приняв меры против гипотонии матки, проверить и целость шейки матки.

В современном акушерстве принято обследование шейки в зеркалах. Для осмотра требуется хорошее естественное или искусственное освещение. Кроме того, нужен помощник; необходимый инструментарий при обследовании: широкое влагалищное зеркало, два подъемника, длинный (20 см) анатомический пинцет, две пары геморроидальных или полипных щипцов для захватывания шейки, лучше накладывать пулевые щипцы. Накладывать щипцы следует на переднюю губу справа и слева, а также на заднюю губу в том же положении. Иногда щипцы приходится перекладывать для того, чтобы осмотреть шейку во всех ее складках.

При обнаружении разрыва последний зашивают по принципам, изложенным в главе «Оперативное акушерство». Конечно, зашивание шейки требует соблюдения строжайшей асептики. Очень удобно производить осмотр шейки матки, когда во втором периоде родов было произведено обезболивание родов анестезией n. pudendi. В противном случае анестезию нужно сделать перед осмотром шейки.

Профилактика разрывов шейки сводится в первую очередь к соблюдению принципов бережного родоразрешения. Операция наложения щипцов должна, как правило, производиться при полном раскрытии зева; если же по показаниям со стороны плода приходится приступать к наложению щипцов до полного раскрытия, то необходимо в щипцах произвести радиарные насечки. Конечно, сейчас же после родов края разрезов должны быть зашиты.

Родоразрешение при предлежании плаценты должно быть особо бережным. Следует помнить правило Н. Феноменова: «При предлежании плаценты делайте поворот, низводите ножку, но не извлекайте». Здесь необходимо указать, что поворот по Брэкстон-Гиксу, ввиду крайне

неблагоприятного прогноза для плода, может применяться лишь при сочетании предлежания плаценты с глубокой недоношенностью.

После каждых оперативных родов (щипцы, краниотомия) должна быть осмотрена шейка матки. В случае обнаружения разрыва накладывают швы.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Разрывы промежности не таят в себе той грозной опасности, которую мы имеем при разрывах матки, а иногда и шейки, так как обычно кровотечение при них бывает небольшим. Но значение этой формы акушерского травматизма в том, что нарушение тазового дна является главным моментом в развитии такого тяжелого страдания женщины, каким является выпадение матки. Наряду с разрывами промежности, этиологическую роль в выпадении матки играют наступающие часто в родах нарушения тазового дна при целости кожи промежности.

Выпадение матки в прежнее время являлось частой болезнью русской крестьянки. В Советском Союзе в результате запрещения детского труда, правильно поставленного физического воспитания девочек, благодаря развитию системы родовспоможения не только в городе, но и на селе, число женщин, страдающих выпадением матки, резко уменьшилось, как об этом свидетельствуют проводимые массовые профилактические осмотры женщин.

ФОРМЫ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

К. Ф. Славянский предлагал все разрывы промежности делить на частичные и полные; под термином «полный разрыв» он понимал разрыв, заходящий за наружный сфинктер заднепроходного отверстия. В настоящее время принято различать три степени разрывов, причем «полные» разрывы промежности, по К. Ф. Славянскому, относятся к III степени. Повреждение кожи промежности или задней спайки определяется как разрыв I степени, более глубокое повреждение с нарушением целости m. constrictoris cunni, m. transversi perinei superficialis, m. levatoris ani— как разрыв II степени, а при повреждении и m. sphincteris ani (со стенкой или без стенки прямой кишки) — как разрыв III степени. Выделяют еще так называемые центральные разрывы промежности, при которых разрывается задняя стенка влагалища и промежность, но задняя спайка остается целой. Плод рождается через канал, образовавшийся между задней спайкой влагалища и прямой кишкой.

Частота разрывов промежности, по литературным данным, варьирует в больших пределах. Так, по П. А. Гузикову (Родильный дом в Астрахани), процент разрывов промежности равен 7, по С. М. Гольденбергу (Ростовская акушерско-гинекологическая клиника), — 8,2, по В. Ф. Панкову (Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и детства), — 11,3, а по А. И. Крупскому (Киев),—уже 22,3. Такой большой диапазон в частоте разрывов нельзя отнести за счет методики ведения родов, так как во всех этих учреждениях прием родов производился обычным способом. Разница в процентах должна быть поставлена в связь с методикой учета; так, высокий процент, по данным А. И. Крупского, объясняется включением в число разрывов и небольших надрывов слизистой входа и малых губ.

Говоря о частоте разрывов, необходимо учитывать также то обстоятельство, что разрывы промежности значительно чаще наблюдаются среди первородящих. Так, по Гузикову, разрывы промежности наблюда-

лись у первородящих в 16,85%, а у повторнородящих — в 6,7%. По Гольденбергу (Ростовская акушерско-гинекологическая клиника), процент разрывов промежности у первородящих 10,73, а у повторнородящих — 4,07.

Помимо общей частоты разрывов промежности, важным является частота повреждений отдельных степеней, в первую очередь III степени, так как это повреждение является очень тяжелым. Нарушение сфинктера прямой кишки ведет к недержанию газов и жидкого кала. Процент разрыва промежности III степени служит показателем качества работы акушерского учреждения. По данным Гузикова (1925—1927), разрывы промежности III степени составляли 2,2% ко всем разрывам.

По данным Ростовской акушерско-гинекологической клиники, разрывы III степени составляли 0,3% ко всем разрывам промежности или 0,02% ко всем родам. Дело чести каждого учреждения стремиться к тому, чтобы разрывы промежности III степени были окончательно изжиты. Разрывы III степени чаще всего являются результатом неумелого оперативного родовспоможения (щипцы).

Этиология разрывов промежности. Как показывают приведенные выше данные, разрывы промежности наблюдаются в первую очередь у первородящих, встречаясь у них в 10—16%; однако значительное большинство женщин, в том числе и первородящих, не имеет нарушения целости промежности.

Среди причин, благоприятствующих разрывам промежности, указывают на «высокую» промежность; частота разрывов промежности повышается среди первородящих старше 30 лет, составляя (по данным Ростовской акушерско-гинекологической клиники) 13,02%. Наблюдения Воронежской акушерско-гинекологической клиники также показывают, что процент разрывов у «старых» первородящих повышается.

Частота разрывов промежности стоит в связи с величиной головки и плода. Довольно высок процент разрывов промежности при наложении щипцов; по данным Повивального института, частота нарушения промежности при этой операции равнялась 30,1%, а по данным Ростовской акушерско-гинекологической клиники, на 172 операции наложения щипцов разрывы промежности встретились в 36,6%. Частота разрывов промежности увеличивается при заднем виде затылочного предлежания, при переднеголовных, лобных и лицевых предлежаниях, а также при тазовом предлежании плода. Иногда разрывы промежности наступают в результате стремительных родов.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ РАЗРЫВОВ ПРОМЕЖНОСТИ

Уже Амбодик дает описание способа поддержания промежности. В последующие годы для уменьшения числа разрывов промежности вносились отдельные предложения, как, например, введение при прорезывании головки специальных костяных пластинок во влагалище. Проводился прием родов на «боку».

В XIX веке раздавались отдельные голоса, которые ставили под сомнение целесообразность поддержания промежности. Так, Ф. Ф. Кетлинский в 1893 г. писал, что «поддержание промежности можно оставить скучающим акушерам».

Наконец, А. И. Крупский в 1938 г. предложил прием головки на зеркалах, но этот метод не нашел большого числа сторонников.

Одним из эффективных методов профилактики разрывов промежности является обезболивание родов, анестезия срамного нерва во втором периоде родов. Так, по данным Свердловского научно-исследовательского

института охраны материнства и детства, при обезболивании процент разрывов вместо 13,02 стал равняться 8,3. Особенно эффективной в этом отношении является анестезия n. pudendi, которая имеет также и то преимущество, что в случае разрыва промежности позволяет безболезненно произвести ее зашивание.

Правильный прием родов и особенно бережное родоразрешение при акушерских операциях (щипцы, извлечение плода) являются главными условиями профилактики разрывов промежности.

Разрывы промежности III степени встречаются при родах без медицинской помощи или являются результатом неумелого выведения головки в щипцах. Акушер должен об этом твердо помнить.

Наряду с профилактикой разрывов промежности, необходимо учитывать нарушения тазового дна при целости кожи промежности. Д. О. Отт в 1897 г. в интересах предупреждения этих «подкожных» разрывов мышц тазового дна предложил при каждых родах производить перинеотомию. Д. О. Отт считал, что тазовое дно лучше сохранится, если мы произведем перинеотомию и затем зашьем линейный разрез, чем при зашивании размозженных тканей происшедшего разрыва промежности. Предложение систематически применять перинеотомию при всех родах не нашло признания; от этого вмешательства отказался и Центральный институт акушерства и гинекологии (ныне Институт акушерства и гинекологии Академии медицинских наук).

Но принцип Д. О. Отта в профилактике пролапсов не может быть нами отброшен. Поэтому перинеотомия должна производиться в интересах меньшего повреждения тазового дна в тех случаях, когда становится очевидной неизбежность разрыва промежности, как-то: при щипцах у первородящих, при крупном плоде и т. д.

Еще во времена Амбруаза Паре (Ambroise Paré, XVI век) в акушерстве производилось зашивание разрывов промежности. Современные принципы зашивания разрывов промежности изложены в главе «Оперативное акушерство».

ГЕМАТОМА ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

По данным Родильного дома имени Грауермана (Москва), гематомы вульвы встречаются один раз на 2 464 родов. По А. Д. Дмитриеву, следует различать гематомы двух видов: 1) располагающиеся выше тазовой фасции и 2) образующиеся ниже этой фасции.

Гематомы чаще образуются после самостоятельных родов, обычно у первородящих. Особенности их образования нам не вполне еще ясны. В результате растяжения мягких частей происходит разрыв кровеносных сосудов промежности и после родов образуется гематома, обычно односторонняя. Клинически это проявляется припухлостью в области задней спайки или выпячиванием боковой стенки влагалища. Вскоре появляется и темнобагровая окраска кожных покровов, свидетельствующая о происшедшем кровоизлиянии. При влагалищном или прямокишечном исследовании прощупывается бо́льшая или меньшая опухоль (гематома) вначале тестоватой, а затем плотной консистенции.

ТЕРАПИЯ ГЕМАТОМЫ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

Активная хирургическая терапия (вскрытие гематомы и ушивание) не дает удовлетворительных результатов, так как нахождение кровоточащего сосуда в пропитанных кровью тканях является трудной задачей,

кроме того, всегда остается опасность инфицирования. Поэтому у большинства больных гематомы вульвы и влагалища проводятся консервативно; родильнице назначают покой; на промежность — в первые 3 дня холод, а затем тепло.

Однако при очень больших размерах гематомы и при продолжающемся увеличении ее мы вынуждены произвести вскрытие гематомы и удалить из ее ложа сгустки крови; при этом ложе ушивают и дренируют, после чего вскоре наступает заживление. Вскрытие гематомы безусловно показано, если наступает инфицирование ее (повышение температуры, озноб, ухудшение общего состояния родильницы).

СВИЩИ АКУШЕРСКИЕ (РОДОВЫЕ)

Одной из тяжелейших форм акушерского травматизма являются мочеполовые свищи. В дореволюционной России при крайне недостаточной обеспеченности населения акушерской помощью частота мочеполовых свищей была значительной. Так, в Казанскую акушерско-гинекологическую клинику за 15 лет (1901—1916) обратилось 448 больных со свищами; они составили 6,8% всех больных.

По данным М. С. Малиновского, у 54,5% больных, обратившихся в Казанскую акушерско-гинекологическую клинику (1901—1916) по поводу мочеполовых свищей, роды проводили повитухи.

Уже с первых лет существования советского здравоохранения резко увеличилась медицинская помощь и в городе, и на селе, и число свищей начало непрерывно уменьшаться.

ЭТИОЛОГИЯ

Свищи наблюдаются как среди первородящих, так и среди повторнородящих. По данным С. И. Кошкиной, первородящие составляют одну треть всех больных свищами, а две трети приходятся на повторнородящих.

Главным этиологическим фактором акушерских мочеполовых свищей являются роды при узком тазе. Так, по М. С. Малиновскому, таз был узким у 91,6% больных свищами, при этом тазы с наружной конъюгатой 16,5 см и ниже встретились у 35% больных. И. Ф. Козлов, изучивший данные Казанской акушерско-гинекологической клиники за последние годы, констатировал узкий таз с наружной конъюгатой 18 см и меньше в 84,6%.

Е. А. Романовская при изучении 45 больных свищами нашла узкий таз у 32 больных. Данные Воронежской акушерско-гинекологической клиники также подтверждают наличие у больных со свищами узкого таза. Наиболее часто свищи возникают при общесуженных плоских тазах.

Однако одно анатомическое сужение таза не предрешает течения и исхода родов. Мы знаем, как часто роды при уменьшенной наружной конъюгате проходят благополучно и не затягиваются; при правильном ведении родов с узким тазом свищи не возникают.

В образовании свищей большую роль играет длительность родов. По М. С. Малиновскому, у $^3/_4$ больных свищами роды продолжались 3 суток и больше. Опасным является остановка родов к концу первого периода или во втором периоде родов; роды, затягивающиеся в связи со слабостью родовой деятельности в начале первого периода, еще не таят в себе этой грозной опасности. Свищи образуются при затянувшихся

родах, с давно отошедшими водами, с головкой, плотно стоящей во входе или спустившейся уже в полость таза, нередко при ущемившейся губе шейки матки.

Несоответствие между предлежащей частью и тазом может быть результатом не только анатомически узкого таза, но и крупного размера плода. Это отмечает, в частности, М. Г. Гольдштейн. Несоответствие головки с тазом может возникнуть и в результате неправильного вставления головки.

Свищи у повторнородящих могут возникнуть в связи с недостаточностью изгоняющих сил, когда головка плода длительно стоит во входе или полости таза, вызывая сдавление мягких тканей.

СВИЩИ ПОСЛЕ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЙ

В анамнезе у больных со свищами мы очень часто встречаем указания на применение той или другой операции во время родов.

Поэтому напрашивается вывод о связи между образованием свища и операцией. Но еще классики отечественного акушерства (И. П. Лазаревич, К. Ф. Славянский) указывали, что щипцы — благодетельная операция.

Так, по данным А. Ф. Пальмова, на 800 родов, законченных щипцами, имел место лишь один случай свища, причем и этот случай не мог быть отнесен к числу насильственных.

Практика показывает, что даже после наложения щипцов с сильными тракциями мы не наблюдаем свищей. Прав И. Ф. Козлов, который утверждает, что в возникновении свищей играет роль не сила, а продолжительность давления. Своевременно наложенные щипцы — одна из действенных форм профилактики свищей.

В других случаях свищи возникают после родов, законченных краниотомией. Но изучение этих данных показывает, что операция у этих больных производилась поздно и свищ образовался в результате длительного придавливания головкой стенки мочевого пузыря или уретры. По данным Манурина (XIX век), в Московском родовспомогательном учреждении на 500 перфораций головки не было ни одного случая свища. По данным Воронежской акушерско-гинекологической клиники, среди 24 больных со свищами у 6 роды закончились самостоятельно, а у 18 — оперативно; однако изучение течения родов у этих больных показывает, что свищи образовались не в результате операции, а в связи с длительностью родов и поздней операцией. Таким образом, мы должны притти к заключению, что насильственные акушерские свищи встречаются относительно редко и что большей частью образование свища следует относить не за счет оперативного вмешательства, а за счет позднего применения последнего.

ФОРМЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Чаще других мы встречаем пузырно-влагалищные фистулы. Наиболее затруднительно оперативное лечение при свищах с повреждением сфинктера мочевого пузыря и разрушением мочеиспускательного канала, а также свищи с обширными рубцами во влагалище и сводах. Значительно реже в результате родов наблюдаются мочеточниковые и прямокишечно-влагалищные свищи.

Так называемое функциональное недержание мочи чаще всего наступает также в результате родовой травмы. Д. Н. Атабеков пишет,

что это заболевание является этапом в процессе родовой травмы, когда в результате длительного стояния головки в области сфинктера мочевого пузыря наступают атрофические процессы, которые и ведут к недержанию мочи.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ СВИЩЕЙ

Первой задачей в профилактике свищей является раннее выявление беременных с узким тазом и заблаговременное (не позже чем за 2 недели до предполагаемого срока родов) направление их на роды в родильные отделения, обеспеченные квалифицированной акушерской помощью. Неблагоприятно сочетание суженного таза с той или иной степенью недоразвития половых органов.

Самопроизвольные роды в анамнезе у беременной не снимают опасности образования свища, так как последующие роды могут затянуться в связи с недостаточностью маточной мускулатуры или крупным плодом, или неправильностью вставления. Такие беременные с крупным плодом и переношенной беременностью должны быть заблаговременно госпитализированы.

Каждые роды необходимо проводить с учетом степени раскрытия зева, динамики продвижения предлежащей части и т. п. Отказ от влагалищного исследования в родах является вредным. Роды, длящиеся более суток, должны вызвать тревогу ведущего врача или акушерки; затруднение мочеиспускания, а тем более невозможность его являются одним из важных признаков сдавления уретры или шейки мочевого пузыря; примесь крови к моче — очень тревожный признак. Во всех этих случаях показано срочное исследование для решения вопроса о дальнейшем ведении родов.

ТЕРАПИЯ СВИЩЕЙ

(сроки операции)

Твердо установлено, что свищ должен зашиваться после окончания послеродового периода, но отдельные авторы указывают различные сроки операции. Так, в Казанской акушерско-гинекологической клинике оперировали через 6—8 недель после родов. Д. Н. Атабеков, имеющий большой опыт в оперативном лечении свищей, говорит, что операцию следует производить не ранее 4—5 месяцев после родов; мы также придерживаемся этих сроков.

Каждый случай возникновения свища подлежит детальному разбору; копию такой истории болезни и протокол совещания, обсуждавшего данный случай, нужно направить в Министерство здравоохранения СССР. По выписке из лечебного учреждения после родов больная должна быть патронирована, а затем направлена главным врачом в соответствующее отделение для оперативного вмешательства.

НАРУШЕНИЯ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА В РОДАХ

Одной из редких форм травматизма в родах являются повреждения лонного и крестцово-подвздошного сочленений таза.

ЧАСТОТА

Значительные изменения в области лонного сочленения описывались ранее под названием его разрыва. Н. Н. Феноменов собрал в литературе 83 случая. По данным литературы XIX века, эта форма патологии встречается один раз на 30 000—60 000 родов.

При учете и легких форм оказалось, что нарушения в области лонного сочленения в связи с беременностью и родами встречаются значительно чаще. Так, по данным Родильного дома имени Клары Цеткин (Москва), такой случай встретился один раз на 1 524 родов.

ЭТИОЛОГИЯ

Еще в XIX веке были произведены опыты, доказывающие большую прочность соединения тазовых костей; в этих опытах было показано, что соединение костей таза выдерживает силу, равную 200 кг. Н. Н. Феноменов, изучавший гистологические изменения симфиза при беременности, пришел к выводу, что так называемые разрывы лонного сочленения являются результатом патологических изменений в симфизе.

Исследования лонного сочленения у беременных и рожениц показали, что при беременности здесь появляется значительное число щелей, которые могут проходить во всех направлениях межлобковой пластинки. Одновременно с этим наступает отек в хряще, связки сустава гипертрофируются.

Ценными оказались рентгенологические исследования, которые показали, что во время беременности происходит некоторое расхождение костей лонного сочленения и что это расхождение можно констатировать уже за 3—4 месяца до родов (Л. В. Ванина). Эти изменения в лонном сочленении должны быть связаны с теми гормональными сдвигами, которые имеют место во время беременности.

Если раньше расхождения лонного сочленения связывали с акушерскими операциями и относили к числу насильственных повреждений, то уже Н. Н. Феноменов отрицал обоснованность деления разрывов симфиза на насильственные и самопроизвольные; в описанном им случае «разрыв симфиза» он рассматривал как самопроизвольный, возникший в результате патологических изменений в лонном сочленении.

По Р. М. Соколовской, среди 116 случаев нарушения лонного сочленения в родах, описанных за 1930—1940 гг., роды были закончены оперативно в 14,6% и самопроизвольно в 85,4%.

По данным Родильного дома имени Клары Цеткин, процент оперативных родов достигал 31. Тем не менее нельзя отрицать, что в части случаев операции могут обусловить разрыв лонного сочленения. Разрывы крестцово-подвздошного сочленения были описаны как осложнение пубиотомии и симфизиотомии.

По данным Р. М. Соколовской, у большинства рожениц, у которых отмечалось нарушение лонного сочленения, размеры таза были нормальны; автор подчеркивает наличие среди этого числа беременных с токсикозом, водянкой и нефропатией.

Интересны гистологические исследования симфиза у беременных и у рожениц, проведенные Р. М. Соколовской на секционном материале. Эти исследования показали, что отек тканей в области лонного сочленения резко усиливается при токсикозах отечного ряда.

Полный разрыв лонного сочленения с расхождением лонных костей почти на 5 см описал Бергал; в случаях истинного разрыва лонного сочленения одновременно надрывается иногда и одно из крестцово-подвздошных сочленений; подобное осложнение было описано, как мы выше указали, после операции пубиотомии или симфизиотомии. Чаще всего происходит небольшое расхождение лонных костей (до 1,5—2 см) с одновременным перерастяжением связок лонного сочленения, а именно верхней и нижней дугообразных связок.

Называть эти легкие формы нарушения в лонном сочленении «симфизитом» неправильно, так как дело идет о травматических повреждениях на почве токсикоза, а не о воспалительном процессе.

КЛИНИКА

Клиника нарушений лонного сочленения довольно типична. На первый-второй день после родов появляются боли в области симфиза. Активные движения нижних конечностей, а также поворачивание на бок становятся невозможными; родильница лежит с несколько разведенными ногами. Боли продолжаются в течение нескольких недель; в тяжелых случаях ходьба невозможна до 8 недель после родов.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика основывается главным образом на клинических данных; ценными являются данные рентгенографии.

ТЕРАПИЯ

Терапия состоит в строгом постельном режиме; применяемое некоторыми акушерами бинтование таза показано лишь при истинных разрывах лонного сочленения, но вообще едва ли является эффективным.

Рекомендуют также хлористый кальций, сернокислую магнезию и витамины.

ЛИТЕРАТУРА

Разрывы матки

Александров И. Н., Материалы к вопросу о разрывах матки во время родов. Диссертация, Юрьев, 1900.

Азлецкий Б. В., Клиническая картина разрыва матки в зависимости от этиологических факторов, пути предупреждения разрыва матки, Акушерство и гинекология, 1939, № 12, стр. 50.

Вербов Я. Ф., Матка женщины, СПБ, 1913.

Вербов Я. Ф., О самопроизвольном разрыве матки, Журнал акушерства и женских болезней, 1911, 10, 11.

Жорданиа И. Ф., Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения, Акушерство и гинекология, № 4, 1950.

Иванов Н. З., К вопросу об этиологии, профилактике и лечении разрывов матки, Труды акушерско-гинеколог. общества, М., 1904.

Иванов Н. З., Акушерство, М., 1926.

Илькевич В. Я. О симптомах так называемых бессимптомных разрывов матки во время родов (доклад в Московском обществе), Акушерство и гинекология, 1940, № 2, стр. 81.

Персианинов Л. С., О диагностике и терапии разрывов матки, Акушерство и гинекология, 1947, № 4, стр. 27.

Персианинов Л. С., Разрывы матки, Медгиз, М., 1952.

Покровский В. А. и Рабинович Я. С., Отдаленные результаты классического кесарева сечения, Гинекология и акушерство, 1930, № 1.

Покровский В. А., Шок в акушерско-гинекологической практике, Воронеж, 1947.

Разрывы шейки матки

Бондаревская Е. П., Зашивание шейки матки после родов, Акушерство и гинекология, 1950, № 1.

Кротова Л. И. и Роговенко С. С., Зашивание разрывов шейки непосредственно после родов с целью профилактики рака, сборник «Злокачественные опухоли», изд. Академии медицинских наук СССР, 1948, стр. 49.

Мельников Н. А., О травматизме шейки матки в родах, Акушерство и гинекология, 1930, № 6, стр. 688.

Разрывы промежности

Баскин С. З., Клинические наблюдения над разрывами промежности. Диссертация, СПБ, 1881.

Гольденберг С. М., К вопросу о разрывах промежности, Труды Ростовского-на-Дону государственного медицинского института, Ростов. Сб. IV, 1939.

Гузиков П. А., О разрывах промежности и влагалища во время родов, Медицинское обозрение Нижнего Поволжья, 1928, № 7—8.

Дмитриев А. Д., К учению об образовании гематом родовых путей, Московский медицинский журнал, 1925, № 11.

Крупский А. И. и бригада, Защита промежности от разрыва во время родов, Акушерство и гинекология, 1938, № 6.

Папков, Разрывы промежности по материалам Свердловского института охраны материнства и младенчества, Сборник работ Свердловского ИОММ, Свердловск, 1940.

Славянский К. Ф., Разрыв промежности и его лечение, Русская медицина, 1886, № 5—8.

Мочеполовые свищи

Атабеков Д. Н., Повреждения и функциональные расстройства мочевых путей у женщин и их оперативное лечение, М., 1928.

Атабеков Д. Н., Недержание мочи у женщин, Биомедгиз, М., 1936.

Атабеков Д. Н., Очерки по урогинекологии, Медгиз, М., 1950.

Гольдштейн М. Г., Мочеполовые фистулы по материалам акушерско-гинекологической клиники Сталинского медицинского института, Сборник трудов кафедры акушерства и гинекологии Сталинского медицинского института. Ред. проф. К. Н. Жмакин, Сталино, 1940.

Козлов И. Ф., К этиологии и терапии свищей полового канала женщин, Ученые записки Казанского государственного медицинского института, Казань, кн. 1, 1925.

Малиновский М. С., К этиологии и терапии свищей полового канала женщины, Сборник работ по акушерству и гинекологии, посвященный В. С. Груздеву, Петроград, 1923.

Машбиц А. М., Акушерско-гинекологическая урология, Л., 1936.

Романовская Е. А., Значение родовой травмы в этиологии акушерских свищей. Акушерство и гинекология, 1936, № 9.

Повреждения сочленений таза

Бергал М. М., О разрыве тазовых сочленений во время родов, Казанский медицинский журнал, 1935, № 3—4.

Ванина Л. В., Изменения в сочленениях таза беременных и родильниц, Акушерство и гинекология, 1949, 3.

Жорданиа И. Ф., О разрывах лонного сочленения во время родов, Журнал акушерства и женских болезней, 1929, 7—8.

Феноменов Н. Н., К учению о кифотическом тазе и разрыве симфиза во время родов, 1880 (дисс.).

alashar.ru

ГЛАВА XI

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Проф. *К. Н. Жмакин*

КРАТКИЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Оперативное акушерство является учением об оперативных вмешательствах, которые применяются при осложнениях беременности, родов и послеродового периода.

Оперативное акушерство как неотложная часть акушерства развивалось и прогрессировало вместе с ростом культуры, развитием естественно-научных знаний и, в частности, познаний по анатомии и физиологии женщины.

Первыми помощниками роженицы в давние времена были старые, умудренные жизненным опытом женщины и пастухи. Пастухи имели весьма превратные представления о родовом акте у человека на основе наблюдений родов у животных. Женщин, помогавших при родах, называли перевязывательницами пуповины (omphalotomoi, umbilicosecae). Правда, из рукописей древних индусов (за 1 500 лет до нашей эры) можно заключить, что им уже известны были такие операции, как акушерский поворот, эмбриотомия, кесарево сечение (при внезапной смерти роженицы).

Однако если взять труды Гиппократа (460—375 гг. до нашей эры), то резко бросается в глаза разница между довольно высоким уровнем его познаний в области гинекологии и крайне примитивными и превратными представлениями об акушерстве.

В начале нашей эры (I век) Цельс, Соран, Аэтий Амиденский предложили поворот на ножки мертвого (Цельс) или даже живого плода (Соран и Аэтий Амиденский).

Наряду с этим, как яркий пример пагубного заблуждения укажем на взгляд Галена (130—201 гг. нашей эры), который считал, что роды в тазовом предлежании являются глубокой патологией и при них необходимо оперативное вмешательство в форме эмбриотомии.

Эмбриотомия была почти единственной акушерской операцией, которую применяли в те времена. Гиппократ упоминает о ряде инструментов, служивших для этой цели.

При отсутствии анатомических познаний и собственного акушерского опыта врачи, применявшие подобные операции по вызову бабок-повитух, нередко причиняли тяжелые, а подчас и смертельные повреждения роженицам.

В эпоху расцвета арабской культуры и магометанской религии мужчины-врачи не допускались к осмотру женщин и ведению родов и, естественно, это тормозило развитие акушерской науки и оперативного акушерства в частности.

Ярким примером крайне превратных представлений того времени служит постановление духовного собора в Кельне (1280), в котором рекомендовалось умирающей роженице вводить распорки в рот и во влагалище, «дабы младенец не задохнулся в утробе матери».

Возникновение акушерства связано с общим развитием культуры и науки. В эпоху Ренессанса опубликованы были анатомические труды Везалия (1513—1564), Девентера (1651—1724), Гунтера (1718—1783) (с атласом и рисунком беременной матки). Эти труды послужили основой для развития учения о неправильностях женского таза.

Однако еще в 1670 г. английский акушер Чемберлен, скрывавший секрет изобретенных им акушерских щипцов, пытался применить их у карлицы с абсолютно узким тазом; после бесплодных попыток закончить роды наложением щипцов он вынужден был отказаться от операции. Несчастная роженица умерла в тот же день, и при вскрытии был установлен разрыв матки. Это произошло в Париже, куда приехал Чемберлен с целью продать Морисо, французскому акушеру, секрет изобретенных им щипцов. Так недостаточны были еще в XVII веке, даже у весьма опытных акушеров, познания по клинике родов при узком тазе, и прочно удерживалось ложное представление о расхождении сочленений костей и связок таза во время родов.

Оглавление из «Искусства повивания или науки о бабичьем деле» (1784—1786) Н. М. Максимовича-Амбодика является яркой иллюстрацией положения акушерства и, в частности, оперативного акушерства в конце XVIII века (рис. 33); основной и наиболее часто применяемой операцией была эмбриотомия в различных ее формах.

На рисунке из книги Н. М. Максимовича-Амбодика мы видим в основном различные плодоразрушающие инструменты.

Однако в отличие от ряда иностранных акушеров уже первые представители нашего отечественного акушерства были широко образованными, вдумчивыми врачами, которые применяли акушерские операции лишь после критической оценки всех особенностей родов на основе твердого убеждения, что самопроизвольно роды закончиться не могут.

Н. М. Максимовичу-Амбодику принадлежит следующее выражение, которое ярко характеризует осторожный, вдумчивый подход отца отечественного научного акушерства к вопросу о ведении родов: «...искусная и проворная бабка и благоразумный врач, не о снискании тщетной себе славы, но о всеобщей пользе пекущийся, больше могут сделать при родах одними своими руками, чем всеми прочими искусственными орудиями (инструментами)». В противоположность этому взгляду уместно напомнить, что в то же время в Геттингенской клинике Озиандера (1753—1822) операция наложения щипцов применялась в 40% (!) родов.

Развитие естествознания, успехи микробиологии и основанные на них блестящие достижения антисептики и асептики в хирургии способствовали развитию учения об акушерских операциях и, в частности, кесарева сечения. Однако в условиях царской России огромные массы населения совсем были лишены акушерской помощи. Так, в 1903 г., по данным Г. Е. Рейна, 98% женщин рожали без всякой акушерской помощи. В 1902 г. в бывшей Екатеринославской губернии квалифицированная акушерская помощь была обеспечена лишь в 2,93% случаев.

Рис. 33. Оглавление из руководства Н. М. Максимовича-Амбодика.

По данным К. Жмакина, одна земская акушерская койка в бывшем Бахмутском уезде приходилась (1912) на 77 000 женщин на площади в 4 164 квадратных версты. По данным того же автора, в бывшем Бахмутском уезде (теперь г. Артемовск) эмбриотомия составляла 16,8%, а в Мариупольском уезде (теперь г. Жданов) — 28% (!) всех акушерских операций. Роженицу доставляли к врачу лишь тогда, когда для спасения жизни матери при патологических родах (после повторных безуспешных, подчас варварских попыток повитух) возможна была лишь эмбриотомия.

Для иллюстрации огромных успехов родовспоможения, происшедших за годы советской власти, в частности, в Донбассе (данные о котором в дореволюционный период мы привели выше), скажем, что, по данным акушерско-гинекологической клиники медицинского института г. Сталино за 1933—1939 гг., применение операции эмбриотомии уменьшилось в 56 раз по сравнению с 1912 г.

По данным ряда московских родильных домов, процент эмбриотомий только за последние 5 лет (1946—1951) уменьшился в 4 раза (с 0,5 до 0,12%).

О неудовлетворительном состоянии родовспоможения и невозможности получения своевременной акушерской помощи в условиях царской России можно судить по частоте мочеполовых фистул, являвшихся следствием затянувшихся родов при узком тазе или вмешательства невежественных повитух. По данным М. С. Малиновского, в клинике В. С. Груздева (1905—1915) больные с мочеполовыми фистулами составляли 6,8% всех гинекологических больных.

Яркой иллюстрацией огромных успехов советского родовспоможения является огромное уменьшение числа этих больных. Так, по данным медицинского института г. Сталино (1933—1939), где также концентрировались больные с мочеполовыми фистулами, они составляли 0,037% ко всем гинекологическим больным. Таким образом, процент этих тяжело больных уменьшился в 168 раз. О ничтожном проценте этих повреждений говорит и ряд современных статистических данных.

Огромные успехи хирургических вмешательств по сравнению с доантисептической эрой привели к значительному расширению границ применения и акушерских операций, в первую очередь абдоминального кесарева сечения. В 20—30-х годах текущего столетия в Германии (Дэрфлер) и в других странах Западной Европы, а больше всего в Америке (де Ли) развилось так называемое ультрахирургическое направление в акушерстве. Сторонники этого направления пропагандировали отказ от огромного, накопленного веками, опыта акушеров, от вдумчивого осторожного ведения родового акта с применением оперативных вмешательств по строгим показаниям. Дэрфлер пропагандировал отказ от влагалищных методов родоразрешения и крайне широко рекомендовал применение кесарева сечения. В некоторых штатах США увлечение оперативным родоразрешением достигло невероятных и грозных для беременных женщин размеров: одно кесарево сечение производится на каждые 6 родов, 40—50% родов заканчивается операцией наложения щипцов. Сторонник крайне широкого применения операций в акушерстве де Ли отразил свои взгляды в статье «Профилактическое наложение щипцов». Однако он пропагандировал не только «профилактическое» применение операции щипцов, но и широкое применение эпизиотомии и ручное удаление последа.

Советские акушеры отвергли подобное антинаучное направление. На VIII (1928) и IX (1935) Всесоюзных съездах акушеров по программному вопросу о кесаревом сечении были приняты решения о необходимости

использования огромного опыта акушерства прежних лет, о дальнейшем углубленном изучении акта родов, о необходимости вдумчивого, тщательного анализа патологии родов и об ограничении показаний к абдоминальному кесареву сечению. Таково же основное направление решений 4-го пленума (1952) Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР.

Прогрессу советского акушерства способствует дальнейшее развитие павловской физиологии, которая раскрывает широчайшие возможности изучения процессов беременности и родов, рационального управления так называемым родовым механизмом. Наряду с этим, забота о жизни и здоровье матери и ребенка выдвигает необходимость критического пересмотра некоторых представлений о показаниях к производству акушерских операций в сторону разумного акушерского активизма, с одной стороны, и отказа от травматичных операций (как, например, высокие щипцы) и пособий (методы Гофмейера, Кристеллера) — с другой.

ПОКАЗАНИЯ И УСЛОВИЯ ДЛЯ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЙ

При рассмотрении учения об акушерских операциях необходимо учитывать, что каждой акушерской операции должно предшествовать вдумчивое, углубленное обследование каждой беременной или роженицы с учетом всей суммы обстоятельств, влияющих на течение и возможный исход беременности для матери и ребенка. К этим обстоятельствам относятся: состояние здоровья беременной или роженицы, состояние половых путей и состояние плода. Все эти обстоятельства и определяют так называемые показания и условия для операции в широком смысле этого слова.

Огромное значение для исхода оперативного вмешательства имеет беседа врача, акушерки с беременной (роженицей), разъяснение ей необходимости операции, убеждение больной в благоприятном ее исходе и создание готовности больной к операции на основе понимания ею (но без запугивания) целесообразности операции.

В старых руководствах по акушерству встречалось разделение на акушерскую оперативную помощь в условиях стационара и на дому. В современных советских условиях каждая беременная или роженица (и в городе, и на селе), требующая оперативного вмешательства, должна быть, как правило, помещена в стационар. В колхозном родильном доме должны проводиться только нормальные роды; рожениц с патологическим течением родов, у которых возможно возникновение показаний к оперативному вмешательству, следует транспортировать в ближайшую участковую (если там созданы соответствующие условия и есть достаточно квалифицированный врач) или районную больницу. Если состояние роженицы не допускает ее транспортировки, то колхозная акушерка должна срочно вызвать к роженице в колхозный родильный дом ближайшего участкового врача.

Здесь уместно напомнить, что, согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР, акушерка, работающая самостоятельно, должна уметь производить следующие вмешательства: разрыв плодного пузыря, ручное пособие при тазовом предлежании, ручное отделение последа и задержавшихся частей детского места, наложение швов при повреждении влагалища, промежности, поворот плода при многоплодной беременности.

Если акушерка колхозного родильного дома или фельдшерица-акушерка не владеют этими оперативными методами, то районный акушер должен организовать их обучение на базе районной больницы.

При современном развитии специализированной помощи на селе в условиях каждой районной больницы должна быть обеспечена асептичная обстановка и условия для производства всех акушерских операций, в том числе и абдоминального кесарева сечения, операции по поводу внематочной беременности, разрыва матки. В условиях небольшого акушерского отделения или родильного дома влагалищные акушерские операции производятся в той же родовой комнате; в более крупных акушерских стационарах для производства крупных акушерских операций, в том числе и кесарева сечения, выделяется отдельная операционная, по возможности расположенная рядом с родовой комнатой. Влагалищные акушерские операции производятся на операционном столе или на так называемой поперечной акушерской кровати, которая легко создается из головного конца родильной кровати Рахманова; к краю кровати привинчивают два подколенника. Если позволяют обстоятельства, то следует предпочесть поддерживание обеих ног роженицы двумя помощниками, стоящими справа и слева; можно использовать для этой цели ногодержатель Д. О. Отта или длинную сложенную простыню, как это рекомендует И. Л. Брауде. В крайнем случае можно воспользоваться гинекологическим креслом.

Огромное большинство акушерских операций имеет характерные черты, которые резко отличают их от многих хирургических операций. Особенности эти следующие: 1) неотложность показаний (например, при операции наложения щипцов, операции по поводу маточных акушерских кровотечений, при угрозе разрыва матки); 2) необходимость производства большинства влагалищных операций без контроля зрения, лишь руководствуясь осязанием; 3) необходимость соблюдения интересов двух человек — матери и ребенка; 4) невозможность сделать асептичной всю родовую трубку и близость промежности и прямой кишки—постоянного резервуара бактерий, в том числе и патогенных.

При определении показаний к акушерской операции следует исходить из определения этого понятия как всей суммы данных, которые требуют вмешательства, т. е. и общего состояния беременной или роженицы, и состояния ее половых путей и плода. При этом необходимо прежде всего учитывать общее состояние здоровья беременной или роженицы (нарушения сердечно-сосудистой системы, почек, печени и других жизненно важных органов), которое может требовать скорейшего прекращения беременности или окончания родов, а затем и состояние внутриутробного плода, родовых путей и динамики родового акта. При определении акушерских показаний к оперативному вмешательству по поводу узкого таза должны быть предварительно тщательно взвешены данные анамнеза, наблюдения за общим состоянием роженицы, характером родовой деятельности и родовых путей, продвижением плода по родовому каналу.

Один из корифеев советского акушерства В. С. Груздев писал: «...уменье выжидать столь же необходимо для врача-акушера, как и уменье оперировать» [1].

Наряду с показаниями для акушерских операций, надо определить в каждом конкретном случае условия, т. е. сумму данных, допускающих производство той или другой акушерской операции.

---

[1] В. С. Груздев, Акушерство, т. II, 1922, стр. 200.

Правильная оценка показаний, условий и выбор времени для производства операции и составляют, наряду с оперативной техникой и тщательным соблюдением правил асептики, ту основу, на которой зиждется благоприятный исход правильно избранного и правильно произведенного оперативного вмешательства. Так, например, наличие поперечного положения плода является показанием к вмешательству в той или иной форме; выбор же наружного, классического поворота или поворота по Брэкстон-Гиксу, или, наконец, эмбриотомии (при запущенном поперечном положении) зависит от реальной оценки условий конкретного случая. Роды при узком тазе, если головка не опускается в полость таза при удовлетворительной родовой деятельности в течение ряда (3—4) часов (после полного раскрытия зева матки), являются показанием к вмешательству в форме абдоминального кесарева сечения. Однако наличие явлений инфекции родовых путей (повышение температуры, гнойные выделения из влагалища) исключает возможность подобной операции ввиду огромной опасности ее (послеоперационный перитонит) для матери; наличие декомпенсированного порока сердца при беременности 3—4 месяцев, не поддающегося компенсации при стационарном лечении, является медицинским показанием к прерыванию беременности. Однако выбор наиболее принятой операции — выскабливание беременной матки — был бы грубой и опасной ошибкой, так как отсутствует обязательное условие для производства этой операции — беременность не больше 12 недель.

Производство любой операции, в том числе и акушерской, допустимо лишь в случае согласия больной, а при бессознательном состоянии больной и невозможности срочного вызова ближайших родственников — консультативного (если это возможно срочно осуществить) заключения двух-трех врачей. Операция искусственного аборта, кроме того, может производиться лишь по заключению специальной врачебной комиссии.

Уровень специальной подготовки врача имеет, конечно, существенное значение при выборе оперативного вмешательства; например, при производстве искусственного аборта (по медицинским показаниям) по поводу беременности свыше 3 месяцев может быть произведен метрейриз, влагалищное кесарево сечение, разрыв плодного пузыря и т. д., в зависимости от состояния здоровья больной, обстановки и уровня квалификации врача.

В современных условиях, при наличии системы планового повышения квалификации врачей в институтах усовершенствования врачей, в клиниках медицинских институтов и в крупных больницах в СССР созданы все условия для повышения квалификации акушеров и гинекологов.

Средние медицинские кадры — акушерки и сестры — являются важнейшими помощниками врача. Их роль в деле родовспоможения огромна, так как большое число родов не только в колхозном родильном доме, но и в районной и небольшой городской больницах или в родильном доме проводится акушерками и уровень их квалификации играет большую роль в вопросах своевременного распознавания патологии и своевременной установки показаний к оперативному вмешательству. Повседневное повышение квалификации этих кадров — важнейшая обязанность органов здравоохранения и каждого врача-акушера.

Акушерский инструментарий для производства неотложных операций (наложение щипцов, наложение швов) должен быть всегда заранее приготовлен и храниться в стерильных мешках. Кроме того, в инструментальном шкафу всегда должен находиться список инструментов.

необходимых для каждой акушерской операции (список приводится в соответствующих разделах) с тем, чтобы не был забыт какой-нибудь инструмент при срочной подготовке к операции. Следует также учесть необходимость стерилизации дополнительных инструментов; например, при операции полостных и высоких щипцов — инструментов для краниотомии; при операции трудного поворота — инструментов для эмбриотомии. При каждой операции наложения щипцов или извлечения плода за тазовый конец необходимо иметь инструменты для наложения швов, катетер для отсасывания слизи, теплую кипяченую воду для ванночки и другие средства для борьбы с асфиксией новорожденного.

Инструменты кипятят в 1% растворе Natrii carbonici; стерильные инструменты раскладывают в определенном порядке на покрытый стерильной простыней инструментальный столик.

В каждом конкретном случае перед врачом стоят три вопроса: 1) показано ли оперативное вмешательство, т. е. имеются ли в данном случае патологические явления, которые не могут быть устранены консервативными методами лечения; 2) если показана операция, то когда — немедленно или спустя некоторое время; 3) выбор метода оперативного вмешательства.

После разрешения этих вопросов и получения согласия на операцию беременной (роженицы, родильницы) проводят подготовку к операции (стерилизация инструментов, обработка рук хирургов и ассистентов, подготовка больной).

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ БОЛЬНОЙ (БЕРЕМЕННОЙ, РОЖЕНИЦЫ, РОДИЛЬНИЦЫ) И РУК ХИРУРГА

Подготовка рук хирурга проводится, как правило, по способу Кочергина-Спасокукоцкого. Этот метод испытан в течение многих лет и в полной мере оправдывает себя в смысле асептики, кроме того, он имеет большое преимущество перед методом Альфельда (Ahlfeld) и Фюрбрингера (Fürbringer), так как не травмирует рук персонала.

Необходимо напомнить, что данный метод исключает применение щеток для мыть рук (что нередко нарушается и акушерами, и хирургами), так как он основан на обезжиривании раствором нашатырного спирта с последующей фиксацией кожи спиртом, а не на механической очистке рук.

Метод Кочергина-Спасокукоцкого состоит из следующих моментов:

1) протирание рук в течение 2 минут марлевыми салфетками, смоченными теплым 0,5% раствором нашатырного спирта;

2) смена 0,5% раствора нашатырного спирта и протирание рук еще в течение 3 минут салфетками, смоченными в этом растворе;

3) вытирание рук насухо стерильной салфеткой;

4) протирание рук в течение 5 минут марлевым шариком, смоченным спиртом.

0,5% раствор нашатырного спирта приготовляется ex temporе; для этого прибавляют 5,0 официнального нашатырного спирта (40%) к 1 л теплой (40—50°) кипяченой воды. Раствор наливают в две эмалированные мисочки, которые предварительно стерилизуют путем кипячения; лучше мыть руки раствором, поступающим из резервуара с педальным краном.

При необходимости ввести руку в матку во время операции до уровня локтевого сгиба надо подвергнуть обработке не только кисть и нижнюю треть предплечья, но и все предплечье до локтя.

При обработке рук по способу Альфельда их моют в течение 10 минут (двумя щетками) горячей проточной водой с мылом, вытирают насухо стерильной салфеткой и протирают 5 минут 70° спиртом. Щетки для обработки рук предварительно кипятят в течение 10 минут в 1% растворе Natrii carbonici.

После дезинфекции рук рекомендуется надевать стерильные перчатки. Если состояние больной требует экстренного производства операции, то как исключение руки акушера можно дважды обработать 5% иодной настойкой.

Перед операцией больной производят катетеризацию эластическим (неметаллическим) катетером и делают клизму (если операция не имеет срочного характера); кроме того, повторно снимают волосы с лобка и наружных половых органов (если со дня первичной обработки при поступлении прошло несколько дней). Наружные половые органы обрабатывают теплой кипяченой водой (38—39°) с мылом (лучше жидким, кипяченым) стерильной ватой на корнцанге. Следует строго соблюдать порядок обработки. Сначала обмывают область лобка, потом внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы и, наконец, область промежности. После этого стерильной ватой вытирают насухо обработанные наружные половые органы и смазывают (лучше после дачи наркоза, если операция проводится под общим обезболиванием) 5% иодной настойкой; при этом не надо допускать затекания иода в заднепроходное отверстие и под спину больной (возможность ожогов). На ноги больной надевают стерильные длинные матерчатые чулки; наружные половые органы укрывают стерильной салфеткой с разрезом (в виде прямоугольника). После этого приступают к анестезии.

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИИ

Методы анестезии при акушерских операциях индивидуализируются в зависимости от состояния здоровья оперируемой, а также объема и возможной продолжительности вмешательства.

Для достижения полной анестезии обычно применяют эфир, для кратковременного оглушения — хлорэтил; не рекомендуется применение спинномозговой анестезии. Инфильтрационная анестезия применяется при операции наложения швов по поводу разрыва промежности, влагалищной стенки. Проводниковая анестезия применяется в форме анестезии срамного нерва (при наложении швов по поводу разрыва промежности, при выходных щипцах) и паравагинальной анестезии (по Г. И. Довженко).

ТЕХНИКА ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

Тщательная подготовка операционного поля (повторное протирание спиртом и смазывание 5% иодной настойкой). «Иглу шприца вкалывают между верхушкой копчика и седалищным бугром по линии, соединяющей копчик с нижним краем седалищного бугра, в точке на 2 см внутри от седалищного бугра; инъекцию раствора новокаина производят на глубину 6—7 см и в латеральную сторону до внутренней поверхности седалищного бугра; создается депо 10 мл 0,5% новокаина; далее игла вытягивается немного обратно и опять вводится на глубину 8—9 см, но прямо и кзади, соответственно нижнему краю lig. sacrotuberosi; здесь создается депо 15 мл 0,5% раствора новокаина. Затем игла вытягивается наполовину и проводится кзади и кнутри до наружного края крестца; здесь создают депо 10 мл 0,5% раствора новокаина

для анестезии веточки геморроидального нерва. Не извлекая иглы, вводят 10 мл 0,5% раствора новокаина под нижний край седалищного бугра (анестезия боковых ветвей n. cutanei femoris post.)» (цит. по К. М. Фигурнову).

Г. И. Довженко предложил сочетать анестезию срамного нерва с анестезией n. ilioinguinalis и n. spermatici externi путем введения раствора новокаина в область кнаружи от tub. pubicum и с проводниковой паравагинальной анестезией (путем введения 50 мл 0,5% раствора новокаина) через боковые стенки влагалища, в средней его трети, над m. levator ani, латерально и вверх на глубину 2—3 см.

При операции выскабливания матки и влагалищном кесаревом сечении достигают анестезии путем инъекции раствора новокаина в передний и боковые своды влагалища (по 40 мл) и в задний свод влагалища (20 мл); иглу вводят на глубину до 2 см; перед началом инъекции надо несколько вытянуть поршень для того, чтобы убедиться, что игла не попала в сосуд. Анестезия наступает немедленно.

Пропись анестезирующего раствора по А. В. Вишневскому:

Rp. Natrii chlorati 5,0
Kalii chlorati 0,075
Calcii chlorati 0,125
Aquae destil. 1 000,0
Novocaini 2,5
Sol. Adrenalini 2,0 (1,0 : 1 000,0)
MDS. Стерильно; для анестезии

Необходимо также позаботиться о хорошем освещении операционного поля; для этой цели удобна лампа с полусферическим зеркалом, которая может быть поднята и зафиксирована на нужной высоте и допускает изменение направления пучка света. Хирург надевает под стерильный халат длинный резиновый передник. Под операционный стол необходимо поставить эмалированный таз для стекания в него жидкости, крови, выбрасывания использованного перевязочного материала.

Соблюдение следующих принципов обязательно:

1) перед каждым оперативным вмешательством врач должен провести беседу с больной с целью разъяснения ей необходимости данной операции;

2) каждое оперативное вмешательство следует проводить после анестезии, строго соблюдая принципы гуманизма и бережного отношения к женщине-матери.

После приготовления к операции и проведения анестезии врач-акушер производит еще раз тщательное внутреннее исследование роженицы и критически оценивает полученные данные с целью наиболее точного уяснения индивидуальных особенностей роженицы (беременной) — строения таза, состояния мягких родовых путей, характера предлежащей части и высоты ее стояния и механизма родов.

Точное знание механизма родов (нормальных и патологических) и возможность составления ясного, четкого плана проведения операции на основе данных исследования — вот важнейшие элементы, без которых бережное и правильное осуществление операции невозможно.

При изложении отдельных видов операций весьма детально описываются разнообразные варианты операций в зависимости от свойственного тому или другому случаю механизма родов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Акушерские операции, как правило, сопровождаются введением инструментов или руки (или руки и инструментов) в полость матки через влагалище и раскрытый (естественно или искусственно) зев матки. Эти вмешательства могут сопровождаться угрозой травматизации и инфекции; забота о предупреждении возможных осложнений и их последствий является важнейшим моментом при проведении послеоперационного периода. Патологическая беременность или роды, потребовавшие оперативного вмешательства, наносят определенную травму психике женщины и поэтому больная нуждается в покое (физическом и психическом), внимательном, сердечном отношении врачей и ухаживающего персонала. Если родовой акт завершился после операции рождением здорового ребенка, то крепнущее с каждым днем чувство материнства способствует быстрому возвращению сил, выздоровлению, уравновешиванию психического состояния. Если же роды закончились оперативно и плод погиб (искусственный аборт, глубокая недоношенность, эмбриотомия), то женщина подвергается тяжелой психической травме. Забота врача — создать условия для успокоения больной; важный момент в комплексе наших мероприятий, о котором не всегда помнят, — разделение женщин, которые родили мертвых детей, от кормящих матерей.

При значительной кровопотере не только замедляется выздоровление больной, но и повышается угроза инфекции. Поэтому акушерам следует расширить показания к переливанию крови, руководствуясь при этом не только количеством потерянной крови, но прежде всего реакцией больной на кровопотерю.

Если произведена крупная операция (поворот, наложение щипцов, эмбриотомия, кесарево сечение), особенно если роды затянулись и операция была травматичной, надо принять меры профилактики инфекции: начать введение пенициллина сразу же после родов или во время их (400 000—500 000 единиц в сутки в течение 2—3 суток); произвести переливание крови.

В послеоперационном периоде должен соблюдаться, как и вообще в акушерском отделении, строжайший санитарно-гигиенический режим. При наличии швов (или скобок) на промежности, кроме обычного тщательного подмывания наружных половых органов, показано вытирание швов спиртом после каждого мочеиспускания и акта дефекации. Длительность постельного режима определяется индивидуально. При выписке женщина должна быть тщательно осмотрена на гинекологическом кресле (двуручное влагалищное исследование, осмотр с помощью зеркал и по показаниям — исследование через прямую кишку). Родильницы, подвергавшиеся крупным акушерским операциям (наложение щипцов, поворот, эмбриотомия, ручное отделение последа), должны получить справку из родильного дома для продления им послеродового отпуска до 56 дней.

АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ И ПОСОБИЯ (КЛАССИФИКАЦИЯ)

А. Акушерские операции, применяемые во время беременности

1. Искусственный аборт.
2. Искусственные преждевременные роды.
3. Операция по поводу внематочной беременности.
4. Наружный (профилактический) акушерский поворот.

Б. Операции, применяемые во время родов

1. Операции, имеющие целью расширение мягких родовых путей.

2. Вспомогательные операции и пособия: кольпейриз, разрыв плодного пузыря, применение кожно-головных щипцов по А. А. Иванову, применение бинта Я. Ф. Вербова.

3. Операции, имеющие целью исправить положение или предлежание плода:

а) наружный акушерский поворот;

б) наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот (при полном и при неполном раскрытии зева матки);

в) операции, применяемые при разогнутых головных предлежаниях, при высоком прямом стоянии головки, при выпадении пупочного канатика.

4. Родоразрешающие акушерские операции и пособия:

а) акушерские щипцы;

б) акушерское пособие при тазовом предлежании по Н. А. Цовьянову;

в) ручное пособие при тазовом предлежании;

г) извлечение плода за тазовый конец;

д) кесарево сечение (брюшностеночное и влагалищное);

е) эмбриотомия.

5. Операции, применяемые по поводу разрыва матки.

6. Операции, применяемые в третьем периоде родов и после родов:

а) ручное отделение последа и ручное обследование матки;

б) инструментальное обследование матки;

в) операции восстановления целости мягких и костных родовых путей.

Кроме перечисленных операций, раньше применяли тазорасширяющие операции (симфизео- и пубиотомия), выжимание плода по Кристеллеру, вдавливание головки в таз по Гофмейеру. Теперь эти операции как весьма опасные в смысле травмы матери и плода отвергаются.

А. АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Искусственный аборт

Определение понятия. Термином «аборт» определяют самопроизвольное или искусственное прерывание беременности до 28 недель. Следует строго различать искусственное прерывание беременности до 12 недель и после этого срока. Целесообразность подобного разделения (так называемый ранний и поздний аборт) обусловливается тем, что после 3 месяцев размеры матки велики, плацента сформирована, плод достаточно велик. Все это обусловливает большую сложность операции прерывания беременности в эти сроки и необходимость отказа от типичной (до 3 месяцев) операции выскабливания матки и выбор других методов.

Показания и противопоказания

Вопросы прерывания беременности по медицинским показаниям решаются в точном соответствии с постановлением ЦИК и СНК СССР от 27/VI 1936 г. «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многосемейным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских

садов...» и с инструкцией «О порядке разрешения искусственного прерывания беременности (аборта) по медицинским показаниям».

Кроме показаний, в каждом конкретном случае необходимо в интересах больной учесть и противопоказания к производству аборта. К ним относятся:

1. Острые и подострые воспалительные заболевания женских половых органов и соседних органов (воспаление придатков матки, эндоцервициты, эрозии, гнойники бартолиновой железы, парауретральные, параректальные свищи, аппендицит, перисигмоидит, парапроктит, колит в подострой стадии и др.); гонорея в острой, подострой и хронической стадии (с обострением), с периодическим обнаружением гонококков или дегенеративных форм или с наличием в мазках из шейки, влагалища большого числа лейкоцитов.

2. Острые инфекционные заболевания (тифы, скарлатина, дифтерия, ангина и т. п.) и воспалительные процессы (фурункулез, парадонтоз и т. п.).

3. Повышение температуры свыше 37,5° до выяснения его причины.

4. Подозрение на патологическую локализацию беременности — шеечную, внематочную.

При наличии противопоказаний необходимо тщательно взвесить, что лучше для больной, оставить беременность или прервать ее с известным риском. Если нет жизненных показаний для немедленного производства аборта, то прерывание беременности производится после излечения заболеваний, явившихся противопоказанием.

Подготовка к операции

Больная, получившая заключение врачебной комиссии о необходимости прервать беременность, поступает в стационар Здесь она должна подвергнуться после тщательной санитарной обработки (душ, клизма, снятие волос с лобка и наружных половых органов) общему врачебному и гинекологическому исследованию (с осмотром зеркалами и взятием мазков) с целью:

1) диагностики основного заболевания, требующего прерывания беременности;

2) разъяснения больной необходимости операции и безопасности ее в условиях стационара;

3) диагностики беременности и срока ее;

4) исключения противопоказаний к операции;

5) точной диагностики положения, величины и формы беременной матки.

Беседа с больной и обследование последней должны обязательно производиться оперирующим врачом. Для детального предварительного обследования больная должна быть в стационаре до начала операции не менее одних суток.

Операция искусственного аборта до 12 недель производится, как правило, путем выскабливания беременной матки. Эта операция производится в специальной малой операционной или при отсутствии ее (в небольшом родильном отделении) в родовой комнате (когда нет родов) на операционном столе или на поперечной кровати Рахманова с ногодержателями Д. О. Отта или подколенниками А. П. Губарева.

Все ниже перечисленные инструменты надо положить в определенном порядке (соответственно моментам операции) на инструментальный

столик, покрыть стерильной простыней; столик надо поставить справа от хирурга.

Для производства операции нужен один ассистент и наркотизатор (если проводится ингаляционный или внутривенный наркоз).

Необходимый инструментарий и медикаменты

Зеркало с подъемником	1
Пинцет анатомический длиной 20 см	2
Пулевые щипцы	2
Маточный зонд Лазаревича	1
Расширители металлические (лучше с разницей между двумя последующими номерами не в 1 мм, а в 0,5 мм) от № 4 до № 15	1 набор
Кюретка тупая № 2	1
Кюретки острые от № 2 до № 6	5
Щипцы полипные окончатые	1
Абортные щипцы	1
Наконечник влагалищный стеклянный с одним отверстием	1
Кружка с резиновой трубкой (1,5 м) и зажимом	1
Бикс со стерильной ватой и марлей	1
Шприц «Рекорд» емкостью 10 мл с иглами	1
Раствор новокаина 0,5 %	150 мл
Морфин 1% или пантопон 2% в ампулах по 1 мл	2 амп.
Сернокислая магнезия 25% в ампулах по 5 мл	2 амп.
Эрготин в ампулах по 1 мл	4 амп.
Кофеин бензойно-натриевый 20% в ампулах по 1 мл	4 амп.

Техника операции

Операции выскабливания беременной матки предшествует подготовка больной на операционном столе.

После проведения подготовки больной (изложено в общей части) ассистент надевает перчатки и становится справа от больной. Раскрыв зеркалами (которые затем держит ассистент, стоя справа от больной) влагалище, хирург протирает влагалищную часть шейки матки спиртом и иодной настойкой. Захватив пулевыми щипцами переднюю губу шейки матки, производят анестезию путем инъекции 0,5% раствора новокаина в передне-боковые своды (в глубину до 2 см) по 40 мл и в задний свод (20 мл). Анестезия наступает немедленно. Весьма нервным больным можно за 10 минут до этого ввести подкожно 1 мл 1% морфина или 1 мл 2% пантопона и 4 мл 25% сернокислой магнезии.

Операция выскабливания является вмешательством, создающим подчас угрозу осложнений, и поэтому к производству ее нужно относиться очень серьезно, следя зорко за реакцией больной и четко представляя себе и топографические отношения, и технику операции.

Операция выскабливания состоит из трех моментов:

1) выпрямление канала матки и зондирование ее;
2) расширение канала шейки матки;
3) выскабливание беременной матки.

Первый момент операции. В первом моменте акушер, захватив двумя пулевыми щипцами (с целью избежать срывания их во время расширения канала) переднюю губу, подтягивает ее ко входу во влагалище, что способствует выпрямлению канала матки. При положении матки в антефлексии надо подтянуть влагалищную часть кзади [1],

[1] Эти термины употребляют в акушерстве, как и в анатомии, применительно к вертикальному положению женщины. Понятие кпереди означает в сторону лона, кзади — в сторону крестца (спины), кверху — в сторону головы, книзу — в сторону ног.

т. е. по направлению к крестцовой кости; при ретрофлексии матки, наоборот, кпереди (рис. 34 и 35).

Выпрямление канала матки является весьма важным моментом в профилактике перфорации матки и может быть правильно произведено только тогда, когда хирург точно знает положение матки. После выпрямления канала в матку вводится маточный зонд Лазаревича, чтобы еще раз проверить положение матки и установить длину ее полости.

Второй момент операции. Во втором моменте операции расширяют (одномоментно) канал шейки матки, вводя последовательно

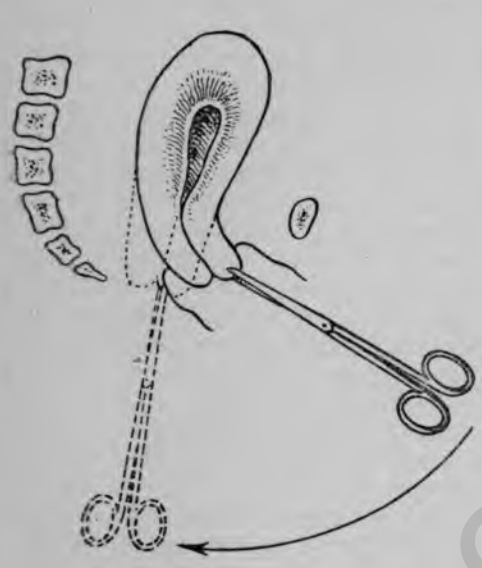

Рис. 34. Способ выпрямления матки при ее антефлексии (схема).

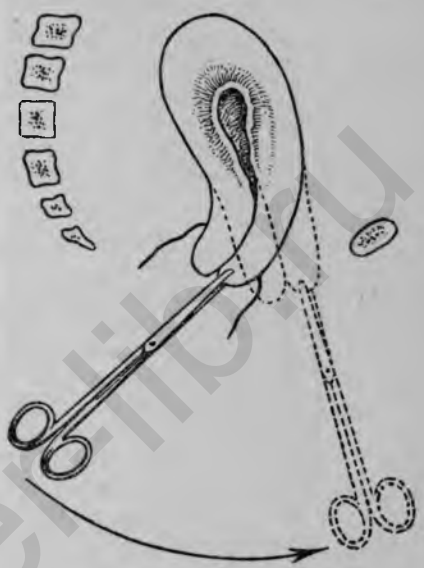

Рис. 35. Способ выпрямления матки при ее ретрофлексии (схема).

(соответственно антефлексии или ретрофлексии матки) металлические расширители от № 4 до № 12—13. Расширители надо держать за ручку только тремя пальцами, а не всей кистью и осторожно вводить их лишь немного выше внутреннего зева (рис. 36); как только возникло ощущение, что расширитель прошел внутренний зев, продвижение его прекращается. Расширители надо вводить непосредственно один после другого, держа левой рукой пулевые щипцы. Если расширитель проходит с трудом, то надо захватить пулевыми щипцами и переднюю, и заднюю губу и несколько дольше задержать расширитель в канале шейки матки. Если же последующий номер расширителя не проходит и не достигнуто еще расширение канала до 12—13 мм, то надо прекратить дальнейшие форсированные попытки (опасность надрывов шейки и даже перфорации матки) и произвести инъекцию в шейку матки атропина (0,5 мл раствора 1 : 1 000) или 1 мл раствора спазмалгина (атропина сернокислого 0,01, папаверина 0,2, дестиллированной воды 10,0). Выждав 10—15 минут, целесообразно повторить попытку расширения канала шейки матки, которое может быть достигнуто без особых затруднений.

В настоящее время двухмоментный метод операции с расширением канала шейки матки путем введения так называемых ламинариев не применяется.

Если тяжелое состояние больной требует неотложного прекращения беременности, а достаточно расширить канал шейки матки не удается, то приходится прибегнуть к отсепаровке мочевого пузыря и рассечению шейки матки, т. е. к влагалищному кесареву сечению (см. эту операцию); плодное яйцо удаляется пальцем или большой кюреткой.

Третий момент операции. В третьем моменте операции производят разрушение и удаление плодного яйца при помощи кюреток с последующим применением абортных или полипных щипцов. Необходимо указать, что И. В. Буяльский пользовался (с 1852 г.) деревянной, плоской, по концам несколько расширенной пластинкой длиной около 20 см. В настоящее время применяют вначале тупую, а затем две острые, изогнутые ложечки — большую и меньшую (№ 5, 6, 2). Ручку кюретки берут тремя пальцами правой руки и, подтягивая влагалищную часть шейки к себе и кзади (или кпереди), вводят осторожно ложечку до дна матки. Почувствовав дно матки, хирург производит движение кюреткой от дна матки по направлению к внутреннему маточному зеву; такие движения кюреткой совершают последовательно по передней, правой, задней и левой стенкам матки. При отслойке плодного яйца возникает подчас довольно значительное кровотечение; хирург не должен при этом теряться; следует продолжать выскабливание, так как матка сократится и кровотечение прекратится лишь после удаления плодного яйца. После тупой кюретки применяют острую, вначале большую (№ 5—6), а затем меньшую кюретку (№ 2), чтобы удалить отпадающую оболочку в области трубных углов.

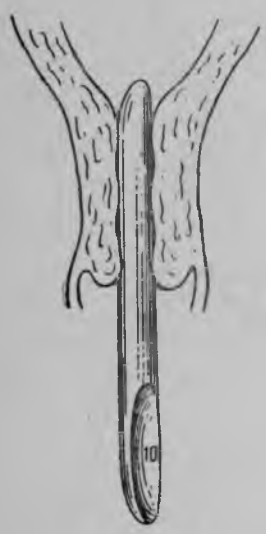

Рис. 36. Металлический расширитель в канале шейки матки.

При беременности 9—12 недель, кроме кюретки, для удаления плодного яйца применяют полипные щипцы; этим инструментом удаляют только те части, которые уже отделены от матки. Прежде всего захватывают и удаляют щипцами те элементы плодного яйца, которые выступают из зева; после этого вводят закрытые щипцы до дна матки, а затем несколько вытягивают их обратно (чтобы не захватить дно матки!) и, раскрыв, захватывают отдельные части плодного яйца. Если при осторожном потягивании за ручку полипных щипцов обнаруживают, что они пружинят, то надо немедленно прекратить потягивание, раскрыть щипцы и извлечь инструмент, так как возможно захватывание стенки матки или плодного яйца, которое еще не отделилось от стенки матки. Упорное потягивание за ручки полипных щипцов грозит в этих случаях разрывом стенки матки. Если части плодного яйца еще не отделены, то надо вновь ввести ложечку в матку и отслоить плодное яйцо.

Проверив острой кюреткой область углов матки, заканчивают операцию.

Нерационально и даже вредно протирание стенок матки тампоном с настойкой иода и тампонация матки. Нет оснований также промывать матку дезинфицирующим раствором. Если удалено все плодное яйцо, то, как правило, кровотечение останавливается; при гипотонии показана инъекция эрготина [1].

[1] Операция выскабливания послеродовой матки изложена в разделе «Акушерские операции в третьем периоде родов».

Послеоперационный период

Больную укладывают в постель; в редких случаях значительной кровопотери во время операции, падения артериального давления ниже 100 мм показано переливание крови, согревание больной, вино, положение с опущенной вниз головой, применение пузыря со льдом на живот, грелки на голову. Постельный режим длится 2—3 суток; при отсутствии осложнений больная может вставать на 3—4-й день, а на 4—5-е сутки обычно больную выписывают. Специальный уход за больной выражается в ежедневном двукратном обмывании (ваткой на корнцанге) наружных половых органов физиологическим раствором или раствором формалина (1 : 1 000); спринцевание влагалища теперь не применяют.

При решении вопроса о возможности выписки прежде всего учитывается общее состояние больной и заболевание, по поводу которого был произведен искусственный аборт; должны быть учтены и данные влагалищного исследования.

Опасности и осложнения

Операция выскабливания беременной матки, как мы уже выше подчеркивали, представляется серьезным вмешательством, которое мы вынуждены делать, руководствуясь в основном осязанием, без контроля зрения. В ходе этой операции, в каждом моменте ее могут возникнуть осложнения, поэтому о возможности их надо постоянно помнить, чтобы во-время суметь предупредить эти осложнения.

Основные осложнения: 1) неполное удаление плодного яйца; 2) повреждение матки и соседних органов; 3) инфекция; 4) последующее нарушение менструальной функции и бесплодие.

Неполный аборт. Оставление при выскабливании элементов плодного яйца или отпадающей оболочки, изредка и ненарушенного плодного яйца (при ошибочном выскабливании канала шейки матки) зависит или от недостаточного опыта врача, или от объективных причин: больших размеров полости матки, значительного расслабления стенок матки при операции и вынужденной необходимости контролировать факт завершения операции лишь при помощи осязания. Клиническая картина этого осложнения: упорные кровянистые выделения из матки, схваткообразные боли, отхождение кусочков ткани; в дальнейшем — повышение температуры тела. Диагноз подтверждается при внутреннем исследовании; наружный маточный зев открыт, матка мягкой консистенции, из канала шейки кровянистые выделения с примесью небольших кусочков ткани (плодного яйца, отпадающей оболочки). При задержке (оставлении) в полости матки частей плодного яйца показано производство повторного выскабливания; операция допустима, если пальпация матки и области придатков, брюшины, клетчатки малого таза не причиняет боли и отсутствуют другие признаки инфекции.

Для предупреждения этого осложнения необходимо:

а) тщательно определить размеры матки и положение ее до начала операции;

б) произвести обезболивание, которое обеспечивает проведение операции в спокойных условиях;

в) знать, что кровотечение из матки резко уменьшается, когда будет удалено все плодное яйцо;

г) употреблять кюретки по крайней мере двух размеров;

д) собирать во время операции удаленные (при беременности

8—12 недель) частицы плодного яйца с целью исключения факта задержки их (особенно головки, конечностей) в полости матки.

Повреждения матки и соседних органов — грозное осложнение операции выскабливания матки. Эти повреждения могут быть в виде: а) надрывов влагалищной части шейки матки; б) надрывов стенки шейки матки; в) прободения стенки матки с повреждением или без повреждения брюшины; г) прободения матки и других органов (мочевой пузырь, кишечник).

Надрыв влагалищной части матки возникает при форсированном подтягивании шейки пулевыми щипцами (в особенности, когда шейка захвачена одними щипцами) и настойчивых попытках ввести расширитель, несмотря на препятствие. Предупреждение этого осложнения — осторожное оперирование, отказ от форсирования.

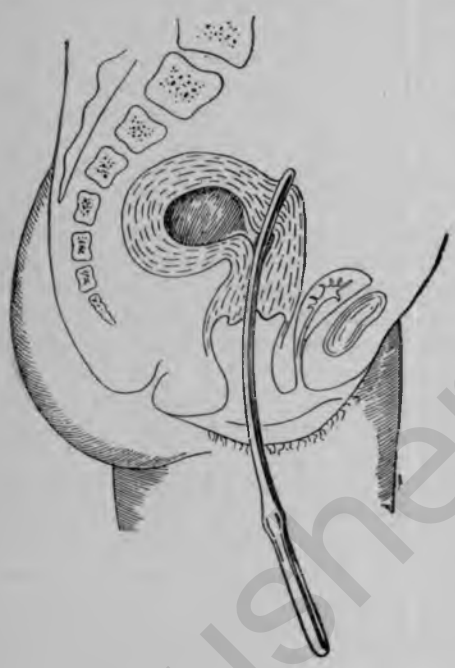

Рис. 37. Прободение матки зондом.

Надрыв стенки шейки матки в нижнем отрезке или выше, в области внутреннего зева, с образованием щели в параметральную клетчатку возникает при форсированном применении расширителей и обнаруживается по внезапному исчезновению препятствия, чрезвычайно легкому введению дальнейших номеров расширителей и иногда появлению нового направления (в широкую связку), по которому идут расширители. Одновременно с этим могут появляться боли внизу живота (на соответствующей стороне) и при двуручном исследовании обнаруживается эластическая, с расплывчатыми контурами, сливающаяся с маткой опухоль—гематома широкой связки.

Избежать этого осложнения вполне возможно, не форсируя расширения канала шейки матки расширителями. Если после очень трудного введения расширителя (особенно № 13 и выше) дальнейшие номера проходят очень легко, то надо подумать о возможности надрыва стенки шейки матки и прекратить операцию; наблюдение за общим состоянием больной и двуручное исследование дадут возможность диагносцировать образование гематомы. Если размеры гематомы увеличиваются, то показано чревосечение с целью обнаружения кровоточащих сосудов и остановки кровотечения; подобное вмешательство может представлять большие трудности.

Прободение матки может быть произведено зондом (рис. 37), расширителем, кюреткой, абортными щипцами. Непосредственной причиной перфорации матки является грубое нарушение основных правил производства операции выскабливания, а именно: 1) незнание положения матки до начала операции; 2) несоблюдение первого момента операции — выпрямления канала матки путем подтягивания влагалищной части шейки матки кзади (при антефлексии матки) или кпереди (при ретрофлексии матки); 3) форсированное введение инструментов (зонд,

расширитель, кюретка) в матку; 4) несоблюдение правила, согласно которому полипными щипцами (или абортными щипцами) можно захватить только те ткани, которые уже предварительно были отделены от стенки матки; 5) применение корнцанга; 6) производство аборта путем выскабливания при беременности свыше 12 недель.

При прободении матки инструмент проникает значительно глубже, чем это соответствует размерам матки. Предположение о возможности внезапного расслабления матки или попадания зонда или тонкого расширителя через угол матки в трубу является несостоятельным и должно быть отвергнуто. При наличии неожиданного глубокого проникновения инструмента следует заподозрить перфорацию матки и тотчас же приостановить операцию. Если этот важный и тревожный симптом не учитывается и операция продолжается, то создается огромная угроза для жизни больной — возможность захватывания (полипными или абортными щипцами) стенки кишечника, мочевого пузыря и проникающего повреждения их с излитием содержимого в брюшную полость; захваченные органы или сальник могут быть извлечены через канал шейки матки во влагалище.

При проникающей перфорации матки и захватывании соседних органов возможна резкая болевая реакция больной и появление картины шока. Терапия при диагнозе перфорации матки или подозрении на него варьирует в зависимости от особенностей случая.

При прободении матки зондом или расширителем нужно немедленно прекратить операцию, перенести больную в постель, назначить лед на живот и тщательно наблюдать за ней; категорически надо отвергнуть применение препаратов морфина, так как они маскируют картину начинающегося перитонита. Если дальнейшее наблюдение не обнаруживает никаких тревожных симптомов (учащение пульса, появление симптома Щеткина в гипогастральной области, повышение температуры тела), то лечение больной должно быть консервативным. На 10-й день после операции больная может быть выписана, а если выскабливание не было закончено, то оно может быть сделано недели через 3—4.

Если прободение зондом или расширителем возникло при неполном аборте, начавшемся вне лечебного учреждения, или обнаружено после введения кюреток, а особенно абортных или полипных щипцов, а тем более установлено извлечение через шейку матки петли кишечника или сальника, то надо немедленно приступить к чревосечению. Размеры и вид операции зависят от характера повреждений; у молодых женщин необходимо стремиться сохранить матку, если это возможно по характеру повреждения.

Предупреждение этого наиболее опасного осложнения вполне возможно. Прежние статистические данные, говорящие о высоком проценте перфораций (до 0,5—0,15), имеют теперь лишь исторический интерес. Проведение операции выскабливания только в стационаре со строгим соблюдением всех указанных выше правил и техники операции во много раз уменьшило в современных условиях эту опасность. Так, по данным А. С. Маджугинского (Москва), процент перфораций матки в 1930—1931 гг. равнялся 0,04, в 1934 г. — 0. По данным акушерско-гинекологической клиники (К. Н. Жмакин) Медицинского института г. Сталино за 1933—1939 гг., при операции выскабливания матки по поводу искусственного аборта не было ни одного случая прободения матки; при операции выскабливания матки по поводу неполного аборта прободение матки произошло в 0,02% случаев. Таким образом, каждый врач, который помнит о возможности перфорации

матки при выскабливании ее, может почти полностью избежать этой опасности; если все же это повреждение произойдет, то надо немедленно прекратить манипуляции и срочно оказать больной необходимую помощь.

Инфекция. Возникновение септического заболевания после операции выскабливания может быть связано или с наличием инфекции до операции, или внесением ее во время операции. Первая причина осложнений должна быть устранена путем тщательного обследования больной с учетом данных о предшествующих заболеваниях, вторая — путем тщательного соблюдения асептики во время и после операции.

Нарушение менструальной функции в форме аменорреи может зависеть от чрезмерного соскабливания слизистой оболочки или от инфекции с последующим заращением просвета канала шейки матки. Первое может быть предупреждено благодаря овладению правильной техникой операции, второе — при соблюдении строгой асептики. Наконец, аменоррея после выскабливания может быть объяснена и расстройствами функции эндокринных желез, связанных с внезапным нарушением функции ряда желез внутренней секреции (желтое тело, передняя доля гипофиза, плацента). Нарушения воспалительного и эндокринного порядка могут быть причиной возникновения так называемого вторичного бесплодия. Эти осложнения отчасти могут быть предупреждены путем тщательного всестороннего предварительного обследования больной и особенно строгой оценки всего комплекса осложнений, которые являются показанием для прерывания беременности.

Искусственный аборт при беременности 3—6 месяцев

Прерывание беременности после 3 месяцев не может быть произведено путем выскабливания. В этих случаях следует применять другие методы, отчасти аналогичные тем, которые показаны при искусственных преждевременных родах.

Показания к позднему аборту, как и противопоказания, те же, что и к аборту до 3 месяцев беременности. Однако, ввиду большой сложности оперативного вмешательства и большей угрозы осложнений, каждая подобная больная требует тщательного стационарного обследования, а также изучения причин столь позднего выявления комбинации тяжелого заболевания и беременности.

Методы производства позднего аборта

1. Влагалищное кесарево сечение[1].
2. Малое кесарево сечение[1].
3. Метрейриз.
4. Бужирование, прокол плодных оболочек.
5. Введение жидкости за оболочки.

При выборе метода операции искусственного аборта при беременности от 3 до 6 месяцев следует придерживаться следующих основных положений.

1. Влагалищное кесарево сечение показано во всех неотложных случаях и как операция выбора — при наличии соответствующего опыта врача.

[1] Подробнее см. главу «Кесарево сечение».

2. Малое кесарево сечение показано при наличии необходимости не только произвести аборт, но одновременно и стерилизацию (показания к стерилизации должны быть подтверждены специальным актом, составленным не менее чем тремя врачами).

3. Метрейриз может быть применен при отсутствии срочных показаний к аборту.

4. Бужирование и прокол плодных оболочек неэффективны, опасны и не должны применяться.

5. Введение жидкости за оболочки может быть применено лишь в исключительных случаях (например, у больных, которым показано прерывание беременности по поводу сифилиса).

Описание операций влагалищного и малого кесарева сечения дано в главе «Кесарево сечение».

Метрейриз

Операция метрейриза с целью производства позднего искусственного аборта имеет ограниченное применение, так как результаты ее в ряде случаев неблагоприятны. Это объясняется относительно малыми размерами матки, небольшой возбудимостью маточной мускулатуры и необходимостью стимуляции родовой деятельности. При этих условиях в большом проценте случаев прибегают к дополнительным оперативным вмешательствам (разрыв оболочек, пальцевое извлечение плода, прободение последующей головки, пальцевое удаление последа, наложение швов при разрыве шейки матки).

При необходимости прервать беременность 3—6 месяцев путем метрейриза возможно применение только весьма малых баллонов (до 100 л емкости), например, скрипкообразного баллона (рис. 38); более крупные баллоны (емкостью 200—400 мл) могут быть применены только при операции искусственных преждевременных родов или во время срочных родов[1] (рис. 39).

Обсуждая вопрос о методах операции искусственного аборта при беременности 3—6 месяцев (10/X 1951 г.), Московское научное общество акушеров и гинекологов приняло следующие положения, которые полностью разделяем и мы.

Приведем эти положения.

I. Основные задачи в деле снижения числа случаев позднего аборта:

а) 100% охват беременных в ранние сроки беременности с целью своевременного решения вопроса о прерывании беременности в случае обнаружения противопоказаний к сохранению ее;

б) повышение оперативности в работе врачебных комиссий с целью предотвращения позднего направления больных, нуждающихся в прерывании беременности по состоянию здоровья, в стационар.

II. О методах операции искусственного аборта при беременности 3—6 месяцев.

1. Существующие методы прерывания беременности в поздние сроки ее следует считать несовершенными. Вопрос этот требует дальнейшей углубленной разработки с целью изыскания новых, более совершенных методов, основанных на современных наших представлениях о сократительной деятельности матки.

2. При наличии показаний к одномоментному, быстрому прерыванию беременности свыше 4 месяцев следует рекомендовать применение влагалищного кесарева сечения.

---

[1] Описание техники метрейриза см. «Искусственные преждевременные роды».

3. Лучшим методом операции влагалищного кесарева сечения является способ Ю. А. Лейбчика.

4. Операция внеоболочечного вливания жидкости имеет ряд как отрицательных сторон, так и противопоказаний при многих заболеваниях.

Отрицательные стороны внеоболочечного вливания жидкости:

а) возникновение в отдельных случаях тяжелых осложнений в форме общей интоксикации;

б) длительное течение аборта, в среднем 34 часа;

в) частая необходимость применения дополнительных оперативных вмешательств.

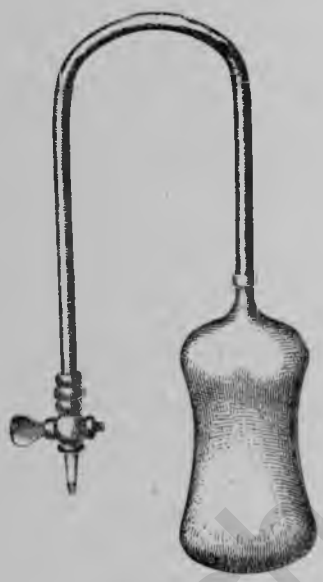

Рис. 38. Метрейринтер скрипкообразный.

Рис. 39. Метрейринтер.

Противопоказания к применению операции внеоболочечного вливания жидкости (риванола и других средств):

а) заболевания сердечно-сосудистой системы;

б) заболевания почек;

в) заболевания печени;

г) инфантилизм, аномалии развития половых органов (матки);

д) перенесенные в прошлом операции кесарева сечения или другие операции (например, по поводу перфорации матки, субсерозной миомы), сопровождавшиеся рассечением или нарушением стенки матки (тела или шейки);

е) беременность при наличии миомы матки;

ж) многоводие;

з) подозрение на предлежание плаценты.

Показания к применению метода внеоболочечного вливания жидкости могут возникнуть лишь в исключительных случаях, например, при необходимости прервать беременность по поводу сифилиса.

5. В отдельных случаях позднего искусственного аборта после 20 недель при отсутствии срочных показаний к прерыванию беременности может быть применен метрейриз.

Искусственные преждевременные роды

С успехами асептики и антисептики и со значительным снижением осложнений и смертности после кесарева сечения резко уменьшилось количество видов оперативных пособий, применяемых при искусственных преждевременных родах.

Показания к производству искусственных преждевременных родов

В настоящее время показания к искусственным преждевременным родам возникают весьма редко, например, при следующих заболеваниях:

а) тяжелые прогрессирующие нарушения функций сердечно-сосудистой системы;

б) тяжелые формы токсикозов беременности, не поддающиеся стационарному лечению (например, нефропатия или преэклампсия);

в) преждевременная отслойка плаценты;

г) внутриутробная смерть плода;

д) пузырный занос.

Для производства искусственных преждевременных родов или срочного родоразрешения при недоношенной беременности применяют следующие операции: 1) кесарево сечение, 2) метрейриз.

Выбор оперативного метода часто представляет большие трудности ввиду общего тяжелого состояния больной и необходимости произвести родоразрешение и бережно, и быстро. В настоящее время большое число авторов и в том числе сотрудники нашей клиники высказываются за применение (при наличии срочных показаний) хирургических методов родоразрешения (влагалищное или абдоминальное кесарево сечение). Методы так называемого форсированного родоразрешения, т. е. расширение канала шейки матки металлическими расширителями и извлечение плода [метод Босси (Bossi)], применение горячих спринцеваний, прокол плодных оболочек, бужирование представляют лишь исторический интерес, так как они очень опасны (метод Босси), ненадежны, длительность родов чрезмерно велика, процент септических осложнений высок.

Кесарево сечение

Показания к кесареву сечению возникают при недоношенной беременности в следующих случаях, требующих срочного родоразрешения:

а) беременность, осложненная нарушением сердечно-сосудистой компенсации;

б) тяжелые токсикозы беременности, не поддающиеся стационарному лечению, если терапевтические мероприятия не дают успеха;

в) преждевременная отслойка плаценты с явлениями угрожающего малокровия.

Операции абдоминального и влагалищного кесарева сечения описаны в специальной главе.

Метрейриз

Метрейриз, ввиду ряда связанных с ним осложнений, имеет ограниченное применение (например, при диагнозе смерти плода, пузырном заносе).

Инструменты и медикаменты для операции метрейриза

Зеркало с подъемником	1
Пулевые щипцы	2
Анатомический пинцет длиной 20 см	2

Корнцанг изогнутый для метрейринтера	1
Метрейринтер	1
Шприц емкостью 200 мл	1
Кружка Эсмарха	1
Расширители металлические №	4—22
Физиологический раствор поваренной соли	1 л
Шприц емкостью 10 мл	1
Иглы для шприцев	3
Раствор новокаина 0,5%	150 мл
Пантопон 2% в ампулах по 1 мл	2 амп.
Сернокислая магнезия 25% в ампулах по 5 мл	4 амп.
Бикс со стерильной марлей и ватой	1

Подготовка к операции. Обезболивание

За 2 дня до операции начинают стимуляцию сократительной деятельности матки: вводят 50 000 м. е. фолликулина; за день до операции назначают 60,0 касторового масла, хинин (по 0,15 через 1 час, 6-кратный прием) и внутривенно 40% раствор глюкозы 40,0. Непосредственно перед операцией больная должна опорожнить мочевой пузырь; при задержке мочеиспускания показана катетеризация.

За 10 минут до операции впрыскивают подкожно 1 мл 2% пантопона и 4 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

После подготовки операционного поля влагалище раскрывают зеркалом с подъемником, которое держит ассистент, стоящий справа от больной. Хирург ватным стерильным шариком, смоченным в спирту, протирает влагалищную часть шейки матки и своды, а затем производит такую же процедуру ватным шариком, смоченным в 5% настойке иода. Для анестезии впрыскивают в передне-боковые своды (на глубину до 2 см) по 40 мл и в задний свод 20 мл 0,5% раствора новокаина.

Рис. 40. Метрейринтер, подготовленный для введения в полость матки.

Хирург скручивает сигарообразно метрейринтер и зажимает его в специальный изогнутый корнцанг (рис. 40) [1]. После захвата шейки матки двумя пулевыми щипцами за переднюю губу производят расширение канала шейки матки металлическими расширителями от № 4 до № 20—22. После окончания расширения канала шейки матки осторожно вводят метрейринтер выше внутреннего зева матки (внеоболочечно); замок зажима осторожно раскрывают и, придерживая баллон анатомическим пинцетом, удаляют корнцанг. Баллон медленно наполняют из шприца стерильным физиологическим раствором в количестве, соответствующем заранее определенной емкости баллона. Кран метрейринтера закрывают (или накладывают зажим на трубку баллона), снимают пулевые щипцы с шейки матки и перевозят больную в палату. К трубке метрейринтера привязывают бинт, который перебрасывают через спинку кровати и подвешивают груз весом 400—450 г.

[1] Честь изобретения метрейринтера принадлежит нашему соотечественнику доктору Д. М. Трубницкому (1853).

В результате расширения канала шейки матки и давления баллона начинаются схватки с последующим расширением канала шейки матки и изгнанием метрейринтера и плода. Метрейринтер можно оставлять в матке не больше 12 часов.

Опасности и осложнения

Основные отрицательные стороны метрейриза: угроза разрыва шейки матки (до 24%), опасность инфекции, необходимость дополнительных вмешательств (по С. И. Ершову, в 54,2%), большая длительность родов (аборта). По данным К. Н. Жмакина, средняя длительность родов после введения баллона 35 часов, по С. И. Ершову — 30 часов.

Операции по поводу внематочной беременности

По установлении диагноза прогрессирующей или прервавшейся внематочной (по данным нашей клиники, в 96,9% внематочная беременность бывает трубной) беременности показано немедленное оперативное вмешательство.

Типичным вмешательством по поводу трубной беременности является удаление трубы. Как правило, показан брюшностеночный путь; как исключение (при инфицировании кровоизлияния) — влагалищный.

Необходимые инструменты и материал

Скальпель	2
Зажим кровоостанавливающий (с овальными губками) длиной 13 см	12
Зажим кровоостанавливающий зубчатый длиной 13 см	12
Пулевые щипцы	2
Зеркала для раскрытия брюшной раны	2
Корнцанг	3
Иглы хирургические	6
Ножницы прямые	1
Ножницы изогнутые	1
Иглодержатель	2
Катетер эластический	1
Скобки	
Кетгут, шелк	

У больных без тяжелой кровопотери и шока с успехом может быть применена анестезия по А. В. Вишневскому. В остальных случаях показан общий ингаляционный (эфирный) наркоз; спинномозговая анестезия не рекомендуется. Операция производится брюшностеночным путем и состоит из следующих моментов: 1) вскрытие брюшной полости; 2) захватывание беременной трубы; 3) удаление трубы и излившейся крови; 4) перитонизация; 5) закрытие брюшной раны.

Первый момент операции. Брюшная стенка подготовляется путем протирания ее спиртом и смазывания 5% иодной настойкой. Разрез для вскрытия брюшной полости может быть применен как продольный — срединный, так и внесрединный (на 2 см слева от средней линии). При подозрении на инфекцию следует предпочесть срединный разрез.

Второй момент операции. После послойного рассечения брюшной стенки операционную рану расширяют при помощи зеркал и при наличии значительного кровоизлияния быстро вводят руку в брюшную полость, захватывают матку и выводят в рану разорванную трубу; накладывают зажимы на мезосальпинкс; кровотечение после наложения зажима на мезосальпинкс прекращается. Помощник хирурга при-

ступает к переливанию крови. Если нет значительной кровопотери, то, раскрыв брюшную рану, ориентируются в топографо-анатомических отношениях и, захватив дно матки пулевыми щипцами, выводят в рану матку и беременную трубу. Накладывают два зубчатых зажима, из которых один на соответствующий маточный конец трубы и второй на мезосальпинкс (рис. 41), после чего отсекают всю трубу.

В маточном конце труба конусообразно иссекается из угла матки, причем на кровоточащий сосуд (ramus ascendens a. uterinae) накладывают отдельную лигатуру. Накладывают лигатуру на пересеченный мезосальпинкс (рис. 42) и на края разреза в углу матки. Яичник отделяют и тщательно осматривают; его анатомическая ножка (lig. infundibulo-pelvicum, lig. ovarii proprium, mesovarium) не нарушается.

Третий момент операции. Перитонизация раны осуществляется путем прикрытия ее круглой связкой и наложения непрерывного кетгутового шва (рис. 43) При этом желательно не нарушать подвижность матки и сохранить ее срединное положение.

После удаления трубы и перитонизации удаляют жидкую кровь и кровяные сгустки. Обязателен осмотр второй трубы и яичника, которые, как правило, оставляются. Удаление второй трубы показано лишь при наличии в ней беременности или глубоких, необратимых большей частью, воспалительных изменений. При незначительных воспалительных изменениях труба должна быть оставлена и назначается последующее консервативное противовоспалительное лечение. В случаях, сомнительных в отношении инфекции, в брюшную рану вводят 300 000—500 000 единиц пенициллина.

Четвертый момент операции. Операция заканчивается послойным зашиванием брюшной раны. Накладывается асептическая повязка на переднюю брюшную стенку в области операционного разреза.

Яичниковая беременность или кровотечение из яичника

В редких случаях встречается яичниковая беременность или кровотечение из яичника (при разрыве фолликула) с клинической картиной внутреннего кровотечения. Диференциальная диагностика в этих случаях затруднительна. Окончательный диагноз устанавливается лишь при микроскопическом исследовании препарата. Лечение — удаление измененного яичника (после пересечения и перевязки lig. infundibulo-pelvici, lig. ovarii proprii и mesovarii); последующая перитонизация.

Операция при инфицированной внематочной беременности

Изредка, при несвоевременной диагностике прервавшейся трубной беременности, излившаяся кровь инфицируется. Общее состояние больной резко нарушается, температура гектического типа, пульс учащается до 100 и больше ударов в минуту При исследовании крови определяется высокий лейкоцитоз, значительный сдвиг формулы белой крови влево. При пункции через задний свод влагалища получают кровь. При микроскопическом исследовании пунктата находят отдельные распавшиеся эритроциты и много лейкоцитов. При посеве пунктата вырастает стафилококк или стрептококк.

В этих сложных случаях вопрос об оперативном вмешательстве представляет немалые затруднения.

Если клиническая картина и анамнез, а также отрицательная реакция Ашгейм-Цондека указывают на отмирание элементов плодного яйца

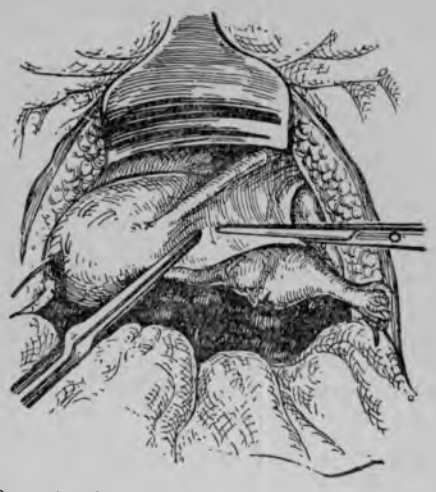

Рис. 41. Наложение зажимов на брыжейку и маточный конец трубы.

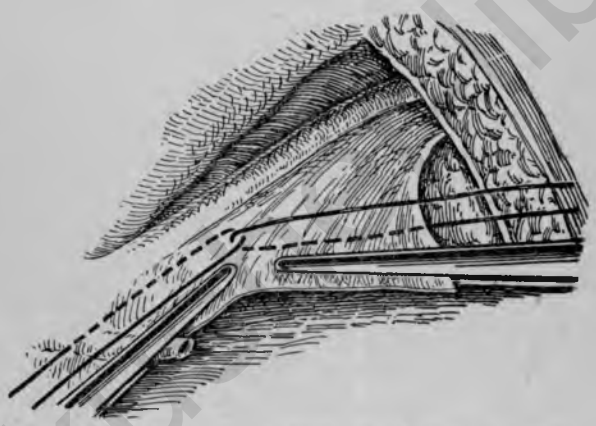

Рис. 42. Наложение лигатур на брыжейку трубы.

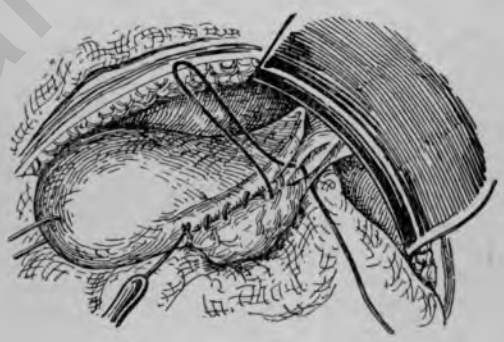

Рис. 43. Перитонизация культи при помощи круглой маточной связки

и, следовательно, нет оснований опасаться новых кровоизлияний, то следует ограничиться задней кольпотомией и дренированием раны. Если же клинические данные (анамнез, течение заболевания, объективные данные) и положительная реакция Ашгейм-Цондека указывают на наличие функционирующих элементов хориона, то мы вынуждены отказаться от кольпотомии и прибегнуть к радикальному вмешательству (удаление нарушенной трубы) путем чревосечения. После операции в брюшную рану вводят 500 000—600 000 единиц пенициллина, рану зашивают наглухо. Больной сразу же назначают лечение пенициллином (по 400 000—500 000 единиц в сутки).

Попытка ограничиться и в этих случаях кольпотомией может привести к очень тяжелой ситуации: повторным инсультам, кровотечению и жизненной необходимости радикальной операции путем чревосечения, но в еще менее благоприятных условиях.

Двух подобных больных (к счастью, выздоровевших) наблюдали и мы; такие же больные описаны Т. С. Андрейчуком и Н. Н. Сергеевым.

Операция при поздней внематочной беременности

Операция при поздней внематочной беременности и при окаменелом плоде (lithopedion). Весьма редко трубная беременность, прервавшись, прогрессирует как вторичная брюшная беременность. При диагнозе поздней брюшной беременности показано немедленное оперативное вмешательство (независимо от состояния плода), так как в любой момент может произойти разрыв плодных оболочек, отслойка плаценты и кровотечение, угрожающее жизни. Кроме того, может произойти инфицирование в очаге кровоизлияния. Плоды при подобной беременности весьма часто имеют пороки развития.

Операция может представлять значительные трудности, если плацента прикреплена не к брюшине широкой связки или к матке, а к кишечнику или печени. При операции необходимо удалить как плод, так и послед и перевязать кровоточащие сосуды. Предложение оставить в трудных случаях послед, не зашивать и дренировать рану (так называемая марсупиализация) и ждать самопроизвольного отторжения последа является антихирургическим и должно быть отвергнуто (А. П. Губарев). Ввиду возможных трудностей при операции по поводу внематочной беременности во второй ее половине, следует производить эти операции лишь весьма опытным врачам.

Если брюшная беременность доношена до конца, то наступает родовая деятельность, разрыв плодных оболочек и отслоение плаценты с внутренним кровотечением; подобное состояние требует срочного оперативного вмешательства (чревосечение, удаление плода и последа, остановка кровотечения). При нераспознавании подобного состояния может наступить смерть больной от внутреннего кровотечения и шока или последующего перитонита вследствие инфицирования. В отдельных случаях кровотечение самопроизвольно прекращается и плод превращается в окаменелый или мумифицированный. При распознавании этой патологии показано чревосечение с удалением плода и плодовместилища.

Наружный акушерский поворот

К разделу акушерских операций, применяемых во время беременности, относится и наружный (так называемый профилактический) акушерский поворот. Показания к этой операции возникают при

поперечном положении плода и при тазовом предлежании плода (в этих случаях Б. А. Архангельский говорит о наружном профилактическом повороте). Эта операция как один из видов поворота будет рассмотрена среди других операций, применяемых во время родов.

Б. АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Эта группа операций является наиболее многочисленной.

Операции, имеющие целью расширение мягких родовых путей: перинеотомия, эпизиотомия, паравагинальный разрез.

Операции кровавого рассечения промежности и влагалища возникли сравнительно недавно, около 140 лет назад. В 1810 г. Михаэлис предложил перинеотомию; однако большинство акушеров предпочитало боковое рассечение малых губ, так называемую эпизиотомию. Д. О. Отту и его ученикам (Ф. Н. Ильин, В. Мандельберг, О. В. Прокофьева) мы обязаны обоснованием перинеотомии, которая в настоящее время и применяется советскими акушерами. Эпизиотомия находит сторонников в основном среди зарубежных акушеров. При перинеотомии рассекается мышечно-фасциальная основа тазового дна и, следовательно, устраняется препятствие со стороны мягких родовых путей; при эпизиотомии рассекается лишь кожа, слизистая вульвы, поверхностная фасция промежности и m. constrictor cunni (иногда m. transversus perinei superficialis); таким образом, сопротивление тазового дна после производства эпизиотомии полностью не устраняется и сохраняется угроза его повреждения. Влагалищно-промежностный паравагинальный разрез с внесрединным рассечением влагалищной стенки (от свода до входа во влагалище) и промежности со всеми ее мышечно-фасциальными образованиями является большой операционной травмой, грозящей глубоким нарушением тазового дна. Мы не рекомендуем его применение в акушерской практике.

Из трех вышеуказанных операций мы рекомендуем только перинеотомию.

Перинеотомия

Показания к перинеотомии.

1. Роды у женщин с высокой промежностью или резко ригидными тканями, когда при прорезывании предлежащей части промежность очень резко выпячивается и кожа ее белеет.
2. Угроза центрального разрыва промежности.
3. Тяжелое состояние беременной, угроза асфиксии плода и необходимость немедленно закончить роды (иногда в сочетании с операцией выходных щипцов).

Однако нельзя согласиться со взглядом школы Д. О. Отта, широко рекомендовавшей применение так называемой профилактической перинеотомии; значительное расширение показаний к ней совершенно не обоснованно повышает процент родового травматизма.

Для перинеотомии и перинеоррафии необходимо иметь:

Ножницы прямые или изогнутые под тупым углом	1
Иглодержатель	1
Хирургические иглы	3—4
Зажимы кровоостанавливающие зубчатые длиной 13 см	3
Зажимы кровоостанавливающие с овальными губками	3
Пинцет хирургический длиной 20 см	1
Пинцет анатомический длиной 20 см	1
Шприц «Рекорд» емкостью 10 мл	1
Раствор новокаина 0,5%	200 мл
Шелк, кетгут, скобки, вата, марля	

Подготовка к операции. Техника операции перинеотомии

Наружные половые органы и кожу промежности обрабатывают 5% настойкой иода. Хирург стоит слева от роженицы, акушерка — справа от роженицы, тщательно поддерживая промежность последней во время потуг, особенно после перинеотомии. Если врач один, то он становится слева от роженицы и левой рукой удерживает во время потуг головку от быстрого разгибания, а в правую берет ножницы для перинеотомии. Вне потуги вводят одну ветвь ножниц (с тупым концом) между предлежащей частью и стенкой влагалища так, чтобы длинник ножниц соответствовал rhaphe perinei.

Когда потуга достигает наибольшего развития и промежность максимально растягивается, ножницами рассекают заднюю спайку и промежность на 2—2,5 см.

Рассечение промежности на высоте потуги не сопровождается болевой реакцией и может быть произведено без анестезии.

После рождения плода и последа производят анестезию срамных нервов или инфильтрационную анестезию и накладывают швы на рану.

После перинеотомии может произойти стремительное прорезывание предлежащей части с угрозой образования разрыва третьей степени. Эта опасность предупреждается путем регулирования потуг и тщательной защиты промежности.

При соблюдении асептики и правильной технике наложения швов рана после перинеотомии заживает, как правило, первичным натяжением.

Рассечение шейки матки (hysterostomatomia)

Рассечение шейки матки может быть произведено в форме разрезов краев акушерского зева по следующим показаниям:

1. Ригидность или заращение наружного маточного зева при полном сглаживании шейки матки.

2. Заболевания матери или угроза асфиксии плода, требующие срочного родоразрешения, если к этому моменту нет еще полного раскрытия зева.

Техника операции несложная. Производится влагалищное исследование для того, чтобы подтвердить, что шейка сглажена и полное раскрытие зева невозможно или вследствие ригидности краев его, или заращения наружного отверстия канала шейки матки. После производства влагалищного исследования влагалище раскрывают широким зеркалом и подъемником. Влагалищную часть шейки матки и своды влагалища дезинфицируют спиртом и 5% настойкой иода. Края зева захватывают двумя пулевыми щипцами, удаляя после этого подъемник. Изогнутыми тупоконечными ножницами рассекают на 2—2,5 см края зева в двух местах — справа и слева, несколько кзади (рис. 44).

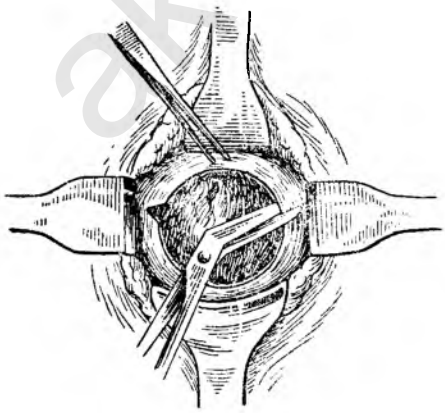

Рис. 44. Рассечение краев зева матки.

Если наружный маточный зев отсутствует вследствие заращения его, то, производя исследование, нащупывают центральное углубление (которое обычно выявляется) и скальпелем крестообразно рассекают место заращения. После рождения плода осматривают шейку матки с помощью зеркал и накладывают кетгутовые швы на края разрезов.

Глубокие надрезы несглаженной шейки матки, предложенные Дюрсеном, являются весьма опасными (угроза разрыва, проникающего в широкую связку) и в настоящее время должны быть отвергнуты. При подобных условиях и неотложных показаниях может быть применена операция брюшностеночного кесарева сечения.

При рассечении краев зева возможны опасности и осложнения. Основная опасность — возможность последующего разрыва тканей до сводов влагалища с повреждением ветвей маточной артерии, а при разрыве передней губы — повреждение мочевого пузыря. Для предупреждения этой опасности следует категорически отказаться от подобных разрезов, если шейка еще не сгладилась. Показания к этому вмешательству в каждом отдельном случае должны быть строго учтены. С целью предупреждения угрозы осложнений (инфекция, надрыв краев разреза) надо, как правило, осматривать шейку после рождения плода (введение зеркал) и накладывать швы на края раны.

Пальцевое расширение шейки матки по Боннер-Строганову

Целью этого метода является раскрытие зева некровавым путем с помощью пальцев одной (по В. В. Строганову) или двух рук (по Боннеру). При пальцевом расширении одной рукой вводят всю руку во влагалище и затем два пальца в маточный зев; раздвинув края зева, стремятся ввести третий, четвертый пальцы руки; при двуручном расширении вводят по одному пальцу каждой руки во влагалище и стремятся растянуть края зева матки.

При медленном и осторожном растягивании пальцами зева удается достичь расширения его на 1—1$^1/_2$ пальца и усиления схваток. Однако необходимо соблюдение следующих условий: строжайшей асептики и осторожности при расширении зева матки. При этом вмешательстве рекомендуется применение наркоза.

Дельма предложил для ускорения раскрытия зева матки производство спинномозговой анестезии. Этот способ относится к форсированным методам родоразрешения и должен быть отвергнут.

Метод форсированного расширения канала шейки матки при помощи таких инструментов, как расширитель Босси, очень опасен (возможность глубоких разрывов шейки) и теперь не применяется.

Метрейриз

Показания к метрейризу.

1. Частичное предлежание плаценты.
2. Преждевременное или раннее отхождение вод при поперечном и косом положении плода.
3. Переношенная беременность.

При частичном предлежании плаценты метрейриз является эффективной операцией. Баллон, введенный интраамниально, оказывает двойное действие: придавливает кровоточащий участок матки и усиливает родовую деятельность. Положительная сторона операции метрейриза — эффективность и простота; отрицательной стороной при предлежании плаценты является возможность мертворождений вследствие нарушения плацентарного кровообращения и асфиксии плода. Метод

этот может быть рекомендован при глубокой недоношенности плода и умеренном кровотечении. При доношенном живом плоде и массивной кровопотере следует предпочесть абдоминальное кесарево сечение.

Для быстрейшего прекращения кровотечения и усиления родовой деятельности рационально подвесить к трубке баллона небольшой груз (до 400 г); это повышает эффективность метрейриза. Опасение надрывов краев зева, если подвешен небольшой груз, не обосновано.

Преждевременное или раннее отхождение вод при поперечном и косом положении плода создает угрозу образования так называемого запущенного поперечного положения; поэтому если воды отходят при открытии зева матки на 1—1½ поперечных пальца, то введение метрейринтера может способствовать сохранению подвижности плода; при преждевременном отхождении вод необходимо осторожно расширить канал шейки матки металлическими расширителями (до № 21—23) и ввести метрейринтер.

Если воды отходят при открытии зева на 2½ поперечных пальца и больше, то может быть произведен поворот по Брэкстон-Гиксу. Однако эта операция является технически трудной, а результаты ее для плода часто весьма неблагоприятны; она может быть применена лишь при глубокой недоношенности плода или при мертвом плоде. Чтобы избежать затруднений и опасностей операции поворота при неполном раскрытии зева матки, следует применить метрейриз; после рождения баллона могут появиться условия для производства более простого и благоприятного для плода классического поворота с немедленным последующим извлечением плода.

При переношенной (свыше 2 недель) беременности показано применение метода стимуляции родовой деятельности, а затем метрейриз.

Операции с целью расширения костного тазового кольца

Симфизео- и пубиотомия

К этой группе операций относятся симфизеотомия, пубиотомия и ишиопубиотомия, никем сейчас не применяемые и имеющие лишь исторический интерес. Последовательным сторонником операции пубиотомии был Л. А. Гусаков. В 1935 г. он опубликовал данные о 67 случаях этой операции; в 1949 г. Г. Н. Мигаловская сообщила еще о 14 случаях операции пубиотомии. Смертность матерей, по данным этих авторов, составляет 2,5%, послеродовая заболеваемость — 38%, детская смертность — 9,8%. Расстройств походки после операции почти не наблюдалось.

По Л. А. Гусакову, операция пубиотомии показана в случаях родов при узком тазе (при истинной конъюгате не меньше 7 см) и непреклонном желании роженицы иметь ребенка, когда применение операции кесарева сечения уже противопоказано в связи с начинающейся инфекцией. Ввиду неточности показаний, большого числа серьезных осложнений, а главное, огромных успехов операции абдоминального кесарева сечения, все эти операции представляют теперь лишь исторический интерес. Такую же оценку следует дать и предложению достичь постоянного увеличения прямого размера входа в таз резекцией мыса крестцовой кости.

Вспомогательные операции и пособия

Кольпейриз

При этой операции во влагалище вводят баллон (кольпейринтер), наполненный стерильной водой.

Показанием к кольпейризу является необходимость предупреждения раннего отхождения околоплодных вод при узком тазе и при поперечном положении плода. Ввиду непостоянства действия этот метод в настоящее время почти не применяется.

Разрыв плодного пузыря

Вмешательство это представляется весьма простым, но формулировка показаний к нему затруднительна, так как она зависит от принципиального отношения различных акушерских школ к вопросу о роли плодного пузыря в процессе сглаживания шейки матки и возможности искусственного раннего (при открытии на 2—2½ поперечных пальца) разрыва пузыря.

Показания к разрыву плодного пузыря:

1. Кровотечение при частичном предлежании плаценты, если схватки регулярны и соотношения между размерами таза и плода нормальны.
2. Многоводие.
3. Перед операцией наложения щипцов.
4. Перед операцией поворота (классического или по Брэкстон-Гиксу).
5. При полном или близком к полному открытию зева матки и фиксации предлежащей части во входе в таз.

Вопрос о возможности разрыва пузыря при открытии зева лишь на 2—2½ пальца и нефиксированной предлежащей части мы решаем отрицательно. Клинический опыт учит, что ранний разрыв плодного пузыря может обусловить не только выпадение мелких частей, но и нарушение родовой деятельности.

Подготовка роженицы, как и для каждой акушерской операции (см. общую часть). Хирург вводит два пальца во влагалище и ждет наступления схватки. Если схватки слабые и редкие, то одной рукой производится массаж матки с целью вызвать схватку и во время ее производят давление пальцем (введенным во влагалище) на выступающий полюс плодного пузыря. Как правило, пузырь разрывают в центре. При многоводии лучше разорвать пузырь эксцентрично и не вынимать из влагалища руку, пока не отойдут воды, чтобы предотвратить стремительное отхождение вод и выпадение мелких частей плода. Если пальцем разорвать плодный пузырь трудно, то под контролем руки делают это зондом или пулевыми щипцами.

Кожно-головные щипцы по А. А. Иванову

В 1932 г. А. А. Иванов, независимо от Уилта и Гаусса, предложил метод длительного влечения за головку с целью усиления родовой деятельности и прекращения кровотечения при предлежании плаценты.

Показания к операции

1. Частичное предлежание плаценты.
2. Слабость родовой деятельности.

По сборной статистике Я. И. Русина (1944), у 365 больных, у которых применяли способ А. А. Иванова, были следующие показания: предлежание плаценты — у 272 человек, слабость родовой деятельности — у 75, заболевания матери, вследствие которого были показаны искусственные преждевременные роды, — у 10, другие показания — у 8 человек.

Условия для операции

1. Головное предлежание, отсутствие эффекта при стимуляции родовой деятельности.

2. Плодный пузырь должен быть вскрыт.
3. Правильные взаимоотношения между размерами плода и таза.
4. Открытие зева матки не менее чем на 1—1½ поперечных пальца.

Подготовка роженицы и методика вмешательства

После обычной подготовки роженицы хирург производит тщательное влагалищное исследование и, убедившись в наличии вышеназванных показаний и условий к вмешательству, раскрывает влагалище, введя зеркало с подъемником.

Если плодный пузырь цел, то его разрывают и, взяв в складку кожу головки, захватывают ее двузубчатыми мощными щипцами (рис. 45) или специальным инструментом.

Роженицу переносят на кровать, и к ручке щипцов привязывают бинт, который перебрасывают через блок у ножного конца кровати; к бинту подвешивают груз весом 400—500 г. При влечении щипцами за кожу головки надо учитывать уровень стояния головки и необходимость соответствия направления влечения с проводной осью таза. Таким образом, если головка находится во входе в таз, то таз роженицы должен быть значительно выше, чем блок.

Рис. 45. Применение кожно-головных щипцов.

Подобное вмешательство приводит в огромном большинстве случаев к усилению схваток, прекращению кровотечения (при частичном предлежании плаценты) и скорому рождению плода. Этот метод был предложен А. А. Ивановым для случаев родов мертвым плодом, но опыт Я. И. Русина и нашей клиники учит, что подобный прием с успехом может быть применен и при живом плоде. Небольшие ранения кожных покровов головки новорожденного заживают при асептическом уходе без осложнений.

По сборной статистике Я. И. Русина среди 103 больных с краевым и боковым предлежанием плаценты, у которых были применены кожно-головные щипцы, материнская смертность равна нулю, детская смертность — 7,4%. Таким образом, результаты этой операции при предлежании плаценты значительно лучше, чем при метрейризе и повороте по Брэкстон-Гиксу.

Опыт ряда клиник подтверждает высокую эффективность метода А. А. Иванова при слабости родовой деятельности.

Методы стимуляции родовой деятельности

Приводимые методы стимуляции родовой деятельности применяются в Институте акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР и в клинике акушерства и гинекологии I Московского ордена Ленина медицинского института.

Схемы 1, 2, 3 и 4 применяются у беременных при наличии показаний к возбуждению родовой деятельности (например, при перенашивании),

а также для усиления родовой деятельности. Схемы 5 и 6 целесообразно применять у рожениц с явлениями слабости родовой деятельности.

Схема 1

Для возбуждения и усиления родовой деятельности

0 часов	Касторовое масло	60,0
Через 1 час	Хинин	0,15
» 1 час 15 мин.	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
» 1 » 30 »	Хинин	0,15
» 1 » 45 »	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
» 2 часа	Хинин	0,15
» 2 » 15 мин.	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
» 3 »	Очистительная теплая клизма	

После действия кишечника ввести внутривенно:

40% раствор глюкозы	30,0
10% раствор хлористого кальция	10,0

Схема 2

Для возбуждения и усиления родовой деятельности

0 часов	Касторовое масло	60,0
Через 1 час	Хинин	0,15
» 1 » 15 мин.	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
	Питуитрин (внутримышечно)	0,15
» 1 » 30 »	Хинин	0,15
» 1 » 45 »	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
	Питуитрин (внутримышечно)	0,15
» 2 часа	Хинин	0,15
» 2 » 15 мин.	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
	Питуитрин (внутримышечно)	0,15
» 3 »	Очистительная теплая клизма	
» 3 » 30 мин.	Внутривенно 30,0 40% раствора глюкозы + 10,0 10% раствора хлористого кальция	

Данная схема может быть применена при нормальном кровяном давлении у роженицы и хорошем состоянии плода.

Схема 3

Для возбуждения и усиления родовой деятельности

0 часов	Касторовое масло	60,0
Через 1 час	Хинин	0,15
» 1 » 15 мин.	Прозерин	0,015
	Атропин сернокислый	0,0003
» 1 » 30 »	Хинин	0,15
» 1 » 45 »	Прозерин	0,015
	Атропин сернокислый	0,0003
» 2 часа	Хинин	0,15
» 1 » 15 мин.	Прозерин	0,015
	Атропин сернокислый	0,0003
» 3 » 30 мин.	Очистительная теплая клизма	
» 4 »	Внутривенно 30,0 40% раствора глюкозы + 10,0 10% раствора хлористого кальция	

akusher-lib.ru

Схема 4

Для возбуждения и усиления родовой деятельности

0 часов	Фолликулин 10 000—30 000 м. е.	
Через 30 мин.	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
» 45 »	Питуитрин (внутримышечно)	0,15
» 45 »	Хинин	0,15
» 1 час	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
	Хинин	0,15
» 1 » 15 мин.	Карбохолин	0,001
	Сахар	0,25
	Хинин	0,15
» 1 » 30 »	Питуитрин (внутримышечно)	0,15

Схема 5

Применение прозерина с целью усиления родовой деятельности

Прозерин может быть применен при выраженной слабости родовой деятельности. При отсутствии родовой деятельности после излития вод применение прозерина эффекта не дает.

