

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ Н.К.З. В ЛЕНИНГРАДЕ
АКУШЕРСКАЯ КЛИНИКА

Ассистент Клиники
И. Я К О В Л Е В

ОРГАНИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА
И БЕРЕМЕННОСТЬ

*

1 9 2 8

ИЗДАТЕЛЬСТВО
ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА
М О С К В А

А 245-124

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ НКЗ В ЛЕНИНГРАДЕ
АКУШЕРСКАЯ КЛИНИКА

Ассистент клиники
И. ЯКОВЛЕВ

ОРГАНИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА
И БЕРЕМЕННОСТЬ

акusherlib.ru

ДОЦЕНТ
Г. П. ЯКОВЛЕВ
Г. П. ЯКОВЛЕВ.
1-й том, 1-я часть, 1-я глава, 1-я страница

1

9

2

8

ИЗДАТЕЛЬСТВО
«ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА» НКЗ
МОСКВА

Органические заболевания сердца и беременность

Ассистент клиники И. Яковлев

Многие клиницисты еще до сих пор убеждены в том, что сочетание порока сердца и беременности является крайне неблагоприятным фактом как для исхода беременности и родов, так и для состояния сердечной деятельности; большей частью, они основывают свои заключения на отдельных наблюдениях, закончившихся по тем или иным причинам плохим исходом для матерей; % смертности, приводимый прежними авторами очень высок (48% по Schlayer'у, 55% по Leyden'у, 60% по Macdonald'у, 100% по Lublinsk'ому).

Однако, большинство современных клиницистов отмечает обратное, а именно: в 70—80% пороки сердца не дают никаких осложнений, и смертельные исходы отмечаются в исключительных случаях.

При этом, как мы дальше увидим, смертность происходит во время родов или чаще непосредственно после родов, так что по данным некоторых авторов смертность достигает 12% и больше.

В среднем, общая смертность по новейшей статистике очень низкая и колеблется от 2—4%.

Такая большая разница в % смертности при пороках сердца, по мнению Seitz'a находится в непосредственной связи с недостаточной обработкой авторами каждого отдельного случая, а также с неоднородностью наблюдений.

Для полноценности сравнений известного материала необходимы наблюдения одного и того же исследователя. Этим требованиям не удовлетворяют результаты, как будто бы, ни одного автора. Тот же упрек можно сделать по

адресу нашего материала, так как не все случаи были лично нами обследованы.

Кроме того, причина резких колебаний $\%$ смертности находится в зависимости от количества случаев пороков сердца по отношению к которым делался расчет; точнее, выводился ли $\%$ смертности ко всему числу пороков сердца, отмечавшихся как во время беременности, так и во время родов или только к числу пороков, проявившихся во время родов и непосредственно после них. В дальнейшем изложении мы сумеем убедиться в правильности сказанного.

Теперь перейдем к рассмотрению данных, полученных из разбора нашего материала, которые составляют случаи, прошедшие за время с 1908 г. по 1926 г. включительно.

На общее количество поступивших в акушерскую клинику (47.665 чел.) больных пороком сердца было 192 человека ($0,2\%$); из них первобеременных была 51 женщина, а повторно беременных— 141 женщина, в это число вошли лишь случаи с органическим поражением сердца.

Врожденный порок сердца отмечался в 2 случаях (1%); в одном из них имелось на лицо незарощение duct. Botalli (№ 793), а в другом—Insuffic. valv. mitr.(№ 272).

Подробности случаев таковы: № 793 (1917 г.) женщина 33 лет, у которой 6-я беременность, сроком 2 мес., закончившаяся искусственным выкидышем в виду наличия явлений расстройства сердечной деятельности; больная выписана из клиники на 8 день; после прекращения беременности состояние больной улучшилось. Предыдущие 3 беременности закончились срочными родами, а 2 беременности— искусственным выкидышем. В анамнезе имеется суставной ревматизм; № 272 (1917 г.) женщина 19 лет, у которой имеется беременность на 4 мес. (первая); в виду резких явлений декомпенсации последняя была прервана.

В остальных 190 случаях (99%) порок сердца являлся приобретенным, развившимся вследствие тех или иных причин; на первом месте среди них стоит суставной или мышечный ревматизм (13%), ангина ($5,2\%$), воспаление почек ($3,1\%$), скарлатина ($3,1\%$) и др. инфекционные заболевания.

Комбинированная инфекция отмечалась в 8 случаях, а именно: в 5 случаях скарлатина+ревматизм, в 2 случаях скарлатина+сыпной тиф и в 1 случае скарлатина+ревматизм+малярия.

Кроме того, у 2 больных имелись указания на заболевания сифилисом (№ 1692—1921 г., № 2085—1924 г.).

Без указаний в анамнезе на причинный момент было 122 случая (63,4%).

Возраст больных, у которых отмечался порок сердца в наибольшем числе случаев был 20—30 лет (59%).

Как выше уже было отмечено, повторно беременных было 141 ч., из них беременность от 2 до 5 раз имели 50—5%.

По роду поражения пороки сердца распределяются таким образом, что на первом месте стоит недостаточность митрального клапана, встретившегося в 81 случае (42%) в чистом виде и в 2 случаях с недостаточностью аортального клапана (комб. порок); сужение того же клапана в чистом виде отмечалось в 25 случаях (13%), а в комбинации с другими видами пороков клапанов в 2 случ.; одновременное сочетание сужения с недостаточностью митрального клапана было в 20 случаях (10%) и в 3 случ. данная форма порока была в комбинации с другими видами пороков клапанов. Миокардит отмечался в 11 случ. (6%). В большом числе случаев (44) имелся «*vitium cordis*», т.е. такая неопределенная группа пороков сердца, где точно диагноз вынесен по тем или иным причинам быть не мог, это составляет 23%; остальные формы пороков имелись в меньшем %, что видно из приводимой табл. № 1 (стр. 6—7).

На ряду с так наз. «чистыми» и «комбинированными» пороками сердца наблюдались «осложненные» пороки, сопровождавшиеся расстройством со стороны легких (*tbc pulm*), и почек (*nephritis chr.*). Детальное изучение в отдельности каждого случая¹⁾ позволяет считать, что подобного рода осложнения грозны для жизни матери и обязательно при них надо спешить с прерыванием последней,

¹⁾ Размеры статьи не позволили привести протоколы этих случаев и таблицы. И. Я.

Порок клапана	Состояние сердечной мышцы	Выкидыш				Роды						Прогрессир. беременн.		Общее количество случаев	Сумма всех случаев	‰
		Искусств.		Самопроизв.		Срочные		Преждевременные								
		перво-берем.	повтор-нобеременн.	перво-берем.	повтор-нобеременн.			Искусств.		Самопроизв.						
						перво-берем.	повтор-нобеременн.	перво-берем.	повтор-нобеременн.	перво-берем.	повтор-нобеременн.					
Insuffic. valv. mitral.	Д ¹⁾	3	16			5	6				2	1	2	35	81	42,3
	К ²⁾	8	23			3	7			2			3	46		
Insuffic. v. mitr. + insuff. valv. aortae	Д		1							1				2	2	
	К															
Stenosis valv. mitr.	Д	2	6			5	1			1				15	25	13,0
	К		5			2	3							10		
Stenos. valv. mitr. + stenosis v. aortae	Д					1								1	1	
	К															
Stenos. v. mitr. + insuff. v. aortae	Д					1								1	1	
	К															
Vitium mitralis (In- suff. + stenosis v. mitralis.)	Д	1	3			4	3			2			1	14	20	10,0
	К	1	3			1	1							6		
Vitium mitralis + insuff. valv. aortae	Д					1	1							2	2	

Вит. имп. + insuff. v. tricuspid.	К																
Myocarditis	Д		3			1							4		11	5,7	
	К	1	5			1							7				
Незарощение Ботал- лова протока	Д		1										1		1		
	К																
Insuff. et dilatatio aortae	Д		1										1		1		
	К																
Endocard. ac.	Д		1										1		1		
	К																
Dilatatio cordis + myocarditis	Д														1		
	К		1										1				
Vitium cordis	Д		6			5							11		44	22,9	
	К	4	11			5	8		3			1	1	33			
Общее количество		20	87			28	37		9		2	2	7		192		

Примечание. В одну группу включены abortus (выкидыш до 6 мес. включ.) + foetus immaturus (незрелый плод с 7 мес.); в самостоят. группу выделены случаи foetus praematurus (преждеврем. роды).

¹⁾ Декомпенсированная форма (Д).

²⁾ Компенсированная форма (К). % вычислен по отнош. колич. наблюд. пороков (192).

так как никогда нельзя быть уверенным в том, что явления декомпенсации внезапно не наступят; появление декомпенсации в подобных случаях нередко приводит к смерти матери (см. табл. № 5, стр. 24—25). К тому же, подобные осложнения влекут за собою ряд неприятностей в периоде самих родов или в послеродовом периоде, например, кровотечение.

Однако знать род поражения клапана еще недостаточно, так как работоспособность сердца зависит от состояния сердечной мышцы; иначе говоря, порок того или иного клапана, в каждый отдельный момент, может быть компенсированным или в состоянии декомпенсации.

Поэтому наши случаи пороков могут быть еще разбиты по характеру состояния мышцы сердца на 2 группы:

- 1) компенсированные пороки (54%) и
- 2) пороки с наличием декомпенсации (46%).

Таблица № 2.

Компенсированный порок 103 случ. (54%)	первобеременных	26	192 сл.
	повторноберемен.	77	
Декомпенсиров. порок 89 случ. (46%)	первобеременных	25	
	повторноберемен.	64	

Компенсированная форма пороков имела в 103 случаях; в число этих случаев вошли как перво, так повторно-беременные (см. табл. № 2, стр. 8).



Искусственное прерывание беременности было произведено в 62 случаях (60,1%). Несомненно, этот % велик и может быть объяснен только тем, что в большинстве случаев прерывание беременности произведено в тяжелые военно-революционные годы. В большинстве случаев, беременность соответствовала 2—

3 мес., лишь в 4-х случаях она была больше 3-месяцев.

Методом прерывания ранней беременности было dilatatio colli + abrasio cavi uteri, более поздней либо разрыв оболочек

или тампонада, которая ныне нами оставлена (см табл. № 4, стр. 22). Возраст больных колебался от 19 до 40 лет. Мать во всех случаях оставалась в хорошем состоянии. Осложнений в послеоперационном периоде, независимо от рода порока клапана, не было ни в одном случае; явлений декомпенсации наступлению беременности не предшествовало. В последующее время многие из них благополучно рожали.

В стадии прогрессирования беременность наблюдалась в 5-ти случаях; больные были на излечении в отделении беременных по поводу различных заболеваний.

Роды произошли в 36 случаях (34,6%), из них 31 срочные (29,8%) и 5 преждевременные.

Все случаи пороков были компенсированы, ни в одном из них явлений декомпенсации в последующее время не отмечалось. Продолжительность родов, в среднем 12—16 часов у первородящих и 7—8 час. у повторнородящих. Течение родов было благоприятным при любом роде пороков. Из пособий при родах в 2 случаях было произведено вскрытие плодного пузыря, в одном применены щипцы и в одном—ручное отделение последа (см. табл. № 4, стр. 22). Из осложнений в послеродовом периоде в 6 случаях отмечалось лихорадочное состояние (lochiometra, endometritis trombophlebitis, febris ex resorbitione), в 1-ом кровотоечение после наложения щипцов (myocarditis) и в 1-ом был бронхит (vit cordis).

Возраст больных колебался от 20 до 38 л. Смерти матери не было. Больная выписывалась на 7—11 день.

Таким образом, независимо от рода порока клапана, беременность и роды при компенсированной форме порока клапана протекали в общем вполне успешно для матери.