В целях предупреждения токсических осложнений необходимо сочетать назначение прозерина с атропином (по следующей прописи): прозерина — 0,015, атропина сернокислого — 0,0003; по 1 порошку через 1 час, до 6 раз в сутки.

При возникновении токсических явлений (тошнота, боли в подложечной области, жидкий стул) после назначения прозерина следует немедленно ввести подкожно 1 мл раствора сернокислого атропина (1 : 1 000).

Схема 6

Применение пахикарпина для усиления родовой деятельности

Пахикарпин может быть применен у всех женщин с выраженной слабостью родовой деятельности.

Пахикарпин (per os) назначается в дозе 0,1 однократно.

При внутримышечном введении пахикарпин (3% раствор) применяется в количестве от 3 до 5 мл.

При отсутствии эффекта можно повторить ту же дозу пахикарпина через 4 часа.

Бинт Я. Ф. Вербова

Я. Ф. Вербов предложил специальный бинт для брюшных стенок; он считал, что создание опоры для матки обеспечивает эффективное сокращение циркулярных мышц матки.

Бинт Я. Ф. Вербова (рис. 46) состоит из двух частей: «полупояса, охватывающего спину роженицы в области талии, и щита; щит, расположенный на животе роженицы, покрывает всю переднюю поверхность матки. Щит и полупояс соединены между собой при помощи шнурков или лент и колец, так что бинт легко и быстро затягивается и распускается» (Я. Ф. Вербов).

Показания к применению бинта следующие:

1) вторичная слабость родовой деятельности в периоде изгнания,

2) растяжение фасций и атрофия мышц брюшной стенки.

Противопоказания (по Я. Ф. Вербову) к применению бинта таковы:

1) пороки сердца;

2) заболевания почек;

3) симптомы угрожающего разрыва матки;

4) неправильные взаимоотношения между размерами таза и плода.

Условия для применения бинта Я. Ф. Вербова:

akusher-ru.ru

1) предлежащая часть плода опустилась в полость таза или находится на дне его;

2) состояние плода (частота сердцебиения, ритм, четкость, отсутствие выделения мекония из влагалища), не внушает никаких опасений.

Техника применения бинта. Два помощника берут в руки петли тесемок и, сидя сбоку от роженицы, медленно и постепенно

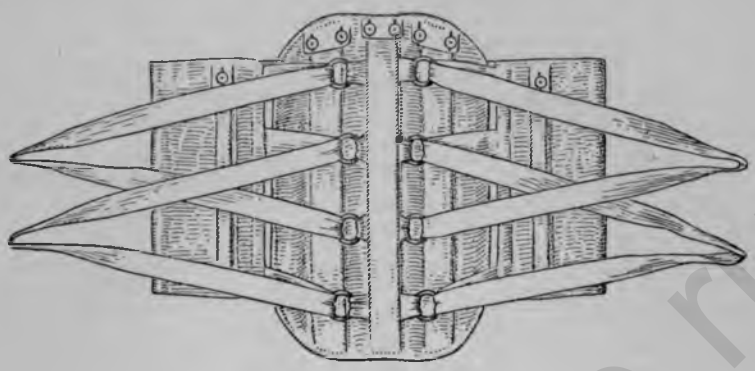

Рис. 46. Бинт Вербова.

натягивают их при потугах (рис. 47); при ослаблении потуг отпускаются и петли бинта. При новой потуге вновь затягивают петли. Во время прорезывания головки бинт распускают.

Рис. 47. Применение бинта Вербова (по Я. Ф. Вербову).

По данным Я. Ф. Вербова, применение бинта: 1) уменьшает родовые боли; 2) уменьшает процент повреждений промежности, 3) укорачивает период изгнания.

Наблюдения нашей клиники также подтверждают значительную эффективность применения бинта Я. Ф. Вербова.

Выжимание плода по Кристеллеру

Метод выжимания плода по Кристеллеру (Kristeller) до недавнего времени имел ряд сторонников. Однако с несомненностью установлено, что этот прием является грубым, резко травматичным как для матери (преждевременная отслойка, нарушение нормального процесса отслоения последа), так и для плода и должен быть категорически отвергнут. И. И. Богоров сообщил даже об одном случае разрыва матки, возникшего в результате применения этого способа.

Метод Гофмейера

Метод вдавливания головки в полость малого таза по Гофмейеру также должен быть отвергнут как грубый, травматичный и опасный.

Операции, имеющие цель исправить положение или предлежание плода

Акушерский поворот (versio obstetricia)

Акушерским поворотом называется операция, при которой данное положение плода, почему-либо неудобное, изменяется (переводится) в другое и притом всегда продольное положение (Н. Н. Феноменов).

Краткие исторические данные

Операция эта производилась уже в глубокой древности и была известна индусам (за 1 500 лет до нашей эры). В первом веке нашей эры о ней упоминает Цельс; он говорит, что эта операция производилась при заведомо мертвом плоде; поворот на ножки живого плода являлся преступлением против правил науки того времени. Цельс упоминает и об операции извлечения плода за ножки.

Операцию поворота на живом плоде применял в I веке нашей эры Соран Эффесский (97—155). В последующие годы в странах Западной Европы операцию поворота почти совсем забыли. В Армении и, надо полагать, у соседних народов эта операция не была забыта и применялась (при поперечном положении плода) врачами-акушерами и в эпоху средних веков, и раньше (Г. Г. Арутюнян).

Таким образом, неправильно приписывать честь восстановления ее знаменитому хирургу Амбруазу Паре (1510—1590) и его ученикам. В последующем операция эта была широко разработана и нашла горячих сторонников среди ряда акушеров многих стран. В первом оригинальном отечественном руководстве по акушерству Н. М. Максимовича-Амбодика (1784) «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» дано обстоятельное описание операции акушерского поворота.

За последние 25 лет советские акушеры произвели переоценку различных форм акушерского поворота. С целью сохранить жизнь плода резко сокращены показания к повороту при неполном раскрытии зева матки, тщательно разработаны условия и противопоказания для наружного поворота при поперечном и косом положении плода и при тазовом предлежании плода; операция так называемого классического поворота, как правило, сопровождается немедленным извлечением плода.

Разновидности операции

Мы различаем следующие разновидности операции акушерского поворота: 1) наружный поворот и 2) наружно-внутренний (комбинированный) поворот.

Последний поворот можно разделить на: 1) поворот при полном раскрытии зева матки, или так называемый классический, и 2) поворот при неполном раскрытии зева матки, или так называемый поворот по Брэкстон-Гиксу.

Необходимо отказаться от таких терминов, как «внутренний», «своевременный» и «ранний поворот». Термин «внутренний поворот» не может быть противопоставлен другому термину «наружный поворот», так как не отражает фактического положения вещей; при так называемом внутреннем повороте операция производится непременно с помощью двух рук — внутренней и наружной, причем последняя активно помогает первой; попытка произвести поворот с помощью лишь одной внутренней руки является акушерской ошибкой.

Необходимо также отказаться от переводных (с немецкого) терминов «своевременный» (классический) и «ранний поворот» (т. е. при неполном раскрытии зева матки). Эти термины неоправданы: производство акушерской операции требует наличия соответствующих условий и показаний; при соблюдении и условий, и показаний каждая акушерская операция является своевременной и не может быть ранней, так как подобный термин как бы предполагает отсутствие соответствующих условий.

Существует четыре формы поворота: 1) поворот на ножку; 2) поворот на ножки; 3) поворот на ягодицы; 4) поворот на головку.

Первые три формы поворота могут быть объединены под общим названием — «поворот на тазовый конец». Однако в практике применяется, как правило (при так называемом классическом повороте и при повороте в случаях неполного раскрытия зева матки), лишь поворот на ножку. Поворот на обе ножки производится очень редко и не имеет никаких преимуществ, так как при рождении тазового конца плода ягодицы и ножка лучше подготавливают родовые пути.

Поворот на головку совершается лишь в случаях наружного акушерского поворота.

Наружный акушерский поворот

Показания к операции поворота

1. Поперечное или косое положение плода.
2. Тазовое предлежание плода.

Наружный акушерский поворот при поперечном и косом положении плода

Ввиду наличия разногласий между акушерами по вопросу о наружном повороте, 4-й пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР обсудил (1952) этот вопрос и принял соответствующее решение. Приводим основные положения из решения пленума.

1. Всех беременных с поперечным и косым положением плода рекомендуется госпитализировать, начиная со срока 35 недель, и оставлять в стационаре до родоразрешения. Необходимость заблаговременной госпитализации обусловливается очень высоким процентом преждевременных родов и мертворождений при этой патологии.

2. Наружный поворот плода следует применять, начиная с 35 недель беременности, строго соблюдая показания, условия и противопоказания к этой операции.

3 Показания к операции наружного поворота:

а) поперечное положение плода;

б) косое положение плода.

4. Условия для операции:

а) беременность 35—40 недель при живом плоде;

б) точная диагностика положения плода; в сомнительных случаях целесообразна рентгенография;

в) податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки и стенок матки;

г) подвижность плода;

д) согласие беременной, которой надо объяснить цель операции.

Наружный поворот должен производиться без применения какого-либо насилия.

5. Противопоказания к операции:

а) осложнение беременности кровотечением, хотя бы и самым незначительным (данные анамнеза и осмотра);

б) указания на самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды при предшествующих беременностях;

в) многоводие и маловодие;

г) многоплодие;

д) резкое сужение таза (второй и третьей степени) или наличие рубцов во влагалище, когда возможность самопроизвольного родоразрешения сомнительна;

е) осложнение беременности токсикозом (нефропатия, преэклампсия), нефритом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии нарушенной компенсации;

ж) наличие в анамнезе абдоминального кесарева сечения или внутрибрюшных спаек после чревосечения;

з) наличие однорогой или двурогой матки или других аномалий ее развития, опухоли придатков, предшествующей операции удаления субсерозных узлов фибромиомы.

6. Операция наружного профилактического поворота при поперечном и косом положении плода может быть произведена только в стационаре.

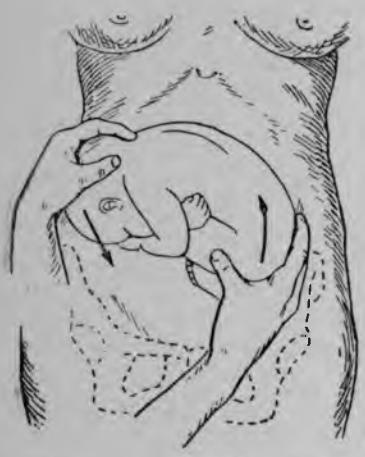

Рис. 48. Наружный акушерский поворот при поперечном положении плода.

Техника наружного поворота

Поворот производится при положении беременной на спине, на твердой кушетке, после опорожнения мочевого пузыря и прямой кишки. Врач садится на стул, рядом с кушеткой, справа от беременной, лицом к ней. Производится осторожная пальпация с целью проверки положения плода. Как правило, наружный поворот производится на головку, так как смертность плодов при тазовом предлежании несколько выше, чем при головном. Одна рука акушера располагается на головном конце плода, вторая — на тазовом. При операции поворота необходимо (по Б. А. Архангельскому) учитывать расположение спинки и брюшной поверхности плода с тем, чтобы предупредить возможность разгибания головки. Одна рука отклоняет головной конец плода ко входу в таз, а вторая — тазовый конец ко дну матки. Рисунок из книги Б. А. Архангельского иллюстрирует этот прием (рис. 48).

Наркоз при операции наружного поворота противопоказан, так как, если плод мало подвижен и брюшные стенки мало податливы, то нет и условий для производства операций. Допустимо лишь предварительное введение 1 мл 1% раствора морфина или 1,5% раствора омнопона.

При косом положении плода возможно исправление положения и без оперативного вмешательства. С этой целью рекомендуется положение беременной на том боку, к которому обращена ближайшая ко входу в малый таз часть плода; так, при первом косом положении плода рекомендуется положение беременной на левом боку, при втором косом положении — на правом боку. Если положение плода не исправляется, то показан наружный поворот.

Однако производство операции наружного поворота не исключает возможности рецидива и требует закрепления продольного положения

плода. С этой целью можно рекомендовать пребывание в постели и закрепление положения плода при помощи двух валиков из скатанных простынь, положенных продольно вдоль спинки плода, и последующего бинтования живота; предложены также (С. Д. Астринский) специальные валики для фиксации продольного положения плода.

Наружный акушерский поворот на головку при тазовом предлежании плода

По вопросу о повороте при тазовом предлежании плода взгляды акушеров резко расходятся. Одни (например, К. К Скробанский) являются принципиальными противниками наружного поворота при тазовом предлежании, другие (Б. А. Архангельский, М. А. Колосов) — сторонниками этой операции. Первые указывают на единичные случаи тяжелых осложнений (вплоть до разрыва матки, гибели плода), вторые, наоборот, приводят обширное число наблюдений, доказывающих безопасность наружного поворота. Так, по данным клиники, руководимой Б. А. Архангельским, из 950 операций наружного поворота на головку (в том числе 844 при тазовом предлежании и 106 — при поперечном и косом положении плода) преждевременное отхождение вод наблюдалось в 2,4%, преждевременные роды — в 1,5%, мертворождаемость — в 2,1% (после удавшегося поворота — 1,3%); операция наружного акушерского поворота не удалась в 12,7%; других осложнений, кроме вышеописанных, Б. А. Архангельский, И. И. Яковлев, П. Я. Лельчук, И. Т. Мильченко не отмечали.

4-й пленум Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР обсудил вопрос о наружном повороте плода при тазовом предлежании и принял (1952) следующее решение (опубликованное в журнале «Акушерство и гинекология», 1952, № 4). Приводим это решение.

1. Роды при тазовом предлежании при современных методах ведения их сопровождаются бо́льшим процентом осложнений и детской смертности, чем роды при головном предлежании.

2. Наружный профилактический поворот на головку (по методу Б. А. Архангельского) при тазовом предлежании может быть показан как метод, снижающий мертворождаемость.

3. При наружном профилактическом повороте, как и при других акушерских операциях, необходимо строго соблюдать показания и условия и учитывать противопоказания.

4. Показания к операции: наличие тазового предлежания при нормальных размерах таза и при сужении таза с истинной конъюгатой до 9 см включительно.

5. Условия для операции:

а) беременность на 34-й—36-й неделе при живом плоде;

б) точная диагностика предлежания, позиции и вида плода; в сомнительных случаях целесообразна рентгенография (при невозможности точной диагностики лучше отказаться от поворота);

в) податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки и стенок матки;

г) подвижность плода.

Наружный профилактический поворот должен производиться бережно, без какого-либо насилия.

6. Операцию наружного профилактического поворота плода должен производить опытный врач-акушер в условиях стационара или объединенной с родильным домом консультации.

7. Противопоказания к операции:

а) осложнение беременности кровотечением, хотя бы и самым незначительным (данные анамнеза и осмотра);

б) указания на самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды при предшествующих беременностях;

в) многоводие и маловодие;

г) многоплодие;

д) резкое сужение таза (второй степени и выше) или наличие рубцов во влагалище, когда возможность естественного родоразрешения живым плодом сомнительна;

е) осложнение беременности токсикозом (нефропатия, проэклампсия), нефритом, заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии нарушенной компенсации;

ж) наличие подозрения на головную водянку плода;

з) наличие в анамнезе абдоминального кесарева сечения или внутрибрюшных спаек после бывшего чревосечения;

и) наличие однорогой, двурогой матки или других аномалий ее развития, миомы матки, опухоли придатков матки или других опухолей в брюшной полости, а также наличие в анамнезе операции удаления субсерозных миоматозных узлов.

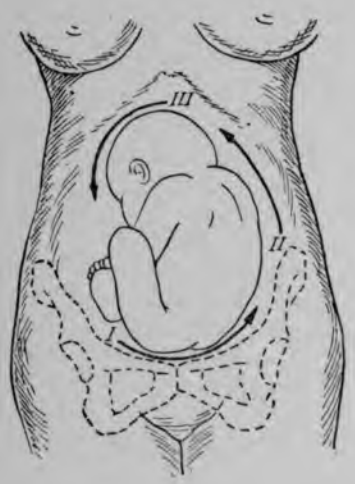

Рис. 49. Наружный акушерский поворот на головку при тазовом предлежании плода.

В случае изменения положения плода после первого наружного профилактического поворота на головку при тазовом предлежании допустим лишь однократный повторный поворот. После повторного поворота рекомендуется фиксация плода бинтом с валиком.

Техника наружного поворота при тазовом предлежании

Техника наружного поворота при тазовом предлежании (профилактического по Б. А. Архангельскому) аналогична, как и при повороте по поводу поперечного положения; разница лишь в том, что поворот плода необходимо осуществить не на 90°, а на 180° (рис. 49).

Профилактический поворот при узком тазе

Эта операция была предложена в случаях беременности и родов при узком (главным образом плоском) тазе. Основанием для ее применения послужил взгляд Симпсона, который считал, что головку можно сравнить по форме с клином, основанием которого является свод черепа, а верхушкой — основание черепа и что эта форма головки обусловливает более легкое рождение последующей, а не предлежащей головки. Подобная операция как необоснованная в настоящее время не применяется; предлежащая головка в процессе родов конфигурируется в течение ряда часов, тогда как последующая головка при рождении через узкий таз меняет свою форму в течение нескольких минут, что обусловливает тяжкую травму и часто смерть плода в связи с кровоизлиянием, внутричерепной травмой или переломом костей черепа.

Классический акушерский поворот (комбинированный наружно-внутренний поворот при полном раскрытии зева матки)

Показания к операции

1. Поперечное или косое положение плода.

2. Неблагоприятное вставление головки во входе в таз (высокое прямое стояние сагиттального шва, лобное предлежание, лицевое предлежание с поворотом подбородка кзади).

Поперечное положение плода является глубоко патологическим, и самопроизвольные роды при нем невозможны. Весьма редкие случаи самоповорота не меняют общего крайне неблагоприятного прогноза (смертельной опасности и для плода, и для матери в связи с возможностью разрыва матки и инфекции) родов при поперечном положении плода, если не будет оказана медицинская помощь. Самопроизвольное рождение плода, находившегося в поперечном положении, сдвоенным

туловищем (conduplicato corpore) или по типу самоизворота, наблюдается также чрезвычайно редко — при мертвых, мацерированных и недоношенных плодах. Таким образом, единственным рациональным пособием в случае поперечного положения плода может быть операция акушерского поворота.

При неблагоприятных вставлениях головки (кроме высокого прямого вставления головки) редко имеются основные условия для классического поворота: подвижность плода и целость плодного пузыря или недавнее отхождение вод. Ни эклампсия, ни общие заболевания матери (как, например, острые нарушения сердечно-сосудистой деятельности), ни предлежание плаценты не являются сами по себе показанием к производству операции классического поворота.

Успехи профилактики и терапии токсикозов в нашей стране обусловили не только уменьшение частоты токсикозов (и в особенности эклампсии), но и резкое изменение клиники этих заболеваний в смысле значительно более легкого их течения.

Принципы терапии эклампсии по В. В. Строганову (абсолютный покой, сернокислый магний, кровопускание, бережное родоразрешение) позволяют лечить этих больных, как правило, консервативно.

Большой опыт советских терапевтов и акушеров показывает, что при родах у больных с заболеванием сердечно-сосудистой системы основное внимание должно быть обращено на предварительный режим и лечение больных; активное вмешательство может быть показано преимущественно в период изгнания; велика для этих больных опасность третьего периода родов и послеродового периода (подробнее см. в главе «Акушерские щипцы»). Поэтому нет оснований ставить показания к такой крупной и к тому же лишь исправляющей, а не родоразрешающей операции, как акушерский поворот, у больных с патологией сердечно-сосудистого аппарата.

Роды при предлежании плаценты не являются, как правило, показанием для акушерского классического поворота, так как кровотечение в связи с предлежанием плаценты возникает во второй половине беременности или в первом (а не во втором) периоде родов. При нормальных соотношениях между размерами таза матери и размерами плода головка опускается во вход, а затем в полость малого таза в период раскрытия, а затем изгнания и прижимает кровоточащие сосуды матки.

Исключение составляют роды при комбинации узкого таза и предлежания плаценты; когда в этих случаях предлежащая часть не вставляется, возникают показания не к влагалищному, а к абдоминальному родоразрешению.

Кроме того, во всех случаях предлежания плаценты, независимо от его формы, т. е. частичного или полного, появление кровотечения, отражающегося на общем состоянии беременной, требует активного вмешательства акушера уже во время беременности или в первом периоде родов, т. е. когда нет еще условий для классического поворота.

При выпадении пуповины в случаях родов при тазовом предлежании опасность асфиксии плода не так велика, как при черепном предлежании и потому эта патология не может служить показанием к акушерскому повороту. Выпадение пуповины при головном предлежании грозит ущемлением ее и асфиксией плода. Однако при производстве поворота (с последующим извлечением) также возникает значительная опасность для плода и поэтому в таких случаях может быть предпринята (к сожалению, часто безуспешная) попытка вправить выпавшую пуповину; при настойчивом желании матери сохранить ребенка (и наличии

соответствующей обстановки и условий) применяют абдоминальное кесарево сечение. При отсутствии условий или обстановки для срочного кесарева сечения (см. соответствующую главу) показан классический поворот с последующим немедленным извлечением плода.

Условия для операции классического поворота

1. Полное раскрытие зева матки.
2. Плодный пузырь цел или околоплодные воды отошли недавно; если пузырь цел, то его разрывают перед операцией.
3. Плод вполне подвижен в полости матки.
4. Наличие соответствия между размерами таза и плодом.

Второе и третье условия взаимосвязаны и характеризуют важнейший момент, обусловливающий возможность производства операции — свободную подвижность плода в полости матки. Поворот возможен и весьма непродолжительное время после отхождения вод, однако попытки отдельных авторов уточнить этот срок нельзя считать достаточно обоснованными. Наличие главнейшего условия — подвижности плода — определяется в сомнительных случаях не столько на основании срока со времени отхождения околоплодных вод, сколько путем очень осторожного исследования под глубоким наркозом.

Противопоказания к операции

1. Так называемое запущенное поперечное положение плода, при котором плод неподвижен.
2. Наличие симптомов угрожающего разрыва матки.
3. Разрыв матки.
4. Мертвый плод.

При наличии мертвого плода в черепном предлежании показано окончание родов путем краниотомии и извлечения плода краниокластом. При запущенном поперечном положении и мертвом плоде показана эмбриотомия; при подвижности мертвого плода может быть произведен поворот и извлечение с перфорацией последующей головки (если она велика).

5. Наличие значительного несоответствия между размерами таза и плода.

Подготовка к операции

Тщательное общее обследование роженицы с целью выявить возможность ингаляционного или внутривенного наркоза.

Подготовка роженицы к операции описана в общей части.

Наркотизатор приступает к проведению анестезии. Ассистент и 2 акушерки (в стерильных халатах, с хирургически подготовленными руками) удерживают ноги роженицы согнутыми в коленях и прижатыми к животу.

Техника операции

Наиболее часто применяемая разновидность операции поворота — поворот плода на ножку.

Операция состоит из трех моментов: 1) введение руки в матку; 2) отыскивание и захватывание ножки; 3) собственно поворот.

Первый момент операции. Перед началом операции акушер получает от наркотизатора подтверждение, что у больной наступил глубокий сон. Затем акушер вновь тщательно исследует роженицу через влагалище, определяя наличие подвижности плода и полное раскрытие зева матки. При введении руки во влагалище и матку акушер опускает предплечье кзади и поворачивает кисть тыльной ее поверхностью к задней поверхности влагалища (крестцовой кости) или кзади и в

сторону, а ладонь — кпереди или кпереди и несколько в сторону. «Таким образом, кисть руки своим поперечным размером помещается в поперечном или косом размере таза и в таком положении достигает зева» (П. А. Белошапко и И. И. Яковлев).

При введении руки во влагалище акушер одной рукой (большим и и указательным пальцами) разводит половые губы роженицы, а вторую руку, сложенную конусообразно или в виде так называемой руки акушера (рис. 50), вводит сначала во влагалище, а затем в матку. Вторую руку акушер кладет на дно матки. Если плодный пузырь цел, то акушер разрывает его пальцем в центре (во время схватки); после разрыва оболочек акушер вводит руку в матку. По вопросу о выборе руки есть значительные разногласия. Н. Н. Феноменов рекомендует не задумываться над этим вопросом и вводить в матку ту руку, которой врач владеет лучше, т. е. обычно правую. Однако мы разделяем взгляд Г. Гентера, что все же лучше вводить левую или правую руку в зависимости от позиции плода.

Рис. 50. Рука акушера.

Если плод в первой позиции (как при продольном, так и при поперечном положении), то надо ввести в матку левую руку. Если плод во второй позиции, то надо ввести в матку правую руку (рис. 51). Правильно избранной рукой, в зависимости от позиции плода, можно легче и лучше захватить его ножку. Разрыв пузыря следует произвести в нижнем полюсе его. Опасение быстрого отхождения вод и выпадения мелких частей мало обосновано, так как внутренняя рука акушера как бы тампонирует влагалище и обусловливает медленное отхождение вод.

Рис. 51. Классический поворот. Рука акушера введена в матку.

Второй момент операции. При повороте из продольного положения (черепного предлежания) плода акушер после разрыва плодного пузыря слегка отодвигает головку в сторону спинки (т. е. при первой позиции — влево, при второй позиции — вправо) и вводит руку в матку вдоль боковой поверхности плода с целью отыскать и захватить ножку. В этом моменте операции другая рука акушера надавливает на дно матки (и на тазовый конец плода) с целью приблизить ножки к руке, введенной в матку; отыскав ножку, акушер захватывает ее (выбор ножки—в зависимости от положения и вида плода).

При захватывании ножки (в области голени) надо отличить ее от ручки; на ножке большая пяточная кость, короткие пальчики, нет большого угла между большим пальцем стопы и остальными четырьмя пальцами, как на кисти руки.

Отыскивание ножки при поперечном положении плода может представлять известные трудности. Лучше в этих случаях избрать так называемый длинный путь: введя руку в матку и нащупав бок, провести руку до подмышечной впадины (она закрыта в сторону, где расположен

головной конец плода), а затем обратно до тазового конца и, наконец, ножек плода.

Так называемый короткий путь для захватывания ножки плода может быть применен лишь в случае, когда позиция плода определена совершенно точно заранее или если ножка попадает в руку акушера, как только она введена в матку.

Н. Н. Феноменов считает, что надо захватить ту ножку, которая первой будет определена акушером. Однако мы разделяем взгляд тех авторов (М. С. Малиновский, М. Г. Кушнир), которые придают значение

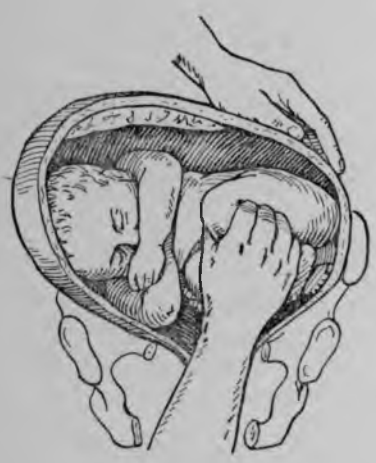

Рис. 52. Классический поворот. Захватывание ножки (вышележащей) при заднем виде.

Рис. 53. Ножка захвачена всей рукой по способу Феноменова.

Рис. 54. Ножка захвачена двумя пальцами.

выбору ножки, как способу предупреждения образования заднего вида и задержки передней ножки у симфиза. Поэтому при повороте с головного конца на ножной надо захватить ту ножку, которая лежит спереди (к брюшной стенке матери, т. е. переднюю ножку). При переднем виде поперечного положения надо захватить нижележащую ножку, при заднем виде — вышележащую (рис. 52).

Если при поперечном положении плода спинка его обращена кверху, то надо захватывать переднюю ножку, а если спинка обращена книзу, то — заднюю ножку.

Лучший способ захватывания ножки — по Н. Н. Феноменову, т. е. с охватом голени всей рукой (рис 53); захват голени лишь двумя пальцами (рис. 54), т. е. указательным и средним, мало надежен.

Третий момент операции. После захватывания ножки приступают непосредственно к повороту; как в первом и во втором моменте, так и в третьем моменте акушер действует двумя руками. Одна рука, охватив снаружи головку, отодвигает ее ко дну матки, а рука, введенная в матку, низводит ножку во влагалище, а затем выводит ее из половой щели (рис. 55). Поворот считается законченным, когда головка плода находится у дна матки, а ножка низведена и находится вне половой щели до уровня подколенной ямки. Если акушер захватил не соответствующую виду и позиции ножку (см. выше), то после завершения поворота

при извлечении надо стремиться, чтобы плод оказался в переднем виде, т. е. со спинкой, обращенной кпереди.

Ввиду того, что операция классического поворота нередко влечет за собой асфиксию плода и угрозу его гибели, необходимо сразу же после поворота произвести извлечение плода за ножку.

Поворот по Брэкстон-Гиксу (Braxton-Hicks) (наружно-внутренний акушерский поворот при неполном раскрытии зева матки)

Под этим термином понимают операцию поворота при раскрытии зева матки не меньше чем на два поперечных пальца.

Показания к операции

1. Предлежание плаценты.
2. Поперечное и косое положение плода.

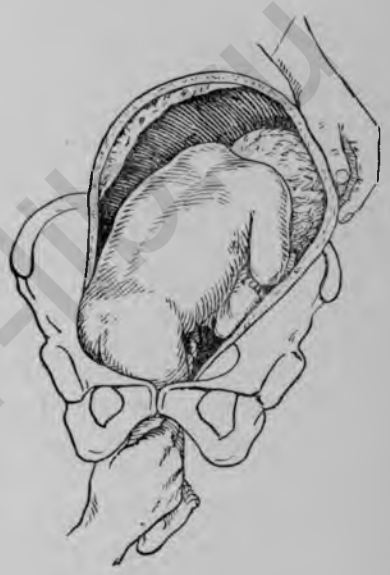

Рис. 55. Заканчивающийся классический поворот.

Операция поворота на ножку при предлежании плаценты имеет целью прижать плаценту и кровоточащий участок матки и таким образом остановить кровотечение. Она является эффективным методом борьбы с кровотечением. При весьма слабых схватках подвешивают к низведенной ножке груз весом 300—400 г. Необходимо ограничить применение этой операции; она рекомендуется при частичном предлежании плаценты при мертвом или глубоко недоношенном плоде, так как результаты крайне неблагоприятны для плода: почти 100% детей погибает в связи с тем, что и сама операция, и последующее прижатие плаценты приводят к асфиксии и гибели плода. Учитывая, что операция производится в первом периоде родов при открытии зева матки лишь на 2—3 поперечных пальца, немедленное извлечение плода невозможно без тяжелейшей травмы родовых путей (разрыв шейки и нижнего маточного сегмента) и угрозы смерти от кровотечения. Плод при этом также погибает от асфиксии или внутричерепной травмы вследствие больших затруднений при извлечении последующей головки. Врач, который сделал при предлежании плаценты поворот по Брэкстон-Гиксу, должен твердо помнить слова Н. Н. Феноменова: «разрывайте пузырь, делайте поворот, но не извлекайте!».

В случае частичного предлежания плаценты и небольшого кровотечения может быть применена одна из следующих операций: разрыв плодного пузыря (при наличии регулярных, сильных схваток), кожно-головные щипцы по А. А. Иванову (при слабых схватках), метрейриз (при тазовом предлежании плода, поперечном или косом его положении). При резком кровотечении показано абдоминальное кесарево сечение.

При полном предлежании плаценты, при живом, доношенном или близком к доношенному плоде и значительном кровотечении также показано как в интересах матери, так и плода абдоминальное кесарево сечение.

Лишь в исключительных случаях (при отказе роженицы от этой операции, наличии явлений инфекции или отсутствии обстановки для срочного производства кесарева сечения) может быть применен поворот плода на ножку после того, как пальцем проделано отверстие в предлежащей плаценте.

При поперечном положении плода роды, как правило, невозможны. Поэтому поперечное положение является безусловным показанием к применению поворота — наружного, во время беременности, классического — во время родов. Операция поворота при неполном раскрытии зева является не только технически весьма трудной, но и крайне неблагоприятной для плода. Поэтому главная забота врача-акушера при ведении родов и поперечном положении плода заключается в том, чтобы сохранить целость плодного пузыря до полного раскрытия зева матки, т. е. до того момента, когда появятся условия не только для классического поворота, но и для немедленного последующего извлечения плода. С этой целью рекомендуют пребывание роженицы в постели.

Если, несмотря на эти меры, пузырь все же разрывается, то создается угроза фиксации плода в неправильном положении (так называемое запущенное поперечное положение). Для предупреждения подобных случаев мы вынуждены при неполном раскрытии зева произвести операцию метрейриза и только при отсутствии метрейринтера — поворот. В дальнейшем роды ведут консервативно, тщательно наблюдая за состоянием роженицы; с целью усиления схваток рекомендуется (если сделан поворот) к низведенной ножке подвесить груз (400 г).

Противопоказания к повороту по Брэкстон-Гиксу.

1. Значительное несоответствие между размерами таза и плода (если плод жив). В этих случаях следует после тщательного общего обследования роженицы и наружного и внутреннего акушерского исследования поставить вопрос об абдоминальном кесаревом сечении. При мертвом плоде может быть произведен поворот и перфорация последующей головки.

2. Живой доношенный плод.

3. Полное предлежание плаценты.

Эта форма предлежания плаценты является относительным противопоказанием для производства поворота, так как, во-первых, операция, как правило, обусловливает гибель плода, а во-вторых, она очень трудна (необходимость при вхождении в матку пробуравливать плаценту). Поворот может быть произведен лишь как крайняя мера при отсутствии условий и обстановки для абдоминального кесарева сечения.

Условия для операции

1. Раскрытие зева не менее чем на два поперечных пальца.
2. Подвижность плода.
3. Наличие соответствия между размерами таза матери и размерами плода (при живом плоде).

Техника операции

Операция состоит из трех моментов:

1) введение руки во влагалище и двух пальцев в матку;
2) отыскивание и захватывание ножки;
3) собственно поворот.

Операция производится при глубоком наркозе, так как необходимо расслабление мускулатуры брюшных стенок и матки. В качестве по-

мощников необходимы наркотизатор и один-два ассистента (врач, акушерка), которые удерживают ноги больной согнутыми в коленях и тазобедренных суставах и прижатыми к животу. Операция производится на операционном столе; роженица лежит на спине.

До начала операции акушер проверяет, находится ли роженица в состоянии глубокого наркоза.

Первый момент операции. Хирург складывает руку в виде руки акушера и, раздвигая одной рукой половые губы, вводит всю кисть второй руки во влагалище. Целесообразно смазать руку стерильным вазелиновым маслом. Плодный пузырь (если он цел) разрывается пальцем во время схватки. Если поворот производится при головном предлежании, то отодвигает головку двумя пальцами, введенными через зев, в сторону, соответствующую спинке (рис. 56).

При поперечном или косом положении плода предлежащей части нет, и поэтому сразу же после разрыва пузыря приступают ко второму моменту операции.

Второй момент операции. Наружной рукой надавливают на дно матки (при продольном положении плода) или на соответствующую расположению тазового конца боковую поверхность матки (при поперечном положении плода). В это же время двумя пальцами внутренней руки отыскивают и захватывают ножку плода (рис. 57). При отыскивании ножки идут, конечно, не длинным путем, как при классическом повороте, а коротким.

Третий момент операции. Наружной рукой отодвигают головку плода ко дну матки, а внутренней рукой, захватившей ножку плода, низводят ее во влагалище, а затем выводят из половой щели (рис. 58). Поворот закончен, когда головка находится у дна матки, а ножка плода выведена из половой щели до подколенной ямки.

Опасности и затруднения при операции наружно-внутреннего поворота

Затруднение может возникнуть при введении руки во влагалище (и в матку) вследствие узости влагалища, наличия рубцов в нем и т. п. Подобное осложнение операции не должно иметь места, так как оно исключает возможность последующего извлечения (после классического поворота) или самопроизвольного рождения плода (после поворота по Брэкстон-Гиксу). В этих случаях операция поворота является противопоказанной.

Выпавшая ручка не служит препятствием для введения руки акушера в матку; наоборот, она облегчает ориентацию, так как позволяет уточнить позицию и вид плода. Попытка вправить выпавшую ручку является грубой ошибкой и грозит катастрофой — разрывом матки.

Для того чтобы облегчить введение руки акушера при выпавшей ручке, рекомендуется взять ручку на петлю и очень осторожно оттягивать ее в сторону головки плода.

Введение руки в матку может быть затруднено или при неполном раскрытии зева, или при фиксации головки или другой части ребенка во входе в таз. Однако наличие обоих этих обстоятельств с несомненностью указывает, что операция классического поворота противопоказана, так как для нее нет соответствующих условий. Главнейшая опасность второго и третьего момента операции — форсирование, попытка ввести руку при резко сокращенной, перерастянутой матке и отодвинуть головку или вколотившееся плечо при фиксации их. Каждый из этих моментов грозит опасностью роженице — насильственным разрывом

Рис. 56. Поворот при неполном раскрытии зева. Головка отодвигается двумя пальцами в сторону спинки (первый момент операции).

Рис. 57. Поворот при неполном раскрытии зева. Два пальца акушера должны захватить ножку (второй момент операции).

Рис. 58. Поворот при неполном раскрытии зева (третий момент операции).

akushelib.ru

матки. Операция поворота может быть произведена только под глубоким наркозом, когда матка расслабляется; если и при этом условии плод неподвижен и невозможно ввести в матку руку, то надо отказаться от поворота. При живом плоде и отсутствии указаний на инфицирование роженицы может быть произведено абдоминальное кесарево сечение. При инфицировании роженицы и мертвом плоде — эмбриотомия.

Если наркоз недостаточен и при введении руки возникают сокращения матки, препятствующие ее продвижению, то акушер должен оставить руку на месте и подождать, когда наступит глубокий сон. Форсирование грозит разрывом матки.

При отыскивании ножки врач может ошибиться и вывести не ту ножку или даже ручку; в этих условиях не надо стремиться вправить обратно ручку или ножку — это очень грубая и опасная ошибка. При выпадении ручки надо все же отыскать ножку и сделать поворот.

В очень редких случаях не удается отыскать ножки плода; это наблюдается при глубокой аномалии, когда у плода отсутствуют ножки (amelus). В подобных обстоятельствах совершают поворот плода на ягодицы.

Высокое расположение ножек (при uterus arcuatus) или перекрешивание их не может служить серьезным препятствием для отыскивания и захватывания ножки, если пользоваться (при классическом повороте) так называемым длинным путем.

Затруднения в третьем моменте операции бывают связаны со следующими обстоятельствами: 1) наркоз недостаточно глубок и возникают сокращения матки, препятствующие повороту; 2) плод неподвижен и поэтому поворот не удается. Оба эти обстоятельства могут привести к разрыву матки, если врач недостаточно опытен или неосторожен и не откажется от попыток форсированного поворота.

Если наркоз недостаточен, то акушер прекращает всякие манипуляции и возвращается к осторожной попытке поворота лишь после того, как наступит глубокий наркоз и связанное с ним расслабление матки. Если же и при глубоком наркозе плод неподвижен, то надо отказаться от попытки поворота, так как нет для него основного условия — подвижности плода.

В некоторых руководствах (М. Малиновский и М. Кушнир) упоминается и даже рекомендуется при трудной операции поворота так называемый двойной ручной прием Зигемундин-Смелли (потягивание ножки за петлю и одновременное отталкивание головки рукой). Н. Н. Феноменов называет этот прием «поворотом во что бы то ни стало» и категорически отвергает его как грозящий катастрофой — разрывом матки. В подобных случаях нет уже условий для производства поворота.

Операции, применяемые при разогнутых головных предлежаниях, высоком прямом стоянии головки, выпадении пуповины

Для исправления лицевого и лобного предлежания были предложены специальные комбинированные наружно-внутренние ручные приемы (например, Торна); эти приемы далеко не всегда эффективны и в настоящее время не применяются.

При высоком прямом стоянии головки и отсутствии тенденции ее к внутреннему повороту в косой или поперечный размер входа в таз возникают показания к производству классического поворота плода и извлечению его (при наличии соответствующих условий); при отсутствии соответствующих условий для поворота могут возникнуть показания

(при живом плоде и отсутствии инфекции у матери) к абдоминальному кесареву сечению, при мертвом плоде — краниотомии.

При целом плодном пузыре иногда удается диагносцировать так называемое предлежание пуповины, которое, как правило, после отхождения вод превращается в выпадение пуповины. При обнаружении предлежания пуповины рекомендуется положить роженицу на тот бок, где пуповина не определяется (например, на левый бок, когда пуповина прощупывается справа, и наоборот); важно также уложить роженицу в постель и при внутреннем исследовании быть крайне осторожным, чтобы не разорвать оболочки.

Если пуповина выпала (что может произойти и без предшествующего ее предлежания) и прощупывается во влагалище, то попытка ручного ее вправления (роженица в положении с опущенной головой) целесообразна лишь в том случае, когда нет условий для немедленного извлечения плода. В настоящее время не пользуются инструментами (репозиториями), которые были предложены, так как они не приводят к цели; также нецелесообразно делать попытку вправления пуповины, если она выпала при поперечном положении плода, так как рецидив выпадения неминуем.

При выпадении пуповины и прижатии ее опускающейся в таз головкой плод неминуемо гибнет.

В тех случаях головного предлежания, когда выпадение пуповины диагносцируется своевременно и родовые пути не подготовлены для немедленного влагалищного родоразрешения и когда роженица категорически настаивает на сохранении жизни ребенка, может быть произведено абдоминальное кесарево сечение (при наличии соответствующих условий).

РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Акушерские щипцы (forceps obstetricia)

Операция наложения акушерских щипцов (applicatio forcipis obstetriciae) имеет целью искусственное извлечение плода за головку (редко за ягодицы) при срочной необходимости закончить второй период родов. Инструменты, применяемые для этого, называются акушерскими щипцами.

Краткие исторические данные

Идея акушерских щипцов родилась лишь в XVII веке. До этого в течение многих веков при затруднении рождения плода в головном предлежании прибегали к различным формам краниотомии.

Попытки извлечь живой плод за головку были или очень примитивными, или крайне травматичными. Так, Пьер Франко (1561) предложил для этой цели трехстворчатое зеркало, которое вводили во влагалище до шейки матки. Зеркало раскрывали, охватывали тремя створками головку плода и пытались ее извлечь. Японцы еще в XIX веке применяли петлю из китового уса (или шелковый платок), которая надевалась на нижнюю челюсть и затылок и притягивалась за рукоятку.

История изобретения акушерских щипцов связана с фамилией Чемберленов, которые торговали изобретенным инструментом (рис. 59); после неудачной попытки продать Морисо секрет инструмента, Чемберлен уехал из Парижа, но все же через 18 лет продал свое изобретение в Голландию, где торговля щипцами продолжалась. В 1743 г.

голландская медико-фармацевтическая коллегия издала даже распоряжение, что никто не имеет права врачебной практики, пока не купит этот инструмент. Два врача, купив секрет изобретения, опубликовали его, но оказалось, что они были жестоко обмануты — им продали одну ветвь инструмента. Так, при жизни Чемберленов секрет их щипцов не был обнародован, пока в 1815 г. этот инструмент не был найден в потайном хранилище принадлежащего им дома.

В 1723 г. гентский анатом и хирург И. Пальфин (Johan Palfyn) доложил Парижской академии наук об изобретенном им инструменте, который в дальнейшем назвали «железными руками Пальфина» (manus ferreae Palfynianae). Инструмент этот (рис. 60) представлял собой две

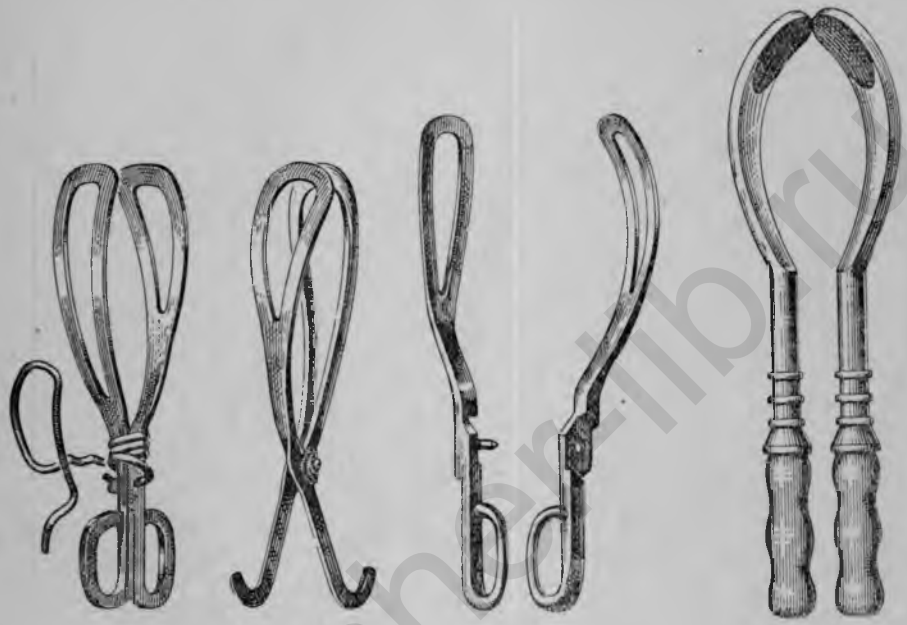

Рис. 59. Акушерские щипцы Чемберлена.

Рис. 60. Акушерские щипцы Пальфина.

не перекрещивающиеся и не соединенные между собой ветви с резко выраженной головной кривизной. При употреблении ветви соединялись лентой или бечевкой. Французский акушер Левре и англичанин Смелли усовершенствовали эти щипцы и предложили щипцы с тазовой кривизной. Наши соотечественники И. П. Лазаревич, А. Г. Боряковский, И. И. Федоров, С. М. Полотебнов, Ф. Г. Правосуд предложили оригинальные конструкции так называемых прямых щипцов (без тазовой кривизны).

Впервые в России операция наложения щипцов была применена (1765) в Москве И. Ф. Эразмусом. В первом русском оригинальном руководстве по акушерству Н. М. Максимовича-Амбодика весьма детально описано применение акушерских щипцов под названием «родовспомогательных клещей». В течение последних двух веков щипцы многократно изменялись и, как пишет А. Я. Крассовский, почти каждый известный акушер считал делом чести предложить свою модификацию инструмента; так число образцов акушерских щипцов достигло цифры свыше 300.

Устройство щипцов

Почти все предложенные модели щипцов могут быть разделены на четыре типа, причем устройство щипцов отражает принципиальное отношение к этой операции тех или других акушеров.

Основные типы щипцов: 1) русские, 2) английские, 3) французские и 4) немецкие.

Русские щипцы И. П. Лазаревича, предложенные им впервые в 1865 г., а также его щипцы последней модификации (1887—1891), и щипцы И. И. Федорова-И. П. Лазаревича, А. Г. Боряковского, Ф. Г. Правосуда не имеют тазовой кривизны и являются прямыми.

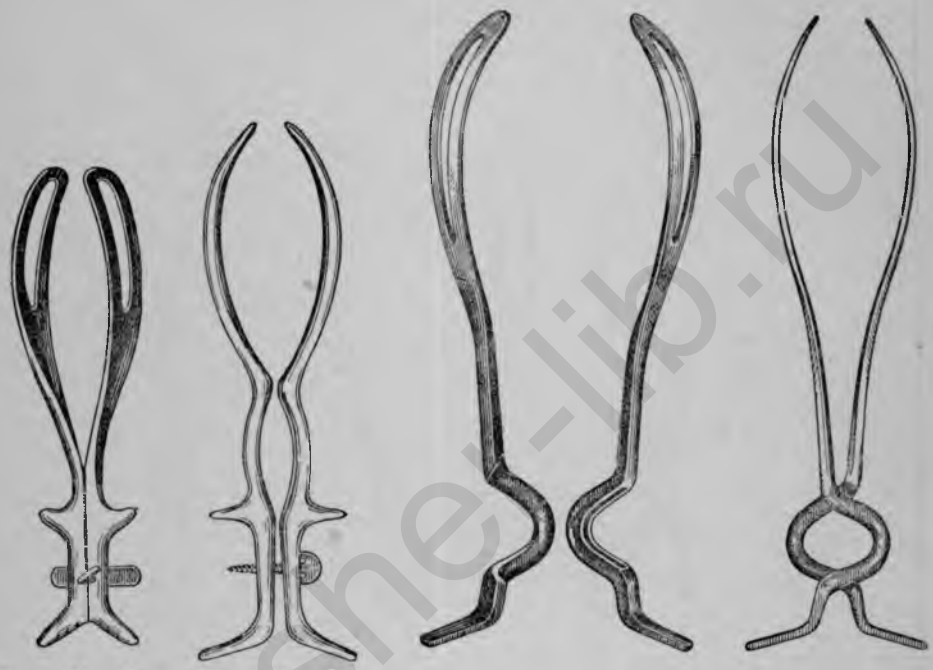

Рис. 61. Акушерские щипцы Лазаревича (модель 1887 г.). Рис. 62. Акушерские щипцы Лазаревича (модель 1887 г.). Рис. 63. Акушерские щипцы Лазаревича (модель 1891 г.).

Щипцы И. П. Лазаревича, модель 1887 г., имеют своеобразное устройство (рис. 61) — ветви их параллельные, ложки имеют одну кривизну—головную; длина окна в ложке—11 см, расстояние между наиболее отдаленными точками ложек — 7 см, между верхушками ложек — 2 см; общая длина щипцов — 35 см. Рукоятки гладкие, с конусовидными крючками на двух концах. Устройство замка: в средней части обоих рукояток находится щель, в нее вставляют ребристую пластинку. Пластинка фиксируется к рукояткам с одной стороны с помощью винта, а с другой — благодаря наличию на ней (у наружного края) овоидной формы выступа.

Другая модель прямых параллельных щипцов И. П. Лазаревича, находящихся в Акушерско-гинекологической клинике Харьковского медицинского института, имеет две интересные особенности по сравнению с предыдущей моделью: 1) замок представляет собой длинный винт с широкой овальной головкой; отверстия для винта с нарезкой находятся

в середине рукояток; 2) между верхними боковыми крючками рукояток и ложками щипцов находится щель овальной формы (рис. 62). Подобное устройство замка обеспечивает параллельное расположение рукояток, а наличие овального окна, расположенное между ложками и рукоятками, позволяет удобно захватить рукоятки и ввести один палец в это окно.

И. П. Лазаревич сконструировал (1891) еще одну модель прямых щипцов, которые отличаются следующим (рис. 63): 1) замок оригинального устройства — рукоятки зигзагообразной формы входят одна

Рис. 64. Акушерские щипцы Федорова-Лазаревича.

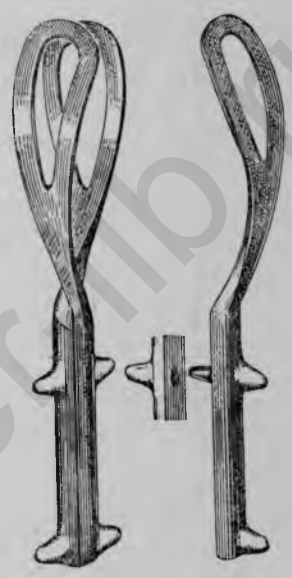

Рис. 65. Акушерские щипцы Боряковского.

в другую; 2) ложки очень длинные. Эта модель значительно уступает двум предыдущим — замыкание замка непрочное и щипцы в связи с этим могут соскользнуть с головки плода.

Щипцы Федорова-Лазаревича (рис. 64) также являются прямыми параллельными. В отличие от щипцов Лазаревича (модели 1887 г.) щипцы Федорова-Лазаревича имеют замок не в середине, а в конце рукояток. Замыкание ветвей осуществляется пластинкой, неподвижно фиксированной в конце одной рукоятки. Эта пластинка вводится в щель рукоятки второй ветви щипцов и фиксируется винтом. Такое устройство замка допускает замыкание щипцов с параллельным расположением рукояток обеих ветвей. Вторая особенность щипцов Федорова-Лазаревича — наличие узкой части (шейки) между ложками и рукоятками.

Щипцы Боряковского (рис. 65) и Правосуда (рис. 66) прямые, но перекрещивающиеся. Длина щипцов Правосуда 40 см, в том числе ру-

кояток — 13,5 см, ложек — 14,5 см; между замком и ложками щипцы образуют как бы шейку, длина которой 12 см. Наибольшее расстояние между ложками — 8 см, между верхушками ложек — 2 см. Устройство замка: на рукоятке левой ветви щипцов находится шпинек, а на рукоятке правой ветви — вырезка; при замыкании щипцов шпинек заходит в вырезку. На одном конце рукояток (у замка) конусовидные крючки.

Щипцы Боряковского значительно короче щипцов Лазаревича. На наружной поверхности рукояток щипцов на обоих концах конусовидные выступы. Замок устроен следующим образом: на внутренней поверхно-

Рис. 66. Акушерские щипцы Правосуда (длинные—40 см и более короткие—34,5 см).

Рис. 67. Акушерские щипцы Симпсона.
а — щипцы замкнутые,
б — правая ветвь щипцов.

сти одной рукоятки, на уровне верхнего выступа (крючка), — конусовидный выступ; во второй рукоятке, на соответствующем уровне — углубление. Замыкание щипцов происходит при сближении рукояток и захождении конусовидного выступа в углубление.

В отличие от отечественных щипцов другие три типа щипцов имеют две кривизны: головную и тазовую; ветви перекрещиваются.

Основная модель щипцов, применяемая у нас и до настоящего времени — щипцы Симпсона (Simpson) (рис. 67) в видоизменении Н. Н. Феноменова. Эти щипцы состоят из двух ветвей (правой и левой). Эти ветви различают следующим образом: левая ветвь имеет (в отличие от правой) замок; ее берут в левую руку и вводят в левую половину таза; правую ветвь берут в правую руку и вводят в правую половину таза. Каждая ветвь имеет три части: ложка (cochlear), замок (pars juncturae), рукоятка (manubrium). Общая длина инструмента 35 см; длина рукоятки с замком 15 см; ложки — 20 см. Ложка щипцов представляется окончатой, окно овальной формы; длина его 11 см, ширина — 5 см; окно ложки окаймлено ребром (верхним и нижним при положении инстру-

мента на столе). Ложка имеет так называемую кривизну для головки и тазовую кривизну (искривление по плоскости). Верхушки (apices) ложек при замыкании щипцов находятся на расстоянии 2,5 см; расстояние между наиболее отдаленными точками головной кривизны ложек (при замыкании щипцов) 8 см (большой поперечный размер головки до конфигурации ее 9 см); если положить сложенные щипцы на стол, то верхушки ложек находятся выше плоскости стола на 7,5 см. Ветви схо-

Рис. 68. Замок щипцов французских, английских, немецких: *а* — французский; *б* — Симпсона-Феноменова; *в* — немецкий (Буша).

дятся между собой в замке, причем расстояние между ними в части, ближайшей к замку, таково, что возможно поместить один палец.

Замок в щипцах Симпсона-Феноменова представляется весьма простым (рис. 68, *б*): на левой ветви выемка, в которую вставляется правая ветвь. Рукоятки щипцов прямолинейные, внутренняя поверхность их ров-

Рис. 69. Щипцы Левре.

ная, плоская, а наружная — ребристая, волнообразная (для предупреждения скольжения рук хирурга). На наружной поверхности рукояток близ замка находятся так называемые крючки [Буша (Busch)]. Вес инструмента около 500 г.

Французские щипцы Левре [A. Levret (рис. 69)] отличаются от английских своей большой длиной — 40 см и устройством замка, не допускающим никакого смещения ложек. В замке на правой ветви сквозное отверстие, а на левой — штифт, который вставляется в это отверстие; штифт снабжен винтовой нарезкой и гайкой, крепко завинчивающейся после замыкания щипцов.

Немецкие щипцы Негеле (Naegele) являются не оригинальными, а комбинацией английских и французских. Длина их больше (40—45 см) щипцов Симпсона; замок их устроен следующим образом: на левой ветви такая же выемка, как и в английских щипцах, но со штифтом между

пластинками; на правой ветви выемка, благодаря чему возможно замыкание щипцов (подобно рис. 68, *в*).

Кроме этих четырех основных типов щипцов (русские, английские, французские, немецкие), есть еще некоторые модели, которые имеют приспособление для так называемых осевых тракций: щипцы Тарнье

Рис. 70. Щипцы Тарнье с осевыми тракциями.

[Tarnier (рис. 70)], Брейса [Breus (рис. 71)], С. М. Полотебнова, Демелена (Demelin) и щипцы не с двумя, а с тремя кривизнами (третья дополнительная кривизна—промежностная) [щипцы Тарнье, Килланда (Kielland)].

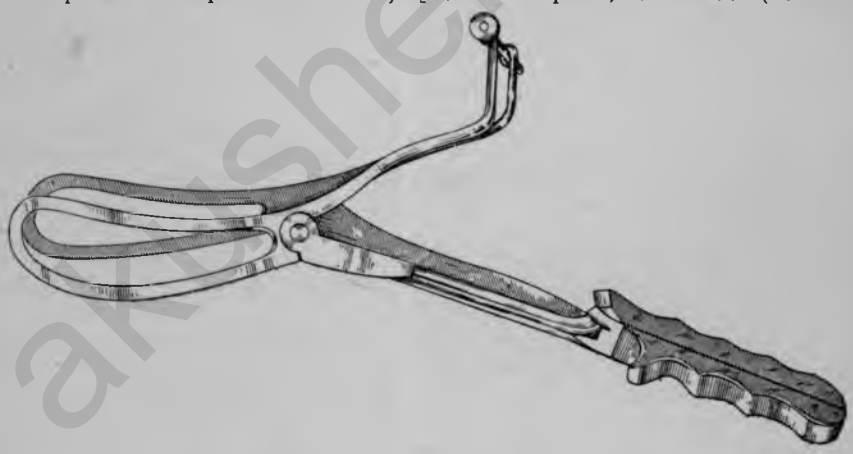

Рис. 71. Щипцы Брейса.

Щипцы с осевой тракцией предложены (Тарнье и др.) на основе предположения (совершенно правильного), что направление влечения за рукоятки щипцов с тазовой кривизной не соответствует той оси, по которой влечение это передается со щипцов на головку. Приспособив тракционный аппарат (рис. 70, 71), авторы полагали, что рукоятки щипцов могут служить указателем того направления, по которому происходит извлечение головки; между тем совершенно справедливо пишет

Н. Н. Феноменов, что положение рукояток может указывать только тот путь, который уже прошла головка, а не тот путь, который она должна пройти дальше. Модели щипцов с осевыми тракциями весьма громоздки, неудобны и в СССР не применяются. Влечение по оси таза может быть с успехом осуществлено или при помощи прямых щипцов И. П. Лазаревича, или приемами, которые предложил недавно Н. А. Цовьянов.

Действие щипцов

Из определения операции наложения щипцов вытекает, что основное их действие — влекущее. Щипцы при захватывании ими головки плода и влечении за рукоятки заменяют vis a tergo (действующая с тыла сила давления). При этом головка подвергается известному сжатию; однако сжатие является нежелательным, осложняющим моментом и должно быть незначительным. Большее или меньшее сжатие головки зависит от того, наложены ли правильно щипцы (при затылочном предлежании—

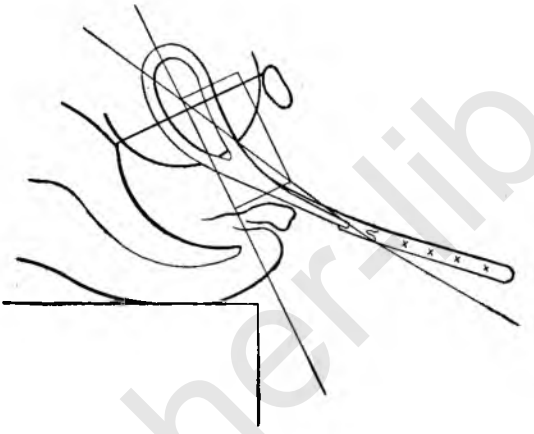

Рис. 72. Разложение влекущей силы при щипцах с тазовой кривизной.

бипариетально) и соответствует ли механизму родов направление влечения. Ошибочным и опасным для жизни плода (переломы костей черепа, кровоизлияние в мозг) является чрезмерное сжатие головки в щипцах.

Раньше приписывали щипцам и динамическое действие, т. е. возбуждение (усиление) родовой деятельности; однако это действие непостоянно и не имеет значения при операции щипцов.

В течение многих лет акушеры (и в том числе виднейшие, например, Н. М. Максимович-Амбодик, И. П. Лазаревич) считали, что назначение щипцов — исправление положения головки путем поворотов ее. Подобное суждение было опровергнуто Н. Н. Феноменовым и не разделяется огромным большинством современных акушеров; при извлечении головки плода щипцами мы стремимся подражать механизму родов, но не вращать насильственно головку в щипцах.

Сила, которая необходима при операции наложения щипцов, не может быть точно определена, однако следует считать, что это — сила, которую может применить один человек; применение чрезмерной силы,

тем более двух человек, очень опасно и должно быть категорически отвергнуто.

Выше уже говорилось, что с целью достижения так называемых осевых влечений были изобретены сложные модели щипцов (Тарнье, Демелена и др.); они предложены были с целью уменьшения силы, необходимой при извлечении щипцами (особенно высокими). Действительно, рисунки из руководства И. П. Лазаревича и В. С. Груздева подтверждают, что при типичном влечении за рукоятки щипцов с тазовой кривизной значительная часть силы затрачивается бесполезно (рис. 72), так как головка прижимается к переднему отделу тазового кольца. На рисунке из книги И. П. Лазаревича видно, что гораздо эффективнее применять прямые щипцы (рис. 73) без тазовой кривизны (или влечение за ложки по методу Н. А. Цовьянова, как описано ниже). При влечении щипцов по Н. А. Цовьянову направление влечения за рукоятки соответствует

Рис. 73. Сравнительная эффективность тракций прямыми щипцами и щипцами с тазовой кривизной (по И. П. Лазаревичу).

пути продвижения головки. Той же цели — влечение соответственно оси таза — стремился достичь Килланд, предложив (1916) свою несколько отличную модель щипцов. Однако большой опыт советских акушеров показал, что этот инструмент не имеет преимуществ перед отечественными прямыми щипцами Лазаревича.

Выбор модели щипцов

Из огромного числа моделей щипцов следует рекомендовать для применения лишь очень немногие. Мы считаем, что достаточно иметь две модели щипцов: 1) отечественные прямые щипцы Лазаревича (образца 1887 г.) или Федорова-Лазаревича и 2) английские, видоизмененные Н. Н. Феноменовым, щипцы Симпсона. При выпуске в массовом количестве наших отечественных щипцов и при овладении всеми акушерами техникой их применения потребность в английских щипцах отпадет.

Показания к наложению щипцов

По Н. Н. Феноменову, «...наложение щипцов показано во всех тех случаях, в которых при наличии необходимых условий для их применения изгоняющие силы роженицы оказываются недостаточными для окончания родового акта в данный момент. Эта недостаточность может быть или абсолютная, или «относительная». Под последней надо понимать такую, когда родовая деятельность, будучи нормальной, недоста-

точна для окончания родов в такой короткий срок, который необходим в данном случае.

Однако это определение показаний к операции наложения щипцов является чрезмерно общим и нуждается в уточнении. Уточнение же представляет определенные трудности, так как в значительной мере обусловлено принципиальным отношением той или другой акушерской школы к операции щипцов. Так, по старым статистикам, в клинике Озиандера (Osiander, Геттинген) щипцы применяли в 40% случаев родов, по данным Ньюбергера (Newberger) и Гордона (Gordon) (США, 1944—1947), — в 33%.

В отечественных акушерских учреждениях процент этих операций никогда не был таким высоким. Так, за 1840—1890 гг. операция наложения щипцов была произведена в 2,47%, за 1890—1917 гг. — в 1,75% случаев. По современным данным, процент этой операции резко не изменился. Например, в родильном доме имени В. Ф. Снегирева (1936—1945) он равнялся 2,1, в Институте акушерства и гинекологии (Москва, 1950) — 3,2.

Болезненные состояния и осложнения в течении родов возникают часто одновременно как со стороны матери, так и плода; разделение показаний к операции наложения щипцов на две изолированные группы (показания со стороны матери и показания со стороны плода) является в значительной мере условным, однако оно оправдано с педагогической точки зрения.

Показания к операции наложения щипцов могут быть объединены в следующие основные группы:

1) показания со стороны плода (угроза асфиксии);
2) показания со стороны роженицы:
   а) недостаточность родовой деятельности,
   б) заболевания сердечно-сосудистой системы,
   в) заболевания дыхательных путей, почек,
   г) эклампсия.

Наиболее частое осложнение, по поводу которого применяют операцию наложения щипцов, — недостаточность родовой деятельности и связанная с ней чрезмерная длительность родового акта, угроза травматизации и инфекции роженицы, травматизации и асфиксии плода.

Как известно, недостаточность родовых сил (в частности, потуг) может быть первичной и вторичной. Причины первичной недостаточности могут быть связаны с общим состоянием роженицы (перенесенные недавно тяжелые заболевания, нарушение питания, тяжелые острые инфекционные заболевания) или имеют условно местный характер (перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, миома матки, роды женщин, перенесших многократные осложненные инфекцией аборты). Эти состояния требуют пристального внимания и проведения общих и специальных мероприятий уже с начала родов. В настоящее время мы стремимся, распознав причину подобной аномалии, устранить ее вначале консервативно — уход за роженицей, в том числе и питание, применение болеутоляющих средств, предоставление отдыха с последующей стимуляцией родовой деятельности фармакологическими методами, например, В. Н. Хмелевского. Роженице назначают 60,0 касторового масла, через 3 часа очистительную клизму. За 1 час до очистительной клизмы назначают хинин по 0,15 через 30 минут 6 раз. После действия кишечника внутривенно вводят 50 мл 40% глюкозы и 10 мл 10% раствора хлористого кальция. После окончания приема хинина

внутримышечно вводят 60 мг витамина B_1; при недостаточном эффекте — через 1 час — еще 40 мг витамина B_1.

В подобных случаях возникает вопрос о сроке, в течение которого (при отсутствии явной угрозы асфиксии плода и травматизации матери) может быть допущено выжидание. Некоторые авторы рекомендуют руководствоваться определенной схемой. Н. Н. Феноменов, например, считает, что выжидание возможно не более 3—4 часов после полного раскрытия зева матки и нахождения головки в полости таза. М. С. Малиновский полагает, что наложение щипцов показано, если у первородящей головка стоит на дне таза 4—6 часов, а у повторнородящей — 2—3 часа. Конечно, подобные схемы могут быть приняты лишь весьма условно.

Процесс изгнания плода сопровождается изменением маточно-плацентарного кровообращения. Уже во время схваток и более резко во время потуг и сразу же после них сердцебиение плода несколько замедляется, а затем вновь, еще до появления новой потуги, выравнивается, достигая средних цифр — 120—140 ударов в минуту. Стойкое колебание сердцебиения плода (ниже 100 ударов или свыше 160 ударов в минуту между схватками), нарушение ритма сердцебиений, глухость тонов, аритмия, определение резких движений плода, отхождение мекония при головном предлежании плода, прослушивание шума пуповины, являются признаками начинающейся или угрожающей асфиксии плода. В подобных случаях показана борьба с асфиксией или по способу В. Н. Хмелевского (глюкоза, кальций, кислород), или по комбинированному методу А. П. Николаева.

Роженице дают вдыхать кислород в течение 10 минут, повторно через каждые 5 минут, до стойкого выравнивания сердцебиения плода, одновременно вводят внутривенно 50 мл 40% раствора глюкозы с 200 мг аскорбиновой кислоты; вместе с тем внутривенно вводят 1 мл 10% раствора кардиазола.

Через час введение всех вышеуказанных веществ следует повторить.

Если сердцебиение плода достигает 100 ударов в минуту и не выравнивается между потугами, то это свидетельствует об угрозе внутриутробной асфиксии плода. Врач-акушер должен стремиться немедленно выяснить причину этого путем тщательного общего обследования и внутреннего (влагалищного) исследования роженицы. Если констатируется выпадение пуповины плода и есть условия для наложения щипцов, то надо срочно их наложить, так как опасность для жизни плода огромна. Причиной асфиксии плода может быть также преждевременная отслойка плаценты, обвитие пуповины вокруг шеи, короткость пуповины, нарушение кровообращения и газообмена у плода, интоксикация матери и др. Во всех этих случаях показано срочное родоразрешение, при соответствующих условиях — наложение щипцов.

В редких случаях кровотечение из влагалища после отхождения вод объясняется разрывом пупочных сосудов при так называемом оболочечном прикреплении пуповины. Со стороны плода отмечается ускорение сердцебиения; плод может весьма скоро погибнуть вследствие кровопотери.

Для спасения жизни плода показано срочное родоразрешение, при наличии соответствующих условий — операция наложения акушерских щипцов.

Наличие того или другого заболевания сердечно-сосудистого аппарата у матери с нарушением компенсации является показанием к при-

менению щипцов. Поэтому, если у женщины во время беременности была констатирована склонность к декомпенсации, а во время родов наблюдается одышка, лабильность пульса, некоторый цианоз губ и ногтей и особенно застойные явления в легких, то показано родоразрешение при помощи операции наложения щипцов. Также показана операция полостных или выходных щипцов при гипертонической болезни у роженицы.

Наряду с этим, акушеру надо всегда помнить о том, что у подобных рожениц в третьем периоде родов или вскоре после них возможно развитие тяжелого коллапса, а в послеродовом периоде — декомпенсации.

Среди больных с различными формами органического поражения сердечных клапанов наибольшую опасность осложнений представляют больные с митральной болезнью и преобладанием стеноза предсердно-желудочкового отверстия.

Заболевания дыхательных путей, почек. При тяжелых формах туберкулеза легких, гортани, при пневмониях второй период родов должен быть максимально укорочен; в этих случаях возникают настойчивые показания к операции наложения щипцов. Эта операция показана и при нефрите с нарушением общего состояния.

При терапии эклампсии и преэклампсии в настоящее время следует придерживаться принципов В. В. Строганова, т. е. в основном консервативного направления. Однако, согласно В. В. Строганову, вполне рационально применение таких бережных методов родоразрешения, как выходные щипцы; конечно, может быть применена и более сложная операция полостных щипцов, если в процессе родов возникает угроза асфиксии плода.

Условия для наложения щипцов следующие:

1) тщательная оценка общего состояния роженицы и течения родов;
2) полное открытие маточного зева;
3) стояние головки плода в выходе или полости малого таза:
4) правильные взаимоотношения между размерами малого таза и головкой плода;
5) соответствие размеров головки плода средним размерам головки доношенного или близкого к доношенному плоду;
6) живой плод;
7) плодный пузырь должен быть вскрыт.

Разберем несколько подробнее отдельные условия.

Оценка общего состояния роженицы очень важна для определения не только общих показаний к оперативному родоразрешению, но и для выбора времени и рода операции.

Второй важнейший момент акушерской диагностики — определение высоты стояния головки. Напомним кратко основные критерии при определении высоты стояния головки в тазу.

Определение высоты стояния головки в тазу

При определении высоты стояния головки различают следующие понятия: 1) головка над входом в таз; 2) головка небольшим сегментом во входе в таз; 3) головка большим сегментом опустилась в таз; 4) головка в полости малого таза: а) в широкой, б) в узкой части его; 5) головка в выходе таза.

Рис. 74. Головка над входом в таз.

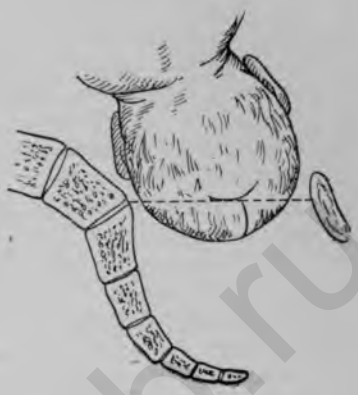

Рис. 75. Головка опустилась в таз малым сегментом.

Рис. 76. Головка опустилась в таз большим сегментом.

Рис. 77. Головка опустилась в широкую часть полости малого таза.

alisher-lib.ru

Когда головка при пальпации по Леопольду [(Leopold), третий и четвертый прием] оказывается подвижной над входом в таз и дает признак баллотирования, при влагалищном исследовании вытянутыми пальцами достигается мыс (если таз обширный — мыс недостижим) и прощупывается вся передняя поверхность крестца, l. innominata и задняя поверхность лонного сочленения, то говорят «головка над входом в таз» (рис. 74). В этом случае условий для наложения щипцов нет. Когда при наружной пальпации определяется, что головка фиксирована во входе в таз, при влагалищном исследовании середина мыса достигается лишь согнутым пальцем, l. innominata определяется не вся, передняя поверхность крестца доступна вся, а задняя поверхность лонного сочленения пальпируется в нижнем и среднем отделе, то говорят «головка во входе в таз малым сегментом» (рис. 75).

Рис. 78. Головка в выходе из малого таза (по П. А. Белошапко и И. И. Яковлеву).

В этих случаях может итти речь о так называемых высоких шприцах (applicatio forcipis altae), однако эта операция не должна применяться.

Если при наружной пальпации определяется, что головка большей своей окружностью находится в плоскости входа в малый таз, а при влагалищном исследовании достигается средняя и нижняя треть задней поверхности лонного сочленения, седалищные ости достигаются свободно и определяются III, IV и V крестцовые позвонки, сагиттальный шов находится в одном из косых размеров малого таза, то говорят «головка большим сегментом опустилась в полость таза» (рис. 76). В этих случаях также может итти речь о наложении высоких щипцов. И при данных условиях эту операцию следует отвергнуть.

Когда при наружной пальпации определяется только незначительный сегмент головки над краем входа в таз (часто лобик), а при влагалищном исследовании достигается только нижняя часть задней поверхности лонного сочленения, седалищные ости достигаются свободно и определяются IV и V крестцовые позвонки, сагиттальный шов головки в одном из косых размеров таза, то говорят «головка в широкой части полости таза» (рис. 77). В этих случаях могут быть наложены полостные щипцы (forceps media).

Если при наружном исследовании определяют (не всегда) лишь незначительный сегмент головки над краем входа в таз, при влагалищном исследовании устанавливают, что сагиттальный шов головки в одном из косых размеров, близко к прямому, седалищные ости достигаются с трудом, то говорят «головка в узкой части полости таза». В этих случаях могут быть наложены полостные щипцы (forceps media).

Когда при наружном исследовании головка не пальпируется над входом в таз, при влагалищном исследовании определяют, что головка выполнила всю крестцовую впадину, задняя поверхность лонного сочленения не достигается, седалищные ости не пальпируются и, как правило, сагиттальный шов головки в прямом размере выхода таза, то говорят «головка в выходе малого таза» (рис. 78). В этих случаях могут быть наложены так называемые выходные щипцы (forceps minor).

Если головка плода опустилась в полость или до дна таза, то это является убедительным доказательством отсутствия несоответствия

между размерами таза и плода (кроме очень редких случаев воронкообразного таза).

Если шейка матки сглажена и прощупывается лишь передняя, нередко слегка отечная губа, то рекомендуется попытка заправить ее за головку. Когда края зева определяются в виде тонкого, растяжимого ободка по всей периферии головки и маточный зев раскрыт до 4 поперечных пальцев, то надо перед наложением щипцов растянуть края зева до полного их раскрытия.

Если края зева не растягиваются, то, введя широкое плоское зеркало и подъемник, рассекают ножницами края зева.

Если плод мертв, головка в полости или в выходе малого таза, то более бережной и менее травматичной является операция краниотомии, а не наложения щипцов. Конечно, если есть сомнение, жив ли плод, то следует при соответствующих показаниях применить операцию наложения щипцов.

Если плодный пузырь не вскрылся, то при наличии всех других условий для наложения щипцов, надо разорвать его пальцем, зондом, пулевыми щипцами во время потуги. Если плодный пузырь не напряжен (плоский пузырь), то подчас и при влагалищном исследовании трудно установить, цел ли он; для уточнения диагноза необходимо раскрыть влагалище широким плоским зеркалом с подъемником.

Ошибочное распознавание разрыва пузыря и накладывание щипцов при целых водах грозят преждевременной отслойкой плаценты и гибелью плода.

Необходимый инструментарий, медикаменты, белье

Щипцы акушерские Лазаревича или Симпсона	1
Зажим (для пуповины)	2
Ножницы пупочные	1
Ножницы изогнутые	1
Зажимы длинные или щипцы пулевые	3
Зажимы кровоостанавливающие с овальными губками длиной 13 см	6
Иглы хирургические	3
Иглодержатель	1
Катетер эластический с баллоном	1
Камфорное масло 10% в ампулах по 1.0	10
Кофеин натрио-бензойный 10% в ампулах по 1,0	10
Баллон с кислородом	1
Скобки	
Кетгут, шелк	
Бикс со стерильным перевязочным материалом	1
Халаты стерильные	3
Передник резиновый длинный	1
Детская ванночка	1
Вода теплая 40°	
Термометр для ванны	1

Подготовка к операции. Обезболивание

Подготовка роженицы к операции наложения щипцов производится на операционном столе и описана в общей части. Больная во время операции лежит на спине; ее грудная клетка и голова несколько приподняты. Два ассистента приподнимают к животу ноги роженицы, согнутые в тазобедренном и коленном суставах. При наличии только одного ассистента ноги роженицы кладут на подколенники; может быть применен и ногодержатель Д. О. Отта.

Перед операцией наложения щипцов производится опорожнение мочевого пузыря с помощью эластического катетера. Если головка плода опустилась в полость или к выходу из малого таза, то введение катетера затруднительно. Следует категорически отвергнуть попытку введения металлического катетера, так как это грозит повреждением уретры. С целью катетеризации при низко стоящей головке мы применяем следующий прием: во влагалище вводим 2—3 пальца правой руки, тыльной поверхностью к лону; двумя пальцами подходим к головке под симфизом, несколько раздвигаем пальцы и стараемся осторожно ввести катетер.

При операции наложения щипцов предпочтительно применение ингаляционного наркоза. При туберкулезе легких и других заболеваниях легких операция может быть произведена после анестезии срамного нерва (в сочетании с паравагинальной анестезией по Довженко). При выходных щипцах можно ограничиться и двусторонней анестезией срамных нервов. При необходимости наложения швов после окончания операции по поводу нарушения целости мягких тканей применяют местную или проводниковую анестезию.

Техника операции наложения щипцов

Операция наложения щипцов состоит из четырех моментов:
1) введение ложек щипцов;
2) замыкание щипцов и пробная тракция;
3) тракции;
4) снятие щипцов.

Техника наложения прямых щипцов

Первый момент операции — введение ложек щипцов.

При накладывании прямых параллельных щипцов Лазаревича или Федорова-Лазаревича в первом моменте безразлично, какую ложку ввести первой, так как этому не препятствует устройство замка. При накладывании прямых, но перекрещивающихся щипцов Правосуда и Боряковского первой вводят левую (с замком) ветвь.

При введении ложки (всех моделей прямых щипцов) нет необходимости поднимать рукоятку кпереди и к противоположному паховому сгибу, а затем опускать ее кзади и к средней линии. Каждую ветвь держат горизонтально и вводят ложку под контролем внутренней руки, описывая дугу соответственно окружности головки плода.

Второй момент операции. Замыкание и пробная тракция не имеют особенностей по сравнению с операцией наложения щипцов с тазовой кривизной (см. ниже).

Третий момент операции. Тракции имеют принципиальные отличия по сравнению со щипцами с тазовой кривизной. Лазаревич описывает это следующим образом: «Производя притяжения кривыми щипцами, нет возможности ясно себе представить то направление, которое следует давать извлекаемой головке. Представляемая в воображении ось таза не может быть исследована непосредственно. При действии же прямыми щипцами является полная возможность давать движению головки правильное направление, соображаясь с направлением стенок родового пути, доступных непосредственному исследованию осязанием и с направлением самих щипцов, которые, будучи прямыми во всю их длину, указывают направление их движения, а следовательно,

и движения головки» (цит. по И. П. Лазаревичу «Курс акушерства», т. II, стр. 602, Петербург, 1892).

При выведении головки в прямых щипцах никогда не надо высоко поднимать рукоятки щипцов (как при употреблении английских щипцов), так как это неминуемо повлечет за собой значительную травму промежности и влагалища.

Четвертый момент операции. Раскрывание замка и снятие прямых щипцов. В этот момент не имеет значения, какую ветвь снимать первой—ветви снимаются при отведении рукоятки в сторону, причем каждая ветвь щипцов описывает дугу соответственно периферии головки.

Рис. 79. Введение левой ветви щипцов (первый момент операции).

Техника наложения щипцов с тазовой кривизной

Первый момент операции. Опишем наложение щипцов с тазовой кривизной, как наиболее употребительных в СССР.

Правила введения ложек таковы: акушер левой рукой разводит половую щель и вводит во влагалище вдоль левой его стенки четыре пальца правой руки; если края наружного маточного зева еще сохранились, то надо хорошо определить щель между краями зева и головкой. Затем в левую руку берут (тремя пальцами, как писчее перо) за рукоятку левую ветвь щипцов и приподнимают рукоятку кпереди и к правому паховому сгибу роженицы так, чтобы верхушка ложки щипцов вошла в половую щель соответственно ее продольному (переднезаднему) диаметру. Нижнее ребро ложки опирается на большой палец правой руки. Ложку вводят в половую щель, подталкивая ее нижнее ребро большим пальцем правой руки и под контролем пальцев введенных во влагалище (рис. 79).

Ложка должна скользить, как по рельсам, между указательным и средним пальцами. При правильном введении ложка должна лечь так, чтобы головная кривизна щипцов не захватила край зева и хорошо прилегла к периферии головки; введение правой руки акушера и имеет целью контролировать продвижение ложки. По мере продвижения ложки в родовую трубку рукоятка щипцов должна приближаться к средней линии и опускаться кзади. Оба эти движения должны совершаться плавно и осторожно под контролем четырех пальцев правой руки, введенных во влагалище. Когда левая ложка хорошо легла на головку, рукоятку ее передают ассистенту, который держит ее из-под правой ноги роженицы. После этого акушер правой рукой разводит половую щель и вводит четыре пальца левой руки во влагалище, вдоль правой его стенки; если край наружного маточного зева еще сохранился, то надо ясно определить щель между ним и головкой. Дальше берут (как писчее перо) за рукоятку правую ветвь щипцов в правую руку и поднимают рукоятку щипцов кпереди над левым паховым сгибом, а верхушку ложки щипцов придвигают к половой щели; нижнее ребро ложки опирается на большой палец левой руки (рис. 80).

При помощи этого пальца и собственной тяжести ложка вводится во влагалище. Нижнее ребро ложки, как по рельсу, продвигается между указательным и средним пальцами; движение верхушки ложек щипцов совершается под контролем пальцев левой руки. По мере продвижения левой ложки по родовому каналу, она охватывает выпуклость головки своей головной кривизной (а не только верхушкой), и рукоятка щипцов смещается осторожно к средней линии тела и кзади. Наилучшим будет захватывание головки по ее длиннику (от одного полюса — затылка, к другому — подбородку), т. е. соответственно большому косому размеру головки.

Рис. 80. Введение правой ветви щипцов (первый момент операции).

Важное требование, которое должно быть осуществлено, — щипцы должны лечь бипариетально, в двух диаметрально противоположных точках (рис. 81). Возможно ли всегда такое захватывание головки? Оно возможно (почти идеально) при переднем виде затылочного предлежания, когда головка находится в прямом размере выхода из таза, особенно при наибольшем сгибании головки, свойственной механизму родов при общеравномерно-суженном тазе. Однако осуществить подобное захватывание головки при заднем виде затылочного предлежания не удается в связи с тем, что головка при заднем виде не совершила еще своего полного сгибания, как при переднем виде, и прорезывается при самостоятельном родоразрешении не малым косым размером, а средним (от области подзатылочной ямки

Рис. 81. Захват головки при переднем виде затылочного предлежания.

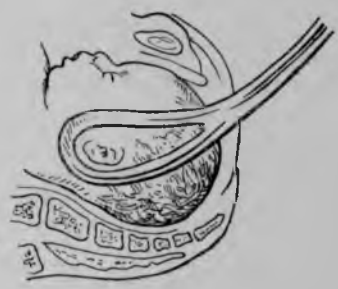

Рис. 82. Захват головки при заднем виде затылочного предлежания.

до переднего края волосистого покрова головы). Поэтому захватывание головки соответственно большому косому ее размеру не удается вследствие препятствия со стороны тканей промежности. Щипцы в этих случаях удается наложить не по большому косому размеру головки, а ближе к ее вертикальному размеру (рис. 82). Подобное захватывание больше соответствует естественному механизму родов в этих случаях.

При лицевых предлежаниях (заднем виде, когда спинка плода обращена к крестцу) захватывание головки соответственно большому косому размеру головки (от подбородка к затылочному бугру) не удается, так как рукоятки щипцов невозможно замкнуть под лонной дугой ввиду препятствия со стороны нисходящих ветвей лонных костей и восходящих ветвей седалищных костей. Когда же подбородок родится из-под лонной дуги, тогда уже нет оснований для наложения щипцов. При лицевых предлежаниях удается наложить щипцы на головку по размеру ее, приблизительно перпендикулярному к прямому, — от уровня основания носа к затылку (рис. 83). Подобное захватывание головки соответствует действительной оси вставления.

Второй момент операции. После введения ложек щипцов надо произвести замыкание щипцов и пробную тракцию. Замыкание является последним этапом захватывания головки, от правильного осуществления которого зависит в значительной степени и успех следующего момента—тракций.

Щипцы должны захватывать головку прочно, чтобы избежать угрозы соскальзывания

Рис. 83. Захват головки при лицевом предлежании.

Рис. 84. Замыкание щипцов.

их, но не должны значительно сжимать головку. Если щипцы введены правильно, то их замыкание происходит без труда. Для этого берут в обе руки рукоятки щипцов, положив большие пальцы на боковые крючки, и соединяют рукоятки (рис. 84). После этого производят так называемую пробную тракцию. Цель ее — убедиться в правильном наложении щипцов и отсутствии угрозы соскальзывания их. Для этого захватывают сверху правой рукой рукоятки сомкнутых щипцов и производят тракции, контролируя указательным пальцем левой руки, не соскальзывают ли щипцы.

Н. А. Цовьянов рекомендует отказаться от подобного приема и производить пробные тракции, руководствуясь мышечным чувством и зрением, захватив щипцы двумя руками (по тому направлению, которое соответствует данным влагалищного исследования); тракции надо делать осторожно и контролировать продвижение головки и правильное ее захватывание, без ущемления мягких тканей (шейки, влагалища), повторным внутренним исследованием.

Третий момент операции. После замыкания и пробных тракций приступают к извлечению плода щипцами, применяя с этой целью тракции. При тракциях щипцы обычно захватывают следующим образом (рис. 85): правой рукой охватывают замок сверху, положив

(при щипцах Симпсона-Феноменова) средний палец в щель между ложками над замком, а указательный и безымянный пальцы — на боковые крючки. Левой рукой охватывают рукоятки щипцов снизу. Основная сила тракций развивается правой рукой. Для того чтобы избежать значительного сдавливания головки, рекомендуют прокладывать полотенце между рукоятками щипцов и после трех-четырех тракций несколько разводить рукоятки.

Различают направление и характер тракций. По направлению разделяют тракции кзади (по Н. Н. Феноменову, в так называемой первой позиции, т. е. при лежачем положении женщины с приподнятым тазом — сверху вниз), на себя (по Н. Н. Феноменову, во второй позиции, т. е. параллельно горизонту) и кпереди (по Н Н. Феноменову, в третьей позиции, т. е. снизу вверх). Эти направления обусловлены стремлением подражать при операции наложения щипцов естественному механизму родов и продвижению головки плода по так называемой проводной оси таза. Согласно общепринятому определению, проводная

Рис. 85. Захват рукояток щипцов при тракциях.

ось таза представляет собой воображаемую дугообразную линию, выпуклость которой обращена к крестцовой кости; линия эта образуется, если мысленно соединить середины прямых размеров входа, полости и выхода из малого таза. Однако, как показал А. П. Губарев (рис. 86), проводная ось родового канала не образует линию в виде изогнутой дуги, а напоминает рыболовный изогнутый крючок. Проходя по этой линии, головка плода опускается книзу, в полость малого таза до интерспинальной плоскости, проведенной на уровне spinae ishii, и затем совершается поворот ее кпереди. Соответственно этому направлению проводной оси родового канала должно производить и извлечение головки щипцами.

Однако еще И. П. Лазаревич показал, что при употреблении щипцов с тазовой кривизной значительная часть влекущей силы тракций затрачивается совершенно непроизводительно (в первую очередь при так называемых высоких, в меньшей степени при полостных щипцах), так как головка прижимается к лонному сочленению; таким образом, влечение за рукоятки щипцов (с тазовой кривизной) кзади (т. е. в первой позиции по Н. Н. Феноменову) совсем не отражает соответствующего движения кзади ложек и головки в щипцах. Влечение за рукоятки щипцов кзади является полностью эффективным только при употреблении прямых щипцов И. П. Лазаревича или при изменении обычного метода тракций, как это описано у Н. Н. Феноменова и позже у Н. А. Цовьянова. Так, описав обычный захват щипцов и направление тракций, Н. Н. Феноменов пишет: «...в известных случаях можно захватывать в

замковой части снизу, имея в виду влечение как бы по оси щипцов, соответственно верхней их части; расположенная таким образом правая рука (предплечье) составит острый угол с рукоятками инструмента. Левая рука захватывает концы рукояток как бы в кулак, причем рука помещается на рукоятках или сверху, или снизу». Н. А. Цовьянов совершенно правильно подчеркивает, что надо так действовать рукоятками щипцов, чтобы ложкам передавалось это направление вниз, горизонталь-

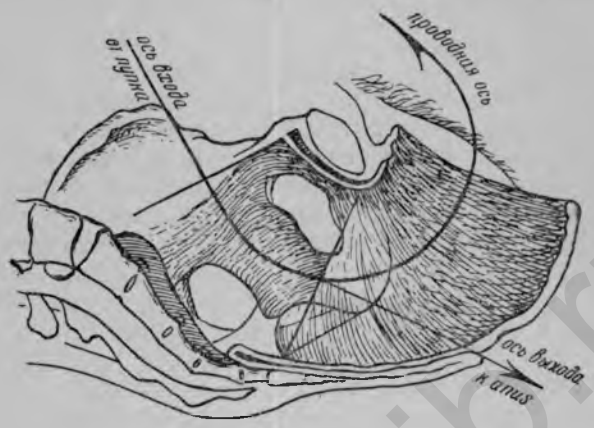

Рис. 86. Проводная ось родового канала (по А. П. Губареву).

но и вверх (по Н. Н. Феноменову). Ввиду того что в щипцах с тазовой кривизной направление движения рукояток не совпадает с направлением движения ложек, Н. А. Цовьянов предложил следующий способ захвата (рис. 87) и тракций щипцами: «второй и третий пальцы обеих рук акушера, согнутые крючком, захватывают из-под рукояток щипцов на уров-

Рис. 87. Захватывание щипцов (по Н. А. Цовьянову).

не бушевских крючков их наружную и верхнюю поверхность, причем основные фаланги указанных пальцев с проходящими между ними бушевскими крючками располагаются на наружной поверхности рукояток, средние фаланги тех же пальцев — на верхней поверхности; ногтевые фаланги располагаются также на верхней поверхности рукоятки, но только другой (противоположной) ложки щипцов. Четвертый и пятый пальцы, также несколько согнутые крючком, захватывают отходящие от замка параллельные ветви щипцов сверху и продвигаются как можно выше, ближе к головке. Большие пальцы, находясь под рукоятками, мякотью ногтевых фаланг упираются в среднюю треть нижней поверхности руко-

яток». При этом способе устраняется возможность сильного сжатия головки; обе руки (IV и V пальцы) равномерно участвуют в тракциях. Н. А. Цовьянов считает, что давлением этих пальцев на верхнюю поверхность отходящих от замка параллельных ветвей щипцов головка отводится от лонного сочленения и направляется по оси таза по направлению к крестцовой впадине; этому способствуют и большие пальцы. При наложении выходных щипцов предплечья акушера образуют с нижней поверхностью рукояток угол, равный приблизительно 45°.

Кроме термина «направление тракций», различают еще термин «характер тракций». Тракции делят на качательные, или маятникообразные, вращательные, или круговые, и тракции по одному направлению в отдельный отрезок времени («неподвижные» тракции, по большинству авторов). Вследствие того, что щипцы — инструмент влекущий, а не вращающий, и головка плода до выхода из малого таза не совершает качательных движений, следует решительно отвергнуть две первые формы тракций и допускать лишь третий вид тракций.

Рис. 88. Снятие щипцов (по Н. А. Цовьянову).

При тракциях акушер стремится выполнить незаконченные еще этапы механизма родов. Длительность отдельной тракции соответствует длительности потуги (20—30 секунд); тракции повторяют с перерывами в 30—60 секунд. После 4—5 тракций размыкают щипцы и делают перерыв на 1—2 минуты.

Мы полностью разделяем взгляд Н. Н. Феноменова, что допустим поворот головки в щипцах, а не щипцами; при тракциях с подражанием естественному механизму родов совершается поворот головки в щипцах. Изменение направления тракций (на себя, кпереди) должно соответствовать механизму данных родов.

Силу тракций, которая необходима для извлечения ребенка щипцами, трудно определить точно. Необходимо, однако, сказать, что силы того влечения, которое могут произвести две руки, а отнюдь не весь корпус акушера (а тем более 2 человек), вполне достаточно. Если же эта сила оказывается недостаточной, то это зависит или от неправильной оценки случая (например, при неправильной диагностике характера вставления головки), или от неправильного направления тракций. В подобных случаях необходимо отказаться от форсирования и произвести повторно тщательное внутреннее исследование для того, чтобы понять и устранить возникшие трудности.

Четвертый момент операции. Снятие щипцов производится обычно после извлечения головки. Если щипцы снимаются, когда головка начинает прорезываться, то надо придерживать ее, чтобы избегнуть стремительного прорезывания и угрозы разрыва промежности. Сначала берут рукоятки в руки и раскрывают замок; первой выводят правую ложку, причем рукоятка должна проделать обратный путь по сравнению с введением ее, второй — выводят левую ложку. Н. А. Цовьянов рекомендует резко согнуть при этом ноги роженицы в тазобедренных суставах, поднять кпереди голени и извлекать (тоже вначале правую ложку) щипцы так, чтобы рукоятки обращались не к паху, а под бедро,

т. е. кзади и в сторону, параллельно складке между бедром и ягодицей роженицы (рис. 88), при этом лучше производить одновременно и вращение рукояток щипцов вокруг оси: при выведении левой ложки по направлению хода часовой стрелки, правой — наоборот.

Выходные щипцы

а) Выходные щипцы при переднем виде затылочного предлежания.

В зависимости от того, когда применяется операция наложения щипцов — при головке в выходе малого таза, в полости или во входе в него, различают так называемые выходные щипцы, полостные и высокие, или атипичные, щипцы.

Наиболее часто применяются выходные щипцы, т. е. щипцы на головку, находящуюся в выходе из малого таза при переднем виде затылочного предлежания.

При влагалищном исследовании определяется, что сагиттальный шов головки находится в прямом размере выхода из малого таза, малый родничок кпереди, под лоном; крестцовая впадина выполнена, седалищные ости не достигаются. Если плодный пузырь еще цел, его надо разорвать. При пальпации через переднюю брюшную стенку головка не определяется над входом в таз.

Операция наложения щипцов складывается из четырех моментов:

1) введение ложек;
2) замыкание и пробная тракция;
3) тракции;
4) снятие щипцов.

Техника первого и второго момента операции описана выше и не представляет особенностей. Щипцы должны быть наложены в поперечном размере выхода из таза, т. е. бипариетально на головку; рукоятка правой ветви должна лечь выше левой. Если головка подошла под нижний край лонного сочленения затылочным бугром, то тракции производят следующим образом: акушер, сидя на стуле, делает тракции по горизонтальной линии (т. е. на лицо врача, сидящего перед роженицей), пока затылочный бугор выйдет из-под лона. После этого акушер встает и выводит головку в щипцах; при этом должно произойти свойственное этому моменту родов движение — разгибание головки вокруг точки фиксации, т. е. области подзатылочной ямки. Выведение в щипцах осуществляется так, что акушер, стоя справа от роженицы, рукоятки щипцов берет в левую руку и медленно и осторожно поднимает их кпереди, описывая дугу в 90°; правой рукой акушер поддерживает промежность, не допуская быстрого прорезывания лобных бугров. Можно стать с левой стороны от роженицы, взять рукоятки щипцов в правую руку и выводить головку, защищая промежность левой рукой. Передавать защиту промежности акушерке нецелесообразно, так как наиболее важный момент — соразмерение прилагаемой силы и защита промежности — может быть более четко произведен одним лицом.

Четвертый момент операции — размыкание и снятие щипцов — осуществляется или при прорезывании головки (что небезопасно), или после рождения ее.

Рождение плечиков и туловища плода обычно не вызывает затруднений. Если произошел разрыв мягких тканей (рекомендуется также осмотреть и шейку с помощью зеркал), то швы накладывают после отхождения последа; при этом вмешательстве может понадобиться дополнительно (если больная проснулась) проводниковая или местная анестезия.

Если операция была травматичной, сопровождалась повышенной кровопотерей, роженица подвергалась повторному влагалищному исследованию, особенно когда уже в родах были явления начинающейся септической инфекции, то показано переливание крови (400—500 мл и более) и профилактическое применение пенициллина (по 500 000—600 000 единиц в сутки) в течение 2—3 суток.

б) Выходные щипцы при заднем виде затылочного предлежания.

Задний вид затылочного предлежания возникает во время внутреннего поворота головки; он является нормальным механизмом родов. Диагноз можно поставить, когда головка опустилась в узкую часть полости таза или в выход его. Если головка в заднем виде затылочного предлежания находится в выходе малого таза, то данные влагалищного исследования следующие: открытие зева полное, сагиттальный шов в

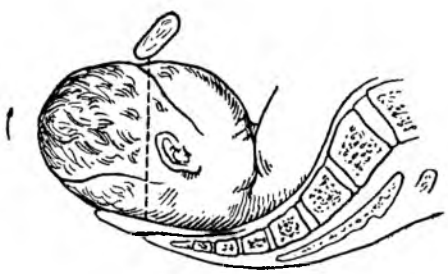

Рис. 89. Прорезывание головки при заднем виде затылочного предлежания (дополнительное сгибание головки).

Рис. 90. Прорезывание головки при заднем виде затылочного предлежания (разгибание).

прямом размере выхода малого таза; малый родничок обращен к копчику, большой (его задний угол) — прощупывается под лоном. Малый родничок ниже большого; в большом родничке задний угол ниже переднего.

Ввиду конфигурации головки и захождения лобных костей под теменные, большой родничок может также приобретать вместо четырехугольной треугольную форму, что затрудняет диагностику. Для уточнения диагноза рекомендуется сделать следующее: 1) отыскать не только стреловидный, но и лобный шов; 2) давлением на соответствующую кость убедиться, что она состоит из двух частей (т. е. является лобной, а не затылочной); 3) проследить направление швов, пересекающих стреловидный: ламбдовидный шов перекрещивает его под острым углом и имеет выпуклую кпереди форму; венечный шов перекрещивает стреловидный под прямым углом. Врезывание и прорезывание головки происходят таким образом, что передний край большого родничка или передний край волосистого покрова головки является точкой фиксации (hypomochlion) у нижнего края лонного сочленения, вращаясь вокруг которой рождается над промежностью область затылка с затылочным бугром (дополнительное сгибание головки, рис. 89). После этого область подзатылочной ямки фиксируется в среднюю часть промежности и верхушку копчика; область подзатылочной ямки составляет вторую точку фиксации, вокруг которой происходит разгибание головки — рождение из-под лона лба и личика плода (рис. 90). Головка прорезывается окружностью, соответствующей среднему косому размеру (от подзатылочной ямки до переднего края волосистого покрова головы), или окружностью, соответ-

ствующей малому косому размеру. Особенностью течения второго периода родов в этих случаях является более длительное прорезывание головки и повышенный процент повреждений промежности, так как над задней спайкой рождается головка не малым, а большим поперечным размером.

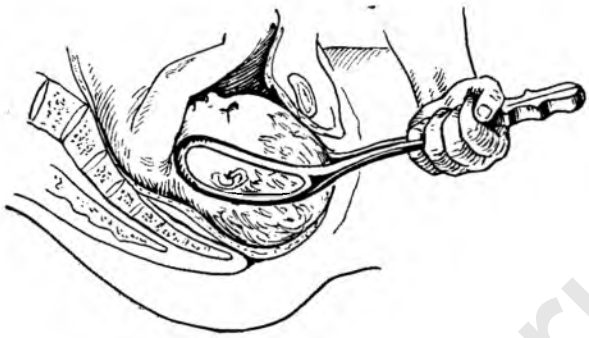

Рис. 91. Тракции кпереди для выведения затылка над промежностью (по Н. Н. Феноменову).

Задний вид затылочного предлежания является вариантом нормального механизма родов, поэтому надо извлекать головку в заднем виде,

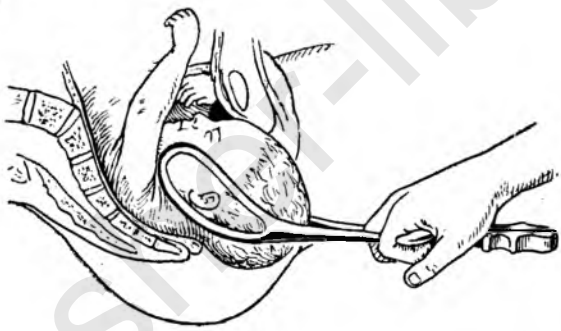

Рис. 92. Тракции кзади для выведения из-под лона лобика, личика и подбородка (по Н. Н. Феноменову).

отвергнув опасные предложения сделать поворот головки в передний вид (Тарнье), или разогнуть головку в щипцах до образования лицевого предлежания и вывести ее в таком виде (Брендо).

Операция состоит из четырех моментов.

Первый момент операции — введение ложек. Надо накладывать щипцы (лучше прямые) в поперечном размере выхода из малого таза с тем, чтобы ложки легли на головку бипариетально.

Второй момент операции — замыкание и пробная тракция. При замыкании щипцов следует несколько опустить рукоятки щипцов, стремясь захватить головку соответственно большому косому размеру ее. Однако, как говорилось выше, это обычно не удается ввиду препятствия со стороны промежности. Головку, ввиду неполного ее сгибания, удается захватить в надзатылочно-подбородочном, а чаще надзатылочно-шейном (вертикальном) размере.

Третий момент операции — тракции. При тракциях надо стремиться подражать естественному механизму: делать тракции книзу (т. е. на себя почти горизонтально, по Н. Н. Феноменову) до того мо-

мента, пока область большого родничка или переднего края волосистого покрова головки подойдет под лоно. Если к началу операции головка уже фиксирована областью большого родничка под лоном, то надо осторожно производить тракции кпереди (по Н. Н. Феноменову — кверху), чтобы вывести область затылка над промежностью (дополнительное сгибание головки) (рис. 91).

При этом надо тщательно следить, чтобы головка была хорошо захвачена и щипцы не соскользнули, что грозит значительной травмой промежности и влагалища.

После выведения затылка плода над промежностью акушер опускает рукоятки щипцов кзади и выводит из-под лона лобик, личико и подбородок плода (рис. 92).

Четвертый момент операции—снятие щипцов. Щипцы снимают после раскрывания замка.

Операция наложения выходных щипцов при передне-головном предлежании

Диагноз передне-головного предлежания устанавливается окончательно лишь при опускании головки на дно таза; до этого возможно еще сгибание головки. Данные влагалищного исследования: сагиттальный шов в прямом размере выхода из таза, большой родничок кпереди, к симфизу; малый — к крестцу, достигается с трудом. Большой родничок лежит ниже, малый — выше. Прорезывание головки через выход таза совершается окружностью, соответствующей большому размеру—прямому (12 см); в половой щели вначале показывается область большого родничка и лобик до переносицы, а затем (путем сгибания) над промежностью прорезывается область затылка. После этого в срединную часть промежности и верхушку крестца фиксируется область затылочного бугра или подзатылочной ямки и прорезывается из-под лона (путем разгибания головки) личико. Ввиду того что головка прорезывается большой окружностью (34 см), рождение ее обычно затягивается и создается большая угроза разрыва промежности.

Рис. 93. Тракции кпереди для выведения затылка над промежностью при передне-головном предлежании.

Операция наложения щипцов в этих случаях представляется сложной и может быть травматичной. Показания к операции наложения подобных щипцов должны быть очень строго взвешены.

Первый момент операции. Введение ложек производится, как обычно, в поперечном размере таза.

Второй момент операции. Замыкание ложек не удается произвести так, чтобы они легли соответственно большому косому размеру головки; их удается наложить обычно соответственно вертикальному размеру головки.

Третий момент операции. Тракции делают осторожно, на себя (в горизонтальном направлении — по Феноменову) только до того момента, пока область переносицы фиксируется под лоном. Затем производят сгибание головки путем тракций кпереди, пока над промежностью родится область затылка (рис. 93); после этого рукоятки щипцов опускают кзади и выводят из-под лона личико и подбородок.

Четвертый момент операции. Раскрывание замка и снятие ложек только после выведения головки. После рождения плода и последа надо осмотреть промежность, влагалище и шейку матки при помощи зеркал с целью своевременного обнаружения и восстановления повреждения родовых путей, которые могут произойти при операции.

Операция наложения выходных щипцов при лобном предлежании

Лобное предлежание является крайне неблагоприятным и, к счастью, встречается только в 0,07% случаев (по С. С. Холмогорову). Даже опытные акушеры производят эту операцию очень редко и при строгой оценке показаний к ней. Диагноз лобного предлежания может быть поставлен на основании следующих данных влагалищного исследования: прощупывания носа, переносицы, лобного шва и переднего угла большого родничка. Таким образом, одновременно определяется часть лица и лобик. При прорезывании из половой щели показывается лобик и часть лица до верхней челюсти; над промежностью прорезываются теменные бугры и затылок, из-под лона (путем разгибания) — нижняя часть лица.

Таким образом головка прорезывается planum maxillo-parietale с окружностью по ней 34—35 см.

Головку удается захватить щипцами только так, что ложки лежат несколько спереди ушка, а верхушки их — на шее плода. Сначала делают сильные тракции кзади и книзу, чтобы вывести лобик и верхнюю часть лица до tubera maxillaria, а затем поднимают рукоятки щипцов кпереди с тем, чтобы вывести над промежностью теменные бугры и затылок. Когда выведен в щипцах затылок, то снова опускают кзади рукоятки щипцов, чтобы вывести из-под лона нижнюю часть лица и подбородок.

Таким образом, здесь две точки фиксации—область tubera maxillaria и область затылочного бугра.

Операция наложения выходных щипцов при лицевом предлежании

Лицевое предлежание является результатом крайней степени разгибания головки; образование его начинается в первом моменте механизма родов, когда вместо сгибания происходит разгибание головки. Чаще всего при этом (уже на дне таза, а не в полости его) подбородок поворачивается к лону, что следует называть задним видом лицевого предлежания (так как спинка обращена кзади).

В этих случаях при влагалищном исследовании находят следующее: предлежит лицо; если головка опустилась до дна таза, то лицевая линия (от подбородка через нос) находится в прямом размере выхода из малого таза; подбородок обращен кпереди. При самопроизвольном родоразрешении во время потуг в половой щели показываются резко отечные губы, нос, и первым прорезывается из-под лона подбородок. В области подъязычной кости образуется точка фиксации, и при продолжающихся потугах над промежностью рождаются лицо, лобик, теменные бугры и затылок — произошло сгибание головки. Головка прорезывается окружностью, соответственно размеру trachelo-parietale. Роды в огромном

большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно. Операция наложения щипцов при заднем виде лицевого предлежания представляет большие трудности и создает угрозу повреждений влагалища и промежности роженицы и травмы плода; предпринимать ее можно только весьма опытному акушеру, при крайне строгой оценке показаний.

Идеальный захват головки соответственно ее большому косому размеру невозможен, так как под лоном нет места для замкнутых рукояток. Головку удается захватить так, что ложки ложатся от уровня основания носа к затылку, т. е. перпендикулярно вертикальному размеру головки.

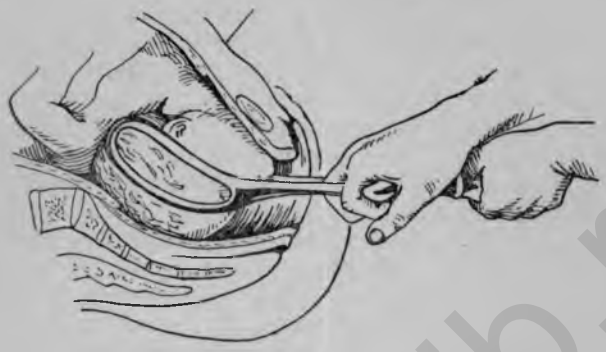

Рис. 94. Захват головки щипцами при лицевом предлежании. Тракции книзу для выведения подбородка из-под лона.

При введении и замыкании ложек очень важно помнить слова Н. Н. Феноменова, что щипцы накладываются не на лицо, а на череп через лицо и поэтому необходимо приподнять рукоятки кпереди, так как вся масса головки лежит в углублении крестцовой кости. После замыкания щипцов делают тракции вниз с целью вывести подбородок из-под лона (рис. 94); затем приподнимают рукоятки щипцов кпереди и выводят над промежностью лоб, теменные бугры и затылок (рис. 95). Таким образом мы стремимся подражать естественному механизму родов и вывести головку вертикальным ее размером.

После извлечения плода и выхождения последа необходимо осмотреть промежность, влагалище и шейку матки при помощи зеркал с целью своевременного выявления и устранения обнаруженных повреждений.

При крайне редких передних видах лицевого вставления, когда головка опустилась в полость таза (с поворотом подбородка кзади и спинки кпереди), естественное рождение живого доношенного плода невозможно; препятствуют пространственные соотношения. В этих случаях щипцы противопоказаны; роды мы вынуждены заканчивать краниотомией (если головка уже опустилась в полость таза и кесарево сечение невозможно).

Рис. 95. Лицевое предлежание. Тракции кпереди для выведения над промежностью лба, темени и затылка.

Полостные щипцы (forceps media)

Если головка находится в узкой или широкой части полости таза и операция наложения щипцов показана, то подобную операцию называют полостными щипцами. Ввиду того что внутренний поворот головки (rotatio capitis interna) не завершился, при затылочном предлежании стреловидный шов (при лицевом — лицевая линия) может быть в одном из косых (правом или левом) размеров или поперечном размере полости таза.

Если при типичных выходных щипцах акушер, извлекая головку, воспроизводит процесс врезывания, прорезывания и разгибания головки, то при полостных щипцах при тракциях завершается еще и внутренний поворот головки на 45° и даже на 90°. Вследствие этого операция полостных щипцов значительно труднее.

Необходимо помнить четкую формулировку из классического руководства Н. Н. Феноменова: «...никакого предварительного исправления положения головки щипцами не требуется; наложив щипцы, нужно извлекать головку и во время извлечения (тракции) не только не стеснять тех поворотов, которые должна совершать головка, согласно механизму (родов), свойственному данному отделу таза и данному случаю, но и сознательно содействовать им»[1].

При положении головки в полости таза и незаконченном внутреннем ее повороте следует накладывать щипцы в размере, перпендикулярном стреловидному шву (или лицевой линии). В этих случаях с особой ясностью выступают преимущества прямых параллельных щипцов Лазаревича (или Федорова-Лазаревича), которые допускают введение любой ложки первой.

При расположении головки в полости таза данные наружного исследования следующие: небольшая часть головки может прощупываться с одной стороны над входом в таз. При влагалищном исследовании, как правило, определяется полное раскрытие зева; сагиттальный шов (или лицевая линия) в одном из косых или в поперечном размере полости малого таза; прощупываются большой и малый роднички. Седалищные ости достигаются легко (головка в широкой части полости таза) или с трудом (головка в узкой части полости таза).

В зависимости от позиции и вида плода различают следующие шесть вариантов наложения щипцов:

1. Первая	позиция.	Затылочное	предлежание,	передний	вид
2. Вторая	»	»	»	»	»
3. Первая	»	»	»	задний	»
4. Вторая	»	»	»	»	»
5. Первая	»	Лицевое	»	»	»
6. Вторая	»	»	»	»	»

1. Техника наложения полостных щипцов при первой позиции плода, затылочном предлежании, переднем виде.

При влагалищном исследовании определяется, что сагиттальный шов находится в правом косом размере таза, малый родничок — слева, кпереди и ниже, большой (если он достижим) — справа, кзади и выше;

---

[1] Н. Н. Феноменов, Оперативное акушерство, 1910, стр. 250.

седалищные ости достигаются легко или с трудом (см. выше). Щипцы необходимо наложить в бипариетальном размере головки, т. е. перпендикулярно к правому косому размеру полости таза — в ее левом косом размере (рис. 96).

Первый момент операции. Первой, как всегда, вводится левая ложка. Однако ввиду того что щипцы должны лечь бипариетально, в левом косом размере таза, то и левую ложку надо ввести не строго в левую сторону таза, а больше кзади, чтобы она легла на левый теменной бугор головки. Левой рукой разводят половую щель и вводят во влагалище четыре пальца правой руки. В левую руку тремя пальцами, берут за рукоятку левую ветвь щипцов (если это щипцы с тазовой кривизной) и поднимают рукоятку немного вправо и кпереди, а верхушку ложки щипцов вводят во влагалище между рукой и головкой несколько кзади так, чтобы ложка легла на головку в области левого теменного бугра. Рукоятку щипцов передают ассистенту, напомнив ему о важности сохранения положения ветви. Правая ложка должна лечь на головку с противоположной стороны, но ввести ее сразу так не удается, так как этому препятствует лонная дуга; это препятствие обходят при помощи так называемого перемещения («блуждания») ложки. Правой рукой разводят половую щель, и вдоль правой стенки влагалища вводят четыре пальца левой руки. В правую руку берут за рукоятку правую ветвь щипцов и, приподняв рукоятку по направлению левой паховой складки, вводят ложку между левой рукой и головкой вдоль правой стенки влагалища. Для того чтобы щипцы замкнулись, ложки должны лечь на диаметрально противоположные точки головки; правую ложку перемещают кпереди, осторожно надавливая указательным пальцем левой руки на ее нижнее ребро до тех пор, пока она не ляжет на головку в области правого теменного бугра; рукоятка щипцов одновременно с этим несколько смещается кзади и по ходу часовой стрелки. Такое перемещение ложки называют спиральным.

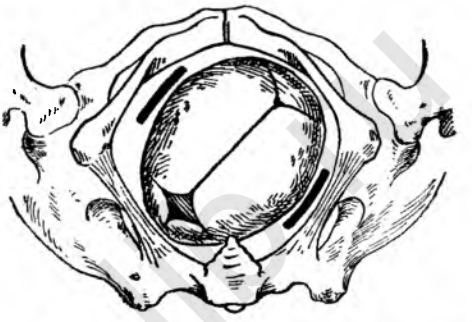

Рис. 96. Сагиттальный шов в правом косом размере таза; щипцы наложены в левом косом размере таза.

Второй момент операции. Когда щипцы легли на головку бипариетально и, следовательно, находятся в левом косом размере полости таза, совершают замыкание щипцов (второй момент операции) и пробную тракцию. Затруднения, которые могут при этом возникнуть, описаны дальше.

Третий момент операции. Направление тракций отличается от выходных щипцов — их вначале надо делать вниз и несколько кзади. При этом, производя тракции вниз и кзади и чувствуя вращение головки, надо способствовать этому движению. При первой позиции, переднем виде малый родничок (т. е. затылок) будет вращаться против часовой стрелки — вправо и кпереди. Когда поворот совершится, то малый родничок будет прощупываться под лоном, сагиттальный шов — в прямом размере выхода из малого таза. Совершают тракции книзу (т. е. по горизонтали на лицо врача, сидящего перед роженицей), пока затылочный бугор выйдет из-под лона, а затем кпереди — разгибание головки; точка фиксации — в области подзатылочной ямки. Акушер выводит головку в

щипцах, стоя справа от роженицы и защищая промежность правой рукой.

Четвертый момент операции. Снимание щипцов не имеет особенностей.

2. Техника операции наложения полостных щипцов при второй позиции плода, затылочном предлежании, переднем виде.

При влагалищном исследовании определяется, что сагиттальный шов находится в левом косом размере, малый родничок справа кпереди и ниже, большой (если он достижим) — слева, кзади и выше; седалищные ости достигаются легко или с трудом (см. выше).

Операция состоит из четырех моментов.

Первый момент операции. Первой также вводят левую ложку в левую половину таза. Ввиду того что сагиттальный шов лежит в левом косом размере, надо наложить щипцы в правом косом размере таза (рис. 97), чтобы щипцы легли на головку в бипариетальном размере. Для этого надо переместить левую ложку кпереди, к лобку и несколько вправо. Держа левой рукой рукоятку щипцов, правой рукой, осторожно надавливая на нижнее ребро, перемещают левую ложку кпереди и вправо до тех пор, пока она ляжет на tuber parietale sinistrum; одновременно левой рукой совершают осторожно поворот рукоятки кзади и спирально — против часовой стрелки.

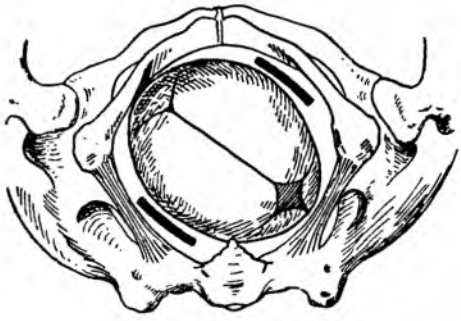

Рис. 97. Сагиттальный шов в левом косом размере таза; щипцы наложены в правом косом размере таза.

Правую ложку вводят (под контролем левой руки) так, чтобы она легла на tuber parietale dextrum головки и верхушка ее находилась у articulatio sacroiliaca dextra.

Второй момент операции. Правая рукоятка щипцов должна быть впереди левой — иначе щипцы не замкнутся. При положении щипцов в правом косом размере таза они хорошо замыкаются; после этого делают пробную тракцию.

Третий момент операции. Тракции делают несколько кзади и вниз; когда головка начнет опускаться, происходит поворот головки в щипцах малым родничком кпереди и влево, т. е. по ходу часовой стрелки на 45°. Когда малый родничок пальпируется под лоном, щипцы лежат в поперечном размере выхода из таза. Тракции производят вниз (т. е. по горизонтали, на лицо врача, сидящего перед роженицей), пока затылочный бугор выйдет из-под лона и в области подзатылочной ямки образуется точка фиксации; затем производят тракции кпереди. Стоя справа от роженицы, акушер осторожно выводит головку в щипцах, правой рукой защищая промежность.

Четвертый момент операции. Снимают щипцы, как обычно.

3. Техника операции наложения полостных щипцов при первой позиции плода, затылочном предлежании, заднем виде.

При влагалищном исследовании определяется, что сагиттальный шов находится в левом косом размере таза, малый родничок влево, кзади,

и ниже, большой — вправо, кпереди и выше; седалищные ости достигаются. Щипцы необходимо наложить в правом косом размере таза с тем, чтобы они охватили головку бипариетально (рис. 98).

Введение ложек совершается так же, как и при второй позиции, переднем виде, так как сагиттальный шов находится в косом левом размере полости малого таза.

Тракции делают вниз и несколько кзади, причем происходит поворот головки малым родничком кзади (очень редко отмечается, что малый родничок поворачивается кпереди; в этих случаях надо соответственно переложить ложки щипцов). Когда сагиттальный шов находится в прямом размере выхода из таза, а большой родничок (или передний край волосистого покрова головки) фиксируется под лоном, поднимают кпереди рукоятки щипцов и выводят над промежностью затылок (дополнительное сгибание). Затем несколько опускают кзади рукоятки щипцов, чтобы совершить разгибание головки вокруг второй неподвижной точки — в области подзатылочной ямки — вывести из-под лона лобик, личико и подбородок.

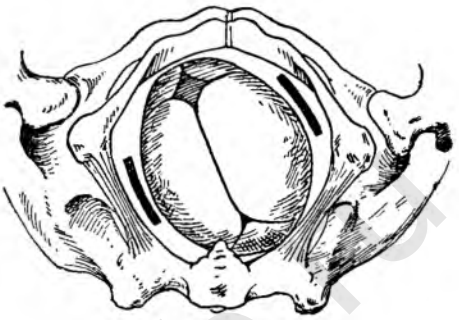

Рис. 98. Сагиттальный шов в левом косом размере таза; щипцы наложены в правом косом размере таза.

Снятие щипцов не представляет особенностей.

4. Техника операции наложения полостных щипцов при второй позиции плода, затылочном предлежании, заднем виде.

При влагалищном исследовании находят: сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок справа, кзади и ниже; большой — слева, кпереди и выше. Седалищные ости достигаются легко или с трудом.

Для того чтобы захватить головку бипариетально, надо наложить щипцы в левом косом размере таза (рис. 99). Техника введения щипцов аналогична, как и при переднем виде затылочного предлежания первой позиции.

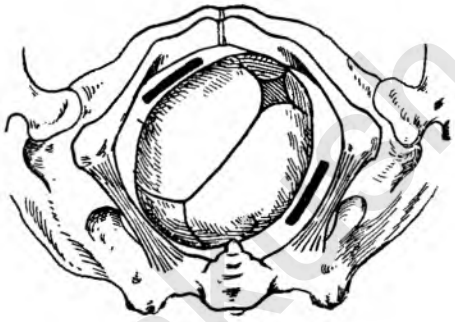

Рис. 99. Сагиттальный шов в правом косом размере таза; щипцы наложены в левом косом размере таза.

Замыкание и пробная тракция не представляют особенностей. Тракции производят книзу и несколько кзади, причем происходит поворот головки (против часовой стрелки) одновременно с тракцией. Сагиттальный шов поворачивается в прямой размер выхода из малого таза, малый родничок—кзади. Когда область большого родничка (или переднего края волосистого покрова головки) фиксируется под лоном, то рукоятки щипцов поднимают кпереди, чтобы вывести над промежностью затылок (дополнительное сгибание), а затем наклоняют рукоятки кзади, чтобы вывести из-под лона лобик, личико и подбородок (разгибание головки).

Снятие щипцов не представляет особенностей.

5. Техника операции наложения полостных щипцов при лицевом предлежании, заднем виде.

Подобная операция еще больше, чем выходные щипцы при лицевом предлежании, представляется серьезным и травматичным вмешательством и может быть произведена лишь весьма опытным акушером.

Данные влагалищного исследования: лицевая линия в левом (при первой позиции) или правом (при второй позиции) косом размере узкой части полости таза, подбородок справа, кпереди (при первой позиции) или слева и кпереди (при второй позиции). Соответственно механизму родов при лицевом предлежании головка опускается до дна таза и лицевая линия переходит в прямой размер выхода из малого таза.

Щипцы должны быть наложены в противоположном (т. е. правом при первой позиции или левом при второй позиции) косом размере полости малого таза. Техника введения щипцов аналогична, как и при затылочном предлежании, но при замыкании щипцов необходимо поднять рукоятки щипцов несколько кпереди, чтобы лучше охватить головку.

При тракциях книзу и кзади, подбородок поворачивается кпереди и выводится в щипцах из-под лона. После того приподнимают рукоятки щипцов кпереди и, производя сгибание головки, выводят над промежностью лобик, теменные бугры и затылок. Снимание щипцов не представляет особенностей.

Лицевое предлежание, передний вид

Если при влагалищном исследовании обнаруживается, что подбородок плода повернут в полости таза к крестцовой кости, то надо отказаться от операции наложения щипцов. Рождение живого доношенного плода возможно лишь в том случае, если произойдет чрезмерный внутренний поворот и подбородок повернется кпереди. Если этот поворот не произойдет (повторное влагалищное исследование), то акушер вынужден прибегнуть к краниотомии.

Техника операции наложения щипцов при низком поперечном положении сагиттального шва

Во входе в таз головка обычно находится своим сагиттальным швом в косом (иногда в поперечном) размере; более длительное высокое поперечное стояние сагиттального шва наблюдается при плоском тазе. При этой же форме таза, а также при обширном тазе или при небольших размерах головки наблюдается низкое поперечное стояние сагиттального шва в полости таза: прощупываются и малый, и большой роднички, причем при плоском тазе большой родничок может быть несколько ниже, чем малый. Седалищные ости достигаются с трудом или вовсе не достигаются.

В этих случаях нельзя наложить щипцы в поперечном размере таза, так как они легли бы на затылок и личико, что грозит и травматизацией ребенку, и соскальзыванием щипцов ввиду плохого охвата головки. Наилучшим является наложение щипцов с охватом головки бипариетально, т. е. в прямом размере таза; при употреблении пока наиболее распространенных щипцов с тазовой кривизной это невозможно без угрозы серьезной травмы. Наилучшей моделью щипцов, которые позволяют проведение подобной операции, являются прямые щипцы Лазаревича.

Устройство этих щипцов допускает их наложение в прямом размере таза. Однако введение ложки непосредственно под лонное сочленение не

удается. Поэтому одну ложку вводят сначала впереди личика плода, а затем переводят на 90° кпереди. Вторую ложку вводят сбоку и сзади, а затем переводят на 45° кзади. Таким образом, щипцы находятся в прямом размере полости таза. Тракции производят прямо книзу, при этом происходит вращение головки на 90° и сагиттальный шов в выходе из малого таза находится в прямом его размере. Выведение головки производят, не снимая и не перекладывая щипцов, так как они лежат на головке бипариетально и находятся в поперечном размере выхода из малого таза.

Ввиду того что в большинстве родильных домов еще применяют только щипцы с тазовой кривизной, опишем также технику их применения.

При введении щипцов необходимо соблюдение правил: верхушка щипцов должна быть обращена к проводной точке головки плода; проводной точкой в этих случаях является малый родничок, обращенный влево (или вправо). Ложки щипцов с тазовой кривизной следует ввести в левом или правом косом размере полости таза, в зависимости от позиции.

Первая позиция. Рукоятку левой ветви берут в левую руку и под контролем правой руки ложку вводят влево и кзади так, что верхушка ее находится на уровне articulatio sacro-iliaca sinistra. Правую ложку щипцов правой рукой (под контролем левой руки) вводят вдоль правой стенки влагалища. Для симметричного прилегания щипцов к головке надо переместить правую ложку кпереди. Для этого осторожно надавливают указательным пальцем левой руки на нижнее ребро ложки, а правой, охватив всей кистью рукоятку, производят одновременно смещение по спирали немного кпереди и влево. Правая ложка должна лечь на лобно-височную часть головки.

Замыкание щипцов несколько затруднительно, так как головка охвачена не в поперечном, бипариетальном размере, а косо; при замыкании щипцов нельзя с большой силой сдавливать рукоятки, так как это опасно в смысле травмы головки; между рукоятками щипцов надо вложить полотенце.

Тракции необходимо делать вниз и кзади, пока головка не опустится в узкую часть полости таза. При первой позиции малый родничок, как правило, вращается вправо и кпереди, т. е. против часовой стрелки; для перехода головки в прямой размер выхода из таза должен произойти поворот на 90°. Таким образом, к этому моменту щипцы окажутся в правом косом размере выхода из малого таза; при подобном расположении щипцов извлекать головку неудобно. Поэтому, когда головка, сделав поворот лишь на 45°, встанет в правый косой размер, а щипцы в это время будут лежать в поперечном размере таза, их надо разомкнуть и снять; затем накладывают щипцы на головку бипариетально, т. е. в левом косом размере таза. Производят тракции книзу, пока не завершится поворот головки в прямой размер выхода из малого таза, а затем последовательно книзу и кпереди для выведения головки, как при выходных щипцах.

Снятие щипцов после извлечения головки не представляет особенностей.

Вторая позиция. Ложки щипцов с тазовой кривизной следует ввести в правом косом размере таза (рис. 100). Введение ложек представляет следующие особенности: первой вводится, как обычно под контролем правой руки, левая ложка; она перемещается кпереди и вправо и ложится на лобно-височную часть головки. Для этого надавливают на нижнее ребро ложки указательным пальцем правой руки; одновременно захватив рукоятку всей кистью, производят спиральное движение

вверх — кпереди и вправо, передвигая несколько рукоятку вправо. Рукоятку правой ветви щипцов берут в правую руку и под контролем левой руки вводят во влагалище, вдоль его право-задней стенки; ложку щипцов вводят по ладони левой руки, стремясь, чтобы она охватила головку позади ушка.

Замыкание и пробная тракция несколько затруднительны, так как щипцы недостаточно прочно охватывают головку. Сильное сжатие рукояток недопустимо, так как это грозит травматизацией головки. Чтобы избежать этого, надо вложить между рукоятками щипцов полотенце.

Тракции производят вниз и кзади (пока головка не опустится в узкую часть полости таза); при этом одновременно происходит поворот головки по ходу часовой стрелки, т. е. малым родничком кпереди. После поворота сагиттального шва на 45° в левый косой размер надо снять щипцы и наложить их вновь так, чтобы они легли на головку в бипариетальном размере ее, т. е. в правом косом размере. После этого извлечение головки производится, как при обычных полостных щипцах.

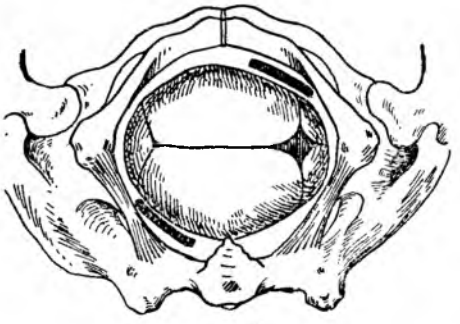

Рис. 100. Сагиттальный шов в поперечном размере полости таза; щипцы наложены в правом косом размере таза.

Высокие щипцы (forceps alta)

Понятие «высокие щипцы» акушеры истолковывают по-разному: одни понимают под этим термином применение щипцов, когда головка находится над входом в таз, подвижна; вторые,—когда головка во входе в таз небольшим сегментом и третьи, — когда головка опустилась в таз большим сегментом. Операция наложения высоких щипцов не может быть рекомендована ввиду ее большой опасности (травматизм) для роженицы и плода.

Щипцы Килланда построены по тому же принципу, что и отечественные щипцы Лазаревича (но на много лет позже Лазаревича). Эти щипцы отличаются: а) своей длиной — 39,5 см; б) небольшой тазовой кривизной; в) наличием промежностной кривизны; г) замком своеобразной конструкции.

Как справедливо указал Н. А. Цовьянов, каждая из этих особенностей не является новостью и была предложена в прежних моделях. Оригинальным является предложение автора вводить переднюю ложку выпуклостью к крестцу, а затем производить поворот ложки на 180° под симфиз; задняя ложка вводится обычно вдоль крестца. Подобный способ введения ложек и обусловил ряд случаев тяжелого травматизма роженицы и плода, которые были опубликованы иностранными авторами.

Таким образом, и «новая» модель щипцов Килланда не дала оснований для расширения показаний к операции наложения высоких щипцов.

Наложение щипцов на тазовый конец плода

Показания к подобной операции могут возникать при чистом ягодичном предлежании и необходимости срочного родоразрешения, когда ягодицы вклинились во вход таза и не удается ввести палец в паховую складку. Для этой цели были предложены специальные модели щипцов в виде двух крючков; однако применение их влечет за собой серьезные повреждения плода и, следовательно, при живом плоде не допустимо. В подобных редких случаях могут быть применены акушерские щипцы Симпсона или прямые щипцы Лазаревича.

Результаты подобного вмешательства неблагоприятны и рекомендовать его нет оснований.

Затруднения при операции наложения щипцов

Рассмотрим затруднения при операции наложения щипцов соответственно отдельным ее моментам.

В первый момент операции. Затруднения могут зависеть от неподготовленности родовых путей и узости влагалища, с трудом пропускающего два-три пальца акушера. В этих случаях мы вынуждены расширять влагалище хирургическим путем и устранять резкую резистентность тазового дна при помощи срединной перинеотомии, в редких случаях — паравагинального разреза (конечно, под анестезией).

Иногда ложка щипцов встречает препятствие и не продвигается глубже. Это затруднение может быть обусловлено попаданием верхушки ложки в складку влагалища или, что гораздо опаснее, в свод влагалища; необходимо тотчас же прекратить введение ложки и выяснить причину препятствия; вводить ложку необходимо всегда под контролем пальцев.

Затруднения во время введения ложек могут зависеть от значительной конфигурации головки, при которой головная кривизна щипцов не охватывает плотно головку; в этих случаях лучше применить прямые параллельные щипцы Лазаревича.

Если препятствие связано с асимметрией таза, то рекомендуется извлечь ложку, ввести ее не вдоль боковой, а вдоль задней стенки таза и затем попытаться осторожно переместить ее кпереди, подталкивая нижнее ребро ложки.

Препятствие в первом моменте операции может возникнуть и при неправильном введении ложек, когда преждевременно (до прилегания ложки к теменному бугру при затылочном предлежании) опускают рукоятку и верхушки ложек упираются в поверхность головки, а не обходят ее.

Во второй момент операции. Затруднения выражаются в невозможности замкнуть ложки. Это зависит от нахождения ложек в различных плоскостях или от неодинаковой глубины введения ложек. Если ложки лежат не в одной плоскости, вследствие того, например, что одна лежит на теменном бугре, а вторая — на лобной кости, то необходимо отдать правильно введенную ветвь ассистенту, чтобы он удерживал ее; вторую ложку надо осторожно переместить рукой, введенной во влагалище. Это перемещение надо делать до тех пор, пока обе ветви окажутся в одной плоскости и замкнутся.

Н. Н. Феноменов рекомендует такой прием: захватив рукоятки щипцов, произвести одновременно движение в двух направлениях: опустить рукоятки книзу и давлением на боковые крючки повернуть их вокруг длинной оси.

Если и этот прием не удается, то надо извлечь ту ложку, которая неправильно введена, и вновь ввести ее в ином направлении (например, кзади, вдоль крестца), а затем переместить кпереди и в сторону. Если щипцы не замыкаются вследствие неодинаковой глубины их введения, то следует несколько извлечь ту ложку, которая введена глубже (при условии, конечно, что вторая ветвь хорошо охватывает головку), и замкнуть щипцы. Вводить глубже одну ветвь щипцов без контроля пальцев опасно, так как это создает угрозу травматизации родовых путей матери. Если рукоятки щипцов при попытке замыкания щипцов значительно расходятся и пружинят, то это может зависеть от трех причин: недостаточной глубины введения ложек и плохого охвата головки, охвата головки в невыгодном направлении или чрезмерной величины

головки. При недостаточном введении ложек верхушки их давят на поверхность головки; попытка сжатия ложек приводит к тяжким повреждениям плода, вплоть до перелома костей черепа; попытка извлечения плода, несмотря на плохое замыкание щипцов, неминуемо ведет к соскальзыванию щипцов. Это осложнение может возникнуть при нарушении важнейшего правила — вводить ложки только под контролем руки акушера.

Плохое замыкание ложек может быть обусловлено наложением щипцов в невыгодном размере головки, например, лобно-затылочном или косом вместо наилучшего для типичных щипцов — поперечного. Вследствие того, что затруднение это возникает в результате неправильного акушерского диагноза (например, ошибочного определения родничков), надо произвести повторное влагалищное исследование и соответственно переместить ложки. Мы вынуждены прибегать к атипичному наложению щипцов с тазовой кривизной (в косом размере) в случаях низкого поперечного расположения сагиттального шва; однако и эта необходимость отпадает, если применить прямые щипцы Лазаревича, а не щипцы с тазовой кривизной.

В третий момент операции. Отсутствие продвижения головки может зависеть, несмотря на тракции, от: а) неправильного направления тракций и б) неправильных взаимоотношений между размерами таза и головки.

Неоднократно подчеркивалось, что направление тракций должно соответствовать направлению родового канала и моменту механизма родов; эти моменты устанавливаются путем тщательной оценки состояния родовых путей после влагалищного исследования. Кроме того, здесь важно вновь напомнить, что только при прямых щипцах Лазаревича направление тракций за рукоятки совпадает с направлением движения ложек.

Применяя щипцы с тазовой кривизной (когда головка находится в полости таза), следует использовать остроумный прием, о котором писал еще Н. Н. Феноменов, а в недавнее время Н. А. Цовьянов.

При общеравномерно-суженном тазе угол лонной дуги является весьма острым и поэтому надо производить тракцию резко кзади, а не горизонтально, как при нормальном тазе, до тех пор, пока из-под лона выйдет затылочный бугор (при переднем виде затылочного предлежания).

В редких случаях невозможность извлечения выясняется, когда головка находится в выходе из таза. Это бывает при воронкообразном или кифосколиотическом тазе, наличие которого своевременно не было распознано (измерение выхода из малого таза). В этих случаях во избежание тяжелой травмы роженицы следует отказаться от операции наложения щипцов и закончить роды краниотомией. Сужение прямого размера выхода из таза может в редких случаях зависеть от анкилоза крестцово-копчикового сочленения или экзостоза в области этого сочленения; подобное препятствие встречается весьма редко.

В четвертый момент операции обычно затруднений не возникает.

Осложнения при операции наложения акушерских щипцов (соскальзывание щипцов, повреждения матери и плода)

Различают два вида соскальзывания щипцов — горизонтальное и вертикальное (рис. 101 и 102).

Причины соскальзывания щипцов: неправильный захват головки или несоответствующие для наложения щипцов размеры головки (чрезмерно

маленькая или большая головка). Как мы уже писали выше, о неправильном захвате головки следует подумать, если попытка замкнуть щипцы не дает успеха. При тщательном влагалищном исследовании обычно выясняется, в чем же выражается неправильность захвата (малое продвижение ложек или захват головки в несоответствующем размере).

Диагноз угрозы соскальзывания щипцов устанавливается на основании выдвижения ложек из половой щели (хотя головка не продвигается) и увеличения расстояния между замком щипцов и головкой. Очень важно подчеркнуть, что соскальзывание не возникает внезапно и имеет вышеописанные весьма грозные продромальные признаки; следовательно, врач-акушер, внимательно производя операцию, обязан вовремя заметить угрозу соскальзывания и устранить ее. Для этого надо отказаться от попытки предупредить соскальзывание путем более сильного сжатия рукояток; подобный прием грозит смертельной травмой плоду и все же не предупреждает опасности соскальзывания. При подозрении или угрозе соскальзывания щипцов надо прекратить тракции и произвести тщательное влагалищное исследование с целью выяснения причины соскальзывания (см. выше). Затем надо извлечь щипцы и вновь наложить их.

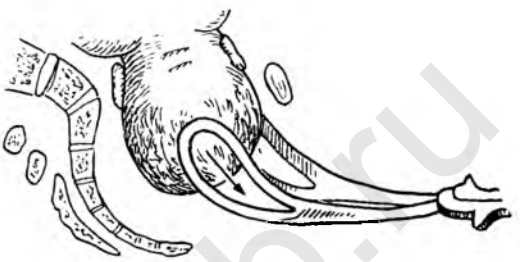

Рис. 101. Вертикальное соскальзывание щипцов.

Если врач не заметит во-время грозных симптомов, то произойдет соскальзывание щипцов, которое может повести к тяжелым повреждениям роженицы (разрыв влагалища, промежности, мочевого пузыря); при подобном осложнении травмируется обычно и плод.

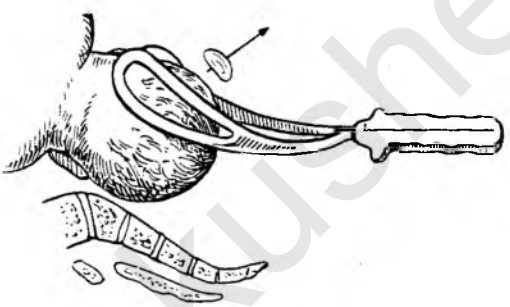

Рис. 102. Горизонтальное соскальзывание щипцов.

Н. А. Цовьянов описывает еще третью форму соскальзывания щипцов, которую он считает наиболее частой — так называемое неполное, или эксцентрическое, соскальзывание щипцов, заключающееся в том, что во время тракций происходит разгибание головки в щипцах с вращением ее вокруг поперечной оси, проходящей через концы ложек. Одним из симптомов этого соскальзывания, помимо отхождения проводной точки головки от проводной оси щипцов, является преждевременное растяжение заднепроходного отверстия лбом плода. Н А. Цовьянов пишет, что заднепроходное отверстие зияет, когда мимо копчика проходит головка и выпирает промежность; если из вульвы показывается значительная часть головки, то давление на прямую кишку приводит к выпиранию ее слизистой и замыканию отверстия прямой кишки. Если отверстие кишки замыкается преждевременно, то это свидетельствует о преждевременном разгибании головки в щипцах и неминуемой угрозе разрыва промежности.

Устранить эту угрозу довольно трудно. Н. А. Цовьянов рекомендует в таких случаях проводить и извлекать головку в косом (соответственно позиции плода) размере выхода таза.

Повреждения родовых путей роженицы возможны в каждом моменте операции, чаще всего во время тракций. Наибольшая опасность угрожает и роженице, и ребенку при высоких щипцах, так как эта операция наиболее сложна. Поэтому данную операцию следует признать нецелесообразной.

Наиболее грозные осложнения операции наложения щипцов: разрыв матки, образование влагалищно-пузырной фистулы.

По данным иностранных авторов, подобные осложнения встречаются относительно часто. Так, по Винтерницу (Winternitz), мочеполовые фистулы возникли после операции наложения акушерских щипцов у 3% больных, по Вилли — в 1,1%.

Грубые повреждения, вплоть до разрыва матки и повреждения мочевого пузыря, наблюдались в период увлечения иностранных авторов щипцами Килланда. Как известно, передняя ложка этих щипцов вводится вначале так, что выпуклость ее головной кривизны обращена к крестцу, а затем ложка поворачивается на 180°. По Кохману (1926—1931), из 398 случаев наложения щипцов Килланда 4 раза был поврежден мочевой пузырь. По Брюкке (Brücke, 1937), из 34 случаев применения операции наложения высоких щипцов (в том числе 10 с моделью Килланда) повреждение мочевого пузыря произошло в 2 случаях; в 5 случаях возникли обширные разрывы влагалища и промежности.

По данным современных отечественных авторов, подобные повреждения не встречались. Описанные еще старыми авторами случаи образования фистулы после операции наложения щипцов следует объяснить чрезмерной длительностью родового акта и запоздалым наложением щипцов, а не травматическим осложнением этой операции.

Авторы, которые сообщают о повышенном травматизме рожениц при наложении акушерских щипцов, применяли, как правило, щипцы с тазовой кривизной. Результаты, полученные авторами, применявшими прямые акушерские щипцы, значительно лучше.

Так, по данным В. А. Бржезинского, который применял исключительно прямые акушерские щипцы Федорова-Лазаревича, разрывы промежности произошли в 12,8%; вместе с тем важно отметить, что среди огромного (826) числа операций наложения прямых щипцов, описанных В. А. Бржезинским, были не только выходные (0,84% к числу родов), но и полостные (1,74%) и даже высокие (0,86%) щипцы.

Операция наложения щипцов весьма редко может повлечь за собой нарушение тазового кольца. При тракциях чрезмерной силы возможен разрыв лонного сочленения или articulationis sacroiliacae. Симптомы этого повреждения появляются в первые же дни послеродового периода в форме болей и невозможности движений ногами. Подобное повреждение могло иметь место в то давнее время, когда пытались с помощью щипцов устранить несоответствие между тазом матери и головкой плода.

При форсированном введении ложек щипцов и последующем извлечении возможно повреждение корешков седалищного нерва с явлениями пареза ног. Описаны случаи изолированного нарушения функций мышц, иннервируемых n. peronei. В резко выраженных случаях у больной выявляется pes equinus, анестезия тыльной поверхности стопы, невозможность согнуть ступню и пальцы. При своевременном электролечении и массаже выздоровление наступает через 4—5 недель.

Подобные повреждения встречаются чрезвычайно редко.

Повреждения плода могут зависеть от чрезмерного сдавливания головки щипцами или от форсированных тракций.

В результате сдавления возможно повреждение кожи, нервов, костей, мозга. Поверхностные повреждения кожи, как и кефалгематомы, при асептическом уходе ликвидируются без дальнейших осложнений. Основная цель при их лечении — предупредить инфекцию.

Если ложка щипцов придавливает лицевой нерв у места выхода его из foramen stylomastoideum, то развиваются явления пареза этого нерва: сглаживание носогубной складки на соответствующей стороне, оттягивание угла рта в здоровую сторону, глаз парализованной стороны полностью не закрывается. Клиническая картина особенно ясна, когда ребенок закричит. Прогноз заболевания, как правило, благоприятный.

Если верхушка ложки щипцов ложится на шею плода (например, при лицевом, передне-головном предлежании), то возможно сдавление с последующим парезом n. brachialis. Подобное осложнение отмечено было (по Я. Н. Полонскому) один раз на 330 оперативных вмешательств.

При очень сильном сдавлении головки ребенок рождается с явлениями повышенного внутричерепного давления: бледность, отсутствие дыхания. Несмотря на применение способов оживления, ребенок не кричит. При благоприятных условиях ребенок начинает дышать: однако нередко в дальнейшем нарастают клинические симптомы внутричерепного кровоизлияния, создающие большую угрозу для жизни ребенка.

В тяжелых случаях ребенок погибает и на аутопсии констатируют явления внутричерепного кровоизлияния, подчас с повреждением мозжечкового намета. В других случаях (Вейль) кровоизлияние диагносцируется у этих детей только при тщательном патогистологическом исследовании серийных срезов мозга. В редких случаях на аутопсии обнаруживаются трещины или перелом костей черепа. В отношении мертворождаемости также отмечается значительное преимущество прямых щипцов по сравнению со щипцами с тазовой кривизной.

Акушерские пособия и операции при тазовом предлежании плода

Роды в тазовом предлежании плода представляют ряд особенностей, которые акушер должен предвидеть и уметь предупредить или устранить быстро и рационально.

К особенностям подобных родов относятся: повышенный процент асфиксий, акушерской травмы плода и мертворождаемости, повышенный процент травматизма родовых путей матери.

Возможность подобных осложнений обусловливается следующими моментами:

а) нередко наблюдающейся слабостью родовой деятельности;

б) угрозой выпадения пуповины;

в) быстрым прохождением последующей головки через родовой канал;

г) возникновением нередко срочных показаний к родоразрешению (извлечение за тазовый конец, ручное пособие).

Таким образом, роды при тазовом предлежании стоят на грани физиологического и патологического акушерства, и каждый акушер обязан хорошо знать ведение подобных родов с их возможными осложнениями и опасностями.

Исходя из вышеизложенного, принято включать в изложение оперативного акушерства те пособия и операции, которые могут по-

надобиться как при физиологическом, так и патологическом течении родов в тазовом предлежании:

1) акушерское пособие при чистом ягодичном предлежании по Н. А. Цовьянову;

2) ручное пособие при тазовом предлежании;

3) извлечение плода за тазовый конец.

Акушерское пособие при ягодичных предлежаниях по Н. А. Цовьянову

Профилактика осложнений при родах в ягодичном предлежании должна начинаться с появления первых схваток. Для предупреждения раннего разрыва плодного пузыря и выпадения пуповины роженицу с появлением первых схваток укладывают в постель и рекомендуют ей лежать на том боку, где находится спинка плода.

До рождения плода до пупочного кольца, а при хорошей родовой деятельности и до нижнего угла передней лопатки необходимо внимательно наблюдать за состоянием плода, если нет показаний для ускорения родов (начинающаяся асфиксия плода). Вместе с тем необходимо проводить профилактику асфиксии по Хмелевскому-Николаеву с момента прорезывания ягодиц и ввести роженице спазмалгин.

Ягодицы плода, установившись своим поперечным размером во входе в таз в левом косом размере (при первой позиции, переднем виде), опускаются в том же размере в полость малого таза. Приближаясь к выходу из малого таза, ягодицы плода начинают постепенно поворачиваться в прямой размер выхода таза, в котором они и прорезываются.

Касаясь членорасположения плода при чистых ягодичных предлежаниях, необходимо отметить наблюдаемое (при доношенном плоде) характерное членорасположение: ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах (вытянутые и прижатые к животу ножки). Необходимо отметить и особо подчеркнуть здесь исключительную важность указанного расположения ножек для благополучного исхода родов для плода. Стопы, касаясь личика плода, препятствуют разгибанию головки даже при некотором влечении плода в случае встретившейся необходимости.

Вследствие такого положения ножек тело плода имеет форму конуса, постепенно расширяющегося кверху. Конус этот достигает своего максимального объема на уровне плечевого пояса; при среднем весе плода в 3 000 г окружность плечевого пояса составляет около 42—44 см, между тем как окружность головки того же плода не превышает 34—35 см.

После рождения из-под лонной дуги передней ягодицы быстро прорезывается (при сильном боковом сгибании позвоночника плода) задняя ягодица, которая скользит по растянутой трубке влагалища (рис. 103).

После рождения ягодиц в прямом размере туловище плода сначала переходит в левый косой размер таза (при первой позиции, переднем виде; в правый косой размер — при второй позиции, переднем виде плода), а затем поворачивается на 45°, спинкой кпереди, затем туловище плода в одну потугу рождается до пупочного кольца и даже выше.

Необходимо в это время поддерживать родившиеся ягодицы во избежание провисания их благодаря собственной тяжести. Поддерживая ягодицы, мы ослабляем давление на промежность, а также облегчаем дальнейшее рождение плода.

Сохраняя указанное положение ножек, мы не получаем запрокидывания ручек и без труда выводим головку.

При обильной сыровидной смазке прикрывают родившиеся ягодицы стерильной марлевой салфеткой (размером 20 × 40 см) для уменьшения скольжения пальцев акушера по телу плода.

В отличие от общепринятого метода захватывают ягодицы так, чтобы большие пальцы акушера располагались не параллельно на

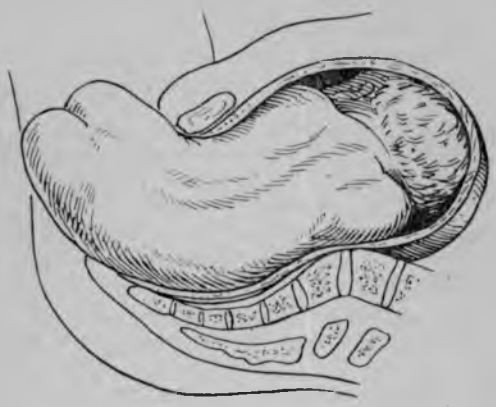

Рис. 103. Прорезывание ягодиц и боковое сгибание туловища.

Рис. 104. Родившиеся ягодицы поддерживаются во избежание провисания их (по Н. А. Цовьянову).

крестце, а на прижатых к животу бедрах плода; остальные четыре пальца каждой руки лежат на крестцовой поверхности плода (рис. 104—105). Подобный захват облегчает движение кпереди родившихся ягодиц.

При очередной схватке и энергичной потужной деятельности плод снова переходит в левый косой размер (при первой позиции, переднем виде; в правый косой размер — при второй позиции, переднем виде) и рождается до нижнего угла передней лопатки, затем плечевой пояс устанавливается в прямом размере выхода таза, переднее плечико плода

akushlib.ru

подходит под лонную дугу. В это время целесообразно направить ягодицы плода несколько на себя, чтобы облегчить рождение из-под лонной дуги передней ручки (рис. 106).

Для рождения задней ручки плод приподнимается кпереди, и из крестцовой впадины освобождается (выводится) задняя ручка, если она сама не выпадает.

Освобождать первой заднюю ручку, как это рекомендуется большинством авторов, по мнению Н. А. Цовьянова, нет оснований. Наблюдение над самопроизвольно заканчивающимися родами в ягодичном предлежа-

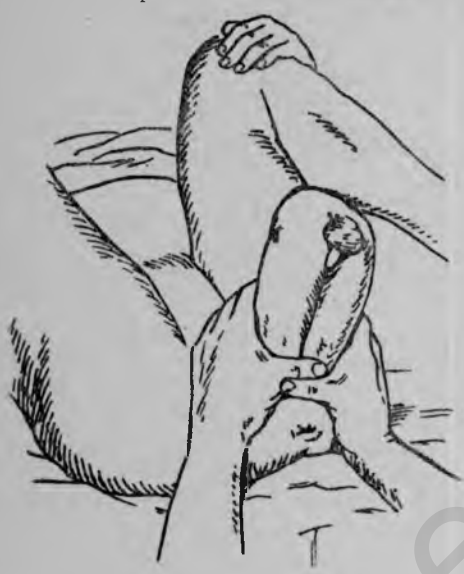

Рис. 105. Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по ножкам (по Н. А. Цовьянову).

Рис. 106. Родившиеся ягодицы акушер направляет на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить рождение передней (верхней) ручки из-под лонной дуги (по Н. А. Цовьянову).

нии показывает, что первой нередко рождается передняя ручка. Тем более нецелесообразно после освобождения задней ручки вращать плод на 180° и переводить переднюю ручку в крестцовую впадину, так как это нарушает естественный механизм родов.

Необходимо отметить, что при нашем (Н. А. Цовьянов) методе ведения родов в чисто ягодичном предлежании у первородящих несколько затрудняется рождение плода до нижнего угла передней лопатки. Это обусловливается пружинящим действием ножек, прижатых к брюшной стенке плода, и все увеличивающимся по направлению к плечевому поясу объемом плода. Направляя кпереди родившиеся ягодицы, способствуют рождению плода до нижнего угла передней лопатки. Последующая головка вступает в таз в поперечном или косом размере таза, противоположном вставлению ягодиц (при первой позиции, переднем виде — в правом, при второй позиции, переднем виде — в левом косом размере).

Согнутая головка плода, под защитой вытянутых ножек, проходит полость таза и опускается до тазового дна. В это время ножки плода выпадают из влагалища и в глубине зияющей половой щели роженицы уже видны подбородок, ротик и ноздри плода.

Выведение последующей головки, опустившейся до тазового дна, уже не может представить никаких затруднений. Способ выведения ее

будет зависеть от родовой деятельности. При хорошей потужной деятельности достаточно направлять ягодицы плода на себя, косо кпереди. Головка, оставаясь в согнутом положении, легко рождается без помощи с нашей стороны. При ослаблении же родовой деятельности, а тем более при остановке ее, что нередко наблюдается в практике, головка выводится ручным приемом Морисо-Левре (Mauriceau-Levret).

Ведение второго периода родов при ножном предлежании плода по Н. А. Цовьянову

Н. А. Цовьянов предложил (1949) оригинальный метод ведения второго периода родов при ножном предлежании: при показывающихся в глубине влагалища ножках плода половую щель прикрывают стерильной пеленкой, а акушер ладонной поверхностью правой руки, приставленной к половой щели, противодействует во время потуг преждевременному рождению ножек. Продолжительность противодействия может быть различной — от 20 минут до 4 часов. Этот метод в настоящее время еще не может быть рекомендован для широкого применения и нуждается в проверке в крупных клинических учреждениях.

Примечание. Соответствующее решение принято в 1952 г. 4-м пленумом Совета родовспоможения и гинекологической помощи.

Ручное пособие при тазовом предлежании

Под этим термином понимают освобождение ручек и последующей головки. Показанием к ручному пособию является замедление изгнания плода, в результате которого плод не рождается через 2—3 минуты, после того как он вышел из половой щели до нижнего угла лопаток.

Условия для ручного пособия. Ввиду того что плод родился уже до нижнего угла лопаток, налицо первое условие—полное раскрытие зева матки. Вопрос о наличии второго важного условия — соответствия между размерами плода и таза роженицы — должен быть разрешен до начала пособия (правильнее, до того как роды в тазовом предлежании решено было вести выжидательно).

При ведении родов в тазовом предлежании необходимо:

1) положить роженицу (когда ягодицы начнут прорезываться) на поперечную кровать Рахманова;

2) акушеру подготовить руки, чтобы быть готовым к оказанию ручного пособия;

3) приготовить инструменты для осмотра шейки, возможной перинеотомии и наложения швов в случае обнаружения повреждений промежности (см. соответствующий раздел);

4) приготовить стерильный катетер с баллоном, ванночку с теплой (38°) водой для оживления плода (по Легенченко), если он родится в состоянии асфиксии;

5) проводить профилактику асфиксии плода по Хмелевскому-Николаеву и ввести роженице спазмалгин с момента прорезывания ягодиц плода.

При производстве ручного пособия нужен один ассистент. Ручное вмешательство производится без наркоза.

Освобождение ручек производится следующим образом. Освобождают первой заднюю ручку, для чего одной рукой берут ножки плода у голеностопного сустава и поднимают их резко кпереди и в сторону, противоположную спинке плода. Во влагалище (по спинке плода, ближе к крестцовой впадине) вводят два пальца (указательный и средний) соответствующей руки (например, для освобождения правой ручки плода — правой руки акушера) и, идя по спинке, затем по плечу плода, доходят до локтевого сгиба (рис. 107). Надавливают на локоть

(не на плечо, так как возможен перелом) и опускают ручку кзади так чтобы она совершила «умывательное» движение; из влагалища показывается вначале локоть, а затем предплечье и кисть. Вторую (переднюю) ручку освобождают, предварительно переводя ее в заднюю. Для этого захватывают двумя руками (четыре пальца спереди, большой палец — сзади) плод за грудную клетку и поворачивают его на 180° (рис 108).

Рис. 107. Освобождение задней ручки (по Н. Н. Феноменову).

Рис. 108. Поворот плода на 180° (по Н. Н. Феноменову).

Этот прием применяют, только убедившись в невозможности вывести переднюю ручку из-под лона. Вращение туловища надо совершить так, чтобы спинка (и затылок) прошла под лонным сочленением. Освобождение второй ручки также производят, захватив плод за голени, подняв ножки кпереди и в сторону, противоположную спинке, и введя два пальца до локтевого сгиба.

Для освобождения последующей головки предложено много способов. Лучшим из них является способ Морисо-Левре-Ляшапель (Lacha-

pelle); туловище плода акушер кладет верхом на предплечье руки и указательный или средний палец руки, на которой находится плод, вводит во влагалище, по задней его стенке, а затем в ротик плода, надавливая на нижнюю челюсть; вторая рука охватывает плод за плечи (рис. 109). Головка выводится соответственно родовому механизму; если головка во входе в таз, то вначале производится влечение (рукой, охватывающей шею, плечи) резко кзади (акушер сидит); когда головка опустится в полость таза, делают тракции кзади и вниз; если головка опустилась настолько,

Рис. 109. Освобождение последующей головки по Морисо-Левре-Ляшапель.

что область большого затылочного отверстия находится у нижнего края лонной дуги, то туловище плода приподнимают резко кпереди (акушер встает) и из половой щели показывается подбородок, личико, лобик, а затем затылок. Рука, охватившая вилообразно плечи и производящая влечение, не должна сдавливать область надключичной ямки.

Извлечение плода за тазовый конец

Операция извлечения плода за тазовый конец, как правило, производится ручными приемами, поэтому она и называется обычно extractio foetus manualis. Различают несколько способов этой операции:

1) извлечение за паховый сгиб;
2) извлечение за ножку (ножки);
3) извлечение за колено (колени).

При инструментальном извлечении (крючком, петлей) процент тяжелых повреждений плода очень высок. Подобный способ извлечения допустим лишь на мертвом плоде. Применение щипцов для извлечения за тазовый конец плода также дает большой процент неудач и осложнений и не может быть рекомендовано.

Показания к операции извлечения плода за тазовый конец. 1. Тяжелые заболевания роженицы (например, нарушения функции сердечно-сосудистой системы), требующие срочного окончания родов.

2. Угрожающая асфиксия плода (аритмия, стойкое резкое ускорение или замедление сердцебиения плода, глухость сердечных тонов, выпадение пуповины).

3. После операции классического поворота плода на ножку.

1. Условия для операции. Полное раскрытие зева матки.

2. Правильное соотношение размеров плода (головки) и таза роженицы.

3. Вскрытие плодного пузыря.

Необходимо учитывать, что операция извлечения плода за тазовый конец представляется, как правило, вмешательством, далеко не безразличным для плода и технически (при ягодичном предлежании) весьма трудным. Поэтому должно быть произведено тщательное предварительное обследование и общего состояния роженицы, и акушерское обследование для возможного уточнения вопроса о наличии реальной возможности извлечь плод.

В каждом случае производства извлечения плода необходимо приготовить все (теплую воду, ванночку, катетер) для производства оживления плода, если он будет извлечен в состоянии асфиксии.

Рис. 110. Извлечение плода за паховый сгиб.

Обстановка для операции. Если нет специальной акушерской операционной, то операция может быть произведена в родовой комнате (при наличии в родовой комнате второй роженицы надо отделить ее ширмой).

Роженицу кладут на операционный стол или поперечную кровать. Способ подготовки роженицы к операции описан в общей части.

Операция производится без наркоза, кроме случаев высокого стояния ягодиц плода. Необходим один ассистент.

Техника операции. Операция извлечения плода за тазовый конец состоит из четырех моментов (Н. Н. Феноменов):

1) извлечение плода до уровня пупка;

2) извлечение плода до нижнего угла лопаток;

3) освобождение ручек;

4) освобождение последующей головки.

Рассмотрим вначале наиболее трудную операцию — извлечение плода за паховый сгиб.

Первый момент операции. Извлечение плода за паховый сгиб производится (при наличии строгих показаний и условий для операции) при ягодичном предлежании. При этом указательный палец акушера вводится в паховый сгиб передней ножки; влечение производится крючкообразно согнутым пальцем, во время потуги; для усиления влечения целесообразно охватить предплечье кистью второй руки (рис. 110).

Если потуги прекратились, то производят влечение с небольшими промежутками длительностью в 40—50 секунд. При высоком расположении ягодиц извлечение пальцем (косо кзади и вниз, а затем вниз) представляется очень трудным; приходится менять руки. Влечение одной рукой производят до того момента, пока устанавливается в половой щели передняя ягодица; тогда вводится палец второй руки в задний

паховый сгиб и выводится задняя ягодица; за ней выводят и переднюю ягодицу — косо вниз и кзади (рис. 111). После рождения тазового кольца при смешанном ягодичном предлежании выпадают ножки.

Тазовое кольцо плода захватывают так (рис. 112), что большие пальцы кладут сзади на ягодицы, а один палец кладут спереди в паховый сгиб и три на бедро (но не на животик). Извлечением плода (тракции кпереди) до пупочного кольца заканчивается первый момент операции.

При чистом ягодичном предлежании, когда ножки вытянуты вдоль туловища, лучше захватить и выводить плод, как советует Н. А. Цовьянов: четыре пальца положить на спинку плода, а большие пальцы на бедра; при выведении туловища оно соответственно механизму родов приподнимается кпереди. Во время извлечения (первый, второй и четвертый момент операции) ассистент осторожно надавливает на дно матки, чтобы предупредить разгибание головки.

Второй момент операции. В этом моменте плод извлекается до уровня нижнего угла лопаток.

Рис. 111. Извлечение плода за тазовый конец (по Н. Н. Феноменову).

Рис. 112. Извлечение плода до пупочного кольца (по Н. Н. Феноменову).

Этот момент выделяется (Н. Н. Феноменов) вследствие того, что:

а) к освобождению ручек можно приступить лишь после того, как плод родился до уровня нижнего угла лопаток;

б) со времени выхода плода до уровня пупка последующая головка, вступающая во вход в таз, может ущемить пуповину; это грозит возникновением асфиксии. Не рекомендуется никакого подтягивания пуповины, так как это может обусловить возникновение у плода асфиксии.

Третий и четвертый моменты операции. Освобождение ручек и головки производится так же, как при ручном пособии при тазовом предлежании.

Инструментальное извлечение плода за паховый сгиб

Это вмешательство производится с помощью тупого крючка, который вводят (под контролем руки) в паховый сгиб передней ягодицы; конец крючка находится между ножками плода. Направление тракций за

крючок то же, что и при влечении пальцем. Ввиду большой опасности перелома бедра, извлечение крючком может быть произведено только при мертвом плоде.

Извлечение плода за ножку

Операция извлечения плода за ножку (при полном или неполном ножном предлежании) легче, чем предыдущая, так как с самого начала мы имеем возможность хорошо захватить ножку и удобно тянуть за нее.

Первый момент операции. Ножка захватывается всей рукой, причем лучше захватить ее в области коленого сустава, выше и ниже его, чтобы предупредить растяжение сустава (рис. 113). Влечение за ножку производится книзу. Вторая ножка не освобождается, а рождается самостоятельно. После рождения ножек и тазового кольца плод захватывают, как указано выше, и извлекают до уровня пупочного кольца.

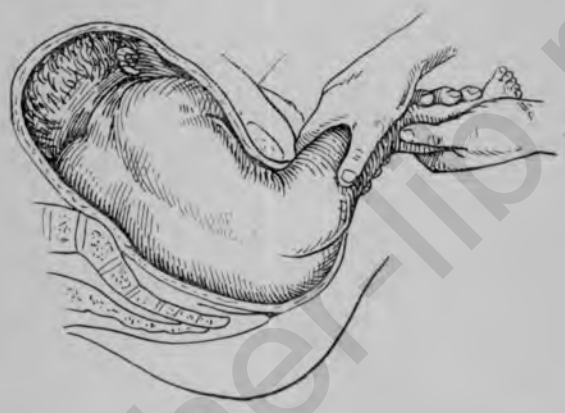

Рис. 113. Извлечение плода за ножку (по Н. Н. Феноменову).

Второй, третий и четвертый моменты операции. Последующие моменты операции аналогичны операции извлечения плода за тазовый конец.

Извлечение плода за коленный сгиб

Коленное предлежание плода встречается очень редко. Извлечение за коленный сгиб производится следующим образом: указательным пальцем (крючкообразно согнутым) захватывают ножку в области подколенной ямки и, производя влечение, выводят ножку. Дальнейший ход операции не отличается от операции извлечения плода за ножку.

Профилактическое низведение ножки

Операция профилактического низведения ножки производилась отдельными акушерами при ягодичных предлежаниях (когда ягодицы подвижны над входом в таз) с целью облегчить извлечение плода. Однако вмешательство это не может быть в настоящее время рекомендовано, так как оно грозит травмой роженице и ребенку и нередко влечет за собой асфиксию плода. Попытка низведения ножки при опускании ягодиц в полость или выход таза должна быть категорически отвергнута как очень опасная (травма!) и для роженицы, и для плода.

kusher-lib.ru

Трудности и осложнения при ручном извлечении плода и ручном пособии при тазовом предлежании

Первый момент операции. Большие трудности (и опасности) возникают при пальцевом влечении за паховый сгиб, если ягодицы расположены высоко. При давлении не в паховой складке, а на бедро возможен перелом его и повреждение кожных покровов. Поэтому необходимо тщательно ориентироваться в правильном захвате плода за паховый сгиб. Попытки извлечения живого плода при помощи крючка или петли должны быть категорически отвергнуты ввиду угрозы тяжелой травмы плода.

Затруднения в первом моменте операции могут зависеть также от наличия у плода опухоли крестцовой области или асцита. В первом случае показано удаление опухоли, во втором — прокол брюшной стенки и выпускание асцитической жидкости.

Рис. 114. Три степени запрокидывания ручек (по Г. Г. Гентеру).

Второй момент операции. Этот момент операции не представляет обычно трудностей. Для того чтобы предупредить соскальзывание рук, таз ребенка покрывают стерильной салфеткой.

Третий момент операции. При освобождении плечевого пояса и ручек могут встретиться большие трудности. Первая трудность при освобождении ручек может зависеть от того, что приступают к вмешательству раньше, чем оно технически осуществимо: до появления нижнего угла лопаток плода. В этих случаях может произойти серьезное осложнение: не имея возможности дойти до локтевого сгиба, акушер производит давление на плечо плода и переламывает плечевую кость. Путь предупреждения подобного осложнения — освобождение ручек только после рождения плода до нижнего угла лопаток и после введения пальцев до локтевого сгиба.

Вторая большая трудность при освобождении ручек — запрокидывание их. Различают (Г. Г. Гентер) три степени запрокидывания ручек (рис. 114): 1) ручки лежат у лица; 2) ручки лежат у ушей; 3) ручки лежат на затылке плода.

Запрокидывание ручек возникает вследствие чрезмерно быстрого извлечения за тазовый конец или несоответствия размеров таза роженицы и плода. Пути устранения одной из причин запрокидывания ручек понятны — отказ от торопливости и предварительное тщательное обследование роженицы.

При обнаружении запрокидывания ручек рекомендуют следующие приемы. Вводят во влагалище два-четыре пальца (или всю кисть) и стараются вывести запрокинутую ручку. В крайнем случае, если не удастся низвести ручку (ручки), приступают (при недоношенном плоде!) к попытке извлечения головки вместе с ручками. Однако необходимо

помнить, что при повторных попытках освободить запрокинутые ручки теряется время, и плод может погибнуть от асфиксии. Это необходимо учитывать при принятии решения о довольно травматичной операции извлечения головки вместе с запрокинутыми ручками. Попутно укажем, что следует категорически отвергнуть предложение отдельных старых авторов извлекать ручки путем предварительного перелома плечевой кости. Такой прием, кроме того, что очень груб, еще и совершенно несостоятелен.

При запрокидывании задней ручки предлагают совершить поворот туловища плода на 180°, так чтобы под лобком прошла спинка. Передняя не запрокинутая ручка после поворота становится задней и освобождается. Затем вновь делают поворот туловища плода на 180° и выводят запрокинутую ручку.

Оба эти предложения вряд ли можно признать рациональными, так как, во-первых, нельзя ручаться, что запрокидывание ручек ликвидируется, а во-вторых, на исполнение их тратится еще дополнительное время и плод может погибнуть. Поэтому следует признать более рациональной попытку вводить во влагалище всю руку с целью освобождения запрокинутой ручки.

Затруднения при извлечении ручек могут возникнуть при заднем виде тазового предлежания. Возможность образования заднего вида должна быть предупреждена во время извлечения ножек и туловища плода. Если все же это произошло, то необходимо перевести головку в прямой или косой размер малого таза; при этом необходимо учитывать, в какую сторону легче совершается этот поворот. Когда поворот головки (и туловища) совершен, то выведение ручек не встречает затруднений. Поворот головки из косого в прямой размер таза с поворотом затылка кпереди осуществляется путем комбинированного давления пальцев двух рук, введенных во влагалище, на головку; пальцы одной руки располагаются на височной кости, второй — позади ушка плода противоположной стороны.

При извлечении последующей головки могут встретиться наибольшие и самые разнообразные затруднения и осложнения.

Рассмотрим различные причины этих затруднений и пути их устранения.

Разгибание головки. Головка разгибается, если, например, прием Морисо-Левре-Ляшапель применяют неправильно — поднимают туловище кпереди до фиксации области подзатылочной ямки у нижнего края лобковой кости; разгибание головки, как правило, происходит при извлечении ее по так называемому пражскому способу.

Этот способ антифизиологичный и грубый. Он состоит в следующем: одной рукой путем тракции плод извлекают за ножки резко кзади, а затем кпереди, вторая рука акушера при этом лежит вилообразно на плечах.

При диагнозе разгибания головки стремятся достигнуть сгибания ее — акушер вводит указательный (или средний) палец в рот, а ассистент одновременно осторожно надавливает на головку сверху.

Поворот головки подбородком кпереди. В случае образования заднего вида можно испытать один из следующих двух способов:

1. Если возможно, то вводят кончик указательного (или среднего) пальца в ротик плода и стремятся произвести сгибание головки и вывести из-под лонного сочленения путем тракции кзади подбородок и лицо, до образования точки фиксации—glabella—под лоном (рис. 115),

затем туловище плода резко отклоняется кпереди и головка выводится над промежностью.

Если этот прием не удается, то, удерживая палец во рту, быстро поднимают туловище (за ножки) кпереди и выводят головку. В этом случае точка фиксации — переносица или скуловые кости; над промежностью выкатывается затылок, а затем при опускании ножек — лицо.

Рис. 115. Извлечение последующей головки в заднем виде—сгибание головки (по Н. Н. Феноменову).

2. Если подбородок весьма высоко и не удается достичь ротика, то производят давление на подбородок снизу, стремясь увеличить разгибание (рис. 116). В это же время захватывают пальцами второй руки плечики и поднимают их резко кпереди. При подобном извлечении точка фиксации плода спереди находится на передней поверхности шеи, а над

Рис. 116. Извлечение последующей головки в заднем виде—разгибание головки (по Н. Н. Феноменову).

промежностью выкидывается затылок и при дальнейшем поднимании ребенка кпереди и кверху параллельно передней брюшной стенке матери рождается личико и, наконец, подбородок.

Если подбородок находится слева или справа в полости таза, то стремятся повернуть его кзади. Для этого применяют один из следующих приемов:

1) одной рукой, введенной во влагалище, надавливают на подбородок сбоку, стремясь повернуть его кзади, и затем производят обычное двуручное извлечение головки;

2) поворачивают головку подбородком кзади, при помощи пальцев двух рук: одной рукой надавливают на щеку, а второй — на область затылка с противоположной стороны.

Результаты операции извлечения плода за тазовый конец

Операция извлечения за тазовый конец является весьма травматичной как для роженицы, так и для плода.

Разрыв шейки матки. Разрыв шейки матки происходит, если не соблюдается основное условие для операции—полное раскрытие зева, а также при форсированном извлечении головки. При глубоком разрыве шейки матки возможно повреждение маточной артерии и грозное, опасное для жизни, кровотечение.

Разрыв промежности. Рождение плода в тазовом предлежании нередко сопровождается разрывом стенки влагалища и промежности у роженицы, так как последующая головка очень быстро проходит по родовому каналу.

Для предупреждения указанных повреждений необходимо при извлечении головки подражать нормальному механизму родов и не форсировать извлечение.

Травма костного таза. Травма костного таза возникает очень редко при попытке форсированного извлечения головки при водянке ее, при крупном плоде или при анатомически узком тазе.

Для предупреждения этого тяжелого осложнения необходимо своевременно диагностировать несоответствие между размерами таза и головкой плода.

Повреждение плода. Повреждения плода могут быть разнообразными (кровоизлияние в мозг, переломы костей черепа, позвоночника, конечностей, травма печени, нервных стволов). Эти повреждения возникают при трудных операциях или при нарушении технических правил операции.

Кесарево сечение

Под этим названием в акушерстве понимают два вида операций: абдоминальное кесарево сечение и влагалищное кесарево сечение.

Операции эти состоят в извлечении плода и последа из матки после хирургического рассечения ее.

Краткие исторические данные

Термин «кесарево сечение» (sectio caesarea) является тавтологией, сочетанием двух равнозначных слов: secare и caedere, обозначающих резать, рассекать.

Операция кесарева сечения в случаях внезапной смерти женщины в конце беременности и явственных движений плода известна была еще индусам (как об этом свидетельствуют книги индусов — «Веды», относящиеся к 1 500 годам до нашей эры).

В Риме был закон Нумы Помпилия (VII век до нашей эры), запрещающий погребение умерших рожениц или беременных до рассечения живота и извлечения плода. Однако достоверные данные об извлечении живого ребенка путем кесарева сечения относятся лишь к 1610 г. (случай Траутмана); исход операции был благоприятным для ребенка, мать же внезапно умерла на 24-й день после операции. По Г. Гентеру, впервые кесарево сечение на живой было произведено в 1540 г.

В последующие 350 лет операцию кесарева сечения на живой делали весьма редко, так как она представлялась весьма опасной — послеоперационная смертность достигала почти 100%. Известный французский акушер Морисо (XVII век) писал, что «...произвести операцию кесарева сечения равнозначно убийству матери».

В конце XVIII века в Париже была основана даже специальная лига борьбы против кесарева сечения, основатель которой Сакомб (Sacombe) резко нападал на сторонников этой операции, обвиняя их [в том числе и известных акушеров Левре и Боделока (Baudelocque)] в убийстве рожениц. В Париже (до 1870 г.), в Венском родильном доме (до 1877 г.), смертность достигла 100%. По данным Штадтфельда (Stadtfeldt) материнская смертность после кесарева сечения достигала в Норвегии и Дании в первой половине XIX века 95%.

Первая отечественная диссертация о кесаревом сечении принадлежит Даниле Самойловичу (1780).

Впервые в России кесарево сечение было произведено (с благоприятным исходом) в 1756 г. Эразмусом, второе — в 1796 г. Зоммером (тоже с благоприятным исходом), третье — в 1842 г. Рихтером. По данным А. Ф. Пономарева, до 1881 г. кесарево сечение было произведено в России 21 раз; выздоровело только 4 больных.

Столь печальные результаты зависели от двух причин: септической инфекции и послеоперационных кровотечений, так как рану матки, как правило, не зашивали. Г. И. Кораблев, описывая операцию кесарева сечения, говорил, что «...после извлечения последа надо без промедления приступить к закрытию раны брюшной; о ране же маточной никто уже теперь не думает...» [1]. Поводом для отказа от зашивания матки послужили данные вскрытия женщин, погибших после кесарева сечения: швы матки, как правило, нагнаивались. В поисках путей к снижению смертности возникло предложение ампутировать (или экстирпировать) матку после операции кесарева сечения.

В 1875—1876 гг. Г. Е. Рейн в экспериментах на животных показал, что операция экстирпации матки не смертельна. В 1876 г. Порро (Porro, Генуя) предложил ампутировать матку после кесарева сечения и вшивать культю матки вне брюшины в нижний угол раны. В 1874 г. Штольц, первый в России [за 8 лет до Керера (Kehrer) и Зенгера (Sänger)], произвел кесарево сечение с последующим зашиванием матки. Осуществление этого предложения и успехи антисептики и асептики привели к улучшению результатов операции кесарева сечения и значительному расширению показаний к нему.

В диссертации А. И. Замшина (1888) приводятся данные о 61 операции кесарева сечения с 30 смертельными исходами (из этого числа операций 16 произведено по Рейн-Порро).

В 1890—1900 гг. число операций кесарева сечения в нашей стране увеличивается (по А. Ф. Пономареву) до 125; смертность после операции снижается до 17,6%. Операцию начинают применять не только при абсолютных, но и при так называемых относительных показаниях (клиника А. И. Лебедева). Успехи антисептики и асептики дали основание Г. Е. Рейну выступить на I съезде российских акушеров и гинекологов (1903) с предложением значительно расширить показания к кесареву сечению, как операции типичной, чисто хирургической и технически простой.

---

[1] Г. И. Кораблев, Учение о жизни женской, т. III, 1843, стр. 295.

Однако достигнутое улучшение результатов после операции кесарева сечения не остановило дальнейших научных исканий с целью упрощения операций и главным образом расширения показаний к ней у инфицированных больных. Дюрсен (Dührssen) предложил (1896) оригинальную операцию — влагалищное кесарево сечение. В 1905—1912 гг. число сторонников широкого применения этой операции было значительным. Однако операция влагалищного кесарева сечения не могла и не может в настоящее время конкурировать с абдоминальным кесаревым сечением (прежде всего при узком тазе и предлежании плаценты) и имеет свои специфические показания, главным образом в первые 4—7 месяцев беременности (см. дальше). Попытки расширения показаний к кесареву сечению у инфицированных больных путем предложения новых модификаций [внебрюшинное кесарево сечение, операции Зельгейма (Sellheim), Порта (Port), Смита (Smith) и др.] нельзя считать достаточно удачными. Важным прогрессом в технике операции было предложение производить так называемое кесарево сечение в нижнем сегменте матки и ретровезикальное кесарево сечение.

Однако успехи асептики и дальнейшее снижение процента смертности (при недооценке отдаленных последствий операции кесарева сечения), неправильная трактовка статистических данных об исходах влагалищных акушерских операций, которые будто бы не дают лучших исходов по сравнению с абдоминальным кесаревым сечением, привели ряд иностранных [американских и немецких—Дэрфлер (Dörfler), Гирш (Hirsch)] авторов к предложению (в 30-х годах нашего века) отказаться от многих достижений акушерской науки (в случаях тазового предлежания, поперечного положения плода, относительного сужения таза и др.) и заменить большинство родоразрешающих влагалищных акушерских операций абдоминальным кесаревым сечением.

Подобное ультрахирургическое направление в акушерстве привело к огромному росту процента абдоминальных кесаревых сечений в ряде иностранных государств. Так, в некоторых штатах США операция кесарева сечения производилась в 30-х годах нашего века 1 раз на 12 и даже 6 родов. По данным, опубликованным Мельвиль Коди в американском журнале «Акушерство и гинекология» (1951, т. 62, № 2), процент кесаревых сечений в ряде учреждений необыкновенно высок и колеблется от 2,9 до 8,1.

Наши отечественные акушеры дали резкую отповедь подобному направлению. На VIII и IX Всесоюзных съездах акушеров и гинекологов по докладам В. С. Груздева и В. Я. Тимофеева, В. Я. Илькевича, М. Ф. Леви, С. А. Селицкого были одобрены следующие принципиальные положения:

1) «признавая вполне желательным расширение круга применения абдоминального кесарева сечения, необходимо возможно точно определить и установить как показания, так и условия для этой операции и строго придерживаться в практике этих показаний» (В. С. Груздев и В. Я. Тимофеев);

2) «производить кесарево сечение следует с определенными ограничениями, а именно, не вторгаясь в физиологическое течение родового акта и не стремясь заменить акушерство чистой хирургией» (В. Я. Илькевич, М. Ф. Леви, С. А. Селицкий).

В годы после Великой Отечественной войны, в связи с дальнейшим улучшением качественных показателей родовспоможения, применением антибиотиков и переливания крови, отмечается некоторое повышение процента кесарева сечения. Так, по данным отдельных родильных домов

Москвы, в 1945 г. эта операция была произведена в 0,4% родов, в 1950 г. — в 0,8%.

Четвертый пленум Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР обсудил (1952) этот вопрос и вновь подтвердил, что кесарево сечение и в настоящее время является серьезным оперативным вмешательством, показания к которому должны быть в каждом конкретном случае серьезно взвешены и обоснованы.

Таким образом, отечественные акушеры отвергли путь чрезмерного хирургического увлечения, т. е. необоснованного применения абдоминального кесарева сечения. Принимая во внимание интересы матери и плода, советские акушеры производят операцию кесарева сечения лишь по достаточно обоснованным показаниям, не отказываясь в то же время от достижений акушерской науки и признавая огромное значение вдумчивого анализа как общего состояния роженицы, так и динамики родового акта и применения влагалищных операций, когда для них есть показания и условия.

В связи с таким направлением в нашей отечественной акушерской науке, процент операций абдоминального кесарева сечения, по данным советских акушеров, во много раз меньше, чем у зарубежных авторов.

Показания к абдоминальному кесареву сечению

Вопрос о показаниях к этой операции претерпел сложный путь эволюции в связи с развитием хирургии вообще и абдоминальной хирургии в частности, а также достижениями антисептики и асептики.

Еще в 70-х годах XIX века акушеры допускали только так называемые абсолютные показания к операции; под этим термином подразумевали такие патологические состояния, при которых невозможно извлечь через естественные родовые пути ни живой, ни мертвый (даже после эмбриотомии) доношенный плод.

Советские акушеры и гинекологи в равной мере стремятся сохранить жизнь как матери, так и плода и поэтому не следует придерживаться определения абсолютных показаний к кесареву сечению эпохи 70—80-х годов XIX века. Это понятие в интересах сохранения жизни внутриутробного плода должно быть расширено.

С другой стороны, подлежит конкретизации и обширная группа так называемых относительных показаний.

Абсолютные показания

1. Абсолютно узкий таз, истинная конъюгата которого (или другой суженный размер) 6,5 см и меньше (прежнее определение абсолютно узкого таза), а также узкие тазы с истинной конъюгатой 7,5—6,5 см (современное определение абсолютно узкого таза).

У рожениц, таз которых имеет истинную конъюгату 7,5—6,5 см, возможно извлечение доношенного плода через естественные родовые пути только лишь после эмбриотомии; подобную операцию на живом плоде следует отвергнуть.

У рожениц, таз которых имеет истинную конъюгату 6,5 см и меньше, доношенный плод не может быть извлечен через естественные родовые пути ни живым, ни мертвым (после эмбриотомии).

2. Таз с экзостозами и опухолями, которые резко уменьшают размеры его полости (прямой, косой или поперечный), до 7,5 см и меньше.

3. Таз с резко выраженными остеомалятическими изменениями.

4. Таз, форма которого резко изменена и размеры уменьшены до 7,5 см и меньше вследствие переломов и смещения костей.

5. Наличие опухоли (доброкачественной или злокачественной) матки, влагалища, труб, яичников, тазовой клетчатки, кишечника, лимфатических узлов, костей таза, которая вследствие своих размеров и малой подвижности или полной неподвижности делает таз абсолютно узким. В этих случаях показано кесарево сечение в сочетании с радикальным вмешательством, если оно возможно и обосновано.

6. Наличие стенозов, рубцовых сужений влагалища после инфекционных заболеваний (дифтерия, корь, скарлатина) или травматических повреждений, которые исключают не только возможность естественного рождения живого доношенного плода, но и извлечения его после эмбриотомии.

7. Полное предлежание плаценты.

Относительные показания

В настоящее время кесарево сечение производится в огромном большинстве случаев при так называемых относительных показаниях, когда не исключена возможность извлечения плода через влагалище (однако с риском для жизни плода и матери или одного из них). Вопрос о применении кесарева сечения по относительным показаниям был впервые разработан в нашей стране клиникой проф. А. И. Лебедева (1886).

Число так называемых относительных показаний весьма велико, и четкое их определение представляет нередко большие трудности. Однако для их характеристики существенно важным является следующий принцип: стремление спасти как жизнь матери, так и ребенка.

К этим показаниям относятся:

1. Узкий таз: а) узкий таз, истинная конъюгата которого равна 9,1—7,5 см; б) клинически (функционально) узкий таз.

2. Опухоли влагалища, матки, труб, яичников, клетчатки, кишечника, лимфатических узлов, костей таза, наличие которых обусловливает сужение емкости таза до размеров, указанных в п. 1а.

3. Роды после предшествующей операции:

а) кесарева сечения, осложнившегося септическим заболеванием в послеоперационном периоде и нагноением операционной раны;

б) консервативного восстановления целости матки по поводу самопроизвольного разрыва ее;

в) фистулоррафии по поводу уретро-везико-вагинальной и ректовагинальной фистулы.

4. Частичное предлежание плаценты при наличии четко выраженной реакции со стороны роженицы (изменение общего состояния, кровяного давления) и невозможности срочной остановки кровотечения путем применения влагалищного вмешательства.

5. Преждевременная отслойка плаценты при наличии тех же условий, которые указаны в п. 4.

6. Угроза разрыва матки.

7. Когда у больной с заболеванием сердечно-сосудистой системы возникает в первом периоде родов острая сердечно-сосудистая недостаточность и консервативное лечение не дает эффекта.

8. Гипертоническая болезнь в тяжелой форме.

9. Крайне тяжелые формы токсикозов второй половины беременности (эклампсия, острая дистрофия печени).

10. Запущенное поперечное положение плода у «старых» первородящих при живом плоде и отсутствии проявлений инфекции и настойчивом желании роженицы иметь ребенка.

11. Выпадение пуповины при головном или тазовом предлежании плода у «старой» первородящей при отсутствии явлений инфекции и настойчивом желании женщины иметь ребенка.

12. Неправильные вставления и предлежания, как-то: positio occipitalis pubica seu sacralis, лобное, лицевое предлежание со спинкой плода, обращенной к лону роженицы.

13. Состояние агонии или внезапная смерть роженицы.

Необходимо остановиться подробнее на вышеперечисленных относительных показаниях.

1. Узкий таз (анатомически и клинически).

Определение показаний к операции кесарева сечения при незначительных сужениях таза (с истинной конъюгатой выше 7,5 см) представляет нередко очень большие трудности и может быть установлено не во время беременности, а только после тщательного наблюдения за динамикой родового акта. В этих, подчас очень сложных случаях, вопрос об оперативном вмешательстве разрешается на основе изучения суммы факторов: акушерского анамнеза, общего состояния роженицы, ее возраста, соотношений между размерами плода (головки) и таза, характера родовой деятельности, механизма родов. Остальные факторы имеют значение только при оценке сочетания их в динамике; при этом необходимо учесть, что больше чем в 80% подобные роды могут закончиться самопроизвольным рождением плода.

Данные акушерского анамнеза должны быть по возможности полными и оцениваться критически и с известной осторожностью. Понятие о динамично-функциональной диагностике сужения таза весьма четко отражает термин, предложенный Б. А. Архангельским, — клинически узкий таз.

При этом надо учитывать, кроме других моментов, признак Вастен-Генкеля (Henckel), плотность костей головки, способность ее к конфигурации, способ вставления, состояние ребенка (частота, ритм, характер сердцебиения, отхождение, мекония), характер родовой деятельности.

Если при повторном наружном и влагалищном исследовании не обнаруживается продвижение предлежащей части (после полного раскрытия зева матки) после 3—4 часов (у первородящей) или 2—3 часов (у повторнородящей), то имеются показания к кесареву сечению.

Определение длительности допустимого наблюдения (особенно после отхождения вод) может быть лишь ориентировочным. Опыт акушера, тщательный анамнез, учет особенностей каждого случая — основные условия, которые позволяют своевременно определить показания к кесареву сечению.

2. Опухоли женских половых органов, кишечника, клетчатки, лимфатических узлов таза. В этих случаях при сравнительно небольших размерах опухоли возможно извлечение плода после эмбриотомии. Однако подобное вмешательство противоречит основному стремлению советских акушеров — сохранить жизнь матери и ребенка — и, конечно, побуждает к производству операции кесарева сечения в сочетании с удалением опухоли. При этом необходимо разъяснить женщине, что отказ от операции кесарева сечения не может избавить ее от необходимости влагалищной операции для извлечения плода и возможно еще второй операции (в дальнейшем) для удаления опухоли.

3. Роды после предшествующей операции. Показания к операции кесарева сечения возникают, если предшествующие роды закончились операцией кесарева сечения и послеоперационный период осложнился нагноением швов с лихорадочным течением. При осмотре роженицы обнаруживается звездчатый или широкий рубец на передней брюшной стенке с истончением подлежащих тканей. Важно при этом исследовании воспользоваться приемом, который рекомендует Б. А. Архангельский — сместить рубец передней брюшной стенки в сторону и тщательно пальпировать переднюю стенку матки (констатировать вдавление на стенке матки в месте бывшего операционного разреза). Наибольший процент разрывов матки по рубцу ее отмечается после классического кесарева сечения (разрез в теле матки) и после поперечного разреза тела матки по дну ее.

Роды у женщин, которые подвергались при предшествующих родах консервативной операции по поводу самопроизвольного разрыва матки, представляют большую угрозу повторного разрыва матки по рубцу ее.

В подобных случаях следует считать обоснованным производство операции кесарева сечения в конце беременности, а не во время родов.

Роды у женщин, подвергавшихся операции для устранения мочеполовой фистулы, являются показанием к операции кесарева сечения не только при узком, но и при нормальном тазе, так как известно, какое тяжелое страдание представляет мочеполовая или кишечно-половая фистула и как сложны бывают операции (нередко повторные) для ее устранения.

4. Частичное предлежание плаценты. Изучение данных о результатах родов при предлежании плаценты показывает, что даже в современных условиях эта патология представляет немалую опасность как для плода, так и для матери, особенно при влагалищном родоразрешении и операции поворота по Брэкстон-Гиксу.

Операция кесарева сечения показана как в интересах матери, так и плода при наличии большой кровопотери у беременной или роженицы и неподготовленных родовых путях для срочного влагалищного вмешательства.

5. Преждевременная отслойка плаценты. При преждевременной отслойке (во время беременности или в начале первого периода родов) нормально расположенного детского места картина заболевания может быть в отдельных случаях очень грозной: комбинация явлений шока (острые боли, перерастяжение матки с кровоизлиянием в ее стенку, а иногда и нарушением целости стенки матки) и острого малокровия (большое кровоизлияние в полость матки). У подобных больных (при отсутствии условий для срочного влагалищного родоразрешения) показана операция абдоминального кесарева сечения. В очень редких случаях после извлечения плода и последа возникает вопрос о целесообразности сохранения матки или удаления ее. Обнаружение множественных кровоизлияний в стенке матки, а тем более нарушения целости ее вынуждают акушера к производству ампутации матки.

6. Угроза разрыва матки. «Классический» симптомокомплекс угрожающего разрыва матки (беспокойное состояние роженицы, весьма резкая болезненность схваток, болезненность при пальпации живота над лобком, тетаническое сокращение матки, высокое и косое расположение ретракционного кольца), описанный Бандлем (Bandl), встречается нечасто и в ряде случаев свидетельствует о происходящем или происшедшем уже разрыве матки.

В этих случаях при неподготовленных родовых путях и подвижности предлежащей части, безусловно, показано срочное абдоминальное кесарево сечение (независимо от жизни или смерти плода).

В ряде случаев симптомы угрожающего разрыва матки выражены недостаточно отчетливо. Большое значение имеют (Н. З. Иванов, Я. Ф. Вербов) указания на неблагоприятное течение предшествующих родов (большая длительность родов, интранатальная смерть плода, плодоразрушающие операции, послеродовое заболевание, сопровождавшееся лихорадочным состоянием), абортов (криминальный аборт, осложнения, заболевания с лихорадочным течением, нагноением экссудата, оперативным вмешательством). При оценке течения данных родов важно учесть соотношения между размерами головки плода и таза (большая окружность живота, крупная, плотная головка) и эффективность родовой деятельности.

Важное значение для своевременной правильной оценки клинической картины угрожающего разрыва матки у рожениц с неблагоприятным акушерским анамнезом имеет знакомство каждого акушера с работами отечественных авторов — Н. З. Иванова (Акушерство, 1926, ч. II, стр. 97—107) и Я. Ф. Вербова (Журнал акушерства и женских болезней, 1911, 10, 11).

7. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Вопрос о выборе метода родоразрешения у больной с заболеванием сердечно-сосудистой системы представляет очень большие трудности и может быть разрешен лишь после тщательного совместного наблюдения за больной в стационаре как акушера, так и терапевта. Подобных тяжело больных необходимо заблаговременно госпитализировать в более крупных учреждениях (районная, межрайонная или городская больница), где может быть обеспечена соответствующая помощь.

Операция кесарева сечения может быть показана в исключительных случаях — при возникновении в конце беременности или в первом периоде родов явлений острой декомпенсации или при декомпенсации, которая не могла быть устранена, несмотря на настойчивое лечение в стационаре.

8. Гипертоническая болезнь может служить показанием к кесареву сечению лишь при тяжелой картине нарушений внутричерепного кровообращения.

9. Поздние токсикозы беременности могут быть показанием для операции кесарева сечения лишь в исключительных случаях. Огромная профилактическая работа, осуществляемая в нашей стране, обусловила не только резкое снижение частоты тяжелых токсикозов (в первую очередь эклампсии), но и изменение характера их течения в более благоприятную сторону. Кроме того, общепризнано консервативное направление (по В. В. Строганову: абсолютный покой, сернокислый магний, бережное родоразрешение) в лечении эклампсии, которое дает неизмеримо лучшие результаты, чем активное, с применением таких крупных оперативных вмешательств, как кесарево сечение. Показания к операции абдоминального кесарева сечения по поводу эклампсии возникают в исключительных случаях: отслойка сетчатки, начинающийся отек легких, кровоизлияние в мозг, длительное бессознательное состояние, несмотря на систематическое проведение консервативной терапии и кровопускание.

В настоящее время при рациональной терапии (глюкоза, инсулин) прогноз заболевания острой дистрофией печени не является абсолютно неблагоприятным. Однако развитие тяжелейшего коматозного состояния

матери может обусловить необходимость кесарева сечения для спасения жизни плода.

10 и 11. Показания к операции при запущенном поперечном положении плода и выпадении пуповины изложены выше.

12. Неправильные вставления. Показания к операции кесарева сечения могут возникнуть при positio occipitalis pubica seu sacralis, при лобном или лицевом предлежании (спинка кпереди), если, несмотря на регулярные средней силы схватки и полное раскрытие зева матки, головка не вставляется и не изменяется характер вставления.

13. Состояние агонии или внезапная смерть женщины во время родов. Показания к операции абдоминального кесарева сечения возникают лишь в исключительных случаях. В случае внезапной смерти во время родов плод может быть извлечен живым (при неподготовленных для влагалищного родоразрешения родовых путях) путем кесарева сечения лишь в течение ближайших минут (до 10 минут) после смерти матери. Операция должна быть произведена с соблюдением всех правил асептики (во избежание несчастья при ошибочной диагностике смерти).

По сборной статистике А. Ф. Пономарева, при 17 операциях кесарева сечения на умирающих извлечено живыми 7 детей, при 122 операциях на мертвых удалось спасти лишь 18 детей.

Условия для операции абдоминального кесарева сечения

Необходимо констатировать, что и в настоящее время угроза инфекции представляет основную опасность операции абдоминального кесарева сечения; при определении условий и показаний к ней (кроме абсолютных) надо очень тщательно взвесить симптомы, указывающие на развитие инфекции, так как проблема абдоминального кесарева сечения у инфицированных больных до сих пор не получила удовлетворительного решения.

Для производства операции абдоминального кесарева сечения необходима асептическая обстановка, которая должна быть обеспечена в каждой районной больнице.

Во время операции необходимы: один ассистент, наркотизатор и хирургическая сестра; кроме того, необходимо выделить фельдшерицу-акушерку (или сестру), которая должна принять ребенка из рук хирурга, оживить его, если он родится в состоянии асфиксии, и произвести первый туалет новорожденного. У ряда больных (в первую очередь при заболеваниях сердечно-сосудистой системы) кесарево сечение может быть произведено под проводниковой или местной анестезией по А. В. Вишневскому.

Инструменты и материал

Скальпели для производства абдоминального кесарева сечения	2
Хирургический пинцет	2
Анатомический »	2
Ножницы прямые, короткие	2
Ножницы изогнутые	1
Крючки тупые (или зеркала) для расширения краев брюшной раны	3
Зажимы кровоостанавливающие зубчатые длиной 13 см	6
» » » » 20 »	6
» для тупферов	4
Щипцы пулевые	2

Зажимы хирургические бельевые	4
Иглодержатель	2
Хирургические иглы	6
Шприц «Рекорд» емкостью 10 мл, 2 мл	2
Перевязочный, шовный материал	
Стерильные простыни (с разрезом для брюшной раны)	2
Стерильные халаты	4
Все для переливания крови	
Катетеры эластические	2
Камфора, кофеин 10%, питуитрин в ампулах	
Теплая вода и ванночка для новорожденного	

Операция кесарева сечения требует обязательного предварительного ознакомления с общим состоянием больной (сердечно-сосудистый аппарат, органы дыхания, почки, определение группы крови) и так называемой специальной подготовки (см. в общей части).

Производить ли операцию кесарева сечения лишь после начала родовой деятельности и раскрытия зева матки или в последние дни беременности?

Противники второго предложения опасаются гипотонического кровотечения во время операции и возможности последующей задержки оттока лохий из матки. Многолетний опыт показал, что эти опасения не основательны и что операцию абдоминального кесарева сечения можно и должно в отдельных случаях (при сильном кровотечении по поводу предлежания плаценты, при наличии рубца после бывшего кесарева сечения с заживлением раны вторичным натяжением) производить в конце беременности, не ожидая начала родовой деятельности и раскрытия зева матки.

Рис. 117. Топографо-анатомические отношения матки в конце беременности.

Топографо-анатомические отношения. Во второй половине беременности топографо-анатомические отношения матки представляют следующие особенности (рис. 117). Тело матки часто слегка отклонено вправо и повернуто слева направо, так что левое ее ребро и придатки обращены ближе к передней брюшной стенке, а правые — ближе к задней брюшной стенке. Дно матки обычно покрыто сальником; левая круглая связка и истмическая часть трубы хорошо видны при раскрытии брюшной раны, правые придатки не видны без эвентрации матки. До 7—8 месяцев беременности верхняя граница ненаполненного мочевого пузыря не поднимается над лобком. В конце беременности, а особенно с началом родовой деятельности верхняя граница мочевого пузыря (даже опорожненного!) и пузырно-маточной складки брюшины поднимается на 5—6 см выше лона. Эти изменения топографических отношений важно учесть при вскрытии передней брюшной стенки. Верх-

няя граница нижнего маточного сегмента с началом родовой деятельности, вставлением и опусканием предлежащей части поднимается над входом в малый таз на 6—10 см (при затрудненном вставлении предлежащей части и максимальном растяжении нижнего маточного сегмента). Верхняя часть нижнего маточного сегмента покрыта брюшиной, которая легко отслаивается от матки; нижняя его часть лежит ниже пузырно-маточной складки брюшины и прикрывается рыхлой клетчаткой и мочевым пузырем. Толщина маточной стенки в области нижнего ее сегмента во время беременности около 0,5 см, во время родов она значительно истончается, доходя до 2 мм.

Методы операции абдоминального кесарева сечения

Разнообразные методы операции кесарева сечения можно разделить на две группы:

а) внутрибрюшинные методы;

б) внебрюшинные методы.

К первой группе операций относятся:

1) так называемое классическое абдоминальное кесарево сечение с разрезом тела матки;

2) абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки;

3) абдоминальное кесарево сечение с последующей ампутацией матки (операция Рейн-Порро);

4) особые способы кесарева сечения (операции, применяемые в случае инфекции).

1) Так называемое классическое кесарево сечение или кесарево сечение с разрезом в теле матки

При этой операции после рассечения передней брюшной стенки, по средней линии ниже пупка, отделяют брюшную полость салфетками и вскрывают матку посредством продольного срединного разреза (10—12 см) в области передней поверхности тела матки. После разрыва оболочек плод и послед извлекают рукой. Стенку матки зашивают послойно в три этажа: два мышечно-мышечных и один серозно-серозный. Брюшную рану зашивают послойно. Старые авторы, производя кесарево сечение, эвентерировали матку.

Необходимо указать, что предложение выводить матку в рану при классическом кесаревом сечении принадлежит не Мюллеру (P. Müller), как это отмечают иностранные авторы, а Г. Е. Рейну, который рекомендовал проводить эту манипуляцию еще в 1876 г. (А. Я. Крассовский).

Разработка методики наложения швов на матку также несправедливо приписывается немецким авторам Зенгеру и Кереру: за один год до них (в 1881 г.) этот вопрос был тщательно разработан русским врачом А. Д. Шмидтом.

2) Абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте матки

Эта операция имеет две модификации: продольное рассечение матки и поперечное вскрытие ее.

Кесарево сечение с продольным рассечением матки. Операция состоит из четырех моментов: 1) рассечение передней брюшной стенки; 2) рассечение висцеральной брюшины и матки;

3) извлечение плода и последа; 4) зашивание матки и передней брюшной стенки.

Первый момент операции. Переднюю брюшную стенку рассекают продольным срединным или внесрединным разрезом ниже

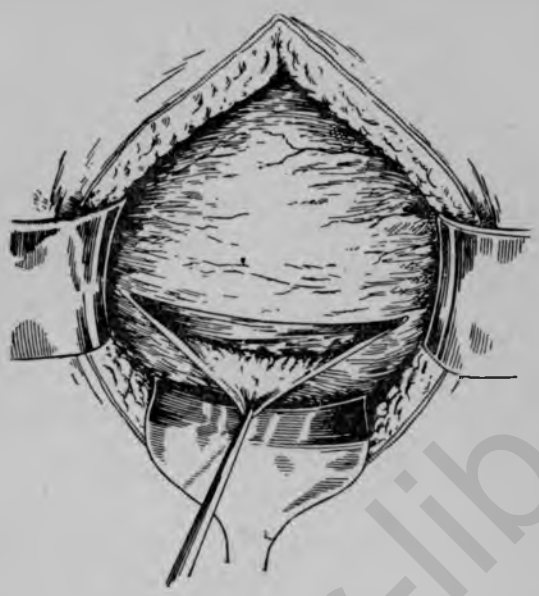

Рис. 118. Поперечное рассечение брюшины вдоль маточно-пузырной складки.

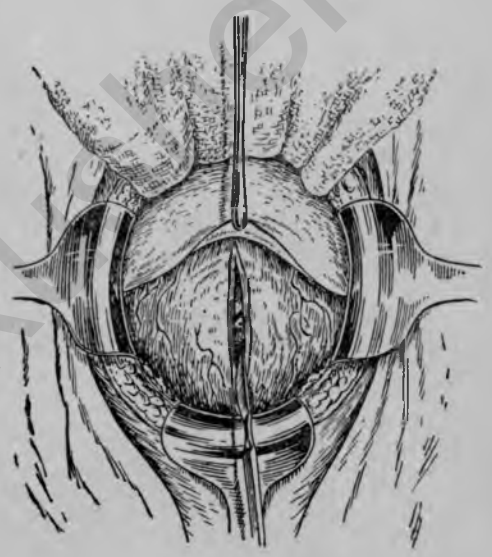

Рис. 119. Разрез стенки матки в продольном направлении.

пупка. При рассечении брюшной стенки надо помнить о высоком расположении мочевого пузыря над лонным сочленением.

После вскрытия брюшной полости вводят зеркала для расширения раны и оттягивают книзу нижний угол раны, чтобы хорошо обнажить

akuser-lib.ru

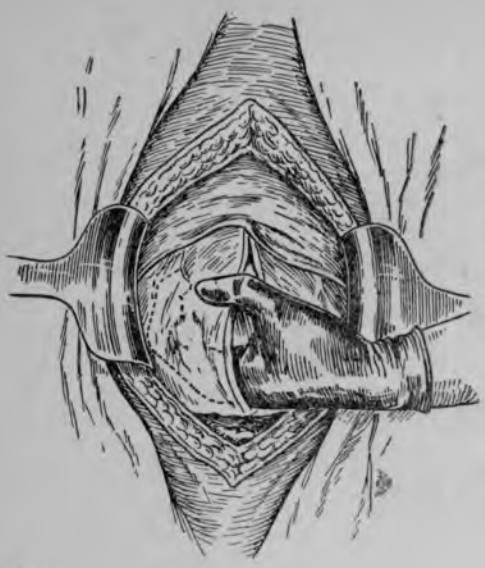

Рис. 120. Введение в матку руки для извлечения плода.

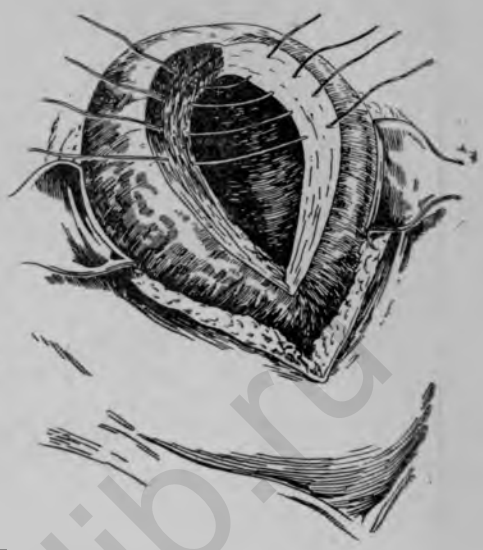

Рис. 121. Классическое кесарево сечение с эвентрацией матки; глубокие швы, не захватывающие слизистую оболочку.

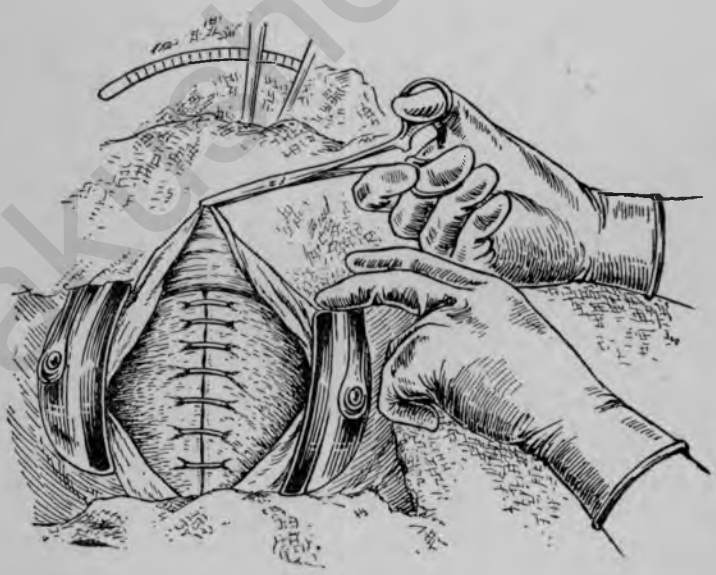

Рис. 122. На края разреза стенки матки наложены узловатые швы.

akuner-lib.ru

маточно-пузырную складку брюшины и ориентироваться в положении мочевого пузыря.

Второй момент операции. Поперечно рассекают висцеральную брюшину на уровне маточно-пузырной складки и тупо отделяют брюшину кверху и немного книзу (рис. 118), обнажая нижний сегмент; если нижний сегмент хорошо растянут, то мочевой пузырь не отсепаровывают; если нижний сегмент не растянут, то лучше отделить мочевой пузырь (так называемое ретровезикальное кесарево сечение). Приподнимают верхний край разреза висцеральной брюшины, захватив его хирургическим зажимом (ассистент). Продольно рассекают матку в нижнем ее сегменте (рис. 119).

Если в разрезе матки предлежит плацента (placenta caesarea), то надо быстро отслоить ее рукой, не опасаясь кровопотери, и извлечь плод.

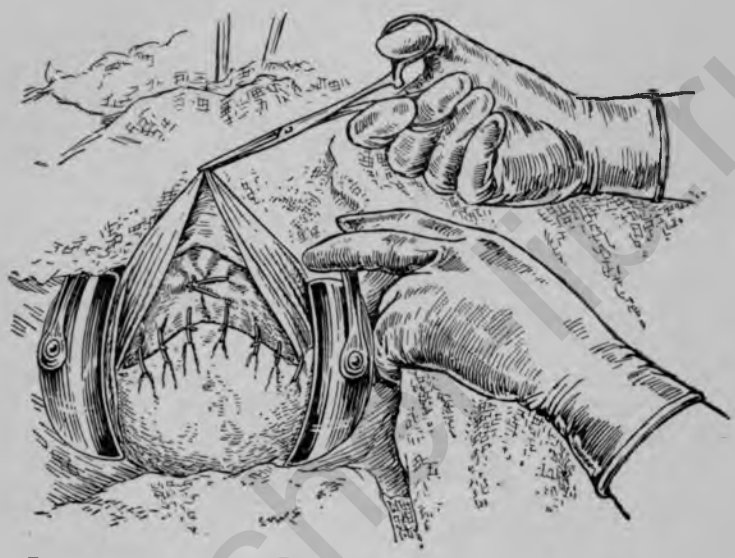

Рис. 123. Перитонизация места разреза матки (первый слой).

Третий момент операции. Акушер рукой разрывает оболочки и, войдя рукой в полость матки, извлекает плод (рис. 120) за ножку (при тазовом предлежании) или за головку (при головном предлежании); вводить палец в рот плода не рекомендуется (угроза травмы и последующей инфекции). Зажимают и рассекают пуповину и младенца передают акушерке.

Послед удаляют потягиванием за пупочный канатик, а при затруднении отслаивают его рукой. Большой кюреткой выскабливают матку. В стенку матки впрыскивают 1 мл питуитрина.

Четвертый момент операции. Зашивание разреза матки и передней брюшной стенки. Захватывают пулевыми щипцами нижний и верхний углы раны матки и, подтягивая за ручки щипцов, сближают края разреза матки, накладывают в два этажа узловатые швы на края разреза (мышечно-мышечные); слизистая оболочка не прокалывается (рис. 121—122). Место бывшего разреза матки перитонизируют в два слоя; сначала фиксируют к матке несколькими узловатыми швами верхний край разреза висцеральной брюшины (рис. 123), затем, подтянув кверху нижний край разреза висцеральной брюшины, перитони-

зируют матку вторым слоем (рис. 124). Брюшную рану зашивают послойно.

Кесарево сечение с поперечным вскрытием матки в нижнем ее сегменте. Эта операция производится по методике, описанной П. В. Занченко (1935) и Л. А. Гусаковым (1939). Операция состоит из четырех моментов:

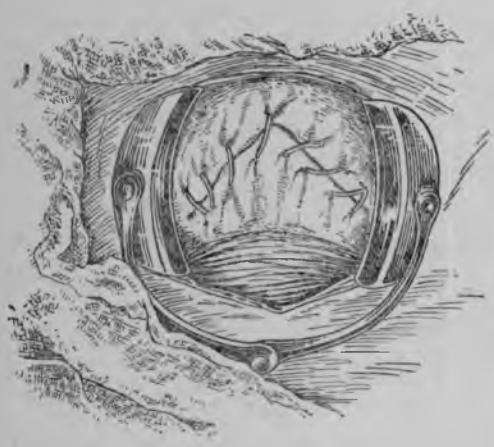

Рис. 124. Перитонизация места разреза матки (второй слой).

Рис. 125. Небольшой поперечный разрез через маточную стенку (по И. Л. Брауде).

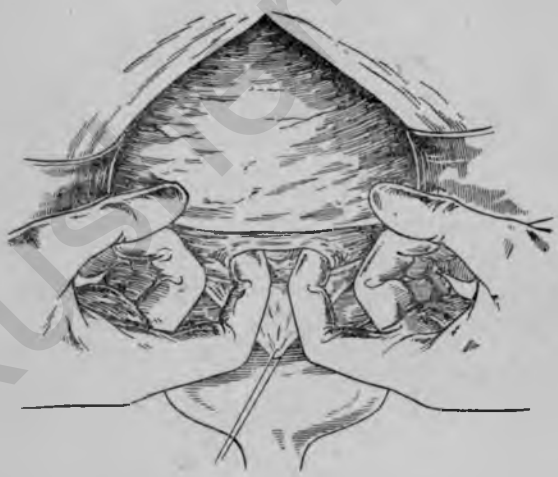

Рис. 126. Двумя пальцами, введенными в разрез, расширяют рану (по И. Л. Брауде).

а) Рассечение брюшной стенки производится обычно продольным срединным или внесрединным разрезом ниже пупка.

б) Висцеральная брюшина и матка рассекаются поперечно в области маточно-пузырной складки и отслаиваются вверх и вниз. Сначала матка вскрывается поперечно в области переходной складки брюшины (рис. 125); длина этого разреза должна быть достаточной для проведения в полость матки только одного (или двух) пальцев; в этот разрез, расширив его тупо, вводят палец второй руки и двумя пальцами рас-

тягивают в поперечном направлении (рис. 126—127) рану до желательных размеров, в зависимости от предполагаемой величины головки. Кровотечение при этом бывает минимальное или и вовсе отсутствует (Л. А. Гусаков).

в) Плод и послед извлекают рукой.

г) Стенку матки зашивают в два этажа (оба мышечно-мышечные): нижний этаж — узловатые швы, верхний — непрерывный кетгутовый шов. Висцеральную брюшину зашивают непрерывным швом. Края брюшной раны зашивают послойно.

3) Абдоминальное кесарево сечение с последующей ампутацией матки (операция Рейн-Порро).

Рис. 127. Рана расширена настолько, чтобы извлечение плода не встретило затруднений (по И. Л. Брауде).

Операция кесарева сечения с последующей ампутацией матки была предложена в 1876 г. Г. Е. Рейном (в эксперименте), а затем Порро и поэтому ее правильнее называть операцией Рейн-Порро (а не операцией Порро, как считали раньше).

Операция Рейн-Порро теперь производится лишь в исключительных случаях:

а) при неоперабильном раке матки, когда радикальная операция невозможна;

б) при глубоких нарушениях стенки матки вплоть до разрыва ее — при преждевременной отслойке детского места;

в) при наличии множественных миоматозных узлов в матке;

г) в исключительных случаях грозного, не уступающего никаким средствам атонического кровотечения;

д) при истинном приращении плаценты.

Экстирпация матки сразу же после кесарева сечения производится в случаях:

а) комбинации рака матки и беременности;

б) при весьма редкой патологии — placenta cervicalis.

4) Особые способы кесарева сечения.

Образование маточно-брюшной фистулы (операция Зельгейма), экстерриторизация матки (операция Порта), операция Смита и так называемое внебрюшинное кесарево сечение. Общей чертой этих операций является стремление распространить применение абдоминального кесарева сечения и в случае инфекции.

Операция образования маточно-брюшной фистулы состоит из следующих моментов:

1) рассечение брюшной стенки;

2) сшивание края париетальной брюшины и брюшины, покрывающей матку;

3) продольное вскрытие матки;

4) извлечение плода и последа;

5) соединение путем наложения швов краев вскрытой матки и брюшной стенки; асептическая повязка.

Таким образом, после подобной операции образуется маточно-брюшная фистула.

Повторная операция (зашивание матки и брюшной стенки) производится через некоторое время, когда рана очистится.

Эта операция (предложенная Зельгеймом) не встретила сочувствия среди акушеров.

Операция Порта производится также в два этапа.

Первый этап операции состоит из следующих моментов:

1) продольное вскрытие передней брюшной стенки;

2) выведение в брюшную рану матки с придатками;

3) пришивание краев разреза брюшной стенки к матке;

4) рассечение матки (предварительно тщательное отграничение брюшной раны салфетками);

5) извлечение плода и последа;

6) протирание внутренней поверхности матки эфиром и зашивание матки. Асептическая повязка.

Ко второму этапу операции приступают через 20—30 дней, когда рана матки заживает. Освобождают матку от образовавшихся сращений, вскрывают брюшную полость, погружают матку и зашивают брюшную полость. Операция эта, как и первая, не нашла сторонников среди отечественных акушеров. Ее лишь однажды произвел Л. И. Бубличенко.

Из новейших попыток упомянем о предложении (1948) так называемого трансперитонеального кесарева сечения с выключением брюшной полости (модификация операции Смита).

Техника операции:

1) продольный разрез брюшной стенки до париетальной брюшины;

2) тупая отсепаровка париетальной брюшины и поперечное вскрытие ее непосредственно над мочевым пузырем;

3) вскрытие пузырно-маточной складки брюшины и отсепаровка брюшины кверху;

4) отграничение брюшной полости путем тщательного сшивания верхних краев париетальной брюшины и пузырно-маточной складки двумя непрерывными кетгутовыми швами, из которых каждый начинается от середины разреза и заканчивается в его боковом углу, у места перехода одного края в другой;

5) вскрытие матки поперечно; сначала скальпелем делается небольшое отверстие, а затем рана тупо расширяется;

6) извлечение плода и последа;

7) послойное зашивание матки (внутренний слой — узловатые швы, наружный — непрерывный шов);

8) нижний край маточно-пузырной складки брюшины подшивается к дупликатуре брюшины, и послойно зашивается брюшная стенка.

Эта операция была произведена в 1945—1947 гг. в Центральном институте акушерства и гинекологии 22 раза.

Мы привели краткое описание этих операций лишь для того, чтобы показать, каким сложным и иногда опасным способом стремились отдельные акушеры решить проблему операции кесарева сечения в случае инфекции. Предложения эти себя не оправдали.

Внебрюшинное кесарево сечение. Решение вопроса о допустимости кесарева сечения в инфицированных случаях искали (в начале нашего века) в предложении внебрюшинного метода операции; при этом исходили из допущения, что инфекция клетчатки менее опасна, чем инфекция брюшины.

Операция состоит из следующих моментов:

1) введение в мочевой пузырь 150 мл жидкости с целью четкого определения его границ;

2) вскрытие передней брюшной стенки (кожи, подкожной клетчатки и апоневроза) над лобком продольным или поперечным разрезом; тупое разведение прямых и пирамидальных мышц и смещение брюшины кверху, как при операции камнесечения;

3) отсепаровка мочевого пузыря вправо, опорожнение катетером мочевого пузыря и отодвигание его в сторону (тупым зеркалом);

4) вскрытие матки продольным разрезом в нижнем сегменте;
5) извлечение плода и последа;
6) зашивание стенки матки и брюшной стенки.

Эта операция в СССР нашла лишь немногих сторонников (Л. Г. Личкус, С. С. Холмогоров, В. В. Потеенко, Л. М. Новиков, М. В. Елкин); при этом оказалось, что: а) инфекция клетчатки не менее опасна, чем инфекция брюшины; б) при операции часто вскрывается и брюшина. В настоящее время внебрюшинное кесарево сечение не применяется.

Сравнительная оценка различных методов операций кесарева сечения

Сравнивая все вышеописанные методы абдоминального кесарева сечения, необходимо указать, что операцией выбора является кесарево сечение в нижнем сегменте матки с поперечным или продольным вскрытием ее стенки. При операции кесарева сечения по поводу предлежания плаценты следует предпочесть классическое кесарево сечение или кесарево сечение в нижнем сегменте с продольным, а не поперечным вскрытием матки. При поперечном вскрытии матки могут возникнуть надрывы краев раны, а в послеоперационном периоде — гематома в широкой маточной связке

После операции кесарева сечения в нижнем сегменте происходит лучшее заживление раны, бо́льшая прочность рубца матки, чем после классического (корпорального) кесарева сечения; реже наблюдаются послеоперационные осложнения. Таким образом, показания к корпоральному кесареву сечению возникают сравнительно редко: 1) при комбинации беременности (родов) с множественной миомой матки; 2) при предлежании плаценты; 3) при операции на умирающей или умершей женщине.

Операции Рейн-Порро и кесарево сечение с последующей экстирпацией матки имеют в настоящее время лишь очень редкие, строго очерченные, приведенные выше показания.

Все способы кесарева сечения, применяемые в случае инфекции, не могут быть признаны удовлетворительными.

Послеоперационный период

Первая забота после операции — согреть больную, обеспечить внимательный уход и наблюдение с целью выявления и борьбы с возможными осложнениями (рвота, нарушение сердечной деятельности в связи с наркозом, гипотоническое маточное кровотечение). При плохой инволюции матки целесообразно введение эрготина (10% раствор 1—2 мл под кожу), назначение льда на живот. При удовлетворительном состоянии матери начинают систематическое прикладывание ребенка к груди не позже чем через 12 часов после операции. В дальнейшие дни послеоперационного периода общие принципы ухода за оперированной больной сочетаются с элементами обеспечения гигиенического содержания родильницы, асептическим уходом за молочными железами, регуляцией деятельности мочевых путей и кишечника, гигиеническими подмываниями 2—4 раза в сутки области наружных половых органов. Специальное лечение назначается в связи с тем основным заболеванием (например, предлежанием плаценты), которое обусловило показания к операции. Необходимо подчеркнуть важность переливаний крови при постгеморрагической анемии и профилактического назначения пенициллина (500 000—600 000 единиц в сутки).

Малое кесарево сечение

Под этим термином следует понимать операцию абдоминального кесарева сечения при беременности до 7 лунных месяцев.

Показания к операции: 1. Необходимость прерывания беременности по медицинским показаниям, когда характер заболевания создает показания к одновременной стерилизации. Вопрос о необходимости стерилизации может быть разрешен лишь консультативно; заключение консилиума из 3 врачей (с обязательным участием специалиста акушера-гинеколога) должно быть оформлено актом, который заносится в историю болезни за подписью всех консультантов.

2. Комбинация беременности (которую показано прервать по медицинским показаниям) и доброкачественных новообразований (кистома яичника), по поводу которых показано оперативное вмешательство.

Методика операции. В этих случаях (как при доношенной беременности или во время родов) следует предпочесть кесарево сечение со вскрытием матки в нижнем ее сегменте.

Корпоральное кесарево сечение показано при необходимости одновременно произвести ампутацию или экстирпацию матки.

Затруднения и осложнения при операции абдоминального кесарева сечения

Рассечение брюшной стенки обычно не вызывает осложнений. Необходимо, однако, помнить о высоком расположении дна мочевого пузыря (на 5—6 см над лобком) в конце беременности и особенно во время родов; поэтому надо быть особенно осторожным при продолжении разреза брюшины по направлению к лобку. При повторном чревосечении могут возникнуть большие затруднения вследствие образования спаек матки с париетальной брюшиной, кишечником, сальником; необходима четкая ориентация в анатомических отношениях.

Рассечение стенки матки может сопровождаться значительной кровопотерей, если разрез произведен в месте имплантации плаценты (placenta praevia caesarea). В этих случаях необходимо быстро отслоить рукой плаценту, вскрыть плодные оболочки и извлечь плод, а затем послед. Кровотечение останавливается путем введения в толщу матки питуитрина (1 мл), под кожу — эрготина (10% 1 мл); при значительной кровопотере — переливание крови еще во время операции.

В исключительных случаях кровотечение приобретает столь грозный характер, что требует радикального изменения первоначального плана операции и производства экстирпации матки; это случаи истинного приращения плаценты и шеечного прикрепления плаценты. Подобные случаи встречаются исключительно редко.

Однако необходимо подчеркнуть, что беременность при шеечном прикреплении плаценты обычно не развивается до конца; уже на IV—VI месяце беременности возникают кровотечения. При правильной и своевременной диагностике единственный способ спасти больную от смертельной кровопотери — экстрипация матки.

Зашивание матки и передней брюшной стенки, как правило, не вызывает затруднений.

Выводы

1. Абдоминальное кесарево сечение является в ряде случаев единственной операцией, которая может предотвратить серьезную угрозу для жизни матери и плода.

2. В связи с дальнейшим улучшением качественных показателей родовспоможения, применением антибиотиков и переливания крови летальность от септических заболеваний после операции кесарева сечения в настоящее время резко снизилась (по сравнению с периодом до 1945 г.), однако процент послеоперационной заболеваемости остается еще относительно высоким.

3. Возможность послеоперационных осложнений, отдаленных неблагоприятных последствий (гинекологические заболевания, бесплодие, угроза разрыва матки при последующих родах) приводит к выводу, что и в настоящее время операция абдоминального кесарева сечения является очень серьезным вмешательством.

4. Проблема операции кесарева сечения у больных с явлениями инфекции не может считаться удовлетворительно решенной.

5. Лучшим методом операции является кесарево сечение со вскрытием матки в нижнем ее сегменте.

6. Местная анестезия заслуживает широкого применения при операции кесарева сечения.

7. Для достижения дальнейшего снижения заболеваемости и смертности после операции кесарева сечения необходимо широкое проведение профилактических мероприятий во время беременности, заблаговременная госпитализация женщин с осложненной беременностью или нарушением общего здоровья и строгая критическая оценка показаний к операции в каждом конкретном случае.

Влагалищное кесарево сечение (sectio caesarea vaginalis)

Краткие исторические данные

К концу XIX века, несмотря на успехи антисептики и асептики, операция абдоминального кесарева сечения все еще была весьма опасной (12% послеоперационной смертности). В 1896 г. Дюрсеном (Dührssen) была предложена внебрюшинная операция — влагалищное кесарево сечение. При этой операции доступ в матку создается не через брюшную стенку, а через влагалище; для этого продольно (или овально) рассекают переднюю влагалищную стенку, отсепаровывают мочевой пузырь и рассекают шейку матки и нижний сегмент (выше внутреннего зева, без вскрытия брюшины); плодный пузырь вскрывают. Плод и послед удаляют и разрез стенки матки и влагалища зашивают. Вначале Дюрсен предложил рассекать не только переднюю, но и заднюю стенку шейки матки; однако в дальнейшем от этой операции отказались.

Операция влагалищного кесарева сечения в первые же годы после ее предложения стала очень популярной, так как не только Дюрсен, но и ряд других немецких акушеров полагали, что она может конкурировать с абдоминальным кесаревым сечением. Однако это мнение является глубоко ошибочным: операцию влагалищного кесарева сечения можно производить только при наличии правильного соотношения размеров таза и плода; эта операция не может иметь места в случаях родов при узком тазе. В 1905—1912 гг. отмечалось чрезмерное и необоснованное увлечение этой операцией почти во всех странах. В дальнейшем показания к операции влагалищного кесарева сечения резко сузили и стали применять ее лишь при необходимости прерывания беременности в срок от 13 до 27 недель по медицинским показаниям. Применение в этих случаях операции влагалищного кесарева сечения является типичным чисто хирургическим вмешательством.

Топографо-анатомические отношения. Возможность внебрюшинного вскрытия матки через влагалище связано со следующими топографо-анатомическими особенностями. Брюшина, покрывая мочевой пузырь, переходит на переднюю стенку матки приблизительно на уровне (у небеременных) внутреннего маточного зева. Во время беременности в связи с ростом матки линия перехода брюшины с мочевого пузыря на матку располагается выше: в первые месяцы беременности переходная складка брюшины лежит ниже верхнего края лобка, в конце беременности (после 7—8 месяцев) и во время периода раскрытия эта складка лежит выше лобка (до 3 поперечных пальцев). Таким образом, пузырно-маточная складка брюшины как в конце беременности, так и во время родов лежит

Рис. 128. Фасция влагалища (растянута крючками). Сагиттальный разрез женского таза (схема).

выше плоскости входа в малый таз. Разрыхление тканей во время беременности обусловливает изменение границ возможной отсепаровки брюшины от матки: в первые два месяца беременности брюшину можно отсепаровать приблизительно на 2 см выше внутреннего зева, в 3—4 месяца — на 3 см, в 7 месяцев — на 5 см и в конце беременности на 5—7 см (конечно, эти цифры являются лишь ориентировочными). Эти топографо-анатомические данные и легли в основу предложения внебрюшинного доступа к матке путем влагалищного кесарева сечения.

Необходимо также учитывать, что влагалищная стенка состоит из трех слоев: слизистого, мышечного и фасции. Эта фасция (рис. 128) влагалища (А. В. Старков, И. Гальбан, К. Н. Жмакин) вместе с фасцией мочевого пузыря (А. Старков) имеет существенное значение для сохранения нормальных топографо-анатомических отношений влагалища и мочевого пузыря. При рассечении влагалищной стенки (с отсепарованием мочевого пузыря) и последующем восстановлении ее (при операции влагалищного кесарева сечения, передней кольпоррафии) необходимо помнить о необходимости восстановления целости и фасции влагалища.

Показания к операции. Показанием к операции являются все заболевания матери, которые требуют быстро и часто хирургически прервать беременность. Однако подобная формулировка мало конкретна. Необходимо подчеркнуть, что в настоящее время влагалищное кесарево сечение производится лишь в случаях так называемого позднего аборта

или при глубоко недоношенной беременности, а не во время срочных родов.

1. Токсикозы беременности в первой и во второй ее половине.

Эти заболевания могут обусловить необходимость срочного прерывания беременности, если они прогрессируют и, несмотря на госпитализацию и тщательное предварительное лечение больной, приводят к тяжелому состоянию больной. Подобные показания могут возникнуть при а) так называемой неукротимой рвоте (в фазе появления симптомов нарушения функций центральной нервной системы); б) хорее беременных в тяжелой форме; в) полиневрите, особенно при появлении симптомов бульбарного паралича; г) impetigo herpetiformis; д) острой дистрофии печени (если лечение глюкозой и инсулином безуспешно); е) нефропатии и преэклампсии в тяжелой форме, не уступающей консервативной терапии по Строганову; ж) эклампсии (так называемой ранней или при глубоко недоношенной беременности), сопровождающейся отслойкой сетчатки или тяжелыми явлениями нарушения мозгового кровообращения.

2. Тяжелые заболевания при беременности: стойкая декомпенсация сердечной деятельности, тяжелые заболевания легких (туберкулез), почек.

3. Наличие инородного тела в матке (например, обломок кюретки). По этому поводу с успехом оперировали А. И. Крупский, А. С. Рашкес, Ф. А. Соколов, А. И. Тимофеев).

Условия для операции. 1. Отсутствие заболеваний половых органов, органов малого таза, острых инфекционных заболеваний, аппендицита, проктита, парапроктита.

2. Достаточная растяжимость промежности и влагалищной трубки.

Противопоказания к операции: 1. Комбинация беременности и рака шейки матки. В первые годы после предложения операции ее весьма часто делали именно при этой комбинации. В настоящее время твердо установлен взгляд на необходимость абдоминальной пангистерэктомии.

2. Комбинация беременности и новообразования (половых органов или экстрагенитального), выполняющего малый таз. В этих случаях может быть показано лишь удаление опухоли путем чревосечения с сохранением беременности или одновременно и абдоминальное кесарево сечение (в зависимости от характера опухоли, связи ее с маткой, срока беременности).

3. Предлежание плаценты, placenta cervicalis, так как при этой патологии очень велика опасность травматизации и кровотечения из родовых путей матери.

Инструменты и материал

Широкие, плоские зеркала	2
Подъемник узкий	1
Расширители металлические (полный набор, № 4—22)	1
Щипцы двузубчатые мощные	4—6
Скальпель	2
Ножницы прямые, длинные	1
Ножницы изогнутые	1
Иглодержатели	2
Хирургические иглы крутые, шеечные, кованые	2
Хирургические иглы влагалищные	4
Хирургические пинцеты длиной 20 см	2
Анатомические пинцеты длиной 20 см	2
Кюретка тупая № 6	1
Катетер эластический	1
Кетгут (№ 3—4)	
Эрготин 10% в ампулах по 1 мл, питуитрин в ампулах по 1 мл	6

Шприц «Рекорд» емкостью 2 мл	1
Шприц «Рекорд» емкостью 20 мл	1
Раствор новокаина 0,25%	400 мл

Подготовка к операции. Подготовка больной и обстановка к операции те же, что и при других крупных влагалищных операциях (щипцы, поворот).

Операция производится или под ингаляционным (эфирным) наркозом, или под проводниковой анестезией (анестезия влагалищных сводов и срамного нерва).

Способы операции. В настоящее время применяют три способа операции:

1) hysterotomia vaginalis anterior;
2) операцию по Ю. А. Лейбчику;
3) операцию по Отту-Гейнсиусу.

1. Влагалищное кесарево сечение с рассечением передней стенки шейки и нижнего маточного сегмента (hysterotomia vaginalis anterior).

Операция состоит из четырех моментов:

а) рассечения влагалищной стенки и отсепаровки мочевого пузыря;
б) рассечения матки;
в) извлечение плода и последа;
г) зашивания операционной раны матки и влагалища.

Первый момент операции. Раскрывают влагалище широким влагалищным зеркалом и подъемником; влагалищную часть шейки матки протирают спиртом и смазывают 5% иодной настойкой. Двумя пулевыми щипцами или мощными двузубчатыми щипцами захватывают переднюю и заднюю губу шейки матки и подтягивают ее к входу во влагалище и кзади; скальпелем продольно рассекают переднюю стенку влагалища, отступя на 1—2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала и до наружного маточного отверстия (рис. 129). Разрез может быть также дугообразным (рис. 130) (мы предпочитаем продольный). В операционной ране видна стенка мочевого пузыря. Ножницами подсекают клетчатку, отделяя мочевой пузырь от шейки матки (рис. 131), и тупо отслаивают мочевой пузырь. Обнажается передняя поверхность шейки матки и нижнего маточного сегмента. Приподняв и защитив мочевой пузырь коротким подъемником, тупо отслаивают в верхнем углу раны брюшину; отслоение брюшины надо делать осторожно, по средней линии, чтобы не вскрыть брюшину и не нарушить целость венозного сплетения на боковой поверхности матки; чем меньше срок беременности, тем труднее и меньше отсепаровывается брюшина.

Второй момент операции. После отслоения мочевого пузыря и брюшины узким подъемником защищают их, шейку матки и нижний маточный сегмент рассекают длинными прямыми ножницами; захватывают края разреза мощными двузубчатыми щипцами и подтягивают их кзади; соблюдают осторожность, чтобы избежать повреждения мочевого пузыря и брюшины. В верхнем углу раны виден плодный пузырь (рис. 132).

Третий момент операции. При беременности до 5—6 месяцев удается отслоить брюшину и рассечь матку настолько, что можно ввести в матку 2—3 пальца; в более поздние сроки беременности брюшина отслаивается еще выше и после рассечения матки удается ввести в ее полость всю руку. С краев разреза снимают щипцы и из влагалища удаляют зеркало и подъемник. Второй рукой акушер надавливает через

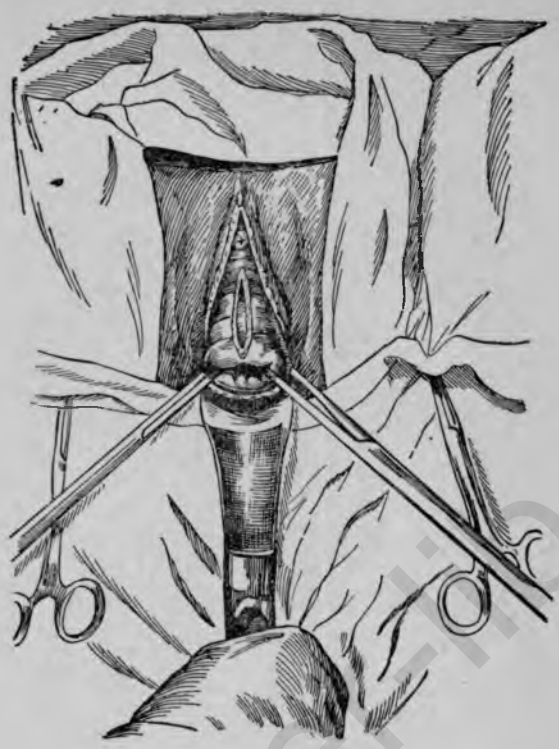

Рис. 129. Продольный разрез стенки влагалища (по К. Н. Жмакину).