Совершенно иное влияние на состояние сердечной деятельности матери оказывают пороки клапанов при декомпенсированной форме. Декомпенсация у беременных



с пороком сердца послужила показанием к искусственному выкидышу в 45 случ. (50,5⁰ /₀). Возраст женщин, которым было сделано прерывание беременности, колебался от 18 до 41 года. Первоременных было 7 чел., остальные 38 женщин были повторноременные. Прерывание беременности в наибольшем числе случаев произведено при недостаточности двухстворки (19 раз), затем при сужении ее (8 раз) и в 4 случ. при комбинации недостаточности + сужение двухстворки. Из табл. № 1 (стр 6—7) видно распределение случаев по роду поражения клапанов как у перво-, так и повторно беременной при декомпенсированной форме порока, по поводу которого было произведено прекращение беременности.

Явления декомпенсации в одних случаях имелись до наступления настоящей беременности (2 случ.), в других же появились лишь с началом последней (43 случ.) в 95,5⁰ /₀. Состояние сердечной деятельности, равно как и общее состояние «абортных», после прекращения беременности значительно улучшалось; это особенно благотельно сказывалось в случаях комбинированных пороков клапанов.

В качестве примера можно указать на случай, где при наличии беременности в 2¹/₂ мес., осложненной комбинированным пороком (vit. mitr. + insuff. tricuspid), явления нарушенной компенсации (ассистолия, одышка, аритмия пульса, отек, синюшность и т. п.) с прекращением беременности значительно уменьшились, и в последующее время больная чувствовала себя отлично.

Только в 3-х случ. явления декомпенсации в резкой степени существовали в послеоперационном периоде (2 случ. insuff. v. mitr.) и в одном из них (endocard. acuta) даже наступила на 11 день после аборта смерть (2,2⁰ /₀).

Тут идет речь о молодой первоременной, акушерке Института, у которой беременность на 4-м месяце была прекращена в виду резких явлений декомпенсации, и последней было предложено соблюдать ряд необходимых лечебных мероприятий; однако, больная не отнеслась к этому с должным вниманием и на 8 день пребывания дома внезапно умерла при резких явлениях упадка сердечной деятельности.

В послеоперационном периоде осложнение отмечалось только в 3-х случаях: в 2-х (1) Stenos. valv. mitr. и 2) незапущение Боталлова протока) было кровотечение вследствие вялой сократительной деятельности матки, а в 3-м (vit. cordis)

произошла задержка оболочек при прерывании $4\frac{1}{2}$ мес. беременности. Лихорадочное состояние ($t^{\circ} > 37^{\circ}$ и в течение 1—2 дней) имелось у 5 чел., что на общее количество аборта составляет 11,3%.

Декомпенсация у беременных во II половине отмечалась в 4 случаях (5, 6 и 9 мес. берем.); больные лежали в клинике и после соответствующего лечения были выписаны при прогрессирующей беременности. По роду поражения клапанов—3 случ. были с insuff. v. mitr. и 1 случ. с vit. mitr.

В дальнейшем, из них трое благополучно родоразрешились в клинике; роды и послеродовой период не сопровождалась никакими осложнениями.

Декомпенсация у рожениц наблюдалась в 40 случ. ($44,9\%$); доносивших беременность до срока и родивших было 34 ч. ($38,6\%$), самопроизвольное прерывание беременности (преждевр. роды) наблюдались у 2 чел. (5%), а искусственные преждевременные роды были произведены в 4 случ. (10%). Из общего числа рожениц—первобеременных было 17, остальные женщины были повторнобеременные (23). Проявление декомпенсации в этих случаях, как у перво, так и у повторнобеременных, независимо от рода порока клапана, наступало в различные моменты: в 3 случ. декомпенсация была

Т а б л и ц а № 3.

Декомпенсация проявилась в течение	Перво-берем.	Повторно бер.
Беременности	23	63
Родов	—	1
В послеродов. периоде	2	—
Общее число сл.	25	64
В %	28	72

до начала настоящей беременности и продолжала существовать при ее наступлении, в 20 случ.—существовала во II половине беременности и во время родов; явления декомпенсации—в различные сроки

беременности, сохранившиеся во время родового акта и бывшие в послеродовом периоде имели место в 10 случ.; только в 4 случ. состояние декомпенсации имелось во время родов и в послеродовом периоде, в 1 случ. только во время родов и в 2 случ. в послеродовом периоде.

Если сгруппировать все случаи, в которых было произведено искусственное прекращение беременности, со случаями, в которых беременность прогрессировала или произошли срочные и преждевременные роды, то оказывается, что наибольшая часть случаев (86) падает на появление декомпенсации во время беременности (97%), по преимуществу у повторнобеременных (72%), во II половине беременности (см. табл. № 3, стр. 11).

Самопроизвольное прерывание беременности наблюдалось в обоих случаях на 9 мес. берем. при недостаточности митрального клапана с резкими явлениями декомпенсации, закончившееся в одном случае смертью матери (№ 1712 см. табл. № 5), а в другом—рождением мацерированного плода.

Роды в одном случае тянулись 6, а в другом—12 час. Из пособий было применено в одном случае вскрытие плодного пузыря, с медленным выпусканьем плодных вод, в виду наступившей затрудненности работы сердца.

Что касается искусственных преждевременных родов, то они были произведены в 4 случаях по поводу резких явлений декомпенсации (отеки, цианоз, одышка, застойные явления), не поддававшихся медикаментозному лечению. Беременность в 2-х случаях соответствовала 8 мес., а в 2-х других была на 9 мес.; из них 3 было повторнобеременных, одна первобеременная. Пособия, применявшиеся для вызывания преждевременных родов были следующие: в 2-х случ. вскрытие плодного пузыря, а в 2-х других буж (до 1911 г., метод ныне нами оставлен). Во всех случаях плод был жизнеспособным. В одном случае наступила смерть матери (№ 1572 см. таб. № 5). По роду порока клапана случаи распределяются так: 2 случ. *vit. mitr.*, 1 случ. *Stenos. mitr.* и 1 случ. *insuffic. valv. mitr.*—*insuff. valv. aortae*.

Возраст сердечно-больных, у которых произошли преждевременные роды, колебался от 20 до 39 лет.

Наибольший интерес представляют срочные роды при различного рода пороках клапанов при декомпенсированной форме.

На долю отдельного рода порока клапана падает следующее количество срочных родов (см. таб. № 1, стр. 6—7):

1) Insuff. v. mitr.	11 родов	Сердечно - больные как перво, так и повторно - беременные, в общем хорошо справлялись с родовым актом. В большинстве случаев резкого ухудшения сердечной деятельности во время периода изгнания не наступало не только в случаях чистых пороков клапанов, но даже при комбинированных формах, несмотря на то, что до начала родового акта (во время беременности) или с наступлением его явления декомпенсации нередко бывали сильно выражены (одышка, синюшность, сердцебиение, напряженный пульс, повышение кровяного давления и т. п.).	
2) Stenos. v. mitr. 6	(32,3%)		
Stenos. v. mitr.	8 родов		
+stenos. v. aorte 1			(23%)
Stenos. v. mitr.			
+insuff. v. aorte 1			
3) Vitium mitr. 7	9 родов		
Vitium mitr.			(26%)
+insuff. v. aortae 2			
4) Myocarditis 1 роды.			
5) Vit. cordis 5 род.			

Ряд таких случаев нами наблюдался в последнее время; примером является случай № 3732, история болезни которого нами приводится (больная лежала в клинике 3 раза):

Больная N, 27 лет, великороска, повторнобеременная, доставлена 12/X—1926 г. в клинику в весьма тяжелом состоянии—почти умирающая, на лицо имеется: одышка, цианоз губ и щек, отечность ног, живота и наружных половых частей; пульс 130 уд. в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения, дыхание 48 в 1 мин.

Границы сердца резко увеличены во всех направлениях; резко систолический шум у верхушки. Печень выступает на 2 п. пальца из подреберья, край ее ровный, безболезненный, тестоватый. В правой нижней доле легкого имеются субкрепитирующие хрипы, повидимому, застойного характера. В моче найдено 3 $\frac{1}{2}$ % белка, одиноч. гиалинов. цилиндры, одиночные клетки мочевыводящих путей, лейкоциты до 15 шт. в поле зрения. Кристаллы щавеле-кислой извести. Уд. вес 1025, реакция кислая. Беременность 36 нед. (по величине матки). Родовая деятельность отсутствует. Больная переведена в отд. беременных. Вес больной 58,6 кг. Диагноз: (установлен совместно с консультантом терапевтом): Vitium mitr. decomp. + insuff. v. aortae.

Назначение: молочная диета, сердечные (*Digitalis Coffein*), наркотики (*Codein*), мочегон. (*Diuretin*). В виду того, что большую беспокоит кашель, отмечается колотье в боку, на лицо одышка *Strophant*. поставлены сухие банки и придано полусидячее положение.

В последующие дни состояние больной несколько улучшилось, кашель стал значительно меньше. Пульс 82—88 уд. в 1 мин., удовл. наполнения и менее напряжен. Границы сердца те же. Экстрасистол. при выслушивании сердца. Дыхание 28—30 в 1 мин. Кров. давление 132/70 мм рт. ст. Суточное количество мочи 1400 см³. Отек ног значительно уменьшился. Гемоглобина 64⁰/₀. Кр. кров. шариков 3.720.000, лейкоцитов 4.300. Index 0,8⁰/₀, R. F. 6 час. 20 м.

Через 16 дней. Общее состояние удовлетворительно. Шумы сердца реже, и диастолическая пауза лучше выражена. Отек ног незначительный. Хрипов в легких нет, кашель больную почти не беспокоит. Кровяное давление 138 мм, t° нормальная, пульс 68 в 1 мин. Сут. количество мочи 1400.0. Вес больной 56,3 кг. Сердцебиение плода ясное. Назначение: боржом; усиленное питание (вареный картофель, макароны). Ванны, сердечные средства.

На 37 день. Вес 58,9 кг. Кров. давление 144 мм. Сут. колич. мочи 1.000 Белка до 0,7⁰/₀. Общее состояние удовлетворительно. Одышки нет. Кашель очень незначительный. На голених отмечается ничтожный отек, несколько больше имеется отечность на крестце. Границы сердца те же. Сердцебиение плода ясное. Схваткообразные боли внизу живота. Степень чистоты влагалища III.

На 42 день. Усилилась одышка; увеличились отеки. Кров. давление 162 мм. Сут. количество мочи 900 см³. Состояние сердца—без перемен. Белка в моче имеется 5,25⁰/₀₀, много клеток выводящих мочевых путей. Вес 59,4 кг.

26/XI—26 г. (44 день). Началась настоящая родовая деятельность, схватки через 8 м. Сердцебиения плода не слышно. По словам больной, она не слышит с утра движения ребенка. Предлежащая часть не определяется (головка?). Сильно выраженные отеки на ногах и животе.

27/XI (45 день). Схватки через 5 м., средней силы, продолж. 10—15 с. Дыхание затруднено. Небольшая одышка. Больная выглядит сильно утомленной. Кров. давление 150 мм. Пульс 100 в 1 м., удовл. наполнения. Кашель. Синюшность.

Бимануальн. исслед.: открытие 2 п. п., пальцевым путем по способу Бонер-Строганову—доведено до 3¹/₂ п. п. Пузырь цел, куполообразной формы, при схватке слабо напрягается. Предлежит головка м. сегментом во входе в таз. Таз Norma . . .

В виду общего тяжелого состояния больной (одышка, синюха, сердцебиение, напряженн. пульс, повыш. кров. давление . . .) вскрыт плодный пузырь и медленно выпущены воды. На живот положено полотенце. Спустя некоторое время родовая деятельность усилилась. Дыхание больной выравнилось. Ясно стало определяться сердцебиение и положение плода (I затыл.). Через 3 часа родился ребенок, живой, доношенный мужского пола, весом в 2100 гр. Послед вышел через 10 мин. Продолжительность родов 10 ч. 5 мин.

После родов имелась сильная одышка, кашель. Резкий систолический шум у верхушки (сердечн., покой). Границы сердца расширены. Пульс сильно аритмичный. Отек ног представляется незначительным. Явления бронхита отсутствуют. Зрение сохранилось полное. Со стороны половой сферы N, t° субфебрильная (37,2). На 9-й день больная выписана с ребенком домой.