Рис. 130. Продольный и дугообразный разрез стенки влагалища (схема).

akushelib.ru

переднюю брюшную стенку на дно матки, способствуя выпячиванию плодного пузыря и пальцевому вскрытию его. При подвижности плода делают поворот его на ножку и последующее извлечение. Послед удаляют рукой; затем (под контролем наружной руки) выскабливают матку большой тупой кюреткой. Если операция производится при беременности свыше 7 месяцев, то полость матки обследуют не кюреткой, а рукой. При гипотоническом кровотечении вводят питуитрин 1 мл или эрготин (10% 1 мл).

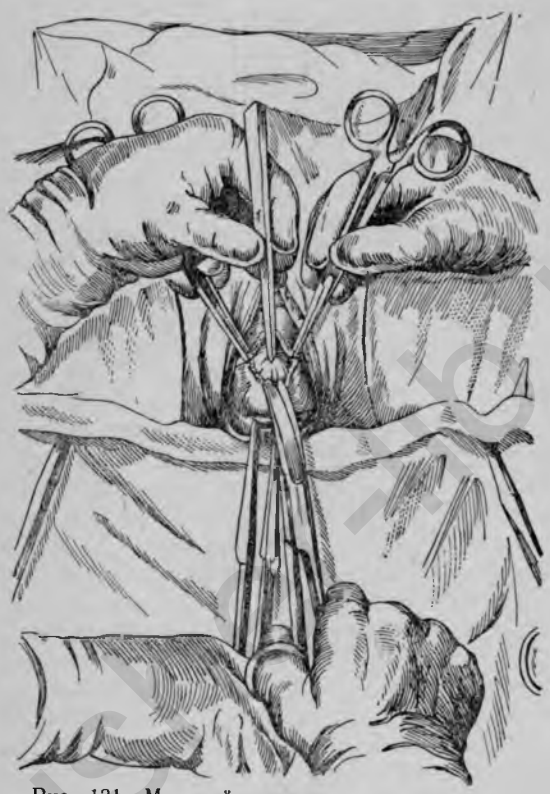

Рис. 131. Мочевой пузырь отделяется острым и тупым путем (по К. Н. Жмакину).

Четвертый момент операции. После извлечения плода и последа вновь вводят зеркало и подъемник и захватывают края разреза матки мощными двузубчатыми щипцами; при этом важно хорошо обнажить верхний угол операционной раны. Накладывают (рис. 133) узловатые швы (один или два этажа, в зависимости от толщины стенки матки); для накладывания лигатур применяют кетгут № 3—4. Затем накладывают несколько тонких кетгутовых швов на предпузырную клетчатку и фасцию влагалища, чтобы предупредить образование гематомы и последующее смещение мочевого пузыря. Разрез влагалищной стенки зашивают непрерывным кетгутовым швом. При тщательном наложении швов мы не видели послеоперационных гематом и не имели нужды тампонировать предпузырное пространство, как это рекомендуют отдельные авторы.

2. Влагалищное кесарево сечение по Ю. А. Лейбчику

Эта операция отличается тем, что матка вскрывается на небольшом участке выше и ниже внутреннего маточного зева.

Первый момент операции. Дугообразный разрез стенки переднего свода влагалища и отслоение мочевого пузыря и брюшины.

Второй момент операции. Введение подъемника для защиты и оттягивание кверху отслоенного мочевого пузыря и брюшины. Ориентируясь на расширитель, находящийся в канале шейки матки, скальпелем рассекают переднюю стенку шейки матки. Удалив расширитель, ножницами продолжают разрез на нижний маточный сегмент с целью создать отверстие в матке, пропускающее два поперечных пальца. Удаляют зеркало и подъемник.

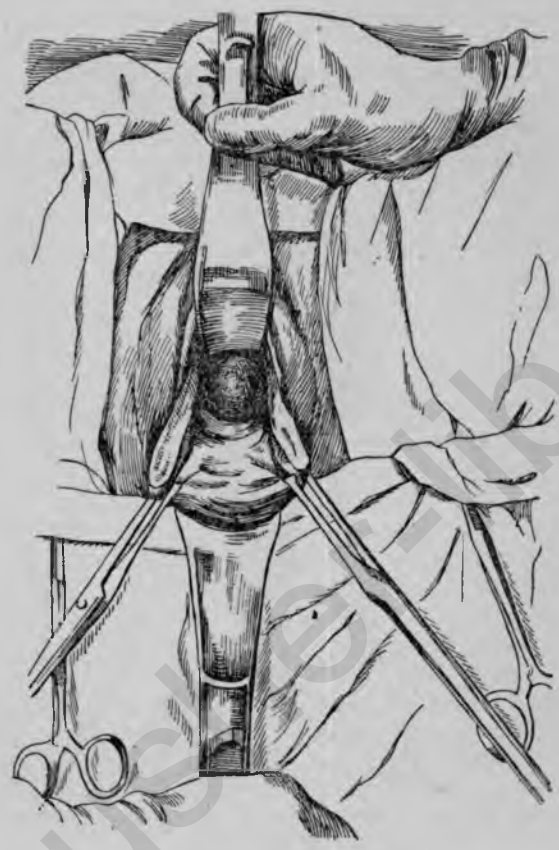

Рис. 132. Продольное рассечение шейки матки и нижнего маточного сегмента; в верхнем углу раны виден плодный пузырь (по К. Н. Жмакину).

Третий момент операции. Два пальца одной руки вводят в матку, второй рукой снаружи (через переднюю брюшную стенку) надавливают на дно матки; комбинированными действиями обеих рук удаляют плод; если извлечение последующей головки встречает затруднения, то перфорируют ее. Пальцами (комбинированно с наружной рукой, надавливающей на дно матки через переднюю брюшную стенку) удаляют послед. Выскабливают матку большой тупой кюреткой.

Четвертый момент операции. Вновь вводят во влагалище зеркало и подъемник с целью раскрыть операционную рану и защитить

мочевой пузырь и брюшину. Накладывают узловатые кетгутовые швы на края раны (рис. 133), предпузырную клетчатку и несколькими швами фиксируют мочевой пузырь к передней стенке шейки матки; накладывают непрерывный кетгутовый шов на края разреза влагалища.

3. Операция по Отту-Гейнсиусу.

Эта операция отличается от влагалищного кесарева сечения по Ю. А. Лейбчику тем, что шейка матки не рассекается; разрез матки производится только в нижнем ее сегменте выше внутреннего зева.

Рис. 133. Послойное зашивание операционной раны (по К. Н. Жмакину).

Истинное влагалищное кесарево сечение по Н. М. Какушкину.

Н. М. Какушкин предложил операцию, принципиально отличающуюся от предыдущих, — внутрибрюшинное вскрытие матки. Техника этой операции по автору следующая.

Первый момент операции. Во влагалище вводят зеркало и, захватив шейку матки двумя пулевыми щипцами, низводят матку. Поперечный или Т-образный разрез стенки переднего влагалищного свода. Тупое отслоение мочевого пузыря и защита его введенным подъемником. Вскрытие брюшины.

Второй момент операции. Резкое оттягивание шейки матки кзади и захватывание тела матки щипцами, вскрытие матки скальпелем. Края разреза захватывают мощными двузубчатыми щипцами и (сняв пулевые щипцы с влагалищной части матки) подтягивают кзади. Разрез матки продолжается кверху с помощью прямых длинных ножниц.

Третий момент операции. В полость матки вводят два пальца и удаляют (при комбинированном давлении второй рукой через переднюю брюшную стенку) плодное яйцо; затем производят выскабливание матки.

При наличии показаний к стерилизации производят резекцию труб.

Четвертый момент операции. Вновь вводят влагалищное зеркало и, подтягивая края разреза матки, накладывают в один-два этажа кетгутовые швы. Швы на брюшину. Непрерывный кетгутовый шов на влагалищную стенку.

Сравнительная оценка различных способов операции влагалищного кесарева сечения. Операция Ю. А. Лейбчика является методом выбора при необходимости прервать беременность до 6 месяцев. Она имеет то большое преимущество, что создает условия, значительно облегчающие восстановление операционной раны. Предварительное расширение канала шейки матки и разрез матки по расширителю, введенному в канал шейки матки, не являются обязательными. При подтягивании шейки матки за пулевые щипцы резко книзу можно сделать линейный продольный разрез в области внутреннего зева и без контроля расширителя.

Д. О. Отт и Гейнсиус предложили модификацию операции, при которой стенка влагалища рассекается поперечно, а матка вскрывается выше внутреннего зева, в области нижнего сегмента. Подобная модификация не имеет преимуществ перед операцией Лейбчика; мысль избегнуть инфекции матки при инфицированной шейке ее по меньшей мере проблематична.

Операция hysterotomia vaginalis anterior может быть применена и во второй половине беременности, когда необходимо получить отверстие в матке, достаточное для извлечения недоношенного плода.

На основании нашего опыта мы можем сказать, что опасение деформации шейки матки после этой операции мало обосновано, если операция производится правильно.

Операция с рассечением и передней, и задней стенки шейки матки, которую вначале предложил Дюрсен, сейчас всеми оставлена как чрезмерно травматичная, более сложная и не создающая лучших условий для извлечения плода. Не производится теперь и рассечение матки по введенному предварительно и наполненному метрейринтеру, как это предлагали некоторые авторы.

Операция Н. М. Какушкина не имеет никаких преимуществ перед малым кесаревым сечением: она гораздо сложнее и не создает достаточного оперативного доступа для опорожнения матки.

Послеоперационный период после влагалищного кесарева сечения, как правило, протекает благоприятно. Назначение режима и методов ухода за такими больными обусловливается обычно не самой операцией, а основным заболеванием, которое было показанием для прерывания беременности.

Длительность пребывания в стационаре при благоприятном течении послеоперационного периода также зависит от основного заболевания. Спринцеваний не требуется; средства, сокращающие матку, назначают при наличии плохой обратной инволюции матки и затянувшихся кровянистых выделений. При благоприятном течении послеоперационного периода больные выписываются на 10—11-й день после операции.

Осложнения во время операции. При операции иногда возникают следующие осложнения:

1) ранение соседних органов (мочевого пузыря, брюшины);
2) надрыв операционного разреза;
3) кровотечение.

По сборной статистике К. Жмакина, среди 587 больных, которым была произведена операция влагалищного кесарева сечения, ранение мочевого пузыря произошло у 4 больных (0,68%). В Киевской акушерско-гинекологической клинике (К. Жмакин) на 50 операций не было ни одного случая повреждения мочевого пузыря; такие же результаты были у Л. Кривского: на 168 операций ни в одном случае мочевой пузырь поврежден не был. У Н. М. Какушкина на 55 случаев операции повреждение мочевого пузыря произошло 2 раза. По данным А. М. Маликовой, повреждение мочевого пузыря (на 871 операцию по Лейбчику) произошло один раз, т. е. в 0,11%. Таким образом, повреждение мочевого пузыря является весьма редким.

Повреждение брюшины также встречается весьма редко. По данным К. Жмакина, оно произошло 2 раза (из 50). По данным А. М. Маликовой, повреждение брюшины произошло 3 раза (0,34%), по Гендону — один раз (1,4%). Чем меньше срок беременности, тем труднее отслоить брюшину и потому тем осторожнее нужно быть.

Надрывы краев разреза могут быть продольные и поперечные; они сопровождаются угрозой значительного кровотечения.

Кровотечение может возникнуть как во время операции, так и после нее. Кровотечение во время операции возникает в связи с надрывом операционной раны или повреждением венозных сплетений на боковой поверхности матки. С целью предупредить это осложнение надо тщательно соблюдать условия, допускающие производство операции, а при отслоении мочевого пузыря и брюшины придерживаться средней линии шейки и нижнего маточного сегмента. Кровотечение в послеоперационном периоде (гипотония матки, расхождение швов) диагносцируют и лечат по обычным акушерским принципам.

Плодоразрушающие операции (embryotomia)

Под термином «эмбриотомия» следует понимать всякую плодоразрушающую операцию, т. е. краниотомию, декапитацию, эвисцерацию. Однако термином «эмбриотомия» обычно принято обозначать только операции, при которых нарушается целость туловища и шеи, операцию же краниотомии выделяют.

Краткие исторические данные

Плодоразрушающие операции применяются очень давно. Индусы за 1 500 лет до нашей эры применяли эмбриотомию на мертвом плоде. В последующие столетия, когда еще не было достаточных знаний по анатомии и по механизму родов, врачи, встретившись с затруднениями при ведении родов, стремились закончить их оперативно и чаще всего путем той или другой плодоразрушающей операции. Твердо державшееся со времени Гиппократа учение о неправильности тазового предлежания еще больше расширяло границы применения эмбриотомии. Гиппократ применял также операции, имеющие целью уменьшить объем головки, и эмбриотомию. Он пользовался для этого особыми инструментами под названием gladiolum (для нарушения целости черепной крышки) и piestron (для дробления костей черепа). Изображения этих инструментов не сохранились, но названия инструментов означают (Н. Н. Фено-

менов), что они напоминали нож, но не крючок, как полагали некоторые авторы.

Гиппократ упоминает также об особом инструменте и о кольцеобразном ноже (annulus cultratus), служивших для рассечения плода на части и для извлечения плода после эмбриотомии.

В оглавлении к руководству по акушерству Н. М. Максимовича-Амбодика (1784) ярко отражено (см. рис. 33, стр. 284), какой большой удельный вес среди других акушерских операций занимали тогда плодоразрушающие операции. Однако уже Н. М. Максимович-Амбодик как вдумчивый и осторожный акушер предостерегал от увлечения «акушерскими орудиями» и настойчиво советовал внимательно следить за течением родов с тем, чтобы по возможности избежать применения акушерских операций. В течение многих лет (до конца XIX века), до внедрения в хирургию и акушерство достижений асептики и антисептики, операция эмбриотомии занимала большое место среди других акушерских вмешательств. Успехи антисептики и асептики в конце прошлого столетия обусловили возможность применения операции кесарева сечения и по относительным показаниям—Лебедев (Петербург), Рейн (Киев). В связи с этим число эмбриотомий несколько снизилось, оставаясь все же довольно высоким; это обусловливалось крайней недостаточностью акушерской помощи в царской России.

При огромном росте сети родовспомогательных учреждений в СССР созданы все условия для того, чтобы частота операции эмбриотомии (не только на живом, но и на мертвом плоде) резко сократилась.

Несмотря на то, что в настоящее время операции эмбриотомии составляют лишь 0,2% и меньше (по отношению к родам), тем не менее каждый случай эмбриотомии в родовспомогательном учреждении подлежит тщательному анализу, так как он, почти как правило, свидетельствует или о недостаточной профилактической работе женской консультации (несвоевременное направление в родильный дом роженицы с узким тазом, неправильным положением плода, предлежанием плаценты), или о неправильной диагностике, или о дефектах ведения родов.

Необходимость, хотя бы и в единичных случаях, прибегнуть к операции эмбриотомии, обусловливает обязательность рассмотрения подобных операций.

Краниотомия

Операция краниотомии слагается обычно из трех моментов: прободения головки (перфорация), разрушения и удаления мозга (эксцеребрация) и извлечения плода при помощи краниокласта. Предложение старых авторов ограничиваться лишь прободением головки и, как правило, предоставлять в дальнейшем роды самопроизвольному окончанию в огромном большинстве случаев не может быть признано рациональным и обоснованным.

Показания к краниотомии

1) резкое несоответствие между размерами таза и плода;
2) угроза для жизни или здоровья женщины в связи с родами;
3) смерть плода во время затянувшихся родов при угрозе развития инфекции и травматизации роженицы;
4) невозможность извлечь последующую головку плода (например, при водянке головы).

Эти обстоятельства являются показаниями к операции краниотомии, если угроза для роженицы не может быть устранена другим путем,

например, операцией кесарева сечения. В подобных случаях показана краниотомия не только мертвого, но и живого плода. Конечно, подобное вмешательство должно быть очень серьезно обусловлено; однако, наряду с этим, следует считать неправильной тактику отдельных акушеров, которые при наличии ясных и неотложных показаний к краниотомии откладывают эту операцию до гибели плода и затем утверждают, что они не допускают производство краниотомии на живом плоде.

Условия для краниотомии

1) раскрытие зева не меньше чем на два-три поперечных пальца;
2) таз не должен быть абсолютно узким.

В ряде подобных случаев установлено, что перфорированная головка весьма быстро конфигурируется, опускается в таз и значительно ускоряется раскрытие зева матки. Однако для извлечения плода после прободения его головки все же необходимо полное открытие зева (не меньше четырех поперечных пальцев). Поэтому если прободение произведено, когда зев был открыт лишь на три поперечных пальца, то при срочной необходимости последующего извлечения плода краниокластом надо рассечь края зева с двух сторон.

Извлечение через влагалище плода (доношенного) после краниотомии возможно, если истинная конъюгата равна 6,5 см и больше; если истинная конъюгата равна 6,5 см и меньше, то плод (доношенный) можно извлечь только путем кесарева сечения. При оценке таза важно измерение не только входа, но и выхода из малого таза (воронкообразный таз).

Инструменты для краниотомии

Перфоратор Феноменова или копьевидный	1
Широкое плоское зеркало и подъемник	1
Щипцы двузубчатые мощные (или пулевые щипцы)	2
Скальпель	1
Ложка Агафонова или Феноменова (для разрушения мозга)	1
Наконечник с двойным током	1
Кружка для спринцевания	1
Краниокласт	1

Операцию следует производить под наркозом, во-первых, ввиду ее болезненности (введение краниокласта, извлечение плода), а во-вторых, чтобы избежать тяжелых переживаний роженицы. Операцию производят на операционном столе или на поперечной кровати Рахманова. Во время операции хирургу помогают наркотизатор (врач, акушерка) и ассистент (врач, акушерка).

Техника операции

Техника операции имеет свои особенности в зависимости от высоты стояния головки плода, особенностей предлежания и степени раскрытия зева. Если головка только прижата ко входу в таз или подвижна над ним, то операция представляет значительные трудности. Однако во всех случаях следует строго соблюдать два основных правила Н. Н. Феноменова:

1) производить операцию под контролем зрения, т. е. после введения широких зеркал;

2) фиксировать головку не только через переднюю брюшную стенку, но и через влагалище, захватив кожу волосистого покрова головки двумя крепкими двузубцами или пулевыми щипцами.

Первый момент операции. Прободение головки. После соответствующей подготовки (описанной в общей части) вводят зеркала и обнажают волосистый покров головки. Фиксируют головку через переднюю брюшную стенку (если головка подвижна или лишь прижата ко входу в таз) и через влагалище, захватив двумя мощными двузубцами (пулевыми щипцами) за кожный покров головки. Для того чтобы обезопасить от случайных травм роженицу, Н. Н. Феноменов предложил надевать на перфоратор гильзу без укрепления ее. По мере погружения инструмента гильза смещается к рукоятке перфоратора.

После фиксации головки двумя пулевыми щипцами скальпелем делают рассечение кожи (спереди назад) между ними и производят прободение головки перфоратором Феноменова (рис. 134). Длина этого инструмента 32 см, длина верхушки 5,5 см; по форме он напоминает бурав с наибольшим диаметром 22 мм; на верхушке бурава четыре, а в середине и у основания — две острые грани, которые идут параллельно оси самого стержня; верхушка продолжается в цилиндрический стержень и рукоятку в виде перекладины.

Форма верхушки перфоратора Н. Н. Феноменова допускает легкое производство прободения головки не только по шву или родничку, но и вне их; наличие ребер допускает округление и некоторое последующее расширение диаметра произведенного отверстия.

При лицевом предлежании прободение производится через глазницу или (что труднее) через твердое небо; при лобном предлежании — через глазницу или лоб.

При перфорации последующей головки, находящейся в заднем виде, перфоратор вводят через рот плода.

Рис. 134. Прободник (перфоратор) Феноменова.

Л. Г. Личкус предложил оригинальный способ перфорации высоко стоящей последующей головки (например, при водянке ее): поперечный разрез кожи на уровне VII шейного позвонка; отсепаровка кожных покровов пальцем до затылочного отверстия и введение катетера в полость черепа. Когда через катетер потечет жидкость, то приступают к перфорации, введя инструмент через затылочное отверстие.

Здесь уместно отметить, что следует категорически отвергнуть предложение при затруднительности перфорации последующей головки произвести декапитацию плода, а затем перфорацию свободно лежащей в матке головки. Это вмешательство представляет, как правило, большие трудности, резко удлиняет операцию и создает угрозу весьма тяжелых повреждений родовых путей выступающими костями головки.

При отсутствии инструмента Феноменова прободение головки может быть произведено и копьевидным прободником. Он состоит из двух ветвей, соединенных замком и пружиной. Этим инструментом можно перфорировать головку в области родничка или шва; его вводят до наиболее широкого участка копьевидного конца, а затем, сжав ручки, раз-

водят копьевидные концы и, расширив прободное отверстие, производят поворот инструмента в одну или другую сторону на 90°. Таким образом расширяют отверстие в черепе, однако края его остаются острыми, крайне неровными, что может грозить как травмой влагалища роженицы, так и рук акушера. Второе неудобство копьевидного перфоратора — трудность перфорации головки вне швов или родничков. Другие, весьма многочисленные модели перфораторов (трепановидный, ножницеобразный) также уступают инструменту Феноменова.

Второй момент операции. Разрушение и удаление мозга (эксцеребрация). После производства прободения головки приступают к разрушению и удалению мозга, так как одна перфорация черепной крышки не влечет за собой значительного уменьшения объема головки. Для разрушения мозга весьма удобна ложка Агафонова или Феноменова. После разрушения мозга последний необходимо удалить из полости черепа. С этой целью применяют ложку Агафонова или наконечник с двойным током и физиологический раствор хлористого натрия, которым и производят вымывание разрушенных мозговых масс.

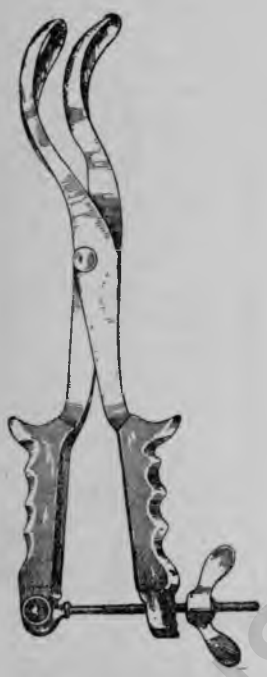

Рис. 135. Краниокласт Брауна.

Третий момент операции. Извлечение плода краниокластом. Ввиду того что краниотомия производится, как правило, при наличии показаний к окончанию родов, после первых двух моментов (прободение черепа и разрушение мозга) следует приступить к извлечению плода при помощи краниокласта.

Краниокласт (рис. 135) состоит из двух ветвей (наружной и внутренней) и представляет собой крепкие костные щипцы, состоящие из ложек, замка и рукояток с замыкающим аппаратом особого устройства. Внутренняя ветвь краниокласта — сплошная; один ее конец (ложка) имеет выпуклую, неровную (с поперечными бороздами) поверхность. Наружняя ветвь краниокласта имеет окончатый конец (ложку), шире и длиннее внутренней ветви; таким образом, конец внутренней ветви помещается в рамке окончатой ложки. Замыкание ветвей достигается благодаря наличию на внутренней ветви (в ее средней части) шпинька и соответствующей выемки на наружной ветви, а также сжимающего аппарата (из винта и гайки). Винт при помощи свободного шарнира укрепляется на конце внутренней ветви и вводится в вырезку в конце наружной ветви; сближение ветвей осуществляется путем поворотов винта с крыльями, помещаемого кнаружи от конца рукоятки с вырезкой.

Устройство замка краниокласта таково, что типичное замыкание его возможно лишь при расположении наружной ветви в правой половине таза. Если наружную ветвь надо поместить в левую половину таза, то для замыкания инструмента надо перед введением поместить наружную ветвь под внутреннюю или переместить ее рукоятку уже после введения наружной ложки (что хуже), подводя верхнюю, (наружную) под нижнюю (внутреннюю) ветвь.

Техника введения краниокласта такова: первой вводят (под контролем руки акушера) в перфорационное отверстие ложку внутренней

ветви; затем удаляют зеркала и вводят наружную ветвь (ложку ее) под контролем акушерской полуруки (четырех пальцев), аналогично введению ветви щипцов. Вопрос о том, как захватить головку краниокластом, решается различно: одни предпочитают захватывать затылочную часть черепа, другие — лицевую часть его. Мы полагаем, что вопрос этот должен разрешаться индивидуально. Если головка находится во входе в таз и не совершила еще сгибания или находится в состоянии разгибания (например, при плоском тазе), то целесообразным и прочным является захватывание лицевой части черепа; если головка в полости или выходе из малого таза в заднем виде и в состоянии сгибания, то лучше захватить затылочную часть головки, т. е. наложить наружную ветвь на затылочную кость. При введении наружной ложки надо внимательно контролировать ее путь, чтобы избежать захватывания края маточного зева. Первоначальное направление внутренней ложки меняется, если это необходимо, в зависимости от положения наружной ложки.

После введения обоих ложек краниокласта производят мощное сжатие ветвей путем поворотов винта. Проверив еще раз расположение ветвей краниокласта, приступают к извлечению плода. При тракциях, так же как и при тракциях в щипцах, необходимо подражать тому механизму родов, который свойствен данным родам; надо избегать форсированных поворотов головки и стремиться осуществлять поворот ее в краниокласте, а не краниокластом. Выбор направления тракций зависит также от высоты стояния головки и должен соответствовать направлению проводной оси родового канала; ось родового канала, как писал А. Губарев, напоминает рыболовный крючок, причем резкий изгиб ее кпереди начинается на уровне горизонтальной плоскости, проходящей через седалищные ости. Таким образом, пока головка находится во входе и в полости таза, делают тракции резко кзади, а затем при опускании головки к выходу изменяют направление тракций, перемещая рукоятки инструмента книзу, а затем кпереди. Отказ от подражания нормальному механизму родов в надежде на легкую возможность извлечь уменьшенную головку обычно лишь затягивает, осложняет операцию и грозит травматизацией родовых путей роженицы.

Извлечение головки и плечиков плода надо производить весьма осторожно и одновременно защищать промежность от травматизации. После извлечения плод надо положить в ведро с водой, накрыть салфеткой и немедленно вынести из операционной.

Базиотрипсия. Уменьшение объема головки, причем не только черепной ее крышки, но и основания черепа, может быть достигнуто особым инструментом — базиотрибом (кефалотрибом).

Базиотриб представляет собой комбинацию копьевидного перфоратора и двух наружных ветвей, напоминающих акушерские щипцы, или же двух ветвей (без перфоратора), сближающихся при помощи специального винтового приспособления. Оригинально построен параллельный кефалотриб Лазаревича.

Кефалотрибы весьма громоздки. Применение их было обоснованным в то время, когда операция кесарева сечения являлась еще очень опасной и оправданы были попытки расширить возможности извлечь через влагалище уменьшенный плод, даже при резком сужении таза (при истинной конъюгате около 6 см).

В настоящее время операция базиотрипсии имеет лишь исторический интерес.

Опасности и осложнения при операции краниотомии

Основная опасность операции — травматизация родовых путей матери в результате соскальзывания перфоратора — в огромном большинстве случаев может быть предотвращена. Для этого необходимо строгое

соблюдение условий, указанных Н. Н. Феноменовым: фиксация головки как снаружи, так и через влагалище (захватыванием кожных покровов головки двумя мощными щипцами), введение широких зеркал, надрез кожи головки между щипцами, введение перфоратора перпендикулярно (а не косо) к поверхности головки. Повреждения сводов влагалища и мочевого пузыря в результате соскальзывания перфоратора являются результатом нарушения этих правил и неосторожности хирурга; эти повреждения могут возникнуть также в результате длительного, чрезмерно консервативного ведения патологических родов (при несоответствии между размерами таза и головки).

К вопросу о допустимости операции краниотомии при живом плоде следует относиться отрицательно. Всякий случай подобной операции является крайне тяжелым и должен быть тщательно обсужден; несомненно, эта операция должна применяться исключительно редко. Однако если краниотомия все же неизбежна, когда для кесарева сечения есть противопоказания (например, при инфекции родовых путей), то следует применять ее без промедления и не подвергать опасности жизнь роженицы.

Разрывы промежности при этой операции не должны иметь места, так как головка извлекается после уменьшения ее.

С целью предупреждения травматизации промежности и влагалища целесообразно при крупном плоде сочетать операцию краниотомии с клейдотомией, т. е. пересечение ключиц.

Исход операции зависит от основного заболевания и состояния беременной к моменту операции.

Клейдотомия

Операция рассечения ключиц с целью уменьшения объема плечевого пояса была предложена Н. Н. Феноменовым.

Показания к операции

Затруднение рождения плечевого пояса через тазовое кольцо, вследствие сужения последнего или больших размеров плода.

Техника операции

Во влагалище вводят четыре пальца левой руки и определяют положение плечевого пояса и отношение его к тазу. Под контролем левой руки вводят тупые ножницы Феноменова (рис. 136) и пересекают ключицу вместе с мягкими тканями. Обычно достаточно пересечения одной ключицы для уменьшения окружности плечевого пояса и прохождения его через тазовое кольцо. Если плечики все же задерживаются, то надо аналогичным образом рассечь и вторую ключицу. При односторонней клейдотомии окружность плечевого пояса уменьшается на 2,5—3 см; при двусторонней — на 5—6 см (Е. Я. Янкелевич). Операция является весьма простой и при соблюдении осторожности (контроль рукой) не сопровождается повреждением родовых путей.

Обезглавливание

Обезглавливание — операция, состоящая в отделении головки от туловища и последующем извлечении туловища и головки.

Эмбриотомия

Показания к эмбриотомии

Показанием к операции эмбриотомии является запущенное поперечное положение плода.

Условия для операции:

1) раскрытие зева не менее чем на три поперечных пальца;

2) истинная конъюгата не меньше 6,5 см, т. е. таз не абсолютно узкий;

3) плодный пузырь должен быть вскрыт;

4) возможность достижения (пальцами) и охвата шейки плода.

Если шейка плода не достигается, то показана эвисцерация и спондилотомия.

Эвисцерация как самостоятельная операция обычно не применяется, так как для извлечения плода (доношенного), находящегося в поперечном положении, необходимо расчленение его на части, т. е. спондилотомия.

Эмбриотомия производится под ингаляционным наркозом; больная должна находиться на поперечной кровати Рахманова или на операционном столе. Во время операции помогает наркотизатор и ассистент.

Рис. 136. Ножницы Феноменова и Зибольда для эмбриотомии и клейдотомии.

Для производства операции обезглавливания предложены разнообразные инструменты: крючки, ножницы, брефотом (И. П. Лазаревич), инструменты с пилой, изогнутые ножницы. При выборе инструмента и способа операции необходимо учитывать, что при запущенном поперечном положении нижний маточный сегмент может быть весьма растянут и истончен, резко изменен; в связи с этим (особенно у повторнородящей, перенесшей воспалительные заболевания половых органов, а также у рожениц с узким тазом) возникает большая угроза разрыва матки при смещении головки плода и давлении ею на стенку матки. Поэтому следует полностью присоединиться к мнению Н. Н. Феноменова, что обезглавливание при помощи крючка, как оно описывается в некоторых учебниках (К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер) — грубое и довольно опасное вмешательство.

Мы вполне разделяем мнение Н. Н. Феноменова и В. С. Груздева, что модификация операции обезглавливания при помощи крючка, описанная В. А. Чудовским (1882), является очень рациональной, облегчает производство операции и делает ее более безопасной.

Техника операции по Чудовскому. Если выпала ручка плода, то, производя влагалищное исследование и убедившись в доступности шейки плода, предлагают ассистенту осторожно оттягивать выпавшую ручку в сторону ягодиц, т. е. при первом поперечном положении вправо, при втором — влево. Если плод в первой позиции, то лучше ввести во влагалище для захватывания шейки плода правую руку, если во второй позиции — левую руку. Шейку плода охватывают так, чтобы большой палец лежал спереди (позади лобка), а указательный — сзади.

После этого ножницами Феноменова подсекают кожу на шее и пальцем образуют канал в подкожной клетчатке (рис. 137). В этот канал вводят изогнутый конец декапитационного крючка (рис. 138) и, легко достигнув позвоночника и охватив его, делают поворот ручки крючка в одну и другую сторону (при легком потягивании инструмента вниз). При этом слышен хруст, так как нарушается целость шейного отдела позвоночника. Декапитация по Чудовскому имеет большие преимущества по сравнению с весьма распространенным приемом захватывания шейки плода крючком без предварительного рассечения кожных покровов.

Рис. 137. Операция обезглавливания плода по Чудовскому (рассечение кожи).

Рис. 138. Операция обезглавливания плода по Чудовскому (введение крючка).

1) сила влечения за инструмент резко уменьшается;

2) опасность повреждения крючком родовых путей матери устраняется.

После переламывания позвоночника голова все же не отделяется от туловища, так как сохранена еще целость кожных покровов. Для рассечения их следует (под контролем внутренней руки) применить ножницы.

Второй способ обезглавливания — отсечение (под контролем руки, охватывающей шейку плода) головки при помощи ножниц Феноменова. Этот способ является более сложным, чем вышеописанный, и представляет известную опасность повреждения как родовых путей матери, так и рук акушера.

После обезглавливания плода необходимо произвести извлечение туловища и головки. Обычно туловище извлекается без труда при потягивании за выпавшую ручку. Извлечение отделенной головки может пред-

ставлять большие трудности. Следует рекомендовать следующие способы извлечения.

1. Комбинированный прием: наружной рукой производят давление на матку с целью прижатия головки ко входу в таз, а два пальца внутренней руки вводят в ротик и извлекают головку.

2. Культю шейки плода захватывают в затылочной области двумя мощными двузубцами, два пальца вводят в рот. При извлечении головки одновременно применяют и давление на нее сверху, над лобком; при этом необходимо подражать естественному механизму родов (повороты головки).

3. Культю шейки плода захватывают двумя мощными двузубцами и подтягивают головку ко входу в таз. Под контролем руки вводят внутреннюю ветвь краниокласта в полость черепа через большое затылочное отверстие, а вторую ветвь — на лицевую (лучше) или затылочную часть черепа. Замкнув ветви краниокласта, снимают щипцы и извлекают головку краниокластом.

Третий способ является лучшим.

Если после извлечения туловища головка окажется разогнутой, то можно, как рекомендует Н. Н. Феноменов, ввести внутреннюю ветвь в рот плода, а наружную наложить на лоб.

Эвисцерация, спондилотомия

Если шейка плода недоступна или трудно доступна, то следует вместо обезглавливания произвести рассечение позвоночника (спондилотомию) в комбинации с удалением внутренностей (эвисцерацией) брюшной или грудной полости; достаточно освободить одну из них. Для того чтобы войти в брюшную полость, следует рассечь (после введения зеркал, если ручка не выпала, или под контролем руки акушера, если ручка выпала) ножницами брюшную стенку; с целью вхождения в грудную полость плода надо сделать рассечение ребер ножницами Феноменова; через перфорационное отверстие удаляют внутренние органы (легкие или печень и кишечник); для захватывания их применяют абортцанг или костные щипцы. После удаления органов рассекают позвоночник посредством ножниц Феноменова, введенных в перфорационное отверстие; можно рассечь позвоночник и при помощи декапитационного крючка (этот способ хуже, так как грозит смещением туловища плода). Когда удалены внутренности и произведена спондилотомия, грудную (брюшную) стенку плода рассекают ножницами (под контролем зрения) на две части; последовательно извлекают головной и ножной концы плода.

Инструменты для эвисцерации и спондилотомии

Тупые изогнутые ножницы Феноменова	1
Ножницы изогнутые	1
Крючок декапитационный	1
Щипцы двузубчатые мощные	2
Костные щипцы	1
Краниокласт	1

Операция эмбриотомии может быть затруднительна при небольшом (три поперечных пальца) открытии зева, отечности ручки, узости влагалища, недоступности шейки плода. При малом открытии зева и срочных показаниях к операции следует произвести двустороннее его рассечение. Выпавшую ручку необходимо оттягивать в сторону, чтобы облегчить доступ к туловищу или шейке плода. Если шейка плода недоступна, то

следует отказаться от обезглавливания плода и произвести эвисцерацию и спондилотомию.

Во избежание повреждений (разрыв матки!) не следует:

1) сильно тянуть за выпавшую ручку;

2) отталкивать головку с целью охвата шейки плода;

3) вводить декапитационный крючок или ножницы без контроля руки;

4) сильно тянуть за рукоятку крючка;

5) вводить крючок снаружи шейки, а не подкожно.

Категорически запрещается отсекать выпавшую ручку, так как это очень осложняет операцию.

При осторожном проведении операции эмбриотомии прогноз ее благоприятен; исход операции обычно зависит от того состояния, в котором находилась роженица до операции.

С целью своевременной диагностики возможных осложнений (разрыв матки) рекомендуется после каждой операции эмбриотомии производить ручное обследование полости матки и осмотр шейки с помощью зеркал.

Операции по поводу разрыва матки

При диагнозе разрыва матки единственным методом лечения является оперативное вмешательство. Предложено три вида оперативных вмешательств:

1) зашивание разрыва;

2) ампутация матки;

3) экстирпация матки.

Выбор того или другого вмешательства может быть обусловлен следующими моментами: 1) размерами повреждения матки и 2) состоянием больной.

Операция производится под ингаляционным наркозом или при анестезии по Вишневскому.

При производстве операции, кроме помощи хирургической сестры или акушерки, необходима помощь двух ассистентов и наркотизатора. Нужны те же инструменты, что и при операции по поводу трубной беременности, и, кроме того, зажимы кровоостанавливающие зубчатые длиной 20 см (6 штук).

Зашивание разрыва матки имеет ряд преимуществ: сохранение органа, простота и быстрота операции, доступность ее для врача, не обладающего еще большим хирургическим опытом.

Отрицательные стороны этой операции: угроза разрыва матки по рубцу при последующих родах, опасность распространения инфекции, если больная была инфицирована до операции.

Принимая во внимание эти особенности операции, следует считать обоснованным зашивание разрыва матки в следующих случаях:

1) когда размеры повреждения матки невелики;

2) при небольшом хирургическом опыте врача, даже и при более значительном повреждении матки (но без нарушения маточной артерии);

3) при весьма тяжелом состоянии больной, если и после переливания крови состояние ее не улучшается.

При операции необходимо, вскрыв брюшную полость, удалить плод и послед, а затем тщательно осмотреть характер и размеры повреждения матки и исключить повреждение мочевого пузыря. Края раны в матке освежают скальпелем и тщательно зашивают (в два слоя) кетгутовыми узловыми швами. Удаляют излившуюся кровь. Непрерывным швом

соединяют висцеральную брюшину. В брюшную полость вливают 300 000—400 000 единиц пенициллина. Послойно зашивают рану.

Переливание крови производят как до операции, так и во время нее с целью борьбы с шоком и кровопотерей.

Операция ампутации матки показана при: 1) значительном повреждении матки; 2) инфицировании больной до операции.

Операция экстирпации матки показана как исключение только в случаях отрыва матки от влагалища (colpoporrhexis); в других случаях следует предпочесть ампутацию, а не экстирпацию матки, так как последняя более сложна и, следовательно, требует несколько большего времени (что важно при таком тяжелом повреждении) и большего хирургического опыта (трудности ориентировки в топографии при гематоме в широкой связке). При производстве операции ампутации матки (как правило, без придатков) необходимо учесть следующие моменты.

После удаления из брюшной полости плода и последа перевязывают и пересекают обе круглые маточные связки, а затем трубы и собственные связки яичников. Широко рассекают (если он не разорван) передний листок широкой связки справа и слева от матки и удаляют кровяные сгустки из клетчатки. В этот момент операции важно хорошо ориентироваться в топографии маточной артерии и мочеточника. Если маточная артерия не нарушена, то ее (восходящую ветвь) перевязывают и между двумя лигатурами рассекают у ребра матки. Если ствол маточной артерии разорван, то надо вскрыть широкую связку и отыскать центральный конец разорванного сосуда; этот момент операции может быть весьма затруднительным и при неудаче потребовать нахождения подвздошной артерии и перевязки ее[1]. Производится перевязка восходящей ветви маточной артерии с другой стороны. После того как перевязаны собственные связки яичника, мезосальпинкс, круглые маточные связки и маточные артерии (ее восходящие ветви) и пересечен задний листок широкой маточной связки, отсепарован и произведен контроль целости мочевого пузыря, ампутируют матку. Культю шейки матки зашивают узловатыми кетгутовыми швами. Перитонизируют рану. В брюшную полость вливают 300 000—400 000 единиц пенициллина. Послойно зашивают разрез брюшной стенки. Переливание крови до и во время операции с целью борьбы с шоком и кровопотерей.

Экстирпация матки. Ход операции экстирпации отличается от ампутации матки только следующими тремя моментами:

1) перевязывают не восходящую ветвь маточной артерии, а ее основной ствол до бифуркации — кнаружи от матки (помнить о мочеточнике!);

2) перевязывают обе крестцово-маточные связки;

3) после перевязки сосудов, контроля и отсепаровки мочевого пузыря вскрывают влагалище и удаляют матку. Влагалище зашивают наглухо при отсутствии указаний на инфекцию.

Операции, применяемые в третьем периоде родов и после родов

1. Операция ручного отделения последа (separatio placentae manualis)

Необходимо различать: а) ручное отделение последа (separatio placentae manualis), б) ручное выделение последа (extractio placentae manualis) и в) ручное обследование матки (revisio uteri manualis).

[1] Если произведена перевязка a. uterina (основной ствол), то надо сделать не ампутацию, а экстирпацию матки.

В первом случае речь идет об отделении (и последующем выделении) последа, который еще не отделился (частично или весь) от стенок матки; во втором случае — об удалении уже отделившегося, но не выделившегося последа, вследствие гипотонии матки, брюшных покровов или спазматического сокращения стенок матки.

Первая операция труднее, и она сопровождается большей опасностью инфицирования роженицы по сравнению с ручным обследованием матки.

Под операцией ручного обследования матки понимают вмешательство, предпринимаемое с целью обнаружения, отделения и удаления задержавшейся части плаценты или с целью контроля целости матки (что необходимо, как правило, после трудного поворота, акушерских щипцов или эмбриотомии).

Показания для ручного отделения последа.

1. Кровотечение в третьем периоде родов, отражающееся на общем состоянии роженицы, кровяном давлении и пульсе.

2. Задержка выделения последа свыше $2^1/_2$—3 часов[1] и безуспешность применения питуитрина, приема Креде без наркоза и под наркозом.

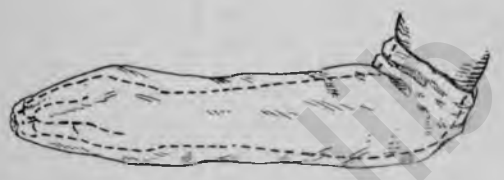

Рис. 139. Рукав Окинчица надет на руку.

Операция ручного отделения последа производится под ингаляционным эфирным наркозом. Роженицу кладут на операционный стол или на поперечную кровать и тщательно подготовляют, как описано, в общей части.

Акушер моет руки до локтя по Кочергину-Спасокукоцкому и смазывает их 5% раствором иода.

Л. Л. Окинчиц советует перед операцией надевать на руку специальный рукав (рис. 139), благодаря которому удается ввести руку в матку, не касаясь предварительно влагалищных стенок и, следовательно, не занося в матку бактерийной флоры влагалища. Этот способ не нашел широкого применения, так как не дал четких положительных результатов.

Техника операции. Акушер смазывает одну руку стерильным вазелиновым маслом, складывает конусообразно пальцы одной руки и, раздвигая большим и указательным пальцами другой руки половые губы, вводит руку во влагалище и в матку. Для ориентации акушер ведет свою руку вдоль пуповины, а затем, подойдя к плаценте, идет к краю ее (обычно уже частично отделившемуся).

Определив край плаценты и приступая к ее отделению, акушер наружной рукой массирует матку с целью ее сокращения, а внутренней рукой, идя от края плаценты, пилообразными движениями отделяет плаценту (рис. 140). Отделив послед, акушер, не извлекая руки, второй рукой, осторожно потягивая за пуповину, удаляет послед. Вторичное введение руки в матку крайне нежелательно, так как повышает угрозу

[1] Если в течение этого времени не возникло показаний к вмешательству в связи с изменением общего состояния роженицы и кровопотерей.

инфицирования. Руку следует удалять из матки лишь тогда, когда акушер убеждается в целости извлеченного последа.

Полное приращение плаценты. В очень редких случаях попытка ручного отделения последа оказывается безуспешной; это может быть при так называемом полном приращении плаценты (placenta accreta totalis), по М. А. Колосову, и при шеечной плаценте (placenta cervicalis). При полном приращении ворсины глубоко внедряются в мышечный слой матки и процесс отслоения плаценты в третьем периоде родов не совершается; кровотечения в связи с этим не бывает. Попытка ручного отделения плаценты производится в связи с тем, что по истечении 3—5 и более часов не возникает признаков отслоения последа. Если врач, введя руку в матку и обнаружив интимное, глубокое врастание ворсин в ее тело, продолжает настойчиво добиваться завершить отделение, может произойти прободение матки. При попытке отделить плаценту, расположенную в шейке матки (pl. cervicalis), возникает опасное для жизни кровотечение. Единственный метод лечения, который может быть предпринят при полном приращении плаценты (как и при шеечном прикреплении плаценты) — удаление матки.

Ручное выделение уже отделившегося последа (при неуспехе наружных приемов) производится также под глубоким наркозом; эта операция гораздо проще и дает гораздо лучшие результаты.

Рис. 140. Ручное отделение последа (наружная рука не показана).

2. Операция ручного обследования полости матки

Показания к операции

1) задержка долек или части долек плаценты, независимо от наличия или отсутствия кровотечения;

2) кровотечение при наличии задержки всех оболочек;

3) после таких акушерских операций, как эмбриотомия, наружно-внутренний поворот, операция наложения полостных щипцов, если последние две операции были технически трудными.

Ручное обследование полости матки при задержке долек плаценты или сомнении в их целости является безусловно показанным, так как задержка дольки плаценты грозит кровотечением и инфекцией. Прогноз операции тем больше ухудшается, чем позже после родов производится вмешательство.

Ручное обследование матки (так же, как и осмотр шейки матки с помощью зеркал) показано после всех трудных влагалищных операций с целью своевременного установления (или исключения) разрыва матки, сводов влагалища, шейки. При ручном обследовании матки необходимо помнить о возможности ошибки в связи с тем, что акушер плохо обследует ту сторону матки, которая прилежит к тыльной поверхности его кисти (левую — при введении правой руки, правую — при введении левой руки). Для предупреждения подобной весьма опасной ошибки и детального обследования всей внутренней поверхности матки необходимо совершать соответствующий круговой поворот кисти руки во время операции.

Промывание матки или смазывание ее эфиром нецелесообразно; при гипотонии показано назначение питуитрина, эрготина, льда на живот, переливания крови.

Опубликованы многочисленные данные о результатах операции, причем все авторы подчеркивают, что результаты операции ручного отделения последа менее благоприятны, чем ручного обследования матки.

Операция ручного отделения последа (в меньшей мере — ручного обследования матки) и в настоящее время является серьезным вмешательством, хотя осложнения после этой операции значительно уменьшились. Однако огромные опасности, которые угрожают родильнице не только при отказе, но и при промедлении с ручным отделением последа, требуют овладения этой операцией каждым врачом и акушеркой.

Акушерские кровотечения относятся к той патологии, неотложное оказание помощи при которой является обязанностью не только каждого врача, независимо от его стажа и специальности, но и акушерки.

3. Операция инструментального обследования матки после родов

Показанием для операции выскабливания матки являются случаи задержки дольки или сомнения в целости плаценты.

Операция эта имеет отдельных сторонников (М. Л. Выдрин, Н. В. Марков). Однако данные о ближайших и отдаленных результатах этой операции (В. И. Тайгро) свидетельствуют в пользу более бережного ручного обследования полости матки.

Кроме того, опубликованы отдельные случаи перфорации послеродовой матки при выскабливании ее.

Первый пленум Совета родовспоможения и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР по вопросу об инструментальном обследовании матки после родов вынес постановление, что этот метод нельзя пока рекомендовать для широкого применения (1944).

Операция восстановления целости мягких и костных родовых путей

Среди различных повреждений родовых путей чаще встречаются трещины слизистой влагалища и разрывы промежности. Необходимо придерживаться правила, что во всяком случае, когда обнаружены повреждения (трещина слизистой или разрыв промежности), необходимо прибегнуть к наложению швов; оставление открытой раневой поверхности грозит инфекцией и функциональными (при повреждении тазового дна) нарушениями.

Разрыв мягких тканей начинается обычно со стенки влагалища и затем переходит на промежность. Поэтому в каждом случае родов необходим тщательный осмотр (после выхождения последа) не только промежности, но и влагалища и шейки матки (при стремительных родах, после оперативных вмешательств).

Повреждение клитора. Разрыв шейки матки

При повреждении клитора кровотечение может быть очень значительным и потребовать вмешательства сразу же после рождения плода. Ввиду грозности подобного кровотечения и трудности остановить его путем наложения швов, иногда возникает необходимость тампонации с одновременным переливанием крови.

Появление кровотечения из влагалища сразу же после рождения плода обычно связано (кроме возможности повреждения клитора) с разрывом шейки матки. Это повреждение чаще возникает при стремительных родах, при извлечении плода за тазовый конец, при операции наложения щипцов, при ручном пособии по поводу тазового предлежания. Поэтому во всех этих случаях, независимо от того, есть ли кровотечение или нет, следует осматривать шейку матки, применяя введение во влагалище широких зеркал. При обнаружении разрыва шейки матки необходимо немедленно наложить швы.

Инструменты и материал

Зеркало влагалищное широкое	1
Подъемник	1
Иглодержатель	1
Иглы хирургические	4
Щипцы геморроидальные или полипные	2
Щипцы пулевые	2(4)
Зажимы хирургические остроконечные	6
Ножницы	
Кетгут № 4	

При обнажении операционной раны необходимо после введения широких зеркал захватить края раны полипными щипцами (в случае их отсутствия — пулевыми) и открыть верхний угол раны. Только после этого приступают к наложению узловых кетгутовых швов (сверху—вниз). Во время операции врачу должен помогать один ассистент.

Разрыв промежности, влагалища

Различают три степени разрыва промежности (рис. 141).

Первая степень — разрыв слизистой влагалища и кожи промежности. Вторая степень — разрыв не только слизистой, но и мышечно-фасциальных элементов тазового дна, а именно m. transversus superfic., m. constrictor cunni, m. levator ani. Третья степень — разрыв тех же образований и m. sphincter ani (с повреждением или без повреждения стенки прямой кишки).

При разрыве третьей степени возникают тяжелые функциональные нарушения — недержание газов и кала.

Очень редкая форма разрыва промежности — так называемый центральный разрыв промежности, при котором повреждение захватывает заднюю стенку влагалища, фасцию его и m. levator ani (иногда и m. sphincter ani) с образованием отверстия между сохранившейся задней спайкой и прямой кишкой.

Инструменты и материал для наложения швов, скобок

Пулевые щипцы	3(4)
Иглодержатель	1
Иглы хирургические (крутые и плоские)	3—4
Хирургический пинцет длиной 20 см	2
Зажимы хирургические остроконечные	6
Пинцет для накладывания скобок	1
Ножницы	1
Пинцет анатомический длиной 20 см	1
Кетгут	
Шелк	

Скобки
Шприц «Рекорд» емкостью 10 мл 1
Раствор новокаина 0,25% 200—400 мл

Операция наложения швов проводится обязательно под анестезией (проводниковой — срамного нерва или инфильтрационной).

При возникновении разрыва края раны, вследствие повреждения мышц, часто резко расходятся и рана деформируется. Для достижения гладкого заживления раны и хороших функциональных результатов важно, кроме соблюдения строжайшей асептики, также тщательное восстановление нормальных анатомических отношений. Поэтому при наложении швов рекомендуется соблюдение следующих условий:

1. Родильница на поперечной кровати или на операционном столе должна лежать на спине; ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу.

2. Операционное поле должно быть хорошо освещено (естественное освещение, рефлектор).

3. Анестезия.

4. Широкое открытие раны, особенно верхнего ее угла.

Рис. 141. Схематическое изображение трех степеней разрыва промежности (цифры *1*, *2*, *3*) и центрального разрыва промежности (стрелка).

Для раскрытия раны мы пользуемся пулевыми щипцами или хирургическими зажимами, которые накладываются на боковые края разреза и на верхний угол раны. Рану тщательно очищают от сгустков крови. При наложении швов необходимо помнить о послойном соединении тканей и о тщательном наложении погружных швов с целью предупреждения образования гематомы. При завязывании швов нельзя допускать чрезмерного их затягивания, помня о частом возникновении отека в ближайшие дни после родов.

При возникновении значительного натяжения во время наложения швов следует прибегать к простому приему — сближению бедер больной — и шов легко завязывается.

При разрыве третьей степени в первую очередь накладывают швы на стенку кишки и тщательно соединяют края разорванного m. sphincter ani. На глубокие ткани и слизистую оболочку накладывают кетгутовые швы; на кожу промежности — шелковые швы или скобки; целесообразно применение и подкожного шва.

При центральном разрыве промежности рекомендуется рассечь сохранившуюся заднюю спайку и восстановить хорошо раскрытую операционную рану. Основное требование при уходе в послеоперационном периоде — асептика. Назначают обмывание наружных половых органов и промежности (так называемым пинцетным способом, дезинфицирующим раствором и стерильной ваткой на корнцанге) не только утром и вечером, но и после каждого мочеиспускания и дефекации. После наложения швов по поводу разрыва влагалища и промежности (первой и второй степени) разрешают поворачиваться на бок (если нет противо-

показаний со стороны общего здоровья) в день родов. При наложении швов по поводу разрыва шейки матки тот же режим.

После зашивания разрыва третьей степени назначают по преимуществу молочную диэту и жидкую пищу, и на 5—6-й день назначают слабительное и обязательно встречную клизму. При отсутствии указаний на воспалительные явления (повышение температуры, учащение пульса, отек промежности, болезненность) швы (или скобки) снимают на 5-й день после родов. При появлении указаний на инфицирование раны швы должны быть сняты немедленно. Дальнейшая тактика (перевод родильницы в изолятор, дезинфекция инвентаря) и лечение зависят от обнаруженных данных.

Пособия при нарушении целости таза

Разрыв тазового кольца — очень редкое осложнение. По статистическим данным старых авторов, он встречается один раз на 30—60 тысяч родов. Этот разрыв может возникнуть самопроизвольно или в результате грубого, насильственного родоразрешения. Подобные повреждения встречались раньше при операции наложения высоких щипцов, при извлечении крупной последующей головки, после симфизеотомии и пубиотомии. Симптомы повреждения симфиза, или articulationis sacro-iliacae бывают выражены довольно четко (затруднение движения ног, ступни отклоняются кнаружи); при повреждении мочевых путей (уретры, мочевого пузыря) возникает картина мочевого затека. При пальпации определяется болезненность, расхождение лобкового сочленения. Диагностика уточняется путем рентгенографии. Терапия: строгий постельный режим, бинтование. При повреждении мочевых путей — соответствующее вмешательство. Изменение режима зависит от данных повторного клинического и рентгенологического обследования.

Травмы костного кольца при заблаговременной госпитализации беременных с узким тазом в отделения патологии беременности являются большой редкостью.

ЛИТЕРАТУРА

Агаронов А. М., Оперативное акушерство, Эривань, 1935.

Архангельский Б. А. и Трубкович М. Б., Наружный профилактический поворот на головку, Новости медицины, в. 16, изд. Академии медицинских наук СССР, 1950.

Бакшт Г. А., Абдоминальное родосечение (кесарево сечение) в современном акушерстве, Воронеж, 1934.

Белошапко П. А., Яковлев И. И., Руководство по оперативной помощи при родах, Ленинград, 1930.

Белошапко П. А., Слабость родовой деятельности, Акушерство и гинекология, 1950, 6.

Брауде И. Л., Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии, М., 1947.

Бржезинский В. А., Акушерские щипцы русской школы, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 1.

Вербов Я. Ф., О русском акушере Лазаревиче и русских акушерских щипцах, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 1.

Вербов Я. Ф., Матка женщины, СПБ, 1913.

Гентер Г. Г., Акушерский семинар, т. I, II, III, 1927—1933.

Груздев В. С., Курс акушерства и женских болезней, ч. II, Акушерство, т. I—II, 1922.

Груздев В. С., Краткий очерк истории русского акушерства и гинекологии в России, Журнал акушерства и женских болезней, 1906, 3—4; 6—10.

Груздев В. С. и Тимофеев А. Н., К современному положению вопроса об абдоминальном кесаревом сечении, Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930.

Жмакин К. Н., Sectio caesarea vaginalis, Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов, Киев, 1930.

Жмакин К. Н., Итоги дискуссии по спорным вопросам акушерства, Акушерство и гинекология, 1952, 4.
Жмакин К. Н., Волков Я. Н., Репина М. М., Кесарево сечение в современном акушерстве, Акушерство и гинекология, 1952, 3.
Кораблев Г. И., Курс акушерской науки или учение о жизни женской касательно половых отправлений изложенное, ч. I—III, М., 1841—1843.
Крассовский А. Я., Оперативное акушерство и учение о неправильностях женского таза, СПБ, 1885.
Крупский А. И. (ред.), Оперативное акушерство, Киев, изд. 2-е, 1936.
Лазаревич И. П., Курс акушерства, т. I—II, 1892.
Ланковиц А. В., Операция наложения щипцов в русском акушерстве, Автореферат дисс., 1952.
Лейбчик Ю. А., Труды VI съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров, М., 1925.
Максимович-Амбодик Н. М., Искусство повивания или наука о бабичьем деле, СПБ, 1784—1786.
Малиновский М. С. и Кушнир М. Г., Руководство по оперативному акушерству, Свердловск, 1946.
Петров Н. Н., Вопросы хирургической деонтологии, Ленинград, 1948.
Писемский Г. Ф., К вопросу об иннервации матки, Дисс., Киев, 1904.
Полонский Я. Н., Непосредственные и отдаленные результаты кесарского сечения, Москва, 1939.
Полонский Я. Н., Непосредственные и отдаленные результаты акушерских операций, Ленинград, 1944.
Пономарев А. Ф., Кесарское сечение в России, Труды Омского медицинского института, в. 2, 1925.
Правосуд Ф. Г., Акушерские щипцы без тазовой кривизны, Труды акушерского гинекологического общества I Московского государственного университета, т. 31, 1925, стр. 262—266.
Решения 4-го пленума Совета родовспоможения и гинеколог. помощи Министерства здравоохранения СССР и Министерства здравоохранения РСФСР, Акушерство и гинекология, 1952, 5.
Русин Я. Г., Родоразрешение по Виллет-Иванову, Магнитогорск, 1944.
Сборник, посвященный 175-летию родильного дома имени В. Ф. Снегирева (Отчеты за 1936—1945 гг.), Л., 1949.
Скробанский К. К., Кесарское сечение в современном акушерстве, Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 4.
150 лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, т. II, Л., 1947.
Труды I съезда российских акушеров и гинекологов (Кесарское сечение — Рейн, Ястребов), М., 1903.
Труды V съезда общества российских акушеров и гинекологов (терапия узкого таза — В. Л. Якобсон, А. В. Марковский, Р. Кипарский, Н. И. Побединский, А. Ф. Пальмов), Харьков, 1915.
Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Кесарское сечение), Киев, 1930.
Труды IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (Узкий таз), М., 1935 (тезисы докладов).
Труды акушерско-гинекологической клиники Сталинского медицинского института, Сталино, 1940.
Федоров И. И., Обыкновенные изогнутые щипцы и щипцы проф. Лазаревича при узком тазе, Журнал акушерства и женских болезней, 1889, стр. 89.
Феноменов Н. Н., Оперативное акушерство, изд. 6-е, СПБ, 1906.
Флоринский В. М., Курс акушерства и женских болезней, т. I, в. 1, СПБ, 1869.
Чудовский В. А., К технике декапитации, Врач, 1882, 7.
Цовьянов Н. А., К технике наложения акушерских щипцов, М., 1944.
Цовьянов Н. А., Усовершенствованный, предупреждающий мертворождаемость метод ведения родов при тазовом предлежании, М., 1952.
Цовьянов Н. А., Новый метод ведения родов при тазовом предлежании, Советская медицина, 1951, 10.
Цовьянов Н. А., Новый метод ведения родов при ножных предлежаниях, Акушерство и гинекология, 1949, 2.
Цовьянов Н. А., Изготовление и применение в акушерстве самодельного метрейринтера, Акушерство и гинекология, 1939, 8.
Яковлев И. И., Неотложная помощь при акушерской патологии, М., 1950

ГЛАВА XII

СЕПТИЧЕСКИЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Доцент *А. В. Бартельс*

Послеродовая (пуэрперальная) инфекция — это раневая септическая инфекция, отличающаяся, однако, рядом особенностей, зависящих от физиологических и анатомических изменений, происходящих в организме женщины во время беременности, родов и в послеродовом периоде. В связи с этим послеродовая инфекция требует отдельного изучения.

Основу современного учения о послеродовой инфекции, о «родильной горячке», как ее называли раньше, заложил в прошлом столетии Игнатий Земмельвейс (1847).

Родильная горячка представляла в прошлом настоящее бедствие, принимая нередко, особенно в родильных домах, характер эпидемий, уносивших многочисленные жертвы.

В 1-й акушерской клинике в Вене, где работал Земмельвейс, смертность от родильной горячки доходила иногда до 25% и даже до 40%.

Земмельвейс установил, что родильная горячка чаще всего возникает вследствие занесения в организм роженицы инфекции с загрязненных инструментов и рук обслуживающего персонала. Кроме того, он считал, что, применяя ряд соответствующих мероприятий, родильную горячку можно предотвратить.

«Разложившийся животно-органический материал, — писал Земмельвейс, — вызывающий при всасывании родильную горячку, в большинстве случаев заносится в организм извне. Это есть инфекция извне, которая может быть предупреждена. В редких случаях разложившийся животно-органический материал может образоваться в пределах самого пораженного организма, и это будут случаи самозаражения».

Земмельвейс не только выдвинул положение об экзогенной и эндогенной инфекции, но и сделал из своего учения соответствующие профилактические выводы: он ввел способ обеззараживания рук — дезинфекцию их хлорной водой, вследствие чего снизилась смертность до 1,5%. Дать точное научное обоснование понятию о «животно-органическом материале» он не мог — бактериология как наука еще не существовала. Учение Земмельвейса было отвергнуто его современниками; лишь немногие из них признали (1863) его учение и в их числе одними из первых были члены Санкт-Петербургского общества врачей. Важно указать, что профессор Московского университета Е. О. Мухин задолго

до Земмельвейса опубликовал труд, в котором предложил применять хлорную известь для дезинфекции рук [1].

В настоящее время смертность от послеродовой и послеабортной инфекции незначительна, однако все еще занимает видное место среди причин смертности после родов и аборта.

В Советском Союзе глубоко продуманная и научно обоснованная система организации родовспоможения с ее профилактическим направлением, использующим все достижения современной медицинской науки, создала все предпосылки к ликвидации смертности от послеродового сепсиса. Во многих наших родовспомогательных учреждениях в течение последних лет отсутствует смертность женщин от септической послеродовой инфекции.

В борьбе с материнской смертностью важнейшими задачами является профилактика септической инфекции и своевременное, рациональное лечение больных септическими заболеваниями.

Эти задачи могут быть правильно разрешены только на основе данных этиологии, патогенеза и эпидемиологии септических заболеваний. Поэтому прежде всего необходимо остановиться на этих вопросах.

ЭТИОЛОГИЯ

Инфекция представляет собой сложный процесс взаимодействия макро- и микроорганизма. В этом процессе основная роль принадлежит макроорганизму, состоянию его нервной системы, которая обусловливает целостность организма в неразрывном его единстве с внешней средой, определяет и регулирует все физиологические функции.

Следовательно, при септической инфекции решающим фактором является состояние макроорганизма. В качестве непосредственной причины заболевания следует рассматривать микроба — возбудителя инфекции.

Как известно, в числе возбудителей септической инфекции могут быть названы почти все патогенные микробы.

В практическом отношении, однако, важное значение имеют только наиболее часто встречающиеся возбудители септической инфекции — аэробные и анаэробные стрептококки и стафилококки, кишечная палочка, возбудители газовой гангрены (из последних в первую очередь Cl. perfringens).

Общим для этих возбудителей является следующее:

1) они представляют собой полупаразитов — комменсалов, которые вегетируют в организме человека и в обычных условиях не вызывают заболевания;

2) вызывают заболевание лишь при проникновении через раневые входные ворота и только в виде исключения проникают через неповрежденные ткани.

Раневая поверхность возникает при физиологических родах. После отделения последа внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность, покрытую обрывками отпадающей оболочки и кровяными сгустками. На этой раневой поверхности отчетливо выступает место прикрепления плаценты — плацентарная площадка с ее многочисленными повреждениями при отделении плаценты и закрытыми тромбами сосудами. Благодаря наличию большого количе-

[1] Е. Мухин, Краткое наставление о составлении, свойствах и употреблении хлоровой извести против гнилых заразительных болезней, при вскрытии трупов и в анатомии, М., 1830.

ства кровеносных и лимфатических сосудов плацентарная площадка приобретает особое значение как входные ворота инфекции.

Помимо этого, раневыми входными воротами могут служить надрывы, трещины и ссадины на шейке матки, во влагалище, на преддверии влагалища и промежности, происходящие при рождении плода.

При патологических родах травматизация родовых путей может сопровождаться более обширными и глубокими повреждениями тканей. Прежде всего это относится к родам при функционально узком тазе — при неправильном ведении их могут возникать размозжения мягких тканей, разрывы шейки, разрывы матки и т. д.

Нарушение целости тканей может также произойти и при оперативных вмешательствах. Из акушерских операций наиболее травмирующей является операция наложения щипцов (высоких). Что же касается абортов, то при них, кроме раневой поверхности, образующейся при отделении плодного яйца, также могут наблюдаться и повреждения на почве травмы (перфорации); в особенности это относится к криминальным абортам.

Относительно попадания инфекции на раневую поверхность в родовых путях женщины нужно отметить следующее. Возбудители инфекции проникают на раневые поверхности в результате или экзогенной (инфекция микробами извне), или эндогенной инфекции (инфекция собственными микробами).

Вопросы эндогенной инфекции заслуживают особого внимания в связи с тем, что ее предупреждение представляет наибольшие трудности. Эндогенная инфекция может быть вызвана как микробами, входящими в состав флоры влагалища (эндогенная инфекция в узком смысле), так и микробами, вегетировавшими на коже или составлявшими флору других полостей.

Далее, при эндогенной инфекции микробы могут поступить из имеющихся в организме воспалительных очагов гематогенным, лимфогенным путем (метастатическая инфекция), а из близко расположенных очагов также путем распространения по продолжению.

При эндогенной инфекции микробы, входящие в состав флоры влагалища, обычно являются наименее патогенными; микробы, составляющие флору других полостей или вызывающие образование гнойных очагов, — наиболее патогенными.

С этой точки зрения большого внимания заслуживает микрофлора полостей зева и носа (А. А. Смородинцев) и прежде всего такие микробы, как гемолитический стрептококк и гемолитический стафилококк. Особый интерес представляет также флора кишечника. Роль кишечной флоры в этиологии раневого сепсиса отчетливо выявлена работами В. А. Крестовниковой. Из числа условнопатогенных микробов кишечника первое место по своей значимости занимает стрептококк (энтерококк), стафилококк, Cl. perfringens и B. proteus. В акушерстве этот вопрос почти не изучен.

Экзогенная инфекция преимущественно наблюдается при сепсисе после аборта. Сепсис после аборта — чаще всего экзогенный сепсис. Неликвидирована полностью возможность экзогенной инфекции и в отношении послеродового септического процесса. Здесь прежде всего следует иметь в виду опасности, связанные с непосредственным занесением микробов в рану (руки медицинского персонала, инструменты, перевязочный материал) и особенно с капельной инфекцией.

На важное значение капельной инфекции в развитии септического процесса было обращено внимание А. А. Смородинцевым.

В частности, А. А. Смородинцев подчеркивает, что стрептококковые заболевания в послеродовом периоде в основном зависят от капельной инфекции, главным источником которой являются дыхательные пути больных и медицинского персонала.

Как при экзогенной, так и при эндогенной инфекции микробы могут быть непосредственно занесены в рану (инокуляция микробов) или могут самопроизвольно проникнуть в нее. Соответственно этому принято различать искусственную и самопроизвольную экзогенную или эндогенную инфекцию. Значение искусственной инфекции (инокуляция микробов) в возникновении септического процесса определяется тем фактом, что чем ближе момент проникновения микробов к моменту нанесения раны, тем больше вероятность наступления заболевания.

Внесение микробов во влагалище задолго до родов мало опасно (отсутствие раневых поверхностей, самоочищающаяся способность влагалища); бо́льшую опасность представляет внесение их непосредственно перед родами.

Во время родов наименее опасным является попадание микробов в родовые пути до разрыва плодного пузыря, после разрыва опасность возрастает (возможность восхождения микробов в полость матки); наибольшую опасность представляет внесение микробов в момент изгнания плода и в особенности в последовом периоде (наличие обширных, только что возникших раневых поверхностей). Неблагоприятным является также попадание микробов в половые пути в первые дни послеродового периода (отсутствие или недостаточное развитие грануляционного вала).

Возможности проникновения возбудителей на раневые поверхности в половых путях женщины сводятся к следующему.

1. Непосредственное занесение микробов в рану

В отношении искусственной экзогенной и эндогенной инфекции прежде всего следует иметь в виду акушерские вмешательства и манипуляции (врача, акушерки), самоисследование рожениц и родильниц (редко) и вмешательства при криминальных абортах.

Наряду с этим, возможно и попадание микробов извне в результате воздушной и капельной инфекции на открытые раневые поверхности (в области наружных половых органов, а при акушерских манипуляциях, требующих применения влагалищных зеркал, — и на раневые поверхности влагалища и шейки). Наибольшую опасность представляет прямая капельная инфекция; возможность ее развития особенно велика при работе без масок.

2. Самопроизвольное проникновение микробов в рану

В этом отношении прежде всего приходится считаться с самопроизвольным проникновением из влагалища микробов, составляющих флору его. Необходимо учитывать, что восхождению инфекции в родах благоприятствует преждевременный и ранний разрыв плодного пузыря, а в послеродовом периоде — задержка оболочек в полости матки и свисание их во влагалище.

Несомненно, большое значение имеет самопроизвольное проникновение микробов с наружных половых органов. Основным резервуаром инфицирования половых путей женщины является область вульвы, где имеются благоприятные условия для оседания и размножения многих

микробов, принимающих участие в септической инфекции. В силу анатомических соотношений микрофлора наружных половых органов женщины может легко пополняться микробами из кишечника. Такое пополнение может происходить также при наличии гнойных очагов в области наружных половых органов, в результате воздушной и капельной инфекции и т. д.

Значение вульвы как резервуара потенциально опасных патогенных микробов особенно велико во время родов. В процессе родов влагалище и вульва составляют единый канал, причем создаются благоприятные условия для попадания микроорганизмов с наружных половых органов во влагалище. Отсюда вытекает необходимость тщательного туалета наружных половых органов при поступлении роженицы, в течение родов и в особенности перед рождением ребенка и по окончании родов.

Метастатическая инфекция наблюдается редко. Наибольшую потенциальную опасность представляют инфекционные воспалительные очаги, граничащие с половым аппаратом женщины. Метастатическая инфекция из отдаленных очагов имеет меньшее значение (А. А. Смородинцев).

ПАТОГЕНЕЗ

Как известно, самый факт попадания микробов в рану и наличие микробов в ране еще не означают инфекции. Для инфекции характерно возникновение определенного комплекса реактивных явлений, как общих, так и местных, в ответ на активный раздражитель, каким является микроб — возбудитель инфекции. «Инфекция, — пишет И. В. Давыдовский, — событие в жизни раны и в жизни раненого».

В процессе инфекции основную роль играет состояние организма. В значительной мере от свойств организма, от сопротивляемости и реактивности его зависит, что в одних случаях инфекция совсем не возникает, в других — возникает, но протекает как локализованное заболевание и в третьих — принимает общий, генерализованный характер. Однако, наряду с этим, конечно, существенное значение имеют и свойства микробов (вирулентность и инвазивность).

Необходимо отметить также влияние особенностей раны на развитие септической инфекции. При одинаковой сопротивляемости организма и одинаковой вирулентности микробов течение инфекции будет неодинаковым в зависимости от локализации, характера и состояния раны.

Новое в понимание этого факта внесли работы А. Д. Сперанского и его учеников. Этими работами была выявлена роль рецепторных полей, особенностей рецепторного аппарата.

Клинические наблюдения показывают, что к существенным особенностям раны относятся: 1) топография ее, близость к крупным кровеносным и лимфатическим путям (момент, благоприятствующий распространению инфекции); 2) характер ранения и степень повреждения тканей (травматизация, размозжение и омертвение тканей как момент, содействующий развитию инфекции); 3) наличие условий для оттока отделяемого раны (роль затрудненного оттока в распространении инфекции).

При беременности, в особенности во время родов, возникает ряд предрасполагающих моментов, способствующих развитию септической инфекции. К таким моментам относятся: 1) снижение сопротивляемости организма, изменение его реактивности; 2) разрыхление тканей, осо-

бенно резко выраженное в половом аппарате, наличие широких и разветвленных кровеносных и лимфатических путей в полости малого таза; 3) возникновение в процессе родов обширной раневой поверхности в области, снабженной многочисленными кровеносными и лимфатическими сосудами (плацентарная площадка).

При осложненных родах к этому присоединяется ряд новых моментов, благоприятствующих развитию послеродовой инфекции. Необходимо иметь в виду, что значительную опасность в смысле развития инфекции представляют роды: а) оперативные; б) затяжные; в) при преждевременном или раннем отхождении вод; г) с осложнениями в последовом периоде; д) сопровождающиеся значительной кровопотерей; е) сопровождающиеся плохим сокращением матки после рождения последа; ж) роды у ослабленных женщин.

Условия, способствующие развитию инфекции, могут быть сведены к следующему:

1. Моменты, способствующие проникновению инфекции на раневые поверхности. Наибольшую опасность в смысле искусственной инфекции представляют оперативные роды, а из оперативных вмешательств наиболее опасным является ручное отделение последа; опасность развития самопроизвольной инфекции наиболее велика при затянувшихся «сухих» родах.

2. Моменты, способствующие развитию инфекции. Среди них важнейшее значение имеет перераздражение и перенапряжение нервной системы. В этом разрезе необходимо учитывать роль не только первой, но и второй сигнальной системы. Надо учитывать отношение к родам самой роженицы и отношение к роженице окружающих ее лиц.

Особенно же неблагоприятное влияние окажут те роды, где в основе перераздражения и перенапряжения нервной системы лежат механизмы безусловнорефлекторного характера — затяжные роды, роды при несоответствии головки и таза, роды, сопровождающиеся разрывом матки, преждевременной отслойкой последа, выворотом матки (шоковое состояние) и т. д.

Далее необходимо указать, что снижение сопротивляемости организма может возникнуть в связи с рядом других моментов, как возникающих во время родового акта (например, в результате большой кровопотери, вследствие физического переутомления при затяжных родах), так и предшествующим родам (анемия, гиповитаминозы, токсикозы и др.).

3. К моментам, способствующим развитию инфекции, следует отнести и состояние раны. В отношении «физиологической раны» — раневой поверхности, возникающей после родов в матке, — следует иметь в виду, что состояние ее зависит от степени сокращения матки. Плохое сокращение матки после родов сказывается на механизме остановки послеродового кровотечения: снижается роль сжатия и перегиба сосудов («физиологическая лигатура» при ретракции матки), возрастает роль тромбообразования. Образовавшиеся в большом количестве тромбы могут представлять благоприятную почву для размножения микробов и, следовательно, для развития инфекции.

Неблагоприятным является наличие в ране мертвых и омертвевших тканей. В связи с этим серьезную опасность представляют, например, остатки детского места в полости матки, размозженные ткани при грубой хирургической травме (щипцах), при тяжелых самопроизвольных повреждениях (разрывы матки, разрывы промежности третьей степени и т. д.). В подавляющем большинстве осложненных родов в той или

иной мере взаимодействуют многие, если не все, перечисленные моменты. Задача врача состоит в том, чтобы у каждой женщины выявить и по возможности устранить их.

Совокупность всех вышеуказанных как физиологических, так и патологических условий определяет своеобразие и тяжесть течения послеродового септического процесса.

Послеабортный сепсис обладает многими чертами, сближающими его с послеродовым сепсисом. Поэтому представляется целесообразным объединить эти два вида сепсиса в общую группу — септическая инфекция, связанная с гестационным процессом.

По сравнению с послеродовым сепсисом послеабортный сепсис отличается более тяжелым течением. Это отчасти объясняется тем, что причиной его, как правило, является экзогенная инфекция (криминальный аборт), отчасти с более поздним оказанием врачебной помощи (поздняя обращаемость).

Резюмируя, мы должны сказать, что послеродовая и послеабортная инфекция — это раневая инфекция, своеобразные черты которой обусловлены физиологическими и анатомическими особенностями женского организма, в том числе и полового аппарата, изменениями реактивности и сопротивляемости организма в связи с гестационным процессом. Разумеется, общие закономерности, свойственные раневой инфекции, сохраняют свое значение и при инфекции, связанной с гестационным процессом.

Проявления послеродовой инфекции могут быть разнообразными: они отражают различные фазы единого динамически протекающего патологического процесса (В. Я. Илькевич, С. В. Сазонов).

В зависимости от общего состояния организма, от характера его реакции клиника условно относит различные формы проявления септической инфекции к местным (локализованным) или общим (генерализованным) формам, трактуя местные проявления заболевания в неразрывном единстве с общими процессами.

Современная концепция послеродовой инфекции должна быть пересмотрена с позиций учения И. П. Павлова.

Послеродовая септическая инфекция — общее инфекционное заболевание, представляющее собой своеобразную реакцию организма в ответ на активный раздражитель, каким является микроб — возбудитель заболевания, точнее, в ответ на комплекс патогенных воздействий, возникающих в организме в результате инфекции и оказывающих свое действие как на рецепторный аппарат, так и непосредственно через кровь и ликвор на нервные центры (изменения в тканях, микробные токсины, продукты тканевого и микробного распада и т. д.).

В основе ответной реакции организма лежат сложные рефлекторные механизмы.

Характеризуя ответные реакции организма на патогенные воздействия, А. Г. Иванов-Смоленский отмечает: «...такие патологические раздражения могут воздействовать не только на интерорецепторы внутренних органов (слизистых и серозных оболочек, кровеносных сосудов и т. д.), в частности, не только на хеморецепторы и барорецепторы, но и непосредственно, автоматически на нервные центры. Другими словами, такого рода внутренние патогенные воздействия могут носить характер как безусловных, так и автоматических раздражителей. Если такие патологические раздражения, неоднократно повторяясь, совпадают и сочетаются во времени с какими-либо другими, ранее безвредными раздражителями, то эти последние приобретают новое качество, приобретают характер

патогенных условных раздражителей, вызывая теперь те же болезненные явления, ту же патологическую реакцию, что и сочетанный с ними безусловный или автоматический раздражитель»[1]. К этому надо еще добавить и возможность иатрогенных воздействий.

Ответная реакция организма является результатом взаимно связанных и взаимно обусловленных процессов — физиологических, защитных и компенсаторных, и патологических, вызывающих повреждение или разрушение той или иной части организма. Возникающее в процессе инфекции соотношение защитных и патологических реакций определяет как форму проявления инфекции, так и клиническую картину заболевания.

Решающее значение в патогенезе послеродового септического процесса имеет макроорганизм, его реактивность и сопротивляемость инфекции.

Сопротивляемость и реактивность организма зависят от состояния и функции нервной системы и прежде всего высшего отдела ее. В понятие «сопротивляемость организма» входит функциональное состояние и деятельность всех органов и систем его, в частности, функциональная деятельность защитных аппаратов, состояние обмена веществ и т. д.

Среди защитных механизмов при септическом процессе имеет значение и ретикуло-эндотелиальная система (фагоцитарно-мезенхимальная система Мечникова). Это обстоятельство становится понятным, если учесть значение мезенхимы в раневом процессе, в образовании противотел, фагоцитозе и т. д.

С представлением о сопротивляемости организма неразрывно связано понятие о его трофике. Это понятие объединяет всю совокупность процессов обмена веществ, протекающих в тканях организма и являющихся условием их нормальной функции и структуры. С развитием в ходе эволюции нервной системы последняя все более и более контролирует и определяет трофику тканей. У высших животных, а также человека трофическая функция нервной системы достигает максимального выражения, причем эта функция регулируется высшим отделом головного мозга и в той или иной степени свойственна всем нервным образованиям (К. М. Быков, А. Д. Сперанский и др.).

В создании учения о трофической функции нервной системы исключительная заслуга принадлежит И. П. Павлову. И. П. Павлов не только доказал наличие трофической иннервации (И. П. Павлов, Центробежные нервы сердца, 1883; Усиливающий нерв сердца, 1888), но и установил рефлекторную природу трофических процессов — трофические рефлексы (И. П. Павлов, Лабораторные наблюдения над патологическими рефлексами в брюшной полости, 1898).

В трудах И. П. Павлова имеется весьма важное указание о значении первной трофики в сопротивляемости организма. Речь идет о прямом влиянии трофических рефлексов на сопротивляемость, жизнеспособность тканей и о значении трофики для возникновения заболевания (И. П. Павлов, О трофической иннервации, 1920).

Видная роль в развитии учения И. П. Павлова о нервной трофике принадлежит А. Д. Сперанскому. Необходимо отметить, что исследования А. Д. Сперанского и его сотрудников главным образом были

---

[1] А. Г. Иванов-Смоленский, Патофизиология высшей нервной деятельности и задачи патологической физиологии, Сб.: Учение И. П. Павлова в теоретической и практической медицине, М., 1951, стр. 15.

направлены в сторону изучения нарушений нервной трофики — нервных дистрофий — и их значения в патологических процессах.

Указание И. П. Павлова, что при патологических процессах влияние нервной системы на трофику может быть и положительным фактором, способствующим повышению сопротивляемости ткани, не получило в дальнейшем соответствующего развития.

Особенностью рефлекторных реакций при дистрофических процессах является длительность их течения. При истолковании этого факта необходимо принять во внимание высказывание И. П. Павлова [1], — что длительное течение рефлекторных реакций зависит от «постоянной и неустранимой» причины рефлекса.

С понятием сопротивляемости связано также понятие реактивности организма. Рассматривая вопросы реактивности при септическом процессе, следует иметь в виду наличие аллергических реакций, аллергического компонента при нем.

Сенсибилизация организма происходит в процессе инфекции в ответ на поступление продуктов микробного и тканевого распада. Аллергическое состояние может и предшествовать заболеванию, возникнув в силу ранее перенесенных инфекций или в силу каких-либо других причин.

«Механизм развития сенсибилизации организма к аллергенам, с точки зрения общей физиологии возбуждения, можно представить себе как процесс суммации слабых подпороговых раздражающих воздействий сенсибилизирующего антигена» [2]. При этом необходимо учесть, что в условиях больного организма этот процесс развертывается на фоне измененной функциональной деятельности центральной нервной системы (коры головного мозга).

Что же относится к предшествовавшей сенсибилизации, то роль ее в развитии заболевания может быть объяснена в аспекте учения о следовых реакциях нервных центров (в связи с принципом доминанты А. А. Ухтомского). Другими словами, первичная сенсибилизация может явиться источником длительного возбуждения нервных центров, последующее раздражение ведет к возобновлению доминантной реакции их, к возобновлению установки организма, выработанной в ответ на ранее бывшее раздражение.

Вопросы аллергии подверглись изучению со стороны А. Д. Сперанского и его учеников. В отношении одного из наиболее ярких классических проявлений аллергии — анафилаксии — была доказана роль длительного возбуждения нервных центров и последующего раздражения.

Сотрудники А. Д. Сперанского И. А. Пигалев и А. А. Канаревская получили у собак после операции наложения стеклянного шарика на турецкое седло типичный анафилактический шок в результате первой инъекции лошадиной сыворотки. Этими опытами не только была установлена ведущая роль нервной системы в происхождении анафилаксии, но и выявлено, что анафилактический шок имеет много общего как по течению, так и по морфологическим проявлениям с теми нервно-дистрофическими процессами, которые развиваются в результате «второго удара» (А. Д. Сперанский).

---

[1] И. П. Павлов, Лабораторные наблюдения над патологическими рефлексами. Прения, Избранные произведения, 1949, стр. 153.

[2] А. Д. Адо, Учение И. П. Павлова и современная иммунобиолсгия, Сб.: Учение И. П. Павлова в теоретической и практической медицине, 1951, стр. 174.

В настоящее время аллергии придается большое значение при сепсисе, и многие авторы связывают различные формы сепсиса с разными типами аллергических реакций: так, сепсис с резко выраженными общими явлениями, но без метастазов относят к гиперергической форме; затяжной хронический сепсис — к гипоергической.

Придавая основное значение в развитии септического процесса состоянию макроорганизма, мы должны одновременно учитывать и особенности микроба-возбудителя, присущие ему биологические свойства. Эти свойства накладывают свой специфический отпечаток на течение инфекции (инфекционный компонент септического процесса).

Септическая инфекция в отношении этиологического фактора занимает особое положение в ряду других инфекционных заболеваний, отличаясь многими своеобразными чертами, которые затрудняют как диагностику так и терапию при септическом процессе. Особенности септической инфекции заключаются, во-первых, в том, что возбудителями ее могут быть различные микробы (полиэтиологизм). Правда, в подавляющем большинстве случаев возбудителями, как мы указывали, являются представители банальной гноеродной флоры (стрептококки, стафилококки) и представители группы газовой гангрены (Cl. perfringens).

Мало того, один и тот же вид микробов, являющихся возбудителями септической инфекции, как правило, представляет собой группу разновидностей, нередко резко отличающихся по своим биологическим особенностям и обладающих различной патогенностью.

Различные микробы — возбудители септической инфекции — обладают разной устойчивостью по отношению к внешним воздействиям, действию бактериостатических препаратов и т. п. Так, резистентность к пенициллину проявляет белый стафилококк, кишечная палочка и энтерококк. Надо отметить, что резистентность микробов обычно не является абсолютной: микробы, не чувствительные к пенициллину, могут стать чувствительными при увеличении дозировки препарата (в частности, это относится к белому стафилококку, к некоторым штаммам кишечной палочки и энтерококка).

Особенность септических заболеваний состоит, во-вторых, в том, что инфекция может вызываться не только одним, но и несколькими микробами (моно- и полимикробная инфекция), причем возможна одновременная аэробная и анаэробная инфекция.

При смешанной инфекции заболевание может принять более тяжелое течение. Особенно неблагоприятно сочетание Cl. perfringens и стрептококка (абортный сепсис).

К сожалению, проблема микробных ассоциаций мало изучена.

Особенность септической инфекции, в-третьих, заключается в том, что гнойно-воспалительный процесс может наблюдаться в самых разнообразных тканях и органах. В отдельных случаях можно говорить об элективности поражения. Причина элективности точно не установлена, в известной мере элективность зависит как от состояния самих органов и тканей, так и от свойств микроорганизма. Так, при стафилококковой инфекции часто поражаются кожные покровы, при стрептококковой инфекции — серозные и синовиальные оболочки, отдельные штаммы стафилококков проявляют элективную способность поражать почки, штаммы стрептококка — эндокард, суставы и т. д.

Как было отмечено выше, инфекция складывается из взаимодействия макро- и микроорганизма (действие и противодействие организма и микроба-возбудителя). В ходе борьбы микробы приспособляются к новым условиям существования и защищаются от неблагоприятных

внешних воздействий. В этой защите большую роль играет изменение обмена веществ у микробной клетки (усиление или ослабление определенных энзимных систем). Заслуживает внимания тот факт, что «адаптивные энзимы», выработанные в ответ на действие какого-либо вредного фактора (субстрата), могут сохраняться в течение ряда генераций и в отсутствие этого фактора. Возможность приспособления микробов следует иметь в виду при терапевтических воздействиях (например, приобретение микробами устойчивости к сульфаниламидам и пенициллину и возникновение сульфаниламидо- и пенициллинорезистентных штаммов).

Следует иметь в виду, что роль и значение микробного фактора не остаются неизменными в процессе заболевания. Действие микроба—возбудителя инфекции — как активного раздражителя наиболее отчетливо выражено в начале заболевания. В ответ на это действие последовательно развертывается ряд реакций организма, корригируемых нервной системой, изменяется функциональное состояние и самой нервной системы. В результате возникают сложные причинно-следственные отношения, смена причин и следствий, причем изменения, возникшие в организме в ответ на действие раздражителя, сами могут выступать в качестве нового раздражителя, а первичный раздражитель утрачивает свое значение или отступает на второй план.

В качестве фактора, имеющего существенное значение в развитии септической инфекции, необходимо отметить септический очаг. Прежде всего следует остановиться на значении локализации септического очага. Локализация очага, как это вытекает из работ А. Д. Сперанского и его сотрудников, несомненно, оказывает влияние на ход развития септической инфекции.

Септический очаг является, как правило, обязательным атрибутом септического процесса. Чаще всего он совпадает в смысле локализации со входными воротами инфекции, развиваясь в воротах инфекции или поблизости от них. В связи с изменениями, происходящими в очаге, изменяется характер и интенсивность обусловленного им раздражения.

Из первичного очага инфекция может распространяться дальше тремя путями: по кровеносной системе (гематогенный путь), по лимфатической системе (лимфогенный путь) и по продолжению — по каналам шейки, тела матки и труб (интраканаликулярный путь). В последнее время имеются указания и на распространение инфекции по периневральным пространствам.

В распространении септической послеродовой инфекции интраканаликулярный путь не играет ведущей роли. Этот путь характерен для гонорройной инфекции и для вторичной септической инфекции при гонорройных заболеваниях. Основными путями распространения септической послеродовой инфекции является лимфатический и кровеносный, причем всегда имеется тенденция к комбинированному распространению по обоим путям. Это относится и к местным формам послеродовых заболеваний — при них нередко инфекция вначале продвигается по одному пути, а затем последовательно вовлекается и другой путь (по соприкосновению).

В случаях генерализованной септической инфекции, как правило, имеет место комбинированный путь распространения, чаще всего — гематогенно-лимфогенный.

При возникновении метастазов последние могут играть роль вторичного септического очага.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В связи со сложностью и многогранностью послеродовой инфекции создание вполне удовлетворительной классификации ее проявлений является весьма трудной задачей.

В известной мере требованиям, предъявляемым к клинической классификации, удовлетворяет классификация, предложенная С. В. Сазоновым (она видоизменена А. В. Бартельсом).

Эта классификация отражает развитие процесса, его динамику, дает возможность оценки каждого конкретного случая и может быть легко применима в условиях обычной практической работы.

Первый этап — инфекция, клиническая картина которой определяется местными проявлениями септического процесса в области родовой раны (воспалительным процессом в области раны): 1) послеродовой метроэндометрит, 2) послеродовая язва (инфицированная рана — гнойно-воспалительный процесс на промежности, вульве, во влагалище, на шейке матки).

Второй этап — инфекция, клиническая картина которой определяется местными проявлениями септического процесса за пределами области раны (воспалительным процессом, распространившимся за пределы области раны, но оставшимся локализованным): 1) метрит, 2) параметрит, 3) метротромбофлебит, 4) тромбофлебит вен таза, 5) тромбофлебит бедренных вен. Ко второму этапу должны быть отнесены только ограниченные (нераспадающиеся) тромбофлебиты, 6) аднексит, 7) пельвеоперитонит.

При распространении инфекции со стороны «послеродовых язв» возникают вульвиты, кольпиты, паракольпиты и т. п. (эти же заболевания могут возникнуть и в результате нисходящей инфекции).

Третий этап (дополнительный) — инфекция по тяжести своей близко стоит к генерализованной: 1) диффузный перитонит, 2) прогрессирующий тромбофлебит.

Четвертый этап — генерализованная инфекция: 1) септицемия (сепсис без метастазов), 2) септикопиемия (сепсис с метастазами).

Необходимо учитывать следующие варианты генерализованной инфекции, характеризующие и определяющие тяжесть заболевания: 1) эндокардиальный вариант, характеризующийся наличием септического поражения сердца — эндокардит, панкардит (почти 100% смертность); 2) перитонеальный, полисерозный вариант, протекающий с гнойным воспалением больших серозных полостей (высокая смертность); 3) тромбофлебитический вариант, анатомическим субстратом которого является прогрессирующий тромбофлебит.

Для каждого этапа необходимо выявлять и детализировать роль и значение микробного фактора (характер микрофлоры раны, инфекция моно- или полимикробная, аэробная, анаэробная, анаэробно-аэробная и т. д.).

К послеродовым заболеваниям следует отнести и послеродовой мастит.

Описанию отдельных форм послеродовой инфекции необходимо предпослать следующее практически важное указание.

В настоящее время наиболее эффективным средством предупреждения и лечения послеродовых септических заболеваний являются антибиотики (преимущественно пенициллин). Клинический опыт показывает, что применение антибиотиков существенно отражается как на течении инфекции, так и на клинической картине заболевания. Значительно

чаще, чем прежде, встречаются абортивные и легкие формы заболевания; наряду с ними наблюдаются стертые формы. Последние заслуживают особого внимания.

Прежде всего необходимо остановиться на причинах возникновения стертых форм. Несомненно, что появление стертых форм зависит от недостаточной реактивности и сопротивляемости организма, в связи с чем организм оказывается не в состоянии быстро справиться даже с ослабленной инфекцией. Существенное значение имеют также свойства микроба — возбудителя инфекции, — степень резистентности его к применяемому препарату. Наряду с этим, определенную роль играет и стадия процесса, во время которой начато лечение. Твердо установлено, что эффективность терапии тем выше, чем раньше она была начата. Это обстоятельство объясняется тем, что в ранней стадии заболевания микробу — возбудителю инфекции — принадлежит доминирующая роль в комплексе раздражителей, обусловливающих развитие патологического процесса, и потому терапевтическое вмешательство, направленное на ослабление или устранение этого раздражителя, даст в этой стадии наибольший эффект. К этому надо добавить, что чувствительность микробов к антибиотикам в ранней стадии заболевания наиболее выражена. Кроме того, в это время нет еще значительных анатомических изменений в очаге поражения (нарушение васкуляризации, некроз тканей, формирование гнойных экссудатов); следовательно, возможность проникновения препаратов в пораженные ткани является оптимальной, а имеющиеся изменения (отек, диффузное пропитывание тканей серозным экссудатом) относительно легко претерпевает обратное развитие.

Наконец, в возникновении стертых форм определенное значение имеют погрешности в методике применения антибиотиков — неправильная дозировка (малые дозы) и несистематическое введение препаратов (перерывы в лечении, чрезмерно длительные промежутки между введениями).

Путем рациональной терапии, построенной с учетом перечисленных выше факторов, количество стертых форм может быть снижено.

Наличие стертых форм в известной мере свидетельствует о недостаточной эффективности лечения. Однако клиническая значимость их далеко не исчерпывается этим. Диагностика стертых форм представляет определенные трудности, и, главное, тяжесть заболевания при них может быть замаскированной.

Для стертых форм, возникающих при применении антибиотиков, характерна невыраженность клинических симптомов, причем отмечается или уменьшение яркости, отчетливости симптомов, или замедленное, позднее развитие их. Иногда некоторые симптомы могут отсутствовать.

В связи с этим при стертых формах заболевания нередко наблюдается две особенности: 1) несоответствие между клинической картиной и клиническим течением заболевания, 2) несоответствие между клинической картиной и имеющимися патологическими изменениями (морфологическим субстратом патологического процесса).

Применение антибиотиков при септической послеродовой инфекции прежде всего сказывается на общих симптомах заболевания. В ряде случаев сравнительно быстро (иногда на 2—3-й день) наступает улучшение общего состояния больной: повышается общий тонус, улучшается сон и аппетит, происходит снижение температуры. При исследовании крови отмечается уменьшение лейкоцитоза, сдвига формулы влево.

Эти явления иногда настолько изменяют клиническую картину, что возникает предположение о купировании процесса или даже о ликвидации его.

Однако дальнейшее наблюдение не подтверждает этого предположения. У одних больных клинические симптомы заболевания вновь начинают более ясно проявляться спустя несколько дней после прекращения лечения антибиотиками — происходит повышение температуры, увеличение лейкоцитоза, возникают локализованные болевые ощущения и т. п. У других больных при длительном применении антибиотиков кажущееся улучшение постепенно сменяется ухудшением.

Несоответствие между клинической и патологоанатомической картиной заболевания выражается в том, что распространенность патологического процесса будет больше, характер имеющихся морфологических изменений окажется более серьезным (например, наличие гнойного экссудата), чем это можно было предположить на основании клинической картины.

Опасность диагностических ошибок и связанных с ними неправильных терапевтических выводов особенно велика при тромбофлебитах, перитонитах, пельвеоперитонитах и нагноившихся параметритах. Ввиду того что общая клиническая картина при стертых формах заболевания может не соответствовать тяжести его, необходимо самое внимательное повседневное наблюдение и тщательный анализ клинической картины. На фоне кажущегося благополучия нередко удается отметить несоответствие, «диссонанс», между отдельными проявлениями заболевания, между отдельными симптомами. Так, чаще всего удается обнаружить несоответствие между температурой и пульсом (учащенный пульс), между картиной крови и РОЭ (значительно ускоренная реакция оседания), между отдельными компонентами лейкоцитарной формулы (отсутствие эозинофилов), между общим состоянием и локальными изменениями (нарастание местных изменений, отсутствие их уменьшения).

Далее, необходимы своевременное выявление и особо внимательная оценка местных изменений, морфологических проявлений заболевания. Важно помнить, что симптомы, связанные с местными изменениями, могут быть нерезко выраженными. Так, нагноения могут протекать в виде «вялых» инфильтратов с субфебрильными подъемами температуры, незначительной болезненностью, в виде «холодных» абсцессов.

Отсюда вытекает, что при стертых формах заболевания необходимо детальное клиническое обследование (с обязательным применением внутреннего исследования, а при малейшем подозрении на пельвеоперитонит или перитонит — ректо-вагинального или ректального). В случае подозрения на наличие нагноительного процесса при неясной клинической картине следует в соответствующих случаях пользоваться методом пункций.

Переходим к описанию отдельных форм послеродовой инфекции.

I. ФОРМЫ ПЕРВОГО ЭТАПА ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА (ULCUS PUERPERALE)

Послеродовая язва относится к инфицированным ранам и представляет собой проявление гнойно-воспалительного процесса раны. Название «послеродовая язва» применяется к ранам (трещины, разрывы), образовавшимся во время родов на промежности, вульве, во влагалище и на шейке матки и подвергшимся инфекции. Характерным для послеродовой язвы является образование поверхностного некроза. Раневая поверхность покрыта грязносерым или серо-желтым налетом; нередко

вокруг налета имеется отечность тканей и воспалительная гиперемия. Налет состоит из некротических слоев ткани, фибрина, распада лейкоцитов и бактерий и с трудом отделяется от подлежащей ткани; при травматизации язва легко кровоточит.

Заболевание проявляется обычно на 3—4-й день после родов. Температура повышается до 38—39°, пульс несколько учащается (но соответствует температуре). Общее состояние больной страдает мало. Больные жалуются на недомогание, иногда на небольшую головную боль, ощущение жжения в области наружных половых органов.

Лихорадочная стадия длится 4—5 дней, затем в течение нескольких дней наблюдается субфебрильная температура. Налет постепенно отторгается. Язва очищается и заполняется яркими грануляциями. Эпителизация раны обычно заканчивается к 10—12-му дню.

В зависимости от состояния организма, вирулентности инфекции, особенностей раны заболевание может принять более тяжелый характер. Воспалительный процесс может распространяться вглубь, в подлежащую клетчатку. На промежности возникает флегмонозное воспаление; определенную опасность в этом отношении представляют зашитые разрывы промежности, подвергшиеся инфекции (роль затрудненного оттока); с разрывов влагалища воспалительный процесс распространяется на околовлагалищную клетчатку (паракольпит), с разрыва шейки матки проникает в параметральную клетчатку (параметрит). Воспалительный процесс может распространиться также по протяжению родовых путей, вовлекая неповрежденные, покрытые эпителием участки вульвы и влагалища (вульвит, кольпит), переходя на шейку (цервицит) и внутреннюю поверхность матки (метроэндометрит).

Необходимо отметить, что послеродовые язвы на шейке матки фактически не являются самостоятельным, изолированным проявлением заболевания: они, как правило, сочетаются с воспалением внутренней поверхности матки, причем в одних случаях инфекция с шейки переходит на матку, в других случаях, наоборот, при наличии воспаления внутренней поверхности матки рана на шейке инфицируется вторично и, наконец, в третьих случаях послеродовая язва на шейке и воспаление внутренней поверхности матки возникают одновременно.

ПОСЛЕРОДОВОЙ МЕТРОЭНДОМЕТРИТ (METROENDOMETRITIS PUERPERALIS)

Послеродовой метроэндометрит представляет собой воспаление внутренней поверхности матки, возникшее в результате инфекции. По традиции эту форму послеродовой инфекции нередко называют послеродовым эндометритом (endometritis puerperalis). Это название не отражает сущности заболевания. Первое время после родов эндометрия как анатомического слоя не существует; внутренняя поверхность послеродовой матки представляет собой раневую поверхность, покрытую остатками отпадающей оболочки. При воспалении внутренней поверхности матки в процесс вовлекаются остатки отпадающей оболочки и прилегающий поверхностный слой мышечной стенки матки. Поэтому послеродовое воспаление внутренней поверхности матки более правильно обозначать как метроэндометрит.

При послеродовом метроэндометрите поверхностные слои децидуальной ткани подвергаются некрозу. Под некротическим слоем в глубине децидуальной ткани располагается мелкоклеточный инфильтрат, достигающий толщины 0,6 мм и нередко распространяющийся и в прилегающий мышечный слой. Ткань миометрия, прилегающая к внутренней

поверхности матки, отечна, кровеносные и лимфатические сосуды расширены, тромбоз их выражен значительно сильнее, чем при нормальном, физиологическом течении послеродового периода.

Внутренняя поверхность послеродовой матки не является однородной. Воспалительный процесс в различных отделах послеродовой матки носит различный характер и протекает неравномерно (И. И. Фейгель). Наибольшую опасность представляет воспалительный процесс, развивающийся в области плацентарной площадки (содержит в себе угрозу дальнейшего распространения инфекции).

Послеродовой метроэндометрит проявляется чаще всего на 3—4-й день после родов. Температура повышается до 38,5—39,5°. Наблюдается познабливание, иногда озноб. Пульс учащается, но соответствует температуре. Общее самочувствие ухудшается, больные жалуются на слабость, головную боль, плохой сон и аппетит.

Местные признаки метроэндометрита выражаются в замедленном обратном развитии матки (субинволюция), в чувствительности ее при пальпации. Нередко отмечается болезненность по боковым краям матки (по ходу крупных лимфатических сосудов). Существенным признаком метроэндометрита является изменение характера выделений. Лохии, имевшие кровянистый или кровянисто-серозный характер, становятся мутными. Нередко они приобретают гнилостный, даже зловонный запах. Наличие запаха выделений до известной степени можно считать благоприятным признаком, ибо он указывает на путридный или смешанный характер инфекции, протекающей более благоприятно, чем чисто гнойная инфекция. В дальнейшем лохии становятся кровянисто-гнойными и гнойными. При метроэндометрите наблюдается и задержка выделений (лохиометра), зависящая от нарушения условий для оттока отделяемого полости матки (закупорка шеечного канала сгустками, остатками оболочек, перегибы тела матки и т. п.). Лохиометра сопровождается подъемом температуры, усилением явлений интоксикации, появлением болезненных вторичных схваток.

Продолжительность заболевания равна 8—10 дням. Высокая температура (с ремиссиями до 1°) держится 5—7 дней, переходя в конце заболевания в субфебрильную. В ряде случаев в температурной кривой можно выделить stadium incrementi, acme et stadium decrementi (Л. И. Бубличенко).

Метроэндометрит должен рассматриваться как серьезное осложнение послеродового периода; при распространении инфекции исходным пунктом чаще всего является метроэндометрит. Следует различать, согласно Бубличенко, метроэндометрит как изолированное, ограниченное заболевание и как заболевание, существующее при распространении инфекции совместно с другими формами ее. Удачного термина для обозначения этих двух понятий нет; повидимому, наиболее подходящим будет обозначение метроэндометрит неосложненный, простой и осложненный (metroendometritis simplex et complicata). В отличие от неосложненного осложненный метроэндометрит имеет затяжное течение. Продолжительность метроэндометрита свыше 10 дней служит указанием на распространение инфекции за пределы внутренней поверхности матки (за пределы области раны).

Наряду с описанным клиническим течением метроэндометрита, наблюдается и более кратковременное течение его (абортивная форма метроэндометрита) и более легкая форма заболевания (легкий метроэндометрит). Легкий метроэндометрит обычно протекает с субфебрильной температурой, все явления при нем выражены слабее.

ГОНОРРЕЯ

Гонорройная инфекция в послеродовом периоде сравнительно часто проявляется в форме легкого метроэндометрита. В этом разрезе все случаи легкого метроэндометрита заслуживают пристального внимания и требуют уточнения диагностики с целью выявления гонорреи и ее лечения. Поэтому мы считаем уместным дать здесь краткое описание течения гонорройного процесса в послеродовом периоде.

В послеродовом периоде имеется ряд предпосылок, благоприятных для восхождения гонорройной инфекции. Широко раскрытый маточный зев дает возможность гонококкам вскоре после родов проникнуть из шейки матки в ее полость. Проникновению гонококков и их быстрому размножению в полости матки содействует то, что лохии, особенно кровянистые, являются хорошей питательной средой для гонококка.

В результате восхождения инфекции возникает острый гонорройный послеродовой метроэндометрит. В отделяемом из полости матки на 3—4-й день после родов можно обнаружить при микроскопическом исследовании гонококков почти в чистой культуре.

Клинические проявления гонорройного метроэндометрита не всегда отчетливо выражены. Общее состояние больной большей частью не нарушено. Субъективные жалобы, как правило, отсутствуют. Наблюдается субфебрильная температура или умеренная лихорадка непостоянного типа. В ряде случаев заболевание может протекать и при нормальной температуре. Для температурной кривой при гонорройном метроэндометрите характерен поздний подъем (подскок) температуры — на 6—8-й день послеродового периода (не выше 39°). Местные признаки гонорройного метроэндометрита выражаются в небольшой болезненности матки и в явлениях ее субинволюции. Выделения вскоре после родов становятся обильными и гнойными. Раннее появление гнойных или гнойно-слизистых выделений (на 2—3-й день после родов) следует рассматривать как признак, подозрительный на гонорройную инфекцию. Заслуживает также внимания, что лохии при гонорройной инфекции обычно не имеют гнилостного запаха. В дальнейшем выделения становятся тягучими вследствие примеси большого количества слизи (гонорройный эндоцервицит), приобретают желтоватый и даже зеленоватый цвет и могут вызывать раздражение наружных половых органов.

Гонорройный процесс в послеродовом периоде может ограничиться полостью матки. Неосложненный гонорройный метроэндометрит полностью затихает и по прошествии 3—5 недель может закончиться излечением или перейти в скрытую форму. По окончании послеродового периода при наличии скрытой инфекции обычно происходит дальнейшее восхождение процесса — переход его на трубы (нередко это наблюдается при первой менструации).

Гонорройный процесс в послеродовом периоде может протекать и в более тяжелой форме. Такое течение, как правило, связано со смешанной инфекцией. К явлениям метроэндометрита присоединяются признаки, указывающие на распространение инфекции на придатки. В конце первой или чаще на второй неделе после родов происходит высокий подъем температуры (до 39—40°), появляются интенсивные боли внизу живота, сначала с одной, а затем с другой стороны (переход процесса на другую сторону сопровождается новым повышением температуры), развиваются явления раздражения брюшины.

При внутреннем исследовании в начальной стадии поражения придатков отмечается резкая болезненность трубных углов матки и началь-

ного отрезка трубы; при дальнейшем развитии заболевания можно обнаружить уплотненные, болезненные трубы, увеличенные яичники или, в зависимости от степени поражения, сактосальпинксы и экссудат в дугласовом пространстве. Изменения со стороны придатков удается установить посредством внутреннего исследования при условии, что раздражение брюшины невелико или явления со стороны брюшины уже значительно уменьшились.

В отдельных случаях гонорройное воспаление придатков протекает сравнительно легко — воспалительный процесс ограничивается интерстициальной частью трубы и быстро заканчивается. В большинстве случаев заболевание характеризуется длительностью и тяжестью течения, сопровождается явлениями пельвеоперитонита и отличается наклонностью к обострениям.

Несмотря на то, что гоноррея у родильниц встречается редко, планомерная борьба против гонорреи, проводимая в нашей стране, должна включать в себя и мероприятия по выявлению этого заболевания у родильниц. Выявление гонорреи у родильниц облегчается тем обстоятельством, что гонококки, находя в лохиях благоприятную среду, размножаются в большом количестве и сравнительно легко обнаруживаются даже при бактериоскопическом исследовании, особенно в первые дни послеродового периода, когда рост их еще не заглушается микрофлорой влагалища.

Во всяком случае следует считать обязательным проводить исследование выделений на гонококков: 1) при наличии соответствующих анамнестических данных; 2) при наличии проявлений послеродовой инфекции, подозрительных на гоноррею (легкие и стертые формы метроэндометрита, субфебрилитет в случаях так называемого заболевания без локализации, распространение процесса на придатки); 3) при малейшем подозрении на гонорройное воспаление глаз у новорожденного.

Необходимость выявления гонорреи заставляет сдержанно относиться к профилактическому назначению пенициллина и сульфаниламидных препаратов при невыраженных, легких признаках начинающегося метроэндометрита, при субфебрилитете в первые дни послеродового периода — впредь до выявления характера заболевания и его этиологии. Следует подчеркнуть, что это относится только к профилактическому назначению пенициллина и сульфаниламидных препаратов.

Необходимо учитывать, что применение пенициллина и сульфаниламидов затрудняет выявление гонорреи (исчезновение гонококков в лохиях, появление инволюционных форм). Поэтому в первые дни после родов следует во всех этих случаях ограничиваться обычной противовоспалительной терапией (покой, лед на низ живота, 10% раствор хлористого кальция внутрь), на 6-й день послеродового периода без ущерба для родильницы можно взять мазки для бактериологического исследования.

При обнаружении у родильницы гонорреи необходимо принять все меры, исключающие возможность внутрибольничной инфекции, и приступить к лечению (пенициллин).

II. ФОРМЫ ВТОРОГО ЭТАПА ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

ПОСЛЕРОДОВОЙ МЕТРИТ (METRITIS PUERPERALIS)

Под послеродовым метритом понимают более глубокое, чем при метроэндометрите, поражение матки, наступающее при продвижении инфекции по лимфатическим щелям и сосудам вглубь мышечной стенки.

При метрите некрозу подвергается не только децидуальная ткань, но и прилегающий внутренний слой мышцы матки. Мелкоклеточный инфильтрат отмечается в более глубоких слоях мышечной стенки и на отдельных участках по ходу лимфатических сосудов достигает брюшинного покрова матки.

Клиническая картина послеродового метрита подробно изучена и описана В. Я. Илькевичем. Заболевание начинается или одновременно с метроэндометритом, или, если является продолжением его, не раньше 7-го дня после родов. Начало заболевания характеризуется ознобом и высоким подъемом температуры. Общее состояние, сон и аппетит нарушаются значительно сильнее, чем при метроэндометрите. Язык обложен, суховат. Матка по величине больше нормы, плохо сокращена. Количество лохий уменьшено, они темнокрасного цвета с большой примесью гноя, часто с запахом. При внутреннем исследовании шейка матки плохо сокращена, пропускает палец даже после 9-го дня. При пальпации матки отмечается болезненность по боковым поверхностям ее.

Температура держится в пределах 38—38,5° по утрам и 39—40° по вечерам в продолжение 2—2$^1/_2$ недель (без ознобов). Затем температура литически снижается и переходит в субфебрильную. Лохии сначала постепенно увеличиваются в количестве, а затем уменьшаются. Характер лохий изменяется: они становятся серозно-гнойными и гнойными. Продолжительность заболевания 3—4 недели.

Тяжелым осложнением метрита, угрожающим развитием перитонита, является абсцесс матки (abscessus uteri); при этом редком заболевании по ходу лимфатических сосудов образуется гнойник. Диагностика трудна — наличие абсцесса можно предположить, если метрит, спустя 1$^1/_2$—2 недели после своего начала, стал сопровождаться умеренными ознобами и нагноительной лихорадкой.

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПАРАМЕТРИТ (PARAMETRITIS PUERPERALIS)

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки — является наиболее часто встречающейся формой послеродовой инфекции, распространяющейся по лимфатическим путям. Параметрит вызывается только микробами — возбудителями септической инфекции. Инфекция проникает в околоматочную клетчатку или через неповрежденную стенку матки, или через разрывы влагалища, шейки и матки, открывающие доступ микробам в клетчатку.

Особенностью воспаления клетчатки является плохая способность рыхлой соединительной ткани (собственно клетчатки) к отграничению воспалительного процесса. Поэтому анатомические условия (направление лимфатических и кровеносных сосудов, наличие фиброзных образований, разграничивающих клетчатку на отделы) имеют существенное значение при распространении и локализации воспалительного процесса в клетчатке. В анатомическом отношении клетчатка полости таза разделяется на четыре больших отдела: передний — околопузырный, задний — параректальный, и два боковых — околоматочных (параметральных).

Границами переднего отдела служат: спереди — брюшная стенка (fascia transversa), сверху — брюшина, переходящая с задней поверхности передней брюшной стенки на мочевой пузырь, с обеих сторон — фиброзные пластинки, заложенные в брыжейке круглых связок (mesoderma ligamenti rotundi), отграничивающие передний отдел клетчатки

от боковых, снизу — lig. pubovesicale. Воспаление клетчатки переднего отдела носит название паравезицита. Паравезицит может возникнуть при переходе воспаления с боковых отделов клетчатки, а также и первично. В последнем случае входными воротами является передняя часть шейки матки или слизистая мочевого пузыря. Воспалительный инфильтрат при паравезиците может распространиться кверху в предбрюшинную клетчатку передней брюшной стенки в виде треугольника с вершиной у пупка.

Задний отдел клетчатки расположен в области прямой кишки (от промонтория до промежности). Крестцово-маточные связки делят его на две части — на верхний и нижний отделы. В верхнем отделе клетчатка находится между прямой кишкой и крестцом, в нижнем она со всех сторон окружает прямую кишку, образуя спереди перегородку между влагалищем и кишкой (нижняя часть перегородки состоит из плотной соединительной ткани). Воспаление клетчатки нижнего отдела исходит обычно из влагалища или из прямой кишки и называется паракольпитом или парапроктитом.

Боковые — околоматочные отделы клетчатки отграничены спереди и сзади пластинками уплотненной клетчатки, заложенной спереди в круглых связках и сзади в собственных связках яичника и в воронкотазовых связках; боковыми границами служат стенки таза с выстилающими их мышцами и фасциями. Каждый из боковых отделов клетчатки разделяется на два — верхний, заключенный между близко прилегающими друг к другу брюшинными листками и содержащий небольшое количество рыхлой клетчатки, и нижний, содержащий мощное скопление соединительнотканных пучков с примесью мышечных элементов (lig. cardinale). В верхний отдел инфекция проникает обычно из тела матки, с плацентарной площадки. Воспалительный инфильтрат доходит до стенки таза и может распространиться дальше кпереди над пупартовой связкой, кзади до крестцово-подвздошного сочленения и кверху, позади слепой или сигмовидной кишки, до почечной области. При расположении инфильтрата в подвздошной впадине на поверхности m. ileo-psoatis возникает парапсоит.

В нижний отдел околоматочной клетчатки инфекция чаще всего проникает из шейки, при боковых разрывах ее. При воспалении нижнего отдела околоматочной клетчатки инфильтрат легко распространяется в глубину таза, доходя до седалищных отверстий и крестцово-маточных связок.

В зависимости от поражения верхнего или нижнего отдела околоматочной клетчатки различают верхний или нижний параметрит (parametritis lateralis superior et inferior).

Помимо описанных четырех больших отделов клетчатки, в тазу существуют еще два небольших отдела — прецервикальный (между мочевым пузырем и шейкой матки, отграниченный сверху брюшиной маточно-пузырного пространства и снизу lig. vesico-uterinum) и ретроцервикальный (между шейкой матки и прямой кишкой; границами его служат сверху брюшина заднего дугласова пространства, снизу — слизистая заднего свода). Эти два небольших отдела клетчатки являются как бы связующим звеном между большими отделами. Воспаление клетчатки этих отделов носит название переднего и заднего параметрита (parametritis anterior et posterior).

Только в начале заболевания или при сравнительно легкой инфекции воспалительный процесс локализуется в пределах одного из отделов тазовой клетчатки. При тяжелой инфекции пластинки уплотненной клет-

чатки, отделяющие один отдел от другого, разрушаются, и воспалительный процесс захватывает соседние отделы, переходя в некоторых случаях на клетчатку наружной поверхности таза (через foramen ischiadicum majus, lacuna vasorum, редко через foramen obturatorium, foramen ischiadicum minus и паховый канал).

Патологоанатомическая картина параметрита не представляет чего-либо особого, существенно отличающегося от обычного воспаления клетчатки. Воспалительный выпот вначале имеет серозный характер, но вскоре становится серозно-фибринозным. Количество фибрина в нем нарастает, происходит выпадение фибрина, и воспалительный выпот уплотняется. Вокруг воспалительного очага образуется мелкоклеточный инфильтрат. В расширенных лимфатических сосудах развивается тромбоз. Все это в известной мере способствует локализации процесса. В дальнейшем на периферии пораженной области образуется плотная соединительнотканная (грануляционная) оболочка, отграничивающая воспалительный очаг. Образовавшийся при параметрите воспалительный инфильтрат постепенно рассасывается или подвергается нагноению.