Спустя 1 месяц после родов больная показала—все резкие явления декомпенсации полностью исчезли и она находилась в хорошем состоянии.

Настоящая беременность у больной 5-я; ей предшествовали 1 роды (1922 г. 6/IV) и 3 искусственных выкидыша: на 2½ мес., 3 мес. и 1½ мес. беременности; первый выкидыш был через 1½ мес. после родов, второй—через год, третий через 1 г. 8 мес.; после выкидышей никаких расстройств со стороны сердца не было.

Что касается первых родов, то их она провела также в клинике, куда была доставлена 6/IV—22 г. из больницы Марии Магдалины в тяжелом состоянии—одышка, цианоз, отечность лица и брюшной стенки, неб. асцит; резкие шумы на обоих тонах сердца; оба тона наиболее сильны в области левого края грудины на уровне 3—4 ребра; границы сердца резко расширены. В легких—N. Печень застойная, увеличена на 2 п. ниже реберного края, край печени закруглен. В моче—белок. Вес 64 кг. Родовая деятельность отсутствует. Беременность соответствует 8 мес. Больная переведена в отд. беременных.

Дополнительно удалось выяснить следующее: больной 22 г.; служит сиделкой в больнице; 5 л. т. н. перенесла суставной ревматизм. Наследственность N. Месячные с 14 лет, 7/28, обильные с болями; после замужества тип месячных сохранился, но стали они приходить в меньшем количестве и без болей. Половая жизнь с 21 года; беременность наступила сразу после начала половой жизни.

Беременность сопровождалась отеком ног, одышкой; в течение беременности перенесла инфлюэнцу.

Во время пребывания в отд. беременных состояние больной значительно улучшилось, хотя отеки на ногах, на брюшной стенке и на наружных половых органах оставались. Мочи больная выводила в среднем 2000 куб. см. Назначение: сердечн.+диуретика; молочная диета+добавочное питание; покой. Вес дошел до 59 кг. Таз N, окружность живота 102 см.

5/VI, т. е. почти через 2 месяца, появились схватки. В виду того, что роженица жалуется на головные боли, а также вследствие наличия отеков, одышки, к тому же имеется вялая родовая деятельность, вскрыт плодный пузырь. После этого схватки усилились так как при потугах имелся резко выраженный цианоз, одышка, сердцебиение, то роды были закончены выходными щипцами; на небольшой разрыв влагалища наложены швы. Наркоз дан эфирный. Подкожно введена камфора. Продолжительность родов 14 ч. 10 м. Период прорезывания 2 ч. 30 м. Послед вышел самостоятельно через 20 минут.

В послеродовом периоде—отек промежности; аритмичный пульс, кашель, субфебрильная t° (37,2). Выписана на 10-й день.

В последующее время после родов состояние больной значительно улучшилось. В дальнейшие годы имелись еще 3 беременности, которые были искусственно прекращены, в виду наступающих каждый раз в резкой степени явлений декомпенсации, исчезающие с прекращением беременности. Все 3 выкидыша проведены больною в клинике.

Исключением из сказанного являются 3 случая комбинированного порока (*vit. mitr. + insuff. v. aortae* и *vit. mitr.*), где резкая декомпенсация наступила во время родов — в периоде изгнания, и больная погибла в первом случае на 2 сутки (№ 319), а во втором и третьем во время родов (№ 2310 и № 2382).

Что касается оценки течения родов при отдельном роде того или иного клапана, то, пожалуй, следует отметить, что прогноз их при *vitium mitralis* наиболее серьезен; на нашем материале мы получили наибольшее количество смертельных исходов. Подробности каждого случая видны из приводимых историй болезни.

I. Ист. бол. № 319—1908 г. Больная 18 лет, великороска, первобеременная. Срочные роды. Продолжительность родов 16 ч. 5 м.; период прорезывания 45 м. Резкая декомпенсация во время родов—в периоде изгнания (одышка, синюшность лица, кашель, сердцебиение, слабый пульс). Плодный пузырь вскрыт, применен мет. Кристеллера; родился живой доношенный плод весом 2450 гр.

После родов состояние больной не улучшилось. Одышка, кашель сильно беспокоят больную (кровь!). Пульс слабого наполнения, частый. В легких — сзади влажные хрипы (банки кислород, сердечные . . .) Смерть на 2 сутки.

Выписка из протокола вскрытия (Таранухин): *Pneumonia cruposa duplex Endocarditis chr. valv. aortae et mitralis Insuff. v. aortae et mitralis, stenosis v. mitralis. Hypertrophia cordis. Perihepatitis et hyperemia passiva hepatis. Degeneratio parenchymatosa renum et cordis. Angina foll. purulenta. Hypertrophia gl. bronchialis. Endometr. cervic. fibr. purulenta.*

II. (Ист. бол. № 2382—1914 г.). Больная 23 лет, великороска, первобеременная. Срочные роды. В течение настоящей беременности имелась одышка и сердцебиение. При поступлении больной в клинику t° была 36,2; пульс 100 уд. в 1 мин., имелась одышка, отек ног и брюшных покровов, кот. развилась 1½ м. т. н.; в моче белок; границы сердца расширены, акцент 2 тона а. pulmon. Таз Norma. Роды продолжались 19 ч. 5 м. под эфирным наркозом наложены выходные щипцы + перинеотомия; после 1-й тракции больная перестала дышать (Digalen). Ребенок—доношенный, живой, весом 2930 гр. Мать погибла.

Insuff. et stenosis valv. mitr.:

III. (Ист. бол. № 1392—1915 г.). Больная 23 лет, великороска, первобеременная. Срочные роды. В течение настоящей беременности была здорова. При поступлении в клинику t° 36,6, пульс 64 в 1 м., никаких ви-

димых проявлений декомпенсации со стороны сердца. Таз Norma. Положение плода I прод. головн. Механизм родов по типу. N таза. Роды самостоятельные. Продолжительность родов 13 часов.

Во время акта родов явлений декомпенсации сердечной деятельности не было. Ребенок родился в асфиксии, не оживлен, вес его 2010 г. Через несколько часов после родов у больной обнаружались явления отека легких, клокочущее дыхание, цианоз, слабый пульс, влажные хрипы в обоих легких, и больная впала в бессознательное состояние. При постепенно падающем пульсе, ослаблении сердечной деятельности больная умерла (2-е сутки).

Выписка из протокола вскрытия: Uterus post partum (Norma); corpus luteum ver. ovarii sin.; anasarca. Hydrothorax bilat. Hydropericardium et ascites. Induratio fusca pulmon. Bronchitis purulenta. Cor bovinum. Endocarditis chr. fibrosa valv. mitr. (stenos. et insuffic). Hepar muscatum. Nephritis parenchym. chron. in stadio atrophicae. Oedema miningi cerebri et macula intestinorum. Vit. cordis. (Ш о р).

IV. (И с т. б о л. № 2094 — 1924 г.) Больная 37 лет, еврейка, повторно-беременная. Срочные роды. Беременность по счету 5-я. Родов было 4, выкидыш 0, первая беремен. на 21 г., вторая беремен. на 30 г., последние роды 3 г. т. н.; живых детей 2 (двое умерли от скарлатины и воспаления легких). Настоящие роды произошли на дому; роды быстрые в течение 1 часа; больная во время родов исследовалась акушеркой. Сразу после родов т° поднялась, ежедневно имеются ознобы. Явлений расстройства сердечной деятельности во время родов не отмечалось; то же самое не было никаких явлений расстройства компенсации при предыдущих беременностях, родах и в послеродовых периодах. Ребенок родился живой, доношенный; вес его 3000 г. В клинике сердечное расстройство обнаружилось на 6 день (после 6. родов на 14 день); имелось налицо: одышка, затрудненное дыхание, пульс 104 в 1 мин., т° доходила до 40,2°. Смерть последовала на 18 день при явлениях слабой сердечной деятельности.

Выписка из протокола вскрытия: Сердце увеличено в объеме, резко обросшее, а с правой стороны проросшее жиром до трабекулярных мышц. Двухстворчатый клапан обезображен (стенос и недостаточность) и подвергся гиалиновому перерождению. По краю клапана имеется в виде цветной капусты рыхлое бородавчатое разрастание, частью размягченное в центре. Клапаны аорты, легочной артерии и трехстворки N вида; стенки лев. желудочка гипертрофированы, дряблы, желтого цвета.

Диагноз: старый порок сердца (stenos et insuffic. valv. mitr. decomp.), острый бородавчатый эндокардит двухстворки. Множественные анемические инфаркты селезенки и почек. Септико-пиемия. Септический эндометрит (послеродовой), обоюдосторонний гнойный сальпингит. Бурая индурация легких. Острый гнойный бронхиолит. Мускатная печень, об'извествленный очаг бугорчатки в лимфатических узлах средостения. Водянка больших серозных полостей.

V. (И с т. б о л. № 2310 — 1924 г.). Больная 30 лет, великороска, повторнобеременная. Продолжительность родов 5 часов. Умерла в родах (выходные щипцы). Ребенок живой, доношенный, 2850 гр.

Insuffic. et stenos. valv. mitr. decompens.

VI. (Ист. бол. № 1572 — 1925 г.). Большая 32 лет, великороска, повторнобеременная. Преждевременные роды на 8 месяце. Беременность 5-я; предыдущие 4 беременности—роды; первые роды на 23 году, последние на 28 году. Все роды прошли N. Продолжительность первых родов 3 часа, вторых родов 24 часа, третьих родов 12 часов и четвертых родов 24 часа.

Последние роды осложнились малокровием. Живых детей 2 (умерли 2: один 8 мес. от воспаления легких, другой 8 недель от желудочного заболвания).

Настоящая беременность сопровождалась отеками.

В клинику принята с явлениями отека, одышкой, сердцебиением, кашлем и затрудненностью мочеиспускания, резко проявившейся несколько недель тому назад.

Больная истощена, на лице незначительные отеки, зато сильно отечны ноги; t° 36,4. Пульс 76 в 1 мин., аритмичный, с резкими перебоями, так что сосчитать его невозможно. В моче: следы белка, уд. вес 1027. В осадке много лейкоцитов (40—50).

Сердце—границы увеличены во всех направлениях. Дующий громкий шум на верхушке, акцент на II тоне. Frmiss cataire. Кровяное давление 110 мм. рт. ст.

Легкие—в нижнем отделе крепитирующие хрипы, местами свистящие; налицо явления отека. Дыхание 38 в 1 мин. (консультант проф. В. В. Строганов). Назначение: сердечные, банки, молочная диета.

Из влагалища в большом количестве выделения.

На следующий день явления сердечной деятельности ухудшились, появились боли в спине, схватки (Digitalis, банки, спринцевание), бимануальное исследование: шейка сглажена, открытие $3\frac{1}{2}$ п. п., предлежит головка. Зев растянут до $4\frac{1}{2}$ п. п. Вскрыт плодный пузырь, отошли в обильном количестве воды. Пульс 140 в 1 мин., слабого наполнения, дыхание 40 в 1 мин.

Через 10 м. после вскрытия пузыря появилась потужная деятельность; головка стала прорезываться, и родился плод без всякой асфиксии (живой, недоношенный, весом 1970 г.). Продолжительность родов 29 ч. 40 м. Период изгнания 20 минут. Послед вышел через 10 минут. Вслед за рождением плода пульс упал (140 в 1 мин., аритмичный), после введения сердечных несколько выравнился. Налицо: цианоз, одышка, в легких всюду влажные хрипы. Больной придано сидячее положение (банки, кислород).

В последующие дни в состоянии родильницы улучшения не произошло, а наоборот, на 3-й день после родов присоединился асцит, на 4-й день к явлениям резкого расстройства сердечной деятельности (одышка, кашель, цианоз, пульс не прощупывался) присоединилось катарральное воспаление легких; на 7-й день больная погибла.

Выписка из протокола вскрытия (Шор): стеноз и недостаточность двухстворки, острый гриппозный трахеобронхит и гнойный бронхиолит).

Тот сравнительно благоприятный исход для рожениц при stenosis valv. mitralis decomp., повидимому, объясняется не-

значительным сужением клапана и хорошо работавшей сердечной мышцею (достаточно запасных сил). Во всех наших 8 случаях роды протекли очень хорошо; каких-либо осложнений в течении родов и послеродового периода не наблюдалось. Большинство из больных были повторнородящие.

Наличие же явлений декомпенсации при *insuff. valv. mitr.*, во время родового акта, в общем, не представляет больших опасностей для жизни матери, если только беременность не несет с собой каких-либо осложнений, как напр., роды тройней при заболевании почек (№ 1246) и т. п., что конечно в значительной мере ухудшает предсказание (см. привод. ист. болезней).

VII (ист. б. о. л. № 1712 — 1909 г. Больная 43 лет, еврейка, повторно, беременная. Преждевременные роды на 9-м мес. Беременность 13-я; родов 8 выкидышей 4 (самопроизвольные, причины не знает). Прежние роды протекали благополучно. Родовой акт был не длителен. Последние роды были 8 лет т. н. Живых детей 4 (остальные 4 умерли от скарлатины и дифтерита).

В течение настоящей беременности — первые 3 недели лихорадила, было сильное недомогание. Врач, который тогда ее видел, отметил у нее заболевание сердца; в последующее время никаких явлений расстройства сердечной деятельности не отмечалось.

В настоящий момент (роды) больная бледна, задыхается; пульс 140 в 1 мин., одышка. Таз N. Продолжительность родов 6 ч. 10 м.; роды самостоятельные. Во время периода изгнания резкого ухудшения сердечной деятельности не было. Вес родившегося ребенка 2290 гр. (недонош. 9 мес.)

На 4-й день после родов общее состояние больной ухудшилось, t° повысилась до 38°, сердечная деятельность ухудшилась (сердечные), на 9-й день больная погибла при явлениях сердечной слабости.

Выписка из протокола вскрытия: *Morbus maculosis Werlhofii. Insuffic. bicuspid. Subinvolutio uteri. Endometritis.*

VIII (ист. б. о. л. № 1246 — 1915 г.). Больная 39 лет, великоросская, повторнородящая. Беременность 8-я, доношенная, тройнями; родов было 4, последние роды 2 года тому назад.

Роды протекали N; пособий никаких при них не применялось. После родов была здоровой. Выкидышей было 3.

В течении настоящей беременности была здорова, лишь в последние 2 недели перед поступлением в клинику отметила ухудшение зрения.

В момент поступления в клинику t° была 36,5, пульс 80 в 1 мин., отеки ног и живота, головная боль. В моче гиалиновые и зернистые цилиндры в каждом поле зрения, в небольшом количестве почечный эпителий. В легких: влажные разлитые хрипы, синюха, резко выраженная одышка; на верхушке прослушивается систолический шум. Таз N *Hydramnion(?)*.

После рождения 1-го ребенка развилось явление декомпенсации (одышка, синюха); 2-й плод извлечен в ягодичном предлежании, 3-й—в поперечном положении—поворот на ножку и извлечение. Продолжительность родов 4 часа. Вес детей: 2240 (мальч.), 2000 (мальч.) и 1450 (девочка).

По окончании родов общее состояние больной несколько улучшилось, хотя налицо имелась одышка, частые испражнения. Пульс напряженный, правильный. Отек на ногах уменьшился. Зато, в последующие дни у больной сильно ухудшилось зрение, а затем она вовсе перестала видеть. В моче: цилиндры, эритроциты; белок по Эсбаху имеется в количестве $\frac{1}{3}^0/00$. Кроме того, отмечаются в легких хрипы, а со стороны сердца *fremit. pectoralis*, напряженный пульс; перебои его стали чаще. Консультация с терапевтом—нефрит, альбуминурический ретинит. К 6-му дню состояние больной значительно улучшилось, а именно: уменьшились отеки, значительно улучшилось зрение, пульс сделался хорошего наполнения и с более редкими перебойми, уменьшилась одышка. Сердце: границы увеличены во всех направлениях. Сердечный толчок разлитой в 6 межреберном промежутке. Систолический шум, перебои и неодинаковой силы сокращения. В легких имеются рассеянные сухие и влажные хрипы. Незначительное ослабленное дыхание слева и сзади. Назначения те же.

9-й день. Усилился кашель (в легких рассеянные хрипы) и вновь появились расстройства сердечной деятельности (перебой, шум), t° доходит до 39° .

В последующие дни (14—17) деятельность сердца выравнилась, зато ухудшились явления в легких (*pleuropneumonia bilateralis*) и в почках.

В результате всего на 40-й день, при явлениях упадка сердечной деятельности, больная умерла. *Septicopyemia et Trombophlebitis. Insuff. v. mitralis* (Бубличенко).

Точно так же больших опасений за жизнь матери, связанных с родовым актом, не следует иметь при наличии миокардита.

Наконец, группу в 5 человек составляли больные с заболеванием сердца под общим собирательным названием «*vitium cordis*». Ясно, что такой диагноз не должен удовлетворять клинициста, ибо он не дает возможности сделать какие-либо выводы; повидимому, такой неточный диагноз надо искать в невозможности детально обследовать случай по тем или иным причинам. Во всяком случае, все роды при этой форме порока сердца протекли удачно.

Средняя продолжительность родового акта при любом из пороков у первобеременных колебалась от 7 ч. 30 м. до 19 ч. 35 м., а у повторнобеременных от 2 ч. 40 м. до 14 ч. 50 м.

В тех случаях, где имелись резкие проявления сердечной недостаточности, для облегчения работы

сердца применялось вскрытие плодного пузыря с медленным выпуском вод (8,8%). Несколько раз (7) было применено наложение полостных и выходных щипцов (17,5%), что диктовалось наступающей опасностью для жизни плода и резкими нарушениями сердечной деятельности у матери. Помимо этих пособий были применены и другие мероприятия, что видно из прилагаемой таблицы № 4 (стр. 22).

Нельзя также не отметить особую склонность сердечно-больных родильниц к легочным и после родовым осложнениям, которые нередко сами являются непосредственной причиной смерти больных (№№ 319, 1246, 2094) или являются поводом для развития каких либо заболеваний. Во время родов кровотечение наблюдалось в трех случаях (в 2 случ. при *vit. cordis* и в 1-м при *insuff. v. mitr.*), закончившихся благополучным исходом для жизни рожениц.

В одних случаях после родов состояние больной улучшалось, явления декомпенсации постепенно исчезали, работоспособность сердца увеличивалась, так что родильницы на 10—11 день покидали клинику; в других случаях, наоборот, явления декомпенсации усиливались или выявлялись впервые, задерживая пребывание больной родильницы в клинике на более длительный срок.

Нередко явления декомпенсации, несмотря на осторожно проведенный родовой акт, развивались настолько в резкой степени, что ни покой, ни медикаментозное лечение не давали никакого эффекта, и родильница погибала в первые часы или в ближайшие дни после родов (см. ист. бол.).

Из приводимой таблицы № 5 (стр. 24—25) и протоколов ист. болезни видно, что смерть матери произошла в 9 случаях (8 раз у рожавших женщин и 1 раз после искусственного прекращения беременности), что составляет 4,6%.

По характеру поражения клапанов смертность распределяется следующим образом: на 20 случ. *Insuff. + stenosis v. mitr. (vit. mitr.)* смертность наблюдалась в 5 случаях (25%), если же к этому присоединить случай порока еще другого клапана (1 случ. *vit. mitr. + insuff. v. aortae*), тогда смертность будет = 26%; если же выводить % смертности только по отношению числа поражений митрального

П о с о б и е	Р о д ы				Искусственн. выкидыш					
	Декомпенсирован.		Компенсирован.		Декомпенсирован.		Компенсирован.		Общее число	0/0/0
	Перво- берем.	Повтор- ноберем.	Перво- берем.	Повтор- ноберем.	Перво- берем.	Повтор- ноберем.	Перво- берем.	Повтор- ноберем.		
Буж	—	3	—	—	—	1	—	—	4	—
Буж+метрейриз + корнцанг	—	—	—	—	1	1	—	—	2	—
Метрейриз + поворот + из- влечение	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
Вскрытие плодного пузыря	3	6	1	1	1	2	—	3	17	8,8
Поворот+извлечение . . .	1	1	—	—	—	—	—	—	2	—
Щипцы полост. и выходные	4	3	—	1	—	—	—	—	8	10,5
Перфорация	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—
Тампонация	—	—	—	—	—	2	—	1	3	—
Ручн. отдел. последа . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
Удален. последа по Créde .	—	3	—	—	—	—	—	—	3	—
	8	16	1	3	2	8	—	4	42	—

клапана (стеноз—недостаточность) при декомпенсированной форме, то % будет значительно большим (35⁰/₀); если же % смертности вычислять исключительно у рожениц, то он опять уменьшится и будет соответствовать 26%.

На 81 случ. *Insuff. v. mitr.* смертность отмечалась в 2-х случаях (2,4%), если же этот % выводить только по отношению числа поражений двустворчатого клапана при декомпенсированной форме, то он будет = 15%.

Кроме этого, наблюдалась 1 смерть после прекращения 4-х месячной беременности при остром эндокардите.

Отсюда ясно, что наиболее грозным является сочетанный (комбинированный) порок сердца — сужение + недостаточность митрального клапана (25—26%).

Однако, нельзя не учесть и других моментов, сыгравших видную роль в смерти рожениц, а именно: крупозное воспаление легких (№ 319) или катарральное (№ 1572), затем послеродовые заболевания—септикопиемия и тромбофлебит (№ 1246 и 2094), ибо тогда % смертности будет значительно меньшим, а именно 9—12%; точно также нужно учитывать вредное влияние наркоза, как это имело место в одном из наших случаев (№ 2382). Относительно случаев смерти, происшедшей при недостаточности двухстворки следует отметить, что в одном случае роды были тройнями, кот. и без того в N условиях пред'являют большие требования роженице, да кроме того имелось воспаление почек (№ 1246), а в другом случае—было наличие *morbus maculosis Werlhofii*, которое конечно, не могло не отразиться на деятельности сердца; к тому же до беременности, в этих случаях никаких лечебных мер не принималось, так как рассчитывали на благополучный исход, основываясь на результате прежних родов. Несомненно, что указанные обстоятельства, пожилой возраст рожениц (43 г. и 39 л.) и многие роды сыграли свою роль в печальном исходе для данных больных. Таким образом, наличие *insuff. valv. mitr.* не является столько грозным и препятствующим обстоятельством для рожавшей женщины, как это можно было бы заключить при поверхностном анализе наших случаев. Что касается острого эндокардита, то он несомненно является фактором неблагоприятным для течения родов, как в этом мы неоднократно убеждались в подобных случаях; своевременное

№№ по порядку	№ истории болезни	Возраст б-ной	Которая беременность	Срок беременности	Характер порока сердца	Когда был распознан порок		Только на вскрытии	Декомп. наступившая после родов	Продолж. родов	Пособие при родах или выкидыше	Смерть матери	Состояние ребенка	Примечание
						До родов	Во время родов							
1	319 1908 г.	18	1-я	Срочн. 10 мес.	Vitium mitral. + Insuff. v. aortae		+			16 ч. 5 м.	Вскрытие плодного пузыря + кри- стеллер	В начале 2 сут. (пле- толия сту- rosa duplex)	Живой доношен. 2450 гтм.	Было 8 родов + 4 вы- кидыша Morbus maculos. Werthoffii
2	1712 1909 г.	43	Повт.	Прежде- времен. 9 мес.	Insuffic. bicuspid.	+				6 ч. 10 м.		9 сутки	Живой недонош. 2290 гтм.	
3	2382 1914 г.	23	1-я	Срочн. 10 мес.	Vitium mitral.	+				19 ч. 5 м.	Выходн. щипцы + перин- еотомия	Во время родов	Живой доношен. 2930 гтм.	Был при- менен эфирн. наркоз
4	1246 1915 г.	39	Повт.	Срочная	Insuffic. v. mitr.	+				4 ч.	Извлеч. + пово- рот	40 день сеп- тикопимия + тромбо- флебит	3 живых до- нош. детей 2240 гтм. 2000 гтм. 1450 гтм.	Наст. ро- ды трой- нео. Все- го было 4 родов

	1915 г.				mitralis			несколь- ко часов после родов				асфиксии 2010 grm. не оживлен		
6	2094 1924 г.	37	Повт.	Срочная	Vitium mitral.			Стар- ый порок сердца	На 14 день после родов	1 ч.		18 д. септи- копиемия	Живой до- ношени. 3000 grm.	Роды на дому. Было 4 родов
7	2310 1924 г.	30	Повт.	Срочная	Vitium mitral.					5 ч.	Выходн. щипцы	Во время родов	Живой до- ношени. 2850 grm.	
8	1572 1925 г.	32	Повт.	Прежде- временн. 8 мес.	Vitium mitral.	+				29 ч. 40 м.	Вскрытие плодного пузыря	На 7 сутки катарр. вос- паление лег- ких + рез- кое расстр. сердечн. деятельн.	Живой не- доношени. 1970 grm.	Было 4 родов
9		24	1-я	Выкид. 4 мес.	Endo- card. acuta	+	-				Мейтре- риз	11 сутки внезапный упадок сер- дечн. деят.	—	

прекращение беременности (в I полов.) не должно давать плохого исхода, если только больной и врачом принимаются все необходимые меры для поддержания спокойной работы сердца.