Параметрит начинается на 10—12-й день после родов ознобом и подъемом температуры до 39—40°. Параметриту обычно предшествует метроэндометрит, нередко перед подъемом температуры отмечается снижение ее, обусловленное течением метроэндометрита. Температурная кривая при параметрите имеет сравнительно постоянный характер с утренними ремиссиями в 0,5—1°. Общее состояние больной страдает относительно мало, жалобы больной обычно сводятся к несильным тянущим болям внизу живота. Сильные боли отмечаются или в самом начале заболевания — при раздражении брюшины, покрывающей пораженный отдел тазовой клетчатки, или при переходе в нагноение. Нарушения функции смежных органов наступают при соответствующей локализации инфильтрата. При локализации инфильтрата в переднем отделе тазовой клетчатки, вокруг мочевого пузыря, наблюдается болезненное, учащенное мочеиспускание или задержка его, при локализации в заднем отделе, вокруг прямой кишки, — затрудненная дефекация.

Данные, получаемые при объективном исследовании, зависят от стадии воспалительного процесса, от распространения и локализации его. В самом начале заболевания местные симптомы плохо выражены — при внутреннем исследовании определяется отечность, пастозность в области пораженного воспалением отдела клетчатки. Спустя 2—3 дня отчетливо контурируется инфильтрат, сначала тестоватой, а затем плотной консистенции. В зависимости от локализации инфильтрата форма и расположение его различны. Чаще всего встречается боковой параметрит. Инфильтрат располагается между боковой поверхностью матки и стенкой таза; он смещает матку в противоположную сторону (вызывая lateropositio uteri), доходит до боковой стенки таза, переходя на нее широким крылом. Боковой свод уплощается, слизистая его теряет подвижность вследствие инфильтрации влагалищной стенки. При двустороннем боковом параметрите матка оказывается замурованной в инфильтрате.

Иногда при боковом параметрите наблюдается поражение только верхнего или нижнего отдела параметрия. При верхнем боковом параметрите инфильтрат, располагаясь в верхней части широкой связки, наклоняет матку в противоположную сторону (вызывает lateroversio uteri) и «одевает матку как бы капюшоном» (В. Я. Илькевич). При изолированном воспалении нижнего отдела матка наклоняется в сторону, пораженную воспалением.

Инфильтрат, как мы указывали, может распространяться в разных направлениях. Чаще всего он распространяется кпереди и, выйдя из полости малого таза, прощупывается снаружи в виде плотной опухоли, расположенной над пупартовой связкой, нередко выше верхне-передних подвздошных остей. Благодаря внебрюшинному расположению инфильтрата, верхняя пальпаторная (т. е. определяемая путем пальпации) и верхняя перкуторная (определяемая путем перкуссии) границы его совпадают; при перкуссии верхне-передних подвздошных остей на стороне поражения получается приглушение тона (симптом Гентера). При переходе воспаления на околопузырную клетчатку инфильтрат, распространяясь по задней поверхности брюшной стенки, принимает треугольную форму (треугольник с вершиной, обращенной к пупку); брюшная стенка производит впечатление накрахмаленной манишки (plastron abdominal).

При локализации инфильтрата на поверхности поясничной мышцы (парапсоит) больная принимает вынужденное положение на спине с отведенной и согнутой под углом ногой.

Течение параметрита бывает различным. Иногда лихорадочный период продолжается одну-две недели и температура снижается критически или литически, иногда лихорадочный период затягивается до 4—5 недель. В некоторых случаях температура бывает субфебрильной и параметрит протекает вяло. Рассасывание инфильтрата также идет не с одинаковой быстротой.

Сравнительно редко при параметрите наблюдается нагноение (на 3—5-й неделе заболевания). Температура становится ремиттирующей. Инфильтрат размягчается, появляется флюктуация. Если гнойник не будет во-время вскрыт, гной выходит или наружу по тем путям, которые связывают тазовую клетчатку с наружной клетчаткой тела, или в смежные полые органы.

Нагноение из околоматочной клетчатки может распространяться: 1) над пупартовой связкой; 2) через седалищное отверстие по ходу a. glutea или a. ischiadica и n. ischiadicus под ягодичные мышцы; 3) под пупартовой связкой через lacuna vasorum на бедро, в скарповский треугольник; 4) в околопочечную область; 5) через запирательное отверстие (редко); 6) через малое седалищное отверстие в седалищно-прямокишечное пространство (редко). Наиболее опасным является распространение нагноения в околопочечную область.

На месте угрожающего прорыва обычно раньше всего отмечается выпячивание, затем покраснение кожных покровов и флюктуация.

Образовавшийся гнойник может вскрыться в мочевой пузырь, в прямую кишку, реже во влагалище. При угрожающем прорыве гнойника в мочевой пузырь возникают сильнейшие тенезмы, при прорыве в прямую кишку — тенезмы, поносы.

В отдельных случаях заболевания образуются множественные мелкоячеистые гнойные очаги. Развивается длительный нагноительный процесс, который ведет к истощению больной («раневое истощение»). Больные обычно погибают от дистрофии, особенно в связи с присоединившейся бронхопневмонией, сравнительно редко отмечается амилоидное перерождение паренхиматозных органов (почки, печень, селезенка).

Параметрит следует различать: 1) как самостоятельную форму заболевания (первичный параметрит); 2) как реактивное воспаление клетчатки при воспалении придатков матки, при тромбофлебитах (вторичный параметрит); 3) как частичное проявление септической инфекции, обозначающее путь ее распространения.

Применение при послеродовой септической инфекции антибиотиков (пенициллина), в особенности раннее их применение, повело к тому, что параметрит как самостоятельная форма заболевания в настоящее время встречается редко. При лечении антибиотиками наблюдаются чаще всего легкие абортивные формы заболевания, протекающие с субфебрильной (или невысокой лихорадочной) температурой с образованием сравнительно небольших инфильтратов, подвергающихся в дальнейшем рассасыванию. Однако и при лечении антибиотиками не исключена возможность перехода инфильтративного процесса в нагноение; это относится главным образом к случаям позднего назначения антибиотиков, их применения при развившемся параметрите. Необходимо иметь в виду, что при лечении антибиотиками (пенициллином) нагноение может протекать атипично со стертой клинической картиной. Основными опорными пунктами для диагностики являются появление зыбления, более или менее отчетливого, в отдельных участках инфильтрата и увеличение инфильтрата (распространение воспалительного процесса). Одновременно отмечается ухудшение общего состояния, повышение температуры, изменение картины крови (увеличение лейкоцитоза, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), ускорение РОЭ — все эти явления могут быть нерезко выраженными.

ПОСЛЕРОДОВОЙ И ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ПЕЛЬВЕОПЕРИТОНИТ (PELVEOPERITONITIS PUERPERALIS, RESP. POST ABORTUM)

Этим названием обозначают воспаление брюшины, ограниченное полостью таза, которое возникает после родов или аборта. Послеродовые (соответственно послеабортные) пельвеоперитониты могут быть проявлением как септической, так и гонорройной инфекции. Необходимо отметить, что возникновение пельвеоперитонита в определенной мере связано с микробиологическим (этиологическим) фактором. При гонорройном поражении брюшины имеется выраженная тенденция к локализации процесса, к образованию пельвеоперитонита, при септическом поражении такой тенденции нет. Иначе можно сказать, что при гонорройной инфекции типичной формой поражения брюшины является пельвеоперитонит (ограниченное воспаление брюшины), при септической инфекции — это скорее атипичная форма.

Для того чтобы при септической инфекции возникло ограниченное воспаление брюшины, требуется по крайней мере два условия: хорошая сопротивляемость организма и слабая вирулентность микробов.

Воспаление тазовой брюшины может произойти в результате распространения инфекции по лимфатическим путям — через стенку матки или через широкую связку. Предшествующим этапом заболевания обычно является метроэндометрит (в 40% по В. Я. Илькевичу), метрит и параметрит. Воспаление тазовой брюшины может возникнуть и при распространении инфекции по трубе. Этот путь распространения наблюдается преимущественно после абортов и характерен не столько для септической, сколько для гонорройной инфекции. Наконец, инфекция может и непосредственно попасть на брюшину при проникающих повреждениях влагалища и матки, при прорыве гнойных опухолей придатков в полость брюшины.

В начальной стадии воспаления брюшина становится тусклой, на ней появляются фибринозные наложения. Сосуды брюшины расширяются. Вслед за этим происходит образование серозного и серозно-фибринозного выпота, который вскоре (на 3—4-й день) принимает гнойный

характер. Характер выпота до известной степени обусловливается микробиологическим фактором; в отличие от септической гонорройная инфекция ведет преимущественно к образованию фибринозного выпота.

Отграничение воспалительного процесса проявляется в том, что образующиеся на границе воспаления фибринозные наложения спаивают сальник и петли кишок с тазовыми органами и тем самым отграничивают гнойный очаг от остальной брюшной полости.

Пельвеоперитонит начинается в разные сроки, в зависимости от сопротивляемости организма, способа проникновения инфекции и ее вирулентности. По данным В. Я. Илькевича, после аборта заболевание развивается на 10—15-й день; после родов — на 14—27-й день.

Начало заболевания обычно протекает бурно, с высокой температурой, ознобом, частым пульсом, с тошнотой, рвотой, с резкими болями внизу живота, положительным симптомом Щеткина-Блюмберга. Таким образом, в самом начале заболевания имеется симптомокомплекс, характерный для острого перитонита, и диференциальная диагностика между начинающимся ограниченным и разлитым перитонитом представляет исключительную трудность. При воспалении только тазовой брюшины общее состояние страдает меньше, чем при разлитом перитоните, боли же обычно бывают более интенсивными (Л. И. Бубличенко). Однако следует иметь в виду, что это обстоятельство главным образом относится к гонорройному пельвеоперитониту. Заслуживает внимания указание Г. А. Владимировича о диагностической ценности аускультации брюшной полости: выслушивание достаточно звонких и частых перистальтических шумов кишечника говорит о воспалении брюшины, ограниченном тазовой полостью. Внутреннее исследование в самом начале заболевания не дает каких-либо определенных данных, отмечается только болезненность и напряжение заднего свода, иногда влагалищная стенка его представляется отечной. К этому надо добавить, что внутреннее исследование крайне затруднено из-за болезненности и напряжения брюшной стенки и к тому же исследование должно производиться с большой осторожностью, чтобы не нарушить образовавшихся спаек и не вызвать дальнейшего распространения процесса.

Спустя 1—2 суток картина пельвеоперитонита постепенно становится более ясной. Общее состояние больной улучшается, пульс делается реже, язык становится более влажным, рвота прекращается, вздутие живота ограничивается только нижней половиной его; на наружных покровах живота, на границе между пораженной воспалением и здоровой частью брюшной полости, образуется поперечная борозда в виде заметного углубления, брюшная стенка выше этой борозды принимает участие в дыхательных движениях.

При внутреннем исследовании можно установить наличие выпота в заднем дугласовом пространстве. Выпот в большей или меньшей степени выпячивает задний свод и наиболее отчетливо определяется при одновременном исследовании через влагалище и прямую кишку (для этого вводят указательный палец во влагалище и средний — в прямую кишку). После первых бурных проявлений перитонита в дальнейшем при отграничении воспалительного процесса наступает известная стабилизация его. Необходимо помнить, что эта стабилизация, особенно в начале заболевания, легко может смениться обострением процесса. Предвестниками обострения являются учащение пульса, ухудшение общего состояния и картины крови. Обострение сопровождается новым повышением температуры, усилением болей, появлением тошноты, икоты и рвоты.

При стабилизации воспалительного процесса клиническая картина пельвеоперитонита характеризуется следующими признаками: болями, которые усиливаются при движении и при переполнении кишечника и мочевого пузыря, задержкой газов, затрудненной дефекацией и иногда болезненным мочеиспусканием. Образовавшийся при пельвеоперитоните выпот выполняет обычно заднее дугласово пространство и смещает матку кверху и кпереди. При внутреннем исследовании нижняя часть выпота прощупывается в виде валикообразного выступа плотноватой эластической консистенции, расположенного позади матки и вдающегося во влагалище. При распространении инфекции по трубам и при быстром возникновении спаек на пораженной стороне образуется овоидной формы опухоль, смещающая матку кверху и в противоположную сторону. Выпот в этих случаях располагается чаще всего асимметрично, больше на стороне пораженных придатков. Верхняя граница выпота при пельвеоперитоните обычно проходит выше уровня лона и образуется припаявшимися петлями кишок. Она сравнительно легко устанавливается путем поверхностной пальпации. Перкуссия пограничной зоны инфильтрата дает тимпанический или приглушенный тимпанический звук. Самый выпот при перкуссии определяется ниже — в виде притупления. Верхняя граница притупления («перкуторная граница») не совпадает, таким образом, с верхней границей, устанавливаемой при пальпации («пальпаторная граница»). Это несовпадение пальпаторной и перкуторной границ является одним из характерных диагностических признаков пельвеоперитонита.

Течение пельвеоперитонита разнообразное В одних случаях высокая температура постепенно снижается и переходит в субфебрильную. Образовавшийся выпот подвергается рассасыванию. В других случаях вскоре после начала заболевания (уже в конце первой недели) температура приобретает ремиттирующий характер в связи с развитием нагноительного процесса. Если не вскрыть своевременно гнойный очаг (посредством задней кольпотомии), то он может прорваться в прямую кишку или мочевой пузырь. При угрожающем прорыве гнойника появляются соответствующие характерные симптомы.

Длительность заболевания при пельвеоперитоните до 1—3 месяцев.

При применении антибиотиков (пенициллин) может наблюдаться как более легкое течение пельвеоперитонита, так и стертые формы его.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ТРОМБОФЛЕБИТЫ (TROMBOPHLEBITIS PUERPERALIS)

Послеродовые тромбофлебиты развиваются в результате септической инфекции (Л. И. Бубличенко). Необходимо учитывать, что в патогенезе тромбофлебитов видная роль принадлежит нервно-сосудистым реакциям. Механизм возникновения тромбофлебитов различен: в одних случаях инфекция первоначально продвигается по лимфатическим путям и сосудам и ведет к образованию гнойно-воспалительного очага; вслед за тем в процесс вовлекаются венозные сосуды, в очаге — возникает воспаление сосудистой стенки с последующим развитием тромбов. В других случаях инфекция проникает в тромбы, образовавшиеся после родов или аборта и закрывающие просвет сосудов в области плацентарной площадки, или тех или иных повреждений, возникших в результате родовой травмы; воспаление сосудистой стенки развивается вторично. Наконец, в третьих случаях — при генерализованной инфекции — может возникнуть метастатическое поражение сосудистой стенки (подобного рода случаи наблюдаются, повидимому, редко).

Несомненно, что одного проникновения микробов в сосуды недостаточно для развития тромбофлебита. Необходимо наличие предрасполагающих моментов, к которым относятся: замедление тока крови, нарушение состава крови, в частности, повышенная свертываемость ее, изменение стенок сосудов и прежде всего эндотелия их.

Развившийся воспалительный процесс может стать отграниченным, и тромб, несмотря на инфекцию, подвергается организации и отгораживается от свободного тока крови в месте перехода пораженной венозной стенки в здоровую фибринозными наложениями. Микробы в тромбе постепенно погибают. Воспалительный процесс может также распространяться дальше, микробы в тромбах продолжают размножаться, происходит частичное или полное размягчение и нагноение тромбов. Распад и нагноение тромбов могут повести к развитию генерализованной септической инфекции.

Следовательно, тромбофлебиты или протекают как изолированное заболевание, или являются переходным этапом развития генерализованной инфекции, или могут быть частичным проявлением общей септической инфекции.

В топографическом отношении тромбофлебиты могут быть разделены на две группы: 1) тромбофлебиты поверхностных вен и 2) тромбофлебиты глубоких вен. Эти группы различаются между собой не только в топографическом отношении, но и по клинической картине. Тромбофлебиты поверхностных вен, как правило, бывают отграниченными. Тромбофлебиты глубоких вен в свою очередь подразделяются на: 1) метротромбофлебиты, 2) тромбофлебиты тазовых вен и 3) тромбофлебиты бедренных вен.

Широко разветвленная сеть венозных сосудов тазовых органов может быть подразделена на две системы. Верхняя система собирает кровь из верхнего отдела матки, труб и яичников, проходит по верхнему отделу широкой связки и образует семенное сплетение. Отсюда кровь по семенной вене изливается — справа непосредственно в нижнюю полую вену, а слева — в левую почечную вену. Нижняя венозная система собирает кровь из нижних отделов матки и анастомозирует с пузырно-влагалищным сплетением. Вены этой системы идут в нижнем отделе широкой связки, сопровождая маточную артерию, и изливают кровь через среднюю подвздошную в общую подвздошную вену или же образуют с внутренней подвздошной веной подчревную вену, которая, соединяясь с наружной подвздошной веной, дает начало общей подвздошной вене. Распространяясь таким путем, тромбофлебит с общей подвздошной вены может перейти на нижнюю полую и оттуда на общую подвздошную вену другой стороны или же может продолжиться в ретроградном направлении на наружную подвздошную и далее — на бедренную вену. При распространении тромбофлебита поражаются, конечно, не все вены подряд, а только некоторые из них.

Клиническое течение различных форм отграниченного локализованного тромбофлебита обнаруживает значительное сходство. Общее состояние больных обычно удовлетворительное. Температура держится в пределах 37—38,5°, при нарушении режима (нарушение покоя), как правило, наблюдается подъем температуры. Пульс нередко учащен до 100 ударов и более в минуту. Л. И. Бубличенко отмечает в качестве признака тромбофлебита лабильность пульса (разная частота пульса при периодическом сосчитывании его). В начале заболевания или при ухудшении и переходе тромбофлебита на новую группу вен наблюдаются единичные ознобы.

При отграниченных локализованных тромбофлебитах обычно нет значительных изменений со стороны картины крови. Отмечается незначительное снижение количества гемоглобина и уменьшение числа эритроцитов, умеренный лейкоцитоз или отсутствие его, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, сравнительно небольшое ускорение РОЭ.

При обострении картина крови ухудшается (увеличение лейкоцитоза, ускорение РОЭ).

Тромбофлебит поверхностных вен. В послеродовом периоде тромбофлебит поверхностных вен встречается сравнительно редко и в ряде случаев связан с имеющимся варикозным расширением вен. Воспаленная вена напряжена, при пальпации болезненна, кожа над ней несколько гиперемирована. Тромбофлебит поверхностных вен сравнительно редко сопровождается отеками ног. При внутреннем исследовании или отмечаются явления метроэндометрита, или же не наблюдается каких-либо отклонений от нормального состояния.

Метротромбофлебит (metrotrombophlebitis). Это заболевание является осложнением метроэндометрита. Отграниченный локализованный метротромбофлебит распознать трудно. Обращает на себя внимание учащение и лабильность пульса, наличие в течение длительного времени субфебрильной температуры, задержка обратного развития матки (субинволюция матки), длительные и более обильные кровянистые выделения. При внутреннем исследовании иногда наружная поверхность матки представляется как бы фасетчатой, иногда под серозным покровом матки определяются характерные извитые тяжи.

Особым видом метротромбофлебита является так называемое отслаивающее воспаление матки (metritis dissecans). Это редко встречающееся заболевание было впервые описано В. В. Сутугиным (1872); при metritis dissecans происходит омертвение вследствие тромбоза всех сосудов (и кровеносных, и лимфатических) мышцы матки на пораженном участке. Омертвевший участок отторгается обычно на 3—4-й неделе после родов. Заболевание протекает тяжело и часто ведет к перитониту или септикопиемии.

Тромбофлебит вен таза (trombophlebitis venarum pelvis). Заболевание развивается обычно не ранее 12-го дня послеродового периода. Клиническая картина тромбофлебита тазовых вен в основном напоминает картину заболевания при метротромбофлебите. В большинстве случаев диагноз устанавливается сравнительно легко, благодаря наличию характерных местных изменений. При внутреннем исследовании определяется плохо сократившаяся матка. В начале заболевания прощупываются пораженные вены в виде болезненных плотных и извитых тяжей, в дальнейшем по ходу вен обнаруживаются небольшие инфильтраты, образовавшиеся в связи с переходом воспалительного процесса на клетчатку, окружающую вены (вторичный параметрит). При поражении вен нижней венозной системы в основании широкой связки, определяются или извитые тяжи, напоминающие дождевых червей, или плотные тяжи инфильтрата шириной в 2—4 см, которые идут от области внутреннего зева по направлению к большой седалищной вырезке, достигая в ряде случаев боковой стенки таза. На боковой стенке таза при этом наблюдается небольшой плоский инфильтрат (тромбофлебит вен таза с образованием вторичного параметрита).

При поражении венозной дуги, идущей по ребру матки и сопровождающей восходящую ветвь маточной артерии, можно прощупать небольшой бугроватый, овоидных очертаний инфильтрат, расположенный на боковой поверхности матки выше внутреннего зева.

Значительно труднее установить поражение вен верхней венозной системы. В начале заболевания такой тромбофлебит обычно трудно определить — пораженные вены расположены высоко в верхнем отделе широкой связки, анатомические изменения не являются резко выраженными, и к тому же определение их со стороны влагалища при внутреннем исследовании затруднено из-за болезненности и неподатливости соответствующего бокового свода. В. Я. Илькевич обращает внимание на то, что иногда при мягкой и податливой брюшной стенке возможно прощупать рукой затромбированную вену в виде извитого тяжа толщиной около 1,5 см, идущего от угла матки по направлению к крестцово-подвздошному сочленению. В дальнейшем тромбоз венозного семенного сплетения определяется в виде небольшой опухоли, напоминающей воспалительную опухоль придатков.

Таким образом, диагноз отграниченного, локализованного тромбофлебита ставится на основании наличия длительной субфебрильной температуры, учащенного пульса, субинволюции матки и прощупывания при внутреннем исследовании затромбированных вен (в виде дождевых червей) или небольших инфильтратов, расположенных по ходу вен. Следует помнить, что внутреннее исследование должно производиться с большой осторожностью, чтобы не нарушить целости тромба и не способствовать возникновению эмболии, а также не вызвать распространения септической инфекции. Особую опасность в этом отношении представляют тромбофлебиты верхней венозной системы — в семенной вене значительно чаще наступает размягчение и нагноение, чем в остальных венах таза.

Тромбофлебит бедренных вен (trombophlebitis venae femoralis). Тромбофлебит начинается на 2—3-й неделе после родов и сравнительно часто является продолжением имеющегося тромбофлебита тазовых вен. Переход воспаления на бедренную вену сопровождается значительным подъемом температуры и нередко ознобом. В ряде случаев (примерно в 25%) подъему температуры предшествует ступенеобразное нарастание частоты пульса («лестничный пульс» Малера). Нередко, перед тем как развиться клинической картине тромбофлебита, появляются боли в икроножных мышцах.

Характерными признаками начинающегося тромбофлебита бедренных вен являются: сглаживание паховой области и опущение верхнего угла паховой борозды по сравнению со здоровой стороной, плотность и болезненность при пальпации области скарпова треугольника, прощупывание в глубине его утолщенных сосудов, расширение подкожных вен. Отек бедра наступает позднее — спустя 1—2 дня. Изменения со стороны пораженной конечности бывают различными — от небольшого уплотнения подкожной клетчатки в верхней части бедра и припухлости в области приводящих мышц, не сопровождающихся болевыми ощущениями, до громадного отека подкожной клетчатки не только бедра, но и голени с сильной болью во всей ноге.

Лихорадочный период при тромбофлебите бедренных вен продолжается в среднем 2—3 недели, затем в течение нескольких недель наблюдается субфебрильная температура. Отек конечностей держится 1—2 месяца, небольшая отечность остается на продолжительное время. В период выздоровления появляется чувство ползания мурашек в пораженной конечности, которое постепенно исчезает.

Всегда следует помнить об опасности эмболии: опасность эмболии особенно велика в первые две недели заболевания и в конце его, когда больная раньше времени начинает совершать активные движения.

Лечение антибиотиками (пенициллин, стрептомицин) вносит соответствующие изменения в клиническую картину заболевания. Тромбофлебит нередко протекает с субфебрильной температурой, общее состояние больной нарушается незначительно, местные симптомы выражены нерезко.

В ряде случаев после преждевременного прекращения лечения антибиотиками наступает ухудшение — локальные симптомы проявляются более отчетливо. В отдельных случаях резко увеличивается отек пораженной конечности. Следует считаться также с возможностью перехода процесса на другую сторону, даже при наличии у больной нормальной температуры.

III. ПЕРЕХОДНЫЕ ФОРМЫ К ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ИНФЕКЦИИ

Переходными формами от ограниченной инфекции к генерализованной являются: при распространении инфекции лимфогенным путем — разлитой перитонит, и гематогенным путем — прогрессирующий тромбофлебит.

Для этого этапа развития инфекции характерна большая вирулентность микробов и ослабленная сопротивляемость организма, характерна возникающая в связи с этим неустойчивость соотношений между микро- и макроорганизмом. Клиническим выражением этого является как тяжесть заболевания, так и особая динамичность его течения.

ОСТРЫЙ РАЗЛИТОЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ И ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ПЕРИТОНИТ (PERITONITIS DIFFUSA POST PARTUM AUT POST ABORTUM)

Диффузный перитонит, так же как и пельвеоперитонит, возникает в результате проникновения инфекции по лимфатическим путям, по продолжению через трубы или же в результате непосредственного попадания микробов на брюшину (при проникающих повреждениях, при разрывах гнойных опухолей). Помимо того, диффузный перитонит может быть проявлением, своеобразным метастазом, генерализованной септической инфекции (перитонеальный сепсис — sepsis peritonealis).

Патологоанатомическая картина диффузного перитонита отличается по сравнению с пельвеоперитонитом обширностью, распространенностью воспалительного процесса и слабо выраженной способностью к отграничению его: фибринозные наложения и спайки или образуются в недостаточном количестве, или подвергаются расплавлению.

Начало заболевания наступает в различные сроки, в зависимости от характера инфекции и от путей, по которым она проникает в полость брюшины. Перитониты лимфогенного происхождения начинаются чаще всего на 3—8-й день после родов или аборта.

Клиническая картина послеродового (послеабортного) перитонита отличается известными особенностями. Из характерных признаков перитонита на первый план выступают тошнота, рвота и метеоризм. Болезненность и напряжение брюшной стенки, как правило, бывают нерезко выраженными.

Температура ничего характерного не представляет. Очень тяжелые случаи перитонита могут протекать почти без повышения температуры. Следует отметить, что известное диагностическое значение имеет наблюдающаяся при перитоните разница в температуре, измеренной в подмышечной впадине и прямой кишке. Эта разница может достигать 1,5—3°.

Пульс при перитоните делается частым и малым. Артериальное давление понижается. Общее состояние больной сразу становится очень тяжелым. Сознание больной большей частью сохранено, иногда наблюдается затемнение сознания, бред. В тяжелых случаях может наступить эйфория. Черты лица при перитоните заостряются, глаза вваливаются. Кожные покровы бледны, иногда желтушной окраски, слизистые цианотичны. Язык сух и обложен. Дыхание учащенное и поверхностное. Больная при дыхании щадит живот. Живот вздут, умеренно напряжен. Симптом Щеткина-Блюмберга или слабо выражен, или отсутствует. Перистальтические шумы кишечника не прослушиваются. Отхождение газов и испражнений полностью задержано. Наиболее мучительной для больной является частая и обильная рвота, которой обычно предшествуют тошнота и икота.

Основные клинические проявления перитонита связаны с резкой интоксикацией организма и с наступающим на почве интоксикации параличом чревного нерва. Кровь при этом переполняет сосуды брюшной полости, происходит усиленное пропотевание большого количества жидкости в кишечник при плохой всасываемости его слизистой. Непрерывная рвота ведет к сильному обеднению организма водой. Всем этим и объясняется малый, еле ощутимый пульс, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, сглаживание черт лица, сухой, потрескавшийся язык, малое количество мочи и мучительная жажда.

Исследование половых органов часто не обнаруживает значительных изменений. Со стороны матки нередко определяются только неясно выраженные признаки метроэндометрита. В заднем дугласовом пространстве можно обнаружить наличие выпота. Выпот определяется также посредством перкуссии — притупление в отлогих частях живота, исчезающее и вновь появляющееся при поворачивании больной с боку на бок.

При перитонеальном сепсисе клиническая картина перитонита значительно отличается от описанной типичной картины. Температура нередко носит интермиттирующий характер, наблюдаются повторные ознобы. Тошнота и икота часто отсутствуют, иногда, нет вздутия живота и болезненности, иногда имеется значительное вздутие, но нет болезненности. Вместо задержки стула и газов нередко отмечаются профузные септические поносы. При перитонеальной септикопиемии обнаруживаются метастатические явления, в первую очередь в легких.

Для перитонита, возникшего в результате хирургического ранения, искусственных и самопроизвольных повреждений матки (кесарево сечение, разрывы матки и т. п.), характерно раннее начало заболевания (спустя 1—2 суток после травмы) и бо́льшая выраженность болевого синдрома. Клиническое течение перитонита напоминает обычный хирургический перитонит.

Перфоративный перитонит характеризуется прежде всего типичным началом, выражающимся острыми болями и шоком, которые наступают при прорыве гнойного очага в полость брюшины.

В некоторых случаях разлитой перитонит сопровождается гнойным воспалением одной или обеих плевральных полостей, гнойным воспалением перикарда и переднего средостения. Эта форма заболевания была описана В. Я. Илькевичем под названием пиолимфия. Заболевание начинается на 1—4-е сутки после родов и отличается крайне тяжелым и неблагоприятным течением. Оно должно быть отнесено к перитонеальному сепсису.

В заключение отметим, что при применении антибиотиков (пенициллин) перитонит может протекать атипично (стертые формы). Клиниче-

ская картина заболевания развивается медленно, симптомы, характерные для перитонита, вначале выражены нерезко.

Общее состояние в первые дни заболевания остается удовлетворительным, температура повышается до 37,5—38,5°. Отмечается учащение пульса (до 100—110 ударов в минуту), нерезко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга, незначительное вздутие живота, отсутствие аппетита, изредка тошнота, небольшие боли в животе. При исследовании картины крови обнаруживается обычно умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, значительное ускорение РОЭ. В дальнейшем при продолжающемся применении антибиотиков (пенициллин) общее состояние ухудшается, симптомы перитонита вырисовываются более отчетливо.

Необходимо тщательно следить за признаками, указывающими на появление выпота в брюшной полости (притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, пастозность и выпячивание заднего свода влагалища), при подозрении на перитонит производить ректо-вагинальное или ректальное исследование.

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ

При прогрессирующем тромбофлебите не наступает отграниченного воспалительного процесса — поражение венозной стенки увеличивается, тромбоз распространяется по протяжению вены. Образовавшийся тромб легко подвергается размягчению и нагноению, причем очаг нагноения сообщается со свободным током крови. В одних случаях размягчению и нагноению подвергается весь тромб, в других случаях он распадается частично.

Воспалительный процесс в вене может стабилизироваться — гнойники в вене осумковываются и постепенно запустевают; образования метастатических очагов в легких не происходит.

Однако чаще при прогрессирующем тромбофлебите наблюдается развитие септикопиемии.

Прогрессирующий тромбофлебит может с самого начала возникнуть как таковой (примерно на 4—5-й день после родов). Значительно чаще тромбофлебит протекает вначале как отграниченный и лишь затем переходит в прогрессирующий (нередко этот переход совершается на 2—3-й неделе после родов).

Общее состояние значительно ухудшается. Аппетит отсутствует, сон плохой. Температура имеет ремиттирующий характер и дает подъемы до 40—41°, пульс частый и нередко неправильный. Характерными для прогрессирующего тромбофлебита являются ознобы, которые повторяются обычно ежедневно или даже несколько раз в сутки. Прогрессирующий тромбофлебит наблюдается главным образом при поражении вен матки или тазовых вен; при поражении бедренных вен это заболевание встречается в виде исключения. Длительность заболевания различная — до 2—3 месяцев.

IV. ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ СЕПТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

В клиническом отношении следует различать две формы генерализованной инфекции — сепсис, протекающий без образования метастазов, и сепсис, протекающий с образованием метастазов. Пользуясь укоренившейся в медицине терминологией, можно первую форму обозначить термином «септицемия» и вторую — «септикопиемия».

СЕПТИЦЕМИЯ (SEPTICAEMIA)

Септицемия представляет собой острое, быстро протекающее общее септическое заболевание со все увеличивающимся содержанием микробов в крови и с выраженными явлениями интоксикации организма. Септицемия может протекать как самостоятельное заболевание. Значительно чаще она является предшествующей стадией септикопиемии.

Патологоанатомическая картина послеродовой (послеабортной) септицемии не отличается от картины септицемии другого происхождения. Со стороны паренхиматозных органов (сердце, печень, почки) отмечаются дегенеративные изменения, со стороны селезенки наблюдается гиперплазия пульпы. При этой форме сепсиса нередко поражаются стенки капилляров. На коже появляются кровоизлияния или мелкие, точечные, или сливающиеся в более крупные; встречаются также кровоизлияния на слизистых мочевого пузыря и почечных лоханок, на слизистых и серозных оболочках желудка и кишечника. Нередко имеются явления острого гломерулонефрита. Со стороны половых органов можно обнаружить наличие метроэндометрита, не всегда резко выраженного.

Если инфекция произошла во время родов, то заболевание проявляется рано — на 2—3-й день послеродового периода. При инфицированном выкидыше септицемия может развиться в любой момент. Заболевание начинается ознобом и резким подъемом температуры — до 40—41°. Лихорадка в дальнейшем носит постоянный характер — наблюдаются повторные ознобы. Общее состояние больной с самого начала заболевания тяжелое. Пульс частый, неправильный. Обращает на себя внимание вялость больной, сонливость, апатия, реже отмечается возбуждение, бред. В отдельных случаях развивается эйфория. Нередко появляются упорные головные боли. Кожа приобретает землистый или серовато-желтушный оттенок. На коже часто наблюдаются мелкие или более крупные кровоизлияния. Иногда отмечается болезненность и припухлость суставов. Язык сухой и обложенный, живот несколько вздут, при пальпации безболезнен. Довольно часто развиваются поносы токсического происхождения. В разгар заболевания наступает ослабление сердечной деятельности и как следствие этого — цианоз конечностей, вследствие пареза сфинктеров появляется недержание мочи, непроизвольная дефекация, нередко возникает раздражение мозговых оболочек (менингизм).

Клиническая картина септицемии является достаточно характерной. Однако диагноз может быть поставлен с уверенностью только с помощью повторных бактериологических исследований крови — на основании неоднократного нахождения микробов в крови. Длительность септицемии от нескольких дней до $1^1/_2$—2 недель.

СЕПТИКОПИЕМИЯ (SEPTICOPYAEMIA)

Под септикопиемией следует понимать общее септическое заболевание с наклонностью к локализации инфекции в виде метастатических гнойных очагов в различных органах и прежде всего в легких. При септикопиемии, так же как и при септицемии, при бактериологическом исследовании можно обнаружить микробов в крови — поступление микробов в кровь происходит периодически и в меньшем количестве, чем при септицемии, и поэтому обнаружить их несколько труднее. При послеродовой (послеабортной) инфекции микробы могут поступить в общий ток крови как по лимфатическим, так и по кровеносным путям. В первом случае микробы, распространяясь по лимфатическим путям из септиче-

ского очага в половых органах, через грудной проток попадают в венозный ток крови, направляются в правое сердце и в легкие; пройдя капилляры легкого, они поступают в левое сердце и в большой круг кровообращения. Во втором случае, при гематогенном распространении инфекции, исходным пунктом почти всегда является прогрессирующий тромбофлебит, при котором происходит размягчение и распад инфицированных тромбов. Вместе с частицами тромбов микробы по венозным сосудам поступают в нижнюю полую вену и правое сердце и оттуда заносятся в легкое. Частицы тромбов вызывают закупорку конечных веточек легочной артерии, вследствие чего и наступает инфаркт, а затем и абсцесс легкого с развитием плеврита или без него. В области абсцесса может образоваться перифлебит и тромбофлебит вен легкого; из этого вторичного очага возможен занос инфицированных частиц тромба в левое сердце и большой круг кровообращения.

Микробы, попавшие в кровь, частью уничтожаются в самой крови, частью захватываются клетками ретикуло-эндотелиальной системы. При блокаде ретикуло-эндотелиальной системы возможно обратное поступление микробов в кровь. При послеродовой (послеабортной) инфекции легкие представляют собой как бы своеобразный фильтр, поставленный на пути распространения инфекции, — с этим связана частота поражения легких. Механизм возникновения метастазов является в достаточной мере сложным и не сводится, конечно, к механическому моменту — к занесению микробов и к нарушению кровообращения. Для образования метастазов безусловно необходимо изменение сопротивляемости и реактивности организма и, возможно, избирательная способность микробов.

Патологоанатомическая картина при септикопиемии слагается из дегенеративных изменений в паренхиматозных органах и из воспалительных изменений в пораженных органах и тканях.

Клиническая картина септикопиемии отличается известным разнообразием в зависимости от образования метастазов, их локализации, течения и исхода (рассасывание, нагноение).

При переходе септицемии в септикопиемию температура приобретает ремиттирующий или интермиттирующий характер. Появляются жалобы, связанные с образованием метастазов: чаще всего больных беспокоят боли, причем локализация болей дает указание на место образования метастаза.

При поражении легких клинические явления весьма часто напоминают плевропневмонию: боль и колотье в боку, кашель, небольшое количество мокроты, сравнительно редко имеющей кровянистый характер, ослабленное дыхание, наличие мелкопузырчатых хрипов, приглушение перкуторного звука. В дальнейшем могут развиться явления абсцесса легких, гнойного плеврита и т. п.

При поражении эндокарда признаки начинающегося эндокардита обычно недостаточны для распознавания заболевания, в особенности если учесть наличие явлений, обусловленных интоксикацией. Развитие перикардита сопровождается соответствующими симптомами.

Метастазы в подкожной клетчатке проявляются в виде инфильтратов, абсцессов и флегмон. При септикопиемии, а также при септицемии наблюдаются бактериурия и изменения со стороны мочи — белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Эти изменения встречаются как при дегенеративных, так и при воспалительных процессах в почках, и диференциальная диагностика поражений почек представляет большие трудности.

Образование новых метастазов сказывается новым подъемом температуры, повторными ознобами, ухудшением общего состояния, появлением соответствующих жалоб. Ознобы наиболее выражены, если в основе септикопиемии лежит прогрессирующий тромбофлебит.

При нагноении метастазов лихорадка принимает гектический характер.

При исходе в выздоровление все явления постепенно ликвидируются. При дальнейшем прогрессировании заболевания общее состояние резко ухудшается, наступает помрачение сознания, бред; истощение больной увеличивается, нередко появляются септические поносы. Ознобы обычно становятся реже.

Длительность заболевания от 3—4 недель до 2—3 месяцев и больше. Летальность достигает 40%. Летальность высока при тромбофлебитической форме септикопиемии и в особенности при тех вариантах ее, которые сопровождаются развитием перитонита (перитонеальная септикопиемия) или эндокардита.

Особой формой общей септической инфекции является анаэробный сепсис, вызываемый Cl. perfringens («газовый сепсис», «перфрингенс-сепсис»). Это заболевание встречается почти исключительно при абортах (криминальных).

Анаэробная газовая инфекция обычно начинается с проникновения Cl. perfringens в полость матки, прежде всего в ткань плодного яйца; там микробы начинают усиленно размножаться и выделяют в процессе обмена токсины и ряд газообразующих продуктов. Вслед за этим поражается эндометрий и мышечная стенка матки; развивается гангрена мышечных волокон с последующим разрушением омертвевшей ткани и раздвиганием ее пузырьками газа («физиометра», по терминологии прежних авторов). В процесс редко вовлекается вся мышечная оболочка матки; чаще всего в процесс вовлекаются отдельные участки ее, главным образом на месте внедрения плодного яйца. При гангрене матки, распространяющейся до серозного покрова, в полости брюшины образуется серозно-кровянистый выпот. При газовой инфекции прежде всего поражаются лимфатические пути, а затем уже микробы проникают и в кровеносные пути. Поражение матки, как правило, ведет к развитию генерализованной анаэробной газовой инфекции, протекающей как септицемия. Характерным для общей анаэробной инфекции является нефрит с обнаружением гемоглобиновых цилиндров. Скопление микробов, распад ткани и образование пузырьков газа в паренхиматозных органах, обнаруживаемые на вскрытии, относятся или к агональному периоду или развиваются после смерти. При смешанной инфекции присоединяются изменения, свойственные обычной септической инфекции.

Клиническая картина в случаях чистой газовой инфекции достаточно типична. Заболевание развивается быстро, буквально на глазах. Общее состояние больной становится тяжелым, развивается классическая триада признаков, зависящих в первую очередь от происходящего при газовой инфекции распада эритроцитов и образования метгемоглобина — желтуха с бронзовым оттенком, гемоглобинемия и гемоглобинурия. Моча становится темношоколадного или коричневого цвета; количество ее резко уменьшается (вплоть до анурии). Отмечается нарастающая одышка, цианоз и беспокойство больной. Такова характерная картина начальной стадии заболевания. Важно знать, что в течении заболевания наблюдаются, как это было установлено М. К. Гесберг, три стадии. Первая, начальная, стадия—инфекционно-токсическая—связана с размножением микробов и выделением ими токсинов; заболевание в этой стадии

нередко заканчивается смертью При второй стадии — мнимое клиническое улучшение (как показывает само название) — наступает временное «улучшение» в состоянии больной, в частности, диурез увеличивается и отмечается микрогематурия. В третьей стадии — ацидотической — в результате нарушения обмена веществ, вызванного токсинами, развивается ацидоз, и больная нередко погибает при явлениях ацидоза. При смешанной инфекции часть симптомов анаэробной инфекции может отсутствовать или они появляются в стертой форме. Наряду с этим, появляются симптомы, свойственные другим формам сепсиса. В случаях смешанной инфекции, как правило, наблюдаются слабо или ярко выраженные явления перитонита.

Длительность заболевания — от 1—2 дней до нескольких недель. Смертность и в настоящее время все еще остается очень высокой.

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При лихорадочном заболевании, возникшем после родов или аборта, требуется разрешить ряд диагностических вопросов. Прежде всего следует установить, связано ли повышение температуры с послеродовой (послеабортной) септической инфекцией или оно зависит от иной причины.

Поэтому необходимо в каждом отдельном случае повышения температуры произвести тщательное и полное обследование организма заболевшей женщины.

Чаще всего допускаются следующие диагностические ошибки:

1. При наличии послеродовой (послеабортной) инфекции ставится диагноз: грипп (обычно в начале заболевания), пиэлит, малярия (особенно если имеются ознобы), воспаление легких (в начале септикопиемии при наличии метастазов в легких). Эти ошибки преимущественно встречаются в случаях абортов, в особенности если женщина почему-либо скрывает имеющийся аборт, а врач упускает из виду эту возможность. Вообще следует принять за правило при повышении температуры в послеродовом (послеабортном) периоде там, где нет выраженных характерных признаков экстрагенитальных заболеваний, в первую очередь предполагать наличие послеродовой инфекции.

2. Иногда за септическую инфекцию принимаются такие заболевания, как милиарный туберкулез, брюшной и, реже, сыпной тиф, если они случайно совпадают с послеродовым (послеабортным) периодом. О возможности подобного рода ошибок следует помнить и проводить в соответствующих случаях рентгенологическое, иммунологическое (реакции Видаля, Вейль-Феликса и т. п.) и бактериологическое (посевы на среды с желчью) исследования.

На диференциальной диагностике мы останавливаться не будем, укажем только на следующий малоизвестный признак, имеющий известное значение для диагностики милиарного туберкулеза, — при туберкулезе язык нередко остается чистым, необложенным.

Наличие послеродовой (послеабортной) инфекции устанавливается на основании анамнеза и главным образом объективного исследования. Из анамнестических данных существенное значение имеют указания на оперативные вмешательства, длительный безводный период в родах, на криминальный аборт и т. п.

Очень важную роль играет время начала заболевания. Обычно послеродовая инфекция проявляется на 3—4-й день после родов. Из

объективных данных первостепенное значение имеет наличие признаков метроэндометрита и наличие воспалительных изменений за пределами полости матки.

Следующий вопрос, который подлежит разрешению в случаях послеродовой (послеабортной) инфекции, это вопрос о форме проявления инфекции: следует ли септический процесс отнести к условно местным (локализованным) или общим (генерализованным) формам заболевания. Иногда решение этой задачи может представить значительные трудности.

Клиника далеко не всегда дает возможность провести различие в общей реакции организма при тяжело текущих местных формах заболевания и при общей септической инфекции Отсюда необходимо, наряду с клиническими показателями, уделять должное внимание и лабораторно-клиническим показателям, не забывая при этом, что ведущая роль принадлежит клинике. Критериями при диагнозе сепсиса могут служить следующие моменты:

1. Клинические данные: общее состояние (характерны тяжелые общие явления, нарастающие в своем течении), температура, пульс (учащенный, не соответствующий температуре), ознобы (повторные), наличие метастазов и т. д.

2. Лабораторные данные, характеризующие как общее состояние организма, так и функциональное состояние важнейших органов и систем. На первом месте по практической значимости остается морфологическое исследование крови (септическая картина крови).

3. Бактериологические и иммунологические данные — наличие бактериемии (стойкая бактериемия), выраженность иммунологических реакций и пр.

Понятно, что ни один из критериев, взятый в отдельности в статике, не определяет септического процесса. Лишь комплекс явлений, прослеженных динамически, свидетельствует о наличии септической инфекции.

В практической, повседневной работе для этой цели, наряду с клинической картиной, широко используются данные морфологического исследования крови.

Морфологический анализ крови производится в течение заболевания через каждые 5—6 дней, а в тяжелых случаях и чаще. Большое значение следует придавать картине красной крови. Для генерализованной инфекции характерно быстрое снижение количества гемоглобина и числа эритроцитов (содержание гемоглобина падает до 25—35% и на этих цифрах обычно стабилизируется). Наступающая анемизация больной в первую очередь зависит от общей интоксикации организма; в ряде случаев определенную роль играют гемолитические свойства микробов. При тяжелом течении заболевания наблюдается пойкилоцитоз и полихромазия. Неблагоприятным прогностическим признаком считается появление эритробластов Высокое процентное содержание гемоглобина и большое число эритроцитов нередко наблюдаются при перитоните и зависят от сгущения крови.

При выздоровлении картина красной крови постепенно приходит к норме.

Относительно картины белой крови необходимо отметить следующее. Наиболее характерным для септической инфекции является умеренный лейкоцитоз, отсутствие эозинофилов, увеличение количества нейтрофилов, сдвиг формулы влево, уменьшение количества лимфоцитов и моноцитов, причем при отграниченных тромбофлебитах эти изменения выражены в наименьшей степени. Высокий лейкоцитоз при послеродовой

септической инфекции обычно говорит о наличии гнойного процесса в организме. Очень высокий лейкоцитоз чаще всего встречается при анаэробной газовой инфекции. По Ковнацкому, очень высокий лейкоцитоз (свыше 40 000) является неблагоприятным в прогностическом отношении признаком. Прогностически неблагоприятным считается также резкий сдвиг нейтрофильных элементов влево и значительное уменьшение относительного и абсолютного числа лимфоцитов и моноцитов.

В отдельных случаях септической инфекции наблюдается лейкопения, что может свидетельствовать о снижении реактивности организма. При выздоровлении появляются эозинофилы и уменьшается сдвиг влево, количество лимфоцитов увеличивается.

Реакция оседания эритроцитов при послеродовой инфекции ускорена. Увеличение скорости оседания эритроцитов говорит о прогрессировании воспалительного процесса. В случаях тяжелого заболевания РОЭ достигает 70—90 мм в час.

Для того чтобы правильно оценить каждый конкретный случай заболевания и иметь возможность предвидеть течение процесса и воздействовать на него, необходимо знать те патологические изменения (морфологические и функциональные), которые наступили в организме. Наряду с этим, необходимо выявить возбудителя заболевания и определить его патогенные свойства. Другими словами, нужно установить клинико-анатомический, функциональный и этиологический (микробиологический) диагноз.

Поскольку исходным пунктом послеродовой (послеабортной) инфекции является половой аппарат женщины, клинико-анатомический диагноз должен прежде всего учитывать и классифицировать патологические изменения в последнем. Обычно определить наличие воспалительного процесса в половых органах и установить локализацию его не представляет особой трудности, если основываться на всей совокупности клинических и анатомических данных (см. Отдельные формы послеродовой септической инфекции).

Известные затруднения могут возникнуть (при наличии значительного воспалительного выпота) в отношении диференциальной диагностики аднексита, пельвеоперитонита и параметрита. Отличительные признаки этих форм заболевания представлены в виде таблицы (стр. 468).

Что же касается анатомической диагностики при генерализованной инфекции, то точная диагностика метастатических поражений удается далеко не во всех случаях.

Вопросы функциональной диагностики при септической инфекции разработаны недостаточно, в частности, почти не изучен такой важный раздел, как состояние вегетативной нервной системы при сепсисе.

Наибольшее внимание было уделено изучению функционального состояния ретикуло-эндотелиальной системы, что вполне понятно, если учесть, что ретикуло-эндотелиальной системе принадлежит важная роль в патогенезе сепсиса. Из сравнительно простых методов исследования оправдали себя на практике следующие:

1. Обычный анализ лейкоцитарной формулы — изучение количества моноцитов дает возможность судить о состоянии ретикуло-эндотелиальной системы (о ее пролиферативной функции). Наличие моноцитоза свидетельствует об активном состоянии ретикуло-эндотелиальной системы, моноцитопении — об ее угнетении.

2. «Баночная проба» (Вальдмана) — это проба также основана на определении количества моноцитов в лейкоцитарной фор-

№ п/п	Признаки	Аднексит	Пельвеоперитонит	Параметрит
1	Конфигурация воспалительной опухоли	Границы определенные; форма ретортообразная	Границы определенные снизу и с боков, неясные сверху	Границы определенные; форма неправильного многогранника
2	Смещение матки опухолью	Наклонена в противоположную сторону	Смещена кверху и кпереди	Смещена в противоположную сторону при тотальном боковом параметрите; наклонена в противоположную сторону при верхнем параметрите, при нижнем — наоборот
3	Отношение опухоли к матке	Примыкает к верхнему углу матки на более или менее узком протяжении	Примыкает главным образом к задней поверхности матки	Примыкает к боковой стороне матки на более или менее широком протяжении
4	Отношение к стенке таза	Доходит до стенки, оставляя сверху и снизу синусообразное пространство	Не переходит на стенку таза	Переходит на стенку таза
5	Отношение к сводам	Слизистая сводов свободно смещается	Слизистая сводов свободно смещается	Слизистая сводов частично неподвижна
6	Консистенция	Плотно эластическая	Плотноватая (выпот медленно уплотняется)	Плотная (выпот быстро уплотняется)
7	Болезненность	Значительная	Значительная	Незначительная
8	Явления раздражения брюшины	Выражены в начале заболевания	Резко выражены	Нерезко выражены в начале заболевания
9	Совпадение пальпаторной и перкуторной границы	—	Не совпадают	Совпадают

муле. Определяют количество моноцитов в лейкоцитарной формуле периферической крови (из пальца), затем на 20 минут ставят сухую банку на область грудины, берут кровь из того места, где была поставлена банка, и подсчитывают формулу. Увеличение количества моноцитов

в крови после баночной пробы в 2—3 раза указывает на хорошее состояние ретикуло-эндотелиальной системы

3. Проба с трипановой синью (Кавецкого-Лещинского): вводят внутрикожно 0,2 мл 0,25% раствора трипановой сини в физиологическом растворе, производят измерение двух взаимно перпендикулярных размеров образовавшегося синего пятна и повторяют измерение через 24 часа. Отношение квадрата суммы обоих размеров, полученных при втором измерении, к квадрату суммы обоих размеров, полученных при первом измерении, составляет коэфициент кожной пробы (дермальный коэфициент). В норме он равен 15—18; нижней границей нормы считается 10. Дермальный коэфициент ниже этой цифры указывает на угнетенное состояние ретикуло-эндотелиальной системы.

4. Проба с гематомой аналогична предыдущей, только вместо раствора трипановой синьки вводят собственную кровь больной.

Обе пробы характеризуют адсорбционную функцию ретикуло-эндотелиальной системы.

5. Проба со скипидаром (фиксационный абсцесс): вводят под кожу 1 мл скипидара; при этом, в зависимости от степени реактивности организма, или не наступает никакой реакции (ареактивное состояние), или образуется небольшой инфильтрат без последующего нагноения (пониженная реактивность), или инъекция скипидара вызывает образование абсцесса. Впрыскивание скипидара имеет и лечебное значение, но оно должно применяться с осторожностью, с учетом состояния почек.

Функциональное состояние печени при септической инфекции представляет значительный интерес.

Из многочисленных проб обычно применяется проба Квика в модификации Пытеля для определения антитоксической функции печени. Эта проба относительно проста и результаты ее имеют некоторое значение для суждения об антитоксической функции печени и косвенно — об общем состоянии организма.

Этиологический диагноз, имеющий существенное значение как для понимания клинической картины заболевания, так и для рациональной терапии его, предполагает проведение подробного микробиологического обследования.

Мы не будем излагать технику бактериологического исследования, остановимся только на диагностическом значении его. Среди проводимых исследований основную роль играет посев крови. Наличие бактериемии служит одним из важных и характерных признаков общей септической инфекции, причем следует иметь в виду, что бактериемия, с одной стороны, может быть случайным, преходящим явлением и, с другой стороны, в ряде случаев посев крови при генерализованной инфекции дает отрицательный результат (примерно в 25%). Отсюда вытекает необходимость повторных систематических исследований. Нередко более эффективным оказывается взятие крови для посева в самом начале озноба или после предварительно внутривенного введения 50 мл 40% раствора глюкозы.

Ввиду того что посевы крови относительно часто дают отрицательный результат, в качестве дополнительного метода применяется посев мочи. Бактериурия является почти постоянным спутником генерализованной инфекции и связана с элиминацией микробов из организма. Это обстоятельство может быть использовано для целей диагностики. Для характеристики инфекции большое значение имеет микрофлора экссудатов и гноя (из закрытых воспалительных очагов). Поэтому надо счи-

тать обязательным производить посев экссудатов, гноя и т. п., взятых у больной.

Бактериологическое исследование влагалищных выделений и отделяемого полости матки может иметь только известное ориентировочное значение. Микрофлора влагалища нередко отличается большой пестротой. Обнаруженные в ее составе патогенные микробы необязательно являются возбудителями инфекции. Некоторую диагностическую роль играет только нахождение какого-либо возбудителя в чистой культуре, причем это удается сравнительно редко и то в самом начале заболевания (на 3—4-й день после родов), в дальнейшем примешивается разнообразная флора.

Диагностические возможности исследования отделяемого полости матки также ограничены, ибо обнаружение микрофлоры в ране не идентично диагнозу инфекции. К тому же методика взятия материала отличается известной сложностью (условиям бактериологического исследования удовлетворяют методики Бартельса и Юрьевского, Дерчинского).

В ряде случаев важно бактериологическое исследование отделяемого полости зева и носа. Как было указано, микрофлора полости зева и носа может явиться источником послеродовой инфекции. Наличие одинаковой флоры в маточных выделениях делает подобное допущение весьма вероятным. При подозрении на дифтерию бактериологическое исследование является обязательным.

При установлении диагноза нельзя ограничиться только определением вида микробов. Для того чтобы выявить роль микробов в развитии инфекционного процесса, необходимо иметь представление об их патогенных свойствах.

Вкратце остановимся на признаках патогенности наиболее часто встречающихся возбудителей послеродовой инфекции.

К патогенным стафилококкам относятся штаммы, вызывающие гемолиз (стафилолизин), распад лейкоцитов (лейкоцидин), коагуляцию плазмы, разложение маннита, вырабатывающие пигмент, вызывающие некроз тканей, обладающие способностью расщеплять «основное вещество» тканей (фактор проницаемости — фермент гиалуронидаза).

К патогенным стрептококкам относятся штаммы, имеющие свойство вызывать гемолиз (гемолизин), распад лейкоцитов (лейкоцидин), растворение фибрина (фибринолизин), некроз тканей и выделяющие токсин и фермент гиалуронидазу.

Необходимо отметить, что не все штаммы гемолитических стрептококков одинаково патогенны для человека. Потенциально опасными следует считать стрептококков, относящихся по своим серологическим свойствам к группе А. по Лэнсфильду.

Патогенность Cl. perfringens неодинакова. Причины, в силу которых Cl. perfringens в одних случаях не проявляет себя, а в других вызывает грозные явления, точно не известны. Cl. perfringens выделяет ряд токсинов и ферментов, вызывающих гемолиз и некроз тканей; большое значение в смысле патогенности приписывается ферментам — лецитиназе (растворяющей липопротеиновые комплексы клеточных оболочек) и в особенности гиалуронидазе.

Мы выделили основные элементы, из которых слагается клинический диагноз.

Правильный и полноценный диагноз может быть получен только путем синтеза всех полученных данных в результате их критической оценки и сопоставления с клинической картиной заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Профилактическое направление составляет основную особенность советской медицины.

Успехами, достигнутыми в деле борьбы с послеродовой септической инфекцией, мы обязаны прежде всего профилактическому направлению.

Принято различать общественную и индивидуальную профилактику.

К общественной профилактике в широком смысле этого понятия относятся все мероприятия советской власти, направленные на поднятие культурного и материального уровня населения. В более узком смысле общественная профилактика — это вся совокупность мероприятий по охране народного здоровья, неразрывно связанных с советской системой здравоохранения и осуществляемых ее органами. В частности, по линии организации родовспоможения — консультации, патронаж, стационарное родовспоможение, повышение квалификации медицинского персонала и пр.

Содержание индивидуальной профилактики составляют профилактические мероприятия, проводимые в течение беременности, родов и послеродового периода по отношению к каждой женщине.

Основными моментами индивидуальной профилактики являются: 1) сохранение и поддержание на должной высоте всех физиологических функций организма, в том числе и полового аппарата; 2) ограждение полового аппарата женщины от проникновения инфекции; 3) сведение до минимума травматизма, связанного с родовым актом.

Профилактика послеродовой инфекции начинается еще в женской консультации с первого дня установления беременности и сводится в первую очередь к оздоровлению и укреплению всего организма женщины. Забота и помощь консультации проявляются в организации правильного режима (труда и быта), причем особое внимание обращается на рациональное питание беременной (пища должна содержать достаточное количество витаминов), на использование ею физических факторов с целью укрепления организма (солнце, свежий воздух, обтирания, общая и специальная физкультура и т. п.). Наряду с этим, применяются и другие воздействия, имеющие своей целью повысить сопротивляемость организма (например, профилактическое ультрафиолетовое облучение).

Задачей первостепенного значения является устранение всех имеющихся у беременной патологических процессов. Все беременные должны консультироваться с терапевтом, а в случае надобности и с другими специалистами. Необходимое лечение проводится или в самой консультации, или в специализированной поликлинике и стационаре. С целью ликвидации очагов фокальной инфекции широко проводится санация полости рта (лечение кариозных зубов и т. п). Особое внимание следует обращать на беременных, часто страдающих ангиной и гриппом. Чтобы избежать инфицирования из окружающей среды, все беременные должны быть ограждены от соприкосновения с инфекционными больными. Поздние половые сношения могут явиться моментом, способствующим проникновению инфекции в половые пути женщины, поэтому половые сношения запрещаются за 8 недель до родов.

С профилактической же целью во второй половине беременности не следует (в женской консультации) производить внутреннее исследование.

Все перечисленные выше мероприятия дадут наибольший эффект в том случае, если беременная рано стала посещать консультацию, за ней ведется тщательное врачебное наблюдение и хорошо организована

санитарно-просветительная работа. Одной из наиболее эффективных форм санитарно-просветительной работы с беременными являются так называемые школы матерей.

Профилактика инфекции во время родов начинается с момента поступления роженицы в смотровую. Исключительно большое значение имеет структура и организация работы родильного дома (в том числе такие элементы работы, как организация санитарно-пропускной системы, правильная сортировка всех поступающих рожениц — все лихорадящие роженицы, а также подозрительные на инфекцию должны направляться во 2-е акушерское отделение, правильная санитарная обработка рожениц и т. д.).

Ведение родов, так же как и хирургическая операция, требует тщательного и педантичного соблюдения мер асептики и антисептики. Однако роды от хирургической операции отличаются своей продолжительностью. Это создает дополнительные трудности в смысле достижения хирургической асептики.

Весь персонал, участвующий в проведении родов, должен работать в масках и желательно в перчатках. Необходимо систематически исследовать микрофлору рук , полости зева и носа у персонала, не допускать к работе носителей патогенных микробов и пр.

Койку роженицы следует подвергать тщательной санитарной обработке; при оснащении ее необходимо предусматривать наличие индивидуального стерильного комплекса белья и постельных принадлежностей, а также обезвреженных подушек и матрацев.

Все вмешательства во время родов (в том числе и внутреннее исследование) должны производиться при строгом соблюдении всех правил асептики.

Важнейшее профилактическое значение имеет рациональное (физиологическое) ведение родов и устранение осложнений родового акта и всех условий, возникающих в связи с ними и благоприятствующих развитию послеродовой инфекции. Особого внимания требует ведение последового периода. При нормальном течении последового периода отделение последа должно быть полностью предоставлено силам организма. Послед после рождения или выделения его должен быть тщательно осмотрен. При задержке частей детского места в полости матки немедленно производится ручное обследование полости матки.

При всех осложненных родах обязательны лечебно-профилактические мероприятия (введение сульфаниламидов, пенициллина, переливание крови и пр.).

Следует отметить своеобразные условия, в которых проводится послеродовой период. В акушерской практике полостная рана (полость матки) и наружные раневые поверхности (трещины, ссадины, разрывы) не защищаются повязками. Основная манипуляция, связанная с уходом за раной, — туалет раны — проводится в палате. В связи с этим возрастает возможность инфекции и особое значение приобретает личная гигиена родильницы, а также санитарное состояние и режим палаты. При туалете наружных половых органов родильницы должны соблюдаться следующие правила: наружные половые органы обмывают стерильными ватными тампонами при помощи пинцетов. Движение ватного тампона — от влагалища к заднему проходу, чтобы не занести возбудителей инфекции на половые органы. Персонал, производящий этот туалет, должен быть в масках и перчатках. В первую очередь следует производить туалет наружных половых органов у недавно родивших, в последнюю — у родильниц с патологическими выделениями. Кроме того, у родильниц с обиль-

ными выделениями (с целью разрядить микробный резервуар) туалет следует производить более часто. Каждая родильница должна быть обеспечена стерильными подстилками и иметь индивидуальное (пронумерованное) подкладное судно. Подкладное судно обязательно стерилизуется после каждой родильницы и дезинфицируется после каждого употребления его.

Важную роль играет своевременная изоляция заболевших и инфицированных родильниц: при проявлениях послеродовой инфекции (лихорадка, гнойные выделения); при наличии нагноительных процессов (фурункулез, гнойный отит и т. п.), при общих инфекционных заболеваниях (грипп, ангина и т. д.).

Одновременно со всеми этими мероприятиями должна проводиться и санитарно-просветительная работа — родильницам должны быть сообщены основные сведения о физиологии послеродового периода, о гигиене и диэтетике его. При выписке из родильного дома следует указать на необходимость посещения консультации.

В заключение отметим, что в деле профилактики послеродовой инфекции должны быть использованы все существующие возможности.

ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Наилучшие результаты при лечении септических заболеваний могут быть достигнуты при условии ранней, правильной и систематической терапии.

При послеродовой инфекции сепсису, как правило, предшествует тот или иной этап в развитии заболевания. Следовательно, лечение сепсиса нужно начинать на предшествующем более раннем этапе. Правильно построенная терапия септических заболеваний должна исходить из патогенеза его и учитывать ведущую роль макроорганизма.

Мы не имеем пока стройной и законченной концепции послеродовой инфекции, разработанной с позиций физиологического учения И. П. Павлова. Однако, несмотря на это, основные очертания патогенетической терапии можно представить себе в виде следующей схемы:

1) терапевтические вмешательства, направленные на устранение, нейтрализацию или ослабление раздражителя (очага раздражения);

2) терапевтические вмешательства, воздействующие на пути передачи раздражения;

3) терапевтические вмешательства, воздействующие на функциональное состояние центральной нервной системы — коры головного мозга.

Необходимо подчеркнуть, что такое подразделение терапевтических вмешательств условно — в целостном организме любое вмешательство отражается на его состоянии, на состоянии нервной системы и корригируется последней.

Это подразделение указывает только на направление главного терапевтического воздействия.

До сих пор развитие терапии послеродовой инфекции шло в основном по линии вмешательств, направленных на раздражителя. Меньше внимания уделялось воздействию на очаг раздражения. Между тем такое вмешательство представляется необходимым, если учесть, что устранение или ослабление микробов не приводит к исчезновению патологических процессов, которые остаются в организме и после устранения вызвавшей их причины и которые в свою очередь выступают в качестве нового раздражителя.

При септических заболеваниях одним из основных патологических процессов является воспаление Следовательно, с позиций патогенетической терапии показано воздействие на воспалительный процесс.

Попытки воздействовать на пути передачи раздражения нашли свое отражение в работах А. Д. Сперанского и А. В. Вишневского. Воздействие на функциональное состояние центральной нервной системы ограничивалось самыми общими и элементарными мероприятиями (обеспечение покоя, достаточно длительного сна, создание бодрого настроения у больной и т. п.).

Новые методы патогенетической терапии септической послеродовой инфекции, основанные на воздействии на нервную систему и высший отдел ее, требуют углубленного изучения и разработки. Результаты отдельных попыток, предпринятых в этом направлении, носят нередко противоречивый характер.

1. Неспецифическая терапия

Основной задачей терапии является укрепление сопротивляемости организма, мобилизация всех его защитных средств на борьбу с септической инфекцией.

С этой точки зрения прежде всего остаются в силе давно выработанные положения о необходимости покоя, тщательного ухода, рационального питания и общего медикаментозного лечения.

Совокупность этих мероприятий можно объединить под названием «общая неспецифическая терапия при септической инфекции».

Назначение покоя преследует в основном три цели:

1. Воздействовать на функциональное состояние центральной нервной системы — в этом разрезе назначение покоя, являющегося главной составной частью охранительного лечебного режима, должно предусматривать такие мероприятия, как продление сна, ограждение больной от отрицательных эмоций, болевых ощущений и т. п.

Основной задачей является поддержание на должной высоте тонуса центральной нервной системы и поэтому не следует забывать, что к числу терапевтических факторов относится также психическая активность больной, которая должна правильно сочетаться с режимом покоя.

2. Создать покой для больного органа и способствовать тем самым в нем процессам заживления.

3. Предупредить возможность распространения и генерализации инфекции (при тромбофлебитах также возможность эмболии).

Непосредственную опасность в смысле распространения инфекции представляют начальные стадии всех форм септической инфекции, локализованной за пределами области раны (пока еще нет выраженного отграничения процесса). Тромбофлебиты опасны на всем протяжении заболевания. При аднекситах и параметритах назначается строгий покой (положение на спине), при пельвеоперитонитах, перитонитах и тромбофлебитах — особо строгий покой (положение на спине); все необходимые движения больная осуществляет только с помощью обслуживающего персонала (сестры и няни). Больная обязательно должна быть проинструктирована о необходимости особо строгого покоя.

При некоторых формах заболевания обычное положение больной в кровати должно быть изменено. Так, при тромбофлебитах вен нижних конечностей больная нога должна быть приподнята (обычно под ногу

подкладывают подушки), при пельвеоперитонитах и перитонитах необходимо поднять головной конец кровати (под кровать продводится специальная подставка). При наличии процесса в легких (метастатические пневмонии, абсцессы и т. д.) следует придать больной полусидячее положение. Это достигается или при помощи подставки с сеткой, или посредством подушек.

Назначение покоя предъявляет свои требования и к врачебным манипуляциям. Наибольшую опасность представляет внутреннее исследование. Не рекомендуется делать внутреннее исследование раньше 6—8-го дня послеродового периода: оно не только опасно, но и бесполезно (в большинстве случаев в это время еще нет выраженных анатомических изменений за пределами матки).

Производить внутреннее исследование самым бережным способом, в особенности при обследовании области придатков и верхнего отдела широких связок (начальная стадия поражения труб представляет опасность распространения инфекции на брюшину, тромбофлебиты в системе v. spermaticae, — опасность генерализации инфекции).

Не производить внутреннего исследования без крайней необходимости при тромбофлебитах (микро- и макроэмболии).

В отношении тромбофлебитов отметим, что опасность при них особенно велика в начале заболевания (тромбы не организовались) и в конце заболевания, когда снижается бдительность персонала и больная теряет терпение. Активное поведение больной разрешается (сидеть) при наличии следующих условий: 1) нормальная температура в течение двух недель; 2) РОЭ ниже 30 мм в час; 3) отсутствие чувства ползания мурашек (при тромбофлебитах бедренных вен).

Назначение покоя требует осторожности и при других врачебных манипуляциях, связанных с исследованием больной (например, при исследовании легких только осторожное повертывание на бок; в случаях, где назначен особо строгий покой, — поворачивание только верхней половины туловища). Осторожный подход необходим и при всех лечебных процедурах (в особенности при очищении кишечника).

Тщательный уход при септической инфекции направлен на поддержание общей сопротивляемости организма и обеспечивает выполнение таких важных лечебных факторов, как покой и питание.

Большое значение имеет гигиенический режим палат. Палаты должны быть на 2—3 койки, с достаточной кубатурой, с хорошо действующей системой вентиляции. Необходимо регулярное проветривание палат.

При сепсисе имеют место нарушения как внешнего дыхания, так и внутреннего — тканевого. В этом отношении существенную роль играет септическая анемия, изменение гемоглобинового состава крови, снижение ферментативных процессов, направленных на связывание кислорода тканями или на диссоциацию углекислоты (низкий уровень угольной ангидразы) и т. д. В связи с этим чистый воздух при обильном доступе солнечного света приобретает особо важное значение.

Не менее важное значение имеет личная гигиена больной. Из моментов личной гигиены необходимо обратить внимание на уход за полостью рта, кожей, а также на правильный туалет наружных половых органов больной. Необходимость тщательного ухода за полостью рта диктуется тем, что у больных сепсисом губы и язык сохнут, покрываются корками и налетами, в полости рта создаются условия, благоприятствующие возникновению паротитов. Рекомендуется назначать полоскания рта, очищать рот при утреннем туалете больной и вечером перед отходом ко сну. Учитывая важность функций кожи (дыхательная, экскреторная и защит-

ная функции), следует для повышения ее деятельности назначать ежедневные обтирания слабыми растворами спирта, одеколона, ароматического уксуса.

Наличие при сепсисе обильных потов, нередко проливных (после ознобов), требует обтирания после потения и смены белья.

Особо важное значение личная гигиена больной имеет в профилактике пролежней. При правильном уходе пролежней не бывает. Наряду с уходом за кожей, надо обращать большое внимание на содержание постели (в постели не должно быть ни крошек, ни складок).

Туалет наружных половых органов у больных производится обычно 2 раза в день. Если у больной имеются обильные выделения из влагалища, туалет назначают чаще. Точно так же при наличии обильных влагалищных выделений необходимо чаще менять подстилки.

Рациональное питание является одним из важнейших лечебных факторов при сепсисе. Обмен веществ при септической инфекции нарушен.

Нарушения обмена веществ зависят от: 1) непосредственного действия токсинов выделяемых микробами, продуктов микробного и тканевого распада; 2) нарушения регуляции тепла (лихорадка); 3) нарушения функций пищеварительного аппарата (понижение секреции пищеварительных желез, нередко — септические поносы, рвоты).

При септической инфекции возникают нарушения всех видов обмена веществ, которые с развитием заболевания еще более увеличиваются. Изменения в обмене веществ в общих чертах сводятся к следующему: происходит усиленное сгорание углеводов и жиров с накоплением недоокисленных продуктов распада; белковый обмен повышен (на 50—100% больше против нормы). Белковый распад удается компенсировать только до определенного предела. При продолжительном течении заболевания возникает гипопротеинемия.

Кислотно-щелочное равновесие нарушается — щелочной резерв крови снижается, возникает ацидоз (особенно резко выраженный при анаэробном газовом сепсисе). Следует отметить, что при септической инфекции в организме наступает дефицит витаминов.

Питание больных должно удовлетворять следующим требованиям: 1) пища должна содержать не ниже 2 000 больших калорий; 2) необходимо вводить в небольшом объеме возможно большее количество питательного материала; 3) пища должна быть легкоусвояемой и разнообразной. В пищу целесообразно вводить бульон и мясные экстракты, так как, помимо питательности, они еще ценны тем, что усиливают секрецию пищеварительных соков. Важное значение для питания имеет сахар (200 г и более в сутки). Жиры плохо усваиваются; исключение составляют сливочное масло, сливки, жиры, содержащиеся в яичном желтке. Белки вводятся в виде вареной рыбы, паровых мясных котлет, вареной курицы, яиц. Хорошо усваивается творог со сметаной. Для возбуждения аппетита рекомендуется в небольшом количестве икра, кильки, селедка и т. п. Для утоления жажды — чай, щелочные воды, морс. Необходимо назначение фруктов (лимон) и фруктовых соков.

Специальная диэта назначается при наличии поражения брюшины, кишечника, почек. Щелочная диэта может оказаться полезной при необходимости понизить резорбцию из очага инфекции.

Нельзя забывать, что при сепсисе, в связи с отсутствием аппетита у больных, понятия «питание» и «кормление» не отделимы друг от друга.

Исходя из особенностей обмена веществ при сепсисе, следует широко применять некоторые лекарственные вещества, являю-

щиеся ингредиентами пищевых веществ и связанные с питанием. Сюда относятся глюкоза, спирт и витамины.

Глюкоза. Глюкоза является легко усваивающимся углеводом. Важным является ее дезинтоксикационное действие. При септических процессах запасы гликогена в печени резко уменьшаются, что понижает ее способность обезвреживать токсины. При внутривенном введении глюкоза отлагается преимущественно в печени и превращается в гликоген, способствуя восстановлению функции печени (с этой точки зрения может быть полезна комбинация введения глюкозы с инсулином).

Следует учитывать также мочегонный эффект в результате введения глюкозы (выведение токсинов). Кроме того, глюкоза оказывает тонизирующее действие на сердечную мышцу, ретикуло-эндотелиальную и центральную нервную системы.

Применение: глюкоза применяется внутривенно, внутримышечно, подкожно и per os. Назначение в клизмах не вполне целесообразно.

Внутривенное введение — 20—40% раствор по 20—40 мл; 5% раствор в больших количествах до 1—2 л (капельным способом).

Внутримышечное введение — 5% раствор 200—400 мл.

Спирт. Спирт обладает большой калорийностью и, сгорая в организме, предохраняет углеводы и жиры от сгорания. Тонизирует сердце (небольшие дозы), понижает сосудистый тонус, вызывая прилив крови к голове и коже (значение при ознобах) Понижает возбудимость кортикальных центров, оказывает слабое наркотическое действие. Необходимо учитывать, что при больших дозах может наступить угнетение дыхательного и сосудодвигательного центра.

Кроме того, спирт оказывает стимулирующее действие на ретикуло-эндотелиальную систему.

Применение: спирт применяется per os и внутривенно.

Per os — небольшими повторными дозами в виде водки, коньяка. вин (из вин особенно рекомендуется шампанское).

Внутривенно — 20—33% раствор на 5% растворе глюкозы; 10—30 мл ежедневно.

Витамины. Витамин А играет роль в обмене веществ, являясь антагонистом тироксина и синергистом инсулина. Дефицит витамина А в организме снижает сопротивляемость к инфекции, вызывая первичное поражение слизистых оболочек (в особенности это относится к легким и желудочно-кишечному тракту).

Применение: per os—разовая доза 25 000 международных единиц, суточная — до 100 000 международных единиц.

Витамин С является стабилизатором адреналина. Дефицит витамина С ведет к нарушению функций соединительной ткани (ретикуло-эндотелиальной системы) и препятствует заживлению ран.

При воспалительных процессах происходит усиленное потребление витамина С.

Применение: разовая доза 100 мг, суточная — до 500 мг. Для парэнтерального введения 0,1—0,5 в сутки.

Витамин B_1 (тиамин) участвует в углеводном обмене (удаление ядовитой пировиноградной кислоты).

При B_1-авитаминозе в печени не накапливается гликоген. Имеются данные о влиянии витамина B_1 на обмен азотистых соединений. Витамин B_1 дает хороший эффект при желудочно-кишечных расстройствах (потеря аппетита, понижение кислотности, атония).

Применение: разовая доза витамина B_1 10 мг, суточная — до 50 мг. Для парэнтерального введения до 30 мг в сутки.

Не менее важное участие в обмене веществ принимают и другие витамины В-комплекса. Витамины В-комплекса способствуют усилению окислительно-восстановительных процессов. Большие дозы антибиотиков (пенициллин) нарушают течение окислительно-восстановительных процессов (в наибольшей мере в миокарде). При проведении пенициллинотерапии необходимо назначать витамины В-комплекса (в частности, тиамин и рибофлавин).

Витамин D принимает участие в фосфорном и кальциевом обмене.

Применение: суточная доза витамина D 10 000—20 000 международных единиц.

Видное место в лечении сепсиса занимает общая медикаментозная терапия.

Медикаментозная терапия применяется с целью: 1) поддержать деятельность жизненно важных органов и 2) устранить выраженные, нежелательные и тягостные симптомы (симптоматическое лечение).

Из средств общей медикаментозной терапии в первую очередь должны быть указаны:

1. Средства, действующие на сердце и центральную нервную систему (на дыхательный и сосудодвигательный центр).

В острой стадии заболевания необходимо назначать инъекции камфоры (по 3—5 мл 10% Ol. camphorati), кофеина. При длительном заболевании применяется стрихнин.

2. Сердечные средства группы сердечных глюкозидов. Эти средства назначаются при наличии соответствующих показаний.

3. Средства, действующие на кроветворение. Для этой цели применяются препараты железа (Ferrum hydrogenium reductum по 0,5—1,0 2—3 раза в день), главным образом в период выздоровления; препараты крови (гематоген), печени (печеночный экстракт, инъекции камполона).

4. Средства, действующие на органы пищеварения. Назначается соляная кислота с пепсином (Ac. hydrochlorici diluti 4,0; Pepsini 4,0; Aquae destillatae 200,0 — по 1 столовой ложке 2—3 раза в день), для возбуждения аппетита можно рекомендовать горечи (t-rae chinae compositae, t-ra amara), при запорах — легкие слабительные.

Из нежелательных и тягостных симптомов в первую очередь подлежат устранению: ознобы (вино, инъекции пантопона при резко выраженных явлениях озноба), боли (наркотические средства), поносы (назначение соляной кислоты; сульфидина, сульфазола, дисульфана — по 0,5 через 4 часа 4 раза в день; аммаргена — 2—3 капли 2,5% раствора на стакан воды).

С целью повысить сопротивляемость организма и изменить его реактивность необходимо переливание крови. Малые дозы (50—100 мл) обнаруживают дезинтоксикационный эффект, стимулирующее действие на гемопоэз и общее стимулирующее действие (на ретикуло-эндотелиальную систему).

Переливание крови малыми дозами показано главным образом при затяжных формах — при наличии выраженной анемии (количество гемоглобина ниже 40%). Назначаются обычно повторные переливания; обязательно соблюдение интервалов в 4—5 дней.

Переливание большими дозами (200 мл и больше вместе с физиологическим раствором или 5% раствором глюкозы) проводится при перитонитах (капельным способом).

Противопоказания: нефрит, поражение печени, эндокардит; следует избегать переливаний в начальной стадии тромбофлебитов.

Протеинотерапия (включая аутогемотерапию) показана только в периоде выздоровления (при необходимости стимулировать рассасывание). Начинать с небольших доз, интервалы в 2—3 дня.

К специальной неспецифической терапии относится применение так называемых противовоспалительных средств.

Из этих средств наибольшим признанием пользуется кальций.

Кальций. Противовоспалительное действие солей кальция связано с их способностью физиологически уплотнять, делать менее проницаемыми клеточные оболочки. Далее необходимо учесть, что кальций активирует фагоцитарную функцию лейкоцитов и повышает свертываемость крови. Из других свойств его следует упомянуть симпатикотропное действие, способность повышать тонус сердечной мышцы и сосудов, способность активировать некоторые ферменты (в том числе и трипсин).

Применение: хлористый кальций применяется внутривенно, в виде клизмы и per os. Внутривенно — 5—10% раствор 10 мл ежедневно или через день (нередко в комбинации с 20% раствором глюкозы), 1% раствор 50—100 мл (имеются указания на более эффективное действие 1% раствора при септической инфекции).

В виде клизмы — 1—2% раствор 50—100 мл 1—2 раза в день.

Per os — 10% раствор по одной столовой ложке 3—4 раза в день. Всасыванию из желудочно-кишечного тракта способствует витамин D.

Вместо хлористого кальция можно применять глюконат кальция (не вызывает некроза тканей) — 10—20% раствор по 5—10 мл внутривенно или внутримышечно.

Сернокислая магнезия. Оказывает благоприятное влияние на течение воспалительного процесса. Сернокислая магнезия предложена для лечения послеродовых заболеваний Л. И. Бубличенко. Хорошие результаты получены при местных формах послеродовой инфекции. Механизм действия связан, повидимому, с противовоспалительным эффектом наркоза.

Применение: внутримышечно 25% раствор по 10 мл ежедневно.

Пирамидон. Заслуживает особого внимания в терапии септических заболеваний — обладает противовоспалительным, десенсибилизирующим и болеутоляющим действием Вызывает некоторое возбуждение дыхательного центра.

Применение: per os 2% раствор по одной столовой ложке 3—6 раз в день. Большие дозы пирамидона в особенности показаны при поражении суставов.

Димедрол. Обладает антигистаминным действием. Применяется в качестве десенсибилизирующего средства. Показан при лечении стрептомицином.

Применение: per os 0,05 2—3 раза в день.

К группе противовоспалительных средств можно отнести адреналин.

Адреналин. Применение адреналина показано в начальной стадии перитонитов (при явлениях угрожающего перитонита); нередко применение его купирует процесс. Механизм действия не вполне выяснен (сосудосуживающее действие). Противовоспалительное действие, по мнению некоторых авторов, связано с симпатикотропным эффектом адреналина (влияние на нервную трофику), с его влиянием на

обмен в воспаленной ткани (нормализация нутритивных процессов в клетках).

Применение: подкожно 0,1% раствор по 0,5 мл 4 раза в сутки (через каждые 6 часов) или по 0,25 мл 6 раз в сутки (через каждые 4 часа) в течение нескольких дней (3—4 дня). Длительное употребление может вызвать коллапс; при первых признаках коллапса (слабость, сердцебиение) лечение прекратить.

В качестве местного противовоспалительного средства широко применяется холод (пузырь со льдом).

Антиацидотическая терапия показана при анаэробном газовом сепсисе (во второй фазе его — фазе ацидоза). Применяется двууглекислая сода (внутривенно 5% раствор 100 мл).

2. Специфическая терапия

Из химиотерапевтических средств в настоящее время в лечении септической инфекции применяются только бактериостатические препараты (сульфаниламиды); химиотерапия бактерицидными средствами утратила свое значение и средства этой группы применяются главным образом местно; употребляется аммарген (комплексная аммиачно-серебряная соль в разведении 1 : 10 000) и риванол (производное акридиновой группы в разведении 1 : 1 000).

Химиотерапия бактериостатическими средствами — сульфаниламидная терапия.

Механизм действия сульфаниламидов слагается из бактериостатического действия (сульфаниламиды задерживают развитие микробов, блокируя их энзимную систему) и действия на клетки ретикуло-эндотелиальной системы.

Следует учесть, что сульфаниламиды обладают также выраженным противовоспалительным эффектом.

Сульфаниламидные препараты обнаруживают различную силу действия по отношению к различным видам микробов, вызывающим септическую инфекцию.

Стрептоцид наиболее эффективен по отношению к гемолитическому стрептококку и рожистому стрептококку.

Сульфидин эффективен при стрептококковой и пневмококковой инфекции; кроме того, он проявляет действие против возбудителей газового сепсиса. По сравнению с сульфидином сульфодимезин (сульфодиазин) обладает большей силой действия против стрептококков и возбудителей газовой инфекции и дает эффект и при коли-бациллярной инфекции.

Сульфазол и сульфатиазол действуют не только на стрептококков, но и на стафилококков. Сульфаниламидные препараты токсичны. В больших дозах, особенно при длительном употреблении, они вызывают головную боль, головокружение, рвоту (сульфидин), цианоз, ацидоз (стрептоцид), дерматиты, лейкопению (опасно быстрое прогрессивное падение количества лейкоцитов ниже 3 000).

К тяжелым осложнениям относятся: 1) гемолитическая анемия — появляется рано (через 2—4 дня); начальные симптомы — желтуха и гемоглубинурия; 2) агранулоцитоз — появляется спустя 8 дней; начальные симптомы — быстрое падение числа лейкоцитов. При применении сульфаниламидов обязательно контролировать картину крови. При явлениях интоксикации лечение отменить, назначить обильное питье, клизмы, внутривенно ввести 40% раствор глюкозы. При нали-

чии цианоза, кроме того, назначается per os метиленовая синька по 0,5—0,1 в день; при наличии ацидоза — двууглекислая сода.

Во время лечения сульфаниламидами солевые слабительные противопоказаны.

Токсичность препаратов различна: наименее токсичными являются сульфадиазин и сульфатиазол.

Применение: per os — с профилактической целью по 1,0 через каждые 6 часов в течение 4 суток (обычно назначается стрептоцид); с лечебной целью по следующей схеме: первая доза 2,0 (запить горячей водой с лимонной кислотой), следующие дозы по 1,0 (вторая — через 2 часа, остальные — каждые 4 часа) в течение 2 суток. Затем дозы уменьшаются, но интервал не должен превышать 6 часов (лечение проводится следующим образом — по 1,0 через каждые 6 часов в течение 2—4 суток, затем по 0,5 через 4—6 часов в течение 2—4 суток). Лечение не должно продолжаться более 10—14 дней.

Успехи, достигнутые в области биологических методов лечения, показывают, что по мере развития научных знаний терапия, основанная на биологических средствах и методах, будет иметь очень большое значение при лечении септических заболеваний.

В терапии септической послеродовой инфекции в настоящее время наиболее эффективными средствами являются антибиотики.

Лечение антибиотиками

Из антибиотиков применяются главным образом пенициллин, стрептомицин и грамицидин С.

Пенициллин — продукт жизнедеятельности плесени вида Penicillium notatum и crustosum. В настоящее время получено несколько видов чистого пенициллина: I (F), II (G), III (X), K. Наиболее активным и стойким является пенициллин II (G): в применяемых лечебных препаратах содержание его колеблется от 20 до 80%.

Пенициллин действует преимущественно бактериостатически (главным образом на размножающиеся микробы, прекращая процесс деления и вызывая их дегенерацию). Наряду с этим, оказывает и бактерицидное действие (в больших концентрациях), а также бактериолитическое. Пенициллин снижает вирулентность микробов, снимает действие фактора проницаемости, делает микробы доступными фагоцитозу (С. И. Шеришорина).

Следует учитывать возможность прямого или косвенного действия пенициллина на ретикуло-эндотелиальную систему. Чувствительными к пенициллину являются большинство грамположительных микробов (в том числе гноеродные кокки и Cl. perfringens) и лишь некоторые грамотрицательные (гонококки, менингококки). Наблюдаются резкие различия в чувствительности в зависимости от рода, разновидности и даже штамма микробов (см. выше). Многие микробы (B. pyocyaneum, B. coli и др.) вырабатывают фермент пенициллиназу, которая разрушает пенициллин.

К положительным свойствам пенициллина относится то, что количество микробов, продукты микробного и тканевого распада, а также кровь и сыворотка мало влияют на его действие, что он почти не оказывает ни местного, ни общего токсического влияния (все это выгодно отличает его от сульфаниламидов).

К отрицательным свойствам пенициллина относится то, что он сравнительно нестоек и быстро выводится из организма.

При терапевтическом применении пенициллина необходимо иметь в виду возможность побочного действия препарата и осложнений, вызываемых им (побочное действие минимальное, если применяется кристаллический пенициллин). Особого внимания заслуживает свойство пенициллина повышать свертываемость крови (в связи с этим при тромбофлебите рекомендуется назначать стрептомицин).

Из осложнений наблюдаются аллергические реакции (крапивницы, папулезно-макулезные экзантемы, ограниченные отеки), невриты, тромбофлебиты (при внутривенном введении) и т. д.

Применение: обычно применяется натриевая соль пенициллина.

Готовится пенициллин ex tempore для обычных внутримышечных инъекций на растворе, содержащем 0,5% пирамидона и 0,25% новокаина; для капельного введения — на физиологическом растворе или на 5% растворе глюкозы.

Внутримышечное введение — в виде инъекций с интервалами не более 8 часов, в виде капельных вливаний (аналогично внутривенному капельному вливанию). Игла вкалывается или в верхний наружный квадрант ягодицы, или в среднюю треть наружной поверхности бедра под широкую фасцию.

Внутривенное введение — капельным способом. Капельные вливания (внутримышечные или внутривенные) проводятся обычно непрерывно в течение 12—24 часов с целью достигнуть высокой (ударной) дозы и равномерной концентрации пенициллина в крови.

Дозы зависят: 1) от степени чувствительности микроба (возбудителя) к пенициллину и 2) от степени тяжести той или иной формы послеродовой инфекции. Минимальная доза при локализованной инфекции — 200 000 единиц в сутки, при генерализованной — 400 000 единиц в сутки.

Внутриартериальное введение пенициллина было предложено Н. Н. Бурденко при абсцессах мозга, энцефалитах и менингитах. Пенициллин вводится в сонную артерию. Однократная доза — 50 000—100 000 единиц; растворяется препарат в 10 мл физиологического раствора.

Стрептомицин выделен из актиномицета (Actinomyces griseus). За последнее время стрептомицин находит все большее применение в клинике послеродовой септической инфекции (главным образом при тромбофлебите). Вводится два раза в день внутримышечно по 0,5 (разводится в 0,25% растворе новокаина). На курс лечения 15,0—20,0 стрептомицина.

Стрептомицин (большие дозы) обладает токсическим действием. Токсическое действие препарата проявляется преимущественно в неврологических расстройствах (головокружение, иногда понижение слуха и даже глухота, головные и суставные боли), раздражении кожи (дерматит), почек (гематурия, появление цилиндров). При возникновении токсических явлений необходимо отменить введение стрептомицина.

Грамицидин — продукт жизнедеятельности штамма почвенных бактерий (Гаузе-Бражникова) обладает бактерицидными свойствами по отношению к грамположительным микробам. В обычных концентрациях на ткани не действует.

Применяется местно (4% спиртовой раствор в разведении 1 : 100 дестиллированной водой). Назначается с профилактической (во влагалище) и с лечебной целью (применение на раны, введение в брюшную полость, в плевральную полость при эмпиемах в количестве до 100 мл).

В разделе биологических методик терапии следует упомянуть о лечении бактериофагами и сыворотками. Эти методы лечения, безусловно, заслуживают внимания и дальнейшей разработки.

Бактериофаги действуют избирательно на живых микробов, вызывая их лизис. Применение бактериофага затруднено необходимостью подбора его соответственно штамму микробов. Поливалентные препараты бактериофагов, к сожалению, далеко не всегда оказываются активными. Применяются стрепто-, стафило-, коли- и перфрингенсфаги.

Применение: местное (на инфицированную рану), подкожное и внутривенное. Подкожно вводится до 60 мл в сутки (по 15—20 мл с интервалами в 6—8 часов). Для внутривенного введения употребляются специальные препараты (вливание капельным способом), разведенные на физиологическом растворе.

Сыворотки — применяются антитоксические сыворотки. При приготовлении их также должны учитываться неодинаковые биологические свойства отдельных разновидностей микробов. Показанием к применению служат токсические явления.

Применение: введение по Безредка. При стрептококковой инфекции употребляется антитоксическая противоскарлатинозная сыворотка (по 30 000—60 000 антитоксических единиц в сутки). При сепсисе, вызванном Cl. perfringens, — соответствующая сыворотка (высокой концентрации) по 100 000 антитоксических единиц в сутки.

Существующая антитоксическая противостафилококковая сыворотка, к сожалению, мало пригодна из-за низкой ее концентрации.

3. Хирургическое лечение

Хирургическое лечение при послеродовой инфекции в отдельных случаях играет важную роль. Попытки радикального лечения (путем перевязки вен, экстирпации матки) не дали ожидаемых результатов (в силу трудности купировать инфекцию из-за обилия кровеносных и лимфатических путей женского полового аппарата, а также в силу того обстоятельства, что большие операции являлись непосильной нагрузкой для больного организма).

Консервативные хирургические методы в основном сводятся:

1. К диагностическим и лечебным пункциям (диагностические пункции при пельвеоперитонитах, перитонитах, параметритах, паранефритах); диагностические и лечебные — при гнойных плевритах и абсцессах легких, при менингитах и энцефалитах.

2. К хирургическому лечению гнойных скоплений:

а) в параметральной и паранефральной клетчатке (при гнойных параметритах и паранефритах);

б) в полости таза и в брюшной полости (при пельвеоперитонитах и диффузных перитонитах);

в) в плевральной полости (при эмпиемах).

3. К лечению гнойных перитонитов (в частности, с применением подвесной энтеростомии).

4. К некоторым хирургическим вмешательствам при гнойном поражении органов (артротомия, вскрытия гнойных паротитов и т. п.).

ПОСЛЕРОДОВОЙ МАСТИТ

Одним из сравнительно частых осложнений послеродового периода является воспаление грудной (молочной) железы — послеродовой мастит.

Воспаление грудной железы может встречаться во все периоды жизни женщины, однако чаще всего оно наблюдается в послеродовом

периоде и главным образом у кормящих женщин (лактационный мастит). У родильниц, которые не кормят детей грудью по тем или иным причинам, маститы встречаются редко.

При послеродовом мастите в основном проявляются те же закономерности, которые свойственны септической послеродовой инфекции.

Возбудителями мастита могут быть разнообразные микробы. Среди них первое место принадлежит гноеродным коккам (преимущественно белому и желтому стафилококку, реже — стрептококку).

Из моментов, которые могут способствовать возникновению инфекции, необходимо отметить следующие:

1. Бактериальное загрязнение кожи родильницы, основным источником которого являются лохии, содержащие различные микробы, в том числе и патогенные. Прежде всего следует иметь в виду возможность бактериального загрязнения кожи сосков молочных желез. Загрязнение может происходить вследствие переноса микробов руками, соприкосновения с инфицированным бельем и т. д.

Несомненно, в первые дни послеродового периода, в связи с пребыванием родильницы в постели, поддержание должной чистоты тела затруднено, поэтому особую роль приобретают гигиенические мероприятия, проводимые персоналом (обмывание молочных желез, мытье рук, в особенности перед кормлением ребенка, туалет наружных половых органов родильницы, обтирание тела, частая смена подкладных пеленок, белья и т. д.).

При нарушении в отделении для родильниц санитарно-гигиенического режима на кожу, кроме тех микробов, которые уже на ней имеются, могут попасть еще другие микробы, вследствие воздушной инфекции (бактериальное загрязнение воздуха); источником инфекции могут также стать предметы обстановки (при загрязнении их).

Наконец, необходимо указать, что существенное значение в смысле возможности инфицирования сосков имеет микрофлора полости рта ребенка.

2. Трещины сосков, которые при послеродовом мастите являются нередко входными воротами инфекции. По данным С. Б. Рафалькеса, у 65,5% женщин, больных маститом, можно было обнаружить наличие трещин сосков. Входными воротами инфекции могут служить и микроскопические повреждения эпителиального покрова сосков, образующиеся при кормлении.

Значение трещин в патогенезе мастита, конечно, не сводится только к механическому нарушению целости соска. Необходимо учитывать все те воздействия безусловнорефлекторного и условнорефлекторного характера, которые возникают при трещинах сосков и отражаются на функциональном состоянии нервной системы (боли при кормлении, опасения, связанные с нарушением кормления, страх перед возможностью заболеть маститом).

При наличии трещин сосков акт кормления из-за болезненности сосков может быть нарушен. В результате возникает застой молока в молочной железе (вследствие нерегулярного или недостаточного опорожнения ее), что в свою очередь может содействовать возникновению мастита. Учитывая роль трещин сосков в патогенезе мастита, следует особое внимание уделять профилактическим мероприятиям. В качестве наиболее эффективных мер предупреждения трещин сосков в первую очередь должны быть рекомендованы следующие:

1. Проведение общих гигиенических мероприятий в течение всей беременности. В частности, большое значение имеет ежедневное обмыва-

ние до пояса прохладной водой, обмывание сосков холодным или тепловатым 1% раствором борной кислоты (в особенности в тех случаях, когда в связи с выделением молозива на сосках образуются корочки, под которыми происходит мацерация эпителия).

2. Правильное кормление ребенка. Необходимо с первого кормления приучить ребенка брать сосок и околососковый кружок полностью в рот; вынимать сосок изо рта ребенка надо осторожно, чтобы не травмировать сосок. Определенное значение имеет и поза матери во время кормления: если мать кормит сидя, то ребенок при таком положении ее правильно захватывает сосок.

3. Травматизация молочных желез, возникающая обычно при неправильном, неумелом сцеживании молока, массаже молочной железы (разминание, размозжение отдельных железистых долек). Среди причин возникновения мастита травмы другого происхождения наблюдаются исключительно редко.

Травматизации молочных желез при сцеживании молока можно избежать, применяя молокоотсосы, предложенные Дятловым.

3. Наличие у родильницы септической инфекции. Клинические наблюдения показывают, что воспаление молочной железы нередко совпадает с проявлениями послеродовой септической инфекции. Этот вопрос был подробно изучен А. В. Бартельсом и С. Г. Юрьевским. Авторы наблюдали 118 больных маститом и установили, что у 18,6% больных был субфебрилитет до родов, у 67,8% заболевание молочной железы сопровождалось воспалительным процессом в половых органах, причем последний в большинстве случаев был нерезко выражен. Вяло протекающая инфекция, как известно, может вести к сенсибилизации организма. А. В. Бартельс и С. Г. Юрьевский считают, что нередко мастит развивается в условиях сенсибилизированного организма. В этом разрезе заслуживает внимания эозинофилия, обнаруженная ими у ряда больных незадолго до возникновения мастита. Нам приходилось наблюдать у больных с вяло протекающим воспалительным процессом в половых органах возникновение мастита (вспышку) вслед за произведенным внутренним исследованием (разрешающее раздражение, второй удар, по А. Д. Сперанскому).

Между послеродовыми заболеваниями и воспалением молочной железы может существовать и иная связь — бактериальное загрязнение кожи патогенными микробами, перенос гноеродных микробов на соски и кожу молочных желез.

Мы считаем необходимым подчеркнуть, что в возникновении и развитии мастита, так же как и при септической послеродовой инфекции, взаимодействует ряд патогенетических факторов, решающим является состояние организма, его сопротивляемость и реактивность.

Инфекция может проникать в молочную железу тремя путями: гематогенным, лимфогенным и галактогенным. Гематогенным путем инфекция проникает крайне редко — в отдельных случаях септикопиемии (метастазирование инфекции). При лимфогенном пути проникновение микробов в молочную железу происходит в основном через трещины сосков, при галактогенном — через молочные протоки, открывающиеся на соске.

В патологоанатомическом отношении принято разделять маститы на интерстициальные и паренхиматозные. По существу строгое разграничение возможно только в начале заболевания, в дальнейшем воспалительный процесс поражает как интерстициальную, так и паренхиматозную ткань. В клиническом отношении такое деление трудно и нецелесообраз-

но, так как оно не отражает клинической картины заболевания и в основном характеризует только пути продвижения инфекции.

В большинстве случаев мастит бывает односторонним, чаще поражается правая молочная железа. Локализация воспалительного процесса в молочной железе различна. По данным С. Б. Рафалькеса (1951), воспалительный процесс чаще всего возникает в нижне-наружном квадранте, затем в верхне-наружном и верхне-внутреннем; по данным А. А. Когана (1940), на первом месте стоит поражение верхне-наружного квадранта. Воспаление всей железы встречается редко. У первородящих мастит наблюдается значительно чаще, чем у повторнородящих (71,9%, С. Б. Рафалькес).

Заболевание начинается обычно в течение первых 3 недель послеродового периода (нередко на 10—14-й день). По окончании послеродового периода количество маститов значительно уменьшается, составляя 5—10% всех случаев.

В клинической картине мастита необходимо выделять начальную стадию (стадию серозного воспаления), стадию инфильтрации и стадию нагноения (гнойный мастит). Течение мастита отличается своеобразием и в значительной мере зависит от терапии (от правильности и своевременности назначения ее). К особенностям мастита относится и то обстоятельство, что воспалительный процесс в молочной железе может обостряться и рецидивировать, причем могут поражаться и новые железистые дольки.

Послеродовой мастит характеризуется чаще всего острым началом, подъемом температуры до 39° и выше, нередко — ознобом. Общее состояние заметно нарушается (чувство разбитости, головная боль), больных беспокоят боли в молочной железе (часто резкие). В ряде случаев на лице появляется герпес. Молочная железа увеличивается в объеме, пораженный участок ее болезнен, контуры его нерезко очерчены; при пальпации нередко определяется плотно-эластическая консистенция пораженного участка. Иногда над ним имеется покраснение кожи. Сравнительно часто отмечается увеличение и умеренная болезненность подмышечных лимфатических узлов.

Лактация нарушается — воспалительный процесс ведет к закупорке молочных протоков и к застою молока. Ребенок не может полностью отсосать молоко из молочной железы.

Во многих случаях развитию мастита предшествуют незначительно выраженное нарушение общего состояния и небольшие изменения в молочной железе (неравномерное нагрубание, умеренная болезненность).

Воспаление молочной железы может закончиться в начальной стадии. В большинстве же случаев процесс обычно развивается дальше: спустя 1—2 дня в пораженном участке молочной железы отчетливо определяется инфильтрат. С образованием инфильтрата все явления несколько стихают, температура обычно снижается (37,5—38,5°).

Продолжительность стадии инфильтрации различна и зависит как от общего состояния больной, особенностей самой инфекции, так и от особенностей примененной терапии. У многих больных длительность этой стадии составляет 6—8 дней. Образовавшийся инфильтрат или рассасывается, или подвергается гнойному расплавлению. У ряда больных отмечается длительное течение инфильтративной стадии — воспалительный процесс протекает вяло, инфильтрат нередко уменьшается в размерах, держится долго. В этих случаях, как правило, наблюдается субфебрильная температура. В дальнейшем происходит рассасывание инфильтрата

или наступает обострение. При обострении вновь повышается температура и возобновляются или усиливаются клинические симптомы.

В стадии инфильтрации лактационная функция значительно нарушается — секреция молока снижается (в особенности при затяжном течении инфильтративной стадии). Отсасывание молока из молочной железы затруднено, а при локализации инфильтрата близко к соску невозможно. На течение инфильтративной стадии мастита отрицательное влияние могут оказывать некоторые терапевтические мероприятия. Так, необходимо отметить, что затяжное течение инфильтративной стадии может иметь место при недостаточном лечении пенициллином при длительном применении холода (льда), а также при некоторых других терапевтических воздействиях (рентгеновы лучи). Назначение тепла, позднее применение новокаиновой блокады по Вишневскому и УВЧ терапии могут способствовать переходу в нагноение.

При переходе заболевания в стадию нагноения состояние больной ухудшается (плохой сон, потеря аппетита), температура повышается до 38—39°, появляется познабливание, изредка — озноб с развитием нагноительного процесса; температура принимает ремиттирующий характер.

При гнойном мастите большое значение имеет слабая способность железистой ткани к ограничению воспаления и благоприятные условия для распространения инфекции по интерстициальным промежуткам. В силу этого нагноительный процесс может быстро распространяться; сравнительно часто возникают множественные гнойные очаги.

Наиболее часто встречающейся формой гнойного мастита является абсцедирующая. Первоначально образуются отдельные мелкие абсцессы, которые в дальнейшем сливаются в более крупные полости, отграниченные от остальной ткани молочной железы плотной соединительнотканной капсулой.

В зависимости от локализации различают: 1) поверхностные абсцессы молочной железы; 2) абсцессы в толще железы и 3) абсцессы, расположенные позади молочной железы (ретромаммарный мастит).

При абсцедировании со стороны молочной железы определяются следующие изменения: в самом начале абсцедирования отмечается умеренное увеличение инфильтрата, усиление болезненности при пальпации. Нередко на передней поверхности инфильтрата (при поверхностной локализации его) обнаруживается щелевидное углубление (расхождение волокон соединительной ткани). Для уточнения диагностики рекомендуется пункция (через эти углубления).

В дальнейшем инфильтрат быстро увеличивается в размерах, происходит размягчение его, появляется флюктуация. Кожа молочной железы над пораженным участком нередко гиперемирована, иногда отечна. Подмышечные лимфатические узлы обычно увеличены и болезненны.

При ретромаммарном мастите обращает на себя внимание более глубоко, чем обычно, локализованная болезненность, значительно усиливающаяся при смещении молочной железы в сторону Молочная железа приобретает округлую форму и как бы приподнимается, у основания молочной железы появляется зыбление. Для уточнения диагностики необходимо произвести пункцию.

Из поверхностных абсцессов молочной железы необходимо упомянуть о субареолярном мастите (абсцесс околососкового кружка).

Следует иметь в виду, что при лечении антибиотиками может наблюдаться стертая картина абсцедирующего мастита.

Флегмонозная форма гнойного мастита встречается сравнительно редко. Гнойно-воспалительный процесс захватывает почти всю молочную железу, образуется множество небольших гнойных очагов, причем они не сливаются вместе и не образуют больших гнойных полостей. Состояние больной тяжелое (септическое состояние), температура повышается до 40°, отмечаются повторные ознобы. Молочная железа увеличена, болезненна, кожа молочной железы становится отечной, блестящей, гиперемированной, с синюшным оттенком. При пальпации получается вдавление на коже желтоватого цвета, напоминающее лимонную корочку. Этот симптом, как указывает С. Б. Рафалькес, является одним из важнейших в клинической картине флегмонозного мастита. Часто наблюдается лимфангоит.

Отметим, что исключительно редко может встретиться и гангренозная форма мастита.

Картина крови при маститах. Со стороны красной крови значительных изменений не отмечается. Наблюдается небольшое снижение количества гемоглобина и эритроцитов. Что касается белой крови, то в начале заболевания в большинстве случаев значительных отклонений от нормы не имеется. Лейкоцитоз держится в пределах 8 500—9 500, а в некоторых случаях количество лейкоцитов остается нормальным. Отмечается небольшой сдвиг нейтрофилов влево. РОЭ ускорена до 35—45 мм в час, иногда меньше. В дальнейшем в стадии инфильтрации нередко наблюдается повышенный моноцитоз. При переходе процесса в нагноение лейкоцитоз увеличивается (до 10 000—15 000). Картина белой крови становится характерной для нагноения. РОЭ значительно ускоряется (50 мм в час и больше). Эти изменения можно считать как бы типичными.

При систематическом исследовании крови удается установить, что в ряде случаев гемограмма значительно отличается от типичной картины (наличие большого количества эозинофилов и моноцитов).

Эозинофилия и моноцитоз представляют собой преходящее явление, появляясь нередко по нескольку раз на протяжении заболевания. В единичных случаях они имеют стойкий характер.

Появление эозинофилии может указывать на наступившую сенсибилизацию организма.

Эти изменения со стороны белой крови представляют определенный интерес. Моноцитоз до известной степени характеризует состояние ретикуло-эндотелиальной системы (пролиферативную функцию ее). Поэтому наличие гипермоноцитоза при мастите может свидетельствовать о значительном раздражении ретикуло-эндотелиальной системы в процессе заболевания.

ТЕРАПИЯ ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ МАСТИТЕ

Лечение следует начинать при появлении первых признаков воспаления молочной железы. При этом условии нередко удается ликвидировать патологический процесс в начальной стадии его.

Для лечения мастита предложены многочисленные методы. Остановимся на тех из них, которые наиболее оправдали себя в условиях обычной практической работы.

В начале заболевания наилучшие результаты дает пенициллин (внутримышечно по 400 000 единиц в сутки), в сочетании с масляным (бальзамическим) согревающим компрессом на молочную железу (с мазью Вишневского или в случае необходимости с камфорным маслом). Эф-

фективным является также назначение пенициллина в сочетании с местным применением холода (пузырь со льдом). Холод назначается в течение длительного времени (до 10 дней). В большинстве случаев такое раннее лечение ведет к выздоровлению; иногда образовавшийся инфильтрат не рассасывается полностью. Если имеются остатки инфильтрата, для стимулирования рассасывания назначается переливание небольших количеств (до 50 мл) взвеси эритроцитов или консервированной крови (при переливании обязательно соблюдать интервалы в 3—4 дня). С этой же целью можно применять аутогемотерапию (небольшие дозы, интервалы в 3—4 дня) и внеочаговое облучение ультрафиолетовыми лучами (эритемные дозы).

При наличии гипермоноцитоза следует избегать переливания крови или производить его с осторожностью, чтобы не вызвать блокады ретикуло-эндотелиальной системы. В случаях эозинофилии назначают в целях десенсибилизации организма хлористый кальций, пирамидон или переливание небольших доз крови.

При переходе воспалительного процесса в нагноение показано срочное хирургическое вмешательство.

При абсцедирующей форме мастита показан метод пункции с извлечением гноя и последующим введением пенициллина. Пункции должны проводиться ежедневно; пенициллин вводится в количестве 100 000—200 000 единиц (разводится в 2—15 мл физиологического раствора в зависимости от числа и величины гнойных полостей). На месте предполагаемого прокола производится анестезия кожи 0,25% раствором новокаина (интракутанно, «лимонная корочка»); затем в намеченном направлении производится пункция абсцесса и отсасывание гноя. Для пункции следует пользоваться толстой иглой (через просвет тонкой иглы можно не получить гной, если он густой консистенции); шприц должен быть 10—20-граммовый. Пункцию рекомендуют производить несколько отступя от места флюктуации, на границе инфильтрата (во избежание самопроизвольного вскрытия абсцесса на месте прокола). Гной необходимо отсасывать до полного извлечения его, причем время от времени следует менять положение иглы в полости. При очень густом гное рекомендуется разжижить его путем введения в полость 0,25% раствора новокаина с немедленным отсасыванием введенного раствора. При наличии нескольких абсцессов нужно пунктировать каждый абсцесс отдельно, меняя иглу и шприц.

Показанием к окончанию лечения является отсутствие гнойного отделяемого при пункции, уменьшение инфильтрата, общее хорошее состояние больной. Необходимо отметить, что при введении пенициллина гнойное отделяемое вскоре сменяется гнойно-кровянистым и затем прозрачным кровянистым. При наличии прозрачной кровянистой жидкости достаточно еще 1—2 раза повторить отсасывание этой жидкости и введение пенициллина.

При обширном нагноительном процессе, при неэффективности лечения методом пункции[1] показано оперативное вмешательство.

Следует применять радиальные разрезы, а при локализации процесса в нижнем сегменте молочной железы—разрезы типа Барденгейера. Разрезы должны быть достаточной длины, чтобы можно было не только обследовать полость раны, но и вскрыть все добавочные мелкие гнойники. После операции рана дренируется в течение 4—5 дней или тампонируется по Вишневскому. Перевязки следует производить возможно реже.

[1] Если после 2—3 пункций гнойное отделяемое не исчезнет, то целесообразно применить хирургическое лечение (Ред.).

Если операция была сделана правильно, т. е. были вскрыты все гнойники, заживление наступает обычно к концу второй недели.

Один из трудных вопросов при лечении мастита — это вопрос о кормлении грудью. Вполне понятным является стремление сохранить лактацию. Однако это стремление стоит в известном противоречии с необходимостью дать покой больному органу. Вопрос решается обычно в зависимости от стадии заболевания и тяжести его. В начальной стадии заболевания (в разгар острых явлений) следует прекратить кормление на 1—2 дня. В дальнейшем рекомендуется ограничивать число кормлений больной грудью до 1—2 раз в сутки. В стадии инфильтрации в случае, если ребенок не берет грудь или не отсасывает молоко, целесообразно производить сцеживание при помощи молокоотсосов, предложенных Дятловым (сцеживание следует производить бережно, 1—2 раза в сутки).

В стадии нагноения необходим тщательный контроль (бактериологический) за качеством молока; исходя из этого следует предпочесть сцеживание.

При тяжелом течении заболевания, а также при обширном нагноении нужно прекратить кормление больной грудью.

В заключение мы считаем необходимым подчеркнуть следующее общее положение — перед советским родовспоможением поставлена ответственная и благородная задача обеспечить женщине выполнение ее высокой функции материнства без какого-либо ущерба для ее здоровья. Реализация этой задачи требует высокого качества и высокой культуры работы как каждого учреждения в целом, так и любого его работника в отдельности, требует индивидуального подхода и индивидуализации мероприятий по отношению к каждой отдельной роженице и родильнице с максимальным использованием всех профилактических и терапевтических возможностей.

ЛИТЕРАТУРА

Бартельс А. В., Юрьевский С. Г., К клинике послеродовых маститов, Акушерство и гинекология, 1950, № 1.

Бубличенко Л. И., Патология послеродового периода, Изд. Центрального института акушерства и гинекологии, Л., 1939.

Бубличенко Л. И., Послеродовая инфекция, изд. Центрального института акушерства и гинекологии, т. I, Л., 1946, т. II, Л., 1948; т. III, 1949, Медгиз, Л.

Владимирович Г. А., Хирургическое лечение пуэрперального сепсиса и его осложнений, М., 1947.

Войно-Ясенецкий В. Ф., Очерки гнойной хирургии, Медгиз, 1946.

Илькевич В. Я., Диагностика и систематика послеродовых инфекционных заболеваний, Гинекология и акушерство, 1930, 2.

Илькевич В. Я., Послеродовые заболевания, Проблемы теоретической и практической медицины, Сб. IV, Акушерство и гинекология, Биомедгиз, 1937.

Илькевич В. Я., Вопросы этиологии, диагностики, профилактики и терапии послеродовых заболеваний. Гинекология и акушерство, 1924, 3.

Овчинникова М. Д., Клиника гонорреи в послеродовом периоде, Собрание трудов Ростовского медицинского института, 1948, 8.

Овчинникова М. Д., Некоторые вопросы гонорреи в послеродовом периоде, Ростов-на-Дону, 1950.

Рафалькес С. Б., Трещины сосков и лактационные маститы, М., ЦИУ, 1951.

Сазонов С. В., Опыт динамической систематики септических заболеваний, Гинекология и акушерство, 1935, 4.

Сарыгин И. И., Лечение септических перитонитов хирургическим методом с подвесной энтеростомией, Акушерство и гинекология, 1950, 3.

ГЛАВА XIII

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Действительный член Академии медицинских наук СССР проф. *А. Ф. Тур*

I. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Практика организации обслуживания новорожденных детей и изучение их физиологии и патологии, наряду с другими разделами педиатрии и клиническими дисциплинами, должны основываться на физиологическом учении И. П. Павлова и на данных дальнейшей творческой разработки наследия великого физиолога применительно к детям этого наиболее раннего и наиболее своеобразного возраста.

У доношенных новорожденных и особенно у недоношенных отдельные органы и ткани по морфологическому строению, биохимическим и функциональным особенностям отличаются значительным своеобразием. В этом возрасте особенно отчетливо выявляется тесная взаимосвязь между функциями отдельных органов и резко сказывается влияние факторов внешней среды, окружающей ребенка. Совершенно исключительный интерес представляет изучение функции коры головного мозга новорожденных.

К сожалению, в области физиологии и патологии детей первых дней и недель жизни остается еще очень много неизученного и невыясненного; перед педиатрами-клиницистами и физиологами открывается широкое поле совместной творческой исследовательской работы.

В этой главе мы старались в возможно сжатой, почти конспективной форме изложить важнейшие сведения о физиологических особенностях новорожденных.

1. ОБЩЕЕ ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Нормальным доношенным новорожденным надо считать ребенка, закончившего нормальной длительности цикл внутриутробного развития и родившегося без каких-либо уклонений от нормы. Внутриутробный период жизни плода длится при нормальном течении беременности 270 дней, считая со дня зачатия, или 280 дней, т. е. 10 лунных месяцев, если считать с первого дня последней менструации.

Доношенный здоровый новорожденный ребенок, как правило, вполне приспособлен к внеутробному существованию, так как все органы его к моменту окончания периода внутриутробного развития уже

достигли необходимой для этого функциональной зрелости; такой плод называют «зрелым».

Понятия «доношенность» и «зрелость» не всегда совпадают, но только при их сочетании можно говорить о нормальном новорожденном как в отношении физического развития, так и функций и морфологических особенностей отдельных органов и тканей тела.

Вес новорожденного ребенка в среднем, по данным большинства авторов, равен 3 100—3 400 г для мальчиков и 3 000—3 200 г для девочек, но он может колебаться в довольно широких пределах; вес приблизительно 55% доношенных новорожденных детей составляет от 2 800 до 3 500 г, 25% — от 3 500 до 4 000 г, 15% — меньше 2 800 г и 5% новорожденных весят при рождении больше 4 000 г. Детей, весящих 4 500 и больше граммов, обычно относят к группе так называемых «гигантских» новорожденных, детей же, весящих меньше 2 800 г, практически целесообразно расценивать как недоношенных, хотя многие из них являются и вполне доношенными по возрасту, и вполне зрелыми в функциональном отношении [1].

Таблица 1

Распределение доношенных новорожденных по первоначальному весу и росту
(на основании данных наших сотрудников)

Вес в г	Число детей	% к итогу	Длина тела в см	Число детей	% к итогу
			48—48,9	2 103	9,2
			49—49,9	6 562	28,7
2 501—3 000	5 455	22,1	50—50,9	4 475	19,6
3 001—3 500	10 584	43,0	51—51,9	3 914	17,1
3 501—4 000	6 785	27,6	52—52,9	2 414	10,6
4 001—4 500	1 584	6,5	53—53,9	1 527	6,7
4 501—5 000	251	0,8	54—54,9	788	3,4
			55—55,9	533	2,3
			56—56,9	250	1,1
			57—57,9	298	1,3
	24 659	100,0		22 864	100,0

Длина тела (рост) доношенных новорожденных колеблется от 48 до 57,9 см, в среднем равняясь 50 см; рост новорожденных девочек, как правило, несколько меньше, чем мальчиков. Рост, так же как и вес, может варьировать в довольно широких пределах. Надо иметь в виду, что длина тела ребенка, устанавливаемая тотчас после рождения, иногда кажется на 1—2 см больше действительной за счет деформации черепа во время родового акта и отека мягких тканей головы. Поэтому правильнее первоначальную длину тела устанавливать лишь на 2—3-й день жизни ребенка.