В большинстве умершие были повторнобеременные; по-видимому, повторные беременности изнашивают мышцу сердца, способствуя проявлению декомпенсации, которая в свою очередь иногда приводит к смертельному исходу.

Беременность протекала N только у 3-х сердечно больных (№№ 1392, 2094 и 2310), у 5 имелись явления декомпенсации либо в I, либо во II половине беременности незадолго до наступления родов; только в 1 случае выяснить этого не удалось. Причем, в некоторых случаях явления декомпенсации не уступали лечению, и больные в тяжелом состоянии поступали в клинику. Родовой акт вызвал резкое падение сердечной деятельности только в 3-х случаях (319, 2310, 1246)) в остальных пяти случаях ухудшение или выявление декомпенсации наступало в послеродовом периоде (1392, 1572, 1712, 2382, 2094). Посobie при родах было применено в 5 случаях (см. табл. № 5, стр. 24—25). Продолжительность родов колебалась от 1 ч. до 29 ч. 40 м. В 2 случаях роды были преждевременные (на 8—9 м.) и в 6 случ. срочные, причем одни роды были тройнями.

По роду порока клапана они распределяются следующим образом: 2 случ. *insuff. v. mitr.*, 5 случ. *vit. mitr.*, 1 случ. *vit. mitr. + insuffic. v. aortae* и 1 случай *endocard. acuta*.

Дети только в 2 случ. были недоношены, но жизнеспособны, а в остальных 6—доношены, из коих 5 живых и 1 родился в асфиксии и не был оживлен. Вес ребенка был наименьший 2010 grm. и наибольший в 3000 гр.

Таким образом, смерть матери в большинстве случаев происходила оттого, что своевременно не было распознано наличие порока или оттого, что явления декомпенсации были настолько незначительны, что в результате необходимые меры борьбы своевременно не были приняты.

Не меньший интерес представляет судьба ребенка при настоящей беременности (роды). Приводимая табл. № 6 (стр. 27) дает наглядное представление о количестве детей, рожденных еречно-больными при декомпенсированной и компенсированной форме порока клапана.

Таблица № 6

	Срочные роды		Преждеврем. роды.		
	жив. реб.	мертв.	жив. реб.	мертв.	мацер.
Декомпенсированный порок	36	1	5	—	1
Компенсированный порок	32	—	4	1	—

На 65 срочных родов приходится 68 живых детей, только 1 ребенок родился в состоянии асфиксии (обвитие пуповины) и оживить его не удалось. Из них двое родили двойни и одна тройню. Вес детей колебался от 2000 до 3930 гр., а длина от 41—52 см.

При преждевременных родах (11) жизнеспособных детей родилось 9 чел., лишь в 2 случаях ребенок был мертвым, причем в одном случае—мацерированным, а в другом смерть ребенка последовала вследствие длительности извлечения. Вес детей, в среднем, был 2000 гр. при длине в 41 см.

Таким образом следует, что смерть ребенка произошла в 3-х случаях (3,9%), причем в 1-м случае причина смерти должна быть отнесена за счет недостатков в технике родоразрешения, а в другом вследствие обвития пуповины, так что фактически приходится только один случай (мацериров. плод) поставить в непосредственную связь с болезнью сердца (1,3%).

Просмотр нашего материала позволяет высказать свое соображение по этому вопросу.

Нам кажется, что для решения вопроса о влиянии беременности на порок сердца и обратно, представляется чрезвычайно важным выяснение влияния нормальной беременности на нормальное сердце.

Несомненно, что беременность предъявляет сердцу большие требования. Тут приходится считаться с 3 факторами, а именно: с механическим, токсическим и психическим.

В свое время, французская школа во главе с Larcher считала, что во время беременности сердце гипертрофируется;

дальнейшие, более поздние исследования трупного материала показали, что увеличение сердца во время беременности пропорционально увеличению всего веса тела беременной, так как их взаимоотношение остается постоянным (Окинчиц, Hirsch).

Это увеличение массы сердца явление преходящее, в послеродовом периоде оно исчезает. Микроскопические исследования Bonomi показали, что у стельных животных отдельные мышечные волокна сердца увеличиваются во время беременности и быстро исчезают после родов, т.-е. это доказывает обратную послеродовую инволюцию сердечной мышцы. Поэтому лучше говорить, как предлагает Sellheim, вместо «гипертрофии сердца» о «реакции сердца во время беременности». В среднем вес мускулатуры нарастает во время беременности на 25 гр. Перкуторное же расширение границ, как это было указано Gerhardt'ом, находится в зависимости от изменения положения сердца. Позднейшими кардиографическими исследованиями это было подтверждено (Rosthorn, Kraus, Jaschke, Muller, Neymann, Bonomi, Schäfer, Жевахов).

Изменение это заключается в том, что при высоком стоянии диафрагмы сердце оттесняется кверху, ложится более поперечно и больше приближается к передней грудной стенке, т.-е. границы сердца кажутся увеличенными.

При нормальных условиях сердце применяется к измененным условиям без всякого нарушения, так как изменение объема грудной клетки уравнивается уменьшением глубины респираторной деятельности; наоборот, при патологических условиях, напр., при кифосколиозе, малая способность грудной клетки может создать для сердца тяжелые условия.

О большой работе сердца говорит Schäfer на основании полученных им электрокардиограмм; он считает доказательством увеличенной деятельности сердца, повышение кровяного давления во время беременности и родов вследствие повышенного сопротивления на периферии.

Это, в свою очередь, позволило многим клиницистам видеть в повышении кровяного давления и в его колебаниях в течение родового акта угрозу для сердечно-больной.

Однако такое утверждение находится в противоречии с данными о кровяном давлении, полученными клиникою (А. Мельникова).

Оказывается, что повышение кровяного давления во время беременности бывает весьма незначительным и происходит постепенно. Точно также, кровяное давление поднимается исподволь во время родов—в период раскрытия и увеличивается в период изгнания, доходя до максимальности в момент прохождения головки; при этом повышение кровяного давления бывает весьма незначительным (по сравнению с началом родов увеличивается на 20—25 мм.); отошедшие воды не влияют на изменение кровяного давления. В послеродовом периоде оно медленно опускается до нормы. Физиологический максимум кровяного давления не превышает 140—145 мм. рт. столба. У повторнородящих цифры кровяного давления ниже первородящих, в среднем, на 10 мм.

Отсюда следует, что неблагоприятный момент для рожавшей сердечно-больной будет заключаться не в повышении кровяного давления, а в резком затруднении работы правого сердца, кот. вызывается временной задержкой дыхания во время схватки (застойная гиперемия).

Далее, самый акт рождения ребенка, излитие околоплодных вод и кровопотеря, сопровождающиеся быстрым падением внутрибрюшного давления, в свою очередь, также могут вызвать временный отток крови от сердца (скопление ее в брюшной полости) со всеми вытекающими отсюда последствиями (внезапная анемия центральной нервной системы).

Помимо механических причин, надо, по мнению Н. Чистовича, считаться еще с одним моментом, могущим влиять на работу сердца, а именно с усиленным потреблением кислорода маткою и плодом, а также с выделением последним CO_2 , особенно в последние недели беременности, когда матка достигает огромных размеров.

Несомненно также оказывают неблагоприятное влияние на работу сердца продукты внутренней секреции

беременной матки (токсическое влияние) и ее содержания; это сказывается уже в 1-ю половину беременности (Schmidt, Mohr, Н. Чистович и др.) наступлением тахикардии, иррегулярной деятельности сердца, гиперкинезией сердца, увеличением щитовидной железы.

Нельзя также не учесть психический момент (Daly), который отражается на деятельности сердца то возбуждающим, то угнетающим образом. Это влияние особенно удается проследить у первобеременных, боящихся за наступившую беременность. В основе этого лежит повышенная возбудимость вазомоторов, в результате чего отмечается скоропреходящее повышение периферического давления с тахикардией и гиперкинезией; такие резкие колебания кровяного давления зависят от спазма сосудов. Колебания тонуса в вегетативной нервной системе объясняют те изменения пульса, которые происходят во время беременности (тахикардия) и в послеродовом периоде (брадикардия).

Немалое значение в наступлении легких расстройств в системе кровообращения во I пол. беременности у женщин с здоровой сердечной мышцей, вызываемых механическими причинами, играет конституция; у астеничек эти явления выражены менее резко, чем у пикничек, у которых легко могут наступить цианоз, одышка, явления венозного застоя.

Здоровое сердце легко справляется с повышенным требованием, выявляя в нужный момент свои запасные силы. Медленное нарастание массы в течение 9 месяцев дает возможность здоровому сердцу справиться с родами.

Всего этого, отнюдь, нельзя сказать про больное сердце, которое при суммировании этих моментов, связанных с беременностью, иногда может не справиться. Что же мешает выявить сердцу полностью свою силу, и где находится последняя?

Накопление клинического и патолого-анатомического материала, а также более усовершенствованные методы клинического исследования новейшего времени нам показывают, что мерилom для прогноза является не сам порок сердца, а осложнения порока сердца со стороны сердечной мышцы, эндокардия, сосудистой системы

(периферическое сердце) малого круга кровообращения, тbc легких, перибронхиальных желез, нефрит, острые инфекционные заболевания и т. д.; особенно приспособляемость сердца нарушается при болезненных изменениях миокардия или тогда, когда эндокардит перешел на коронарные сосуды. По мнению Jaschke, чистый порок клапанов при беременности в отношении прогноза следует оценивать так же, как и вне беременности, в то время как заболевания сердечной мышцы гораздо менее благоприятны. Frömme того же мнения.

Это вполне понятно: хорошее состояние мускулатуры сердца делает его более работоспособным, и условия компенсации более выполнимыми; напротив, недостаточная работоспособность сердечной мышцы рано или поздно приводит к декомпенсации.

В общем, пороки, компенсированные за счет мощного левого желудочка, при прочих равных условиях, представляют лучший прогноз, чем компенсированные правым желудочком.

Однако бывают нередко условия, при которых пороки аорты особенно тяжелы, напр., при одновременном поражении стенок аорты артериосклерозом, захватившим и начальные части венечных артерий.

Пороки двухстворки вообще менее благоприятны, чем пороки клапанов аорты; из пороков двухстворки—стенозы менее благоприятны, так как вызывают большое переполнение малого круга и легочных вен, повышают кровяное давление, в то время как беременность уже сама по себе создает условия для застоя в малом кругу (высокое стояние диафрагмы); оба эти обстоятельства могут привести к максимальному расширению правого сердца и его несостоятельности во время родов.

Стало быть, для прогноза порока сердца при беременности играют роль все те же моменты, что при пороках вообще, а именно: характер порока клапана, степень его и состояние компенсации. Наличие комбинированных пороков или сопутствование пороку клапанов тех или иных осложнений значительно ухудшают прогноз.

Что касается отдельных форм пороков сердца, то, по исследованиям Jaschke, 56% приходится на недостаточность

двухстворки, 16% на недостаточность+стеноз двухстворки; пороки остальных клапанов встречаются значительно реже. Hellenbahl определяет случаи порока двухстворки в 70% из числа всех пороков сердца. Frömme исчисляет стеноз в 28,8% всех пороков сердца; по Schauta наиболее часто встречается сужение левого венозного отверстия, реже недостаточность двустворчатого клапана и еще реже сочетание этих 2 пороков; по Fellner'у самым частым пороком сердца является недостаточность митрального клапана и так же часто наблюдается недостаточность+стеноз, между тем, как стеноз встречается редко.

Затрудненность сердечной работы узнается по нарушениям компенсации. Более яркие признаки сердечной недостаточности отмечаются большей частью во II половине беременности (сердцебиение в спокойном состоянии, усиленная одышка, бессоница, отек, альбуминурия, застойный бронхит, резкий цианоз, приступ астмы, нередко — асцит, hydrathorax). В общем, недомогания субъективного характера превалируют над этими явлениями.

Из способов определения состояния сердечной мышцы мы пользуемся простым приемом Штанге, основанным на задержании выдоха. Женщина со здоровой сердечной мышцей может задержать выдох на 30—40 сек. и затем начинает спокойно дышать; при ослабленной мышце, с малой запасной силой, больная задерживает дыхание не более 20 сек. и меньше, а затем возобновляется дыхание с одышкой. Из других способов можно назвать прием Herz'a, который рекомендует Jaschke, способ Katzenstein'a, Шапиро и др. Достоин также внимания способ Pardée, который заключается в следующем: здоровая беременная может поднимать тяжесть в 10 фунтов выше головы и обратно к ногам 20 раз без резких изменений со стороны дыхания и пульса; если же при этом опыте появляется одышка, которая держится больше 1 минуты, а пульс учащается до 150 ударов в 1 минуту и держится более 2 минут, то такая реакция является указателем аномальной работы сердца.

Важность определения функциональной способности сердца находит еще большее подкрепление в том, что перкуссия, изме-

рение и аускультация, как объективные признаки поражения миокарда, должны оцениваться весьма осторожно. Nuchard в свое время говорил, что результаты перкуссии и аускультации дают лишь анатомический диагноз, зато признаки функционального расстройства сердца—диспноэ, тахикардия, сердцебиение, аритмия, кровяное давление—есть выражение жалобы со стороны страдающего органа, которые в большинстве случаев решают исход.

Попутно следует указать на то, что часто с пороками сердца органического происхождения смешивают так называемые функциональные пороки. Причина этого лежит в определении шумов во время беременности. Однако, надо иметь в виду, что во время беременности в 20—30% всех случаев наблюдаются «случайные» (акцентуированные) шумы сердца, нежного дующего характера во 2—3 межреберном промежутке, возникающие через легкое отклонение а *pulmonalis*, которое в свою очередь вызывается смещением сердца в связи с поднятием диафрагмы; они регулярно исчезают после родов на 5—6 день. В отличие от этих «случайных» шумов—шумы при настоящих пороках сердца громки и по месторасположению находятся у верхушки сердца, если исключить пороки аорты. Далее, в послеродовом периоде органические шумы не исчезают, сердечный толчок перемещен и границы сердца расширены.

Практически проверить работоспособность мышцы сердца и определить ее заболевание гораздо труднее, чем выяснить наличие порока клапанов сердца; тут для прогноза надо руководствоваться не только клиническими данными, но и анамнезом. Возраст больной, социальное ее положение, образ жизни, профессия, перенесенные инфекционные заболевания, число предшествовавших родов и их частота чередования друг за другом должны приниматься во внимание (Окинчиц).

Slemons und Goldsborough отмечают, что, зная кровяное давление можно вычислить продуктивность работы сердца в 1 м., кот. получается от умножения амплитуды пульсового давления на частоту пульса; напр.: при кров. давлении 110/65 продуктивность работы сердца выразится $45 \times 72 = 3240$ единиц (у норм. неберемен. ж-ны). Во время беременности отмечается лишь незначительное увеличение работы сердца. Для работоспособности сердца играет большую роль возраст; в более старом возрасте (45—50 лет) гипертрофия сердца затруднена.

Причины заболеваний мышцы сердца у беременных и рожениц бывают различны. В одних случаях оно является следствием разного рода инфекций, в других представляет поражение артериосклеротического характера; возможны поражения сердечной мышцы гонококкового характера (Iagic); нередко бывает также жировое перерождение сердечной мышцы вследствие перенесенных больших кровопотерь. Общее ожирение влечет за собою т. н. «жирное» сердце (а не жировое перерождение!). Причиной заболеваний клапанного аппарата чаще всего является эндокардит после ряда перенесенных инфекционных заболеваний; значительно реже *mesaortitis luetica*—поражение клапанов аорты (Гентер).

Порок сердца во время беременности диагностируется в $\frac{1}{7}$ части всех пороков сердца, тогда как $\frac{6}{7}$ пороков, протекающие без декомпенсации, просматриваются (Fellner-Schauta). Этим может быть объясняются разноречивые данные о частоте пороков сердца при беременности. Частота заболеваний сердца при беременности, родах и в послеродовом периоде колеблется от 1,5 до 2,5% (Fromme, Jaschke); по Холмогорову осложнение беременности пороком сердца встречается редко—в 0,05%; по Александрову у 0,37—0,6% всех беременностей, у Виридарского (1883—1893 г.) на материале повивального И-та порок сердца встретился на 5.764 родов всего два раза, что составляет 0,03%, у Чапина (1893—1897 г.)—на 5.032 родов 6 раз (0,1%), а у Леви (1904—1907 г.) общее число органич. пороков, осложнивших беременность и родов = 12 (0,14%). На материале Мишина и Сахарова сердечно-больные на общее количество больных женщин 27.286 человек составили 0,06%.

В $\frac{3}{4}$ случаев пороки сердца протекают без резких проявлений декомпенсации (Jaschke, Fromme, Seitz); даже роды редко дают серьезные нарушения, как *dyspnoë*, цианоз, коллапс и т. п. Если при одной беременности имелись расстройства компенсации, то они не обязательны для следующей (Winter). Однако, повторные беременности, особенно следующие быстро одна за другой ведут к стойким изменениям сердца и сосудистой системы, повышая предрасположение к расстройствам компенсации. Особенно беременность и роды, ведущие к усилению циркуляции крови,

нередко вызывают возврат старого, видимо остановившегося процесса.

$\%$ осложнений в послеродовом периоде у сердечно-больных различен в зависимости от состояния порока того или иного клапана. Опасность атонического послеродового кровотечения при компенсированном пороке мала (Jaschke, Fromme), напротив при декомпенсированном пороке, который сопровождается застойными явлениями в нижней половине туловища, возможность сильного кровотечения довольно часта (до 40 $\%$ по Baisch'y).

В связи с возможностью сильного кровенаполнения брюшной полости и сопутствующей этому задержкою оттока венозной крови зависит частота явления самопроизвольного раннего прерывания беременности; считают, что в $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ всех случаев наступает раннее изгнание плода (32% Jaschke, 30% Fromme, 25% Fellner, 38% Baisch).

Непосредственной причиною нарушения беременности является кровоизлияние в decidua и в области прикрепления последа, а также недостаточное снабжение кислородом крови плода; причем аборт и преждевременные роды происходят одинаково часто. При декомпенсированном пороке прерывание наблюдается более часто, наоборот, при компенсированных пороках нарушение беременности реже или совсем не бывает. Многорожавшие более расположены к прерыванию беременности, чем первобеременные. Jaschke определяет, что при неосложненных пороках, прерывание беременности происходит в 10% (4,2 $\%$ преждевр. роды и 4,5 $\%$ аборт).

Разноречивость мнений о прогнозе для отдельной формы порока клапана часто приводит к ошибочным мероприятиям; это объясняется трудностью диагностики, когда объективные данные не соответствуют действительному состоянию сердца. Нередко, самые незначительные изменения в кровообращении, не дающие вне беременности никаких симптомов, во время последней резко выявляют картину сердечной недостаточности (мало заметное перерождение сердечной мышцы). В результате этого, многие авторы (Lusk, Guérard, Schneider, Zinstag, Лазаревич, Якуб, Львов, Цур-Мюлен, Соловьев, Бондарев, Леви, Скробанский и др.) считают беременность

и роды опасным моментом для жизни сердечной больной; некоторые из них считают допустимым прерывание беременности в каждом отдельном случае диагностированного сердечного порока, даже при состоянии сердечной компенсации (Скробанский). Ряд других авторов (Shauta, Schröder, Winkel, Fehling, Winter, Frey, Александров, Неслов, Верцинский, Jaschke и др.) считают этот страх сильно преувеличенным; они придерживаются мнения, что показанием к прекращению беременности должно быть расстройство сердечной компенсации; наличие компенсированного порока не является указанием для прерывания беременности. Цифры статистики и клинические наблюдения вполне это подтверждают.

Наш клинический опыт позволяет отметить, что наличие порока сердечных клапанов, при отсутствии нарушения со стороны сердечной мышцы, не есть показатель к прерыванию беременности. Насколько оправдывается прерывание беременности при тbc легких, настолько требуется осторожность подхода к показанию прекращения беременности при пороках сердца.

К сожалению, это не всегда принимается во внимание. Нередко беременность, осложненная даже компенсированным пороком сердца, который не представляет прямой опасности для жизни женщин, искусственно прерывается. Schauta и Fellner считают необходимым прерывание беременности в 20% случаев порока сердца, другие еще больше—до 50%. В противоположность им, Jaschke прерывает только в 4% своего материала, в чем Freund сильно сомневается; по Seitz'у аборт бывает необходим в 4,8%. На нашем материале искусственное прерывание беременности было произведено в 63 случ. компенсир. и в 44 случ. декомпенсированного порока сердца, что вместе взятое составляет 50,5%.

Такое большое количество произведенных искусственн. выкидышей можно объяснить слишком «расширенными» показаниями, которые в последние годы нами весьма сужены, отчего и % теперь значительно ниже.

Наши клинические наблюдения показали, что при хорошо компенсированных пороках сердца беременность всегда донашивается до срока и наступление явлений декомпенсации представляется фактом не очень частым; нужно лишь уstra-

нить вредные моменты и поставить женщину в правильные условия диеты, лечения и соответствующего режима.

Стало быть, наличие компенсированного порока клапана в чистой его форме или в комбинации с другим родом пороков клапанов не служит показанием к прекращению беременности; в частности сужение и даже комбинация сужение + недостаточность митрального клапана не является необходимым условием для прерывания беременности; подобного рода больные должны лишь находиться под врачебным наблюдением. Иное дело представляют те случаи, где явления декомпенсации существовали незадолго до настоящего компенсаторного состояния; в таких случаях — прерывание беременности может быть оправдано. Сопутствование заболеванию сердца явлений в других органах также есть показание к ее прекращению, т.е. нельзя поручиться за благополучный исход беременности, ибо ухудшения могут наступить внезапно; особенно опасны всякого рода инфекции, (напр., ангина) которые могут вызвать явления эндокардита.

Совсем иначе придется действовать в тех случаях, где налицо явления декомпенсации. Тут необходимость прерывания беременности будет видна в каждом случае порока сердца, если уже в I полов. беременности имеются явления нарушения сердечной компенсации, при которой соответствующее лечение не оказывает никакого эффекта.

Если же покой, постельное содержание, сердечные средства, примененные в легких степенях декомпенсации дают возможность восстановить нарушенное равновесие сердечной деятельности, то активное вмешательство здесь неуместно.