На первоначальный вес и рост новорожденных влияет ряд моментов. Дети повторнородящих матерей по первоначальным размерам обычно больше детей от первой беременности; по нашим данным (Адамович и др.), вес и рост новорожденных увеличиваются до пятой

[1] По инструкции Наркомздрава СССР (1/VII 1939, № 10) при определении доношенности следует учитывать не только длину (рост) и вес плода, но и ряд других признаков; согласно этой инструкции незрелым считается плод, весящий менее 2 500 г. (Ред.).

беременности. Совершенно такая же закономерность наблюдается и в отношении новорожденных первородящих, но повторнобеременных женщин.

Индивидуальные особенности родителей — их рост, вес и возраст — также в большей или меньшей степени влияют на первоначальные размеры их новорожденных детей; у родителей более крупных и дети обычно в среднем весят несколько больше и имеют больший рост, чем дети родителей небольшого роста и веса; дети очень юных и очень пожилых родителей обычно имеют несколько меньшие размеры.

Не подлежит никакому сомнению, что питание матери в период беременности сказывается на развитии плода и на первоначальных размерах новорожденных. Это особенно отчетливо проявляется, если беременная испытывает не только количественное, но и качественное голодание, если в ее пищевом рационе отсутствуют полноценные белки, некоторые соли (железо и др.) или витамины.

Несколько меньшие размеры часто имеют близнецы, даже если они рождаются вполне доношенными.

Социальные факторы. Неблагоприятные условия труда родителей, особенно матери, могут отражаться на весе и росте новорожденных. При правильной охране труда, проводимой в нашей стране, и особенно тщательной охране труда женщин, в частности, беременных, неблагоприятное влияние производства, на котором работает мать, на внутриутробное развитие ее ребенка сводится на нет. Наши законы о труде, запрещающие допускать беременных на тяжелые производства, требующие своевременного перевода их на легкую работу, обеспечивающие пятинедельный отпуск до родов и т. д., являются одним из важнейших моментов антенатальной охраны ребенка. В наших условиях нет данных, позволяющих говорить о различии в весе и росте новорожденных детей служащих, рабочих, учащихся и т. д., о чем пишут буржуазные авторы. Нет также основания утверждать, что новорожденные дети различных национальностей значительно отличаются по первоначальному весу и росту. Если в этом отношении и обнаруживаются некоторые незначительные различия, то они прежде всего должны заставить оценить внешние факторы, влияющие на физическое развитие родителей и на организм женщины в период беременности, и во всяком случае не дают никаких оснований говорить о преимуществах или недостатках той или другой расы или народности, как это делают зарубежные авторы. Нет оснований считать, что дети с более значительным первоначальным весом (например, 3 500—3 800 г) и ростом (51—52 см) как в момент рождения, так и в дальнейшей жизни более полноценны и более одарены, чем дети с меньшим первоначальным весом и ростом (например, 2 800—3 000 г и 48—49 см). Однако надо помнить, что особенно крупные дети, так называемые «гигантские», относительно чаще подвергаются травме в родах, что нередко сказывается и на их выживаемости, и на их дальнейшем развитии.

Кроме веса и роста, для оценки физического развития новорожденного и его доношенности большое значение имеют пропорции его тела.

Высота головы при рождении приблизительно равна $^1/_4$ длины тела новорожденного; длина рук, как и ног, приблизительно равна $^3/_8$ длины тела, рост сидя — 33—34 см; длина туловища несколько больше длины конечностей; окружность головы (около 34,5 см) на 1,5—2,5 см больше окружности груди (около 33 см); ширина бедер на 2—3 см меньше ширины плеч; окружность груди приблизительно на 8 см больше полуроста.

Антропометрические показатели могут колебаться у доношенных новорожденных в довольно широких пределах, что несколько затрудняет использование их для оценки степени доношенности ребенка.

2. КОЖА, НОГТИ, ВОЛОСЫ, ПОДКОЖНОЖИРОВОЙ СЛОЙ И МУСКУЛАТУРА

Кожа новорожденных богата водой и в момент рождения представляется сочной, несколько отечной, бледной или бледновато-цианотичной; она покрыта более или менее толстым слоем творожистой смазки серовато-белого цвета — vernix caseosa, состоящей из жира и слущивающихся элементов эпидермиса. После удаления смазки кожа, ввиду хорошо развитой системы капилляров, приобретает реактивную красноту, иногда с несколько цианотичным оттенком. Это состояние, внешне несколько напоминающее воспалительное, носит название физиологического катарра кожи новорожденных — erythema neonatorum. У недоношенных детей она выражена особенно резко и держится дольше.

В сравнительно редких случаях, особенно у детей с сухой, несколько грубоватой кожей, эта краснота может совершенно отсутствовать. Максимальная эритема отмечается на 1—2-й день жизни, после чего краснота начинает постепенно ослабевать и сменяется мелким отрубевидным шелушением. Отмечаемое у некоторых детей пластинчатое шелушение кожи не связано с интенсивностью предшествовавшей эритемы, а является очень легкой степенью ихтиоза — ichthyosis sebacea.

Кожа на ощупь бархатисто-нежная, с хорошим тургором; по всей поверхности, особенно на плечах и спине, она покрыта мягким пушком — lanugo; обилие этого пушка характерно для недоношенных детей. Эпидермис тонок и нежен, роговой слой развит слабо и легко слущивается. Сравнительно часто на затылке и лбу, обычно на границе волосистой части, реже в области бровей, у новорожденных наблюдаются красные пятна неправильной формы, вызываемые местным расширением сосудов. Они имеют некоторое сродство с родимыми пятнами — naevi vasculosi, но в отличие от них почти всегда постепенно исчезают или заметно бледнеют без всякого лечения, тогда как родимые пятна обычно обнаруживают тенденцию к росту.

Кожные линии на ладонях, подошвах и пальцах выражены у новорожденных хотя и менее отчетливо, чем у более старших детей, но все же достаточно хорошо.

Ногти у новорожденных хорошо развиты и доходят до кончиков пальцев.

На коже кончика и крыльев носа, а иногда и на прилегающих участках кожи щек у новорожденных очень часто хорошо заметны желтовато-белые точки—milia, возникающие вследствие несколько избыточного отделения и скопления секрета в кожных сальных железах. Потовые железы к моменту рождения ребенка еще недоразвиты; капилляры кожных сосудов относительно широки, а капиллярная сеть хорошо выражена. Сосочковый слой кожи развит хорошо лишь на подошвах, в других же местах — слабо. Это можно сказать и об эластических волокнах.

Волосы на голове большей частью темные. Длина и густота их весьма различны; многие дети родятся с почти лысой головой, а другие с густыми, длинными волосами. Брови выражены слабо, светлы, часто едва заметны; ресницы развиты значительно лучше, а у брюнетов обычно достаточно богаты пигментом.

Подкожножировой слой, накопляющийся в последние месяцы внутриутробной жизни плода, к моменту рождения бывает достаточно хорошо выражен, но далеко не одинаково у всех доношенных новорожденных. У недоношенных детей он выражен слабо, притом тем слабее, чем более недоношен ребенок. Подкожный жир новорожденных содержит относительно больше твердых жирных кислот — пальмитиновой и стеариновой и меньше олеиновой кислоты; вследствие этого он более плотен, имеет более высокую точку плавления и легче затвердевает при охлаждении.

Мускулатура у новорожденных развита слабо. Мышечные волокна у них тонки, интерстициальная ткань развита сравнительно хорошо. Для новорожденных детей характерна значительная гипертония мышц, особенно сгибателей конечностей. Надо полагать, что сопротивление, оказываемое мышцами ребенка при пассивном сгибании и разгибании его конечностей, а также характерное для него «утробное положение» — с согнутыми руками и ногами, наклоненной кпереди головой и выраженной кривизной позвоночника — зависит от недостаточного еще развития пирамидных путей, преобладания у новорожденных экстрапирамидной и паллидарной системы и недостаточного развития стриарной системы, а также от большей возбудимости сгибательных центров раздражениями, идущими с периферии к головному мозгу.

Мышцы у новорожденных медленно сокращаются и долго не расслабляются. Хронаксия мышц и нервов колеблется в широких пределах и значительно больше, чем у взрослых. Электровозбудимость нервно-мышечного аппарата у новорожденных меньше, а механическая мышечная возбудимость больше, чем у детей более старших и у взрослых. Вызвать у новорожденных карпопедальный симптом, феномен Труссо и симптом Хвостека не удается, но у них имеется положительный «хоботковый» симптом — вытягивание губ при ударе перкуссионным молоточком по щеке, близ угла рта. Повышенная механическая мышечная возбудимость держится лишь несколько дней, а потом исчезает. Рефлекс Робинсона положительный.

3. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА

Температура тела новорожденных сразу после рождения колеблется при измерении per rectum от 37,7° до 38,2°; через 30—60 минут температура заметно снижается; через 2—3 часа, иногда несколько позже (через 4—5 часов) она достигает минимума. У здоровых доношенных новорожденных детей при условии правильного ухода за ними это снижение температуры не должно превышать 1,5—2°. Затем температура тела начинает постепенно повышаться и через 12—24 часа достигает 36—37°. Более значительное снижение температуры и замедленное ее восстановление — результат неправильного ухода за новорожденным, что особенно отрицательно сказывается на детях слабых, недоношенных или сильно травмированных родовым актом; эти дети склонны к резкому снижению температуры тела, так как процессы терморегуляции у них несовершенны или сильно нарушены. У здоровых доношенных новорожденных в течение первых часов жизни также наблюдаются нарушения со стороны регуляции теплопродукции и теплоотдачи, но к концу первых суток жизни организм новорожденного уже реагирует на понижение температуры окружающей среды повышением продукции тепла и понижением ее при повышении температуры окружающей среды. Однако механизмы регуляции теплоотдачи оказываются

еще несовершенными, и ребенок реагирует на перегревание повышением температуры тела. Недоношенные дети рождаются с крайне несовершенной терморегуляцией и оказываются почти пойкилотермными; у них весьма несовершенна химическая и почти полностью отсутствует физическая терморегуляция (Беневская). Этим и объясняется лабильность температуры тела у доношенных и особенно у недоношенных новорожденных и зависимость ее от температуры воздуха окружающей среды

4. ОБМЕН ВЕЩЕСТВ

Особенности обмена веществ у новорожденных изучены еще мало. Не подлежит никакому сомнению, что процессы метаболизма у детей этого периода жизни сильно отличаются от таковых не только у детей более старшего возраста и у взрослых, но даже и от метаболизма у грудных детей, вышедших из периода новорожденности. Ткани новорожденных детей по сравнению с тканями взрослых людей очень богаты водой (около 72%) и жирами (около 12%) и относительно бедны азотсодержащими веществами (около 12%) и зольным остатком (около 2,7%). Эти особенности еще резче выражены у недоношенных детей.

Жир тканей новорожденного сравнительно беден жидкими жирными кислотами (у новорожденного олеиновой кислоты около 45%, у взрослого — около 90%) и относительно богат твердыми кислотами — пальмитиновой и стеариновой.

Азотистый обмен в течение первых дней, повидимому, может быть отрицательным; в дальнейшем отмечается хорошее усвоение и задержка азота пищи. Количество общего и остаточного азота, а также аминоазота в крови новорожденных значительно повышено по сравнению с количеством их у грудных детей. В течение первых дней жизни резко повышено и количество азота, выделяемого с мочой. Наиболее характерным надо считать большое количество мочевой кислоты, повидимому, эндогенного происхождения; максимум выделения мочевой кислоты приходится на 3—4-й день жизни, на дни так называемого инфарктного периода. В эти дни у новорожденных наблюдается мочекислый инфаркт почек, которые выделяют инфарктную мочу. Под мочекислым инфарктом подразумевается отложение в собирательных трубочках и в ductus papillares почек солей мочевой кислоты, мочекислого аммония и натрия и щавелевокислой извести. Это отмечается на секции у 100% детей, умерших от различных причин в возрасте от 2 до 5 дней жизни. В нормальных условиях эти соли вымываются и выделяются с мочой, имеющей высокий удельный вес и интенсивный желтоватый цвет, мутнеющей при охлаждении и дающей обильный красноватый осадок при отстаивании и центрифугировании. Эта моча и называется «инфарктной». Об обилии мочекислых солей в моче говорит отложение их в виде желтоватого налета на наружных отделах мочеиспускательного канала, у мальчиков особенно часто на кончике полового члена.

Мочекислый инфаркт и инфарктная моча — явления физиологические, связанные с повышенным образованием мочевой кислоты в организме новорожденного и с пониженной способностью мочи новорожденных растворять мочекислые соли. Мочекислый инфаркт никаких последствий не оставляет и не требует лечения.

При естественном вскармливании у новорожденных выделяется со стулом около 5% азота пищи, при искусственном вскармливании — не-

сколько больше. Остальной азот кала не пищевого происхождения и слагается за счет азотистых начал пищеварительных соков, бактерийных тел и т. д.

Водный обмен в течение первых дней жизни новорожденного претерпевает существенные изменения, количество воды, необходимой ребенку, быстро нарастает и к 10—14-му дню жизни достигает 150—160 г на 1 кг веса; у детей периода новорожденности, получающих искусственные смеси, потребность в воде несколько больше. В период физиологического снижения веса характерен отрицательный водный баланс; с наступлением положительного баланса кривая веса начинает нарастать. В первые дни жизни, когда ребенок теряет различными путями воды больше, чем получает ее с пищей, происходит потеря так называемой тканевой воды, извлекаемой из различных тканей, главным образом из крови и мышц.

Perspiratio insensibilis у новорожденных сравнительно низка и в дальнейшем постепенно увеличивается; через легкие и кожу ребенок теряет на 1 кг веса тела около 34,3 г воды.

Минеральный обмен новорожденных почти не изучен; есть основания думать, что у них потребность в минеральных началах несколько повышена. Организм новорожденного особенно хорошо задерживает соли, наиболее необходимые ему для построения скелета, — P_2O_5 и CaO. Литературные сведения о выделении с мочой солей фосфора, хлоридов и других минеральных начал носят отрывочный характер и не дают полного представления об их обмене.

Основной обмен у новорожденных детей по сравнению с обменом у грудных детей очень низок и приблизительно пропорционален их весу; при расчете на 1 м² поверхности тела у доношенного новорожденного ребенка он равен 612 калориям, у недоношенного — приблизительно 400 калориям, у годовалого же ребенка — 1 100 калориям.

Специфически-динамическое действие грудного молока в течение 2-го часа после первого кормления составляет 3—6—12,9%; в возрасте от 2 до 10 дней эта величина, по данным Слуцкого, колеблется от 2,11 до 2,24% на 1 кг веса в час (около 51 калории за сутки).

Дыхательный коэфициент $\left(\frac{CO_2}{O_2}\right)$ в первый день жизни около 0,790; на 2-й день он снижается до 0,760, на 3-й день — до 0,754, а с 4-го дня начинает снова повышаться и к 8-му дню жизни достигает 0,820 (М. Я. Слуцкий). У недоношенных новорожденных дыхательный коэфициент дольше держится на низких цифрах.

Активность ферментов амилазы, липазы и каталазы в крови новорожденных детей первых дней жизни, как показали исследования Покровской и др., достаточно хорошо выражена и, можно думать, находится в некоторой зависимости от активности ферментов матери. В первые дни жизни активность указанных ферментов падает, а с конца 2-й — начала 3-й недели жизни начинает снова нарастать. У недоношенных и особенно у родившихся слабыми новорожденных детей показатели активности амилазы, липазы и каталазы в крови, а также пепсина в моче значительно ниже, чем у здоровых доношенных новорожденных. Угольная ангидраза, определяемая в периферической крови, обнаруживает низкую активность у детей периода новорожденности, особенно у недоношенных детей.

Митогенетическое излучение крови у новорожденных детей отличается наибольшим постоянством. Митогенетический эффект крови у доношенных новорожденных детей колеблется от 15 до 56%, что составляет в среднем 31%, у недоношенных он даже несколько выше, в среднем 34%, с колебаниями от 25 до 55%. Этот эффект не зависит от веса новорожденных и не изменяется при «физиологических» уклонениях от нормы. При склереме, склередеме и других заболеваниях периода новорожденности митогенетическое излучение крови понижено или даже совсем отсутствует.

5. ДЫХАНИЕ

Нос у новорожденного относительно мал, полости его недоразвиты; нижний носовой ход отсутствует, остальные же очень узки и коротки: пещеристая ткань в подслизистой оболочке развита очень слабо. Слизистая полости носа, а также и нижележащих дыхательных путей нежна и обильно снабжена кровеносными и лимфатическими сосудами. Эластическая ткань и слизистые железки выражены слабо. Хрящи носа гортани и трахеи очень мягки; придаточные полости носа почти отсутствуют.

Евстахиева труба коротка и относительно широка, расположена более горизонтально; губы фарингеального ее отверстия выражены плохо.

Барабанная полость расположена ниже orificium internum евстахиевой трубы; выстилающая барабанную полость слизистая оболочка имеет характер зародышевой соединительной ткани. Клеточная структура сосцевидного отростка выражена слабо.

Гортань и трахея несколько воронкообразной формы; гортань у мальчиков и девочек не имеет никаких различий. Бифуркация трахеи стоит высоко, на уровне III—IV грудного позвонка; бронхи узки, а легкие богаты капиллярными кровеносными сосудами, но бедны эластической тканью в окружности альвеол.

Грудная клетка имеет слегка бочкообразную форму. Ребра мягки, расположены более горизонтально, промежутки между ними узки. Сравнительно часто при дыхании отмечается легкое инспираторное втягивание нижних отделов грудной клетки.

В конце внутриутробного периода жизни у плода появляются правильные дыхательные движения. В момент рождения ребенка прекращается плацентарное кровообращение, обеспечивающее газообмен плода, и начинается легочное дыхание. Физиологическим возбудителем дыхательного центра является углекислота, но больше оснований считать, что причиной первого вдоха новорожденного является не избыток углекислоты в его крови, а недостаток в ней кислорода.

Первый вдох у большинства новорожденных появляется сразу после рождения и сопровождается первым криком. Однако в некоторых случаях, когда у ребенка несколько понижена возбудимость дыхательного центра или в момент рождения кровь его еще достаточно богата кислородом, проходит несколько секунд, а иногда и даже минут, пока появится первое дыхание. Эта кратковременная задержка дыхания носит название апноэ новорожденного.

После первого глубокого вдоха у здоровых доношенных новорожденных устанавливается более или менее правильное и довольно равномерное дыхание; на пневмограмме отмечается лишь некоторая неравномерность амплитуды вдоха и выдоха — первый значительно короче второго; иногда несколько меняется частота дыхания.

У недоношенных детей ритм дыхания часто и легко меняется, что указывает на лабильность дыхательного центра; легко возникают периодические паузы дыхания и непериодические внезапные остановки дыхания различной длительности.

Число дыханий у новорожденного около 40—60 в минуту. Объем каждого дыхательного движения около 22—23 см³.

Тип дыхания у новорожденных как у мальчиков, так и у девочек диафрагмальный, что до некоторой степени объясняется инспираторным положением у них грудной клетки.

6. КРОВООБРАЩЕНИЕ

С конца II месяца утробного периода развития плода устанавливается плацентарное кровообращение, сохраняющееся до момента рождения.

Плод получает обогащенную в плаценте кислородом кровь по пупочной вене, проходящей в пупочном канатике вместе с двумя пупочными артериями. Пройдя пупочное кольцо, пупочная вена делится и частично продолжается в виде аранциева протока (ductus venosus Arantii), впадающего в нижнюю полую вену; другая часть, распавшись на несколько веточек, идет к нижней поверхности печени, а затем сливается с воротной веной. Богатая кислородом кровь: через аранциев проток поступает в нижнюю полую вену, куда вливается и другая часть плацентарной крови, предварительно прошедшей через печень.

Таким образом, в нижней полой вене смешивается венозная кровь, приносимая от нижних конечностей, органов таза, печени и кишечника, и богатая кислородом кровь пупочной вены. Кровь нижней полой вены, в общем достаточно богатая кислородом, поступает в правое предсердие, куда по верхней полой вене поступает также и венозная кровь из верхней половины тела. Утверждение большинства прежних авторов, будто евстахиева заслонка направляет поступившую из нижней полой вены артериальную кровь через foramen ovale в левое предсердие, а венозная кровь из верхней полой вены поступает главным образом в правый желудочек, в результате новейших исследований вызывает сомнение; надо полагать, что кровь обеих полых вен смешивается в правом предсердии.

В левом предсердии кровь, поступившая туда через овальное отверстие, смешивается с кровью легочных вен.

При одновременной систоле обоих желудочков кровь из правого желудочка поступает в легочную артерию, но только незначительная часть ее проникает в нефункционирующие еще легкие и затем, как было сказано, по легочным венам возвращается в левое предсердие. Бо́льшая же часть крови правого желудочка через боталлов проток попадает в конечную часть аортальной дуги и почти целиком оказывается в aorta descendens. Кровь из левого желудочка через aorta ascendens поступает в систему больших сосудов (aa. anonyma, carotis, subclavia sinistra), питающих верхнюю половину тела, и через aorta descendens — в сосуды нижней половины тела.

В результате такого распределения крови голова и верхние конечности оказываются в лучших условиях кровообращения, чем нижняя половина тела.

Значительная часть крови нисходящей аорты в дальнейшем снова попадает в плаценту по пупочным артериям, отходящим от aa. hypogastricae.

С момента рождения ребенка плацентарное кровообращение прекращается, легкие расправляются и наполняются кровью, зародышевые кровеносные пути (аранциев и боталлов протоки, овальное отверстие и остатки пупочных сосудов) закрываются и в дальнейшем облитерируются.

У новорожденного устанавливается внеутробное кровообращение.

Полная облитерация зародышевых сосудов заканчивается к 6—8-й, а иногда даже к 9—11-й неделе; полное заращение овального отверстия наступает лишь около 5—7-го месяца жизни.

Сердце у новорожденного относительно велико; вследствие высокого стояния диафрагмы оно занимает более горизонтальное положение. Толщина стенок обоих желудочков почти одинакова. Емкость сердечных полостей около 20 мл.

Просвет артерий у новорожденных относительно шире, чем у взрослых и более старших детей; особенно широки капилляры, вены же, наоборот, сравнительно узки. У новорожденного отношение просвета вен к просвету артерий приблизительно равно 1:1, тогда как у взрослого оно равно 2:1.

Пульс 120—160 ударов в минуту; со 2—3-го дня он обычно несколько замедлен — 100—110 ударов в минуту. Пульс у новорожденных детей крайне изменчив и под влиянием плача, крика, сосания груди и т. п. легко учащается до 180—200 ударов в минуту. Во сне часто отмечается некоторая аритмичность пульса, чаще всего респираторного характера; патологического значения она не имеет.

Для новорожденных характерна эмбриокардия: на систолу приходится 54,5% всего пульсового периода, а у более старших грудных детей —62,2%.

Среднее артериальное кровяное давление около 50 мм без значительных колебаний по дням жизни. Максимальное кровяное давление у доношенных новорожденных первых суток жизни, равное 67—68 мм, к концу первой недели повышается приблизительно на 10 мм. Минимальное кровяное давление, в первые дни равное приблизительно 40 мм, к концу первой недели жизни поднимается до 42—45 мм. Пульсовое давление (разница между систолическим максимальным и диастолическим минимальным артериальным давлением) у новорожденного в первые сутки около 30—35 мм, а к концу недели —35—40 мм (А. Ф. Зеленский).

Артериальное кровяное давление, особенно максимальное, у недоношенных новорожденных детей значительно ниже, чем у доношенных; меньше у них и пульсовая амплитуда (А. Ф. Зеленский).

У детей этого возраста полный круговорот крови совершается в 12 секунд, тогда как у взрослого он происходит в 22 секунды.

Минутный объем сердца (количество крови, выбрасываемое сердцем в минуту), у новорожденных равный приблизительно 330 мл, к концу года увеличивается до 1 200 мл.

Для электрокардиограммы новорожденных характерна правограмма, преобладание правого желудочка. Зубец S в I отведении очень глубокий, R_3 высокий, большой Q_3. У доношенных новорожденных в первые сутки зубец P часто недостаточно выражен, зубец T, особенно в I и II отведении, не определяется, но к 3—4-му дню жизни уже четко выражен (А. Ф. Зеленский). Продолжительность проведения возбуждения из предсердия в желудочки ($P—Q$) и длительность систолы укорочены. Вольтаж низкий.

Сфигмограмма новорожденных отличается волнистостью, малой вышиной отдельных пульсовых волн и отсутствием вторичных подъемов на нисходящем колене кривой (монокротизм).

Толчок сердца и левая граница относительной тупости находятся на уровне четвертого межреберья, на 0,75—1,5 см кнаружи от сосковой линии, правая граница относительной тупости — по правой парастернальной линии, а верхняя — на II ребре. Границы абсолютной тупости: верхняя — III ребро, правая — левая стернальная линия, левая — по сосковой линии. Поперечник относительной сердечной тупости у новорожденного около 6—8 см. У основания сердца первый тон громче второго.

7. ПИЩЕВАРЕНИЕ

Полость рта относительно мала, альвеолярные отростки развиты слабо, свод твердого неба обычно выражен слабо, язык относительно велик, жевательные мышцы развиты хорошо. В толще щек имеются скопления более плотного жира, так называемые комочки Биша, придающие щекам ребенка известную упругость, что имеет бесспорное значение для акта сосания.

Слизистая полости рта ярко окрашена, несколько суховата, очень нежна. Вдоль средней линии на твердом небе почти всегда имеются желтовато-белые точки. Вдоль челюстных отростков тянется плотный валик.

Видимая часть слизистой губ имеет поперечную исчерченность, образующую как бы маленькие подушечки беловатого цвета.

Указанные анатомические особенности обеспечивают ребенку возможность плотно охватывать губами материнский сосок и хорошо надавливать на него челюстными отростками.

Доношенный новорожденный ребенок родится с хорошо выраженными сосательными и глотательными рефлексами.

Слюнные железы выделяют сравнительно небольшое количество слюны, которая содержит фермент птиалин и имеет pH около 7,8—6,8.

Пищевод имеет в длину 10—12 см, а в ширину 5—8 мм. Слизистая пищевода, а также и нижележащих отделов пищеварительного тракта нежна, богата сосудами и сравнительно бедна слизистыми железками, мышечными и эластическими волокнами.

Желудок располагается несколько вертикально; дно его, большая кривизна и пилорическая часть недостаточно развиты. Бокаловидных клеток мало или они почти отсутствуют; обкладочные клетки имеются в достаточном количестве.

Емкость желудка мала: анатомическая — 30—35 мл, физиологическая у новорожденного первого дня жизни — около 7 мл, в возрасте 4 дней — около 45 мл, а на 2-й неделе — около 90 мл.

Моторные и секреторные функции желудка новорожденных детей развиты вполне удовлетворительно. Желудочный сок содержит соляную кислоту, пепсин, катепсин, лабфермент и липазу, но кислотность его и активность всех ферментов значительно меньше, чем у более старших детей и взрослых.

Кишечник у новорожденных относительно длиннее, чем у взрослого; слизистая его относительно толста, имеет хорошо выраженные ворсинки, лимфатический аппарат и либеркюновы железы; бруннеровы железы развиты слабо. Миэлинизация нервных волокон не закончена. Ферментативная активность кишечного сектора почти еще не изучена; слизистая содержит эрепсин.

Кишечная стенка легко проницаема для гормонов, токсинов, иммунных тел, а в первые дни может, повидимому, пропускать и нативные белки.

Поджелудочная железа относительно богата кровеносными сосудами и сравнительно бедна паренхимой. Внешние и внутренние ее секреторные функции выражены хорошо, хотя активность ферментов, обнаруживаемых в содержимом двенадцатиперстной кишки — трипсина, амилазы, липазы и других карбогидраз — значительно слабее, чем у более старших детей.

Печень у новорожденных относительно велика, составляет около 4,4% веса тела, в то время как у взрослого — только 2,4%. Она богата сосудами и бедна соединительнотканными элементами. В печени новорожденного можно обнаружить остатки очагов кроветворения, в дальнейшем быстро исчезающие. Различные функции печени выражены не одинаково: гликогенообразовательная—хорошо, желчеобразовательная—несколько недостаточно; повидимому, недостаточно сильна и способность обезвреживать токсические начала, образующиеся в кишечнике или поступающие в организм ребенка другими путями. Желчь у новорожденного богата красящими веществами и сравнительно бедна желчными солями; таурохолевая кислота преобладает над гликохолевой.

Надо считать, что пищеварительный тракт новорожденного уже при рождении является в функциональном отношении вполне подготовленным к новым условиям питания ребенка.

В кишечнике содержится около 70—90 г мекония, первородного кала густой и вязкой консистенции, темнооливкового цвета; в первых порциях его удается обнаружить плотный комок, так называемую «мекониальную пробку». Меконий не имеет неприятного запаха, и первые порции его свободны от бактерий; образуется он за счет секретов различных отделов кишечника, слущившегося эпителия и проглоченных околоплодных вод.

Число испражнений меконием весьма различно; со 2—3-го дня фекальные массы становятся более жидкими, менее тягучими и напоминают несколько «голодный стул»; в дальнейшем у детей, получающих только молоко матери, стул постепенно приобретает свойства нормального стула грудного ребенка, что происходит, однако, большей частью не сразу — в течение нескольких дней он имеет характер диспептического («переходный катарр»). Это явление чисто физиологическое и не требует никакого лечения. При вскармливании новорожденных сцеженным пастеризованным или стерилизованным женским молоком такой «диспептический» стул может держаться дольше, тогда это физиологическое состояние легко переходит в патологическое.

С момента рождения ребенка кишечник его начинает инфицироваться per os и per rectum; уже со второй половины первого дня жизни в кишечном содержимом удается обнаружить различных бактерий: кишечную палочку, энтерококков, молочнокислых стрептококков, протея и т. д. Эта так называемая фаза нарастающей инфекции. Характер флоры и интенсивность инфицирования в значительной мере зависят от степени бактерийной загрязненности среды, окружающей ребенка, и от соблюдения основных требований гигиены вскармливания грудных детей. С появлением переходного, а потом и молочного стула бактерийная флора становится менее разнообразной; среди бактерий стула начинают преобладать B. bifidus; это — фаза трансформации, совпадающая обычно с появлением так называемых инициальных диаррей новорожденных,

У детей, получающих с первых дней жизни искусственные молочные смеси, а также вскармливаемых сцеженным стерилизованным женским молоком, кишечная флора не становится столь однообразной, нет превалирования B. bifidus; имеется большое количество кишечных палочек.

8. МОЧА И МОЧЕОТДЕЛЕНИЕ

Почки новорожденных относительно велики, морфологически имеют вполне законченное строение, хотя и сохраняют дольчатость, свойственную эмбриональному периоду. Мочеточники извилисты; мочевой пузырь располагается несколько выше, не соприкасается с прямой кишкой, а у девочек не прилегает к влагалищу; емкость мочевого пузыря около 50—80 мл. Для мочеиспускательного канала характерно слабое развитие соединительной ткани, складок и лакун слизистой оболочки; pars cavernosa у новорожденных мальчиков развита относительно слабо.

Моча при рождении ребенка содержится в мочевом пузыре в небольшом количестве; в первый день жизни возможна даже анурия, не имеющая патологического значения; в ближайшие дни количество ее колеблется в довольно широких пределах. Удельный вес мочи в первый день 1 008—1 013, затем несколько повышается, а потом устанавливается на низких цифрах (1 002—1 004), обычных для грудных детей. Реакция мочи у доношенных новорожденных, вскармливаемых грудным молоком, в первые дни резко кислая, а затем становится слабокислой. pH в первые дни равен 5,4—5,9, а к концу периода новорожденности —6,9—7,8.

Число мочеиспусканий в первые дни не превышает 4—5; с 3-го дня оно начинает увеличиваться и к концу первой — началу второй недели достигает 20—25. Эта физиологическая полиурия и поллакиурия не только отражают интенсивность водного обмена, но в значительной мере зависят от количества получаемого молока и от температуры окружающего воздуха.

В моче почти всегда имеется небольшое количество белка, главным образом характера уксуснокислых белковых тел. Эта альбуминурия — явление физиологическое («физиологическая альбуминурия») и не требует никаких вмешательств. О богатстве мочи азотистыми продуктами и о так называемой «инфарктной» моче говорилось выше.

Гликозурия — частое явление у детей, значительно травмированных при рождении; лактозурия часто наблюдается у недоношенных детей.

В осадке мочи отмечаются единичные лейкоциты, немногочисленные свежие и выщелоченные эритроциты, клетки эпителия мочевыводящих путей, единичные цилиндры и цилиндроиды; в первые дни — кристаллы мочекислых солей.

Наружные половые органы у доношенных новорожденных хорошо сформированы; у девочек большие половые губы хорошо прикрывают малые, у мальчиков яички должны быть опущены в мошонку. К физиологическим явлениям надо отнести узость наружного кожного отверстия мочеиспускательного канала у мальчиков — физиологический фимоз, и сравнительно часто наблюдаемые у них сращения внутренней поверхности крайней плоти и головки полового члена. У девочек сравнительно часто наблюдаются обильные выделения слизистой влагалища и вульвы, так называемый vulvo-vaginitis desquamativa neonatorum.

Вагинальные кровотечения, хотя и редко, но наблюдаемые у новорожденных девочек 5—6-го дня жизни в виде необильных кровянисто-слизистых или серозно-кровянистых выделений, патологического значения не имеют и зависят, надо полагать, от гормонального воздействия материнского организма.

9. КРОВЕТВОРЕНИЕ И КРОВЬ

У детей периода новорожденности кроветворение протекает в костном мозгу всех костей, в лимфатических узлах и в ретикуло-эндотелиальном аппарате, разбросанном по различным органам. К моменту рождения ребенка остатки очагов кроветворения можно обнаружить в печени и в селезенке.

Костный мозг доношенных новорожденных характеризуется большим числом миэлоцитов; у детей недоношенных миэлограмма богата миэлобластами и эритробластами.

Количество гемоглобина при рождении колеблется от 110 до 145% по Сали, число эритроцитов — от 4 500 000 до 7 000 000, число белых кровяных телец — от 10 000 до 30 000. В течение периода новорожденности снижается процент гемоглобина и число белых и красных кровяных телец и в возрасте около 2—3 недель процент гемоглобина редко превосходит 100, число эритроцитов снижается до 4 200 000—4 500 000, а число лейкоцитов — до 10 000—12 000. Для крови новорожденных характерно наличие анизоцитоза, полихроматофилии и значительного числа эритроцитов с зернисто-нитчатой субстанцией; ретикулоциты, которых при рождении имеется до 25—30%, к 5—7-му дню жизни почти или совсем исчезают из периферической крови и снова появляются около 8—9-го дня жизни. Особенно характерны сдвиги со стороны лейкоцитарной формулы: число нейтрофилов при рождении достигает 65—66% общего числа белых телец, а число лимфоцитов — 16—34%; в ближайшие дни относительное число нейтрофилов начинает падать, а лимфоцитов — возрастать, и около 5-го дня жизни происходит перекрест их кривых; к концу периода новорожденности процент нейтрофилов падает до 29—30, а лимфоцитов нарастает до 50—60. Число кровяных пластинок у новорожденных около 220 000.

Причины количественных и качественных изменений со стороны крови у новорожденных окончательно не выяснены; надо предполагать суммарное влияние ряда моментов — изменений гормональных воздействий материнского организма, условий кислородного снабжения, механических моментов, сдвигов со стороны щелочно-кислотного равновесия и т. д., происходящих в организме ребенка с переходом от внутриутробной жизни к внеутробной.

Удельный вес крови новорожденных колеблется от 1 060 до 1 080; свертываемость крови и продолжительность кровотечения у них колеблются в пределах нормы взрослого; осмотическая стойкость эритроцитов колеблется в довольно значительных пределах, так как у новорожденных детей несколько повышено число и осмотически наиболее стойких, и осмотически наименее стойких эритроцитов.

Скорость оседания эритроцитов у новорожденных около 2 мм в час (по методу Панченкова), т. е. замедлена по сравнению с нормой более старших детей (4—10 мм) и взрослых (5—8 мм).

Общее количество крови у новорожденных относительно больше — в среднем оно равно приблизительно 14,7% веса тела, тогда

как у грудного ребенка количество крови составляет около 10,9% веса тела. У новорожденного на 1 кг веса тела приходится около 150 г крови, у грудного ребенка — около 110 г.

Для новорожденных характерна физиологическая гипопротромбинемия, достигающая максимума между 2-м и 6-м днем жизни. Эта гипопротромбинемия легко выходит за пределы физиологических колебаний, что и играет существенную роль в патогенезе большинства геморрагических заболеваний новорожденных.

10. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Ни в одном периоде жизни дети по своим анатомо-физиологическим особенностям не отличаются так резко от взрослых, как в периоде новорожденности. Указанные особенности функций отдельных органов и систем органов новорожденных прежде всего объясняются особенностями центральной нервной системы как основного органа, регулирующего и координирующего все функции организма.

При рождении у ребенка еще не закончены полностью процессы формирования центральной и периферической нервной системы, что сказывается и на их функциональных особенностях.

Головной мозг у новорожденных относительно очень велик; отношение мозга к весу тела у новорожденных равно 1 : 7,5—8,5, тогда как у взрослых оно равняется 1 : 32. Гистологическое строение надо считать незаконченным: кора, пирамидные пути и полосатое тело недоразвиты, миэлинизация еще не закончена. Серое вещество мозга плохо диференцируется от белого, борозды выражены слабо.

Спинной мозг, начинающий развиваться раньше, к моменту рождения ребенка оказывается более законченным по своему строению. Спинномозговая жидкость имеется в сравнительно небольшом количестве, при пункции выделяется под очень низким давлением, прозрачна, часто окрашена в желтоватый цвет красящим веществом желчи («физиологическая ксантохромия») и нередко дает положительную реакцию Панди.

Незаконченностью строения центральной нервной системы объясняется своеобразие движений новорожденного; они атетозоподобны, медленны, червеобразны и носят массовый характер при общей ригидности мускулатуры; это зависит от доминирующего влияния таламо-паллидарной системы.

Рефлексы, имеющие свои центры в спинном мозгу, у новорожденных детей повышены, а рефлексы с центрами в головном мозгу, наоборот, ослаблены.

Кроме сосательного и глотательного рефлекса, у новорожденных наиболее постоянны следующие рефлекторные движения: хоботковый рефлекс (выпячивание губ при поколачивании щеки около угла рта), рефлекс Моро, или рефлекс охватывания (симметричные охватывающие движения ручек, слегка согнутых в локтях, при ударе по матрасику, на котором лежит ребенок, или при похлопывании по ягодицам), рефлекс Робинсона, или тонический рефлекс рук (схватывание и прочное держание предмета при прикосновении им к внутренней поверхности ладони), феномен ползания по Бауэру (отталкивание ногами от приставленной к подошве ладони при положении ребенка на животе), рефлекс Бабинского (тыльное сгибание большого пальца стопы и подошвенное остальных пальцев при раздражении кожи внутренней поверхности сто-

пы), рефлекс спинного хребта Галанта (дугообразное изгибание тела при поглаживании кожи спины по паравертебральным линиям между лопаток). Эти рефлекторные движения, постоянно наблюдаемые у новорожденных, в дальнейшем исчезают.

Из рефлексов, сохраняющихся навсегда, у новорожденных легко получить коленный, с ахиллова сухожилия, роговичный, кашлевой и некоторые другие.

Органы чувств у новорожденных анатомически и функционально достаточно развиты. Надо отметить лишь некоторые их особенности. Зрачковый и роговичный рефлексы, хотя несколько вялы, но положительны; мигательный рефлекс на приближение предмета к глазу отсутствует, но имеется защитный мигательный рефлекс на внезапное раздражение светом. Ребенок видит с первого дня, но, надо полагать, что незаконченность строения fovea centralis делает возможным в основном только светоощущение. При плаче нет слез. Относительно широкий носослезный канал предрасполагает новорожденного ребенка к конъюнктивитам (восходящая инфекция из носа).

Слух у новорожденного, вероятно, понижен, так как барабанная полость только постепенно заполняется воздухом, но на громкие звуки ребенок реагирует с первых дней жизни.

Вкус, осязание и температурное чувство выражены хорошо; обоняние и болевая чувствительность — несколько недостаточно.

На других, еще сравнительно очень мало изученных анатомо-физиологических особенностях (эндокринная система, вегетативная нервная система и т. д.) мы не будем останавливаться. Приведенных данных вполне достаточно для обоснования необходимости и целесообразности выделения первых недель жизни ребенка в отдельный период детства — период новорожденности. В течение этого короткого отрезка жизни происходят существенные перестройки функций различных органов, связанные с необходимостью приспособления организма новорожденного ребенка к новым для него условиям внеутробной жизни. Можно не сомневаться, что период приспособления протекает до некоторой степени индивидуально различно у каждого ребенка, а потому нельзя говорить о точно фиксированной возрастной дате, отделяющей период новорожденности от следующего за ним грудного периода.

Можно считать, что период новорожденности в среднем продолжается около $2^1/_2$—$3^1/_2$ недель, а у некоторых детей и дольше.

II. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПОГРАНИЧНЫЕ С ПАТОЛОГИЕЙ

В течение первых дней жизни у новорожденного ребенка отмечается ряд своеобразных явлений, которые могут рассматриваться как внешние проявления физиологического процесса приспособления ребенка к новым для него условиям внеутробного существования. При неблагоприятных условиях внешней среды эти физиологические явления приспособления легко выходят за пределы нормы и приобретают патологический характер. Не всегда легко бывает сказать, когда явление физиологическое становится патологическим.

Характерным для детей периода новорожденности надо считать снижение веса в течение первых 3—4 дней жизни. Это падение веса отмечается у громадного большинства новорожденных, почему и называется физиологической убылью веса: доношенный но-

ворожденный ребенок теряет в весе около 150—300 г, что составляет приблизительно 6—8%, максимум 9—10% его первоначального веса. С 4—5-го дня жизни кривая веса ребенка начинает снова повышаться и к 8—14-му дню жизни достигает первоначального уровня; происходит так называемое восстановление первоначального веса.

Это первоначальное снижение и последующее восстановление веса у новорожденных бывает двух основных типов.

Первый, так называемый идеальный, тип весовой кривой характеризуется восстановлением веса к 7—8-му дню жизни. Он наблюдается лишь приблизительно у 25% новорожденных, у матерей которых почти всегда с первых же дней послеродового периода имеется достаточное количество молока.

Значительно чаще (почти у 70—75% детей) отмечается кривая веса другого типа. Она характеризуется задержкой веса на минимальном уровне в течение 2—3 дней и более медленным последующим восстановлением его; вес возвращается у них к исходной величине лишь на 12—14-й день, а иногда и несколько позднее. Этот замедленный тип колебаний веса часто наблюдается у совершенно здоровых и крепких новорожденных.

Решающее влияние на снижение кривой веса оказывает питание новорожденного. Сильное падение веса и позднее восстановление его у значительного числа новорожденных являются результатом более или менее длительного недокармливания, что обычно связано с особенностями лактации у матери, с особенностями самого ребенка, а чаще всего — с дефектами его вскармливания.

Около 70—75% первоначальной убыли веса приходится на воду, теряемую главным образом через легкие и кожу, т. е. путем perspiratio insensibilis, а также с мочой и стулом. Приблизительно 10—20% общей убыли веса приходятся на мочу и меконий, образующиеся еще внутриутробно и выделяемые после рождения и, следовательно, обычно учитываемые при первом взвешивании новорожденного. Около 3—5% общей убыли веса надо отнести за счет рвот заглотанными при родах околоплодными водами, кровью и другими выделениями родовых путей матери. Еще меньше теряется за счет высыхания остатка пупочного канатика.

Размеры снижения веса в первые дни жизни ребенка и время восстановления первоначального веса, если они, конечно, не выходят за пределы нормальных колебаний, не отражаются на дальнейшем развитии новорожденного.

Около 2—3-го дня жизни, реже несколько раньше или позже, у большинства новорожденных появляется желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек и склер. Это так называемая физиологическая желтуха новорожденных (icterus neonatorum). Желтушные явления, интенсивность которых у отдельных детей весьма различна, достигнув максимума в течение 2—3 дней, начинают ослабевать и совершенно исчезают к 7—10-му дню; легкие формы проходят скорее; гораздо реже окраска держится 3—4 недели (icterus prolongatus). У недоношенных детей желтуха, как правило, выражена резче и нередко затягивается на 6—8 недель. Общее состояние ребенка не нарушается, хотя иногда он и обнаруживает некоторую вялость. Для физиологической желтухи характерно отсутствие ахолического стула и желчных пигментов в моче (отрицательная реакция Гмелина); только особенно чувствительными пробами удается доказать наличие в моче ничтожных количеств этих пигментов. В мочевом осадке почти всегда обнаруживаются

желтовато-бурые глыбки нерастворенного билирубина. Слезы и отделяемое полости носа часто окрашиваются в слегка желтоватый цвет. Содержание билирубина в крови повышено, но положительна только непрямая реакция Гийманс ван ден Берга.

Частота и интенсивность физиологической желтухи у новорожденных колеблются в зависимости от некоторых моментов; желтуха наблюдается чаще и выражена сильнее при поздней перевязке пуповины, она сильнее у первенцев, чем у детей от повторных беременностей, у мальчиков отмечается чаще, чем у девочек. Присоединение даже легкой септической инфекции усиливает и затягивает желтушные явления. Поэтому при интенсивной и продолжительной желтухе всегда следует поставить под сомнение физиологический ее характер и думать о гемолитических формах желтух, о септической или другой инфекции, о дефектах развития желчных путей и т. д.

Происхождение физиологической желтухи новорожденных до настоящего времени окончательно не выяснено. Различные теории, предложенные для объяснения причин возникновения ее, не могут считаться достаточно исчерпывающими и вполне обоснованными. На основании имеющихся данных можно считать, что гипербилирубинемия, отмечаемая у новорожденных первых дней жизни, в основном гематогенного происхождения и связана с распадом большого числа эритроцитов, которые были нужны плоду в условиях несколько недостаточного снабжения кислородом при плацентарном поступлении его и оказываются излишними при более достаточном поступлении кислорода через легкие.

Гипербилирубинемия гематогенного происхождения усиливается некоторой физиологической функциональной недостаточностью печени у новорожденных. Повышенная порозность стенки кровеносных капилляров кожи и слизистых оболочек способствует проявлению желтушных явлений.

Все это заставляет считать желтуху новорожденных явлением физиологическим, стоящим на границе с патологией.

Физиологическая желтуха новорожденных не требует никакого лечения. При затянувшихся формах, особенно если ребенок вял, а печень велика и плотна, целесообразно провести краткий курс инсулиноглюкозной терапии. Необходимо всегда помнить о других формах желтух у новорожденных и своевременно уточнять диагноз.

В течение первых дней жизни у новорожденных—и девочек, и мальчиков — отмечается физиологическое увеличение молочных (грудных) желез, достигающее максимума между 5-м и 10-м днем после рождения. Кожа над железами, достигающими величины от горошины до лесного ореха, обычно не изменена и лишь иногда слегка гиперемирована. При надавливании из молочных желез выделяется секрет, напоминающий по внешнему виду и по составу молозиво женщины в первые дни послеродового периода.

Начиная со 2—3-й недели, увеличившиеся молочные железы начинают уменьшаться и возвращаются к концу первого месяца жизни к первоначальным размерам, и только в центре соска образуется небольшое углубление, которого вначале обычно не бывает.

У недоношенных детей физиологическое припухание молочных желез выражено очень слабо.

Увеличение и секреция молочных желез у новорожденных возникают, надо думать, под влиянием тех же гормональных факторов, которые действуют и на молочные железы матери.

В некоторых случаях опухание молочных желез выходит за пределы обычного, кожа над ними краснеет, они становятся болезненными и являются причиной беспокойства ребенка. В этих случаях можно говорить о мастите новорожденных и всегда надо предполагать инфицирование желез и возможность перехода воспалительного процесса в нагноение (гнойный мастит).

Обычное физиологическое припухание желез не требует никакого лечения. Выдавливать секрет ни в коем случае нельзя. При сильном опухании желез и появлении первых признаков воспаления показана теплая повязка со стерильным маслом. При более выраженных явлениях назначают внутримышечные инъекции пенициллина, УВЧ терапию, стрептоцид; при нагноении необходимо хирургическое вмешательство.

К явлениям, пограничным с нормой, надо отнести и так называемую преходящую, или транзиторную, лихорадку новорожденных. Появляется она на 3—4-й день жизни, причем температура достигает 39—40°, мало отражаясь на самочувствии ребенка. Повышение температуры, как правило, совпадает с максимальным первоначальным снижением веса новорожденного и еще недостаточным количеством молока, получаемого от матери. При назначении ребенку воды или другого питья температура в течение 2—4 часов снижается до нормы. В патогенезе транзиторной лихорадки, кроме указанного выше несовершенства химической и физической терморегуляции, имеют значение еще два момента — сравнительно большое количество белка, получаемого ребенком с молозивом, и малое количество жидкости при недостаточной еще лактации у матери. В этом отношении транзиторная лихорадка новорожденных близка к белковой и солевой лихорадкам, легко вызываемым у детей раннего возраста.

Прогноз при транзиторной лихорадке вполне благоприятен; необходимо усилить введение per os воды, чая и других жидкостей и устранить перегревание ребенка.

III. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РОДИЛЬНОГО ДОМА И УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

Живой организм находится в тесном взаимодействии с окружающей его средой. Общеизвестно, что правильное физическое и нервно-психическое развитие детей всех возрастов возможно лишь в условиях правильной организации окружающей их среды, правильного питания, правильного режима жизни и правильного воспитания.

В момент окончания внутриутробной жизни плода, в момент рождения ребенка резко меняются условия его жизни, изменяются важнейшие жизненные функции — дыхание, кровообращение и питание; внутренняя среда ребенка приходит в самое тесное взаимодействие с новой для него внешней средой. Ребенок должен приспособиться к новым условиям существования; на успешность этого приспособления решающее влияние оказывают окружающие его условия.

Сохранение жизни каждого доношенного и недоношенного новорожденного ребенка, предупреждение наиболее частых в этом возрасте заболеваний и возможность правильного его дальнейшего развития в значительной мере определяются условиями ухода за ребенком с первых минут его жизни и, в частности, условиями вскармливания.

На правильную организацию среды, окружающей ребенка, а также на условия ухода и питания и должно быть обращено особое внимание всех работников каждого родовспомогательного учреждения.

Детское отделение родильного дома, имеющего не менее 50 кроватей, должно иметь следующие палаты: 1) комнату новорожденного при родильной палате, где проводится первый туалет ребенка и где он остается в течение 2 часов; 2) палаты для здоровых детей (физиологическое отделение); 3) палату для недоношенных и слаборожденных детей (приблизительно 10—12% общего числа детских кроватей); 4) изолятор для больных детей здоровых матерей; 5) детскую палату при сомнительном отделении родильного дома; 6) детскую ванную комнату при физиологическом отделении; 7) выписную комнату. При наличии септического отделения в родильном доме там тоже организуется детская палата.

Изолятор для больных детей и детские палаты при сомнительном и септическом отделениях должны иметь отдельные постоянные боксы или достаточное количество переносных боксов-ширм.

В небольших родильных домах обязательны: палата для здоровых детей, палата для недоношенных детей, изолятор для больных детей и палата для детей больных матерей.

При обслуживании новорожденных с момента рождения акушеры и педиатры должны уделять особое внимание перерезке пуповины, первоначальной и последующей обработке остатка пупочного канатика, профилактике бленорреи глаз, гигиене палат, одежды и кровати ребенка, вскармливанию новорожденного, профилактике, ранней диагностике, а также правильному и своевременному лечению заболеваний новорожденных. Вопросы питания и патологии новорожденных детей будут изложены в отдельных главах.

Перерезка пуповины производится после прекращения пульсации ее, через 5—6 минут после рождения ребенка. Предварительно на пуповину накладывают два пупочных зажима или ее перевязывают в двух местах стерильной тесьмой. Первый зажим или первую лигатуру накладывают приблизительно на расстоянии 15 см от пупочного кольца, а второй зажим или лигатуру — на 3—4 см кнаружи от этого места. Между зажимами или лигатурами пуповину тщательно протирают 95° спиртом и перерезают стерильными ножницами; детский конец пуповины завертывают в стерильную марлю. Ребенка заворачивают в стерильную пеленку и переносят на пеленальный стол, где и заканчивается первый туалет новорожденного.

Перед этим проводится профилактика бленорреи по Матвееву-Креде: в конъюнктивальный мешок каждого глаза вводят по одной капле 2% свежего раствора азотнокислого серебра, следя за тем, чтобы капли попали на слизистую оболочку, а не на кожу век. По инструкции Министерства здравоохранения СССР, эта профилактическая мера должна проводиться сразу после рождения ребенка, до отделения его от матери.

После этого необходимо закончить туалет остатка пупочного канатика. Под него кладут стерильную марлевую салфетку, а на расстоянии 2 см от пупочного кольца на пуповину накладывают лигатуру или пупочный зажим. Над лигатурой наружную поверхность канатика протирают ватой, взятой пинцетом и смоченной 95° спиртом, и затем перерезают его стерильными ножницами, отступя на 2—3 см кнаружи от лигатуры; поверхность разреза смазывают 10% настойкой иода. Остается небольшая культя в 4—5 см, на которую и накладывают окончательную сухую повязку. Мы пользуемся грушевидной повязкой Чистяковой, но без гипса и ваты (модификация Л. М. Бялик). Она состоит из двух квадратных марлевых салфе-

точек в 10—12 см. Первый кусочек марли накладывают непосредственно на пуповину, а второй складывают треугольником и в виде косынки завязывают узлом у самого пупочного кольца, но не захватывая кожи. До 5-го дня повязки не меняют, при случайном же загрязнении ее меняют лишь наружную салфеточку. На 5-й день врач снимает повязку, убеждается в нормальном течении процесса мумификации канатика, смазывает его иодной настойкой и вновь накладывает такую же сухую стерильную марлевую повязку. Около 5—8-го дня остаток пупочного канатика отпадает, оставшуюся ранку смазывают 1—2% раствором азотнокислого серебра и оставляют открытой. Пупочную ранку можно присыпать ксероформом, дерматолом, стерильной белой глиной, содержащей 2% сульфатиазола, и т. д. Можно с успехом оставлять пупочный канатик и без повязки, как это рекомендует проф. М. Л. Выдрин.

После туалета остатка пупочного канатика тело ребенка осторожно очищают от случайных загрязнений слизью и кровью в родовом канале матери.

Вопрос об очищении кожи ребенка от vernix caseosa не всеми клиницистами решается одинаково. Мы рекомендуем осторожно очищать кожу от загрязнений, пользуясь стерильной салфеточкой из очень мягкой ветоши, смачиваемой стерильным растительным или вазелиновым маслом или 30% водным раствором мыльного спирта. Стремиться к тщательному удалению всей смазки не следует, но не надо и оставлять ее в большом количестве в кожных складках, так как это легко вызывает раздражение кожи.

При первом туалете ребенка и при обработке остатка пупочного канатика необходим строго асептический, чисто хирургический подход к ребенку, ни в коем случае нельзя допускать даже незначительного охлаждения новорожденного.

После первого туалета кожи и наложения повязки на остаток пупочного канатика ребенка взвешивают, измеряют длину его тела, окружность головы и груди, надевают теплое белье и с грелками кладут в кроватку.

Одежда ребенка состоит из кофточки и распашонки, снабженных мягкими тесемочками, но без всяких пуговиц и застежек. Распашонка из мягкой бумажной материи и кофточка из фланели, бумазеи или мягкой байки должны быть без грубых швов и, защищая ребенка от теплопотери, не должна стеснять его движений. Наружный конец рукавов кофточки целесообразно зашивать наглухо.

Нижнюю часть тела завертывают в так называемый подгузник; это обыкновенная квадратная пеленка из очень мягкой бумажной ткани, складываемая по диагонали в виде треугольника. Ребенка кладут на подгузник так, чтобы основание треугольника приходилось в области поясницы; нижние концы подгузника проводят между ног и обертывают вокруг бедер, боковые концы обертывают вокруг туловища ребенка слева направо и справа налево. К этому добавляют еще одну полотняную и одну бумазейную пеленку, между которыми кладут небольшой кусок клеенки, защищающий наружные слои одежды и матрац от загрязнений при мочеиспускании и дефекации ребенка. Полотняной пеленкой обертывают тело, начиная от подмышечных впадин и кончая ногами ребенка. Нижний край распашонки, предварительно загнутый кверху, опускают вниз поверх пеленки, после чего завертывают ребенка в теплую пеленку, а затем в одеяло. Руки ребенка при таком пеленании оказываются свободными и остаются поверх одеяла.

Доношенных новорожденных первые 2—3 дня лучше пеленать с руками, прикрывая голову краем теплой пеленки, а недоношенных и слаборожденных детей так пеленать следует значительно дольше, несколько недель и даже месяцев, пока у них значительно не улучшится способность терморегуляции. Запеленутого ребенка кладут в кроватку, и прикрывают сверху одеяльцем.

Первый комплект белья, в которое одевают новорожденного ребенка в родовой палате, а также и пеленка, на которую его принимают, должны быть стерильными.

Кровать ребенка должна иметь сравнительно высокие ножки (около 100 см) и быть шириной около 60—65 см. Она удобна для ухаживающего персонала и дает возможность пеленать в ней ребенка, избегая пользования общим пеленальным столом. Боковые стенки кроватки должны опускаться и иметь сравнительно частые перекладины. Лучше всего железные кроватки, окрашенные светлой эмалевой краской.

В кроватку кладут плоский матрацик и тонкую подушечку, набитые конским волосом или морской травой. На матрац кладут клеенку, а затем простыню.

В родовой палате и в детской комнате при ней, а также в палатах для доношенных новорожденных температура воздуха должна быть 22°, в палатах же для недоношенных детей 24—25°. Такая температура должна поддерживаться во все время года, так как и охлаждение, и перегревание вредны для новорожденных.

В родильном доме для детского отделения должны быть выделены лучшие, светлые палаты. На каждого ребенка должно приходиться не менее 2,5 м², лучше 3—3,5 м² площади.

Палаты должны хорошо проветриваться, для чего надо пользоваться форточками, фрамугами, электрическими вентиляторами и т. д.

Детские палаты должны быть круглосуточно обеспечены холодной и горячей водой. Особое внимание следует обращать на поддержание чистоты в детских палатах, на правильную влажную уборку, на борьбу с мухами и т. д.

Обстановка палаты должна быть максимально проста и вместе с тем все, до мелочей включительно, должно быть тщательно продумано, чтобы можно было максимально рационализировать работу персонала, а следовательно, и обслуживание новорожденных. Кроме кроваток, здесь должны быть: один-два шкафчика для хранения суточного запаса белья для данного поста, шкафик с перевязочным материалом и наиболее необходимыми медикаментами, письменный стол для записей врача и сестры и специальный стол для осмотров детей врачом.

Ванночка должна находиться в специально отведенной для этого комнате, а при отсутствии таковой — здесь же, в палате.

Наиболее существенные моменты профилактики заболеваний новорожденных — правильная организация и правильное проведение повседневного ухода за ребенком, исключающие возможность его охлаждения, перегревания и случайного инфицирования, а также правильное вскармливание.

Об уходе за остатком пупочного канатика и пупочной ранкой было сказано выше. Из других моментов надо обращать особенное внимание на гигиену кожи. После каждого мочеиспускания ребенка надо тщательно обтереть, а после действия кишечника обмыть теплой водой, смазать кожные складки стерильным маслом (подсолнечное, персиковое или вазелиновое) или присыпать тонким порошком (тальк и др.).

При каждом пеленании ребенка надо очень внимательно контролировать состояние кожных складок на шее, в пахах, подмышечных впадинах и т. д.

Лицо ребенка, ушные раковины и глаза необходимо ежедневно обмывать ватным тампоном, смоченным теплой кипяченой водой или 2—3% раствором борной кислоты; для промывания глаз можно применять слабый раствор (1 : 8 000) марганцовокислого калия. Слизистую полости рта здорового ребенка ни в коем случае обтирать не следует.

До отпадения остатка пупочного канатика ежедневных туалетных ванн применять не следует; их заменяют ежедневные обмывания всего тела ребенка теплой водой, но без смачивания повязки остатка пупочного канатика. После отпадения последнего и заживления пупочной ранки ванны делают ежедневно, первое время по возможности из кипяченой воды; температура ванны 36,5—37,5°.

При необходимости назначить лечебную ванну новорожденному с неотпавшей пуповиной надо пользоваться кипяченой водой и во время купанья не снимать повязку. После ванны остаток пуповины необходимо тщательно обсушить спиртом, смазать настойкой иода и затем опять наложить стерильную повязку. Совершенно так же спиртом и иодом обрабатывают и еще незажившую пупочную ранку.

В родильных учреждениях «документация» новорожденных должна быть исключительно четкой, исключающей возможность случайного спутывания детей. В момент рождения ребенка, еще до перерезки пуповины, акушерка сообщает матери пол ребенка. На обе ручки новорожденного надевают браслетки из материи или клеенки, на которых написана фамилия матери, номер истории родов матери, число, месяц, год, пол ребенка и номер его кроватки. Перед тем как положить ребенка первый раз в его кроватку, после того как сделан первый туалет и он одет и завернут в одеяло, ему вешают на шею на марлевом бинте «медальон», сделанный из кусочка материи, на котором имеются те же данные, что и на браслетах. Вместо такого медальона можно приколоть к одеялу или привязать вокруг туловища ребенка, поверх одеяла, металлический номер, соответствующий номеру детской кровати.

В истории родов матери и в истории развития ребенка обязательно фиксируют год, месяц, число, час и минуту рождения ребенка, пол ребенка, его вес и основные размеры, номер детской кровати. В историю развития новорожденного заносят историю родов матери, ее фамилию, имя, отчество, возраст и социальное положение. Сюда же надо вносить и основные особенности акта родов.

Осмотрев ребенка, врач тотчас заносит в историю его развития все данные, отмеченные при осмотре новорожденного и полученные от дежурной сестры. Наряду с этим, в отделении новорожденных необходимо иметь аккуратно и своевременно заполняемую книгу поступления и выбытия детей, копии сведений отчетного характера, представляемых в установленные сроки органам здравоохранения, протоколы анатомо-клинических конференций, заключения контрольной комиссии и т. д.

Отделение новорожденных должно иметь самую тесную связь с детской консультацией; в обменную карту, представляемую матерью в детскую консультацию после выписки из родильного дома, заносятся все основные сведения о ребенке, об особенностях его развития за период пребывания в детской палате родильного дома, отмеченные у него врожденные дефекты развития, перенесенные заболевания, даты вакцинации против туберкулеза и т. д. При выписке новорожденных желательно присутствие врача консультации, участвующего в осмотре ребен-

ка и непосредственно принимающего его от врача детской комнаты родильного дома.

Детская консультация немедленно сообщает родильному дому о всех заболеваниях выписанных новорожденных, которые могут быть связаны с дефектами работы родильного дома или отделения новорожденных (сепсис, заболевания пупочного канатика и пупочной ранки, бленоррея и т. д.).

В детском отделении родильного дома надо хорошо поставить санитарно-просветительную работу с матерями, обращая особое внимание на вопросы питания детей, ухода за ними и воспитания, профилактики различных заболеваний и т. д. По этим же вопросам надо развернуть выставку в приемной при справочном отделении, куда приходят родные за справками о матери и ребенке, передают письма и т. д.

Само собой понятно, что врачи детских отделений должны систематически повышать квалификацию и проводить такую же работу с сестрами и нянями своего отделения.

IV. ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

1. ЕСТЕСТВЕННОЕ (ГРУДНОЕ) ВСКАРМЛИВАНИЕ

Правильное вскармливание новорожденного ребенка с первого дня жизни является одним из основных факторов, обеспечивающих правильное его развитие.

Только вскармливание грудью матери может быть названо естественным, физиологическим питанием новорожденного. Только оно максимально обеспечивает полноценное развитие ребенка и открывает наибольшие возможности дальнейшего снижения ранней заболеваемости и смертности детей.

Громадное большинство женщин может вскармливать грудью своих детей, особенно в течение первых недель и месяцев их жизни. В первое время после родов молочная железа отделяет так называемое молозиво, отличающееся от зрелого молока своими морфологическими, физико-химическими и другими биологическими особенностями (табл 2).

Таблица 2

Состав молозива и молока у женщины
(в среднем по разным авторам)

Характер секрета	Удельный вес	Калории	Состав секрета в %					
			белок	альбумин	жиры	сахар	зола	вода
Молозиво . .	1050—1060	150—110	5,8	5,8	4,08	4,09	0,48	84,0
Переходное молоко		70—63	2,04		2,89	5,75	0,34	
Зрелое молоко	1026—1036	70	1,13	0,9	3,35	7,28	0,18	88,0

В первые часы послеродового периода, особенно у первородящих женщин, количество молозива, отделяемое молочными железами, очень мало. На 3—4-й день молочные железы сразу увеличиваются в объеме, делаются упругими, секреция становится вполне достаточной, а иногда даже и избыточной; происходит, как часто говорят, «прилив молока».

Ко 2—3-му дню лактационного периода состав молозива заметно изменяется, и оно начинает довольно быстро приближаться по своему составу к зрелому молоку; со 2—3-го дня можно говорить о мо-

лозивном, или раннем, молоке, с 4—5-го дня — о переходном и со 2—3-й недели — о зрелом молоке.

Молозиво — густая, несколько клейкая жидкость, желтоватого цвета и сравнительно высокого удельного веса; оно богато альбуминами, витаминами, легко свертывается при кипячении. По микроскопической картине отличается от зрелого молока неравномерностью молочных шариков и наличием так называемых молозивных телец — лейкоцитов в стадии жирового перерождения.

Вопрос о времени первого прикладывания новорожденного ребенка к груди матери не всеми клиницистами решается одинаково; в то время как одни и до настоящего времени требуют в течение суток не кормить ребенка, другие полагают, что его надо начинать кормить по возможности тотчас после рождения. Этот вопрос заслуживает дальнейшего изучения; наиболее существенной причиной физиологической убыли веса новорожденного является его недоедание в течение первых дней жизни. Надо решить, насколько это начальное голодание является действительно целесообразным, можно ли его считать физиологичным.

Прикладывание ребенка к груди матери только через сутки после рождения, на наш взгляд, надо считать для большинства новорожденных безусловно нецелесообразным; здоровые доношенные новорожденные обычно не выдерживают спокойно суточного воздержания от пищи и проявляют свой голод упорным криком и беспокойством, что, конечно, связано с большим расходом энергии. Дети, прикладываемые впервые к груди лишь через сутки после рождения, как правило, сильно теряют в весе и позже его восстанавливают.

Однако прикладывание ребенка к груди тотчас после рождения в большинстве случаев бесполезно, а в некоторых отношениях и нецелесообразно. В течение первых 6—8 часов жизни ребенок находится в сонливом состоянии и не обнаруживает никаких признаков голода. В эти часы у детей нередко бывает рвота проглоченными околоплодными водами и отделяемым родовых путей матери. Мать, утомленная родами, также требует более или менее длительного отдыха, да и молочные железы ее в течение первых часов почти или даже совсем не содержат молозива.

Поэтому мы считаем наиболее целесообразным первое прикладывание новорожденного к груди матери через 12 часов после рождения. От этого общего правила возможны и даже необходимы отклонения как в одну, так и в другую сторону. Детей недоношенных, детей, проявляющих большое беспокойство, а также при выраженной недостаточности лактационной способности матери, следует прикладывать к груди раньше — через 6—8—10 часов после рождения.

В дальнейшем, после первого кормления, наиболее целесообразным надо считать семикратное кормление, т. е. через каждые 3 часа с ночным перерывом на 6 часов. Многие дети легко привыкают к шести кормлениям, т. е. через каждые $3^1/_2$ часа. Пятикратное кормление для громадного большинства новорожденных надо считать нецелесообразным.

Более частые кормления, т. е. через $2—2^1/_2$ часа и даже чаще, можно назначать только при специальных показаниях, как недоношенность, общая слабость, срыгивание и т. д.

При прикладывании ребенка к груди необходимо соблюдать следующие основные правила:

1. Перед каждым кормлением мать должна со щеткой и мылом тщательно вымыть руки.

2. Сцедить рукой несколько капель молока, чтобы удалить случайное загрязнение выводных молочных ходов.

3. В течение первых 3—4 дней мать кормит ребенка в лежачем положении; в следующие дни она переходит к кормлению ребенка в сидячем положении. Надо обращать внимание на то, чтобы мать принимала удобное для нее положение.

4. Ребенок должен при сосании захватывать в рот не только сосок, но и околососковый кружок. Надо следить, чтобы при кормлении дыхание ребенка носом не было затруднено.

5. По окончании кормления надо тщательно обсушить сосок стерильной салфеточкой.

При каждом кормлении новорожденного прикладывают только к одной груди. Если ребенок насытился, а в груди остается молоко, то его необходимо сцедить рукой или молокоотсосом. Полное освобождение груди от молока — необходимое условие для правильного и достаточного функционирования ее.

Первое время, пока у матери не установилась еще достаточная лактация, можно прикладывать ребенка к обеим грудям, если ему нехватает молока при полном опорожнении только одной груди. При этом, однако, надо при следующем кормлении прикладывать ребенка сперва к той груди, которой было закончено предыдущее кормление.

Если молока у матери достаточно, но ребенок еще не приспособился к сосанию и высасывает мало, то не надо затягивать кормление грудью долее 20—30 минут, так как это лишь утомляет ребенка и вызывает мацерацию соска; не надо прикладывать его в этих случаях и ко второй груди, а следует сцедить оставшееся в груди молоко и докормить им ребенка с ложечки.

Продолжительность каждого кормления новорожденного в первые дни обычно приходится затягивать до 20—30 минут; в дальнейшем, когда секреция молока усиливается, а ребенок начинает хорошо сосать, длительность каждого кормления почти всегда удается сократить до 15—20 минут.

Количество молока, необходимое новорожденному при каждом кормлении и на сутки, колеблется в довольно широких индивидуальных пределах.

Практически в течение первых 8—9 дней жизни ребенка ориентировочно можно пользоваться следующим простым расчетом: при каждом кормлении ребенок должен получить количество граммов молока, равное 10, умноженному на число дней жизни ребенка, т. е. например, ребенок второго дня жизни должен при каждом кормлении высасывать около 20 г, пятого дня жизни — около 50 г и т. д.

Суточное количество молока, необходимое ребенку этого возраста, легко рассчитать по формуле:

$$X = (10 \times n) \times 7,$$

где X — количество молока, необходимое ребенку на сутки, а n — день жизни ребенка.

К 9—10-му дню жизни ребенок в сутки должен получать количество грудного молока, приблизительно равное $^1/_5$—$^1/_6$ веса его тела, что обеспечивает ему около 120—140 калорий на 1 кг веса.

Хорошее самочувствие ребенка, спокойный сон, активное сосание и правильная весовая кривая лучше всего свидетельствуют о достаточном для

данного ребенка количестве молока, получаемого из груди матери. Во всех сомнительных случаях вопрос о достаточности или недостаточности молока, получаемого новорожденным, разрешается повторными контрольными взвешиваниями до и после кормления.

С первых дней жизни ребенку целесообразно давать ежедневно 30—50 мл воды или чая; в жаркое и сухое время года это количество необходимо бывает довести до 100—120 мл.

В течение периода новорожденности нередко возникает ряд затруднений при вскармливании ребенка грудью. Эти трудности могут исходить как со стороны матери, так и со стороны ребенка.

Затруднения со стороны матери. Неправильная форма и величина сосков (соски инфантильные, малые, втянутые, расщепленные и т. д.) — одно из сравнительно частых затруднений при вскармливании ребенка грудью.

Такие соски желательно несколько оттягивать еще в период беременности; после рождения ребенка они сами становятся более выпуклыми, и дети в большинстве случаев скоро и легко приспособляются к ним. Ребенка при каждом кормлении надо регулярно прикладывать к обеим грудям. Если акт сосания ребенку не удается, необходимо испробовать кормление через специальные накладки. Необходимо в этих случаях всегда контролировать количество высасываемого ребенком молока, и если ребенок недоедает, — вводить докорм.

Ссадины и трещины сосков — наиболее частые и нередко весьма серьезные затруднения при вскармливании грудью.

Основное внимание должно быть обращено на профилактику, так как ссадины и трещины обычно возникают при несоблюдении указанных выше основных правил техники прикладывания ребенка к груди и при недостаточном уходе за грудью. Своевременное и правильное лечение небольших ссадин предупреждает появление более глубоких трещин. При возникновении глубоких трещин надо максимально сократить число кормлений, попытаться приучить ребенка сосать через накладку, остающееся в груди молоко сцеживать и, если надо, докармливать им ребенка; иногда приходится временно перестать прикладывать ребенка к больной груди, но ни в коем случае нельзя допускать застоя молока в молочной железе.

Мастит может возникнуть как осложнение трещин и ссадин. Правильная техника кормления ребенка грудью и своевременное, правильное лечение трещин являются основными моментами профилактики мастита. На больную грудь рекомендуется класть холод (мешок со льдом), высоко ее подбинтовывать, можно попытаться остановить воспалительный процесс физиотерапевтическими процедурами и ранним назначением инъекций пенициллина; надо добиваться возможно полного освобождения железы от молока.

Галакторрея — самопроизвольное истечение молока из груди в промежутках между кормлениями (тяжелая форма) или лишь во время кормления из одной груди, когда ребенок сосет другую (легкая форма). Галакторрея не является признаком хорошей секреции молока, наоборот, дети этих матерей обычно недоедают.

Лечение не дает заметного эффекта; надо обратить внимание на общеукрепляющие назначения; следует испробовать водные процедуры, ультрафиолетовое облучение, общий и местный массаж, легкую гимнастику и т. д.

Упругая грудь, наблюдаемая у молодых женщин с хорошей секрецией молока, может затруднять акт сосания, что легко устраняется сцеживанием некоторого количества молока перед каждым кормлением.

Гипогалактия — недостаточная секреция молока. В первые дни и недели послеродового периода приходится иметь дело с ранней формой гипогалактии. Прежде всего необходимо устранить все факторы, отрицательно влияющие на секрецию молока: неправильную технику прикладывания ребенка к груди, неправильное питание матери, переутомление ее и т. д. Если в основе гипогалактии лежит неполноценное развитие молочных желез, надо прикладывать ребенка к обеим грудям при каждом кормлении и тщательно сцеживать остатки молока; можно испробовать ультрафиолетовое облучение, протеинотерапию, применять препараты гипофиза, витамин Е и т. д. Если все это не дает эффекта, надо начать докармливать ребенка сцеженным молоком другой женщины или искусственными смесями, но не отнимать его от груди, а продолжать регулярно прикладывать.

Неполноценный состав молока матери (мало жира, углеводов, витаминов и т. д.) надо компенсировать назначением докорма; о неполноценности молока женщины можно говорить, лишь когда у нее лактация окончательно установится и при условии правильного собирания молока для анализа.

Истерия кормящей матери может быть причиной некоторых, иногда, правда, лишь кажущихся, затруднений при вскармливании ребенка грудью. Выявляется она весьма различно, но чаще всего мать жалуется на сильные боли в груди при кормлении, хотя объективное исследование не обнаруживает ни трещин, ни воспалительных явлений; иногда кормящая без всяких оснований выражает страх, что она не сможет сама кормить ребенка, что это гибельно отразится на его здоровье, он заболеет и т. д. (невроз страха матерей). Авторитетный успокаивающий совет врача — лучший метод психотерапии таких состояний.

Последнюю группу препятствий составляют острые и хронические заболевания матери.

Ребенка нельзя прикладывать к груди матери и надо прекратить у нее лактацию при активных формах туберкулеза, при заражении матери сифилисом за 5—6 недель до родов, при тяжелых формах нефритов и сахарного диабета, при декомпенсации сердечной деятельности, при острых эндокардитах, миокардитах и перикардитах, при выраженных формах базедовой болезни, при тяжелых заболеваниях крови и кроветворного аппарата, при злокачественных опухолях, при душевных расстройствах и других тяжелых и длительных заболеваниях. Отлучать ребенка от груди обычно приходится и при тяжелых формах острых инфекций (брюшной тиф, паратифы, дизентерия, оспа, менингиты и т. д.).

Ребенка можно продолжать кормить молоком матери при легких формах паразитарных тифов, ветряной оспе, кори, скарлатине; при последних заболеваниях лучше ввести ребенку 5—10 мл сыворотки соответствующего реконвалесцента или противокоревую сыворотку или гемоглобулин; при дифтерии надо внутримышечно ввести ребенку противодифтерийную сыворотку (2 000—3 000 антитоксических единиц); при ангинах, гриппе, воспалении легких ребенка можно кормить, но его следует оберегать от инфицирования во время кормления и удалять от матери между кормлениями. При коклюше у матери ребенка лучше отделить и кормить сцеженным ее молоком. Конечно, и при этих забо-

леваниях, если состояние матери оказывается тяжелым, приходится временно, а иногда и совсем прекратить кормление грудью.

Из наиболее частых затруднений со стороны ребенка при вскармливании грудью надо назвать:

1. Плохое сосание ребенка (недоношенные и слаборожденные «ленивые сосуны», новорожденные дети, травмированные в родах, и т. д.) — систематически приучать ребенка к сосанию груди; докармливать сырым сцеженным у матери молоком. Слабых недоношенных детей к груди не прикладывать. При мозговых кровоизлияниях — кормить с ложечки в течение первых 5—7 дней.

2. Врожденные дефекты со стороны полости рта и носа (расщелины губы и неба, прогнатизм, короткая уздечка) — прикладывать ребенка к груди, если молоко не попадает при сосании в трахею; при аспирировании же молока давать его из бутылочки, с ложки или через зонд. Короткую уздечку не подрезать.

3. Врожденные зубы удалить, если они сильно травмируют грудь матери.

4. Насморк, афты, молочница, воспаление среднего уха надо устранить, проводя правильное лечение (см. соответствующие заболевания); до выздоровления, пока сосание болезненно, кормить ребенка сырым сцеженным молоком матери.

5. Срыгивание, поносы, запоры — см. соответствующие заболевания.

6. Идиосинкразия к женскому молоку исключительно редка, если она вообще наблюдается. Приходится отнять ребенка от груди, если попытки денсенсибилизации ребенка внутримышечными инъекциями молока матери не дают эффекта.

7. Тяжелые гнойные кожные процессы, особенно на лице ребенка (пемфигус, эксфолиативный дерматит и др.), — временно не прикладывать к груди, но кормить сцеженным сырым молоком матери.

2. ВСКАРМЛИВАНИЕ СЦЕЖЕННЫМ ЖЕНСКИМ МОЛОКОМ

Если новорожденного по тем или иным причинам не удается прикладывать к груди матери, надо кормить его сцеженным молоком матери или другой женщины.

Если между моментом сцеживания молока и кормлением им ребенка проходит всего лишь несколько минут, то молоко не теряет своих ценных биологических свойств, а случайно попавшие в него при сцеживании бактерии еще не успевают размножиться. Кормление ребенка таким молоком можно считать почти равноценным естественному вскармливанию.

Правильное вскармливание сцеженным сырым женским молоком детей, не прикладываемых к материнской груди, должно быть налажено в каждом родильном доме. Это легко осуществимо, но необходимо обеспечить крайнюю аккуратность, почти асептичность сбора молока. Молоко можно сцеживать из груди непосредственно руками, которые предварительно следует тщательно вымыть щеткой и мылом, или же стерильным молокоотсосом. Сцеживаемое молоко надо собирать в стерильные бутылочки или другую стерильную посуду. Грудь женщины, у которой сцеживается молоко, должна быть обработана так же, как и при прикладывании ребенка.

Молоко, которое не может быть дано тотчас же после сцеживания ребенку, необходимо подвергнуть пастеризации при 63—65° в течение 30 минут, после чего оно должно быть охлаждено и поставлено на ледник. Перед кормлением молоко надо подогреть. Кормление пастеризованным женским молоком ни в коем случае не может расцениваться как равноценное естественному вскармливанию, хотя ему следует отдавать предпочтение перед искусственными молочными смесями.

3. СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

При недостаточном количестве молока у матери и при невозможности докармливать ребенка сцеженным молоком другой женщины иногда уже в период новорожденности приходится перевести ребенка на смешанное вскармливание. Сравнительно часто приходится рано давать докорм новорожденным, получающим только сцеженное пастеризованное женское молоко, так как многие из них при этом плохо прибавляют в весе. В течение первых 3—4 дней жизни лучше не докармливать новорожденного молочными смесями, а ограничиться добавлением 5% раствора сахара в воде, или чае, и только в том случае, если это явно не удовлетворяет ребенка, приходится добавлять и смеси.

С переходом на смешанное вскармливание надо еще точнее соблюдать правильные промежутки между отдельными кормлениями. Число кормлений остается то же, как и при кормлении грудью.

При смешанном кормлении надо максимально использовать все молоко, имеющееся у матери. При каждом кормлении прикладывают ребенка сначала поочередно к обеим грудям, но с таким расчетом, чтобы эта часть кормления продолжалась не более 30 минут. Если в груди матери осталось молоко, его необходимо сцедить рукой или молокоотсосом и дать ребенку с ложечки или из бутылочки. Недостающее после этого ребенку количество молока добавляется за счет молочной смеси.

Наиболее подходящими для докорма новорожденных надо считать смесь № 2 (половинное молоко с 5% сахара), смесь Сперанского и смеси Бидерта № 1 и № 2. Докармливание новорожденных первых 10—14 дней жизни более концентрированными смесями (смесь № 3, цельное молоко, кефир, масло-мучные смеси и т. д.) в большинстве случаев излишне и часто вызывает у них диспептические явления.

Если ребенок, получая достаточное количество женского молока, не прибавляет в весе, целесообразно назначать плазмон, начиная с 1—2 г в день и постепенно доводя до 4—6 г.

Если количество даваемого докорма очень мало или докорм вводится временно, ребенка лучше не приучать к бутылочке, так как дети, привыкшие к резиновой соске, часто перестают брать грудь. В этих случаях докорм лучше давать с ложечки.

4. ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Искусственное вскармливание новорожденного с первых дней его жизни — задача очень нелегкая для врача и для матери и обычно довольно рискованная для ребенка.

Искусственное вскармливание, как правило, не должно иметь места в отделении новорожденных детей. Переходить на него можно только в исключительных случаях, когда не удается наладить смешанное вскармливание.

Для искусственного вскармливания новорожденных наиболее подходят смеси Сперанского (15% сливок десятипроцентной жирности, 35% молока, 5% сахарного сиропа и 45% воды), Бидерта № 1 (1 часть сливок, 3 части воды и 5% сахара) и № 2 (1 часть сливок, 3 части воды, полчасти молока и 5% сахара), простая и подкефиренная смесь № 2 и пахтанье.

При искусственном вскармливании тоже наиболее целесообразным остается семи- или шестикратное кормление, но в этих случаях желательно возможно раньше переходить на 6, а потом и на 5 кормлений.

Количество даваемой ребенку смеси надо увеличивать очень постепенно, начиная с 5—10 мл на кормление в первые сутки и ежедневно увеличивая его на 10—15 мл; к 12—14-му дню жизни суточный объем пищи должен достичь 600—700 мл (100—110 калорий).

V. НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК

Недоношенным называют ребенка, родившегося до окончания нормального срока внутриутробного развития (270—280 дней).

Недоношенный ребенок, как плод, развитый вполне нормально для внутриутробного существования, для внеутробной жизни, начавшейся преждевременно, оказывается не вполне созревшим по своим размерам и по функциональным возможностям всех своих тканей и органов. Это делает его относительно слабым, что и проявляется общей слабостью, несовершенством терморегуляции, наклонностью к расстройствам дыхания, пониженной выносливостью к пище и недостаточной сопротивляемостью к воздействиям различных факторов окружающей среды.

Это справедливо в отношении недоношенных новорожденных, внутриутробное развитие которых протекало вполне нормально.

Иначе обстоит дело, если факторы, вызвавшие преждевременные роды, в большей или меньшей мере нарушили внутриутробное развитие плода. Такой ребенок, родившийся раньше срока, оказывается не только относительно слабым для внеутробной жизни, но неполноценным и как плод данного внутриутробного возраста.

Если отрицательный фактор, нарушивший внутриутробное развитие плода, не вызвал преждевременного окончания беременности и ребенок родился в срок, то хотя он является доношенным, но не может считаться вполне зрелым и в большей или меньшей степени проявляет признаки жизненной слабости. Таким образом, понятия «доношенность» и «зрелость» ребенка не являются вполне равнозначащими.

Степень недоношенности следует устанавливать на основании данных акушерского анамнеза и акушерского исследования; это удается далеко не всегда, и утробный возраст недоношенного ребенка в большинстве случаев приходится устанавливать на основании его роста и веса при рождении, что, конечно, нельзя считать достаточно точным, так как первоначальные размеры детей одинакового утробного возраста могут колебаться в довольно широких пределах.

Длина тела новорожденного является более постоянной величиной, чем первоначальный вес. Ориентировочно для определения внутриутробного возраста плода на основании длины тела можно пользоваться следующей простой схемой: до 5 месяцев внутриутробного развития рост равняется числу месяцев утробного развития, возведенному в квадрат; начиная с 6 месяцев — числу месяцев беременности, умноженному на 5. Например, эмбрион трехмесячного утробного возраста имеет

длину тела, равную 9 см, плод 8 месяцев внутриутробной жизни — 40 см (5 × 8), и т. д.

В повседневной практической работе для оценки внутриутробного возраста недоношенного ребенка надо учитывать рост, вес, ряд клинических объективных признаков, характеризующих зрелость плода, и данные акушерского анамнеза и акушерского исследования.

Инструкция Министерства здравоохранения СССР в целях единообразия отчетности предлагает считать, что новорожденные с длиной тела меньше 45 см являются недоношенными, а с длиной тела больше 47 см — доношенными. Определение зрелости (незрелости) новорожденных, имеющих рост в пределах от 45 до 47 см (включительно), решается в каждом отдельном случае на основании особо тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода. Заключение о зрелости (или незрелости) плода согласуется педиатром и акушером родильного дома и заносится в историю развития новорожденного и в историю родов.

К объективным признакам, характеризующим недоношенность ребенка, кроме веса и длины тела, надо отнести и пропорции тела. Весоростовой показатель ($\frac{\text{вес}}{\text{длина}}$) у зрелого новорожденного равен 60—80, у недоношенного ребенка — 30—50, а при весе меньше 1 000 г падает до 25. Высота головы у недоношенных детей относительно больше, чем у доношенных и колеблется от $^1/_4$ до $^1/_3$ роста. Середина длины тела у недоношенных новорожденных приходится выше пупка, тогда как у доношенного ребенка она приблизительно совпадает с ним. Подкожно-жировой слой у недоношенных детей развит слабо, тургор кожи и подкожной клетчатки плохой; физиологическая эритема и физиологическая желтуха выражены резко и склонны затягиваться; кожа покрыта обильным пушком (lanugo), на кончике и крыльях носа — обильные milia, ушные раковины очень мягки, ногти недостаточно развиты, яички у мальчиков не опущены в мошонку, у девочек зияет половая щель. Кости черепа обычно достаточно плотны, но легко подвижны и нередко находят одна на другую; малый родничок почти всегда открыт.

Наряду с этими признаками, легко обнаруживаемыми уже при осмотре ребенка, надо отметить общую вялость и сонливость недоношенных детей, недостаточную их способность к терморегуляции, склонность к мозговым кровоизлияниям и расстройствам дыхания. У многих недоношенных детей отсутствует сосательный, а у наиболее незрелых — и глотательный рефлекс. Со стороны крови—выраженная гипопротромбинемия.

Судьба недоношенного ребенка после рождения в значительной мере определяется условиями питания и ухода за ним с самого момента рождения. На эти стороны и надо обращать основное внимание с первых же минут внеутробной жизни ребенка.

Новорожденный недоношенный ребенок сразу же после первого туалета, проводимого в условиях, исключающих возможность его охлаждения (грелки, электроотражательная лампа, нагреваемый туалетный стол и т. д.), должен быть помещен в кувез или окружен грелками, чтобы предупредить возможность даже кратковременного охлаждения, крайне гибельного для недоношенных детей.

Если ребенок оказался охлажденным, его необходимо немедленно согреть, лучше всего поместить на 15—20 минут в ванну из кипяченой воды, постепенно повышая ее температуру от 36—37° до 39—40°.

Для дальнейшего выращивания недоношенных детей в условиях постоянной температуры предложены многочисленные кувезы с автома-

тической регуляцией в них температуры, влажности и т. д. Можно пользоваться и более простыми ванночками Креде, представляющими собой обыкновенную ванну с пустым пространством между двойными довольно высокими стенками: в это пространство и подливается по мере надобности вода температуры около 60°. В более усовершенствованных моделях такая ванночка-кувез подогревается электричеством, а имеющийся терморегулятор автоматически регулирует температуру на желательном уровне.

На дно такого кувеза кладется матрацик, на котором и лежит недоношенный ребенок, тепло, но достаточно свободно завернутый в пеленки и одеяльце. Термометр, положенный рядом с ребенком, должен показывать 30—32°, что обеспечивает под одеялом температуру около 30—33°; наиболее целесообразная температура для каждого ребенка, конечно, определяется в зависимости от его индивидуальных особенностей.

Недоношенные дети, как уже было сказано, крайне легко охлаждаются, но ребенка не надо и перегревать, что также нельзя считать для него безразличным. Если ребенок начинает проявлять беспокойство, кожа краснеет, появляется пот и повышается температура («кувезная лихорадка»), необходимо снизить температуру в кувезе.

Температуру в палате недоношенных новорожденных следует равномерно поддерживать на уровне 22—25°; палата должна быть обеспечена притоком свежего воздуха (приточная вентиляция, электрический вентилятор, фрамуга и т. д.).

Палата должна быть светлой; целесообразно устанавливать ультрафиолетовые отражательные лампы.

В первое время недоношенных детей не купают; их нельзя сразу выносить и на улицу, но это возможно и необходимо, как только у ребенка устанавливается терморегуляция.

Для предупреждения расстройств дыхания (приступы цианоза) и ателектазов легких целесообразно периодически вызывать крик ребенка раздражением кожи, менять положение ребенка и т. д. Необходимо чаще, особенно перед кормлением и после него, после пеленания и т. д., давать недоношенному ребенку дышать кислородом, назначать лобелин (0,1—0,2 мл 1% раствора), по 0,1—0,15 мл цититона, кофеина, кардиазола и других сердечных.

Дальнейшая судьба недоношенного ребенка, как уже было сказано, в значительной мере зависит от правильности вскармливания его в течение периода новорожденности.

Число кормлений новорожденного недоношенного ребенка, необходимое ему количество молока, способ введения его и т. д. необходимо в каждом отдельном случае варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, его веса, степени его недоношенности и его функциональной зрелости.

Непременным условием успешного вскармливания недоношенных детей является назначение им в течение первых недель жизни только сырого женского, лучше всего материнского молока.

Первое кормление детям весом до 2 кг в громадном большинстве случаев целесообразно назначать через 6—8 часов после рождения, а детям более крупным — через 10—12 часов. По нашим наблюдениям, желательно придерживаться следующей схемы вскармливания недоно-

шенных детей в течение первой недели жизни: при первоначальном весе до 1 000 г—11—16 кормлений за сутки, при весе от 1 000 до 1 500 г — 10—14 кормлений, при весе 1 500—2 000 г — 8—11 кормлений и при весе 2 000—2 500 г — 8—7 кормлений за сутки.

Всегда надо выяснять индивидуальную выносливость ребенка к пище и в первые дни лучше кормить ребенка чаще, но давая ему меньшее количество молока. Если ребенок активно высасывает даваемое ему количество молока, не устает при этом и не срыгивает после еды, целесообразно переходить на более редкие кормления.

Детей весом больше 1 500 г можно пытаться прикладывать к груди если и не при каждом кормлении, то во всяком случае несколько раз в течение суток. Акт самостоятельного сосания груди благоприятно сказывается и на общем развитии ребенка, и на лактации матери.

Ребенка не следует оставлять у груди дольше 20—30 минут; при малейших признаках утомления (вялость сосания, цианоз, плохое глотание) кормление грудью надо немедленно прекратить и недополученное ребенком количество молока (контроль взвешиванием) добавить с ложечки или из пипетки.

Детей весом меньше 1 500 г к груди, как правило, прикладывать не надо; их кормят из бутылочки через резиновую соску, с ложечки или через зонд, в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка.

Детей наиболее слабых независимо от их первоначального веса, если они вяло сосут и плохо глотают, что связано у них с отсутствием сосательного и глотательного рефлексов, надо кормить через зонд. В качестве зонда применяется мягкий нелатоновский катетер № 10—11; вводят его через рот.

Опыт показывает, что детей весом до 1 000—1 200 г лучше всего кормить только через зонд; при этом число кормлений можно сократить до 6—7, а объем каждого кормления почти удвоить. Детей весом от 1 200 до 1 500 г обычно удается вскармливать, комбинируя кормление через зонд и из бутылочки.

Слабым недоношенным детям до и после каждого кормления следует давать дышать кислородом в течение 1—2 минут.

Количество молока, необходимое новорожденным недоношенным детям в течение первых дней и недель жизни, колеблется в довольно широких пределах. В среднем в течение первых двух дней жизни необходимо назначать ребенку по 40—60 кал/кг; меньшие количества приходится давать наиболее слабым и маловесным детям. К 7—8-му дню жизни количество калорий желательно повысить до 80—90—100, а к 3—4 неделям жизни — до 130—140.

Если у ребенка возникают диспептические явления, срыгивание, если он отказывается от назначенного ему количества молока, необходимо уменьшить объем каждого кормления. В тех случаях, когда недоношенный ребенок получает необходимое ему количество молока, а вес его не нарастает, надо прибавить 0,5—1,0—2,0 плазмона в день или 1—2 чайных ложки пахтанья.

Формулы, предложенные различными авторами для вычисления количества пищи, необходимой недоношенным детям, дают очень приблизительные указания, и потому останавливаться на них мы не будем.

Нецелесообразно добиваться очень больших прибавок веса у недоношенных детей в первые 2—4 недели жизни. Надо стремиться, чтобы ребенок вполне приспособился к условиям внеутробной жизни и питания, чтобы он был активен при кормлении, спокоен между приемами пищи, чтобы у него сохранялась хорошая окраска кожи, был нормальный стул и

не было обильного срыгивания. При этих условиях прибавку в весе за первый месяц жизни в 300—400 г, как правило, надо считать вполне достаточной.

Искусственное вскармливание значительно недоношенных детей с первых дней их жизни в большинстве случаев обречено на неудачу. Даже в самых небольших родильных домах легко обеспечить наиболее маловесных и слабых недоношенных детей женским молоком даже в тех случаях, когда мать ребенка по тем или другим причинам не может сама кормить.

Смешанное вскармливание недоношенных новорожденных значительно легче, но все-таки довольно трудно, особенно если приходится докармливать значительно недоношенного ребенка с первых дней его жизни. Для докорма приходится пользоваться пахтаньем, смесью Сперанского, смесью Бидерта или простыми молочными смесями.

Наряду с правильным уходом и правильным вскармливанием новорожденных недоношенных детей, мы придаем большое значение своевременно и систематически проводимым внутривенным и внутримышечным трансфузиям крови, раннему проведению противорахитической профилактики, своевременному распознаванию и энергичному лечению случайных заболеваний.

Дети с первоначальным весом 2 000 и больше граммов, если они не обнаруживают признаков жизненной слабости, в большинстве случаев могут быть выписаны из детского отделения под наблюдение консультации, но не раньше 12—14-го дня жизни; детей с меньшим весом следует задерживать в отделении новорожденных на 3—4, а иногда и больше недель.

О выписке недоношенного новорожденного под наблюдение консультации родильный дом обязан заблаговременно предупредить главного врача последней, чтобы немедленно было обеспечено систематическое профилактическое наблюдение за ребенком.

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Все основные заболевания и патологические состояния у новорожденных детей можно разделить на три группы: 1) заболевания, возникшие внутриутробно (врожденные заболевания, дефекты развития); 2) патологические состояния, связанные с актом родов (родовые травмы); 3) заболевания, возникшие в период внеутробной жизни.

Такое распределение заболеваний новорожденных по времени их возникновения имеет чисто практическое значение, так как позволяет наиболее целесообразно диференцировать профилактические и лечебные мероприятия.

Однако надо помнить, что многие патологические процессы, возникшие внутриутробно, выявляются и развиваются внеутробно и не всегда возможно точно установить время возникновения их (врожденная пневмония, гипотиреоз и т. д.). Родовая травма также часто бывает лишь моментом, благоприятствующим возникновению и развитию того или другого приобретенного патологического процесса у новорожденных детей. Поэтому, излагая лишь важнейшие и наиболее частые заболевания отдельных органов и систем органов у новорожденных детей, мы будем подчеркивать их этиологию и патогенез, определяющие особенности профилактики и лечения этих уклонений от нормы.

Самые различные патогенные факторы, воздействуя первоначально лишь на тот или другой орган новорожденного ребенка, неизбежно вы-

зывают у него не только местную, но и общую реакцию, сказывающуюся нарушением функции многих, а иногда и всех его органов; в клинической картине развившегося при этом патологического состояния явления со стороны первоначально поврежденного органа нередко отступают на задний план, не оказывая иногда никакого влияния на течение и исход заболевания.

Врач, лечащий заболевшего новорожденного, никогда не должен забывать об этом и свои терапевтические воздействия должен направлять на восстановление не местных нарушений, а регуляторных механизмов целостного организма больного, используя для этого не только те или другие терапевтические воздействия, понимаемые в узком смысле слова, но и правильную организацию всей среды, окружающей ребенка, условий ухода за ним и особенно условий вскармливания.

А. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ

1. Наружные покровы

Телеангиэктазии, naevi vasculares, истинные ангиомы и пигментные родимые пятна принадлежат к наиболее часто наблюдаемым врожденным дефектам наружных покровов, в большинстве случаев являясь лишь косметическим дефектом, они не требуют никакого лечения, но истинные ангиомы часто обнаруживают тенденцию к быстрому росту и потому должны быть возможно раньше удалены; мелкие ангиомы можно легко устранить прижиганием ледяной уксусной кислотой, а более крупные требуют хирургического вмешательства или лечения радием.

Врожденные дефекты (аплазия) кожи и подкожной клетчатки (aplasia cutis et subcutis congenita) встречаются гораздо реже; наблюдаются они чаще на волосистой части головы, реже на других местах головы, на конечностях или туловище.

Обычно округлая форма врожденных дефектов кожи, отсутствие воспалительных явлений вокруг них, нормальные роды и оценка всех моментов ухода за ребенком позволяют легко поставить правильный диагноз и диференцировать врожденные дефекты от механических и термических повреждений, случайно нанесенных новорожденному во время родов или после рождения.

Сравнительно редко приходится наблюдать у новорожденных гиперкератозы: ichthyosis congenita, или hyperkeratosis universalis congenita— тяжелая форма, резко выраженная в момент рождения; в большинстве случаев дети рождаются мертвыми или умирают в первые дни; ichthyosis congenita larvata, hyperkeratosis neonatorum benigna, легкая форма, сравнительно мало отражающаяся на общем состоянии ребенка.

Эти формы врожденного ихтиоза надо отличать от ichthyosis sebacea. Вместо нежной бархатистой кожи у ребенка сухая, грубая, как бы легко надламывающаяся кожа, большей частью несколько буроватого цвета. Это, надо думать, не гиперкератоз, а своеобразная форма себорреи, проходящая бесследно под влиянием теплых мыльных ванн и индиферентных мазей.

При гиперкератозах показаны мыльные ванны с последующим смазыванием кожи 2—5% салициловым вазелином или 5% серной мазью.

Врожденные общие или местные отеки наблюдаются при эритробластозах и на почве дефектов развития кровеносных, чаще

лимфатических сосудов (врожденная слоновость, лимфатический отек конечностей).

Гораздо большее практическое значение имеют приобретенные заболевания кожи.

Малейшие дефекты ухода за кожей легко вызывают у новорожденных появление опрелостей (intertrigo); в легких случаях (первая степень) имеется лишь умеренное покраснение кожи без видимых нарушений ее целости; в случаях средней тяжести (вторая степень) — более яркая краснота с видимыми эрозиями и, наконец, при сильных опрелостях (третья степень) многочисленные эрозии сливаются и образуются мокнущие, резко гиперемированные поверхности. Чаще всего поражаются ягодицы, область наружных половых органов, паховые, подмышечные и шейные кожные складки.

Опрелости легко становятся входными воротами для различных гноеродных микробов, вызывающих местные гнойные процессы и общие заболевания новорожденных.

Профилактика, конечно, имеет наибольшее значение; тщательный уход за кожей, особенно за местами, легко раздражаемыми мочой и калом, и правильное питание новорожденного — основные моменты профилактики. Перегревание ребенка и применение слишком большой клеенки при пеленании способствуют возникновению опрелостей. Правильное и немедленное лечение самых начальных покраснений кожи предупреждает появление более тяжелых форм опрелостей.

Лечение опрелостей требует немедленного устранения всех дефектов ухода за ребенком и его вскармливания. При пеленании надо временно не пользоваться клеенкой, а подкладывать под ребенка для защиты одеяла и матраца в несколько раз сложенную пеленку.

Покрасневшие участки кожи смазывают стерильным миндальным, подсолнечным или персиковым маслом или припудривают стерильным тальком, цинком или белой глиной. При необильных эрозиях хороший эффект дают болтушки (Talci veneti, Zinci oxydati āā 20,0; Sulfathyasoli 0,5; Glycerini 10,0; Aquae Plumbi ad 100,0). При обильных эрозиях и значительном мокнутии назначают смазывание отдельных эрозий 3—5% раствором ляписа, а на мокнущие поверхности накладывают влажные примочки с буровской жидкостью (3—5%), с 0,5% раствором резорцина, с 0,25% раствором азотнокислого серебра и т. д.

Опрелости особенно хорошо поддаются лечению открытым методом, т. е. когда пораженная часть тела остается открытой, но ребенок при этом ни в коем случае не должен охлаждаться, что обеспечивается достаточно высокой температурой воздуха в палате, обогреванием обнаженной части лучами электрической отражательной лампы или помещением ребенка в палатку, обогреваемую электрическими лампочками.

По клинической картине и по этиологии к опрелостям близка erythema gluteale — резкое покраснение кожи в области ягодиц и половых органов с образованием на этом эритематозном фоне везикул, папул и эрозий.

У новорожденных очень легко возникают отеки; эти приобретенные отечные состояния легко диференцировать от упомянутых выше отеков внутриутробной этиологии.

Небольшая отечность наружных половых органов часто наблюдается даже у вполне здоровых детей первых дней жизни. От нее надо отличать хронический идиопатический отек половых органов, появляющийся у детей в возрасте 1—3 недель и постепенно исчезающий даже без лечения к 5—6-му месяцу жизни.

Отек распространяется на половые органы, нижнюю часть живота и верхнюю часть бедер; для него характерна резкая граница в виде горизонтальной линии на середине расстояния между пупком и симфизом. Этиология не ясна, но так как допускается наличие легкой пупочной инфекции, то целесообразно провести курс пенициллинотерапии.

Склередема (scleroedema) — отек, сопровождающийся заметным уплотнением кожи и подкожной клетчатки; наблюдается главным образом у недоношенных и дебильных детей. Продолжительное и значительное охлаждение ребенка — основная причина появления этого своеобразного отека; в патогенезе его, повидимому, играют роль физико-химические особенности подкожного жира и повышенная проницаемость стенок капилляров.

Склерема, или жировая склерема (sclerema adiposum), несколько напоминает склередему; наблюдается реже, главным образом у слабых и больных недоношенных детей. Пораженные участки кожи уплотнены, холодны, бледны или цианотичны; кожу не удается собрать в складку, так как она напряжена; надавливание пальцев не оставляет углубления. Патогенез окончательно не установлен, но бесспорное значение имеет охлаждение, потеря воды, особенности химического состава жира и другие особенности тканей новорожденного.

Профилактика склередемы и склеремы сводится к предупреждению охлаждения и случайных инфицирований ребенка и к правильному вскармливанию грудью матери.

Лечение. Необходимо тщательное согревание ребенка (кувез, грелки, горячая ванна), энергичное лечение выявившихся патологических процессов, внутривенные трансфузии крови (по 25—30 мл ежедневно или через день) и назначение сердечных внутрь. Можно испробовать назначение внутримышечных инъекций тироксина по 0,0001—0,0003 (в зависимости от веса ребенка) 2 раза в день, в течение нескольких дней.

Нежная и легко ранимая кожа новорожденных при неправильном обслуживании их часто подвергается случайным инфицированиям стрептококками, стафилококками и другими гноеродными микробами. Вызываемые ими различные клинические формы поражения кожи можно объединить общим названием пиодермии (везикуло-пустулезы, гнойные фолликулиты, фурункулы, абсцессы и т. д.). Эти очаговые и сравнительно поверхностные гнойные процессы могут вторично вызывать обширные флегмоны.

Особого упоминания заслуживает одна из разновидностей буллезных эпидермальных пиодермий — пемфигус (pemphigus neonatorum contagiosus). Дело идет обычно о стафиломикозе кожи, реже о стрептококковой инфекции; инфицируется ребенок чаще всего руками обслуживающего персонала.

Начиная с 3—8-го дня жизни, высыпают пузырьки величиной до чечевицы и больше, с мутным серозным содержимым; такой однокамерный интраэпителиально расположенный пузырь вскоре лопается и остается несколько мокнущая поверхность.

При доброкачественной форме пузырей немного, они не достигают больших размеров, самочувствие ребенка не нарушено, вес нарастает, температура остается в пределах нормы. Заболевание тянется 2—3 недели и обычно заканчивается полным выздоровлением.

При злокачественной форме число пузырей велико; они достигают больших размеров, нередко сливаются; на местах вскрывшихся пузырей остаются большие мокнущие поверхности, лишенные эпидер-

миса. Самочувствие ребенка резко нарушается, температура повышается, вес снижается, часто развивается состояние атрепсии; нередко развивается сепсис.

Наиболее тяжелая форма пемфигуса известна под названием эксфолиативного дерматита (dermatitis exfoliativa Ritteri). Заболевание начинается появлением трещин и слущиванием эпидермиса вокруг рта; затем серозное пропитывание кожи и эпидермолиз быстро распространяются на туловище и конечности. Заболевание часто заканчивается смертью.

Пемфигус надо диференцировать от сифилитического пемфигуса (пузыри локализуются на ладонях и подошвах, налицо имеются и другие признаки врожденного сифилиса) и от epidermolysis bullosa hereditaria (заболевание наследственно; пузыри и отслойка эпидермиса появляются под влиянием механических раздражений, общее состояние мало или совсем не нарушено).

Все внимание должно быть обращено на профилактику инфицирования кожи, что достигается строго асептическим уходом за новорожденными. Больного ребенка надо немедленно изолировать, по возможности в отдельную палату или бокс; во всяком случае надо организовать строго индивидуальный уход за ним. Надо помнить, что различные формы пиодермии, особенно пемфигус, проникнув в палату новорожденных, нередко поражают многих детей, если персонал, обслуживающий их, не знает, каким путем передается инфекция, или недостаточно дисциплинирован, так как инфекция передается через руки, белье и другие предметы.

Лечение даже самых легких гнойных кожных процессов должно быть возможно ранним и энергичным. Каждый гнойный фокус смазывают спиртовым раствором грамицидина (0,04%), стрептоцида (1—2%), марганцовокислого калия (2%), колларгола (10%); обнаженные поверхности corium присыпают дезинфицирующими присыпками; ближайшие участки здоровой кожи смазывают спиртовыми растворами стрептоцида или грамицидина. Обязательно одновременно назначать пенициллин внутримышечно (10 000—50 000 единиц на 1 кг веса) или внутрь (двойная доза); пенициллин надо вводить 6—8 раз за сутки. Сульфонамидные препараты внутрь (0,2 на 1 кг веса), трансфузии крови, грудное вскармливание, тщательный уход.

При эксфолиативном дерматите надо оставить ребенка без всяких повязок и даже без пеленок, поместив в палатку, обогреваемую электрическими лампочками; ванны с марганцовокислым калием или из дубовой коры, смазывание кожи стерильным миндальным, персиковым или подсолнечным маслом с 1—2% стрептоцидом, сульфатиазолом и т. д. Мокнущие места смазывать раствором азотнокислого серебра (1—2%).

Иногда приходится наблюдать у новорожденных рожу (erysipelas). Диагноз бывает затруднителен вследствие отсутствия резкой границы между пораженными и здоровыми участками кожи, так как краснота не всегда бывает достаточно интенсивной, а пограничный валик часто отсутствует. Нередко, особенно при локализации рожи на голове, краснота маскируется значительной отечностью.

Профилактика и лечение в основном совпадают с таковыми при разобранных выше гнойных процессах. Хороший эффект дает ультрафиолетовое облучение (эритематозная доза). Обращать внимание на уход, питание (кормить свежим сцеженным молоком матери) и симптоматическое лечение.

2. Остаток пупочного канатика и пупочная ранка

Из дефектов развития пупка чаще других приходится видеть кожный пупок (кожа живота заходит на пуповину), являющийся лишь косметическим дефектом. Лечения не требует.

Значительно реже встречается амниотический пупок — переход амниотической оболочки на стенку живота. Необходимо тщательно оберегать поверхность, лишенную кожи, от случайного инфицирования и способствовать эпидермизации назначением защищающих повязок с дерматолом, ксероформом, стерильной белой глиной и т. д.

Грыжа пупочного канатика требует срочного оперативного вмешательства, тогда как пупочная грыжа, выявляющаяся после отпадения пуповины и заживления пупочной ранки, как правило, не представляет никакой опасности (ущемления крайне редки) и никогда не оперируется у новорожденных.

Инфицирование остатка пупочного канатика и пупочной ранки — не только наиболее частая причина нарушения нормальной мумификации канатика и заживления ранки после его отпадения, но и сравнительно частая причина общего заражения новорожденного (сепсис).

Различают следующие основные формы: гангрена остатка пупочного канатика (sphacelus) — пупочный канатик мокнет, покрыт грязноватым налетом, издает гнилостный запах; мокнущий пупок (omphalitis catarrhalis) — мокнет пупочная ранка; бленоррея пупка (blenorrhea umbilici) — отделяемое пупочной ранки приобретает гнойный характер; язва пупка (ulcus umbilici) — изъязвление дна пупочной ранки; fungus umbilici — разрастание грануляционной ткани на дне ранки, напоминающее грибкообразное выпячивание. При переходе воспалительного процесса на окружающие пупок ткани могут возникать: гнойнички в окружности пупка (pemphigus periumbilicalis), омфалит (omphalitis) — кожа, окружающая пупок, краснеет, сильно инфильтрирована, отечна, покрыта радиально направленными синими (расширенные вены) и красными (лимфангоит) полосами; вся пупочная область заметно выпячивается; если воспалительный процесс не удается приостановить, то возникает флегмона или гангрена пупка (gangraena umbilici).

Даже при самых легких формах воспаления в области пупка всегда надо быть осторожным с предсказанием и проводить энергичное лечение. Чем дольше затягивается процесс, чем сильнее и глубже проникает воспаление, тем легче переход воспаления на брюшину и тем больше опасность разлитого перитонита и сепсиса.

Основное внимание должно быть направлено на профилактику заболеваний пупочного канатика и пупочной ранки. В хорошо поставленном отделении новорожденных не должно быть серьезных заболеваний пупка, что достигается строго асептическим подходом к новорожденному вообще и правильным, строго асептичным уходом за остатком пуповины и пупочной ранкой.

Даже при незначительных воспалительных явлениях остаток пупочного канатика и пупочную ранку тщательно обрабатывают несколько раз в течение дня раствором пенициллина, грамицидина или перекисью водорода; нельзя допускать скопления и задержки гноя в складках пупочной ранки; омертвевшие части необходимо удалить, а оставшуюся ранку прижечь термокаутером, ляписом, смазать иодом. Так же поступают с разрастаниями грануляций. При омфалите и гангрене пупка показано срочное хирургическое вмешательство.

При всех, даже сравнительно легких, воспалительных процессах в области пупка нельзя ограничиваться только местным лечением, а следует проводить курс пенициллинотерапии (от 10 000 до 50 000 единиц на 1 кг веса), поднимать общую сопротивляемость ребенка (трансфузии крови), обращать внимание на тщательный уход и правильное питание. Ограничиваться местным лечением можно только при легких формах мокнущего пупка и при фунгусе.

Если мокнущий пупок упорно не поддается правильной терапии, необходимо исключить врожденные дефекты; свищ (ductus omphalo-mesenterici) и незаращение мочевого протока (urachus persistens), требующие хирургического лечения.

При дифтерии пупочной ранки (при наличии налетов всегда нужно проводить бактериологическое исследование!) вводят противодифтерийную сыворотку (2 000—5 000 единиц), а на пупочную ранку накладывают примочку с этой же сывороткой.

Еще опаснее воспалительные поражения пупочных сосудов и их влагалищ: артериит и периартериит (arteriitis и periarteriitis umbilicalis), перифлебит и флебит (phlebitis и periphlebitis umbilicalis), тромбофлебит и тромбоартериит (thrombophlebitis и thromboarteriitis umbilicalis). Воспалительные явления в области пупка при этом могут иногда совершенно отсутствовать; воспаленные сосуды прощупываются в виде плотных тяжей, тянущихся от пупка; из сосудов может выделяться гной. Температура высокая, общее состояние заметно нарушается.

Воспалительный процесс легко переходит на брюшину; по вене инфекция проникает в печень, вызывая диффузный гепатит или множественные абсцессы, часто — сепсис.

Эти тяжелые осложнения могут быть предупреждены только ранним и энергичным лечением. Необходимо энергичное лечение пенициллином; нагноившиеся сосуды и все гнойные карманы надо широко вскрыть. Трансфузии крови и гемотерапия. Правильное вскармливание грудью матери и тщательный уход.

Наконец, к осложнениям со стороны сосудов остатка пупочного канатика и пупочной ранки надо отнести кровотечения, возникающие при плохо наложенной лигатуре на пуповину, при нарушении нормальной облитерации сосудов, при наличии кровоточащих грануляций, при сепсисе и при врожденном сифилисе.

Течение и исход кровотечения зависят от интенсивности его и от причины, вызвавшей кровотечение.

Лечение. Тщательная перевязка остатка пупочного канатика, прижигание пупочной ранки термокаутером и обкалывание пупочных сосудов.

В более легких случаях достаточно наложить повязку с адреналином. Внутривенное переливание крови и сыворотки. Витамин К. Лечение основного заболевания.

3. Скелет

Врожденные дефекты развития скелета у новорожденных весьма разнообразны. Приходится видеть полное или частичное отсутствие одной или нескольких конечностей, избыточное (polydactylia) или недостаточное (oligodactylia) число пальцев, сращение пальцев (syndactylia), pes

equinus, pes calcaneus, плоскую стопу, дефекты положения кисти, врожденные сколиозы и кифозы, воронкообразную грудь, анкилозы различных суставов и т. д. Наибольшее практическое значение имеет врожденная косолапость (pes varus congenitus) и врожденные вывихи тазобедренных суставов (luxatio coxae congenita).

Вопрос о происхождении врожденной косолапости до настоящего времени окончательно не решен. Повидимому, этиологические моменты ее могут быть различными; нарушение эмбрионального развития, механические моменты вследствие неправильного положения плода или высокого внутриматочного давления, дефекты со стороны центральной нервной системы, дефекты окостенения в результате аномалий сосудов и т. д.

Всегда необходима ранняя консультация с ортопедом. Редрессирующую гимнастику, массаж и бинтование следует начинать рано, не позже 3—4-й недели жизни, а в возрасте 7—8 месяцев или несколько позже показано наложение гипсовой повязки.

В отличие от легко диагносцируемой врожденной косолапости, диагноз врожденного вывиха бедра у новорожденного представляет несомненные трудности; этот дефект чаще всего диагносцируется в конце первого — в начале второго года жизни, когда ребенок начинает ходить. Асимметрия кожных складок в области бедер при выпрямленных и сведенных ногах, симптом соскальзывания или вправления и вывихивания головки при движении бедра всегда должны вызывать предположение о вывихе тазобедренного сустава.

Ранний диагноз обеспечивает возможность раннего хирургического лечения, что и приводит к возможно лучшим результатам.

Сравнительно часто встречаются врожденные дефекты черепа: мягкий череп, ограниченные дефекты черепа (ложные роднички) и др. Предсказание в большинстве случаев благоприятное, если нет других дефектов развития, особенно spina bifida; на месте дефектов могут возникнуть мозговые грыжи.

При этих аномалиях показано раннее назначение кальция и витамина D.

Из зародышевых заболеваний скелета уже в период новорожденности легко диагносцируется хондродистрофия (chondrodystrophia foetalis, micromelia), врожденная короткость верхних и нижних конечностей в результате нарушения эпифизарного окостенения и врожденная ломкость костей (osteogenesis imperfecta или osteopsathyrosis foetalis), этиология и патогенез которой окончательно не установлены.

В основу лечения надо положить тщательный уход и правильное вскармливание.

Необходимо искать новые пути эффективной терапии; можно испробовать рентгеновское облучение межуточного мозга, назначение эндокринных препаратов.

Из других внутриутробно возникающих заболеваний костей надо упомянуть сифилитический остеохондрит и периостит (osteochondritis и periostitis luetica), дающие типичную картину на рентгенограмме, что имеет большое значение для раннего распознавания скрытых форм врожденного сифилиса.

О гнойных поражениях суставов и остеомиэлитах будет упомянуто в главе о сепсисе.

4. Центральная нервная система

К аномалиям развития центральной нервной системы надо отнести большее или меньшее недоразвитие всего головного мозга (microcephalia), а также недоразвитие корковых или подкорковых центров. Редко наблюдается полное отсутствие обоих полушарий мозга (anencephalia).

Клиническая картина варьирует в зависимости от локализации и степени недоразвития. Чаще всего преобладают явления спастического паралича (paralysis cerebralis infantum congenita) в форме гемиплегии или диплегии, известной под названием болезни Литтля (morbus Little, или diplegia spastica infantilis). При дефектах развития экстрапирамидных путей, особенно при дисплазии полосатого тела, развивается картина атетоза (athetosis).

Лечение при всех указанных формах общеукрепляющее, физиотерапия и правильно диференцированная педагогика, но лечение проводить приходится, конечно, не в период новорожденности, а в более поздние сроки.

Врожденная головная водянка (hydrocephalus congenitus) развивается, надо думать, в результате внутриутробно перенесенного менингита или мененго-энцефалита.

Врожденная водянка проявляется увеличением черепа, общей вялостью, слабым сосанием, гипертонией и судорогами. Впрочем, эти симптомы далеко не всегда бывают налицо; может отсутствовать даже увеличение размеров головы, если водянка развивается у детей с недоразвитием мозга, при анэнцефалии, микроцефалии.

Лечение сводится к назначению повторных поясничных или желудочковых пункций; не исключена возможность хирургического вмешательства.

Реже приходится наблюдать у новорожденных мозговые грыжи, т. е. большее или меньшее выпячивание мозга или его оболочек через нормальные или патологические отверстия и щели черепа. Различают encephalocele, т. е. выпадение части мозга вместе с мозговыми оболочками, и meningocele — выпадение только мозговых оболочек.

Аналогичные выпячивания в области спинного мозга, встречающиеся значительно чаще, называются spina bifida. Спинномозговые грыжи локализуются преимущественно в поясничном и крестцовом отделе позвоночника. В зависимости от степени недоразвития наружных покровов, мышц, костного канала и мозговых оболочек различают открытые и закрытые формы spina bifida. Клиническая картина в значительной мере зависит от размеров выпячивания, степени поражения спинного мозга и локализации выпячивания. В наиболее легких, рудиментарных формах spina bifida occulta не бывает никаких клинических явлений и они в большинстве случаев не требуют лечения. При наиболее тяжелых формах имеются параличи нижних конечностей, расстройства дефекации и мочеиспускания, выпадение прямой кишки, расстройства чувствительности и т. д.

Предсказание зависит от размеров мозговой или спинномозговой грыжи и связанных с этим повреждений головного или спинного мозга; при открытых формах предсказание хуже.

Лечение хирургическое, возможно раннее при больших грыжах; при них можно рассчитывать на сохранение жизни ребенка, но не приходится надеяться на восстановление имеющихся расстройств двигательного и чувствительного порядка. С операцией небольших грыж спешить

не следует, так как после хирургических вмешательств у детей часто развивается головная водянка.

У новорожденных детей приходится наблюдать инфекционные менингиты и энцефалиты внеутробного происхождения; они чаще развиваются на фоне сепсиса. Наряду с обычными возбудителями — стрептококками, стафилококками, пневмококками, менингококками и т. д., у новорожденных детей относительно чаще этиологическую роль играет кишечная палочка и различные представители группы салмонелл.

При раннем и энергичном комплексном лечении пенициллином, стрептомицином (кишечная палочка, салмонеллы, палочка Пфейфера и др.) и сульфонамидными препаратами при условии тщательного ухода и правильного кормления, а также при одновременном использовании стимулирующих методов терапии предсказание всегда серьезное, но не безнадежное.

5. Органы дыхания

Агнезия и гипоплазия легкого, врожденная гипертрофия легкого, врожденные бронхоэктазии и врожденные плевриты не имеют большого значения в клинике заболеваний новорожденных. Встречаются они сравнительно редко; при резко выраженных этих аномалиях развития дети оказываются нежизнеспособными; при легких и односторонних дефектах дети выживают, но имеющиеся дефекты могут сказываться на дальнейшем общем развитии детей и предрасполагают их к заболеваниям дыхательных путей.

Наибольшее практическое значение в клинике детей периода новорожденности имеют асфиксии, ателектазы легких и пневмонии.

а) Асфиксии новорожденных

Если у новорожденного сразу после рождения физиологическое апноэ затягивается и дыхание не появляется совсем или оно явно недостаточно — в виде отдельных нерегулярных, чаще всего судорожных или очень поверхностных дыхательных движений, а ребенок тем не менее жив, о чем свидетельствуют выслушиваемые у него сердечные тоны, — принято говорить об асфиксии новорожденного.

Асфиксия — не болезнь sui generis, а лишь симптомокомплекс, вызываемый весьма различными причинами.

Пожалуй, реже всего асфиксия возникает в результате тех или других врожденных дефектов развития или нарушений анатомической целости или функции органов дыхания. Только основной внешний признак — отсутствие дыхательных движений — заставляет упоминать асфиксию новорожденных в главе о патологии органов дыхания.

Надо различать асфиксию врожденную, или внутриматочную, вызываемую нарушением кислородного питания во время родов (ребенок родится в состоянии асфиксии), и асфиксию приобретенную, появляющуюся лишь после рождения ребенка, у которого до момента отделения от матери не было признаков кислородного голодания.

Причины внутриутробного или intra partum возникающего кислородного голодания могут быть весьма различны: расстройства плацентарного кровообращения различного происхождения (преждевременное отделение плаценты, прижатие пуповины, преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод и т. д.).

Не менее разнообразны причины появления и приобретенной асфиксии: дефекты развития и врожденные заболевания дыхательных путей, обширные ателектазы легких, некоторые врожденные пороки сердца, врожденные и приобретенные intra partum поражения центральной нервной системы, в частности, дыхательного центра; среди последних особенно часты внутричерепные кровоизлияния.

Клинически различают две формы асфиксии: легкую, или синюю (asphyxia livida) и тяжелую, или белую (asphyxia pallida). При первой кожа ребенка цианотична, рефлексы понижены, но не совсем отсутствуют, тонус мускулатуры вполне удовлетворительный, сокращения сердца замедлены, но тоны его отчетливы. При белой асфиксии кожа очень бледна, слизистые резко цианотичны, пульс едва прощупывается, тоны сердца очень глухи, а сокращения его очень замедлены, если не наступает паралич блуждающего нерва, что, наоборот, вызывает резкое учащение сердечной деятельности. Тонус мышц и все рефлексы снижены или их совсем не удается вызвать. При синей асфиксии ребенок делает редкие вдохи, хотя и не регулярно, при белой же асфиксии ребенок обычно совершенно не дышит.

Прогноз при легкой форме асфиксии сравнительно удовлетворительный, при тяжелой — всегда очень серьезный. Положение становится почти безнадежным, если меры оживления, настойчиво проводимые в течение 30—60 минут, не дают положительных результатов. При предсказании всегда надо иметь в виду и отдаленные последствия: много оживленных детей погибает в первые дни и недели жизни от аспирационной пневмонии, внутричерепных и других кровоизлияний. У оставшихся в живых сравнительно часто в дальнейшем отмечаются дефекты нервно-психического развития, хронические бронхопневмонии и т. д. Асфиксия, не осложненная поражением центральной нервной системы или тяжелым поражением легких, на дальнейшем развитии детей, как правило, не отражается.

Лечение. Прежде всего необходимо удалить из носа, рта, трахеи и начальных отделов крупных бронхов аспирированные при родах массы; из носа, рта и зева их удаляют, осторожно отсасывая маленькими резиновыми баллонами (№ 1—3) с мягкими наконечниками и марлевыми тампонами. Из трахеи и начальных отделов бронхов аспирированные массы осторожно отсасывают баллоном или ртом через введенный в трахею трахеальный катетер (нелатоновский катетер № 11 или № 12).

После того как из верхних отделов дыхательных путей удалена слизь и восстановлена проходимость их для воздуха, необходимо возбудить регулярные дыхательные движения.

Все предложенные способы оживления мнимоумерших новорожденных в большей или меньшей мере связаны с некоторым травмированием и охлаждением их. Поэтому заслуживают наибольшего внимания щадящие и более физиологичные методы, предложенные недавно советскими авторами.

И. С. Легенченко рекомендует новорожденного, родившегося в асфиксии, положить между ног матери и, чтобы он не охладился, прикрыть его теплым одеялом или, еще лучше, поместить ребенка, немного приподняв его голову, в небольшой продолговатый тазик с теплой водой. Пуповину не перевязывают. Слизь сразу же отсасывают через катетер.

Сохранения плацентарного кровообращения и предупреждения охлаждения в большинстве случаев достаточно, чтобы ребенок начал

дышать. В некоторых случаях, когда ребенок перейдет из стадии белой асфиксии в синюю, можно добавить обрызгивание груди ребенка холодной водой. Уместно назначение камфоры, кофеина и лобелина. Этот способ получил широкое признание советских акушеров и в настоящее время наиболее часто применяется в наших родовспомогательных учреждениях.

Физиолог И. А. Аршавский предлагает оживлять новорожденного, вдувая небольшим баллончиком в ноздри ребенка пары нашатырного спирта, что рефлекторно вызывает у него глубокий вдох. Этот метод физиологически достаточно обоснован, но он нуждается, конечно, в проверке на практике.

Менее совершенны другие способы оживления новорожденных. В легких случаях это достигается путем раздражения кожи или слизистых оболочек; с этой целью кожу обрызгивают холодной водой и механически раздражают ее легким растиранием, назначают горячие ванны (38—40°) из кипяченой воды с последующим более прохладным (34—35°), но не холодным обливанием и производят ритмические потягивания за язык.

Одновременно с этими мерами, если у ребенка сразу же не появятся дыхательные движения, назначают кислород и вводят под кожу лобелин (0,1—0,2 мл 1% раствора), цититон (0,1—0,15 мл), кофеин (0,3—0,5 мл 10% раствора), коразол (0,5 мл 10% раствора) и др.

При отсутствии эффекта от этих методов надо немедленно приступить к искусственному дыханию. Наиболее целесообразны способы Соколова, Верта и Сильвестра.

Способ Соколова. Ребенок лежит на столе, причем голова свисает за край стола; захватив обе голени новорожденного одной рукой, а другой — голову ребенка, оживляющий ритмично прижимает к животу ноги ребенка с согнутыми коленями и одновременно сильно пригибает его голову к груди. Такие движения делают 20—30 раз в минуту.

Способ Верта аналогичен предыдущему, но ребенка во избежание охлаждения помещают в теплую ванну (38—39°). Выдох достигается одновременным сгибанием головы и прижатием к животу ног, согнутых в коленных суставах; вдох достигается толчкообразным выпрямлением нижних конечностей и небольшим откидыванием головы назад.

Способ Сильвестра. Врач берет около локтей руки оживляемого ребенка, лежащего на спине на столе, и отводит их за голову, задерживая такое положение на несколько секунд (фаза вдоха); затем руки новорожденного приводят к туловищу и слегка прижимают к передне-боковой поверхности грудной клетки (фаза выдоха). Такие движения повторяют 20—30 раз в минуту. Помощник должен фиксировать ребенка, придерживая его за ноги.

Целесообразен и способ Фогта: ребенка помещают в теплую ванну (38—39°), левой рукой поддерживают его, как при купании, а кистью правой руки охватывают грудь ребенка, накладывая большой палец на грудину или несколько вправо от нее, а остальные пальцы и ладонь — на боковую и отчасти на заднюю поверхность грудной клетки слева и ритмично сжимают ее 30—40 раз в минуту (массаж сердца).

Оживление ребенка надо проводить крайне осторожно, чтобы не причинить ему вреда грубыми манипуляциями. Надо помнить, что новорожденные в состоянии асфиксии очень склонны к внутричерепным кровоизлияниям.

Оживление ребенка надо продолжать до тех пор, пока продолжают выслушиваться сердечные тоны.

Оживленный ребенок в течение нескольких часов должен находиться под постоянным врачебным наблюдением, так как у таких детей очень часты рецидивы асфиксии.

Способы Шульце, Огата, Проховника, как не безопасные для ребенка, запрещены инструкцией по уходу за новорожденными. Надо отказаться и от вредного для детей старого метода попеременного окунания в горячую (40°) и холодную (20°) воду.

Если все обычные методы оказываются безрезультатными, следует испробовать вдувание воздуха, особенно кислорода, или через нелатоновский катетер в дыхательные пути, или в желудок, или, наконец, под кожу.

Особенно большое внимание надо обращать на профилактику асфиксии. В этом отношении особого внимания заслуживает метод проф. А. П. Николаева. При первых признаках угрожающей или начинающейся асфиксии плода роженице дают повторно вдыхать кислород в течение 10 минут через каждые 5 минут до стойкого выравнивания сердцебиений плода; одновременно роженице вводят внутривенно 50 мл стерильного 40% раствора глюкозы и 1 мл 10% раствора кардиазола (коразол). Внутрь дают 0,3 г аскорбиновой кислоты в полустакане горячей воды или чая. Через час надо снова повторить весь комплекс указанных воздействий на ребенка через материнский организм.

При отсутствии эффекта от указанных мероприятий необходимо срочно приступить к оперативному родоразрешению.

б) Stridor congenitus

Stridor laryngis congenitus — своеобразный характер дыхания, характеризующийся свистящим вдохом громкого высокого тона.

Наблюдается с первого дня после рождения или выявляется в течение ближайших дней. Одышки, цианоза и других признаков кислородного голодания, как правило, не бывает. Общее состояние ребенка не нарушается.

В одних случаях стридор держится постоянно и может даже усиливаться во сне, в других — он проявляется только при глубоком дыхании, крике и плаче и совсем исчезает или резко ослабевает в состоянии покоя.

Причины этого явления различны. Чаще всего эта аномалия дыхания связана, повидимому, с врожденной узостью входа в гортань и с ненормальной мягкостью хрящей гортани (stridor laryngis inspiratorius congenitus). Предсказание всегда благоприятное. Лечение излишне.

Надо отличать от реже встречающейся формы — stridor thymicus, при которой вдох затруднен давлением увеличенной зобной железы на гортань. Иногда бывает затруднен не только вдох, но отчасти и выдох. В отличие от предыдущей формы стридора, при которой перкуссия и рентгеноскопическое исследование не обнаруживают никаких уклонений от нормы, в таких случаях этими методами удается установить увеличение зобной железы. С возрастом железа уменьшается и стридор проходит. Возможны случаи внезапной смерти — mors thymica.

В тяжелых случаях показана рентгенотерапия и даже хирургическое вмешательство; в легких — правильное питание; допустимо назначение небольших доз препаратов иода.

Из других причин, вызывающих звучный вдох, а иногда и выдох, надо назвать: врожденный зоб (увеличение щитовидной железы), врожденные стенозы трахеи, опухоли и кисты у основания языка и макроглоссию.

в) Ателектаз легких

Каждый ребенок родится с легкими в состоянии ателектаза, т. е. отсутствия в них воздуха. С началом легочного дыхания легкие сравнительно быстро расправляются; в патологических случаях они могут частично остаться нерасправленными, безвоздушными. Общий ателектаз обоих легких возможен лишь у детей, еще не дышавших. Ателектазы легких особенно часты у недоношенных и слаборожденных детей.

В клинической картине надо учитывать асфиктические явления и очень мелкие и довольно беззвучные ателектатические хрипы. Притупление, бронхофония и другие физикальные симптомы крайне непостоянны и в основном зависят от обширности ателектазов. Недоразвитие центральной нервной системы и дыхательного центра, в частности, родовые травмы, угнетение возбудимости дыхательного центра наркотическими средствами, полученными матерью во время родов, — основные моменты патогенеза ателектаза легких у новорожденных.

Для устранения ателектаза легких надо повысить возбудимость дыхательного центра и сделать вдохи более глубокими, для чего назначают лобелин, цититон, горячие ванны с более прохладным обливанием, вдыхания смеси кислорода с углекислотой и т. д.

Ателектаз легких и при жизни ребенка, и на секционном столе надо диференцировать от врожденного и приобретенного воспаления легких.

г) Воспаление легких

Воспаление легких — одно из наиболее частых заболеваний новорожденных; около трети детей, умирающих в отделениях новорожденных, умирает от воспаления легких. Однако правильная организация обслуживания детей в родильных домах, ранняя диагностика и правильное лечение воспаления легких у новорожденных могут уже и на современном уровне наших научных знаний значительно снизить заболеваемость новорожденных воспалением легких и летальность от него детей этого периода жизни.

Наибольшее практическое значение имеют прижизненно приобретенные первичные бронхопневмонии.

В этиологии пневмоний играют роль пневмококки, стрептококки, бациллы Пфейфера и Фридлендера, стафилококки, кишечная палочка, бактерии паратифозной группы салмонелл и др.

В патогенезе существенная роль принадлежит ателектазам, аспирации во время родов и после рождения, расстройствам центральной регуляции со стороны нервной системы и охлаждениям во время первых манипуляций с ребенком сразу после рождения и позже. Общая сопротивляемость новорожденного в значительной мере зависит от правильного вскармливания.

Клиническая картина пневмоний у новорожденных характеризуется прежде всего общими симптомами — вялостью, нарушением сна; дети плохо берут грудь, кожа становится бледной, с цианотичным оттенком в окружности рта и носа, лицо приобретает маско-

образный характер, дыхание учащается, раздуваются крылья носа, появляется пена на губах, грудная клетка оказывается эмфизематозно вздутой или намечаются втягивания в области грудины и нижних ребер.

Данные обычного физического исследования могут быть крайне бедны: притупление и бронхиальное дыхание очень часто отсутствуют; более постоянны звучные мелкопузырчатые влажные хрипы. Температура чаще повышается до 38—38,5°, но может оставаться и в пределах нормы.

Правильная оценка гемограммы и данные рентгенологического исследования являются ценными вспомогательными методами диагностики и оценки динамики течения заболевания. Отрицательные данные рентгенологического исследования не должны служить основанием к отказу от диагносцирования пневмонии, если другие клинические данные говорят в его пользу.

Наряду с обычными бронхопневмониями, у детей периода новорожденности, особенно у недоношенных детей, наблюдаются атипичные интерстициальные пневмонии, надо полагать, главным образом вирусной этиологии. Для них характерна крайняя бедность объективных данных, получаемых при перкуссии и аускультации. Чаще других физикальных симптомов, но далеко не всегда, удается обнаружить при очень поверхностной перкуссии в межлопаточном пространстве паравертебрально и парастернально небольшое укорочение перкуторного звука и очень нежные, но довольно звучные крепитирующие хрипы. На рентгеновском экране при просвечивании видна очень нежная тень без резких границ. Для диагноза важно учитывать резкое учащение дыхания, раздувание крыльев носа, некоторые признаки цианоза и тяжелое общее состояние, что внешне противоречит ничтожным данным перкуссии и аускультации.

Относительно часты у новорожденных аспирационные пневмонии, связанные с аспирацией ребенком во время родов околоплодных вод и отделяемого родовых путей. При аспирационных пневмониях данные физического исследования выражены наиболее отчетливо. Оценка особенностей родового акта и состояния ребенка в момент рождения облегчает правильное понимание характера пневмонии. У детей слабых и недоношенных сравнительно часты пневмонии, в патогенезе которых основную роль играет аспирация молока во время кормления.

Большинство аспирационных пневмоний имеет комбинированный патогенез: аспирацию intra partum или после рождения с последующим инфицированием, чаще intra vitam.

Без сомнения, у новорожденных наблюдаются и врожденные пневмонии, возникающие в период внутриутробного развития в результате инфицирования плода гематогенным путем через поврежденную токсинами плаценту; чаще всего это — дети матерей, больных гриппом, воспалением легких, сепсисом и т. д.

Говорить с уверенностью о внутриутробной врожденной пневмонии можно, если она диагносцируется тотчас после рождения или в первые сутки жизни ребенка.

Предсказание при пневмониях новорожденных всегда требует большой осторожности, но вовсе не является безнадежным, если лечение проводится правильно и своевременно.

Лечение должно быть комбинированным, т. е. одновременно направленным на борьбу с возбудителем болезни (сульфонамидные препараты, пенициллин, стрептомицин), на поддержание общей сопро-

тивляемости организма (питание материнским молоком, тщательный уход, внутривенное и внутримышечное переливание крови), на борьбу с кислородным голоданием (кислород, карбоген) и на устранение тех или других симптомов, особенно ателектазов и застойных явлений в легких (чаще брать ребенка на руки, менять его положение, применять горчичные обертывания) и проявлений сердечно-сосудистой недостаточности (назначение кофеина, коразола, адреналина и т. д.). В наиболее тяжелых случаях показано одновременное назначение сульфонамидных препаратов (0,2 на 1 кг веса тела) и пенициллина (10 000—30 000 единиц на 1 кг веса); стрептомицин показан, если доказана колибациллярная или салмонелловая этиология или если пенициллин не дает эффекта.

Основное внимание должно быть обращено на профилактику воспаления легких — тщательный уход (не допускать охлаждений!), правильное питание; особенно важно не допускать инфицирования детей больными матерями, другими заболевшими детьми и обслуживающим персоналом (изолировать здоровых детей от больных матерей, изолировать больных детей, не допускать к работе в палате новорожденных больной персонал).

д) Другие заболевания органов дыхания

Насморк (rhinitis) — относительно частое заболевание новорожденных. Чаще всего ребенок инфицируется после рождения. Возбудителями могут быть пневмококки, стрептококки, катарральный микрококк и другие бактерии. Общее охлаждение ребенка и вдыхание холодного воздуха — очень важные факторы, предрасполагающие детей к заболеванию.

Насморк очень затрудняет правильное кормление ребенка грудью и нередко делает необходимым кормление ребенка сцеженным молоком.

К наиболее частым осложнениям насморка надо отнести: воспаление среднего уха (otitis media), гораздо реже — переход воспалительного процесса на глоточную миндалину (angina retronasalis) и на полости решетчатой кости (ethmoiditis).

Лечение. Капли с пенициллином (в 1 мл 10 000—12 000 единиц, по 1—2 капли 6 раз в день), 0,5—1% протаргол, вазелиновое или миндальное масло.

Сукровичное отделяемое из носа, корочки у наружных отверстий носа, раздражение кожи под носом и упорное сопение всегда заставляют предполагать дифтерию носа; необходимо бактериологическое исследование мазков отделяемого полости носа.

Лечение. Больного ребенка изолировать, ввести противодифтерийную сыворотку (2 000—3 000 антитоксических единиц).

Бронхит (bronchitis) чаще всего является симптомом общей инфекции (эпидемический катарр верхних дыхательных путей, грипп). Инфицирование слизистой бронхов может происходить путем ингаляции, аспирации или гематогенным путем.

Бронхит может сильно нарушать самочувствие и общее состояние ребенка. На капиллярный бронхит надо смотреть как на рассеянную форму бронхопневмонии.

Профилактика и лечение при бронхитах те же, как и при воспалении легких.

Плевриты у новорожденных — сравнительно частое осложнение воспаления легких или один из гнойных метастазов при септикопиемии. Экссудативные плевриты — обычно гнойного характера; реже бывают пиопневмотораксы.

Лечение такое же, как и при воспалении легких, но, кроме того, надо обратить внимание на повторное удаление гноя из плевральной полости и промывание ее раствором пенициллина (в 1 мл 500—1 000 единиц); по окончании промывания в полости плевры оставляют от 10 000 до 30 000 единиц пенициллина. При колибациллярной и салмонелловой этиологии вместо пенициллина применяют стрептомицин.

6. Органы кровообращения

Аномалии положения сердца (мезокардия, декстрокардия, эктопия) и врожденные дефекты развития сердца и крупных сосудов (идиопатическая гипертрофия, пороки сердца и сосудов) в громадном большинстве случаев могут быть диагносцированы уже у новорожденных.

Диагноз врожденного порока ставится главным образом на основании двух главных симптомов — цианоза, постоянного или выявляющегося, или усиливающегося при плаче и крике ребенка, и шума, выслушиваемого при аускультации сердца. Однако не надо забывать, что не всякий цианоз у новорожденного обязательно сердечного происхождения и что значительное число врожденных пороков не сопровождается цианозом. В некоторых случаях врожденных пороков шум может отсутствовать, и, наоборот, шум, выслушиваемый на сердце новорожденного, в дальнейшем иногда совершенно бесследно исчезает и тогда не приходится говорить о пороке сердца.

Точный диагноз характера имеющегося порока в большинстве случаев затруднителен. Этот вопрос обычно не удается окончательно решить и при рентгенологическом исследовании.

Предсказание зависит от характера порока; на практике надо обращать внимание на общее состояние ребенка и интенсивность цианоза в состоянии покоя, при кормлении, крике и т. д.

При упорном и резком цианозе предсказание должно быть крайне осторожным.

Никогда не следует спешить травмировать мать сообщением о наличии врожденного порока у ребенка, если его общее состояние хорошее и цианоз отсутствует.

Лечение некоторых пороков возможно хирургическое, но проводят его обычно не в первые дни жизни ребенка. Надо обратить внимание на правильное питание и уход за ребенком, на предупреждение случайного инфицирования. В случае необходимости применяется симптоматическая терапия.

Перикардит (pericarditis) как изолированное самостоятельное заболевание никогда у новорожденных не наблюдается, но часто перикард вовлекается в воспалительный процесс при септикопиемии и при тяжелых, особенно при септических, формах воспаления легких.

7. Органы пищеварения

Дефекты развития полости рта имеют большое практическое значение, так как нередко очень затрудняют нормальное вскармливание новорожденного.

К наиболее частым дефектам надо отнести незаращение верхней губы, или так называемую заячью губу (labium leporinum), незаращение неба, или небную щель (uranoschisis, palatoschisis), и полное незаращение неба с обеих сторон, обычно сочетающееся с незаращением верхней губы и щелью мягкого неба, или так называемую волчью пасть (cheilognathopalatoschisis).

В этих случаях надо пытаться приучить ребенка сосать материнскую грудь, что почти всегда легко удается при изолированном дефекте губы и оказывается очень трудным и даже невозможным при больших дефектах неба. Если акт сосания не удается, надо кормить ребенка сырым сцеженным грудным молоком матери из бутылочки или с ложечки.

Лечение оперативное, проводимое в возрасте 2—3 месяцев (незаращение губы) или значительно позже (дефекты неба).

Из других врожденных дефектов надо назвать: врожденные зубы, кисты слюнных протоков, кисту подъязычной железы (ranula) и макроглоссию.

Врожденные зубы удаляют, если они шатаются и нарушают акт сосания. Небольшие кисты можно и не лечить, более значительные — требуют оперативного вмешательства.

Макроглоссия требует хирургического вмешательства или лечения радием; спешить с ними не стоит и проводить в период новорожденности нецелесообразно.

Короткая уздечка языка не мешает акту сосания и не требует никакого вмешательства.

Из дефектов развития других отделов пищеварительного тракта относительно часты атрезии и стенозы пищевода, тонкого и толстого кишечника; чаще других приходится видеть у новорожденных атрезию заднего прохода (atresia ani) и атрезию прямой кишки (atresia recti), что требует срочного оперативного вмешательства. Атрезии и стенозы других отделов пищеварительного тракта новорожденного мало доступны хирургическому вмешательству.

Большое практическое значение имеют диафрагмальные грыжи, сравнительно легко диагносцируемые обычными методами исследования (приступы цианоза, отсутствие дыхания, данные перкуссии, данные рентгенологического исследования).

Лечение возможно только оперативное, но его следует избегать, если у ребенка нет признаков ущемления или других тяжелых расстройств.

Паховые грыжи и грыжи стенки живота сравнительно часто удается диагносцировать уже в период новорожденности, но оперативное вмешательство у детей столь раннего возраста показано лишь в исключительных случаях при явлениях, угрожающих жизни (ущемление).

Из приобретенных заболеваний полости рта чаще всего наблюдаются различные стоматиты и молочница.

Катарральный стоматит (stomatitis catarrhalis) и так называемые беднаровские афты (ulcera pterygoideae) — небольшие, округлые или продолговатые поверхностные язвочки слизистой полости рта, расположенные симметрично на небе с обеих сторон соответственно hamulus pterygoideus; возникают они обычно в результате десквамации и последующего инфицирования слизистой полости рта.

Одной из наиболее частых причин является обтирание полости рта, к сожалению, применяемое иногда еще и в настоящее время после каж-

дого кормления; эти ненужные обтирания механически нарушают целость слизистой оболочки и тем открывают ворота для инфекции.

Слизистая полости рта нередко травмируется грубыми резиновыми сосками, вводимыми слишком глубоко в рот.

На поврежденной слизистой оболочке даже у детей, в остальном вполне здоровых, а особенно у детей ослабленных, легко появляется рост грибка молочницы — candida albicans.

Молочница (soor) в большинстве случаев имеет вторичное значение в общей клинической картине; почти никогда не являясь первичным моментом тяжелого состояния, она очень часто сильно отягощает течение любого первичного заболевания новорожденного и затрудняет акт сосания. Особенно обильный рост молочницы по слизистой всего пищевода, трахеи, бронхов, иногда желудка отмечается у новорожденных с токсико-септическим синдромом, вызываемым общей инфекцией кишечной палочкой и различными представителями группы салмонелл.

При лечении указанных заболеваний слизистой полости рта надо устранить дефекты ухода и урегулировать кормление. Легкие формы стоматита проходят без всякого местного лечения, при более тяжелых можно рекомендовать спринцевание рта раствором перекиси водорода, осторожное смазывание раствором пенициллина (1 мл 10 000—20 000 единиц); при ограниченных нарушениях целости слизистой (афты Беднара) показано прижигание их 2—5% раствором азотнокислого серебра. При молочнице лучше всего помогают смазывания 1—2 раза в день 25% раствором буры в глицерине с водой (берутся поровну) или 0,5—0,25% раствором азотнокислого серебра, раствором полуторахлористого железа.

Всегда надо обращать внимание на лечение основного заболевания ребенка и на повышение его общей сопротивляемости (гемотерапия, трансфузия крови и т. д.).

Профилактика — правильное вскармливание новорожденного грудью матери, что обеспечивает нормальную сопротивляемость ребенка различным случайным инфекциям. Надо категорически запретить вытирания слизистой полости рта после еды.

У новорожденных, особенно у недоношенных и слаборожденных, сравнительно часто наблюдается гнойное воспаление слюнных желез (salioadenitis purulenta), чаще околоушных, реже — подчелюстных и подъязычных; в области пораженной железы появляется болезненная припухлость, надавливание на которую сопровождается появлением гноя у наружного отверстия выводного протока; температура повышается; сосание и глотание становятся болезненными.

Лечение. Согревающий компресс, осторожное выдавливание гноя в легких случаях и оперативное хирургическое вмешательство в более тяжелых. Внутримышечно пенициллин. Кормить ребенка с ложечки сцеженным молоком матери.

Рвота в течение первых часов, а иногда и дней жизни обычно вызывается заглоченными во время родов околоплодными водами, кровью и слизью родовых путей матери. Рвота прекращается без всякого лечения. Не следует спешить с первым прикладыванием ребенка к груди матери.

Рвота, появляющаяся после того, как ребенка начинают прикладывать к груди или начинают кормить сцеженным молоком, зависит чаще всего от ошибок вскармливания, если, конечно, исключены врожденные дефекты проходимости пищевода, желудка и начальных отделов тонкого кишечника.

Рвота невропатического характера и вследствие пилороспазма у новорожденных первых дней редка; она значительно чаще выявляется к концу первого месяца жизни.

Для устранения и предупреждения рвоты надо урегулировать технику прикладывания к груди, устранить как перекорм, так и недокорм. Обратить внимание, чтобы дети не заглатывали при сосании большого количества воздуха (аэрофагия).

В упорных случаях можно назначить промывание желудка, люминал (2—3 раза в день по 0,01), бромурал.

К еще более частым проявлениям дисфункции пищеварительного тракта у новорожденных принадлежит диспептический стул. Несколько жидковатый и неравномерной консистенции стул отмечается у большинства новорожденных детей в возрасте 3—5 дней жизни, что обычно совпадает с фазой трансформации бактерийной флоры кишечника. Общее состояние ребенка не нарушается; лишь иногда отмечается некоторое беспокойство ребенка и умеренное вздутие живота. Эта преходящая диспепсия новорожденных — скорее физиологическое явление, в основе которого лежит повышенная чувствительность секреторно-двигательного аппарата кишечника, неустановившаяся еще активность ферментов пищеварительных соков, незаконченность нервно-мышечного аппарата и повышенная проницаемость слизистой стенок кишечника. Некоторую роль играют изменения бактерийной флоры пищеварительного тракта, меняющийся состав молозива и другие моменты.

Эта диспепсия, стоящая на границе нормы и патологии, под влиянием дефектов вскармливания, перекорма и недокорма, случайных энтеральных и парэнтеральных инфекций, нарушений в уходе за новорожденным, перегреваний и охлаждений и т. д. легко приобретает патологический характер.

Предсказание при преходящей диспепсии новорожденных вполне благоприятно; в большинстве случаев она не требует никакого лечения. При диспепсиях на почве количественных и качественных ошибок в диэтетике, а также в результате энтеральной и парэнтеральной инфекции предсказание различно в зависимости от особенностей этиологии.

Лечение. При появлении диспептического стула всегда надо проверить условия ухода за ребенком и вскармливания его и устранить все, даже малейшие дефекты. Необходимо усилить профилактику опрелостей, легко появляющихся у новорожденных с диспептическим стулом.

Если диспепсия затягивается и нарушает общее состояние и самочувствие ребенка и, следовательно, выходит за пределы преходящей физиологической дисфункции, надо проводить лечение, обычно применяемое при простых и токсических диспепсиях грудных детей: устранить дефекты вскармливания, назначить чайную диэту и временно ограничить количество молока, назначить пепсин с соляной кислотой, а при наличии токсических налетов на языке — и сульфонамидные препараты. Часто целесообразно бывает добавлять к женскому молоку плазмон или небольшое количество пахтанья.

Запоры, если они не вызваны частичной врожденной непроходимостью кишечника, чаще всего связаны с некоторым недоеданием ребенка. Надо контрольными взвешиваниями точно установить количество молока, высасываемого ребенком, принять меры к усилению лактации у матери, если она окажется недостаточной, и в случае необходимости ввести докорм сцеженным, по возможности сырым молоком другой женщины. Не надо спешить с докормом в первые 3—4 дня жизни, но и не

надо затягивать недокармливание новорожденного, что неизбежно ведет к понижению питания его.

Эпидемический понос новорожденных сравнительно недавно описан американскими и другими зарубежными авторами. Заболевание начинается внезапно: ребенок становится вялым, начинает плохо брать грудь, резко снижается вес, появляется жидкий стул, обычно 6—8 раз в сутки, почти всегда яркого желтого цвета (цвет охры), реже с примесью зелени. Часто присоединяется рвота, и температура повышается до 37,2—38°. Для заболевания характерно преобладание в клинической картине общих явлений над местными, желудочно-кишечными. У ребенка быстро наступает очень тяжелое состояние; поражает общая адинамия его, землистосерый цвет наружных покровов, резкое приглушение тонов сердца. Сравнительно быстро присоединяется воспаление легких, и 50—60% заболевших детей умирают.

Заболевание новорожденных в отделении носит характер эпидемической вспышки. Чтобы прекратить ее, необходимо временно закрыть родильный дом для тщательной дезинфекции. Возбудитель эпидемического поноса новорожденных до сих пор никем не обнаружен. Для предупреждения этих заболеваний необходимо строжайшее соблюдение правил санитарно-гигиенического режима в родильном доме, во всех его отделениях, начиная от санитарного пропускника и кончая выписной, систематическое воспитание и контроль за работой персонала и тщательные систематические медицинские осмотры всего персонала.

Мы считаем, что так называемый «эпидемический понос новорожденных» не является заболеванием sui generis и не имеет никакого специфического возбудителя. Это тяжелый токсико-септический синдром, вызываемый различными возбудителями, среди которых весьма существенную роль играют представители кишечной группы бактерий: кишечная палочка, салмонеллы и др. (подробнее см. стр. 553).

Острый гнойный перитонит (peritonitis purulenta acuta) хотя и редко, но наблюдается у новорожденных. Чаще всего это частичное проявление пупочного сепсиса, гораздо реже гнойный очаг при септикопиемиях другого происхождения. Перитонитом осложняется непроходимость кишечника, самопроизвольные разрывы кишечной стенки, острые инфекционные энтериты и различные очаговые гнойные процессы в брюшной полости.

Типичные для перитонита симптомы—рвота, метеоризм, напряжение стенок живота и т. д. — иногда маскируются общими тяжелыми явлениями токсико-септического состояния; в этих случаях диагноз представляет большие трудности. Анализ крови — ценный вспомогательный метод диагностики; число нейтрофилов относительно и абсолютно увеличено; всегда имеется сдвиг влево; менее постоянным является гиперлейкоцитоз.

Прогноз всегда очень серьезный.

Лечение. Устранить основную причину. Назначение массивных доз пенициллина (50 000—60 000 и больше единиц на 1 кг веса тела)[1], внутрь и подкожно стрептоцид. Симптоматическая терапия. Всегда немедленная консультация с хирургом.

8. Мелена новорожденных

Мелена новорожденных (melaena neonatorum) — до некоторой степени сборное понятие, объединяющее на основании одного доминирующего симптома—выделения крови со стулом или с рвотой—

[1] В последнее время применяют стрептомицин и синтомицин.

ряд заболеваний, различных по этиологии и основным моментам патогенеза.

Истинная мелена (melaena vera) характеризуется желудочно-кишечными кровотечениями, проявляющимися в клинической картине прежде всего более или менее значительной примесью крови к рвотным массам и к стулу. Лишь в тех случаях, когда эти кровотечения возникают первично и являются основным клиническим симптомом, можно говорить об истинной мелене. Если желудочно-кишечное кровотечение возникает вторично, например, при сепсисе, врожденном сифилисе, инвагинации, геморрагическом диатезе и т. д., то надо говорить о симптоматической мелене.

От истинной мелены надо отличать более частую у новорожденных ложную мелену (melaena spuria), когда кровь в стуле или в рвотных массах является случайной примесью, а в желудочно-кишечном тракте никакого кровотечения нет; чаще всего ребенок насасывает кровь матери из трещин сосков при кормлении или заглатывает ее при носовом кровотечении, при травмах после наложения щипцов и т. д.

При истинной мелене кровоточат небольшие язвочки, обнаруживаемые на слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки; реже они бывают в нижнем отделе тонкого кишечника и в нижней части пищевода. Причины образования язвочек окончательно не установлены. Во всяком случае нет оснований рассматривать все формы мелены как геморрагическую форму сепсиса. В патогенезе кровотечений известную роль играет физиологическая гипопротромбинемия, предрасполагающая новорожденного ребенка к различным кровотечениям и кровоизлияниям.

Однако это не дает права, как это думают некоторые авторы, все заболевания новорожденных с различной этиологией наличия общего симптома кровотечений и кровоизлияний объединять в одну нозологическую форму — геморрагическую болезнь новорожденных — лишь потому, что в патогенезе кровотечений имеется во всех случаях общий момент — гипопротромбинемия.

По клиническому течению надо различать доброкачественную форму истинной мелены и злокачественную, гемофильную, форму.

При первой кровотечения не достигают значительных размеров и прекращаются через 1—3 дня; общее состояние ребенка нарушается мало, малокровие не достигает сильных степеней, и быстро наступает выздоровление.

При гемофильной форме все явления — кровотечения, анемия, нарушение общего состояния ребенка — выражены очень сильно, что и делает предсказание всегда крайне серьезным.

Между этими крайними по своей тяжести формами идиопатической мелены существует ряд переходных форм средней тяжести.

В отличие от истинной мелены новорожденных, выявляющейся в первые дни жизни ребенка и потому часто называемой ранней, симптоматическая форма называется поздней, так как проявляется позже, чаще всего на 2—3-й неделе жизни.

Лечение. Переливание крови в вену или черепной синус в количестве от 30—50 до 75—100 мл в зависимости от степени анемизирования ребенка. Хороший кровоостанавливающий эффект дает внутривенное введение плазмы крови (5—10 мл), гипертонического 20% раствора поваренной соли (1,5—3 мл). Внутрь назначают витамин К (3—5 мг), 10% раствор хлористого кальция (по 5 мл 3 раза в день), аскорбиновую кислоту (по 30—50 мг 3 раза в день).

Надо обратить чрезвычайно большое внимание на тщательный уход за ребенком, особенно оберегая его от случайных охлаждений и от инфицирования. Ребенок должен получать грудь матери. При упорной рвоте надо не прикладывать ребенка к груди, а давать ему часто, но малыми порциями сцеженное и остуженное грудное молоко.

При значительном обезвоживании новорожденного вследствие частой рвоты необходимо назначить подкожные вливания физиологического или рингеровского раствора с глюкозой.

9. Желтухи новорожденных

Кроме физиологической желтухи, описанной выше, у новорожденных детей сравнительно часто приходится наблюдать желтухи и другого происхождения.

Затянувшаяся физиологическая желтуха новорожденных (icterus neonatorum prolongatus), наблюдаемая, как было указано, очень часто у недоношенных детей, всегда должна заставлять заподозрить наслоение вторичной, чаще всего септической, инфекции, особенно если желтуха протекает с нарушением самочувствия ребенка, с задержкой нарастания веса, с повышениями температуры и с нейтрофилезом со сдвигом влево.

Атрезия и сужение крупных желчных ходов (ductus choledochus, cysticus и hepaticus) наблюдается сравнительно часто. Степень желтушных и других явлений зависит от обширности и степени анатомических дефектов. При полной облитерации меконий и стул совершенно ахоличны, при частичной — они могут иметь нормальную окраску. Живот вздут. Селезенка большей частью увеличена. Печень увеличена и плотна. Наружные покровы, кожа, видимые слизистые оболочки и склеры желтушны. Сравнительно часты кровоизлияния. Количество билирубина в крови резко повышено, реакция Гийманс ван ден Берга, как прямая, так и непрямая, положительна. Температура тела нормальная.

При тяжелом течении дети погибают в первые дни при явлениях нарастающей общей и сердечной слабости, судорогах и частой рвоте. При неполной облитерации желчных путей дети могут жить иногда несколько месяцев, но общее состояние их прогрессивно ухудшается, нарастает анемия без эритробластоза, и дети погибают при явлениях нарастающей кахексии.

При частичной атрезии мелких желчных путей дети могут оставаться в живых; в некоторых наиболее легких случаях явления желтухи постепенно проходят, и дети могут вполне удовлетворительно развиваться.

Лечение. Тщательный уход. Правильное питание. Введение глюкозы (внутривенно, подкожно, внутрь) и инсулина (1 единица). Витамин К, аскорбиновая кислота, камполон. Симптоматическая терапия.

Хирурги должны уделить внимание вопросу о возможности оперативного вмешательства при изолированной атрезии отдельных крупных желчных протоков.

Врожденные циррозы печени развиваются либо вследствие врожденных аномалий желчных ходов, либо как одно из проявлений врожденного сифилиса.

Наряду с тяжелыми желтухами печеночного происхождения, у новорожденных приходится видеть желтухи гемолитического происхождения, о которых будет сказано ниже.

Часто все эти формы различного происхождения, требующие и различного лечения, описываются под общим названием злокачественной желтухи новорожденных (icterus malignus neonatorum), что, конечно, совершенно неправильно.

10. Кровь и кроветворный аппарат

Врожденная гемолитическая анемия новорожденных (anaemia haemolytica congenita neonatorum). В большинстве случаев в основе патогенеза лежит несовместимость крови матери и плода в отношении резус-фактора: эритроциты матери не имеют этого фактора, а плод унаследовал в данном случае это свойство от отца и эритроциты его содержат резус-фактор. Резус-фактор (антиген), попадая в кровь матери, вызывает образование у нее антирезус-агглютининов, которые, поступая через плаценту в кровь плода, агглютинируют частично его эритроциты, что и ведет к гемолизу и является причиной анемии новорожденного.

Такой повышенной способностью к сенсибилизации резусположительным фактором отличаются далеко не все резусотрицательные женщины, а лишь некоторые — приблизительно одна из 25—30. Такой же механизм развития анемии возможен не только при несоответствии крови матери и плода в отношении резус-фактора, но и при возможном иногда несоответствии и других антигенов, входящих в белковую молекулу эритроцитов матери и ее плода, хотя это наблюдается очень редко.

Ребенок родится в срок с нормальным первоначальным весом; в первые же дни, иногда к концу первой недели, выявляется бледность кожи и видимых слизистых оболочек. Печень и селезенка почти всегда увеличены, плотны и хорошо прощупываются. Анализ крови подтверждает быстрое нарастание анемии: процент гемоглобина падает до 30—60, число эритроцитов — до 2 500 000—3 500 000. Цветной показатель около единицы. Часто имеется большое количество эритробластов. Общее число белых кровяных телец обычно увеличено, сдвиг ядерной формулы нейтрофилов выражен резче, чем в норме.

В других случаях врожденная гемолитическая анемия новорожденных протекает с тяжелой желтухой (anaemia neonatorum congenita cum ictero gravi), часто описываемой под названием тяжелой семейной желтухи новорожденных. В этих случаях ребенок анемизируется сильнее, в крови резко нарастает количество билирубина, в моче появляются желчные пигменты. На секции отмечается интенсивная желтая окраска всех органов, продолговатого мозга и особенно серых ядер головного мозга.

И, наконец, в наиболее тяжелых случаях резко выраженная врожденная анемия сочетается с отеками всего тела (anaemia congenita neonatorum cum oedema, hydrops universalis). Большинство детей родятся мертвыми или умирают сразу после рождения. На секции — резкая анемия, общий отек, транссудат в серозных полостях и многочисленные очаги миэлоидной метаплазии в печени, селезенке, почках и других органах.

Все эти три формы врожденной анемии раньше описывали как самостоятельные заболевания; в настоящее время их часто объединяют одним клиническим термином — эритробластозы новорожденных. Для данной группы анемий характерна повторность их в одной семье.

Профилактика. При собирании анамнеза у женщин, находящихся под наблюдением консультаций для беременных, всегда необходимо уточнить исход предыдущих беременностей и реакцию на переливание крови, если они по той или другой причине когда-то делались женщине. При выявлении в анамнезе мертворождений и выкидышей, тяжелых желтух, водянки и анемий у предыдущих новорожденных, а также сильных реакций у самой женщины на переливание крови необходимо исследовать кровь беременной на резус-фактор и в случае наличия у нее резусотрицательных эритроцитов взять под особое наблюдение и провести энергичную профилактику возможного эритробластоза у ожидаемого новорожденного. С этой целью женщине назначают большие количества печени и препаратов из нее (камполон, печеночный экстракт и т. д.) и большие количества витаминов.

Лечение ребенка должно быть ранним и энергичным. Показаны повторные переливания крови одноименной группы с резусотрицательными эритроцитами, проводимые с первого дня жизни ребенка.

Вполне удовлетворительные результаты дают ежедневные или через день повторяемые трансфузии небольших количеств крови, по 30—40 мл. Более эффективно переливание сразу больших количеств крови с таким расчетом, чтобы по возможности заменить всю кровь ребенка переливаемой кровью донора.

Для полного замещения крови предложено несколько методов; особого внимания заслуживает способ, разработанный Киселевым и Соловьевой. В пупочную вену только что родившегося ребенка вводят мочеточниковый катетер на 10—12 см и шприцем медленно вливают 10—12 мл крови; затем через этот же катетер отсасывают такое же количество крови ребенка; такая процедура вливания и извлечения крови повторяется много раз. Ввести надо 400—500 мл крови, а удалить на 50—100 мл меньше, т. е. около 350—400 мл. После введения каждых 100 мл крови ребенку вводят 1 мл 10% раствора хлористого кальция или глюконата кальция с 10 мл 10% раствора глюкозы. По окончании переливания крови в катетер вводят 50 000 единиц пенициллина.

Вся эта процедура, занимающая 2—3 часа, должна проводиться с соблюдением строгой асептики, причем ребенка следует тщательно оберегать от охлаждения. В последующие дни, если количество гемоглобина и эритроцитов в крови новорожденного будет держаться на низких цифрах, необходимо повторить несколько раз переливание крови одноименной группы резусотрицательной крови, но небольшими дозами — по 30—40 мл.

Возможно переливание крови и в одну из вен (руки, ноги, головы) при одновременном удалении крови ребенка из лучевой артерии с последующей перевязкой ее.

При анемиях с резкой желтухой лучше переливать не цельную кровь, а резусотрицательную эритроцитарную массу, вводить глюкозу и небольшие дозы инсулина. В течение 15—20 дней кормить не молоком матери (так как оно содержит такие же агглютинины), а сцеженным сырым молоком другой женщины.

У ряда выживших детей с тяжелой желтушной формой анемии в дальнейшем иногда выявляются дефекты со стороны центральной нервной системы: дебильность, атетоз, параличи, атаксия и т. д.

Гемолитическая анемия, или гемолитическая желтуха, в основе которой лежит врожденная пониженная осмотиче-

ская стойкость эритроцитов, редко бывает отчетливо выражена у новорожденных и почти никогда не диагносцируется в этом возрасте.

Приобретенные анемии, наблюдаемые у новорожденных, возникают главным образом в результате значительных кровотечений после рождения ребенка; значительно реже кровотечения бывают во время родов.

Необходимо устранить кровотечение, если это возможно (лучше перевязать остаток пупочного канатика, прижечь пупочную ранку и т. д.), перелить кровь в вену или синус новорожденного (30—100 мл, в зависимости от размеров кровопотери) и назначить средства, повышающие свертываемость крови, — витамин К, аскорбиновую кислоту, хлористый кальций и др.

Другие заболевания крови у новорожденных наблюдаются очень редко.

11. Мочеполовые органы

Пороки развития почек сравнительно часты и разнообразны. Чаще других встречается недоразвитие почек, подковообразная почка, врожденный гидронефроз, кистовидная почка и др.

Со стороны наружных половых органов у мальчиков особенно часты фимоз, задержка опускания яичек, водянка яичка, сращение крайней плоти с головкой полового члена, эписпадия, гипоспадия и др. У девочек приходится видеть атрезию вульвы.

При этих дефектах развития часто требуется хирургическое вмешательство, спешить с которым в первые же дни нет никакой необходимости, если они не вызывают затруднений мочеиспускания.

При псевдогермафродитизме решить вопрос о поле ребенка бывает не всегда легко.

Из приобретенных заболеваний у новорожденных девочек приходится иногда наблюдать гонорройный вульвовагинит (vulvovaginitis gonorrhoica) и дифтерию наружных половых органов.

В первом случае показаны пенициллин и сульфонамидные препараты, во втором — внутримышечное введение и местное применение противодифтерийной сыворотки.

Острые нефриты и пиэлоциститы хотя и встречаются у новорожденных, но большого практического значения не имеют.

12. Токсические и инфекционные заболевания

Из инфекционных заболеваний внутриутробного происхождения практическое значение имеет врожденный сифилис. Заражение происходит главным образом плацентарным путем внутриутробно; инфекция проникает в организм ребенка чаще всего через пупочную вену, реже — по лимфатическим путям пупочных сосудов. Возможность герминативного способа передачи инфекции теоретически допустима, но вряд ли имеет практическое значение. К врожденному сифилису обычно относят и редкие случаи заражения плода больной матерью во время родов.

Ребенок может родиться в срок с хорошим весом и чаще всего без характерных для врожденного сифилиса признаков со стороны наружных покровов и внутренних органов. В более тяжелых случаях беремен-

ность заканчивается рождением мертвого плода с различными признаками висцерального сифилиса; иногда рождается мацерированный плод. В случаях менее тяжелых может родиться недоношенный ребенок или доношенный, но с признаками врожденной слабости и с бо́льшим или меньшим количеством признаков, характерных для врожденного сифилиса.

К признакам, наиболее характерным для врожденного сифилиса, надо отнести следующие: диффузный поверхностный сифилид, обнаруживаемый на коже лица, главным образом в окружности рта и носа (rhagades), инфильтрация кожи подошв и ладоней, иногда с крупнопластинчатым шелушением (psoriasis plantaris et palmaris), паронихии, сифилитический пемфигус, преимущественно локализующийся на ладонях и подошвах, макуло-папулезные сифилитические экзантемы, чаще всего локализующиеся на лице и конечностях, упорный сифилитический насморк, микрополиаденит, остеохондрит и периостит, обнаруживаемые на рентгенограмме, большая печень и большая селезенка.

Для правильного и раннего диагноза имеет значение не только правильная оценка этих и других объективных признаков, но и правильно собранный и хорошо проанализированный анамнез, данные объективного исследования матери, отца, братьев и сестер новорожденного и состояние плаценты.

Отрицательные реакции Вассермана и осадочные реакции с кровью новорожденного не дают права отрицать врожденный сифилис.

Предсказание тем серьезнее, чем раньше произошло заражение плода, чем раньше, резче и тяжелее выявились у ребенка признаки сифилиса, особенно висцерального.

Профилактика: своевременное лечение родителей и энергичное лечение матери в период беременности имеют особенно большое значение.

Лечение должно быть комбинированным — пенициллином, неосальварсаном, препаратами ртути и висмута. В период новорожденности не следует назначать втирания серой ртутной мази.

Врожденный туберкулез. Возможность внутриутробного инфицирования плода туберкулезом не вызывает сомнений, но диагносцировать его в период новорожденности удается крайне редко. В первые дни жизни объективно отмечается обычно ничем необъяснимая общая вялость ребенка, плохое нарастание веса, как будто беспричинные колебания температуры. Причину этих неопределенных явлений можно заподозрить при наличии у матери активного туберкулезного процесса.

Даже при наличии такого подозрения объективные данные исследования ребенка в большинстве случаев позволяют говорить лишь о паратуберкулезном состоянии. Клинические проявления туберкулеза отдельных органов или, что бывает чаще, милиарного туберкулеза удается диагносцировать значительно позже, в возрасте 2—3 месяцев.

Диагноз «врожденный туберкулез» оказывается достоверным лишь при положительной туберкулиновой пробе или бесспорных клинических проявлениях уже новорожденного или при возможности вполне определенно исключить инфицирование ребенка после рождения.

Лечение врожденного туберкулеза — задача весьма неблагодарная. Ребенку надо обеспечить правильное питание сцеженным женским

молоком другой здоровой кормящей матери и широкое пользование свежим воздухом. Наряду с этими общими мерами, необходимо раннее и энергичное лечение стрептомицином.

Все внимание должно быть направлено на антенатальную профилактику врожденного туберкулеза, что практически сводится к предупреждению беременности у женщин с активными формами туберкулеза, к своевременному лечению их и т. д.

Доказана также возможность внутриутробного инфицирования ребенка корью, скарлатиной, брюшным тифом, паратифами, малярией и другими инфекциями, передаваемыми больной матерью гематогенным путем через плаценту.

Несравненно большее практическое значение имеют заболевания, связанные с инфицированием новорожденного ребенка во время родов или после рождения.

Для этих детей характерна неодинаковая резистентность их к различным инфекциям. Они обычно не заболевают корью, коревой краснухой и скарлатиной, но несколько более восприимчивы к ветряной оспе и эпидемическому паротиту; дифтерия у них протекает своеобразно в виде поражения главным образом носа, реже — пупочной ранки и наружных половых органов у девочек. Новорожденные болеют коклюшем, вирусным гриппом, катарром верхних дыхательных путей, паразитарными тифами, брюшным тифом и различными формами салмонеллезов (паратифы), а также дизентерией.

На профилактику этих заболеваний надо обращать большое внимание и при обслуживании новорожденных детей.

Ребенок, начиная с первых дней жизни, очень легко инфицируется туберкулезом; в отделении новорожденных и в родовой палате не должны работать лица даже с неактивными формами туберкулеза; мать с активным туберкулезом не должна кормить своего ребенка и не должна приходить с ним в контакт в течение 6—7 недель; в продолжение этого же срока детей из палаты новорожденных нельзя выписывать в туберкулезное окружение. К этому времени у ребенка вырабатывается некоторый иммунитет к туберкулезу под влиянием вакцинации, которой в обязательном порядке должны подвергаться все новорожденные. Вакцинация против туберкулеза вакциной БЦЖ проводится согласно инструкции, утвержденной Министерством здравоохранения СССР 25 августа 1951 г.

Новорожденные особенно предрасположены к сепсису; под ним надо понимать общее заболевание, вызываемое бактериемией или бактериотоксемией. Возбудителем заболевания чаще всего бывают стрептококки, стафилококки, пневмококки, кишечная палочка, бактерии группы салмонелл и др.

Наиболее часто входными воротами оказываются остаток пупочного канатика и пупочная ранка, случайные повреждения кожи и слизистой полости рта, слизистая кишечника, дыхательных путей и т. д.

Клиническая картина сепсиса может быть весьма различна; большей частью никакого параллелизма между интенсивностью местных явлений в области входных ворот и тяжестью общих септических явлений не наблюдается. Надо обращать внимание на общее состояние ребенка. Дети при сепсисе становятся вялыми, теряют аппетит, плохо берут грудь, кривая веса начинает снижаться или вес упорно остается без перемен, появляются срыгивания, рвота и диспептические явления. Кожа теряет свою эластичность, становится бледной, иногда

приобретает серовато-цианотичный оттенок, в других случаях отчетливо желтушна. Сравнительно часто присоединяются геморрагические явления: кожные кровоизлияния, пупочные, желудочно-кишечные кровотечения и т. д. Температура теряет свое постоянство, часто появляются неправильные субфебрильные или более значительные колебания; иногда температура тела остается нормальной. Общее число белых кровяных телец может колебаться в широких пределах; почти всегда имеется нейтрофилез со сдвигом влево и эозинопения. Печень и селезенка обычно увеличены. Иногда в клинической картине наиболее отчетливо выступают мозговые явления — судороги, беспокойство и т. д., у других же детей превалируют симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, легких и т. д. Септическая инфекция может сопровождаться появлением различных гнойных очагов. Если преобладают общие явления, можно говорить о *септицемии*, если преобладают местные процессы (флегмоны, эмпиемы суставов, гнойный отит и т. д.), надо говорить о *пиемии*.

Течение сепсиса также весьма разнообразно; иногда заболевание протекает медленно, затягиваясь на недели, в других случаях — молниеносно и в течение нескольких дней, а иногда даже и часов может закончиться смертью.

Предсказание всегда серьезное; при пиемической форме лучше, чем при септицемической.

Лечение трудно, но не безнадежно; оно должно быть возможно ранним и комплексным. Показано раннее назначение пенициллина (до 50 000 единиц на 1 кг веса), стрептомицина (15 000—30 000 единиц на 1 кг веса) — при колибациллярном сепсисе, салмонеллезных инфекциях, при палочке Пфейфера и др.), стрептоцид (0,2 на 1 кг веса), сульфадиазин, сульфатиазол, сульфадимезин и другие сульфонамидные препараты. Гемотерапия. Трансфузии крови. Глюкозотерапия (5% раствор подкожно, 10—30% внутривенно). При пиемических формах — раннее хирургическое вмешательство. Симптоматическая терапия.

Профилактика. Правильное ведение родов, правильное питание и правильный уход за новорожденным. Не допускать к уходу за новорожденными лиц, имеющих даже незначительные гнойные процессы (фурункулы, панариции и т. д.), строжайшим образом соблюдать в родильном доме все правила санитарно-гигиенического режима. При возникновении септических заболеваний новорожденных необходимо закрыть родильный дом и провести тщательную дезинфекцию и чистку всех помещений.

Большого внимания заслуживает своеобразное *токсико-септическое* состояние, развивающееся у новорожденных под влиянием бактериемии и токсемии, вызываемых большей частью бактериями кишечной группы. Это исключительно тяжелое состояние. Обычно почти одновременно заболевает несколько детей, и, если своевременно не принять надлежащие меры, заболевание принимает характер эпидемической вспышки.

Клиническая картина в большинстве случаев достаточно типична. После неясных предвестников — общей вялости, плохого сосания груди, срыгивания после кормления — заболевание развивается бурно: вес ребенка резко снижается, быстро выявляется тяжелая картина обезвоживания, кожа сразу становится бледной с серовато-цианотичным оттенком. Дети отказываются от груди. На этом фоне токсикоза обычно выявляются гастроэнтеритные симптомы, а в наиболее тяжелых случаях отчетливо выступают симптомы септицемии: умеренное повыше-

ние температуры ремиттирующего характера, обычно лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом влево, белок и небольшое количество лейкоцитов в моче, а иногда и эритроциты, гиалиновые и зернистые цилиндры.

В тяжелых случаях этот токсико-септический синдром выявляется сразу и быстро усиливается; желудочно-кишечные симптомы в отличие от токсической диспепсии и токсической дизентерии у детей раннего возраста, как правило, не нарастают, а скорее отступают на задний план. В разгар заболевания обычно присоединяется пневмония, отит, иногда явления энцефалопатии.

Стул чаще всего имеет яркую желтую, цвета охры, окраску, иногда равномерную консистенцию, чаще же неравномерную. В других случаях стул бывает с примесью яркой зелени, напоминающей болотную тину; иногда бывают незначительные прожилки крови.

Копрограмма может быть иногда совершенно нормальной, но чаще указывает на наличие слизи, умеренного количества лейкоцитов и единичных эритроцитов.

Заболевание протекает бурно, резко нарастают явления токсикоза и эксикоза, и в тяжелых случаях ребенок погибает через 3—4 дня при явлениях нарастающей общей адинамии.

Летальность при этом токсико-септическом заболевании достигает иногда 30—33%.

Возбудителем заболевания бывают различные представители бактерий кишечной группы: разновидности кишечной палочки (палочка Новгородской «408», палочка «ТС» Выгодской и др.) и различные представители салмонелл (палочки Бреслау, Гейдельберга и др.). В некоторых случаях этиологическую роль, повидимому, могут играть и стафилококки, на что указывает И. А. Штерн.

На секции обнаруживаются дегенеративные изменения всех паренхиматозных органов, более или менее отчетливо выраженные катаральные явления со стороны слизистой пищеварительного тракта, иногда тяжелые некротические эзофагиты и гастроэнтериты. Поражения толстого кишечника наблюдаются реже. Бронхопневмония и отит, обычно осложняющие заболевание, — почти постоянная находка на секции.

Патогенез не может считаться окончательно установленным; надо думать о первичном нарушении процессов желудочно-кишечного переваривания вследствие дефектов вскармливания, под влиянием чего повышается вирулентность патогенных и факультативно-патогенных бактерий.

Профилактика сводится к тому же, что было указано выше в отношении сепсиса: высокий санитарно-гигиенический уровень всего родильного дома, строгий, почти асептический подход к каждому новорожденному, безупречная личная гигиена и высокая общая и медицинская культура обслуживающего персонала. Необходимо обращать особое внимание на гигиену питания детей и без действительной необходимости не допускать вскармливания новорожденных сцеженным пастеризованным женским молоком или искусственными молочными смесями.

Заболевших детей надо строго изолировать, а контактировавших с ними детей ни в коем случае не соединять с вновь родившимися. В большинстве случаев необходимо временно закрыть родильный дом и произвести полную его дезинфекцию.

Лечение. Раннее назначение стрептомицина, вводимого на слизистую носа или внутримышечно в количестве 15 000—20 000 единиц на 1 кг веса тела. Надо испробовать синтомицин, назначаемый в удар-

ной дозе (0,03 на 1 кг веса, 2 порошка через час) с последующей обычной дозировкой (по 0,02 на 1 кг веса). 4 раза в день в течение 6—7 дней. Обильное введение 4,5% раствора глюкозы per os, подкожно или внутривенно; внутривенное введение плазмы крови (трансфузии крови лишь после устранения явлений эксикоза), сердечные, адреналин и другая симптоматическая терапия. Осторожное вскармливание сырым женским молоком; по возможности раннее возобновление прикладывания ребенка к груди матери.

Весьма важным заболеванием новорожденных является гонорройный конъюнктивит (ophthalmoblenorrhoea neonatorum), вызываемый гонококками Нейссера. Заражение происходит обычно от матери во время родов и значительно реже после рождения в результате грубых дефектов ухода.

На 3—4-й день жизни появляются сначала серозные, потом серозно-кровянистые и, наконец, чисто гнойные выделения из глазной щели. Веки воспалены, отечны, сильно инфильтрированы, почти тверды. При запоздалом и неправильном лечении воспалительный процесс легко переходит на роговицу, подвергающуюся изъязвлению, что ведет к последующему помутнению при рубцевании, а в более тяжелых случаях даже и к прободению ее. Часто нарушается и общее состояние ребенка.

Необходимо раннее установление диагноза, что обеспечивается обязательным исследованием при всяком конъюнктивите отделяемого глаза на гонококков. Надо исключить гнойные и катарральные конъюнктивиты негонорройного происхождения.

Лечение. Уменьшить воспалительную инфильтрацию и отечность холодными примочками, сменяемыми каждые 5—10 минут. Возможно тщательнее удалять гнойный секрет, для чего конъюнктивальный мешок промывать раствором марганцовокислого калия (1 : 1 000) или раствором пенициллина (в 1 мл 10 000—20 000 единиц), или раствором цианистой ртути (1 : 5 000). При промывании не травмировать роговой оболочки!

Один или два раза в день конъюнктиву смазывают 1—2% раствором азотнокислого серебра или 10% раствором протаргола с последующим обмыванием физиологическим раствором поваренной соли. Внутримышечные инъекции пенициллина. Внутримышечные инъекции молока (0,5—1 мл через день или ежедневно). Внутрь сульфонамидные препараты. При язвах роговицы эзерин.

При поражении только одного глаза обратить особое внимание на защиту другого. Всегда необходима консультация с офталмологом.

Правильно проводимая профилактика гонобленорройного конъюнктивита по Матвееву-Креде надежно предохраняет новорожденного ребенка от этого серьезного заболевания. Как было указано выше, каждому новорожденному немедленно после рождения вводят в конъюнктивальный мешок каждого глаза по 1 капле 2% или по 3 капли 1% раствора азотнокислого серебра. Надо обращать внимание, чтобы капли попадали действительно на конъюнктиву, а не на кожу век и чтобы раствор ляписа был свежим и хранился в темной склянке.

Введение серебра вызывает небольшой конъюнктивит, который очень быстро проходит без всякого лечения.

Столбняк новорожденных (tetanus neonatorum) в настоящее время встречается исключительно редко. Инфекция обычно проникает через остаток пупочного канатика или через пупочную ранку, которые внешне могут оставаться совершенно неизмененными.

Ребенок становится беспокойным, перестает брать грудь; затем выявляется тризм, и лицо ребенка принимает характерное выражение (facies tetanica). В дальнейшем присоединяются общие тетанические судороги.

Предсказание всегда очень серьезное.

Профилактика. Правильное обслуживание новорожденного в условиях родильного дома исключает возможность заражения ребенка столбняком.

Лечение. Возможно раннее введение противостолбнячной сыворотки (100—250 АЕ), клизмы с хлоралгидратом, препараты кальция. Симптоматическая терапия. Тщательный уход и правильное вскармливание.

Б. РОДОВЫЕ ТРАВМЫ

К «физиологическим» родовым травмам надо отнести так называемую родовую опухоль и небольшие точечные кровоизлияния на коже и конъюнктивах, возникающие в результате повреждения капилляров вследствие венозного застоя при прорезывании головки во время родов.

Родовая опухоль — отечность мягких покровов предлежащей части ребенка. Чаще всего она располагается на головке новорожденного в области темени или затылка (caput succedaneum). Родовая опухоль сразу же после рождения ребенка начинает быстро уменьшаться и через 2—3 дня исчезает. Кровоизлияния держатся 8—10 дней.

Различие между этими невинными и безвредными для дальнейшего развития ребенка «физиологическими» травмами и истинными родовыми травмами незначительно.

Травмирование новорожденного ребенка имеет место не только при патологических родах и различных акушерских оперативных пособиях, но бывает даже и при нормальных родах. Травма, полученная ребенком во время родов, может отражаться на всем дальнейшем физическом и нервно-психическом его развитии. Снижение травмирования новорожденных в родах — одна из наиболее неотложных задач, стоящих перед акушерами. Бережное ведение нормальных родов и дальнейшее улучшение техники родоразрешения в патологических случаях обеспечат правильное решение и этой важной задачи.

Однако не всегда удается точно установить, получена ли ребенком та или другая травма во время родов или она возникла раньше, еще в период внутриутробного развития.

Родовые травмы могут быть крайне разнообразными. Укажем наиболее частые из них.

Следы давления родовых путей матери на мягкие ткани и кости новорожденных особенно часто удается обнаружить на голове в виде кровоизлияний, поверхностных ссадин и более глубоких некрозов и костных вдавлений.

При наложении щипцов и других акушерских пособиях часто встречаются повреждения кожи и мягких тканей. По размерам, глубине и тяжести они бывают крайне разнообразны, начиная от ничтожных поверхностных ссадин и до глубоких рваных ран в области волосистой части головы, губ, носа, век и т. д.

Даже поверхностные повреждения наружных покровов очень опасны для новорожденного, так как они нередко становятся входными воротами инфекции. На рваные раны нельзя накладывать швы. Показаны

стерильные сухие повязки или повязки со стерильными мазями — стрептоцидной, висмутовой и т. д. Одновременно, даже при отсутствии признаков общей септической инфекции, целесообразно назначать курс пенициллинотерапии (per os или внутримышечно) или стрептоцид.

Внутримышечные кровоизлияния чаще всего наблюдаются в области m. sterno-cleido-mastoideus. В области поврежденной мышцы определяется ограниченная припухлость с некоторой отечностью окружающих тканей. Иногда имеется полный разрыв мышцы; мышца противоположной стороны сокращается и прощупывается в виде плотного тяжа. Голова ребенка наклонена в сторону и несколько повернута вокруг своей вертикальной оси. Кровоизлияние рассасывается в течение нескольких недель и на месте разрыва образуется рубец, от обширности которого зависит степень укорочения мышцы и стойкость кривошеи.

Надо диференцировать от внутриутробно возникшей кривошеи (caput obstipum congenitum), что не всегда бывает возможно.

Под влиянием тепла, легкого массажа, корригирующего положения головы, а в дальнейшем осторожных пассивных движений часто удается добиться совершенно правильного положения головы.

К наиболее частым родовым травмам надо отнести поднадкостничное кровоизлияние в области костей черепа, так называемую кровяную опухоль головы (kephalhaematoma externum). В области одной, реже нескольких плоских костей черепа (чаще всего теменных или затылочной) определяется упругая, флюктуирующая опухоль, несколько увеличивающаяся в течение первых дней жизни.

Кожа над опухолью не изменена и подвижна. Для кефалгематомы характерно, что она никогда не переходит за границы швов и резко отграничивается от соседних костей плотным валиком; гематомы на двух смежных костях никогда не сливаются. Эти диагностически важные особенности наиболее отчетливо выступают на 2—3-й день жизни ребенка, когда исчезает маскирующая ее родовая опухоль (caput succedaneum), от которой и надо диференцировать кефалгематому.

Кровяная опухоль постепенно рассасывается и совершенно исчезает к 2—3 неделям; очень большие кефалгематомы могут обнаруживаться дольше в виде пограничного валика или выпячивания в области поврежденной кости.

Кефалгематома лечения не требует. При редко наблюдаемом вторичном нагноении показан широкий разрез, промывание полости раствором пенициллина, введение пенициллина внутрь или внутримышечно и наложение повязки.

Вследствие родовой травмы возникают у новорожденных также и внутричерепные кровоизлияния. Они могут быть весьма различны и по локализации, и по размерам. При экстрадуральной локализации кровь скопляется между внутренней поверхностью кости и твердой мозговой оболочкой (kephalhaematoma internum). Эта форма обычно возникает при повреждении целости костей или при наличии на них врожденных дефектов. Внутренняя кефалгематома либо не дает никаких симптомов, либо при ней обнаруживаются признаки повышенного внутричерепного давления и раздражения мозговой коры, что, конечно, зависит от места и размеров кровоизлияния.

Наибольшее практическое значение имеют субдуральные и субарахноидальные кровоизлияния. Кровоизлияния в полость желудочков и в вещество мозга встречаются

значительно реже. К внутричерепным кровоизлияниям особенно предрасположены недоношенные дети.

Клиническая картина может быть весьма различна.

При значительных кровоизлияниях, особенно в области жизненно важных центров, смерть наступает уже во время родов или сразу после рождения, обычно при явлениях нарастающей асфиксии. В других случаях, наоборот, первые клинические симптомы внутричерепного кровоизлияния выявляются несколько позже, а в момент рождения у ребенка не обнаруживается никаких признаков уклонения от нормы.

К общим, наиболее ранним симптомам надо отнести некоторое моторное возбуждение ребенка, вскоре сменяющееся сонливостью; ребенок перестает кричать, вяло сосет или даже совсем не берет грудь. Пульс замедляется сильнее обычного, иногда отмечается аритмия. Дыхание становится аритмичным, принимает выраженный характер чейнстоксова или биотовского. Наружные покровы бледны или несколько цианотичны. Терморегуляция нарушается, температура тела обычно падает и ее не удается повысить грелками и даже помещением ребенка в кувез; реже наблюдается гипертермия.

Наиболее характерным и важным симптомом являются общие судороги или судорожные подергивания отдельных мышц, чаще всего лица.

Точная прижизненная топическая диагностика геморрагий большей частью невозможна.

Прогноз всецело зависит от места и размеров кровоизлияния; при кровоизлияниях ниже tentorium cerebelli, как правило, предсказание хуже, чем при кровоизлияниях выше tentorium. Если через 3—4 дня симптомы происшедшего кровоизлияния не исчезают совсем или резко не ослабевают — предсказание плохое. В противном случае можно рассчитывать на выживание ребенка, но никогда нельзя с достаточной уверенностью исключить возможность более отдаленных тяжелых последствий — гидроцефалию, атетоз, эпилепсию, идиотизм и т. д.

В патогенезе внутричерепных кровоизлияний имеет значение не только чисто механическая травма, но и резкое изменение условий атмосферного давления на ребенка в момент рождения, а также легкая ранимость кровеносных сосудов, недостаточная способность их сокращаться и расширяться, накопление угольной кислоты в крови, степень гипопротромбинемии, состояние баланса витаминов С и К у матери и т. д.

Профилактика внутричерепных кровоизлияний у новорожденных имеет исключительно важное значение. Надо обращать внимание на правильное питание женщин в период беременности, в частности, на предупреждение С- и К-гиповитаминозов, на бережное ведение родов и на назначение витамина К женщине перед родами в количестве 20—30 мг, даваемых в 2—3 приема, а ребенку после рождения, особенно при затяжных и оперативных родах, — по 5—10 мг в день в течение 2—3 дней.

Лечение. Полный покой, не прикладывать ребенка к груди матери, а кормить сцеженным у нее сырым молоком; при расстройстве глотания кормить через зонд, на голову — холод (не допускать давления!). Внутрь витамин К по 5—10 мг в день и аскорбиновую кислоту до 100—150 мг в сутки; хлористый кальций или глюконат кальция, назначаемые в 10% растворе по 1 чайной ложке 3 раза в день. При судорогах хлоралгидрат (0,25 per clysmatem), уретан (2—3 раза в день по 0,3—0,5), люминал (2—3 раза в день по 0,005—0,01), бромиды и т. д.

При расстройствах дыхания — лобелин, цититон. Гемотерапия. Внутривенное введение плазмы крови (5—10 мл) или цитратной крови (15—20 мл). Поясничный прокол только при резком повышении внутричерепного давления. Сердечные.

Все терапевтические назначения, вызывающие боль, требуют большой осторожности и ограниченного применения, так как они вызывают беспокойство ребенка, конечно, для него весьма не безразличное.

Внутричерепные кровоизлияния — одна из наиболее морфологически выраженных разновидностей родовой внутричерепной травмы новорожденных. В очень многих случаях на секции не обнаруживается ни макроскопических, ни микроскопических кровоизлияний в мозгу и мозговых оболочках, а прижизненные клинические явления вполне соответствуют описанной картине при внутричерепных геморрагиях.

Приходится думать о сдавлении мозга, когда, так же как и при сотрясении мозга, могут отсутствовать анатомо-гистологические изменения; в этих случаях нередко надо говорить о явлениях шока, расстройствах вегетативной нервной системы, о нарушении функции жизненно важных центров продолговатого мозга.

Диференцировать при жизни ребенка внутричерепные кровоизлияния от «компрессионного синдрома», а также и от отека мозга не всегда бывает возможно.

Профилактика и терапия такие же, как и при внутричерепных кровоизлияниях.

Из других наиболее частых родовых травм надо упомянуть переломы ключиц, плечевой кости и бедра. Перелом ключицы обычно дает крайне ничтожные объективные признаки и, повидимому, не вызывает у ребенка значительных болевых ощущений. Наиболее надежный признак, но далеко не постоянный, — крепитация, воспринимаемая пальцем при легком надавливании и поглаживании вдоль ключицы. На месте перелома очень быстро образуется костная мозоль, которая рассасывается в течение нескольких первых месяцев жизни.

Лечение перелома ключицы излишне; надо избегать резких пассивных движений руки; при значительном смещении отломков нужно прибинтовать к туловищу руку, согнутую в локтевом суставе.

Переломы плеча и бедра и гораздо реже наблюдаемые переломы костей предплечья и голени диагносцируются очень легко; они всегда требуют наложения фиксирующей повязки под рентгеновским контролем.

Переломы и трещины плоских костей и основания черепа наблюдаются при наложении щипцов и других родоразрешающих оперативных вмешательствах.

Несколько чаще бывает подвывих плечевого сустава, возникающий при освобождении запрокинутой ручки, а также при внутрисуставных кровоизлияниях вследствие разрыва суставной сумки или отделения эпифиза. Во всех этих случаях необходима срочная консультация с хирургом.

У новорожденных могут возникнуть параличи вследствие родовой травмы. Почти исключительно поражается плечевое сплетение и лицевой нерв. Наблюдаются они обычно при тяжелых родах, нередко проводимых с оперативным вмешательством. Есть основания думать, что кровь при накоплении в ней угольной кислоты приобретает некоторые токсические свойства, влияющие на периферические нервы и

делающие их крайне легко ранимыми даже при незначительных травмах.

Паралич лицевого нерва (paralysis n. facialis) обычно возникает в результате сдавления при прохождении костных родовых путей, от сдавления щипцами или кровоизлиянием. Обычно сочетается с явлениями пареза n. hypoglossus, если повреждена и внутричерепная часть лицевого нерва.

Диагноз не представляет затруднений. Повреждение нерва легко диагносцируется по одностороннему сглаживанию носогубной складки, оттягиванию угла рта в здоровую сторону, невозможности закрыть глаз и отклонению языка в больную сторону. При плаче ребенка паралич делается особенно легко заметным.

Явления паралича обычно проходят в течение 2—3 недель, а иногда и скорее без всякого лечения. В более тяжелых случаях процесс восстановления затягивается на 5—6 недель и дольше. В этих случаях показано назначение витамина B_1, электризация и массаж (с 3-й недели).

Паралич плечевого сплетения (paralysis plexus brachialis) возникает вследствие сдавления, растягивания или разрыва в области спинномозговых корешков или самого сплетения.

Различают верхний паралич (тип Дюшенн-Эрба) и нижний паралич (тип Клюмпке); при первом отмечается паралич плеча и отчасти предплечья при сохраненных движениях кисти и пальцев; при втором — паралич предплечья, кисти и пальцев при сохранении движений в плечевом и локтевом суставах.

В наиболее тяжелых случаях бывает полный паралич всей конечности.

Диагноз верхнего, нижнего и полного паралича плечевого сплетения не представляет затруднений. Необходимо исключить переломы костей, параличи центрального происхождения, сифилитический псевдопаралич и полиомиэлит.

Прогноз при параличах плечевого сплетения в большинстве случаев удовлетворительный, но относительно полного восстановления функций пораженных мышц всегда надо высказываться с большой осторожностью.

Лечение. В первые дни — полный покой пораженной конечности; через 1—2 недели — легкий массаж, теплые ванны, пассивные движения; к концу месяца — электризация. С самого начала — инъекции витамина B_1. В дальнейшем возможно хирургическое лечение.

Одновременно с параличом плечевого сплетения иногда приходится наблюдать и паралич диафрагмы, проявляющийся учащением дыхания, цианозом и эмфизематозным вздутием грудной клетки. Окончательный диагноз устанавливается рентгеноскопией.

Лечение такое же, как и при других параличах.

Родовые травмы глаз и внутренних органов наблюдаются сравнительно редко, и на них мы не будем останавливаться.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абуладзе Д. А. 235, 238, 239
Агаронов А. М. 117, 119, 125, 135, 429
Адамович 492
Адо А. Д. 439
Айрапетьянц Э. Ш. 117, 120
Азлецкий Б. В. 254, 257, 260, 261, 262, 279
Александров А. А. 17
Александров А. В. 151
Александров И. 259, 264
Александров И. Н. 279
Аловский А. Д. 136, 138, 145, 151
Альфельд 288, 289
Амбар 34
Амбодик см. Максимович-Амбодик Н. М.
Амбруаз Паре 274, 318
Андреева Е. И. 55, 60, 61
Андрейчук Т. С. 308
Аничков Н. Н. 105
Ансельмино 59, 105
Арешев Г. Я. 203
Аркусский Ю. И. 16, 17, 31,
Архангельский Б. А. 117, 189, 203, 309, 320, 321, 322, 389, 390, 429
Арутюнян Г. Г. 318
Аршавский И. А. 536
Асколи 54
Асратян Э. А. 246, 251
Астринский С. Д. 13, 31
Атабеков Д. Н. 276, 277, 280
Ашгейм 157
Ашнер 57
Ашман А. А. 43, 50
Аэтий Амиденский 281

Бакшт Р. А. 117, 429
Баландин И. Ф. 203
Бандль 254, 255, 256, 390
Баскин С. С. 280
Барденгейр 489
Барр 108
Бартельс А. В. 431, 442, 471, 485, 490
Бауэр 505
Бахметьев П. П. 230, 232
Башенин В. А. 50
Бекман В. Г. 248
Белецкий Г. Н. 17, 31
Беликов П. Ф. 60, 104, 117
Белошапко П. А. 325, 345, 429
Беневская 496
Бергал М. М. 278, 280
Биренбаум Е. Л. 251
Бобров 141
Богоров И. И. 103, 117, 318
Бодяжина В. И. 102, 117
Боделок 385
Болдырева О. 117
Бондаревская Е. П. 268, 269, 279
Бономи 12
Боряковский А. Г. 333, 334
Босси 303
Боткин С. П. 5
Бородулин В. М. 5
Брауде И. Л. 123, 135, 145, 151, 222, 231, 263, 265, 271, 286, 398, 429
Брейс 338
Брендо 356
Брешуэли 17
Бржезинский В. А. 429
Бровкин Д. П. 97, 110, 111, 112, 117
Броун 38, 40
Бронштейн Р. М. 61, 101, 117
Брюно Г. Г. 156
Бубличенко Л. И. 17, 31, 129, 135, 196, 400, 446, 454, 455, 456, 479, 490
Бурденко Н. Н. 263
Бурдзинский Т. 106, 159, 160, 166
Бурученкова Ю. М. 102, 103
Бутумо В. Г. 117, 165
Бутылин А. Г. 31
Буш 337
Буяльский И. В. 296
Быков К. М. 61, 438
Быханов 139
Бялик Л. М. 510

Вавилова Н. М. 165
Вакез Г. 12
Ванина Л. В. 278, 281
Вальдман В. А. 14
Вальдман 467
Вальтард 52
Вастен 187, 389
Везалий 282
Вележева А. И. 268
Вербов Я. Ф. 234, 255, 256, 263, 269, 279, 292, 316, 317, 391, 429
Верекундов 251
Верт 536
Виноградова С. П. 12, 104, 155, 171
Виноградова Ю. А. 50
Винь 104
Вицкая А. В. 254
Вишневский А. В. 290, 305, 474, 487, 489
Владимирович Г. А. 454, 490
Власов В. Н. 96, 100, 111, 261
Войно-Ясенецкий В. Ф. 490
Войно-Ясенецкий М. В. 42
Волков Я. Н. 219, 224, 231, 430
Воскресенский Л. Н. 117
Выдрин М. Л. 221, 251, 426, 511
Вылегжанин А. И. 41, 156, 169 170, 171

Габасту 239
Галант 506
Галактинов А. И. 219, 231
Гален 281
Гальбан И. 403
Гальперин Э. А. 50
Гамбашидзе С. К. 120
Гармашева Н. Л. 11, 120
Гаусс 313
Гейнсиус 406, 410, 411
Генкель 389
Гентер Г. Г. 138, 179, 201, 216, 222, 228, 229, 230, 232, 235, 238, 239, 381, 384, 419, 429, 452
Гесберг М. К. 464
Гийсманс Ван-ден-Берг 508
Гинеиевич А. М. 110
Гиляревский С. А. 10, 17, 31
Гиммельфарб Г. И. 269
Гинзбург М. М. 231
Гинзельман 101
Гиппократ 281, 413
Гирш М. 386
Глейзер М. Д. 17, 31
Гогоберидзе Б. К. 50
Годунова Н. К. 17, 31
Гольдштейн М. Г. 276, 277, 280
Гольденберг С. М. 219, 220, 231, 272
Гольденберг 273, 280
Гончаров П. 61
Горев Н. Н. 61
Гордон 341
Горизонтов П. Д. 60
Гофбауэр 55, 59, 105
Гофман 59, 105
Гофмейер 285, 292, 318
Грамматикати И. Н. 268
Гранат Л. Н. 245
Грачев И. О. 117
Грейбо А. Д. 17, 31
Грищенко И. И. 205
Груздев В. С. 121, 135, 137, 151, 156, 158, 160, 166, 171, 183, 184, 218
Груздев В. С. 269, 284, 286, 340, 386, 429
Губанова Е. 102
Губарев А. П. 253, 293, 308, 351, 417
Гузиков П. А. 272, 273, 280
Гурьянов Г. И. 230, 232
Гусаков Л. А. 219, 250, 251, 312, 398, 399
Гутнер М. Д. 197, 198, 203, 282

Давыдовский И. В. 237, 435
Даниахий М. А. 102, 117
Даниелопуло 57
Данилевич М. Г. 50
Данилов И. В. 135
Девентер 282
Декстер 106
Делоне 239
Демелен 338, 340
Дерчинский Г. Д. 245, 247, 470
Деранкова Е. 44
Дэрфлер 284, 386
Дмитренко В. Ф. 10, 18, 31
Дмитриев А. Д. 274, 280
Довженко Г. И. 289, 290, 347
Долго-Сабуров Б. А. 61
Дульцин Я. А. 135
Дюрсен 311, 386, 403, 411

Евтухова М. Л. 8
Езиашвили И. Н. 124, 135
Елисеев А. А. 237, 251
Елкин М. В. 401
Ершова А. С. 71
Ершов С. И. 214, 216, 305

Жакемен 58
Жмакин К. Н. 239, 299, 305, 404, 407, 429, 430
Жорданиа И. Ф. 254, 266, 279, 280
Жорес 60

Завадский И. В 50
Загваздин П. А. 117, 151
Зак Р. Л. 252
Замшин А. И. 385
Занченко П. В. 398
Зейтц 123
Зеленин В. Ф. 14
Зеленский А. Ф. 500
Зельгейм 12, 386, 399, 400
Земельвейс Игнатий 431
Зенгер 385
Зигемундин 331
Зимницкий 31
Зоммер 385
Зюков А. М. 42, 50

Иванов А. А. 224, 225, 292, 313, 314, 327
Иванов И. Б. 61, 62, 63, 64, 75, 101, 117
Иванов Н. З. 183, 184, 190, 192, 193, 253, 254, 255. 256, 257, 279, 391
Иванов В. И. 231
Иванов-Смоленский А. Г. 437, 438
Иващенцев Г. А. 50
Израильсон Р. М. 155, 159, 171
Иконен М. В. 117
Иконникова Н. А. 204
Ильин Ф. Н 180, 203, 309
Илькевич В. Я. 261, 263, 279, 386, 437, 449, 451, 453, 454, 458, 490
Иорес 106
Исаева А. С. 31

Кавецкий 469
Какушкин Н. М. 138, 410, 411, 412
Калинников Я. И. 203
Канаревская А. А. 439
Кантарович Л. И. 138, 151
Каплун Э. М. 59, 105, 118, 157, 171
Кассирский И. А. 44, 50
Каутский 17
Каялова Е. А. 203
Кватер Е. И. 103
Квик 100
Кейлин С. Л. 197, 198
Кекчеев К. Х. 120
Кельман А. А. 250
Керер 385
Килланд 338, 340, 366
Кинг 17
Кипарский Р. В. 203, 430
Киреевский М. Н. 203
Кисин С. 117
Китаев 43
Кобланк 111
Кобозева Н. В. 57, 71, 117
Ковальский В. В. 55, 102
Ковнацкий 467
Коган А. А. 42, 43, 44, 50, 60, 486
Коган М. С. 230, 232
Козлов И. Ф. 275, 277, 280
Козодой-Вайнерс А. Л. 238, 251
Колосов М. А. 203, 236, 237, 238, 251, 252, 321
Кондратский 245, 250
Константинович В. 106
Кончаловский М. П. 12, 16
Копайлашвили Б. И. 103
Кораблев Г. И. 385, 430
Королева А. М. 82, 103, 117
Котельников В. Г. 97, 100, 268
Котлярова (ред.) 50
Кошкина С. И. 275
Кравец Д. А. 102, 103, 104, 118
Крассовский А. Я. 172. 173, 181, 183, 184, 191, 199, 203, 333, 394, 430
Креде 238
Крейсс 16
Крестовникова В. А. 433
Кривский Л. А. 412
Кристеллер 285, 292, 318
Кротова Л. И. 268, 279
Крупский А. И. 231 (ред.), 272, 273, 280. 405, 430
Крыжановская Е. Ф. 120
Куликовская-Туриневич А. А. 105
Кунина С. К. 117
Кунцевич А. Н. 203
Кушинг 106
Кушнир М. Г. 183, 184, 326, 331, 430
Куштанов И. Н. 140

Лагутяева А. И 234
Лазарев П. П 11, 117, 118
Лазаревич И. П. 183, 184, 199, 238, 269, 271, 276, 277, 295, 159, 334, 335, 336 339, 340, 347, 348, 351, 419, 430
Ланг Г. Ф. 9, 12, 16, 18, 38, 39, 41, 61
Ланковиц А. В. 173, 203, 230
Лебедев 413
Лебедев А. А. 105
Лебедев А. И. 385, 388
Леви М. Ф. 386
Лейбчик Ю. А. 302, 406, 408, 410, 430
Левит И. Б. 203
Левре 337, 376, 385
Легенченко И. С. 535
Лейдениус 17
Лельчук И. Я. 321
Лендис 75
Ленсфильд 470
Леопольд 345
Лещинский 469
Де Ли 284
Лиозина Е. М. 10, 31
Липман 50
Липский К. А. 219, 268
Лицын П. П. 45
Личкус Л. Г. 401, 415
Лобри 16
Логинова Н. Е. 11, 64, 102, 118
Лосицкая В. А. 42, 43, 44, 50
Лотис В. М. 118, 120
Лурье А. Ю. 17, 31, 239, 251
Лурье Р. Г. 103, 104, 118
Любарш 54
Львов И. М. 50
Ляндрес И. М. 135
Ляшапель 376

Маджугинский А. С. 299
Майзель Е. П. 102
Максимович-Амбодик Н. М. 172, 199, 282, 283, 318, 333, 339, 413, 430
Малер 458
Маликова А. М. 412
Малиновский М. С. 59, 118, 145, 151, 183, 184, 275, 280, 284, 326, 331, 342, 430
Малкина Э. С. 204
Малявинский В. М. 231, 253, 256
Маляр-Жинкина С. Х. 13
Мандельберг В. 309
Мандельштам А. Э. 59, 105, 118, 152, 157, 164, 165, 171, 250, 251
Маневич А. Е. 60, 105, 117
Маненков Н. В. 239, 240, 251,
Манурин 276, 277
Марков Н. В. 426
Марковский А. В. 430
Масс Б. Б. 168
Матвеев 555
Машбиц А. М. 280
Мацпанова О. Д. 135
Мельвиль Коди 386
Мельников Н. О. 189
Мельников Н. А. 268, 269, 270, 279
Мельбарт З. М. 9, 12, 31
Месик Р. Е. 105
Мигаловская Г. Н. 312
Микеладзе Ш. Я. 189, 203
Мильченко И. Т. 221
Миронов М. М. 118
Михаэлис 309
Моисеенко М. Д. 161, 171
Можаровская З. Г 230, 232
Морисо 58, 88, 282, 332, 376, 384
Моро 505
Мошков Б. 105, 118
Мурадян А. О. 183, 184, 203
Мухин Е. О 431, 432
Мясников А. Л. 61

Назарли С. К. 231
Негеле 337
Неговский В. А. 247, 252
Неверман 101
Неелов Н. К. 31
Нейвелер 102
Нефедов В. В. 17, 31
Никифоров М. Н. 118, 159, 171
Николаев А. П 11, 104, 121, 123, 124, 135. 207, 210, 213, 342, 537
Николаев Н. М. 118
Никонова В. И. 17, 31
Никольская А. А 61, 62
Новиков Л. М. 401
Нума Помпилий 384
Ньюбергер 341

Овчинников М. Д. 490
Огата 537
Озиандер 282, 341
Окинчиц Л. Л. 151, 173, 203, 229, 232, 424
Орлова Т. О. 203
Осповат Р. М. 224, 228, 229, 231, 232, 257
Осякина-Рождественская А. И. 123
Отт Д. О. 274, 285 293, 309, 346, 412

Павлов И. П. 61, 118, 246, 252, 437, 439, 491, 438, 473
Павлова Л. С. 9, 12, 13, 31
Панков В. Ф. 272
Панков О. 17
Панченко Н. А. 42
Пальмов А. Ф. 183, 184, 203, 276
Пальфин 333
Папков 280
Патушинская Ф. П. 224, 231
Пашутин В. В. 250, 245, 246
Пейдж 60, 106
Пенде Н. 31
Пеньков Г. В. 103
Первова А. К. 167
Персианинов Л. С. 254, 257, 260, 233, 252, 253. 279
Петров И. Р. 252, 248
Петров Н. И. 231
Петров Н. Н. 430
Петров-Маслаков М. А. 231
Петченко А. И. 252
Пигалев И. А. 439
Пинар 59
Пирогов Н. И. 250, 262
Писемский Г. Ф. 203 430
Побединский М. Н. 172, 183, 184, 189, 190, 203, 237, 264, 430
Повжитков В. А. 118, 250, 251, 252
Покровская 497
Покровский В. А. 228, 229, 232, 233, 252, 253, 279
Полонский Я. Н. 258, 430
Полотебнов С. М. 333, 338
Поляков Г. 44
Пономарев А. Ф 385, 386, 392, 430
Попова Е. Ф. 135
Порембский В. К. 160

Порро 385
Потеенко В. В. 401
Поте 104
Порт 386, 399, 400
Правосуд Ф. Г. 333, 334, 335, 336, 430
Прокофьев О. В. 309
Проховник 537
Пруц 108
Пшоник А. Т. 61

Рабинович К. Н. 228, 231, 232
Рабинович Я. С. 258
Рахманчик Л. И. 251
Рафалович С. М. 124, 135
Рафалькес С. Б. 484, 486, 490
Рахманов А. Н. 234
Рахманов 293
Рейн Г. Е. 172, 203, 282, 394, 413, 430
Рейнеке В. В. 103, 104, 118
Ренигер-Арешева М. А. 43, 50, 122, 135
Репрев А. В. 118
Репин М. М. 430
Ржехина А. Д. 203
Рихтер 385
Рогов М. Н. 237
Роговенко С. С. 268, 279
Рогозин В. И. 232
Розенталь И. С. 118
Розенфельд Д. И. 187, 203
Розенштейн 58
Романовская Е. А. 275, 280, 385, 394, 399
Рона 14
Русин Я. И. 224, 232, 313, 314, 430
Робинсон 495, 505
Рысс И. М. 12, 31

Савшинская А. В. 169
Сайкова В. В. 6, 8
Сазонов С. В. 203, 437, 442, 490
Салганник Г. М. 51, 61, 118
Самойлович Данило 385
Сапожников В. И. 247, 252
Сарыгин И. И. 490
Сафроненко Г. Д. 71
Селицкий С. А. 59, 97, 100, 111, 118, 386
Семенова Л. Н. 252
Сердюков М. Г. 50, 103
Серебров А. И. 169
Сергеев Н. Н. 308
Сигал В. Ф. 50
Силин П. С. 43
Симсон 336, 340
Сиротинин В. Н. 5
Ситников В. М. 135
Сканцонни 58
Скворцов В. И. 104
Скробанский К. К. 16, 31, 138, 183, 184, 190, 203, 228, 232, 239, 321, 419, 430
Скуя К. Я. 245, 257, 259, 262
Славянский К. Ф. 199, 268, 272, 277, 280
Ван Слайк 31
Смелли 331
Смирнов А. А. 107
Смит 59, 386, 399
Смородинцев А. А. 433, 434
Снегирев В. Ф. 164, 249, 269, 341
Соколов Ф. А. 405
Соколовская Л. С. 204
Соколовская Р. М. 278, 279, 280
Соколовская С. М. 232
Соловьев Г. 186, 216, 237, 252
Соран Эффесский 281, 318
Сперанский А. Д. 436, 438, 474, 485
Ставская Е. Я. 135
Стандер 102, 103
Старков А. В. 403
Стражеско Н. Д. 10, 16, 18, 26, 33, 38, 39, 113
Строганов В. В. 110, 111, 112, 114, 118, 239, 252, 311, 323, 343, 392
Сутугин В. В. 457
Сухинин П. Л. 12, 13, 31
Сыроватко Ф. А. 120

Тайгро В. И. 252
Тареев Е. М. 43, 45, 50
Тарнье 338, 340, 356
Тейлор 60
Тибилова Ф. Х. 55, 60, 61
Тиканадзе И. Е. 180, 203
Тимофеев А. И. 405, 429
Тимофеев В. Я. 386
Толочинов Н. Ф. 268
Торн 331
Траубе 58
Траутман 384
Трейстер 16
Трубкович М. Б. 429
Трубницкий Д. М. 304
Труссо 495
Турецкая Р. Б. 204
Туровец И. М. 13, 14
Туровец И. М. 31
Тушинский М. Д. 50
Тур А. Ф. 491

Уилт 313
Улезко-Строганова К. П. 106, 108, 118, 138, 155, 159, 171
Умнова М. А. 247, 252
Унтилов П. К. 203
Ухтомский А. А. 439

Фар 31
Федорова Е. П. 16, 17, 18
Федоров Н. А. 248
Федоров И. И. 333, 334, 430
Федоров 335, 340
Фейгель И. И. 446
Фельдман С. О. 224, 232
Фельнер 16, 17
Феноменов Н. Н. 225, 239, 271, 277, 280, 318, 325, 326, 327, 331, 336, 339, 340, 342, 351, 352, 353, 356, 357, 359, 360, 367, 368, 379, 383, 412, 414, 415, 418, 419, 421, 430
Фигурнов К. М. 290
Филатов А. 204
Филатов А. Ф. 172
Филина Е. И. 245
Фирсова К. П. 204
Флоринский В. М. 430
Фогельсон Л. И. 16
Фой А. М. 228, 231, 232
Фогт 436
Фольгард 31
Франкенштейн М. 18, 31
Франко Пьер 332
Фрей Э. 17, 18
Фреунд Р. 17
Фрерихс 58
Фридман 157
Фролов М. В. 219
Фромме 17
Фудель-Осипова С. 12, 31
Фурсиков Д. С. 118
Фюрбрингер 288

Ханина Ф. П. 102, 103, 268
Харитонов М. А. 43
Хвостек 495
Хажинский П. Х. 204
Хмеленский В. Н. 207, 210, 213, 341, 342
Холмогоров С. С. 17, 208, 209, 216, 358, 401

Цангмейстер 103, 111
Цвейфель 102
Цейтлин Л. Я. 138, 151
Цельс 281, 318
Цинс 17
Ципес Я. Л. 204
Цондек Б. 31
Цовьянов Н. А. 292, 339, 340, 350, 351, 352, 353, 366, 368
Цырульников М. Л. 219, 232

Чеботарев Д. Ф. 31, 37, 41, 113, 118
Чемберлен 282, 332
Чернышева Л. И. 118
Черток Р. А. 99, 101, 104, 111, 118, 221
Чесли 14
Чистович Н. Я. 12, 31
Чистякова 510
Чудовский В. А. 420, 421, 430
Чукалов Н. Н. 219

Шапиро И. Б. 14
Шатерник В. Н. 138, 151
Шварцман Ф. М. 31
Шепетинская А. А. 235
Шепс 60, 106
Шеришорин С. И. 481
Шляпин Ф. А. 61
Шмундак Д. Е. 217, 229
Шнейдер 17
Шморль 54
Шполянский Г. М. 60
Шредер К. 12, 31
Штадтфельд 385
Штерн И. А. 534
Шуб Р. Л. 118
Шульц 537

Эпштейн 50
Эразмус И. Ф. 333, 334, 385,
Эрдгейм 31

Юрьевский С. Г. 470, 485, 490

Ягич Н. 10, 12, 18, 31
Якобсон В. Л. 204, 430
Яковлев И. А. 17
Яковлев И. И. 16, 17, 18, 31, 105, 118, 136, 183, 184, 222, 224, 249, 266, 321, 325, 345, 429, 430
Янкелевич Е. Я. 418
Яновский И. В. 5
Ястребов 430
Яшке Р. 12, 17, 18

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аборт 119
— влияние на преждевременные роды в последующем 124
— предлежание плаценты 219
— септическая инфекция 433
— криминальный 433, 434, 464
— при брюшном тифе 48
— — возвратном тифе 48
— — гриппозных заболеваниях 46
— — скарлатине 47
— — сыпном тифе 48
— экзогенный сепсис
— искусственный 292—302
— — медицинские показания 132—134
— — необходимый инструментарий и медикаменты 294
— — подготовка к операции 293—294
— — показания и противопоказания 292—293
— — противопоказания 134
— — поздний 300
— — — методы операции 301—302
— — — показания к нему 300
— лихорадочный 128
— — лечение 130
— многократный, осложненный инфекцией, и недостаточность родовых сил 341
— начавшийся 127
— — лечение 130
— неполный 127, 145, 197
— осложненный 129
— — лечение 131
— поздний 127
— — влагалищное кесарево сечение 404
— полный 127
— — лечение 130
— привычный 125
— ранний 126
— самопроизвольный 126—131
— — лечение 129—131
— септический 128, 129
— трубный 137, 140, 142, 143
— угрожающий 126
— — лечение 130
— шеечный 127
— см. также *Выкидыш, Прерывание беременности искусственное, самопроизвольное*
Абортцанг, применение для опорожнения полости матки 134
Абсцесс легкого при септицемии 463
— матки 449
— околососкового кружка 487
Абуладзе метод выделения последа 235
Авитаминоз, прерывание беременности 123
Агафонова ложка для разрушения мозга при краниотомии 416
Агония рожениц как показание к кесареву сечению 389, 392
Агранулоцитоз при применении сульфаниламидов 480
Адаптивные энзимы 441
Аднексит 442
Адреналин при воспалении легкого у новорожденных 540
Адреналиновая проба 57
Аккомодационная способность сосудистой системы 243
Актиномицет 482
Акушерка 287
— перечень оперативных вмешательств, которые она должна уметь производить при самостоятельной работе 285
Акушерская помощь в России в начале XX века 282—284
— — — СССР в 1939—1951 гг. 284
Акушерские операции и пособия, классификация 291—292
— — лишь с согласия больной и ближайших родственников 287
— — отличие их от общехирургических операций 286
— — и подготовка к ним 288—289
— — — — рук хирурга 288
— — — показания к ним 285—288
— — родоразрешающие 332—412
— свищи см. *Свищи акушерские*
— щипцы см. *Щипцы акушерские*
Акушерский зев 310
— инструментарий 287
— поворот см. *Поворот акушерский*
Акушерство оперативное, краткие исторические данные 281—285
— ультрахирургическое направление (США, Германия и др.) 284
Акцентуация тонов сердца при беременности 10
Аллергены 439
Аллергическое состояние 439
Аллергия 439, 440
Альбуминурия в этиологии преждевременной отслойки плаценты 228
— при нефропатии беременных 79, 84
— — токсикозах 63
— — эклампсии 100
Аменоррея в этиологии плотного прикрепления плаценты 237
— после выскабливания матки 300
— при гриппозных заболеваниях 46
Амилаза в крови новорожденных 497
Аммарген при септической инфекции 480
Амнезия при эклампсии 110
Амниотический пупок 530
Ампутация матки 419
— — подвлагалищная при преждевременной отслойке плаценты 229
— — — — плотном прикреплении плаценты 237
— — — — разрыве матки 265
Анафилаксия 55, 439
— сравнение с эклампсией 54, 55
Анафилактический шок 55
— — после инъекции лошадиной сыворотки 439
Ангидраза угольная в крови новорожденных 497
Ангиомы истинные у новорожденных 526
Ангиохолит 7
Анемический шок 244
Анемия гемолитическая новорожденных 549
— — (врожденная) 548
— — при применении сульфаниламидов 480
— гипохромная при малярии у беременных женщин 43
— острая, терапия 245—248
— пернициозная, прерывание беременности 122
— постгеморрагическая после операции кесарева сечения, переливание крови 401
— при беременности 10
— приобретенная у новорожденных 550
Анестезирующий раствор по Вишневскому, пропись раствора 290
Анестезия, методы 289—290
— при выходных щипцах 347
— — кесаревом сечении 392
— срамного нерва, наложение щипцов при заболевании туберкулезом легких и других заболеваниях легких 347
— инфильтрационная 289
— при перинеотомии 310
— — наложении щипцов 347
— паравагинальная 289, 290
— по А. В. Вишневскому при операции по поводу внематочной беременности 305
— — Довженко (паравагинальная) 289
— проводниковая 289
— — при наложении швов 347
— — техника 289, 290
— спинномозговая для ускорения раскрытия зева матки 311
— — при акушерских операциях 289
— — — операции по поводу внематочной беременности 305
Анкилозы различных суставов у новорожденных 532

Антиацидотическая терапия при газовом сепсисе 480
Антибиотики 386
— лечение послеродовых септических заболеваний 442, 443, 444
— при абсцедирующем мастите 487
— — остром разлитом перитоните 460
— — параметритах 453
— — предлежании плаценты 219
— — септической инфекции 481, 482
— — тромбофлебитах 459
— — ведении родов 472
Антропометрические показатели у доношенных новорожденных 494
Анурия при газовой инфекции 464
Аплазия кожи и подкожной клетчатки у новорожденных 526
Апноэ новорожденного 498
Апоплексия маточно-плацентарная 227
Аппендицит и трубная беременность (отличительные признаки) 146, 147
Аранциев проток 498
Аритмия дыхательная при беременности 10
Артериальное давление, «критический» его уровень 40
— — при предлежании плаценты 221
Артериит (пупочных сосудов) у новорожденных 531
Артерио-венозное нагнетание крови при умирании организма вследствие смертельной кровопотери 247
Асептика при ведении родов 472
Асинклитизм 194
Асинклитическое вставление при общесуженном плоском тазе 196
Асинклитическое передне-теменное наклонение (или вставление) 194
Аскорбиновая кислота в методе борьбы с асфиксией плода по А. П. Николаеву 342
— — при атрезии желчных ходов 547
— — — мелене 546
Асимметричная форма головки плода при плоско-рахитическом тазе 195
Асфиксия новорожденных 534—536
— — профилактика 537
— плода 197, 198, 371, 382
— — наложение щипцов 341, 342
— — при предлежании плаценты 221
— — профилактика 216
— — — по Хмелевскому-Николаеву 372
— — — — ведение родов в тазовом предлежании 375
— — внутриутробная, профилактика по Хмелевскому-Николаеву 210, 213
Асцит 381
Ателектаз легких у новорожденных 538
Атетоз у новорожденных 533
Атрезия заднего прохода 542
— кишечника 542
— пищевода 542
— прямой кишки 542
Атропин сернокислый 315
— — инъекции при введении металлических расширителей 295
Аускультация брюшной полости в диагностике воспаления брюшины 454
Аутогемотерапия при послеродовом мастите 489
Афты беднаровские у новорожденных 542, 543
Ацетилхолин 242
Ацидоз при нефритах беременных 82
— — эклампсии 104
Аэрофагия 544

Бабинского рефлекс 505
Базедова болезнь, искусственное прерывание беременности 6
Базиотриб 417
Базиотрипсия 417
Бактериемия при послеродовых заболеваниях 466
Бактериофаги при септической инфекции 483
Баллон скрипкообразный при метрейризе 301
Баночная проба 467
Барбамил, лечение рвоты беременных 71
Барденгейера разрез при послеродовом мастите 489
Барорецепторы 437
Бауэра рефлекс ползания 505
Бацилла Пфейффера 538
— Френкеля 538
Бедро, перелом у новорожденных 589
Безредка сыворотки при септической инфекции 483
Бели при хорионэпителиоме 165
Белковый метаморфоз, повышение его после кровопотери 245
Белковый обмен при эклампсии 102
Беременность, влияние на кровообращение здоровых женщин и женщин, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы 8—33
— бруцеллез 49
— брюшной тиф 48
— вирусный грипп 46—47
— внутренние болезни 5—8
— возвратный тиф 48
— гипертоническая болезнь 37—41
— дизентерия 49
— дифтерия 48
— заболевание почек 33—37
— инфекционные заболевания 42—50
— корь 47
— комбинация с заболеванием сердечно-сосудистой системы 5
— малярия 42
— скарлатина 47
— сыпной тиф 48
— брюшная 136, 137, 138
— внематочная 136—151, 305—308
— — диагноз, диференциальный диагноз 145—148, 150
— — инфицированная, операции 306
— — классификация по месту прикрепления околоплодного яйца 136
— — лечение 148
— — нарушенная (прервавшаяся) 142—145
— — ненарушенная (развивающаяся) 141, 142
— — необходимые инструменты и материалы 305
— — операции 305
— — поздних сроков 151—151
— — поздняя, операция 307
— — распознавание редких форм 147
— — рентгенодиагностика 145
— — сочетание с внутриматочной 138
— — частота 138
— — чревосечение 148
— в рудиментарном роге 136, 137, 138, 148
— замершая 153
— интерстициальная 147
Беременность межуточная или интерстициальная 147
— многоводная, пузырный занос, диференциальная диагностика 156
— многоплодная в этиологии преждевременной отслойки плаценты 228
— — эклампсия 97
— — прерывание 124
— недоношенная, влагалищное кесарево сечение 405
— — кесарево сечение при срочном родоразрешении 303
— — метрейриз при срочном родоразрешении 303
— переношенная, операция метрейриза 311
— трубная 136, 137
— — и аппендицит (отличительные признаки) 146—147
— — классификация по месту внедрения яйца в трубе 136
— — клиническая картина, симптоматология и диагностика 141—145
— — патологоанатомические изменения 140
— — этиология 139—140
— — ампуллярная 136, 137
— — интерстициальная или межуточная 136
— — истмическая или перешеечная 136
— — межсвязочная 137
— — многоплодная 139
— трубно-яичниковая 137
— яичниковая 136, 137, 148, 306
Бесплодие вторичное после операции выскабливаний матки 300
Бидерта смесь для докорма новорожденных 520, 521
Бинт Вербова 201, 316
— — показания к применению 316
— — техника применения 317
Биологический контроль при хорионэпителиоме 170
Биша комочки в толще щек у новорожденного 501
Бленоррея, профилактика ее у новорожденных по Матвееву-Креде 510
— пупка у новорожденных 530
Близнецы 493
Болезнь Литтля 533
Боли в области сердца при беременности 9
Боннер-Строганова метод пальцевого расширения шейки матки 311
Боряковского акушерские щипцы 333, 335—336
Босси расширитель 311
Боталлов проток 499
Брэкстон-Гикса поворот акушерский 224, 267, 271, 312, 313, 319, 327, 328, 329
Брефотом Лазаревича 419
Бронхит у новорожденных 540
— — — капиллярный 540
Бронхопневмонии первичные у новорожденных 538
Бруцеллез и беременность 49
Брюшина, ранение при влагалищном кесаревом сечении 412
Брюшной тиф и беременность 48
— — прерывание беременности 122
Бульбарный паралич как показание к кесареву сечению 405
Бужирование при позднем аборте 300
— — форсированном родоразрешении 303

Ваготония 57
Вазопрессин 65
Вальдмана баночная проба 467
Ванночка Креде 523
Вассермана реакция 551

Вастена прием при наружном исследовании таза 187, 201
Вейль-Феликса реакция 465
Вербова бинт для брюшных стенок 316
Верта способ искусственного дыхания 536
Вес при чрезмерной рвоте беременных 68
Видаля реакция 465
Витамины в терапии нарушений лонного сочленения таза 279
— дефицит их в организме при септической инфекции 476
Витамин В при методе усиления родовой деятельности по В. Н. Хмелевскому 342
— К при атрезии желчных ходов 547
— — — мелене 546
Влагалище, гематома см. *Гематома влагалища*
— опухоль как показание к кесареву сечению 388, 389
— разрыв при узком тазе 192
— рубцовые сужения, показание к кесареву сечению 388
— стенозы, показание к кесареву сечению 388
— топографо-анатомические отношения влагалища и мочевого пузыря 404
Влагалищное исследование при предлежании плаценты 222
Внематочная беременность см. *Беременность внематочная*
Внеоболочечные вливания жидкости при позднем аборте 301, 302
— — — противопоказания 302
Внешняя среда, влияние на детей раннего возраста 591
Внутренние болезни и беременность 5—8
Внутреннее исследование при послеродовых заболеваниях 475
Внутриутробное развитие 491
Водно-солевой обмен при нефропатиях беременных 82
Водный баланс при токсикозах 52
— обмен при эклампсии 104
Водянка беременных 74—77
— — диагноз и диференциальный диагноз 76
— — диэтотерапия 89, 90
— — лечение 89, 90
— — симптоматология 74—76
— — классификация (четыре степени) 74
— головки врожденная 533
— яичка у новорожденных 550
Возвратный тиф, беременность 48
Волчья пасть 542
Воронкообразный таз 368
Воспаление легких 538—540
Вскармливание недоношенных детей 523—524
— — — искусственное 525
— — — смешанное 525
— новорожденных естественное 514—519
— — затруднения и со стороны ребенка при вскармливании грудью 519
— — искусственное 520, 521
— — при острых и хронических заболеваниях матери 518
— — смешанное 520
— — сцеженным женским молоком 519
Вставления неправильные, показание к кесареву сечению 389, 392
Вращательно-поступательные (турбинальные) движения в трубах 139
Вульва 434
— гематома см. *Гематома вульвы*
Вульвит 442, 445
Бульвовагинит гонорройный у новорожденных девочек 550
Вывихи тазобедренных суставов врожденные 532
Выворот матки 239, 248—250
— — диагностика 249
— — смертность 249
— — терапия 249
Выгодская, палочка («ТС») 554
Выжидательная терапия при лихорадочном аборте 131
Выжидательно-активный метод при лихорадочном аборте 131
Выжимание плода по Кристеллеру 318
Выкидыш лихорадочный 129
— — неосложненный 129
— — осложненный 129
— маточный и трубный, отличительные признаки 145, 146
— неудавшийся 128
— трубный и маточный, отличительные признаки 145, 146
— см. также *Аборт*
Выпадение матки как следствие разрыва промежности 272
— плаценты 230
— — переливание крови 230
— пуповины 323
— — при узком тазе 193
Выскабливание матки 241
— — аменоррея после операции 300
— — анестезия при операции 290, 294
— — возникновение септических заболеваний 300
— — в этиологии плотного прикрепления плаценты 237
— — септические заболевания 300
— — нарушение менструальной функции после операции 300
— — опасность и осложнения 297—300
— — повторное 297
— — послеоперационный период 297
— — техника операции 294—296
Выход таза, прямой размер 188
— — поперечный размер 188
Выходные щипцы, операция наложения при лобном предлежании 358

Габасту метод при замедленном отделении последа 239
Газовая инфекция, три стадии заболевания 454—465
— — триада признаков 454
Галакторрея 517
Галанта рефлекс спинного хребта 506
Гангрена матки 464
— остатка пупочного канатика 530
— пупка 530
Гастриты, искусственное прерывание беременности 7
Гематогенно-лимфогенный путь распространения инфекции 441
Гематогенный путь распространения инфекции 441
Гемокрит при кровотечениях 245
Гематома влагалища 274, 275
— — вскрытие, ушивание 274, 275
— — терапия 274, 275
— вульвы 274, 275
— — вскрытие, ушивание 274, 275
— — терапия 274, 275
— ретроплацентарная 226, 233
Гемиплегия у новорожденных 533
Гемоглобин, снижение при предлежании плаценты 221
Гемоглобинемия при газовой инфекции 464
Гемоглобинурия при газовой инфекции 464
Гемолизин 470
Геморрагическая болезнь новорожденных 546
Гемотерапия при молочнице и стоматитах 542
— — сепсисе новорожденных 553
Генкеля метод наложения крепких зажимов (пулевых щипцов) по бокам шейки матки при гипотонических кровотечениях 243
Гентера способ выделения последа 235
— симптом 452
Гепатогенная теория патогенеза токсикозов 58
Гестационный процесс 437
Гестозы 51
Гетеротопия эндометроидная 140
Гиалуронидаза 470
Гигиена больной личная при септических заболеваниях 475
Гигрома щитовидной железы у плода 206
Гидрамнион, прерывание беременности 124
Гидронефроз врожденный 550
— односторонний, искусственное прерывание беременности 34
Гидропическая фаза токсикоза 63
Гидрофилия тканей (проба Мак Клюр-Олдрича) 19, 23
Гийсманс Ван-ден-Берга реакция 508, 547
Гиперкератозы у новорожденных 526
Гипермоноцитоз 489
Гипертоническая болезнь, беременность 37—41
— — — искусственное прерывание 40, 41
— — — показание к кесареву сечению 388, 391
— — — наложение щипцов 343
— — лечение и диэта 41
— — при нефропатии беременных 78, 84
— — три стадии 38, 39
Гипертонический синдром при нефропатиях, преэклампсии, эклампсии 62—64
Гиповитаминоз, прерывание беременности 123
Гипогалактия 518
— при гриппе 47
Гипоспадия 550
Гипопротеинемия при нефропатии беременных 81
— — токсикозах 52
— — эклампсии 102
Гипотонические кровотечения см. *Кровотечения гипотонические*
Гипотония матки 240
— — в этиологии выворота матки 248
Гипофиз, изменения в нем после кровопотерь 245
Гипофизарная (питуитарная) теория в патогенезе токсикоза 59
Гистаминовая проба 57
Глаза, родовые травмы у новорожденных 560
Глазное дно при водянке беременных 75
— — — нефропатии беременных 82, 85
Гликемический шок 251
Гликемия после родов в этиологии родового шока 251
Гломерулонефрит при септицемии 462
Глюкоза в методе борьбы с асфиксией плода по А. П. Николаеву 342
— — — усиления родовой деятельности по В. Н. Хмелевскому 341

Глюкоза в методе профилактики асфиксии новорожденного 537
— внутривенное введение при лечении эклампсии 113
— лечение рвоты беременных 71
— при сепсисе новорожденных 853
— — септической инфекции 477
Гмелина реакция 507
Гнойнички в окружности пупка 530
Головка большим сегментом опустилась в полость таза 345
— во входе в таз малым сегментом 345
— в широкой части полости таза 345
— над входом в таз 345
— асимметрическая форма при плоско-рахитическом тазе 195
— высокое прямое стояние см. *Стояние головки высокое прямое*
— высота стояния в тазу 343
— долихоцефалическая форма, значение в этиологии высокого прямого стояния головки 214
— — — при общеравномерно-суженном тазе 194
— неправильные вставления при преждевременных родах 126
— перфорация см. *Перфорация головки*
— предлежание см. *Предлежание головки*
— поворот 382
— разгибание 382
Головной мозг, недоразвитие 533
— — отсутствие обоих полушарий 533
Головокружение при беременности 9
— — предлежании плаценты 221
Гонадотропины 65, 105, 157, 158, 163, 170
Гониометр 189
Гонококк Нейссера 447, 555
Гонорея в послеродовом периоде 447, 448
— у родильниц, пенициллин 448
— — — сульфаниламиды 448
Гонорройная инфекция, интраканаликулярный путь распространения ее 441
Гормон фолликулярный 155, 163
Гормональные нарушения при нефропатии беременных 82
— — — эклампсии 105
Гормонотерапия при хорионэпителиоме 167
Гормоны желтого тела и щитовидной железы при лечении токсикоза 58
Гофмейера метод вдавливания головки в полость малого таза 285, 318
Грамицидин в лечении пемфигуса у новорожденных 529
— при септической инфекции 481
Грипп, прерывание беременности 121
— вирусный, беременность 46, 47
Грудное молоко 497
Грудь воронкообразная 532
Грыжа диафрагмальная 542
— мозговая 532, 533
— паховая 542
— пупочная 530
— пупочного канатика 530
— стенка живота 542
Губарева подколенники 293