В острых случаях заболевания сердца сначала надо применить медикаментозное лечение, а затем только приступить к прерыванию беременности. Winter применяет активное вмешательство даже в случаях свежих заболеваний клапанов или рецидивирующих эндокардитов, так как их наличие ставит беременную в опасное положение. В подобных случаях острого эндокардита или миокардита Frey рекомендует прерывание беременности в каком бы то ни было ее сроке; на основании своего материала он указывает, что обострение эндокардита отмечается в 82⁰/₀, по более старым данным

этот $\% = 64$. В качестве примера можно указать на отмеченный выше случай, закончившийся смертью матери (№ 5).

В тех случаях, когда нарушение сердечной деятельности имелось до наступления беременности и лишь с ее появлением ухудшилось или же это заболевание возникло в течение самой беременности, а прогноз, поставленный на основании диагноза является плохим, следует без всякого промедления прервать беременность; это касается, главным образом, заболеваний сердечной мышцы, желудочков, склероза коронарных сосудов. Поражение миокарда с расширением и гипертрофией сердца, что часто наблюдается после перенесенных инфекций, также служит показанием к прекращению беременности.

Врожденные пороки показывают аборт только при наличии застойных явлений, сопровождающихся синюхой.

Если наступившая недостаточность быстро и легко уступает соответствующей терапии и режиму, то представляется возможность беременность сохранить. Пожилой возраст и повторные беременности еще более способствуют к выставлению показаний для прерывания беременности.

Несколько труднее вопрос о прекращении беременности при заболевании сердца, сопровождающемся расстройствами со стороны легких и почек. Winter считает, что эти осложнения не должны оказывать влияния на прерывание беременности.

Наше же мнение таково, что пороки сердца, осложненные болезнями легких и почек дают полное основание к прекращению беременности.

Что же касается тех случаев, в которых женщина находилась при ранее бывшей беременности, родах и послеродовом периоде в угрожающем для ее жизни состоянии (явления декомпенсации), наступление новой беременности несомненно ухудшит имеющиеся расстройства сердечной деятельности; в этих случаях правильным выходом будет незамедленное прерывание беременности в I-й ее половине.

Различие в способе прекращения беременности находится в зависимости от срока беременности (аборт, преждевременные роды) и играет важную роль в вопросе о показаниях к выкидышу.

Для прерывания беременности до 3-х месяцев нами применялся исключительно одномоментный хирургический путь—*dilatatio colli + abrasio cavi uteri* (71 случ.); в случаях, где беременность была больше 3-х месяцев—буж и тампонада (до 1911 г.), метрейриз, позже вскрытие плодного пузыря и влагалищное кесарское сечение.

Если аборт, даже при высокой степени декомпенсации протекает почти всегда удачно (*Winter*), то отнюдь этого нельзя сказать о преждевременных родах, будь они искусственные или самопроизвольные. Тут благополучный исход всецело зависит от сердца, а именно: может-ли оно справиться в иных условиях после удаления плода! Кроме того, самая операция, волнения, схватки, наркоз, изменение внутрибрюшного давления, которое произошло от освобождения содержимого матки, также приносит с собою опасность для жизни матери.

Отсюда следует, что надо осмотрительно и осторожно приступать к прерыванию беременности во II-ой ее половине, предварительно восстанавливая насколько возможно, компенсаторную деятельность сердца. Лучшим методом прекращения беременности будет хирургический путь (малое кесарское или влагалищное кесарское), при условии соблюдения быстроты в технике и недолгого пребывания больной под наркозом.

Если любой род порока клапанов, при компенсированной форме, не влечет за собою никаких существенных опасностей для жизни матери в течение беременности и родов, то этого отнюдь нельзя сказать о пороке с явлениями декомпенсации.

Нарушение компенсации может проявиться в любой срок беременности; главным образом явления декомпенсации обнаруживаются во II-ой половине беременности; в некоторых случаях склонность к декомпенсации бывает весьма упорной и не поддающейся никакой терапии, так что нередко встает вопрос о преждевременных родах. В этих случаях, *Груздев* и *Окинчиц* всегда считают полезным прерывание беременности, хотя *Верцинский* не видит в этом смысла. Выше нами было отмечено, что прерывание беременности во II-ой ее половине вовсе не имеет преимуществ перед срочными родами, в виду чего к искусственным преждевременным родам надо прибегать только в крайних случаях при жизнеспособном

плоде для спасения жизни матери; при этом родоразрешение должно производиться только по восстановлению, хотя бы временной компенсации.

Гораздо сложнее обстоит дело в тех случаях, где явления декомпенсации проявились во время родового акта или наступили незадолго до его начала.

При проявлении декомпенсации клиническая картина бывает весьма характерною. Больные не могут лежать; у них отмечается тяжелая одышка, сердцебиение, резко выраженный цианоз, напряженный пульс, повышенное кровяное давление, отеки конечностей и нередко отеки живота и спины. Ряд характерных объективных изменений определяется перкуторно и аускультативно. Благоприятный исход, как выше было отмечено, зависит от величины запасной силы мышцы сердца, от степени декомпенсации и от сопутствующих побочных явлений.

В подобных случаях важно правильно провести родовой акт, в чем мы неоднократно убеждались, примером является ист. бол. случ. № 3732, который нами приводится. Все меры должны быть направлены к улучшению работы сердца, что достигается регулированием сердечной и родовой деятельности.

Сердечно-больные всегда нами родоразрешались в полусидячем положении, даже в тех случаях, когда применялись те или иные пособия, в роде щипцов, поворота и т. п. Ни в одном из наших случаев мы не стремились во что бы то ни стало быстро провести родовой акт, ибо считали постепенное родоразрешение гораздо выгоднее для сердечной больной; только длительно затянувшиеся роды заставляли притти на помощь роженице, чтобы окончательно не истощить запасную силу сердца. Во многих случаях мы применяли вскрытие плодного пузыря, точно так же мы поступали в случаях, где имелось большое количество околоплодных вод (*polyamnion seu hydramnion*).

При незначительном открытии нами иногда применялся метрейриз. Наибольшее внимание нами уделялось периоду изгнания, так как мы считали его самым неблагоприятным моментом для сердечной больной во всех случаях, когда период изгнания затягивался и это начинало сказываться на сердце, нами применялись полостные или выходные щипцы (10,5⁰/₀).

Освобождение матки от ее содержимого производилось медленно(!), так как быстрое опорожнение могло повлечь за собою резкое падение внутрибрюшного давления и *huretemia ex vaso* со всеми вытекающими отсюда последствиями. С этой целью нами профилактически накладывалось на живот полотенце, которое по мере извлечения плода постепенно затягивалось. Непосредственно после извлечения больной давались сердечные средства. С удалением последа не торопились, всегда ждали самостоятельного его отхождения. Надо, вообще, по возможности, воздерживаться от каких-либо внутриматочных манипуляций и возможно асептичнее проводить роды, помня повышенную склонность сердечно-больных к различного рода инфекционным заболеваниям. Затем, надо считаться с возможностью у подобного рода больных кровотечений. Не меньшее внимание сердечно больной родильнице следует уделять в послеродовом периоде, когда внезапно могут проявиться явления декомпенсации.

Требования, предъявляемые сердцу в послеродовом периоде, меньше чем во время беременности и родов, но все же резкие мышечные движения, сильные душевные волнения могут тяжело отразиться на сердечной больной. В виду чего, мы категорически воздерживаемся от раннего поднятия подобного рода больных. Строгий постельный режим, легкая удобоваримая пища, необходимые лекарственные средства должны всегда применяться. Из медикаментозных средств в период резкой декомпенсации мы назначаем: *Digitalis*, *Digalen*, *Coffein*, *Camphora*, при легких степенях декомпенсации—*Adonis vernalis*; при явлениях отека легких применяем кислород, банки и т. п. средства.

Противопоказаний к кормлению грудью ребенка быть не должно; только в исключительных случаях—при резких явлениях декомпенсации, упадке сил или побочных каких-либо осложнениях является необходимым прибегнуть к искусственному питанию ребенка.

В общем, состояние больных после родов значительно улучшается. Точное представление о здоровье сердечно-больных и о том влиянии, какое беременность и роды производят на сердце, могут дать лишь систематические наблюдения за сердечно больной.

Наше впечатление таково, что соответствующая подготовка сердечно больной к родовому акту, правильно проводимые роды, либо своевременно произведенное прекращение беременности, а наряду с этим соблюдение больною в точности предписаний врача в послеродовом или послеоперационном периоде, значительно облегчают работоспособность сердца и дают возможность женщине выполнить свой повседневный труд.

Выше нами отмечалось, что каждая новая беременность, особенно родовой акт, оставляет известный след на работе больного сердца. Нередко является насущная потребность во что бы то ни стало предохранить женщину от зачатия. В тех случаях, где нужна постоянная стерилизация, там это достигается легко—применением методики Madlener'a, которая по технике быстрее способа Liermann'a и дает верный результат. Сюда подходят случаи с любой формой порока клапана с резкими и длительными явлениями декомпенсации, особенно у повторнородящих, затем—врожденные пороки с резко выраженными застойными явлениями (синюха) и т. д.

Гораздо труднее там, где требуется временная стерилизация, ибо особых ограничений в половой жизни больных мы не считаем нужным вводить; исключением могут явиться лишь тяжелые формы пороков с расстройством компенсации. В этих случаях мы пользуемся обычными мерами для факультативной стерилизации, назначая спринцевания *post coitum*, *globuli vagin.* из различного рода лекарственных веществ *ante coitum* и, наконец, различного вида пессарии и т. п. средства.

В заключение остается привести те выводы, которые мы получили при разборе нашего материала.

В Ы В О Д Ы.

1. Анамнез и точное клиническо-лабораторное обследование каждой отдельной беременной позволяют до некоторой степени вывести верный прогноз относительно родов и послеродового периода.

2. Порок сердца по преимуществу является приобретенным (99⁰/₀), лишь в некоторых случаях он бывает врожденным (1⁰/₀).

3. Среди причинных моментов его возникновения видную роль играет суставной и мышечный ревматизм, ангина и др. инфекционные заболевания.

4. По роду поражения клапанов первое место занимают пороки двухстворки, а именно: в 42⁰/₀ недостаточность, в 13⁰/₀ сужение и в 10⁰/₀ недостаточность + сужение (так наз. *vitium mitralis*); пороки остальных клапанов встречаются значительно реже.

Не всякий порок сердца требует прекращения беременности.

5. Порок клапана опасен для жизни беременной в случаях заболевания сердечной мышцы, нарушений кровообращения в малом кругу, при заболеваниях эндокардия, при хроническом заболевании почек.

6. Явления декомпенсации преимущественно проявляются во время беременности (97⁰/₀), по преимуществу у повторно-беременных (72⁰/₀), во 2-й половине беременности.

7. Повторные беременности несомненно ослабляют мышцу сердца.

8. Наиболее тяжелой комбинацией пороков сердца является *vitium mitralis*, при которой смертность = 25—26⁰/₀ (35⁰/₀, если вычислять ⁰/₀ только при декомпенсированной форме порока клапана).

9. Показанием для прерывания беременности являются те пороки клапанов, где имеется расстройство сердечной деятельности в I-ой половине беременности, не поддающееся медикаментозному лечению, затем так называемые «осложненные пороки» (например, тbc, нефрит) или такие виды пороков, при которых явления декомпенсации в резкой форме были выражены незадолго до беременности. Пожилой возраст и повторная беременность являются усугубляющим обстоятельством к определению показаний для прерывания беременности.

10. При явлениях декомпенсации во II-ой половине беременности к прерыванию последней надо приступить по восстановлению хотя бы временной компенсации при жизнеспособном плоде; в исключительных случаях — в любой срок беременности.

11. Опасность при преждевременных родах для сердечно-больной почти равноценна опасности при срочных родах.