Двойни в этиологии неотделения последа 238
Декапитация 412, 418
— опасность травмирования матки 217
— операция по Чудовскому 419
— при разрыве матки 263
Декстрокардия 541
Делоне метод отделения последа 239
Демлена акушерские щипцы 338
Дерматит эксфолиативный у новорожденных 529
Дерматозы при беременности 53
Дермографизм 57
Дети недоношенные 492
Диабет, прерывание беременности 122
Диафрагма, паралич у новорожденных 560
Дизентерия, беременность 49
Димедрол при септической инфекции 479
Диплегия 533
Диспепсия новорожденных проходящая 543
Дистрофии нервные 439
Дифтерия, беременность 48
— наружных половых органов у новорожденных девочек 550
— носа 540
— пупочной ранки 531
Диэта при септической инфекции 476
Диэтотерапия при водянке беременных 89, 90
— — нефропатии беременных 91
— — токсикозах беременных 88
Довженко метод анестезии 289
Долихоцефалическая форма головки плода при общеравномерно-суженном тазе 194
Доношенность новорожденных 119, 120, 492
Дуга лонная см. *Лонная дуга*
Дыхание, аномалии 537
— искусственное см. *Искусственное дыхание*
Дыхательные органы, аномалии развития 534
Дыхательный коэфициент у новорожденных 497
Дюре-Кюстнера операция 249
Дюрсена операция 386
Дюшен-Эрба тип паралича плечевого сплетения у новорожденных 560
Дятлова молокоотсосы 485

Евстахиева труба у новорожденных 498

Жгут по Момбергу 243, 264
Железы внутренней секреции при беременности 11
Желтое тело, гормон его при лечении токсикоза 58
Желтуха при эклампсии 100
— с бронзовым оттенком при газовой инфекции 464
— новорожденных 547
— — гемолитическая 549
— — затянувшаяся физиологическая 547
— — злокачественная 548
— — тяжелая семейная 548
Желудочно-кишечный тракт при чрезмерной рвоте беременных 69
Желчнокаменная болезнь, искусственное прерывание беременности 7
Желчные ходы, атрезия и сужение 547
Живот, грыжа стенки 542
— диастаз прямых мышц 214
Жировой обмен при эклампсии 102

Заболеваемость новорожденных 197
Задержание дольки плаценты 240
Задне-теменное вставление 194
Задний проход, атрезия 542
Занос кровяной см. *Кровяной занос*
Занос мясистый см. *Мясистый занос*
Занос пузырный см. *Пузырный занос*
Запоры у новорожденных 544
Затылочное предлежание см. *Предлежание затылочное*
Захождение теменных костей одна за другую при простом плоском тазе 195
Заячья губа 542
Зельгейма операция 386, 399, 400
Земмельвейса учение о послеродовой инфекции 431
Зигемундин-Смелли двойной ручной прием при трудной операции поворота 331
Зоб врожденный 206, 538
Зобная железа, увеличение 537
Зонд маточный Лазаревича 295
Зрелость плода 492, 521, 522
Зрение, расстройство его при эклампсии 99
Зубы врожденные 542
Иванова метод для усиления схваток при предлежании плаценты (метод наложения кожных щипцов) 224
Икроножные мышцы, боли в них при тромбофлебитах бедренных вен 458
Имплантация плодного яйца атипическая 218
Иннервация трофическая 438
Инокуляция микробов 434
Инородное тело в матке как показание к кесареву сечению 405
Инструментарий акушерский см. *Акушерский инструментарий*
Инструменты, стерилизация 288
Инсулин при анемии новорожденных с резкой желтухой 549
— — септической инфекции 477
Интерорецепторы 437
— во внутренних половых органах 120, 121
— сосудистой системы 244
Интраканаликулярный путь распространения инфекции 441
Инфантилизм 185, 186
— в этиологии неотделения последа у первобеременных 238
— и гипотонические кровотечения 242
Инфаркт легкого при септицемии 463
— почек мочекислый у новорожденных 496
Инфарктная моча у новорожденных 49
Инфарктный период у новорожденных 496
Инфекционные заболевания, внутриутробное инфицирование 552
— — и беременность 42—50
— — — искусственное прерывание беременности 42
— — острые, прерывание беременности 42, 121
— — послеродовые при предлежании плаценты 220
Инфекция анаэробная 440
— аэробная 440
— взаимодействие макро- и микроорганизма 440
— генерализованная, перитонеальный, полисерозный вариант 442
— — тромбофлебитический вариант 442
— — эндокардиальный вариант 442
— интраовулярная 129
— капельная 433
— метастатическая 433, 435
— мономикробная 440
— пери-параутеринная 129
— полимикробная 440
— послеабортная 432
— послеродовая см. *Послеродовая инфекция*
— пуэрперальная 431

Инфекция септическая в этиологии разрывов матки 257
— — связанная с гестационным процессом 437
— экзогенная 433
— эндогенная 433
Инфильтраты «вялые» 444
Ионное равновесие, нарушение 59
Искусственное дыхание 536
— — с помощью мехов в борьбе с умиранием организма при кровопотерях 247
— прерывание беременности см. *Прерывание беременности искусственное*
«Искусство повивания или наука о бабичьем деле», Н. М. Максимовича-Амбодика 282, 318
Истерия кормящей матери 518
Ихтиоз у новорожденных 494
— врожденный 526
Ишиопубиотомия 312

Какушкина операция 411
Кальций хлористый в методе усиления родовой деятельности по В. Н. Хмелевскому 341
— — в терапии нарушений лонного сочленения таза 279
— — при мелене 546
— — — септической инфекции 479
— — противопоказания при острой анемии 248
Камполон при атрезии желчных ходов 547
Капилляроскопическое наблюдение при водянке беременных 75
Капилляроскопия у беременных 24
Капилляры, расширение их просвета во время беременности 12
Карбоген при воспалении легкого 840
Карбохолин 315, 316
Кардиазол в методе борьбы с асфиксией плода по А. П. Николаеву 342
— — профилактике асфиксии новорожденного 537
Касторовое масло 315
— — в методе усиления родовой деятельности по В. Н. Хмелевскому 341
Каталаза в крови новорожденных 497
Катетер трахеальный 535
Катетеризация перед операцией наложения щипцов 347
— при разрыве матки 264
Квасцы — 0,45% раствор, введение в плаценту при замедленном отделении 239
Квика проба при эклампсии 100
Кесарево сечение 189, 197, 284, 286, 324, 384—412
— — абдоминальное 332, 386
— — — в нижнем сегменте матки с поперечным вскрытием матки 398
— — — — — — — — продольным рассечением матки 394
— — — затруднения и осложнения 402
— — методы операции 394—401
— — — показания 387—392
— — — с последующей ампутацией матки 399
— — — — разрезом тела матки 394
— — — условия для операции 392—394
— — абсолютные показания 387—388
— — анестезия 290, 392
— — брюшностеночное 310
Кесарево сечение влагалищное 296, 386, 403—412
— — — краткие исторические данные 403
— — — необходимые инструменты и материалы 405
— — — осложнения во время операции 411
— — — подготовка к операции 406
— — — показания к операции 404
— — — противопоказания к операции 405
— — — способы операции 406
— — — способ Ю. А. Лейбчика 302
— — — с рассечением передней стенки шейки и нижнего маточного сегмента 406
— — — сравнительная оценка различных способов операции 411
— — — топографо-анатомические отношения 404
— — — условия для операции 405
— — внебрюшинное 386, 399, 400
— — инструменты и материалы, необходимые для операции 392, 393
— — разрыв матки по рубцу 258
— — классическое 394, 401
— — корпоральное 401
— — краткие исторические данные 384—387
— — кровопотеря 234
— — малое 402
— — методы операции, сравнительная их оценка 401
— — операция Рейн-Порро 385, 399
— — относительные показания 388—392
— — пенициллин в послеоперационном периоде 401
— — послеоперационный период 401
— — предшествующая до родов операция как показанная к повторному кесареву сечению 388, 390
— — при высоком стоянии головки 216
— — — искусственных преждевременных родах 303
— — — истинной конъюгате 6,5—7,5 см 200
— — — лицевом предлежании 213
— — — лобном предлежании 209
— — — позднем аборте 300
— — — предлежании плаценты 223, 225
— — — преждевременной отслойке плаценты 229
— — — разрыве матки 266
— — — тазах с новообразованиями и экзостозами 183
— — — третьей и четвертой степени сужения 184
— — — узком тазе 199
— — — эклампсии 113—114
— — ретровезикальное 386, 397
— — смертность послеоперационная 385
— — у древних индусов 281
Кефалогематома 198, 371, 557
Кефалотриб 417
— параллельный Лазаревича 417
Килланда акушерские щипцы 338, 366, 370
Кислород в методе борьбы с асфиксией плода по А. П. Николаеву 342
— при воспалении легких 540
Кислотно-щелочное равновесие при сепсисе 476
Киста лютеиновая см. *Лютеиновая киста*
Киста подъязычной железы 542
— слюнных протоков 542
Кистома яичника 402
Кишечная палочка, резистентность к пенициллину 440
Кишечник, опухоли как показание к кесареву сечению 388, 389
— прободение 298
— флора 433
— толстый и тонкий, атрезия, стенозы 542
Кифозы врожденные 532
Кифосколиотический таз 368
Клейдотомия 418
Клетки Лангганса 160, 162
Клетчатка отделов полости таза 449, 450
Клюмпке — тип паралича плечевого эпителия у новорожденных 560
Ключицы, перелом у новорожденных 559
Кожа, бактериальное загрязнение при маститах 484
— при чрезмерной рвоте беременных 68
— и подкожная клетчатка, аплазия кожи у новорожденных 526
Кожно-головные щипцы по А. А. Иванову, условия для операции 313
Кожный пупок 530
Коленный сгиб, извлечение плода 380
Колит сегментарный и самопроизвольное прерывание беременности 8
Колларгол в лечении пемфигуса у новорожденных 529
Кольпит 442, 445
Кольпоррафия передняя 404
Кольпотомия 150
— задняя 307
Кома малярийная при малярии у беременных 44
Коматозное состояние при эклампсии 98
Комиссии врачебные городские, районные и центральные, выдача разрешений на искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям 134
Конгорот — индекс 105
Конечности, влияние питания, врожденная короткость 532
Константы Амбара 33
Консультация детская 125
— женская 202, 471
— — профилактика самопроизвольного прерывания беременности 124, 125
Конъюгата боковая 188
— диагональная 175, 176, 177, 180, 188, 190
— истинная 175, 176, 177, 180, 184, 189, 190
— наружная 175, 176, 177, 180, 188
Конъюнктивит гонорройный у новорожденных 555
— негонорройный у новорожденных 555
Кора головного мозга 439
— — — взаимоотношение между состоянием коры и отправлениями внутренних половых органов 121
— — — воздействие на функциональное состояние центральной нервной системы при лечении послеродовых заболеваний 473
— — — истощение в патогенезе шока 250
— — — новорожденных 591
— — — пирамидные клетки, чувствительность их к острой анемии 244

Кора головного мозга при беременности 11
— — — — токсикозах 57
Коразол в профилактике асфиксии новорожденных 537
— при воспалении легкого у новорожденных 540
Кормление грудью при послеродовом мастите 489
Корнцанг, опасность прободения матки 299
— применение для опорожнения полости матки 134
Корь и беременность 47
— прерывание беременности 121
Косое положение при преждевременных родах 126
Косолапость врожденная 532
Кости, врожденная их ломкость 532
Кочергин, способ подготовки рук хирурга 288
Краниокласт 413, 416
Краниотомия 332, 346, 412, 413—418
— инструменты для операции 414
— опасность и осложнения при операции 417—418
— — травмирования матки 267
— показания к ней 413—414
— при разрыве матки 263, 265
— техника операции 414
— условия для нее 414
Креатининовая проба при нефропатии беременных 81
Креде ванночка 523
— метод выжимания последа 236, 239
Кресло гинекологическое 286
Крестцово-подвздошное сочленение таза, повреждение его в родах 277
Кривошея, внутриутробно возникшая 557
Кристеллера метод выжимания плода 285, 318
Кровать Рахманова 286, 293
Кровозамещающие жидкости 248
Кровоизлияния внутри и вокруг маточной трубы 145
— внутримышечные у новорожденных 557
— внутричерепные у новорожденных 557
— во всех органах половой сферы при преждевременной отслойке плаценты 227
— при эклампсии 62
— субдуральные и субарахноидальные у новорожденных 547
— точечные у новорожденных 556
Кровообращение внеутробное 500
— здоровых женщин, влияние беременности 8—15, 32—33
— капиллярное в патогенезе токсикозов 61
— левосторонняя недостаточность 19
— маточно-плацентарное, изменение его в процессе изгнания плода 342
— недостаточность его у беременных, лечение 27—31
— плацентарное 498, 499, 500
— — изменение его у беременных женщин, страдающих гипертонической болезнью 39
Кровообращение, правосторонняя его недостаточность 19
— при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, влияние беременности 15—33
— хроническая его недостаточность 19—21
Кровопотеря компенсированная (первая фаза) 244
— декомпенсированная (вторая фаза) 244
— острая, патофизиологические изменения 243—245
— при кесаревом сечении 234
Кровопотеря физиологическая 233—234, 240
Кровопускание 244
— при нефропатии беременных 93
— — острой сердечной слабости у беременных 29
— — эклампсии 113
Кровотечение атоническое 241
— — операция Рейна-Порро 399
— внутрибрюшинное при разрыве матки 262
— во второй половине беременности и в родах (до рождения последа) 217—231
— в раннем послеродовом периоде 233
— вследствие разрыва пупочных сосудов при оболочечном прикреплении пуповины 342
— гипотоническое 240—248
— — и инфантилизм 242
— — лечение 242—243
— — массаж матки 242
— — этиология 242
— желудочное при хорионэпителиоме 168
— из яичника 305
— как осложнение влагалищного кесарева сечения 412
— при выпадении плаценты 230
— — оболочечном прикреплении пуповины 231
— — предлежании плаценты 219, 220
— — разрыве шейки матки 267, 270, 271
— у беременных при малярии 43
Кровоток, скорость его при водянке беременных 75
— — — у беременных 15
Кровь, изменения при кровопотерях 24
— — количество во время беременности 14
— молочная кислота 23
— морфологический анализ при послеродовых заболеваниях 466
— при водянке беременных 75
— — нефропатии беременных 84, 85
— — чрезмерной рвоте беременных 69
— — эклампсии 102
— токсичность при эклампсии 105
— хлориды 23
— щелочной резерв у беременных 22, 23
Кровяная опухоль головы у новорожденных 557
Кровяное давление 244
— — при водянке беременных 75
— — — разрыве матки 262
— — — чрезмерной рвоте беременных 68
— — — эклампсии 101
— — у беременных 12, 14, 37, 40
— — уровень его при острой анемии 246
Кровяной занос 128
Крупозная пневмония, прерывание беременности 121
Кюретка 296

Лазаревича акушерские щипцы 333, 334, 335, 339
— брефотом 419
— кефалотриб параллельный 417
Лактация при маститах 486
Ламинарии 295
Левре акушерские щипцы 333, 337
Легкое, абсцесс при септикопиемии 463
— агнезия и гипоплазия 534
— ателектаз 534, 538
— воспаление 538
— врожденная гипертрофия 534
Легкое, инфаркт при септикопиемии 468
— патологоанатомические изменения при эклампсии 108
Лейбчик Ю. А., операция влагалищного кесарева сечения 302, 406—410
Лейкоцидин 470
Лейкоцитоз при послеродовых заболеваниях 467
Леопольд, пальпация по Леопольду 345
Лецитиназа 470
Лечение сном при чрезмерной рвоте беременных 71
Лигатура физиологическая при ретракции матки 436
Лимфатические узлы, опухоли как показание к кесареву сечению 388, 389
Лимфогенный путь распространения инфекции 441
Липаза в крови новорожденных 497
Липоидный обмен при эклампсии 104
Литтля болезнь 533
Лицевое предлежание см. *Предлежание лицевое*
Лицевой нерв, паралич его у новорожденных 566
Лобелин для устранения ателектаза легких 538
— при внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных 559
Лобное предлежание см. *Предлежание лобное*
Ложка Агафонова 416
— Феноменова 416
Ложный мыс 179
Лонная дуга 206, 208
Лонное сочленение таза — клиника нарушений 279
— — — повреждение в родах 277
— — — — при узком тазе 195
— — — разрыв 277, 279
— — — — при наложении щипцов 370
— — — расхождение 278
— — — теория нарушений 279
— — — частота повреждения в родах 277—278
Лонный угол 190
Лордоз поясничный у женщин 189
Лохии 446, 447
— как источник бактериального загрязнения кожи при маститах 484
Лохиометра 446
Люмбальная пункция при лечении эклампсии 113
Люминал при внутричерепных кровоизлияниях 448
Лютеиновая киста 155, 163

Магнезия сернокислая в терапии нарушений лонного сочленения таза 279
— — при септической инфекции 479
— — — эклампсии 112
Мазь Вишневского при послеродовом мастите 488
Мак Клюр-Олдрича проба 19, 23
Макроглоссия у новорожденных 538, 542
Максимовича-Амбодика акушерские щипцы — «родовспомогательные клещи» 333
Малера лестничный пульс 458
Малярия, внутриутробное заражение плода 45
— беременность 42
— искусственное прерывание беременности 43
— преждевременные роды 43
— прерывание беременности 122
— у беременных, лечение 44

Маннит 470
Марсупиализация 307
Массаж матки при гипотонических кровотечениях 242
Мастит абсцедирующий 487
— интерстициальный 485
— картина крови 489
— лактационный 484
— лактация 486
— паренхиматозный 485
— послеродовой 442, 483—490
— — разрез типа Барденгейера 489
— — терапия 488—490
— при бруцеллезе 50
— — гриппе 47
— ретромаммарный 487
— субареолярный 487
— флегмонозная форма 487
Матвеев-Креде, профилактика бленорреи у новорожденных 570
Материнская смертность см. *Смертность матерей*
Матка, абсцесс 449
— ампутация см. *Ампутация матки*
— атония в этиологии задержки плода 238
— выворот см. *Выворот матки*
Матка, выскабливание см. *Выскабливание матки*
— гангрена 464
— гипотония 240
— лигатура физиологическая при ретракции 436
— массаж при гипотонических кровотечениях 242
— миома и недостаточность родовых сил 341
— миоматозные узлы, операция Рейн-Порро 399
— надвлагалищная ампутация при преждевременной отслойке плаценты 229
— надрыв шейки 267
— наличие инородного тела как показание к кесареву сечению 405
— натяжение вверх для остановки кровотечения 243
— операции инструментального обследования после родов 426
— — Рейн-Порро при неоперабильном раке 399
— — ручного обследования полости 425—426
— опухоль как показание к кесареву сечению 388, 389
— отслаивающее воспаление 457
— перерастяжение при многоводии и недостаточность родовых сил 341
— перфорация 134
— повреждения при операции выскабливания 298
— предшествующая родам операция восстановления целости, как показание к кесареву сечению 388, 390
— пороки развития и прерывание беременности 124
— прободение 298, 299
— прободение стенки 298
— разрыв см. *Разрыв матки*
— — шейки см. *Разрыв шейки матки*
— смещение инфильтратом 451
— спайки с париетальной брюшиной, кишечником, сальником после операции кесарева сечения 402
— тампонация после родов 243
— топографо-анатомические отношения во второй половине беременности 393
— угроза разрыва как показание к кесареву сечению 388, 390
— удаление при приращении плаценты 425
— частота прободения при операции выскабливания 299
Матка, шейка см. *Шейка матки*
— экстерриторизация 399
— экстирпация см. *Экстирпация матки*
Маточно-плацентарная апоплексия 227
Мацерация плода 128, 138
Маятникообразные движения в трубах 139
Медикаментозная терапия при септической инфекции 478
Мединал, лечение рвоты беременных 71
Мезенхима, значение в образовании противотел, фагоцитозе 438
— — — раневом процессе 438
Мезокардия 541
Мелена новорожденных 545
— гемофильная форма, злокачественная 546
— истинная 546
— ложная 546
— симптоматическая 546
Менингизм при септицемии 462
Менингиты инфекционные у новорожденных 534
Мено-метроррагии при гриппозных заболеваниях 46
Менструальная функция, нарушения после выскабливания матки 300
Менструальный цикл при гриппозных заболеваниях 46
Мертворождаемость 197, 198, 371
— вследствие родовой травмы при узком тазе 197
— при высоком прямом стоянии головки 215
— — лобных предлежаниях 209
— — узком тазе 192
Метаболизм плода 56
— у новорожденных 496
Метастазы при хорионэпителиоме 166, 167
Метеоризм при разрыве матки 262
Метиленовая синька при применении сульфаниламидов 481
Метод Абуладзе выделения последа 235
— Альфельда подготовки рук хирурга 288
— Босси форсированного родоразрешения 303
— Габасту 239
— Гофмейера 285, 318
— Делоне при замедленном отделении последа 239
— Креде 236, 233, 242, 250
— Кристеллера 285
— Маненкова при замедленном отделении последа 239
— наложения кожных щипцов по Иванову при предлежании плаценты 313
— Николаева А. П., профилактика асфиксий новорожденного 537
— Строганова в лечении эклампсии 112, 114, 115
— Фюрбрингера подготовки рук хирурга 288
Метрейриз 300—301
— необходимые инструменты и медикаменты 303—304
— обезболивание 304
— опасность и осложнения 305
— подготовка к операции 304
— показания к операции 311
— при искусственных преждевременных родах 303
— — частичном предлежании плаценты 311
Метрейринтер 304
— введение при предлежании плаценты 224
Метрит 442
— послеродовой 448
Метротромбофлебит 442, 444, 457
Метроэндометрит и разрывы матки 259
— неосложненный, простой 446
— осложненный 446
— послеродовой 442, 445, 446, 447
— — гоноррройный острый 447
Механизм родов при узком тазе см. *Узкий таз. Механизм родов*
Мечников И. И., фагоцитарно-мезенхимальная система 438
Микробы, вирулентность 435
— инвазивность 435
— непосредственное занесение в рану 434
— самопроизвольное проникновение в рану 434, 435
Микрополиаденит сифилитический у новорожденных 551
Минакова пятна (кровоизлияния под эндокардом) 245
Минеральный обмен при эклампсии 103
Миокардит, беременность 18
— прерывание беременности 6
Миома матки в этиологии неотделения последа 238
— — недостаточность родовых сил 341
Миоматозные узлы в матке, операции Рейн-Порро 399
Миомэктомия, разрывы матки 259
Митральная болезнь, беременность 5, 16, 25—27
Многоводие как показание к операции разрыва плодного пузыря 313
— пузырный занос, дифференциальная диагностика 156
Многоплодие, недостаточность родовых сил 341
Мозг, гидремия и отек его (теория Траубе-Розенштейна) 58
— отек у новорожденных 559
— патологоанатомические изменения при эклампсии 108
— роль при токсикозах 56
— сдавление у новорожденных 559
Молозиво, состав 514, 515
Молоко грудное 497
— женское сцеженное 519
— — состав 514
— материнское, компенсация неполноценного его состава 518
Молокоотсос Дятлова 485
Молочная железа, абсцессы 487
— — воспаление и септическая инфекция 485
— — травматизация 485
Молочница у новорожденных 542, 543
Момберг, наложение жгута по Момбергу 243
Монократизм 501
Моноцитоз при маститах 489
Морисо-Левре ручной прием выведения головки 375
Морисо-Левре-Ляшапель способ освобождения последующей головки 376
Моро рефлекс 505
Морфин, применение перед операцией при разрыве матки 265
— противопоказание применения при прободении матки 299
Моча при водянке беременных 75
— — нефропатии беременных 84
— — чрезмерной рвоте беременных 69
Мочевая кислота, количество у новорожденных 496
Мочевой пузырь, прободение 298

Мочевой пузырь, ранение при влагалищном кесаревом сечении 412
— — топографо-анатомическое отношение влагалища и мочевого пузыря 404
— — хронические воспалительные процессы и прерывание беременности 34
— — целость при разрыве матки 264
Мочевые пути, формы повреждения 276
Мочеполовые фистулы, частота в дореволюционной России и в СССР 284
Мочеточники, расширение 36
Мочеточниковые свищи 276
Мумификация плода 128, 138
Мыс, резекция его (операция Роттера) 199
Мясистый занос 128, 145

Надрывы шейки матки 267
Наркоз ингаляционный при влагалищном кесаревом сечении 406
— — — операции наложения щипцов 347
— эфирный при операции по поводу внематочной беременности 305
Насморк у новорожденных 540
— сифилитический у новорожденных 551
Небная щель 542
Небо, незаращение 542
Негеле акушерские щипцы 337
Недержание газов при разрыве промежности 427
— кала при разрыве промежности 427
— мочи функциональное 276
Недонашиваемость 119, 120
Недоношенная беременность, метрейриз при срочном родоразрешении 303
Недоношенность 521
— операция метрейриза 312
Недоношенный ребенок 521—525
Недостаточность кровообращения левосторонняя 19
— — правосторонняя 20
— — хроническая 19—21
— — у беременных, лечение 27—31
— сердца тотальная 19
Незаращение мочевого протока 531
— неба 542
Нейро-гуморальная регуляция 121
Нейссер, гонококк 555
Нерв, срамной см. *Срамной нерв*
Нервная система, перенапряжение и перераздражение и развитие инфекции 436
— — при невропатии беременных 83
— — — чрезмерной рвоте беременных 68
— — роль при токсикозах 56
— — трофическая функция (И. П. Павлов) 438
Нервная трофика и сопротивляемость организма 438
Нервные расстройства при эклампсии 98
Нефрит острый и искусственное прерывание беременности 35
— хронический и искусственное прерывание беременности 34—36
Нефрогенная теория патогенеза токсикозов 58, 59, 60
Нефроз липоидный, искусственное прерывание беременности 34
Нефропатия беременных 53, 58, 77—86
— — диагноз и диференциальный диагноз 83
— — диэтотерапия 91
Нефропатия беременных, искусственные преждевременные роды 303
— — как показание к кесареву сечению 405
— — кровопускание 93
— — лечение 90—95
— — медикаментозное лечение 91—93
— — оксигенотерапия 93
— — патологоанатомические изменения 83
— — при пузырном заносе 156
— — режим 91
— — симптоматология и течение 79
— — схемы лечения при различных степенях нефрита 94
— — триада симптомов 77
Николаев А. П., метод борьбы с асфиксией плода 342, 537
Новгородская, дизентерийная палочка «408» 554
Новообразования, выполняющие малый таз, как противопоказания к влагалищному кесареву сечению 405
Новорожденные, активность ферментов амилазы, липазы и каталазы в крови новорожденных 497
— азотистый обмен 496
— амилаза в крови 497
— антропометрические показатели 494
— апноэ 498
— барабанная полость 498
— белковая и солевая лихорадка 509
— болевая чувствительность 506
— вес 492
— чувство вкуса 506
— влияние индивидуальных особенностей родителей 493
— водный обмен 497
— волосы 494
— вскармливание см. *Вскармливание*
— галакторрея 517
— «гигантские» 492
— гипертония мышц 495
— гипогалактия 517
— гликозурия 503
— головной мозг 505
— «голодный стул» 502
— гортань и трахея 498
— грудная клетка 498
— доношенность 119, 120
— доношенные, длина тела 492
— доношенные, рост 492
— дыхание 498
— дыхательные коэфициенты 497
— евстахиева труба 498
— желудок 501
— желчь 502
— жир тканей 496
— заболеваемость и смертность 197
— заболевания 525—560
— инициальная диаррея 502
— инфарктный период 496
— ихтиоз 494
— каталаза в крови 497
— кишечник 501
— кожа 494
— количество молока при каждом кормлении 516
— — мочевой кислоты 496
— комочки Биша 501
— кровать для них 512
— кроветворение и кровь 504
— кровяное давление 500
— круговорот крови 500
— лактозурия 503
— липаза в крови 497
— мастит 509
— — профилактика 517
— мекониальная пробка 502
— меконий 502
— мертворождаемость 197, 198
— минеральный обмен 497
Новорожденные, минутный объем сердца 500
— митогенетическое излучение крови 498
— моча 503
— моча и мочеотделение 503
— мочевой пузырь 503
— мочеиспускательный канал 503
— мочекислый инфаркт почек 496
— мочеточники 503
— мускулатура 495
— наружные половые органы 503
— недоношенные 521—525
— — вскармливание 523—524
— — терморегуляция 496
— нервно-психические особенности 505
— ногти 494
— нормально доношенные 491
— нос 498
— объективные признаки зрелости плода 522
— обоняние 506
— обстановка палаты 512
— общее физическое развитие 491—494
— одежда ребенка 511
— органы чувств 506
— основной обмен 497
— особенности обмена веществ 496
— осязание 506
— первое прикладывание к груди матери 515
— перерезка пуповины 510
— «переходный катарр» 502
— perspiratio insensibilis 497
— печень 502
— пищеварение 501—503
— пищевод 501
— плацентарное кровообращение 498, 499
— поджелудочная железа 502
— подкожножировой слой 495
— почки 503
— преходящая, или транзиторная, лихорадка новорожденных 509
— пропорции тела 493
— просвет артерий 500
— профилактика бленнорреи по Матвееву-Креде 510
— пульс 500
— пульсовое давление 500
— рефлексы, имеющие свои центры в спинном мозгу 505
— сердце 500
— слух 506
— слюнные железы 501
— специфически-динамическое действие грудного молока 497
— спинной мозг 505
— спинномозговая жидкость 505
— температура тела 495
— температурное чувство 506
— тип дыхания 499
— туалет остатка пупочного канатика 510
— уход 509—514
— физиологическая желтуха 507, 508
— «физиологическая ксантохромия» 505
— физиологическая убыль веса 506
— физиологические особенности 491—509
— физиологический катарр кожи 494
— — процесс приспособления 506
— — фимоз 503
— физиологическое увеличение молочных (грудных) желез 508
— электровозбудимость нервно-мышечного аппарата 495
— эмбриокардия 500

Ногодержатель Д. О. Отта 286, 293, 346
Ножка, профилактическое низведение 380
Ножницы Зибольда для эмбриотомии и клейдотомии 419
— тупые Феноменова для эмбриотомии и клейдотомии 418, 419, 421

Обезболивание родов как метод профилактики разрывов промежности 273
Обмен веществ, изменения при кровопотерях 245
— — нарушение при токсикозах 59
— — при септической инфекции 476
— — основной у беременных 23
Обменные процессы при нефропатии беременных 81
— — — эклампсии 102—104
Обморочное состояние при беременности 247
Оболочечное прикрепление пуповины 230—231
Оболочки, задержка в полости матки и восхождение инфекции в послеродовом периоде 434
Овальное отверстие 499, 500
Овулярная теория — этиология пузырного заноса 154
Огата способ при асфиксии новорожденного 537
Одежда новорожденных 511
Одышка при беременности 9, 11
Окинчица рукав 424
Окостенение, эпифизарное нарушение 532
Оксигенотерапия при высоком прямом стоянии головки 216
— — нефропатии беременных 93
— — острой сердечной слабости у беременных 29
Олигодактилия у новорожденных 531
Омфалит 530
Онкотическое давление 104
Операции акушерские см. *Акушерские операции*
Операция Дюре-Кюстнера 249
— Дюрсена 386
— Зельгейма 386, 399, 400
— Какушкина Н. М. 411
— по Лейбчику Ю. А., влагалищное кесарево сечение 406, 408—410
— по Отту-Генсиусу, влагалищное кесарево сечение 406, 410—411
— Порта 386, 399, 400
— рассечения ключиц см. *Клейдотомия*
— Роттера (резекция мыса) 199
— Смита 386, 399, 400
Опрелости у новорожденных 527
— — — лечение 527
Опухоли как показание к кесареву сечению 388, 389
— тазовых органов 206
Опухоль головы кровяная у новорожденных 557
— заматочная кровяная (Haematocele retrouterina circumscripta) 144
— крестцовой области 381
— родовая у новорожденных 556
— трубы кровяная (haematosalpinx) 142
— шеи врожденная 206
Основной обмен у беременных 23
Остеомаляция 180, 181, 186
Остеохондрит сифилитический 532, 551
Острый живот при пузырном заносе 156
Отделение последа ручное см. *Послед, Ручное отделение последа*
Отек мозга у новорожденных 559
— носовых органов у новорожденных, хронический идиопатический 527
Отеки при беременности 9
— — водянке беременных 74
— — нефропатии беременных 78, 84
— — эклампсии 99
— у беременных при малярии 43
Отечно-нефротическая группа токсикозов беременных 73
Отечность наружных половых органов у новорожденных 527
Отслойка плаценты 307, 346
— — операция Рейн-Порро 399
— — преждевременная 226—230
— — — и искусственные преждевременные роды 303
— — — как показание к кесареву сечению 388, 390
— — — клиническая картина 228
— — — лечение 229
— — — патогенез 227, 228
Отта Д. О. ногодержатель 286
Отт-Генсиуса операция влагалищного кесарева сечения 406, 410—411
Отхождение вод преждевременное или раннее, операция метрейриза 312
Охранительное торможение 250

Павлов И. П., учение и послеродовая инфекция 437, 439
— физиологическое учение и изучение физиологии и патологии детей 491
Паллидарная система 495
Палочка Выгодской («ТС») 554
— Новгородской «408» 554
Пальпаторная граница, несовпадение ее с перкуторной границей при пельвеоперитоните 455
Пальпация для распознавания деформаций и различных видов узких тазов (Розенфельд) 187
— по Леопольду 345
Пальфин, изобретенные им акушерские щипцы (железные руки Пальфина) 333
Пальцы у новорожденных, избыточное, недостаточное число или сращение 531
Пангистерэктомия абдоминальная 405
Панди реакция 505
Панкардит 442
Паравагинальная анестезия (по Довженко) 347
Паравагинальный разрез 309, 367
Паравезицит 450
Паракольпит 442, 445, 450
Паралич бульбарный как показание к кесареву сечению 405
— диафрагмы у новорожденных 560
— лицевого нерва у новорожденных 560
— плечевого сплетения у новорожденных 560
— спастический 533
— у новорожденных вследствие родовой травмы 559
Параметрит 442, 444, 445
— антибиотики 453
— верхний 450
— вторичный 457
— задний 450
— нижний 450
— передний 450
— послеродовой 449, 453
Парапроктит 450
Парапсоит 450, 452
Паронихии у новорожденных 551
Пахикарпин для стимуляции родовой деятельности 316
Паховый канал 451
— сгиб, извлечение плода 379
— — трудности при пальцевом извлечении 381
Пельвеоперитонит 442, 444
— несовпадение пальпаторной и перкуторной границ 455
— пенициллин 455
— послеродовой, 453, 455
— при гонорройных воспалениях 448
— сульфаниламиды 455
Пемфигус у новорожденных 528
— сифилитический у новорожденных 529, 551
Пенициллин в лечении пемфигуса у новорожденных 529
— лечение послеродовых септических заболеваний 442
— при анемии у родильниц 248
— — воспалении легкого 539
— — воспалительных процессах в области пупка 531
— — выпадении плаценты 230
— — выходных щипцах 355
— — гнойном воспалении слюнных желез 543
— — гоноррее у родильниц 448
— — операции зашивания разрыва матки 423
— — операции по поводу внематочной беременности 306, 307
— — осложненных родах 472
— — остром разлитом перитоните 460
— — параметритах 453
— — пельвеоперитонитах 455
— — перитоните у новорожденных 545
— — послеродовых маститах 488
— — предлежании плаценты 226
— — разрыве матки 266
— — сепсисе новорожденных 553
— — септической инфекции 481
— — тромбофлебитах 459
— профилактическое введение 291
— профилактически *после* операции кесарева сечения 401
— устойчивость микробов 440, 441
Перевязка вен при септической инфекции 483
Перевязывательницы пуповины 281
Передне-головное предлежание см. *Предлежание передне-головное*
Передне-теменное наклонение (вставление) 194
Переливание крови 386
— — при анемиях новорожденных 549
— — — воспалении легких 540
— — — выворoте матки 249
— — — выпадении плаценты 230
— — — значительной кровопотере во время операции кесарева сечения 402
— — — мелене 546
— — — операции зашивания разрыва матки 423
— — — осложненных родах 472
— — — острой анемии 246, 247
— — — пемфигусе у новорожденных 529
— — — послеродовых маститах 489
— — — постгеморрагической анемии после операции кесарева сечения 401
— — — предлежании плаценты 219, 223, 226
— — — разрыве матки 266

Переливание крови при сепсисе новорожденных 553
— — — септической инфекции 478
— — — стоматитах и молочнице 542
— — — токсико-септическом состоянии новорожденных 555
Переломы костей у новорожденных 559
Периартериит (пупочных сосудов) 531
Перикардит 541
Перинеотомия 274, 309
— анестезия инфильтрационная 310
— анестезия срамных нервов 310
— необходимые инструменты и материалы 309
— подготовка к операции 310
— показания к операции 309
— при лицевом предлежании 213
Перинеотомия профилактическая 309
— срединная 367
— техника операции 310
Периостит сифилитический 532
— — у новорожденных 551
Перистальтические движения в трубах 139
Перитонит, применение адреналина 479
— диффузный 442, 444
— острый гнойный у новорожденных 545
— послеабортный см. *Перитонит послеродовой*
— послеродовой, антибиотики 460
— послеродовой острый разлитой, пенициллин 460
— послеродовой и послеабортный острый разлитой 459, 461
Перифлебит 463
— вен легкого 463
Перкуторная граница, несовпадение ее с пальпаторной границей при пельвеоперитоните 455
Перфоратор Феноменова 415
Перфорация головки 413
— — плода 196
— — при высоком прямом стоянии головки 216
— — — лицевом предлежании 213
— — — лобном предлежании 210
— — — передне-головном предлежании (при мертвом плоде) 207
Перфорация матки 134
Перфрингенс, сепсис 464
Печень, врожденный цирроз 547
— заболевание ее и искусственное прерывание беременности 7
— нарушение ее функций при эклампсии 100
— острая дистрофия ее как показание к кесареву сечению 388, 405
— патологоанатомическое изменение при эклампсии 106
— при нефропатии беременных 81
Пигментные родимые пятна у новорожденных 526
Пилороспазм 544
Пирамидные пути 495
Пирамидон при послеродовом мастите (в случаях эозинофилии) 489
— — септической инфекции 479
Питание рациональное при сепсисе 476
Питуитрин 315, 316
— в этиологии разрыва матки 267
Питуитрин при выпадении плаценты 230
— — гипотонических кровотечениях 243, 408, 426
— — кровотечении в последовом периоде 235
— — маточном кровотечении 402
— — преждевременной отслойке плаценты 229
— — предлежании плаценты 226
Пищевод, атрезия, стеноз 542
Пиэлит хронический, искусственное прерывание беременности 36
Пиэлонефроз, искусственное прерывание беременности 34
Плазма, применение ее при отсутствии консервированной крови 248
Плацента, аномалии, прерывание беременности 124
— биохимическое исследование 55
выпадение 230
— гормональная деятельность 54
— задержание дольки 240
— истинное приращение 236
— истинное приращение, операция Рейн-Порро 399
— источник токсикоза 53, 54
— неотделение 236
— низкое расположение 218
— отделение 233
— патологоанатомическое изменение при эклампсии 108
— плотное прикрепление 236
— повторяемость плотного прикрепления 237
— предлежание, прерывание беременности 124
— — см. *Предлежание плаценты*
— преждевременная отслойка см. *Отслойка плаценты преждевременная*
— — — искусственные преждевременные роды 303
— — — прерывание беременности 124
— приращение и плотное прикрепление 236, 237
— — полное см. *Приращение плаценты*
— профилактика плотного прикрепления 237
— проницаемость для возбудителей заболеваний 42, 46, 48, 49
— шеечная 425
Плацента см. *Послед, Детское место*
Плацентарная площадка как входные ворота инфекции 432, 433, 436
Плацентарный полип 127
Плеврит при септицемии 463
— у новорожденных 540
Плечевая кость, перелом у новорожденных 589
Плечевое сплетение, паралич у новорожденных 560
Плечевой сустав, подвывих у новорожденных 589
Плод, асфиксия 197, 198
— бумажный (foetus papyracens) 128
— внутриутробная смерть 53
— — — искусственные преждевременные роды 303
— — — при изменениях плацентарного кровообращения 39
— — — при инфекционных заболеваниях беременных 42
— внутриутробный период жизни 491
— вторая позиция, передний вид затылочного предлежания, техника наложения полостных щипцов 362
— — — техника наложения полостных щипцов при заднем виде затылочного предлежания 363
Плод, запущенное поперечное положение как показание к кесареву сечению 389, 392
— «зрелый» 492
— извлечение за коленный сгиб 380
— извлечение за тазовый конец 377, 379
— извлечение за ножку 380
Плод, инструментальное извлечение за паховой сгиб 379
— наложение щипцов на тазовый конец 366
— окаменелый (lithopaedion) 128
— первая позиция, задний вид затылочного предлежания, техника наложения полостных щипцов 362
— первая позиция, передний вид затылочного предлежания, техника наложения полостных щипцов 360
— повреждение при наложении щипцов 371
— — — операции извлечения за тазовый конец 384
— поперечное положение как показание к оперативному вмешательству 287
— трудности и осложнения при ручном извлечении 381
Плодный пузырь при преждевременных родах 126
— — разрыв при узком тазе 192
— — — см. *Разрыв плодного пузыря*
— — ранний разрыв и восхождение инфекции в родах 434
Плодное яйцо 53
— — атипическая имплантация 218
Плодные оболочки, прокол при позднем аборте 300
— — — форсированном родоразрешении 303
Плодоразрушающие инструменты 282
— операции 412—422
— — краткие исторические данные 412
Плоская стопа у новорожденных 532
Плоские кости, перелом у новорожденных 559
Плюригландулярный патогенез токсикозов беременных 59
Пневмония аспирационная 539
— врожденная 539
— интерстициальная атипичная 539
Поворот акушерский 318—331
— — внутренний 319
— — исторические данные 318
— — классический 319, 322—326
— — — подготовка к операции 324
— — — показания к операции 322
— — — противопоказания к операции 324
— — — техника операции 324—325
— — — условия для операции 324
— — на головку 319
— — — ножку 319
— — — — по Брэкстон-Гиксу при предлежании плаценты 224
— — — — при лобном предлежании 209
— — — ножки 319
— — — — в начале нашей эры 281
— — — живого плода 318
— — — тазовый конец 319
— — — ягодицы 319
— — наружно-внутренний при неполном раскрытии зева матки см. *Поворот по Брэкстон-Гиксу*

Поворот акушерский наружно-внутренний (комбинированный) 318
— — наружный 307, 318, 319
— — — на головку 321
— — — при тазовом предлежании, техника 322
— — — — — — решение IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР 321
— — — решение IV пленума Совета по родовспоможению и гинекологической помощи Министерства здравоохранения СССР и РСФСР (1952) 319
— — — техника 320
— — по Брэкстон-Гиксу см. *Поворот по Брэкстон-Гиксу*
— — при запущенном поперечном положении, недопустимость его с целью предупреждения насильственного разрыва матки 267
— — профилактический наружный 308
— — — при узком тазе 322
— — своевременный 319
— — ранний 319
— — у древних индусов 281
Поворот по Брэкстон-Гиксу 312, 319, 327
— — — как показание к операции разрыва плодного пузыря 313
— — — недопустимость извлечения плода после поворота с целью предупреждения насильственного разрыва матки 267, 271
— — — опасности и затруднения 328
— — — показания к операции 327
— — — противопоказания 328
— — — техника операции 328, 329
— — — условия для операции 328
Повязка грушевидная Чистяковой 510
Поджелудочная железа, воспалительный процесс ее и искусственное прерывание беременности 7
Подкладное судно 473
Подкожная клетчатка при чрезмерной рвоте беременных 68
Подколенники А. П. Губарева 293
Подкорковые центры при токсикозах 57
Подъязычная железа, кисты 542
Пойкилоцитоз при послеродовых заболеваниях 466
Покой в терапии послеродовых заболеваний 474
Полидактилия 531
Полиневрит как показание к кесареву сечению 405
Полип плацентарный 127
Полихромазия при послеродовых заболеваниях 466
Полицин при малярии 45
Полиэтиологизм 440
Половые органы наружные, туалет 472
— — — девочек, дифтерия 550
Полость рта, дефекты развития 541
— — санация 471
Полотебнова акушерские щипцы 333, 338
Понос эпидемический у новорожденных 543
Поперечное положение плода как показание к оперативному вмешательству 287
— — — — — — наружному акушерскому повороту 319
Поперечное положение плода при предлежании плаценты 220
— — — — преждевременных родах 126
Пороки сердца 541
— — декомпенсированные, прерывание беременности 122
Послед, выделение по методу Абуладзе 235
— выжимание по Креде 236
— задержка 236
— — самостоятельного рождения 235
— методы Габасту, Делоне и Маненкова при замедленном отделении последа 239
— неотделение и задержка 238
— операции ручного отделения 423—425
— показания для ручного отделения 424
— ручное удаление 284
— — отделение, техника операции 424—425
— способ Гентера выделения 235
— терапия неотделения и задержки 238, 239
— целость 240
— см. *Плацента, Детское место*
Последовой период, ведение 234, 235
— — неправильное введение, влияющее на неотделение последа 238
— — патология, 233, 252
Послеоперационный период 291
Послеродовая инфекция 431
— — классификация проявлений 442, 444
Послеродовая инфекция, профилактика 471—473
— — септическая в свете учения И. П. Павлова 437—439
— — учение Земмельвейса 431
— — этиология 432—435
— — язва 442, 444
Послеродовые заболевания, антибиотики 442, 443, 444
— — диагностика 465—470
— — диагностические ошибки 465
— — неспецифическая терапия 474—480
— — при гриппе 47
— — терапия 473—483
— — септические 431—490
— — — занесение микробов в рану 434
— — — микрофлора зева и носа 433
— — — — кишечника 433
— — — патогенез 435, 436
— — — пенициллин 442
— — — самопроизвольное проникновение микробов в рану 434
— — — стертые формы 443
— — — туалет наружных половых органов 435
Послеродовой мастит 442
— — см. также *Мастит послеродовой*
— метрит 448
— метроэндометрит 442, 445, 446, 447
Послеродовой параметрит см. *Параметрит послеродовой*
— пельвеоперитонит см. *Пельвеоперитонит послеродовой*
— тромбофлебит см. *Тромбофлебит послеродовой*
— эндометрит 445
Порт, операция 386, 399, 400
Почечнокаменная болезнь, искусственное прерывание беременности 34, 35
Почечные лоханки, расширение 36
— — хронические воспалительные процессы, искусственное прерывание беременности 34
Почка кистовидная 550
Почки, заболевание и беременность 33—37
— — — прерывание беременности 123
— — показание к кесареву сечению 405
— кистозное перерождение и искусственное прерывание беременности 34
— нарушение функции при эклампсии 100
— недоразвитие 550
— отсутствие одной из них и искусственное прерывание беременности 34, 35
— патологоанатомические изменения при эклампсии 107
— подковообразная у новорожденных 550
— пороки развития 550
— при нефропатии беременных 80, 81
— — туберкулезе и искусственное прерывание беременности 34
Поясничный прокол при внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных 559
Правосуда акушерские щипцы 333, 334—335
Предлежания головки разогнутые 205—213
— — — применяемые при их операции 331
Предлежание затылочное 205, 206
— задний вид, наложение выходных щипцов 355
— — — — техника наложения полостных щипцов при второй позиции 363
— — передний вид, наложение выходных щипцов 354
— — — — техника наложения полостных щипцов при второй позиции 362
— — — — — — — — первой позиции 360
— лицевое 205, 210—213
— — ведение родов 213
— — вторичное 210
— — диагноз 210, 211
— — задний вид, техника наложения полостных щипцов 364
— — как показание к кесареву сечению 389
— — механизм родов 211, 212
— — наложение выходных щипцов 358, 359
Предлежание лицевое, передний вид 364
— лобное 205, 207—210
— — ведение родов 209
— — диагноз 208
— — как показание к кесареву сечению 389
— — механизм родов 208
— — наложение выходных щипцов 358
— — перевод его в лицевое или затылочное 209
— неправильное как показание к кесареву сечению 389
— ножное, ведение второго периода родов 375
— передне-головное 206, 207
— передне-теменное 205
— — ведение родов 207
— — диагноз 207
— — наложение выходных щипцов 357
— плаценты 217—226
— — боковое 217
— — влагалищное исследование 222
— — в этиологии разрыва шейки матки 268
— — диагноз 221, 222
— — полное как показание к кесареву сечению 388

Предлежание плаценты как показание к операции наложения кожно-головных щипцов 313
— — — — — — разрыва плодного пузыря 313
— — как противопоказание к влагалищному кесареву сечению 405
— — клиническая картина 219, 221
— — краевое 217
— — лечение 223
— — переливание крови 226
— — поворот на ножку 224
— — причины 218
— — профилактика 222
— — рентгенодиагностика 222
— — тампонация влагалища 225
— — центральное или полное 217
— — частичное 218
— — — как показание к кесареву сечению 388, 390
— — — операция метрейриза 311
— — частота 219
— — экстирпация плаценты 226
— тазовое, акушерские пособия и операции 371, 372
— — как показание к наружному акушерскому повороту 319
— — ручное пособие 375—377
— — трудности и осложнения при ручном пособии 381
— пуповины 332
— разгибательное, причины 205, 206
— сосудов 231
— ягодичное, акушерское пособие при них 372, 374
— — профилактическое низведение ножки 380
Преждевременные роды см. *Роды преждевременные*

Прерывание беременности искусственное, медицинские показания 132, 134
— — — методы (техника) 134
— — — при анатомических поражениях клапанов сердца 5
— — — — базедовой болезни 6
— — — — воспалительных процессах в поджелудочной железе 8

— — — — гастритах 7
— — — — гипертонической болезни 40, 41
— — — — желчнокаменной болезни 7
— — — — заболевании печени 7
— — — — инфекционных заболеваниях 42
— — — — кистозном перерождении почек 34
— — — — липоидном нефрозе 34
— — — — малярии 43
— — — — миокардите 6
— — — — одностороннем гидронефрозе 34
— — — — остром нефрите 35
— — — — отсутствии одной почки 34, 35
— — — — пиэлонефрозе 34
— — — — почечнокаменной болезни 34, 35
— — — — сердечно-сосудистых заболеваниях 16

— — — — стенозе левого венозного отверстия 16
— — — — туберкулезе почек 34
— — — — узком тазе 200
— — — — хронических воспалительных процессах почечных лоханок и мочевого пузыря 34
— — — — хроническом нефрите 34—36
Прерывание беременности искусственное при хроническом пиэлите 36
— — — — чрезмерной рвоте беременных 70
— — — — эндокардите 6
— — — — язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 7
— — преждевременные 119—135
— — — профилактика 124, 125
— — — этиология, 120—124
— — самопроизвольное 121, 124
— — — при бруцеллезе 49
— — — — сегментарном колите 8
— — — — энтероколите 8

Преэклампсия 53, 86
— искусственные преждевременные роды 303
— как показание к кесареву сечению 405
— лечение 95
— при наружном исследовании таза 187
Прием Зигемундин-Смелли 331
— Мориса-Левре ручной 375
— Торна ручной 331
— Вастена 201
Принцип доминанты А. А. Ухтомского 439
Приращение плаценты истинное и разрывы матки 259
— — полное 425
Проба адреналиновая, гистаминовая см. *Адреналиновая проба. Гистаминовая проба*
— Ашнера 57
— баночная Вальдмана 467
— гистаминовая 57
— Даниелопуло 57
— Зимницкого при нефропатии беременных 81
— Квика при эклампсии 100
— креатининовая при нефропатии беременных 81
— Лендиса на проницаемость капилляров для жидкой части крови 75
— Мак Клюр-Олдрича 19, 23
— по принципу концентраций акад. Н. Д. Стражеско 33
— Фольгарда при нефропатии беременных 81
Прободение головки 413
— матки, частота при выскабливании матки 299
— — чревосечение 299
— стенки матки 298
Прободник Феноменова 415
Прогестерон 105
Прозерин для стимуляции родовой деятельности 315, 316
Прокол плодных оболочек при форсированном родоразрешении 303
— пробный 143
Пролан Б 155, 157, 158, 163, 170
Промежность, поддержание ее для предупреждения разрыва 273
— разрыв при узком тазе 192, 195
— разрывы см. *Разрывы промежности*
Проницаемость капилляров при водянке беременных 75
— — — шоке 250
Протеинотерапия при септической инфекции 479
Профилактика индивидуальная 471
— общественная 471
Проховника способ при асфиксии новорожденного 537
Прямая кишка, атрезия ее 542
Прямокишечно-влагалищные свищи 276
Псевдогермафродитизм 550
Психические травмы, прерывание беременности 123
— расстройства при эклампсии 98
Пубиотомия 312
— в этиологии разрывов тазовых и крестцово-подвздошных сочленений 278
— при узком тазе 199
— разрыв тазового кольца 429
Пузырный занос (mole hydatidosa) 152, 159
— — беременность многоплодная и многоводие, дифференциальная диагностика 156
— — диагностика 156, 158
— — искусственные преждевременные роды 303
— — клиника 155
— — лечение 158, 159
— — прерывание беременности 124
— — токсикозы 54
— — этиология 154
— — разрушающий (mola hydatidosa destruens) 153
Пузырь плодный см. *Плодный пузырь*
«Пульс лестничный» Малера 458
— при разрыве матки 262
Пульс при чрезмерной рвоте беременных 68
— — эклампсия 101
Пункция (пробный прокол) 143
— при абсцедирующем мастите 489
Пупартова связка 452
Пуповина, выпадение при головном или тазовом предлежании плода как показание к кесареву сечению 389, 392
— выпадение при узком тазе 193
— перерезка у новорожденных 510
— обвитие, прерывание беременности 124
— оболочечное прикрепление см. *Оболочечное прикрепление пуповины*
— предлежание 332
— аномалии развития, прерывание беременности 124
— чрезмерная короткость в этиологии преждевременной отслойки плаценты 228
Пупок амниотический 530
— кожный 530
— мокнущий 530
Пупочная грыжа 530
— ранка 530—531
Пупочный канатик, гангрена остатка 530
— — остаток 530
Пуэрперальная инфекция 431
Пфейффера бациллы 538
Пятна родимые 494
— Минакова 245
Радийтерапия при хорионэпителиоме 171
Разрыв влагалища 253, 427
— — вследствие соскальзывания щипцов 369
— — при узком тазе 192
— матки 237, 240, 253—267
— — ампутация матки 265
— — «бессимптомный» 261
— — вид анестезии 265
— — декапитация 263
— — диагностика 263
— — зашивание 265
— — исходы 266
— — инфекционно-септический шок 263
— — кесарево сечение 266
— — классификация, виды разрыва 254
— — клиническое течение 260
— — краниотомия 263, 265

Разрыв матки, катетеризация 264
— — насильственный 254, 257
— — неполный 254
— — несоответствие между плодом и родовыми путями 257
— — патологоанатомические изменения 259—260
— — переливание крови 266
— — питуитрин в этиологии 267
— — при узком тазе 195
— — опасность инфекции 433, 436
— — операция зашивания разрыва 422—423
— — осложнение операции наложения щипцов 370
— — угроза как показание к кесареву сечению 388
— — полный 254
— по рубцу 258
— — при беременности 258—259
— — применение морфина перед операцией 265
— — при узком тазе 195
— — проверка целости мочевого пузыря 264
— — профилактика 266, 267
— — самопроизвольный 254
— — — гистологические изменения 256—257
— — симптомокомплекс 261
— — — Бандля 254—255, 261
— — — по Илькевичу 261
— — смертность матерей 266
— — стерилизация 265
— — теории 254—256
— — терапия 264—266
— — чревосечение 264, 265, 266
— — шок 262
— — экстирпация матки 265
— — эмбриотомия 263
Разрывы мягких родовых путей при лобном предлежании 209
Разрыв мочевого пузыря вследствие соскальзывания щипцов 369
— плодного пузыря 313, 346
— — — в этиологии разрыва шейки матки 269
— — — показания к операции 313
— — — при предлежании плаценты 223
— — — — узком тазе 192
— промежности 253, 272—274, 427
— — вследствие соскальзывания щипцов 369
— — выпадение матки 272
— — необходимые для операции инструменты и материалы 427
— промежности, опасность инфекции 436
— — перинеотомия 274
— — при операции извлечения плода за тазовый конец 382
— — — узком тазе 192, 195
— — профилактика и терапия 273, 274
— — этиология 273
— трубы 142, 143
— шейки матки 267—272
— — — диагностика 271
— — — клиническое течение 270
— — — кровотечение 267, 270, 271
— — — насильственный 268
— — —при операции извлечения плода за тазовый конец 384
— — — самопроизвольный 268
— — — формы разрывов 270
— — — частота 268
— — — этиология 268—270
Рассечение шейки матки 310—311
Рак шейки матки, противопоказание к влагалищному кесареву сечению 405
Рана физиологическая 436
Раневое истощение 452
Раствор ЛИПК И. Р. Петрова 248
Расчленение плода на части 219
Расширение шейки матки пальцевое по Боннер-Строганову 311
Расширитель Босси 311
Расширители металлические 130, 135, 295
Рахит 177, 185, 202
Рвота беременных 66—72
— — лечение 70—72
— — при токсикозах 56, 57
— — симптоматология 67
— — течение 67, 68
— — неукротимая 53, 68
— — — как показание к кесареву сечению 405
— — чрезмерная 68—72
— — — искусственное прерывание беременности 70
— — — лечение 70—72
— — — патологоанатомические изменения 70
— — — течение 69
— у новорожденных 543, 544
Реактивность организма 438
— — и инфекция 435
Реакция Ашгейм-Цондека 142, 155, 157, 167, 306, 307
— Вассермана 551
— Вейль-Феликса 465
— Видаля 465
— Гийсманс Ван-ден-Берга 508, 547
— Гмелина 507
— Панди 505
— Фридмана 157
Резекция мыса (операция Роттера) 199
Резус-фактор 247, 548
Рейн-Порро операция 385, 399
Рентгенодиагностика нарушений в области лонного сочленения 279
— при внематочной беременности 145
— — предлежании плаценты 222
— — пузырном заносе 156
Рентгенокимография у беременных 23
Рентгенологическое исследование при воспалении легких 539
— — — узком тазе 188
Рентгеностереопельвиметрия 189
Рентгенотерапия при хорионэпителиоме 167, 171
Реобаза 64
— повышение при увеличивающейся кровопотере 245
Репозиторий 332
Ретикуло-эндотелиальная система 463, 489
— — значение при септическом процессе 438
— — изменения при эклампсии 105
Рефлекс Бабинского 505
— Моро 505
— пузырно-мочеточниковый 37
— Робинсона 495, 505
— спинного хребта Таланта 506
Рефлексы трофические 438
Рефлекторные механизмы 437
Рецепторный аппарат 435, 437
Риванол при септической инфекции 480
Робинсон-рефлекс 495, 505
«Родильная горячка» 431
— — смертность 431
Родильная кровать см. *Кровать Рахманова*
Родильный дом, организация работы детского отделения 509—514
Родовая деятельность, методы стимуляции 314
— — недостаточность, наложение щипцов 341
— — слабость как показание к операции наложения кожноголовных щипцов 313
Родовая опухоль у новорожденных 556
Родовой акт, течение при гриппозных заболеваниях 47
«Родовой» шок 250—251
Родовые пути мягкие и костные, операция восстановления целости 426
— — повреждения при наложении щипцов 370
— свищи см. *Свищи акушерские*
— схватки слабые при предлежании плаценты 221
— травмы у новорожденных 556—560
Родоразрешение досрочное при токсикозах беременных 95
— срочное 303
— форсированное 303
Роды, ведение при узком тазе 198—202
— влияние длительности течения на образование свищей 275
— внесение микробов во влагалище в предродовой период 434
— запоздалые 119
— затяжные 436
— мертвым плодом в этиологии неотделения последа 238
— оперативные, самопроизвольная инфекция 436
— преждевременные 119, 126
— — искусственные 303—304
— — — кесарево сечение 303
— — — метрейриз 303
— — — показание к производству 303
— преждевременные при малярии 43
— срочные 119
— «сухие» 182, 185
— — самопроизвольная инфекция 436
— ускорение при эклампсии 114
— физиологические, раневая поверхность 432, 433
Рожа у новорожденных 529
Рождаемость, уменьшение после гриппозных эпидемий 46
Роттера операция 199
РОЭ при беременности 10
Ртутное отравление, прерывание беременности 122
Рукав Окинчица 424
Ручки, запрокидывание их 381
Ручное извлечение плода, трудности и осложнения 381

Сагиттальный шов, техника операции наложения щипцов при низком поперечном наложении его 364
Санитарно-просветительная работа 472
Свинцовое отравление, прерывание беременности 122
Свищ акушерский (родовой) 275—277
— — профилактика 277
— — терапия (сроки операций) 277
— — узкий таз в этиологии 275
— — этиология 275, 276
— каловый при лобном предлежании плода 209
— между влагалищем и мочевым пузырем, влагалищем и прямой кишкой, при плоских тазах 196
— мочевого протока у новорожденных 531
— мочевой при лобных предлежаниях 209
— мочеполовой 253
— мочеточниковый 276
Свищи после акушерских операций 276
— прямокишечно влагалищные 276
Сенсибилизация организма 439
Сепсис абортный 440

Сепсис абортный, лечение 131
— без метастаза 442
— газовый 464
— — анаэробный, антиацидотическая терапия 480
— перитонеальный 459
— послеабортный 437
— рациональное питание 476
— с метастазами 442
— у новорожденных 552
— экзогенный после аборта 433
— см. *Септическая инфекция*
Септикопиемия 442, 462—464
— при прогрессирующем тромбофлебите 461
Септицемия 442, 462
— у новорожденных 553, 554
Септическая инфекция 440
— — воспаление молочной железы 485
— — медикаментозная терапия 478
— — обмен веществ 476
— — переливание крови 478
— — применение антибиотиков 483
— — — антитоксических сывороток 483
— — — бактериофагов 483
— — протеинотерапия 479
— — специфическая терапия 480—481
— — уход за больными 475
— — хирургическое лечение 483
— — см. *Сепсис*
Септические заболевания, значение ретикуло-эндотелиальной системы 438
Септический очаг 441
— процесс, инфекционный компонент 440
Сердечная деятельность, стойкая декомпенсация ее как показание к кесареву сечению 405
Сердечно-сосудистая недостаточность как показание к кесареву сечению 388, 391
— система, заболевание, наложение щипцов 341
— — нарушения при эклампсии 101
— — — функций и искусственные преждевременные роды 303
— — — при нефропатии беременных 80, 84
— — — — разрыве матки 262
Сердечно-сосудистые заболевания во время беременности, родов и в послеродовом периоде — резолюция совместного заседания Московских акушерско-гинекологического и терапевтического обществ и комиссии родовспоможения Министерства здравоохранения РСФСР (1951) 32—33
— — комбинация с беременностью 5
— — и искусственное прерывание беременности 16
— — у беременных, лечение 27—31
Сердце, аномалии положения у новорожденных 541
— идиопатическая гипертрофия у новорожденных 541
— врожденный порок 541
— минутный объем у беременных 15
— мускулатура во время беременности 12
— патологические изменения при эклампсии 108
— порок и беременность 16—18
— смещение при беременности 11
— тотальная недостаточность 19
— центробежные и усиливающие нервы 438
Сердце, эктопия у новорожденных 541
Сердцебиение при беременности 9, 11
Сигнальная система первая и вторая в развитии инфекции 436
Сильвестра способ искусственного дыхания 536
Симпатин 242
Симпсона акушерские щипцы 336, 340
Симптом Блюмберга-Щеткина 142
— Гентера 452
— Пастернацкого 37
— Хвостека 495
— «хоботковый» 495
— Щеткина 299
— Щеткина-Блюмберга 454, 460, 461
Симфиз 278
— высота 188
— симптомы повреждения 429
Симфизеотомия 312
— в этиологии разрывов тазовых и крестцово-подвздошных сочленений 278
— подкожная при узком тазе 199
— разрыв тазового кольца 429
Симфизит 289
Синдром токсико-септический 545
Синтомицин при токсико-септических состояниях новорожденных 555
Синцитилизины 54
Синцитиотрофобласт 56
Сифилид диффузный поверхностный у новорожденных 551
Сифилис врожденный 550—551
— самопроизвольное прерывание беременности 122
Скарлатина и беременность 47
— прерывание беременности 121
Скарпа треугольник 452
Склередема у новорожденных 498, 528
Склерема у новорожденных 498
— (жировая) у новорожденных 528
Сколиоз врожденный 532
— позвоночного столба 182
Слабость родовой деятельности при узком тазе 192
Слизистые оболочки при чрезмерной рвоте беременных 68
Слюнные железы, гнойное воспаление у новорожденных 543
— протоки, кисты их у новорожденных 542
Слюнотечение как самостоятельная форма токсикоза 72, 73
— при чрезмерной рвоте беременных 69
Смелли акушерские щипцы 333
Смертность детская при выпадении плаценты 230
— — — передне-головном предлежании 207
— — — предлежании плаценты 221, 224
— — — преждевременной отслойке плаценты 228, 229
— при выворотке матки 249
— матерей при высоком прямом стоянии головки 215
— — — предлежании плаценты 219, 220, 224
— — — преждевременной отслойке плаценты 228, 229
— — — разрыве матки 266
— — — симфизео- и пубиотомии 312
— — — узком тазе 192
— новорожденных 197
Смерть внезапная при увеличении зобной железы у новорожденных 537
Смерть плода внутриутробная и искусственные преждевременные роды 303
— роженицы внезапная как показание к кесареву сечению 389, 392
Смеси Бидерта 520, 521
— для докорма новорожденных 520, 521
— Сперанского 520, 521
Смита операция 386, 399, 400
Соколова способ искусственного дыхания 536
Сон условнорефлекторный, лечение рвоты беременных 71
Сопротивляемость организма 438
— — нервная трофика 438
— — снижение 436
Соскальзывание щипцов см. *Щипцы акушерские, соскальзывание*
Соски, неправильная форма и величина 517
— ссадины и трещины 517
— трещины и послеродовой мастит 484
Сосудистая система — аккомодационная ее способность 243
Спазмалгин 375
— инъекции при введении металлических расширителей 295
Спасокукоцкий, способ подготовки рук хирурга 288
Сперанский Г. Н., смесь для докорма новорожденных 520, 521
Спинномозговая жидкость при эклампсии 102
Спирт при септической инфекции 476
Спондилотомия 419, 421
— необходимые инструменты 421
— опасность травмирования матки 267
Способ Верта, искусственное дыхание 536
— Кочергина - Спасокукоцкого подготовки рук хирурга 288
— Морисо-Левре-Ляшапель освобождение последующей головки 376
— Огата при асфиксии новорожденного 537
— Проховника при асфиксии новорожденного 537
— Сильвестра, искусственное дыхание 536
— Соколова, искусственное дыхание 536
— Фогта, искусственное дыхание 536
— Шульце при асфиксии новорожденных 537
Спринцевания горячие при форсированном родоразрешении 303
Срамной нерв, анестезия 289
Сращение пальцев у новорожденного 531
Средние медицинские кадры 287
Стафилолизин 470
Стафилококк гемолитический 433
— резистентность к пенициллину 440
Стафилококки-возбудители септической инфекции 432
Стенозы кишечника у новорожденных 542
— левого венозного отверстия и искусственное прерывание беременности 16
— пищевода у новорожденных 542
Стерилизация при разрыве матки 265
Столбняк новорожденных 555
Стоматит у новорожденных 542
Стопа плоская у новорожденных 532
Стояние головки высокое прямое 213, 216
— — — — ведение родов 216

Стояние головки высокое прямое, диагностика 215
— — — — применяемые операции 331
— — — — причины 214
— — — — течение родов 215
Стрептококк возбудитель септической инфекции 432
— гемолитический 433
— — в половых органах женщины при аборте 129
Стрептомицин при воспалении легкого у новорожденных 539
— — сепсисе новорожденных 553
— — септической инфекции 479, 481, 482
— — токсико-септическом состоянии новорожденных 555
— — тромбофлебитах 459
Стрептоцид в лечении пемфигуса у новорожденных 529
— при перитоните у новорожденных 545
— — сепсисе новорожденных 553
Стриарная система 495
Субинволюция 446
Судороги клонические при эклампсии 97
Сульфаниламиды при воспалении легкого у новорожденных 539
— — гонорее у родильниц 448
— — осложненных родах 472
— — пельвеоперитонитах 455
— — сепсисе новорожденных 553
— — септической инфекции 480
— токсичность 480, 481
— устойчивость микробов 441
Суставная сумка, разрыв ее у новорожденных 559
«Сухие» роды см. *Роды «сухие»*
Съезд акушеров и гинекологов всесоюзный восьмой (VIII) 386
— — — — — девятый (IX) 386
Сыворотка антитоксическая при септической инфекции 483
— лошадиная, анафилактический шок 439
— по Безредке при септической инфекции 483
Сыпной тиф и беременность 48
— — прерывание беременности 122

Таз инфантильный, плоский, таз карлицы, косо-суженный, остеомалятический и др. см. соответственно: *Узкий таз, Инфантильный, Плоский, Карлицы, Косо-суженный, Остеомалятический таз* и др.
— костный, травма его при операции извлечения плода за тазовый конец 384
— нарушение сочленений в родах 277—280
— окружность 188
— опухоли костей как показание к кесареву сечению 388
— переломы и смещения костей как показания к кесареву сечению 388
— поперечный и прямой размер выхода 188
— пособия при нарушении целости 429
— проводная ось 351
— угол наклонения 189, 190
— узкий см. *Узкий таз*
— этиология нарушения сочленений в родах 278
Тазовая клетчатка, опухоли как показание к кесареву сечению 388, 389
Тазовое кольцо, разрыв 427
Тазовое предлежание плода при предлежании плаценты 220
Тазовый конец, извлечения плода за тазовый конец 377—379
— — наложение щипцов 366
Тазомер 188, 189
Тампонация влагалища при предлежании плаценты 225
— матки 243
Тарнье акушерские щипцы 338
Тахикардия 244
— при беременности 10, 11
Телеангиэктазия у новорожденных 526
Теменные кости, захождение одна за другую при простом плоском тазе 195
Температура тела при чрезмерной рвоте беременных 68
— — — шоковом состоянии 250
— — — эклампсии 101
— — субфебрильная у беременных 10, 11, 57
Теория Гофбауэра гипофизарная (питуитарная) в патогенезе токсикозов 59
— овулярная см. *Овулярная теория*
— Пинара патогенеза токсикозов 59
— Смитов в патогенезе токсикозов 60
— Траубе-Розенштейна патогенеза токсикозов 58
— Фрерихса патогенеза токсикозов 58
Терапия выжидательная при лихорадочном аборте 131
Тиамин при септической инфекции 477
Тиканадзе положение кишечных зажимов по бокам шейки матки при гипотонических кровотечениях 243
Тип Дюшен-Эрба, верхний паралич плечевого сплетения у новорожденных 560
— Клюмпке, нижний паралич плечевого сплетения у новорожденных 560
Тиф брюшной, сыпной, возвратный см. *Брюшной, Сыпной, Возвратный тиф*
Токсикоз беременных 7, 51, 118
— — аллергическая теория в патогенезе 60
— — альбуминурия 63
— — в первой и во второй ее половине, показание к кесареву сечению 405
— — в этиологии преждевременной отслойки плаценты 228
Токсикозы беременных, гепатогенная теория в патогенезе 58
— — гидропическая фаза 63
— — гипофизарная (питуитарная) теория в патогенезе 59
— — диэтотерапия 88
— — досрочное родоразрешение 95
— — изменения в капиллярном кровообращении 61
— — и искусственные преждевременные роды 303
— — — травматическое повреждение лонного сочленения 279
— — классификация 65, 66
— — клинические данные 62—65
— — лечение 87—96
— — нефрогенная теория в патогенезе 58, 59, 60
— — отечно-нефротические группы 73
— — патогенез 56—66
— — плюригландулярный патогенез 59
— — прерывание беременности 123
— — профилактика 86—87
— — поздние 37, 38, 40, 73—118
— — — как показание к кесареву сечению 388, 391
— — — классификация 73
— — — патогенез 58—61
— — ранние 66—73
— — — классификация 66
Токсикозы беременных ранние, патогенез 56—58
— — теория Смитов в патогенезе 60
— — участие эндокринного аппарата в патогенезе 65
— — этиология 53—56
— и «гестозы» 51
Токсико-септический синдром 545
Токсико-септическое состояние 553
Торн, ручной прием для исправления лицевого и лобного предлежания 331
Травма в этиологии преждевременной отслойки плаценты 228
— внутричерепная родовая у новорожденных 559
— костного таза при операции извлечения плода за тазовый конец 384
— механическая, прерывание беременности 122
— плода акушерская 371
— родовая, причина мертворождаемости при узком тазе 197
— — у новорожденных 556—560
— черепных костей при узком тазе, мертворождаемость 198
Травматизм акушерский 253—280
— в родах 277
— матери и плода при узком тазе 192
— родовых путей 371
— — — при краниотомии 417
— рожениц 370
Травматический шок при разрыве матки 262
Тракции, направление и характер 353
— «неподвижные» 353
Тракция пробная 350
Транфузин ЦИПК Н. А. Федорова 248
Трахея, стеноз 538
Трещины сосков и послеродовые маститы 484
Тромбартериит 531
Тромбофлебит бедренных вен 442, 444, 458
— вен легкого при септикопиемии 463
— — таза 442, 444, 457
— внутреннее исследование при тромбофлебитах 475
— лечение антибиотиками 459
— — пенициллином 459
— — стрептомицином 459
— поверхностных вен 457
— послеродовой 455—459
— прогрессирующий 442, 461
Трофика организма 438
Труба, кровяная опухоль см. *Опухоль трубы кровяная*
— опухоль как показание к кесареву сечению 338, 389
— разрыв см. *Разрыв трубы*
— маточная, кровоизлияние внутри и вокруг см. *Кровоизлияние внутри и вокруг маточной трубы*
Трубные беременности, разрывы матки после операции 259
Трубы добавочные 139
Труд физический, влияние на течение беременности 11
Трусco феномен 495
Туалет наружных половых органов 472
— раны 472
Туберкулез врожденный 551
— легких, анестезия срамного нерва при операции наложения щипцов 347
— легких как показание к кесареву сечению 405
— паратуберкулезное состояние 551

Туберкулез, самопроизвольное прерывание беременности 122
— почек и искусственное прерывание беременности 34
Турбинальные движения в трубах 139

Углеводный обмен при эклампсии 102
Углекислота, отравление, прерывание беременности 122
Угломер 189
Угол наклонения таза 189, 190
Уздечка языка короткая у новорожденных 542
Узкий таз 172—204
— — классификация 173—175
— — — по степени сужения 183—184
— — — неправильных тазов по А. Я. Крассовскому 173
— — редко встречающиеся формы 180—183
— — часто встречающиеся формы 175—180
— — анатомически узкий таз 191
— — анкилотический косо-суженный 181
— — — поперечно-суженный 182
— — воронкообразный 368
— — гипопластический 175
— — инфантильный (детский) 175
— — кифосколиотический 368
— — кифотический поперечно-суженный 182
— — клинически (функционально) 191—192
— — коксалгический косо-суженный 181
— — косо-суженный (асимметрический) 181—182
— — мужской 176
— — общеравномерно-суженный 175—176
— — — долихоцефалическая форма головки плода 194
— — — механизм родов 193
— — общесуженный, чистые формы 175
— — — плоский 180
— — — — асинклитическое вставление 196
— — — — механизм родов 195—196
— — остеомалятический 180—181, 388
— — плоский 177—180
— — — свищи между влагалищем и мочевым пузырем, между влагалищем и прямой кишкой 196
— — плоско-рахитический 177, 178, 206
— — — асимметрическая форма головки плода 195
— — — механизм родов 194
— — — поперечно-суженный 182
— — простой плоский 179
— — — захождение теменных костей одна на другую 195
— — — механизм родов 195
— — равномерно малый или гипопластический 175
— — расщепленный 183
— — сколиотический 182
— — спондилолистетический 183
— — карлицы 176
— — при двустороннем вывихе бедра 183
— — с новообразованиями и экзостозами 183
— — — показания к кесареву сечению 387
— — — кесарево сечение 183
Узкий таз, ведение родов 198—202
— — — (резолюция IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, 1935) 198—199
— — выпадение пуповины 193
— — высокие щипцы 199
— — в этиологии акушерских свищей 275
— — — разрыва шейки матки 269
— — диагностика 184—190
— — искусственное прерывание беременности 200
— — кесарево сечение 199
— — кефалогематома у новорожденных 198
— — материнская смертность 192
— — мертворождаемость 192, 197, 198
— — вследствие родовой травмы 197
— — — травмы черепных костей 198
— — механизм родов при общеравномерно-суженном тазе 193
— — — — общесуженном плоском тазе 195—196
— — — — плоско-рахитическом тазе 194
— — — — простом плоском тазе 195
— — пальпация для распознавания деформаций (Розенфельд) 187
— — повреждение лонного сочленения 195
— — показания к кесареву сечению 387, 388, 389
— — прерывание беременности 124
— — профилактика 202
— — профилактический поворот 322
— — пубиотомия 199
— — разрыв влагалища 192
— — — матки 195
— — — плодного пузыря 192
— — — промежности 192, 195
— — рентгенологическое исследование 188
— — симфизеотомия подкожная 199
— — слабая родовая деятельность 192
— — социальные факторы 172
— — течение беременности 190—191
— — течение родового акта и осложнения во время родов 191—193
— — травматизм матери и плода 192
— — частота 172
Уксус, впрыскивание в послед при замедленном отделении 239
Ультрафиолетовое облучение 471
— — при послеродовых маститах 489
Утомляемость при беременности 9
«Утробное положение» 495
Ухо среднее, воспаление у новорожденных 540
Уход за больными при септической инфекции 475
— — новорожденным 509—514
Ухтомский А. А., принципы доминанты 439, 542

Фагоцитарно-мезенхимальная система Мечникова 438
Фагоцитоз и мезенхима 438
Фаза клонических судорог судорожного периода эклампсии 98
— коматозного состояния судорожного периода эклампсии 98
— тонических сокращений судорожного периода эклампсии 97
Федорова акушерские щипцы 333
— и Лазаревича щипцы акушерские 335
Феномен ползания по Бауэру 505
— Труссо 495
Феноменова ложка для разрушения мозга при краниотомии 416
— ножницы тупые для эмбриотомии и клейдотомии 418, 419, 421
— перфоратор (прободник) 415
Фибринолизин 470
Физиологический раствор, введение в плаценту при замедленном отделении 239
Физиологическое учение И. П. Павлова 437—439, 591
Физиометр 464
Физкультура в режиме беременных 11
Фимоз у новорожденных 530
Фистула влагалища пузырная, осложнение операции наложения щипцов 370
— маточно-брюшная 399, 400
— мочеполовая см. *Мочеполовые фистулы*
— пузырно-влагалищная 276
— ректо-вагинальная 388
— уретро-везико-вагинальная 388
— шеечно-влагалищная 270
Фистулоррафия, предшествующая родам операция по поводу фистулы как показания к кесареву сечению 388, 390
Флебит у новорожденных 531
Фогт, способ искусственного дыхания 536
Фолликулин 316
— при подготовке к операции метрейриза 304
Фосфор, отравление, прерывание беременности 122
Фосфорно-кальциевый обмен, нарушение его 177
Френикус-симптом 142

Хвостека симптом 495
Хеморецепторы 437
Хинин 315, 316
— в методе усиления родовой деятельности по В. Н. Хмелевскому 341
Хлоралгидрат при внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных 558
Хлористый кальций в терапии нарушений лонного сочленения таза 279
— — см. *Кальций хлористый*
Хлорная вода, дезинфекция рук 431
Хлорэтил для кратковременного оглушения 289
Хмелевский В. Н., метод усиления родовой деятельности 341
Хмелевского-Николаева метод профилактики асфиксии плода 210, 213, 372, 375
«Хоботковый» симптом 495
Холецистит 7
Холинэстераза 242
Хондродистрофия 532
Хорея беременных как показание к кесареву сечению 405
Хориальная инвазия 169
Хорион 55, 307
Хорионаденома 162
Хорионкарцинома 162
Хорионэпителиома 157, 159—171
— гистологическое строение 162
— диагностика 168—170
— изменения яичников 162
— клиника 163—168
— лечение 170—171
— патологоанатомические изменения 160—163

Хронаксиметрия 64
Хронаксия 64
— изменение при кровопотере 245
— мышц и нервов у новорожденных 495

Центральная нервная система, аномалии развития 533—534
— — — нарушение функции при острой кровопотере 244
— — — при токсикозах 57
Цервицит 445
Цианоз 541
Цирроз печени врожденный 547
Цититон для устранения ателектаза легких 538
— при внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных 559

Череп, врожденные дефекты 532
— перелом основания у новорожденных 559
— деформация у новорожденных 492
Черепные кости, мертворожденность вследствие травмы их при узком тазе 198
Чистякова грушевидная повязка 510
Членорасположение плода нормальное 205
Чревосечение 135
— при внематочной беременности 148
— — разрыве матки 264, 265, 266
— — прободении матки 299
Чудовский, операция декапитации 419

Шейка матки, заболевания 267
— — заращения просвета канала 300
— — инструменты и материалы для наложения швов при разрыве шейки матки 427
— — коллоидная структура клеток 269
— — надрывы 267
— — — влагалищной части 298
— — — стенки 298
— — пальцевое расширение по Боннер-Строганову 311
— — разрыв 426
— — — при операции извлечения плода за тазовый конец 384
— — — см. *Разрывы шейки матки*
— — рассечение 310—311
Школы матерей 472
Шок анафилактический после инъекции лошадиной сыворотки 439
— анемический 244
— гликемический 251
— при вывороте матки 249
— — разрыве матки 262
— родовой см. *Родовой шок*
— травматический при разрыве матки 262
— третичный (инфекционно-токсический) при разрыве матки 263
Штаммы бактерий, пенициллинорезистентные 441
— — сульфаниламидорезистентные 441
Шульце способ при асфиксии новорожденного 537
Шумы диастолические при беременности 9
— систолические функциональные при беременности 9

Щелочной резерв крови у беременных 22, 23
Щеткина симптом 299 454, 460, 461
Щипцы абортные 296, 299
Щипцы акушерские 332—380
— — Боряковского, техника наложения 347
— — выбор модели щипцов 340
— — действие 339—340
— — для осевых тракций (Тарнье, Брейса, Полотебнова, Демлена) 338
— — затруднения при операции наложения 367—368
— — исторические данные 332—339
— — катетеризация перед операцией наложения 347
— — Килланда 366, 370
— — Лазаревича 360, 364, 366, 367, 368
— — — техника наложения 347
— — наложение в этиологии неотделения последа 238
— — — как показание к операции разрыва плодного пузыря 313
— — — на тазовый конец плода 366
— — — П. Ф. Эразмусом в 1765 г. 333
— — Негеле 337
— — необходимый инструментарий, медикаменты и белье при наложении 346
— — обезболивание 347
— — опасность инфекции 433, 436
— — осложнения при операции наложения 368—371
— — повреждения плода при наложении 371
— — повреждение родовых путей роженицы 370
— — подготовка к операции наложения 346
— — показания к наложению 340
— — Правосуда, техника наложения 347
— — при гипертонической болезни 343
— — прямые (Лазаревича, Федорова, Полотебнова, Правосуда, Боряковского, Федорова-Лазаревича) 333, 334—336
— — прямые, техника наложения 347
— — «родовспомогательные клещи» (Н. М. Максимович-Амбодик)
— — с тазовой кривизной (Левре, Смелли) 333
— — — — повышенный травматизм рожениц 370
— — — — техника наложения 348—354
— — с тремя кривизнами (Тарнье, Килланда) 338
— — Симпсона 336, 340, 366
— — Симпсона-Феноменова 336
— — соскальзывание 368, 369
— — техника операции наложения 347—354
— — тракции 350, 351
— — условия наложения 343
— — устройство 334—339
— — Федорова-Лазаревича, техника наложения 347
— — частота наложения в Геттингенской клинике (1753—1822) 282
— высокие 285, 345, 366
— — недопустимость наложения с целью предупреждения насильственного разрыва матки 267
— — повреждения родовых путей роженицы 370
— — при узком тазе 199
— — разрыв тазового кольца 429
— выходные 345, 354—359, 370
— — анестезия 347
Щипцы выходные, операция наложения при лицевом предлежании 358—359
— — — — — передне-головном предлежании 357
— — при заднем виде затылочного предлежания 355—356
— — — переднем виде затылочного предлежания 354
— кожно-головные по А. А. Иванову 313
— — — — — — методика 314
— — — — — показания к операции наложения 313
— полипные 296, 299
— полостные 345, 360—364, 370
— — техника наложения при заднем виде лицевого предлежания 364
— — — — второй позиции плода, заднем виде затылочного предлежания 362
— — — — первой позиции плода, заднем виде затылочного предлежания 363
— — — — — — — переднем виде затылочного предлежания 360—362
Щитовидная железа при лечении токсикозов 58
— — увеличение у новорожденных 538

Эвисцерация 412, 419, 421—422
— необходимые инструменты 421
Экзантемы сифилитические у новорожденных 551
Экзохорион 153, 160
Эклампсия 7, 53, 58, 96—118
— без судорог 109
— диференциальная диагностика (эпилепсия) 109
— интеркуррентная 97
— как показания к кесареву сечению 388, 405
— лечение по методу Строганова 112, 114—115
— наложение щипцов 341
— осложнения 110
— отдаленные результаты 111
— патологоанатомические изменения 106
— при пузырном заносе 156
— прогноз для плода и новорожденного 111
— продромальный период 97
— профилактика и лечение 111—117
— рекуррентная 97
— симптоматология и клиника 97—106
— судорожный период 97
— схема лечения, принятая в Институте акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР 115—117
— частота 96
— этиология и патогенез 109
Экстерриторизация матки 399
— — см. *Матка экстерриторизация*
Экстирпация матки, 385, 402, 423
— — при атонических кровотечениях 243
— — — плотном прикреплении плаценты 237
— — — предлежании плаценты 226
— — — разрыве матки 265
— — — септической инфекции 483
Экстрапирамидная система 495
Экстрасистолия при беременности 10
Эксцеребрация 413, 416
Эктропион 267
Электрокардиография у беременных 23
— — новорожденных 500
Эмболия при тромбофлебитах 458

Эмболия воздушная, смерть при предлежании плаценты 220
Эмбриокардия у новорожденных 500
Эмбриотомия 184, 197, 387, 412—418
— при инфицировании роженицы и мертвом плоде 331
— — истинной конъюгате 6,5—7,5 сантиметров 200
— — разрыве матки 263
— у древних индусов 281
Эндокардит 442
— беременность 18, 26
— искусственное прерывание беременности 6
Эндокринная система, поражение, прерывание беременности 123
Эндокринные железы, расстройства функции после выскабливания матки 300
Эндокринный аппарат в патогенезе токсикозов 65
— — патологоанатомические изменения при эклампсии 108
Эндокринные органы, нарушение функции при токсикозах 59
Эндометрит послеродовой 445
Эндохорион 153, 160
Эндоцервицит 267
— гонорройный 447
Энзимные системы 441
Энзимы адаптивные 441
Энтерококк 433
— резистентность к пенициллину 440
Энтероколит, самопроизвольное прерывание беременности 8
Энцефалит инфекционный у новорожденных 534
Эозинофилия до возникновения мастита 485
— при маститах 489
Эпизиотомия 284, 309
Эписпадия у новорожденных 550
Эпифиз, отделение его у новорожденных 559
Эрготин после операции кесарева сечения 401
— при гипотонии 296
— — гипотоническом кровотечении 243 408, 426
— — маточных кровотечениях 402
— — предлежании плаценты 226
Эритробластоз новорожденных 247, 548
— при послеродовых заболеваниях 466
Эритроциты, переливание взвеси при послеродовом мастите 489
Эрозии шейки матки как последствие разрывов 267, 268
Эстрогены 65, 105
— см. *Гормон фолликулярный*
Эфир для полной анестезии 289
— применение тампона с эфиром при гипотонических кровотечениях 243
Ягодичное предлежание при преждевременных родах 126
Язва послеродовая 442 444—445
— пупка у новорожденных 530
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, искусственное прерывание беременности 7
Язык, короткая уздечка у новорожденных 542
Яичко, водянка у новорожденных 550
— задержка опускания у новорожденных 550
Яичник, кистома 402
Яичники, опухоли их как показание к кесареву сечению 388, 389
Яичниковая беременность см. *Беременность яичниковая*

Abortus cervicalis см. Аборт шеечный
— completus см. Аборт полный
— complicatus см. Аборт осложненный
— febrilis см. Аборт лихорадочный
— incipiens см. Аборт начавшийся
— imminens см. Аборт угрожающий
— incompletus см. Аборт неполный
— praeternaturalis 127
— tubarius см. Аборт трубный
Abscessus uteri см. Абсцесс матки
Acme в температурной кривой и метроэндометрите 446
Actinomyces griseus 482
Amelus 331
Anaemia haemolytica congenita neonatorum 548
— — neonatorum congenita cum ictero gravi 548
— — — — oedema hydrops universalis 548
Angina retronasalis у новорожденных 540
Anencephalis 532
Aorta ascendes у новорожденных 499
— descendens у новорожденных 499
Applicatio forcipis altae 345
— — obstetriciae 332
Arteria anonyma 499
— carotis 499
— glutae 452
— hypogastricae 499
— ischiadica 452
— subclavia sinistra 499
— uterina 306
Arteritis umbilicalis 531
Articulatio sacroiliaca, разрыв его при наложении щипцов 370
— sacroiliaca, симптомы повреждения его 429
Asphyxia livida у новорожденных 535
— pallida новорожденных 535
Athetosis у новорожденных 533
Atresia ani 542
— recti 549

B. proteus 433
Blenorrhoea umbilici 530

Candida albicans 543
Caput obstipus congenitum 557
Caput obstipus congenitum succedanium 556
Cheilognathopalatoschisis 542
Chondrodystrophia foetalis 532
Chorion frondosum 126, 152
— laeve 126, 152
Cl. perfringens 433, 440, 464, 470
Colporrhexis 423
Conjugata diagonalis см. Конъюгата диагональная
— externa см. Конъюгата наружная
— vera см. Конъюгата истинная

Dermatitis exfoliativa Ritteri 529
Diplegia spastica infantilis 533
Distantia cristarum 175,176, 177, 180, 188
— spinarum 175, 176, 177, 180, 188
— trochanterica 175, 176, 177, 180, 188
Ductus choledochus 547
— cysticus 547
— hepaticus 547
— venosus Arantii 499

Ectopia 136—151
Embryotomia 412—422
Encephalocele 533
Endometritis post abortum 128
— puerperalis см. Эндометрит послеродовой
Epidermalys bullosa hereditaria 529
Erysipelas у новорожденных 529
Erythema neonatorum 494
Ethmoiditis 540
Extractio foetus manualis 377

Facies tetanica 556
Fascia transversa 449
Fistula cervico-vaginalis s. laqueatica 127
— laqueatica 270
Foetus compressus 128
— papyraceus 128
Foramen ischiadicum majus 451
— — minus 451
— obturatorium 451
— ovale 499
— stylomastoideum 371
Forceps alta 366
— media 345, 360—364
— minor 345
Fossa maternitatis 253
Fungus umbilici 530

Gangraena umbilici 530
Glabella 206, 211
Gladiolum — инструмент для нарушения целости черепной крышки 412
Graviditas abdominalis sive peritonealis см. Беременность брюшная
— ampullaris 136, 137
— extrauterina seu ectopia см. Беременность внематочная
— interstitialis 136
— isthmica 136
— ovarialis см. Беременность яичниковая
— tubaria 136, 137
— — intraligamentaris 137
— tuboovarialis 137

Hydrocephalus congenitus 533
Hyperkeratosis neonatorum benigna 526
— universalis congenita 526
Hypomochlion 355
Hamulus pterygoideus 542
Haematocele peritubarium 140
— — retrouterina circumscripta см. Опухоль заматочная кровяная
Haematosalpinx 142
— haematocele periparatubaria 145
Hysterostomatomia 310
Hysterotomia vaginalis anterior 406

Ichthyosis congenita 526
— — congenita larvata 526
— — sebacea 494, 526
Icterus malignus neonatorum 548
— — — prolongatus 547
Impetigo herpetiformis как показание к кесареву сечению 405
Insertio funiculi umbilicalis velamentosa 230—231
Intertrigo у новорожденных 527

Kephalhaematoma externum 557
— internum 557

Labium leporinum 542
Lacuna vasorum 451, 452
Lanugo 529
Lateropositio uteri 451
Lateroversio uteri 451
Ligamentum cardinale 450
— infundibulopelvicum 306
— ovarii proprium 306
— pubovesicale 450

Ligamentum vesicouterinum 450
— innominata 345
Lithopaedia 128, 307
Luxatio coxae congenita 532

Manus ferreae Palfuniana 533
Melaena neonatorum 545
— spuria 546
— vera 546
Meningocele 533
Mesoderma ligamenti rotundi 449, 450
Mesovarium 306
Migratio ovi externa — наружное передвижение яйца 140
Missed abortion см. Беременность замершая
Metritis dissecans 457
— puerperalis см. Метрит послеродовой
Metroendometritis complicata 446
— puerperalis см. Метроэндометрит послеродовой
— simplex 446
Metrotrombophlebitis см. Метротромбофлебит
Microcephalia 533
Micromelia 532
Milia 494, 522
Mola carnosa см. Мясистый занос
— haematomosa см. Кровяной занос
— hydatidosa см. Пузырный занос
— — distruens см. Пузырный занос разрушающий
Morbus Little 533
Mors thymica 537
Musculus constrictor cunni 272, 309, 427
— ileo-psoas 450
— levator ani 272, 427
— sphincter ani 272, 427
— transversus perinei superficialis 272, 309
— transversus superficialis 427

Naevus vascularis у новорожденных 526
— vasculosus 494
Nervus brachialis — парез его как осложнение операции наложения щипцов 371
— ischiadicus 452
— pudendus, анестезия в целях предупреждения разрывов промежности 274

Oligodactylia 531
Omphalitis 530
Ophtalmoblenorrhoea neonatorum 555
Osteohondritis luetica 532
Osteogenesis imperfecta 532
Osteopsathyrosis foetalis 532
Otitis media 540

Palatoschisis 542
Paralysis cerebralis infantum congenita 533
— nervi facialis 560
Parametritis anterior 450
— lateralis inferior 450
— lateralis superior 450
— posterior 450
— puerperalis см. Параметрит послеродовой
Pelveoperitonitis puerperalis resp. post abortum см. Пельвеоперитонит послеродовой
Pelvis aequabiliter justo minor см. Узкий таз общесуженный
— infantilis см. Узкий таз инфантильный
— nana см. Узкий таз карлицы
— simpliciter justo minor см. Узкий таз общесуженный
— virilis см. Узкий таз мужской
Pemphigus neonatorum contagiosus 528
— periumbilicalis 530
Periarteritis umbilicalis 531
Periostitis luetica 532
Periphlebitis umbilicalis 531
Peritonitis diffusa post partum aut pas abortum см. Перитонит послеродовой и послеродовый острый разлитой
— purulenta acuta у новорожденных 545
Perspiratio insensibilis у новорожденных 497
Pes calcaneus 532
— equinus 531—532
— varus congenitus 532
Phlebitis umbilicalis 531
Piestron — инструмент для дробления костей черепа 412
Placenta accreta 259
— — totalis см. Приращение плаценты полное
— caesarea 397
— cervicalis 218, 225, 405, 425
— — см. также Плацента шеечная
— isthmicocervicalis 218
— praevia caesarea 402
— — centralis s. totalis 217
— — lateralis 217
— — marginalis 217
Planum maxillo-parietale 209, 358
— sublinguo-parietale 212
— tracheo-bregmaticum 212
Plastrom abdominale 452
Polydactylia 531
Positio occipitalis pubica (POP) 214, 215
— — — как показание к кесареву сечению 389
— — sacralis (POS) 214, 215
— — — как показание к кесареву сечению 389
Prolapsus placentae см. Выпадение плаценты 230
Psoriasis plantaris et palmaris 551
Punctum fixum 206, 212

Ranula 542
Rhagades 551
Rhaphe perinei 310
Rhinitis 40
Ritter-dermatitis exfoliativa 529
Rotatio capitis interna 360
Ruptura tubae см. Разрыв трубы

Salioadenitis purulenta 543
Sclerema adiposum 528
Scleroederma 528
Sectio caesarea см. Кесарево сечение
— — vaginalis см. Кесарево сечение влагалищное
Separatio placentae manualis см. Послед, операция ручного отделения его
Sepsis peritonealis см. Сепсис перитонеальный
Septicaemia см. Септицемия
Septicopyaemia см. Септикопиемия
Sphacelus 530
Spina bifida 532, 533
Soor 543
Stadium decrementi в температурной кривой при эндометрите 446
Stadium incrementi в температурной кривой при метроэндометрите 446
Stomatitis catarrhalis 542
Stridor laryngis congenitus 537
— — inspiratoris congenitus 537

— thymicus 537
Syndactylia 531

Tetanus neonatorum 555
Theca folliculi interna 155
Thromboarteritis umbilicalis 531
Thrombophlebitis puerperalis см. Тромбофлебит послеродовой
— umbilicalis 531
— venae femoralis см. Тромбофлебит бедренных вен
— venarum pelvis см. Тромбофлебит вен таза
Tuber maxillaria 358
— parietale dextrum 362
— — sinistrum 362

Ulcera pterygoideae 542
Ulcus puerperale см. Язва послеродовая
— umbilici 530
Urachus persistens 531
Uranoshisis 542
Uterus arcuatus 331

Vasa praevia 231
Vernix caseosa 494, 511
Versio obstetricia 318
Vis a tergo — действующая с тыла сила давлениия - (акушерские щипцы) 339
Vulvo-vaginitis desquamativa neonatorum 503

akusherstvo.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие 3

Глава I. **Внутренние болезни и беременность.** Акад. *Н. Д. Стражеско* . . 5

Влияние беременности на кровообращение здоровых женщин и женщин, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы. *В. В. Сайкова* 8
1. Влияние беременности на кровообращение здоровых женщин . . . 8
2. Влияние беременности на кровообращение при заболеваниях сердечно-сосудистой системы 15
Приложение. Резолюция совместного заседания Московских акушерско-гинекологического и терапевтического обществ и комиссии родовспоможения Министерства здравоохранения РСФСР 32
Заболевания почек и беременность. *Д. Ф. Чеботарев* 33
Гипертоническая болезнь и беременность. *Д. Ф. Чеботарев* 37
Острые инфекционные заболевания и беременность. Проф. *А. М. Зюков* и *Н. А. Панченко* 42
1. Беременность и малярия 42
2. Беременность и вирусный грипп 46
3. Беременность и корь 47
4. Беременность и скарлатина 47
5. Беременность и дифтерия 48
6. Беременность и брюшной тиф 48
7. Беременность и сыпной тиф 48
8. Беременность и возвратный тиф 48
9. Беременность и дизентерия 49
10. Беременность и бруцеллез 49

Глава II. **Токсикозы беременных (основные формы).** Проф. *Г. М. Салганник* 51

Этиология токсикозов беременных 53
Патогенез токсикозов беременных 56
Классификация, клиника, профилактика и лечение токсикозов беременных 65
Ранние токсикозы беременных 66
1. Рвота беременных 67
Симптоматология 67
Течение болезни 67
Диагноз 68
2. Чрезмерная рвота беременных 68
Симптоматология 68
Течение болезни 69
Прогноз 70
Патологоанатомические изменения при чрезмерной рвоте беременных 70
Лечение рвоты и чрезмерной рвоты беременных 70
3. Слюнотечение 72
Поздние токсикозы беременных 73
1. Водянка беременных 74
Симптоматология 74
Диагноз и диференциальный диагноз 76
2. Нефропатия беременных 77
Симптоматология и течение нефропатии 79
Нарушения в органах и системах при нефропатии 80

Патологоанатомические изменения при нефропатии 83
Диагноз и диференциальный диагноз 83
Прогноз 85
3. Преэклампсия 86
Профилактика токсикозов беременных 86
Лечение токсикозов беременных 87
Лечение водянки беременных 89
Лечение нефропатии беременных 90
Схема лечения при различных степенях нефропатии 94
Лечение преэклампсии 95
Досрочное родоразрешение при токсикозах беременных . . . 95
4. Эклампсия 96
Частота эклампсии 96
Симптоматология и клиника эклампсии 97
Нарушения функций различных органов и систем при эклампсии 98
Патологоанатомические изменения при эклампсии 106
Этиология и патогенез эклампсии 109
Диагностика 109
Эклампсия без судорог 109
Осложнения при эклампсии 110
Период выздоровления 110
Отдаленные результаты 111
Прогноз эклампсии для плода и новорожденного 111
Профилактика и лечение эклампсии 111
Усовершенствованный метод лечения эклампсии по В. В. Строганову 114
Основные современные положения при лечении эклампсии 115

Глава III. **Преждевременное прерывание беременности.** Проф. *А. М. Агаронов* 119

Этиология 120
Профилактика 124
Преждевременные роды 126
Самопроизвольный аборт 126
Клиническое течение 126
Лечение 129
Медицинские показания к операции искусственного прерывания беременности (аборта) 132
Методы искусственного прерывания беременности 134
Осложнения 134

Глава IV. **Внематочная беременность.** Проф. *И. И. Яковлев* 136

Частота 138
Этиология трубной беременности 139
Патологоанатомические изменения при трубной беременности . . . 140
Клиническая картина, симптоматология и диагностика трубной беременности 141
1. Ненарушенная (развивающаяся) трубная беременность 141
2. Нарушенная (прервавшаяся) трубная беременность 142
Диагноз. Диференциальный диагноз 145
Распознавание редких форм внематочной беременности 147
Межуточная, или интерстициальная, беременность 147
Распознавание беременности в рудиментарном роге матки . . . 148
Диагноз яичниковой беременности 148
Лечение при внематочной беременности 148
Внематочная беременность поздних сроков 150

Глава V. **Пузырный занос. Хорионэпителиома.** Проф. *А. Э. Мандельштам* . . 152

1. Пузырный занос 152
Этиология 154
Клиника пузырного заноса 155
Распознавание 156
Лечение 158
2. Хорионэпителиома матки 159
Гистологическое строение 162
Изменения яичников 163
Клиника 163
Диагностика 168
Прогноз 170
Лечение 170

Глава VI. **Узкий таз.** Проф. *М. Н. Побединский* 172
Частота 172
Классификация узких тазов 173
А. Часто встречающиеся формы узкого таза 175
Общеравномерно-суженные тазы 175
Чистые формы общесуженного таза 175
Инфантильный (детский) таз 175
Мужской таз 176
Таз карлицы 176
Плоские тазы 177
Плоско-рахитический таз 177
Простой плоский таз 179
Общесуженный плоский таз 180
Б. Редко встречающиеся формы узкого таза 180
Остеомалятический таз 180
Косо-суженные (асимметрические) тазы 181
Анкилотический косо-суженный таз 181
Коксалгический косо-суженный таз 181
Сколиотический таз 182
Поперечно-суженные тазы 182
Кифотический поперечно-суженный таз 182
Анкилотический поперечно-суженный таз 182
Спондилолистетический таз 183
Тазы при двустороннем вывихе бедра 183
Тазы с новообразованиями и экзостозами 183
Расщепленные тазы 183
Деление тазов по степени их сужения 183
Диагностика узкого таза 184
Течение беременности при узких тазах 190
Течение родового акта и осложнения во время родов при узком тазе . . 191
Механизм родов при общеравномерно-суженном тазе 193
Механизм родов при плоско-рахитическом тазе 194
Механизм родов при простом плоском тазе 195
Механизм родов при общесуженном плоском тазе 195
Осложнения и опасности для матери при родах с узким тазом . . . 196
Мертворождаемость, заболеваемость и смертность новорожденных . . . 197
Ведение родов при узком тазе 198
Профилактика узкого таза 202

Глава VII. **Отклонения от нормального механизма родов.** Проф. *И. И. Грищенко* 205

А. Разогнутые предлежания головки 205
Причины разгибательных предлежаний 205
1. Передне-головное предлежание 206
Диагноз 207
Ведение родов 207
2. Лобное предлежание 207
Диагноз 208
Механизм родов 208
Предсказание 209
Ведение родов 209
3. Лицевое предлежание 210
Диагноз 210
Механизм родов 211
Прогноз 213
Ведение родов 213
Б. Высокое прямое стояние головки 213
Течение родов 215
Ведение родов 216

Глава VIII. **Кровотечение во второй половине беременности и в родах (до рождения последа).** Проф. *Д. Е. Шмундак* 217

1. Предлежание плаценты 217
Формы предлежания плаценты 217
Причины предлежания плаценты 218
Частота предлежания плаценты 219

Клиническая картина 219
Диагноз 221
Профилактика 222
Терапия 223
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты . . 226
Патогенез 227
Клиническая картина 228
Лечение 229
3. Выпадение плаценты 230
4. Оболочечное прикрепление пуповины 230

Глава IX. **Патология последового периода.** Проф. *В. А. Покровский* . . . 233

Последовый период 233
Ведение последового периода 234
Приращение и плотное прикрепление плаценты 236
Неотделение и задержка последа 238
Терапия неотделения и задержки последа 239
Гипотонические кровотечения 240
Лечение при гипотонических кровотечениях 242
Патофизиологические изменения при острых кровопотерях 244
Терапия больных с острой анемией 245
Выворот матки 248
Терапия выворота матки 249
«Родовой» шок 250

Глава X. **Акушерский травматизм.** Проф. *В. А. Покровский* 253

Разрывы матки 253
Виды разрывов матки 254
Теории разрывов матки 254
Гистологические изменения в матке при самопроизвольных разрывах ее 256
Несоответствие между плодом и родовыми путями как причина разрыва матки 257
Насильственные разрывы матки 257
Разрывы матки по рубцу 258
Разрывы матки при беременности 259
Патологоанатомические изменения при разрывах матки 259
Клиническое течение разрывов матки 260
Наступивший разрыв матки 261
Шок при разрыве матки 262
Диагностика разрыва матки 263
Терапия разрыва матки 264
Исход разрыва матки 266
Профилактика разрыва матки 266
Разрывы шейки матки 267
Частота разрывов шейки матки 268
Этиология разрывов шейки матки 268
Формы разрывов шейки матки 270
Клиническое течение разрывов шейки матки 270
Диагностика разрывов шейки матки 271
Разрывы промежности 272
Формы разрывов промежности 272
Профилактика и терапия разрывов промежности 273
Гематома вульвы и влагалища 274
Терапия гематомы вульвы и влагалища 274
Свищи акушерские (родовые) 275
Этиология 275
Свищи после акушерских операций 276
Формы повреждений мочевых путей 276
Профилактика акушерских свищей 277
Терапия свищей 277
Нарушения сочленений таза в родах 277
Частота 277
Этиология 278
Клиника 279
Диагностика 279
Терапия 279

Глава XI. **Оперативное акушерство.** Проф. *К. Н. Жмакин* 281
Краткие исторические данные 281
Показания и условия для акушерских операций 285
Подготовка к операции больной (беременной, роженицы, родильницы) и рук хирурга 288
Методы анестезии 289
Техника проводниковой анестезии 289
Послеоперационный период 291
Акушерские операции и пособия (классификация) 291
А. Акушерские операции, применяемые во время беременности . . . 292
Искусственный аборт 292
Показания и противопоказания 292
Подготовка к операции 293
Техника операции 294
Послеоперационный период 297
Опасности и осложнения 297
Искусственный аборт при беременности 3—6 месяцев 300
Методы производства позднего аборта 300
Метрейриз 301
Искусственные преждевременные роды 303
Показания к производству искусственных преждевременных родов 303
Кесарево сечение 303
Метрейриз 303
Подготовка к операции. Обезболивание 304
Опасности и осложнения 305
Операции по поводу внематочной беременности 305
Яичниковая беременность или кровотечение из яичника 306
Операция при инфицированной внематочной беременности . . . 306
Операция при поздней внематочной беременности 308
Наружный акушерский поворот 308
Б. Акушерские операции, применяемые во время родов 309
Перинеотомия 309
Показания к перинеотомии 309
Подготовка к операции. Техника операции перинеотомии . . . 310
Рассечение шейки матки 310
Пальцевое расширение шейки матки по Боннер-Строганову . . . 311
Метрейриз 311
Операции с целью расширения костного тазового кольца 312
Вспомогательные операции и пособия 312
Кольпейриз 312
Разрыв плодного пузыря 313
Кожно-головные щипцы по А. А. Иванову 313
Показания к операции 313
Условия для операции 313
Подготовка роженицы и методика вмешательства 314
Методы стимуляции родовой деятельности 314
Бинт Я. Ф. Вербова 316
Выжимание плода по Кристеллеру 318
Метод Гофмейера 318
Операции, имеющие цель исправить положение или предлежание плода 318
Акушерский поворот 318
Краткие исторические данные 318
Разновидности операции 318
Наружный акушерский поворот 318
Показания к операции поворота 319
Наружный акушерский поворот при поперечном и косом положении плода 319
Техника наружного поворота 320
Наружный акушерский поворот на головку при тазовом предлежании плода 321
Техника наружного поворота при тазовом предлежании 322
Профилактический поворот при узком тазе 322
Классический акушерский поворот 322
Показания к операции 322
Условия для операции классического поворота 324
Противопоказания к операции 324
Подготовка к операции 324

Техника операции 324
Поворот по Брэкстон-Гиксу 327
Показания к операции 327
Противопоказания к повороту по Брэкстон-Гиксу 328
Условия для операции 328
Техника операции 328
Опасности и затруднения при операции наружно-внутреннего поворота 329
Операции, применяемые при разогнутых головных предлежаниях, высоком прямом стоянии головки, выпадении пуповины . . . 331
Родоразрешающие акушерские операции 332
Акушерские щипцы 332
Краткие исторические данные 332
Устройство щипцов 334
Действие щипцов 339
Выбор модели щипцов 340
Показания к наложению щипцов 340
Условия для наложения щипцов 343
Определение высоты стояния головки в тазу 343
Подготовка к операции. Обезболивание 346
Техника операции наложения щипцов 347
Техника наложения прямых щипцов 347
Техника наложения щипцов с тазовой кривизной 348
Выходные щипцы 354
а) Выходные щипцы при переднем виде затылочного предлежания 354
б) Выходные щипцы при заднем виде затылочного предлежания 355
Операция наложения выходных щипцов при передне-головном предлежании 357
Операция наложения выходных щипцов при лобном предлежании 358
Операция наложения выходных щипцов при лицевом предлежании 358
Полостные щипцы 360
1. Техника наложения полостных щипцов при первой позиции плода, затылочном предлежании, переднем виде 360
2. Техника наложения полостных щипцов при второй позиции плода, затылочном предлежании, переднем виде 362
3. Техника операции наложения полостных щипцов при первой позиции плода, затылочном предлежании, заднем виде 362
4. Техника операции наложения полостных щипцов при второй позиции плода, затылочном предлежании, заднем виде 363
5. Техника операции наложения полостных щипцов при лицевом предлежании, заднем виде 364
Лицевое предлежание, передний вид 364
Техника операции наложения щипцов при низком поперечном положении сагиттального шва 364
Высокие щипцы 366
Наложение щипцов на тазовый конец плода 366
Затруднения при операции наложения щипцов 367
Осложнения при операции наложения акушерских щипцов . . . 368
Акушерские пособия и операции при тазовом предлежании плода 371
Акушерское пособие при ягодичных предлежаниях по Н. А. Цовьянову 372
Ведение второго периода родов при ножном предлежании плода по Н. А. Цовьянову 375
Ручное пособие при тазовом предлежании 375
Извлечение плода за тазовый конец 377
Инструментальное извлечение плода за паховый сгиб 379
Извлечение плода за ножку 380
Извлечение плода за коленный сгиб 380
Профилактическое низведение ножки 380
Трудности и осложнения при ручном извлечении плода и ручном пособии при тазовом предлежании 381
Результаты операции извлечения плода за тазовый конец 384
Кесарево сечение 384
Краткие исторические данные 384
Показания к абдоминальному кесареву сечению 387
Абсолютные показания 387
Относительные показания 388

Условия для операции абдоминального кесарева сечения . . . 392
Топографоанатомические отношения 393
Методы операции абдоминального кесарева сечения 394
Сравнительная оценка различных методов операции 401
Послеоперационный период 401
Малое кесарево сечение 402
Затруднения и осложнения при операции абдоминального кесарева сечения 402
Выводы 402
Влагалищное кесарево сечение 403
Краткие исторические данные 403
Топографоанатомические отношения 404
Показания к операции 404
Условия для операции 405
Противопоказания к операции 405
Подготовка к операции 406
Способы операции 406
Сравнительная оценка различных способов операции влагалищного кесарева сечения 411
Осложнения во время операции 411
Плодоразрушающие операции 412
Краткие исторические данные 412
Краниотомия 413
Показания к краниотомии 413
Условия для краниотомии 414
Техника операции 414
Опасности и осложнения при операции краниотомии 417
Клейдотомия 418
Показания к операции 418
Техника операции 418
Обезглавливание 418
Эмбриотомия 419
Показания к эмбриотомии 419
Условия для операции 419
Эвисцерация, спондилотомия 421
Операции по поводу разрыва матки 422
Операции, применяемые в третьем периоде родов и после родов . . 423
1. Операция ручного отделения последа 423
Показания для ручного отделения последа 424
2. Операция ручного обследования полости матки 425
3. Операция инструментального обследования матки после родов 426
Операции восстановления целости мягких и костных родовых путей 426
Повреждения клитора. Разрывы шейки матки 426
Разрывы промежности, влагалища 427
Пособия при нарушении целости таза 429

Глава XII. **Септические послеродовые заболевания.** Доц. *А. В. Бартельс* . . 431

Этиология 432
1. Непосредственное занесение микробов в рану 434
2. Самопроизвольное проникновение микробов в рану 434
Патогенез 435
Классификация 442
I. Формы первого этапа послеродовой инфекции 444
Послеродовая язва 444
Послеродовой метроэндометрит 445
Гонорея 447
II. Формы второго этапа послеродовой инфекции 448
Послеродовой метрит 448
Послеродовой параметрит 449
Послеродовой и послеабортный пельвеоперитонит 453
Послеродовые тромбофлебиты 455
III. Переходные формы к генерализованной инфекции 459
Острый разлитой послеродовой и послеабортный перитонит 459
Прогрессирующий тромбофлебит 461
IV. Генерализованная септическая инфекция 461
Септицемия 462
Септикопиемия 462

Диагностика послеродовых заболеваний 465
Профилактика послеродовой инфекции 471
Терапия при послеродовых заболеваниях 473
1. Неспецифическая терапия 474
2. Специфическая терапия 480
3. Хирургическое лечение 483
Послеродовой мастит 483
Терапия при послеродовом мастите 488

Глава XIII. **Физиологические особенности и заболевания новорожденных детей.** Действительный член АМН СССР проф. *А. Ф. Тур* 491

I. Физиологические особенности новорожденных детей 491
1. Общее физическое развитие 491
2. Кожа, ногти, волосы, подкожножировой слой и мускулатура . . 494
3. Температура тела 495
4. Обмен веществ 496
5. Дыхание 498
6. Кровообращение 499
7. Пищеварение 501
8. Моча и мочеотделение 503
9. Кроветворение и кровь 504
10. Нервно-психические особенности 505
II. Физиологические состояния новорожденных, пограничные с патологией 506
III. Организация работы детского отделения родильного дома и уход за новорожденным 509
IV. Вскармливание новорожденных 514
1. Естественное (грудное) вскармливание 514
2. Вскармливание сцеженным женским молоком 519
3. Смешанное вскармливание 520
4. Искусственное вскармливание 520
V. Недоношенный ребенок 521
Заболевания новорожденных детей 525
А. Заболевания врожденные и приобретенные 526
1. Наружные покровы 526
2. Остаток пупочного канатика и пупочная ранка 530
3. Скелет 531
4. Центральная нервная система 533
5. Органы дыхания 534
а) Асфиксии новорожденных 534
б) Stridor congenitus 537
в) Ателектаз легких 538
г) Воспаление легких 538
д) Другие заболевания органов дыхания 540
6. Органы кровообращения 541
7. Органы пищеварения 541
8. Мелена новорожденных 545
9. Желтухи новорожденных 547
10. Кровь и кроветворный аппарат 548
11. Мочеполовые органы 550
12. Токсические и инфекционные заболевания 550
Б. Родовые травмы 556
Авторский указатель 561
Предметный указатель 564

ussher-lib.ru

Редактор **В. И. БОДЯЖИНА**
Техн. редактор **К. К. Сенчило**
Корректор **В. С. Солоусова**
Переплет художника **С. М. Мельцера**

Т07575. Подписано к печати 29.X.1953 г. МН—56. Ф. б. $70 \times 108^1/_{16} = 18.5$ бум. л. 50,69 печ. л. + 0,18 печ. л. (вкл.). 53,90 уч.-изд. л. 42 500 зн. в 1 п. л. Второй завод 10 001—30 000 экз. Цена 27 руб. Переплет 1 руб. Заказ 504.

Типография Государственного издательства медицинской литературы,
Москва, Ногатинское шоссе, д. 1

akusher.ru

ОПЕЧАТКИ

Стр.	*Строка*	*Напечатано*	*Следует читать*
315	4 снизу	» 1 » 15 мин.	» 2 » 15 мин.
588	17 снизу	Акушерское пособие при ягодичных предлежаниях по Н. А. Цовьянову	Акушерское пособие при ягодичных предлежаниях по Н. А. Цовьянову. Доктор медицинских наук *Н. А. Цовьянов*

akusher-lib.ru