12. Благополучный исход для матери зависит во многих случаях от правильности ведения родового акта (особенно периода изгнания), в виду чего считаем целесообразным, в случаях резкого нарушения сердечной деятельности, вскрытие плодного пузыря с медленным выпусканьем вод (8,8⁰/₀).

13. Для укорочения периода изгнания и облегчения работы сердца уместно наложение полостных и выходных щипцов (10,5⁰/₀).

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1) Jaschke R. Ztbl. f. Gynäkol. 1927 г., № 22, 1354.
 - 2) Frey W. Herz u. Schwangerschaft. 1923 г.
 - 3) Seitz. Erkrankungen d. Herzens.
 - 4) Hüssy. Die Schwangerschaft in ihren Bez. z. d. anderen geb. d. Med. und ihre biolog. Probleme. 1923 г.
 - 5) Prassulid 8s. Arch. f. Gyn. 1924 г.
 - 6) Winter. Die Indikation z. künstl. Unterbrech. d. Schwangerschaft. Berlin. 1918 г.
 - 7) Zinsstag. Monatsschrift. f. geb. und Gin. Bd. LXXV. H. 6. 498—507
 - 8) Мишин и Сахаров. Сб. проф. Орлову В. Н. 1925 г., стр. 266.
 - 9) Зеленин. Ж. «Гинекол. и акушерство». 1923 г., № 1.
- (Литература по условиям печати приведена неполностью) И. Я.

ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ОХРАНА МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА“ НКЗ

Москва, М. Черкасский пер., д. 2/6.

Телефон 31-66.

Склад 2-55-92.

НАУЧНЫЕ И УЧЕБНЫЕ ИЗДАНИЯ

Блюдорн, К. — „Болезни грудного возраста в повседневной практике“. Перевод д-ра Файвуш под ред. проф. Г. Н. Сперанского. М., 1927 г., цена 1 р. 20 к.

Веселов и Уайт. — „Современные взгляды на токсикозы беременности“. М., 1928 г., цена 75 к.

Гецов, Г. Б. — „Охрана материнства и младенчества“. Руководство для техникумов, акушеров и сестер-воспитательниц. Научно-Технической Секцией ГУС'а допущено в качестве руководства для медицинских техникумов. М., 1927 г., цена 1 р. 25 к.

Губарев, А. П. проф. — „О септической и послеродовой инфекции“. Практическая оценка подробностей и особенностей. М., 1927 г., цена 25 коп.

Губарев, А. П. проф. — „О профилактике родильной горячки“. М., 1927 г., цена 20 коп.

Жорно, Я. Ф. — „Таблицы раскладок детской пищи“. М., 1928 г., цена 75 коп.

Жорно, Я. Ф. — „Калорийные величины наиболее употребительных питательных смесей“. М., 1925 г., цена 10 коп.

Колосов, М. А. — „Жизнь человека до рождения“. С 18 рис. в тексте. М., 1927 г., цена 50 коп.

Колосов, М. Н. — „Рождение человека“. С 23 рис. в тексте. М., 1927 г., цена 40 коп.

Колосов, М. А. — „Сущность женщины“. С 8 рис. в тексте. М., 1927 г., цена 50 коп.

Конюс, Э. М. — „Клиника и профилактика наиболее распространенных глистных заболеваний у детей“. Под ред. и с предисловием проф. А. А. Киселя. М., 1927 г., с 16 рис., цена 50 коп.

Лангштейн и Мейер. — „Вскармливание и обмен веществ в грудном возрасте“. Перевод с 2-го и 3-го нем. изд. Кисловский и Гальперин, под редакц. С. Федынского, с 47 рис. в тексте. М., 1923 г., цена 1 р. 50 коп.

Ледерер, Ричард. — „Вскармливание ребенка грудью“. 10 лекций для врачей и студентов. Перевод с немецкого врача Бакитько. М., 1927 г., цена 1 р. 25 коп.

ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ОХРАНА МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА“ НКЗ

Москва, М. Черкасский пер., д. 2/б.

Телефон 31-66.

Склад 2-55-92.

„Новые данные в области противозачаточных средств“.
Вып. I. М., 1927 г., цена 30 к.

„Новые данные в области противозачаточных средств“.
Вып. II. М., 1927 г., цена 90 коп.

„Новые данные в области противозачаточных средств“.
Вып. III. М., 1927 г., цена 35 коп.

„Новые данные в области противозачаточных средств“.
Вып. IV. М., 1927 г., цена 45 коп.

Цоппи, Е. Э. — „Работа сестры у постели ребенка“. Под ред. и с предисловием Н. Ф. Альтгаузена. С 26 рис. в тексте. М., 1926 г., цена 75 коп.

Шемякин, М. М. — „Аборт“. Классификация и техника аборта. С 32 рис. в тексте. М., 1926 г., цена 1 руб.

Штефко, В. Г. проф. — „Основы биологической анатомии ребенка“. М., 1927 г., с 36 рис., цена 3 руб.

НАХОДЯТСЯ В ПЕЧАТИ

Гинопман, Д. М. — „Бели“.

Губарев, А. П. проф. и **Селицкий, С. А.** проф. — „Противозачаточные средства в современном научном освещении и их применение“. Изд. 2-е.

Кенеди, Стрин и Харис, перевел **Рабинович.** — „Акушерско-гинекологическая деятельность чикагского Ларинг-ин госпиталя и диспансера“.

Кан, А. Г. — „Вагиноскопия“.

Лангштейн, перевод **Альтгаузена.** — „Мать и дитя“. Изд. 2-е.

Лунц, Р. О. — „Физиология и диететика грудного ребенка“. Изд. 2-е.

Николаев, Н. М. — „Об изучении врожденных уродств“. Изд. 2-е.

„Новые данные о противозачаточных средствах“. Вып. V.

„Новые данные о противозачаточных средствах“. Вып. VI.

Селицкий, С. А. проф. — „Гинекология“.

Улезко-Строганова, К. — „Роль сосудисто-соединительной ткани при развитии рака“.

Цунтц, перевод д-ра **Пемельцова.** — „Обмен веществ у женщин“.

Яковлев, И. — „Органические заболевания сердца и беременность“.

Труды Государственного Научного Института ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И МЛАДЕНЧЕСТВА НАРКОМЗДРАВ

ВЫШЛИ ИЗ ПЕЧАТИ

Сперанский Г. Н., проф.—„Классификация расстройств питания детей раннего возраста“. III изд. 1928 г., цена 30 к.

Николаев Н. М., прив.-доц.—„Об изучении врожденных уродств“. 1927 г. распрод., цена 30 к.

Соколов А. С., прив.-доц.—„О неясных лихорадочных состояниях у грудных детей“. М. 1928 г., цена 30 к.

Николаев Н. М., прив.-доц.—„Иммунотерапия инфекций“. М. 1926 г. распродана, готов. II изд., цена 40 к.

Соколов А. С.—„К диететике острых колитов и энтероколитов у детей раннего возраста“. М. 1926 г., распродано, цена 20 к.

Луц Р. О., прив.-доц.—„Кислые смеси в диететике и терапии грудного ребенка“. М. 1927 г., цена 30 к.

Соколов А. С., прив.-доц.—„Клиника острого воспаления среднего уха в раннем детском возрасте“. М. 1927 г., цена 50 к.

Доброхотова А. И.—„Кишечная флора и ее значение в патологии грудного возраста“. М. 1927 г., цена 30 к.

Сперанский Г. Н., проф.—„Методика рационального вскармливания ребенка“. М. 1928 г., цена 35 к.

Ашоф, проф.—„Лимфатические органы“. Перев. Д. Д. Тихомирова. М. 1927 г., цена 35 к.

Гиёрги Д.—„Значение физической химии в педиатрии“. Перев. Ф. И. Гиммерих. М. 1927 г., цена 30 к.

Демут—„Пищеварение при кормлении молоком в грудном возрасте“. Перев. Я. Ф. Жорно. М. 1927 г., цена 65 к.

Чеботаревская Т. Н.—„К физиологии, патологии и клинике недоносков“. М. 1927 г., цена 75 к.

Е. Kisch—„Солнечные и воздушные ванны для здоровых и больных туберкулезом детей“. Перев. Е. П. Мелентьевой.

Мелентьева Е. П.—„Солнечные и воздушные ванны в раннем детском возрасте“. М. 1927 г., цена 30 к.

Альтгаузен Н. Ф. и Е. П. Мелентьева—„Очерк развития и организации современной консультации для детей раннего возраста“. М. 1927 г., цена 75 к.

Марфан А. Б.—„Туберкулез детей раннего возраста“. Перев. под ред. Н. Ф. Альтгаузена. М. 1927 г., цена 1 р. 30 к.

Носсау Э.—„Воспаление легких в грудном возрасте“. Перев. под ред. Р. О. Лунца. М. 1927 г., цена 50 к.

Райц М. М., прив.-доц.—„Врожденный сифилис“. М. 1927 г., цена 3 р.

Альтгаузен Н. Ф.—„Основы ухода за грудным ребенком“. М. 1926 г., цена 60 к.

Николаев Н. М., прив.-доц.—„Обмен веществ и проблема кровотока“. М. 1927 г., цена 3 р.

ГОТОВЯТСЯ К ПЕЧАТИ

Николаев Н. М. и Л. А. Шпаро—„Материалы по изучению происхождения лейкопении“.

Баданов Б. И.—„О цереброспинальном менингите“.

Цимблер И. В.—„Клиника милиарного туберкулеза у детей раннего возраста“.

Сперанский Г. Н., проф.—„Уход за грудным ребенком“.

ИЗДАТЕЛЬСТВО

„ОХРАНА МАТЕРИНСТВА и МЛАДЕНЧЕСТВА“ НКЗ

Москва. М. Черкасский пер., д. 2/6.

Телефон 31-66.

Склад 2-55-92.

**ИЗДАНИЯ ПО ПЕДОЛОГИИ
И ПЕДАГОГИКЕ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Бабинская, Е.—„Стах“. М., 1927 г., с 10 рис., цена 20 коп.

Под ред. **Дурново, А. С.** проф. — „Организованные занятия с детьми раннего возраста, прогулки, экскурсии и детские праздники“. М., 1927 г., цена 1 р. 30 коп.

Дурново, А. С. проф. и **Дьякова, Н. Н.**—„Педологическая работа в консультациях для детей раннего возраста“ М., 1928 г., цена 60 коп.

Дурново, А. С. проф.—„Антропометрия“. М., 1927 г., цена 1 р. 10 к.

Дурново, А. С. проф.—„Педагогическая работа с детьми раннего возраста“. М., 1927 г., цена 35 коп.

Дурново, А. С. проф. — „Этапы развития педологии раннего детского возраста“. М., 1928 г., цена 20 коп.

Дьякова, Н. Н. — „Нервно-возбудимые дети и их воспитание“. М., 1928 г., цена 35 коп.

Кривошеина, Е.—„Детские страхи и борьба с ними“. Изд. 2-е. М., 1928 г., цена 15 коп.

Кричевская, Е. К.—„Детские капризы и их предупреждение“ М., 1927 г., цена 20 коп.

Кричевская, Е. К.—„Избалованные, заласканные и брошенные дети“. Изд. 2-е. М., 1928 г., цена 20 коп.

Кричевская, Е. К. — „Лекции по педагогике раннего детского возраста“. Вып. I. М., 1927 г., цена 1 руб.

Кричевская, Е. — „Советы матерям по воспитанию детей“. Опыт педагогической консультации. М., 1927 г., цена 20 коп.

Митина, А. Д. — „Полезные и вредные игрушки“. Изд. 2-е. М., 1928 г., цена 25 коп.

Нетер, Э.—„Единственный ребенок“. М., 1927 г., цена 40 коп.

Полежлева, Л. В. — „Детская речь и развитие ее“. М., 1927 г., цена 40 коп.

Фентон Джесси.—„Игровой процесс и эмоциональные проявления у детей“. М., 1927 г., цена 60 коп.

Хлодовская, В. Ф. и Свентицкая, М. К.—„Что показывать и как рассказывать маленьким детям“. М., 1927 г., цена 20 коп.