

Е. Т. МИХАЙЛЕНКО, Т. М. БУБЛИК - ДОРНЯК

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

akusher-lib.ru

• ВИША ШКОЛА •

Е. Т. МИХАЙЛЕНКО, Г. М. БУБЛИК-ДОРНЯК

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

Практическое пособие
по программированному обучению

ИЗДАТЕЛЬСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ «ВИЩА ШКОЛА»
ГОЛОВНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
КИЕВ — 1976

Патологическое акушерство. Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М.
Издательское объединение «Вища школа», 1976, 264 с.

Практическое пособие соответствует программе по курсу акушерства и состоит из двух частей. В первой части изложены основные вопросы патологии развития беременности, родов, дородового и послеродового периодов, течения беременности и ведения родов при неправильных положениях и предле-

жаниях плода. Вторая часть состоит из 100 программированных таблиц.

Пособие предназначено для врачей-интернов, студентов медицинских институтов, практических врачей.

Ил. 72. Табл. 100.

Редакция литературы по медицине и физической культуре
Зав. редакцией В. П. Сытник

ЕМЕЛЬЯН ТРОФИМОВИЧ МИХАЙЛЕНКО,
ГЕНОВЕФА МИХАЙЛОВНА БУБЛИК-ДОРНЯК

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

Практическое пособие
по программированному обучению

Издательское объединение «Вища школа»
Головное издательство

Научный редактор докт. мед. наук Я. П. Сольский. Редактор Л. В. Бутакова. Обложка художника Г. М. Балюна. Художественный редактор И. Р. Ойхман. Технический редактор Т. И. Прилипко. Корректор С. А. Тиктина.

Сдано в набор 13. 04. 1976 г. Подписано к печати 8. 09. 1976 г. Формат бумаги 70×100^{1/16}. Бумага тип. № 2. Физ.-печ. л. 16,5, Усл. печ. л. 21,28. Уч.-изд. л. 17,82. Тираж 60 000 (II завод 15001 — 60000). Зак. 210. Изд. № 2118. БФ 16474. Цена 1 руб. 07 коп.

Головное издательство издательского объединения «Вища школа», 252054, Киев, 54, ул. Гоголевская, 7.

Белоцерковская книжная фабрика республиканского производственного объединения «Поліграфкнига» Госкомиздата УССР, ул. К. Маркса, 4.

51906—339

М _____ 186—76

М211(04)—76

ПРЕДИСЛОВИЕ

Дальнейшее повышение качества подготовки будущих врачей неразрывно связано с усовершенствованием методов и форм преподавания, внедрением в учебный процесс новейших достижений науки и техники, освоением новых форм обучения и контроля знаний студентов.

Предлагаемое учебное пособие предназначено для программированного безмашинного метода проверки знаний по патологическому акушерству.

Пособие состоит из двух частей: текстовой и 100 программированных таблиц.

В текстовой части пособия изложены классические положения патологического акушерства, а также освещен целый ряд заболеваний беременной, роженицы, матери, плода и новорожденного с учетом последних достижений акушерской науки и практики.

Известно, что между методическими указаниями, рекомендательными для практической сети здравоохранения, и учебной литературой для студентов существует значительный разрыв. Возрастающий поток информации о современных достижениях науки и практики по акушерству находит отражение на страницах учебников с некоторым опозданием. Учитывая это, мы сделали попытку привести в соответствие уровень учебного пособия и информацию методических указаний и периодической литературы, а также требования, предъявляемые к студентам, изучающим акушерство в медицинском вузе.

В текстовой части пособия изложены основные вопросы, касающиеся патологии развития беременности, родов, послеродового и внутриутробного развития плода,

течения и ведения беременности и родов при неправильных положениях и предлежаниях плода и плаценты. Приведены также классические методы оперативного родоразрешения.

Во второй части, состоящей из 100 таблиц, запрограммирован весь курс патологического акушерства в соответствии с программой, утвержденной Министерством здравоохранения СССР для медицинских институтов.

Пособие является первым изданием такого рода в области акушерства и, по-видимому, не лишено недостатков. Авторы с благодарностью примут замечания читателей. Мы надеемся, что выход в свет пособия послужит делу улучшения качества подготовки врачей, а также даст возможность шире внедрить запрограммированное обучение и запрограммированный контроль знаний в педагогический процесс.

Авторы

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО, ПОГРАНИЧНОЕ С ПАТОЛОГИЕЙ

ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

При *тазовых предлежаниях* ягодицы находятся над входом в малый таз. В процессе родов ягодицы плода вставляются во вход в малый таз, и плод рождается ягодичным концом.

Тазовые предлежания встречаются в среднем у 3,5% рожениц. Роды при таком положении плода в большинстве случаев проходят нормально. Однако иногда могут возникнуть осложнения с неблагоприятными последствиями как для плода, так и для матери, например асфиксия плода, родовые травмы и мертворождаемость. Вот почему роды при тазовых предлежаниях считаются пограничными между нормальными и патологическими.

При тазовом предлежании различают ягодичные и ножные предлежания.

Ягодичные предлежания в свою очередь делятся на чистые ягодичные (неполные) и смешанные ягодичные (полные) (рис. 1).

При чистых ягодичных предлежаниях первыми во вход в таз вступают ягодицы. Ножки при этом вытянуты вдоль туловища, согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных.

При смешанных ягодичных предлежаниях во время родов ягодицы вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, обращены ко входу в таз матери.

Ножные предлежания бывают полными, когда предлежат обе ножки, и неполными, когда предлежит одна разогнутая ножка (рис. 2). Изредка

встречается разновидность ножных предлежаний — коленное предлежание (предлежат согнутые колени), во время родов переходящее в ножное.

Следует отметить, что ягодичные предлежания встречаются вдвое чаще, чем ножные.

Возникновению тазовых предлежаний способствуют преждевременные роды, пониженный тонус матки у многорожавших женщин или при беременности двойней, предлежание плаценты, миоматозные узлы в нижнем сегменте матки, пороки развития матки и плода, многоводие, маловодие, узкий таз, опухоли малого таза.

РАСПОЗНАВАНИЕ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЙ

В случаях тазовых предлежаний при *наружном исследовании* над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть плода. Она имеет мягковатую консистенцию, не способна к баллотированию. В области дна матки определяется округлая, плотная, баллотирующаяся головка, причем она нередко отклоняется от средней линии вправо или влево. Сердцебиение плода при таких его положениях наиболее отчетливо удастся прослушать выше пупка, иногда на уровне пупка, справа или слева (в зависимости от позиции).

Часто встречается также высокое стояние дна матки (на уровне мечевидного отростка грудины).

Во время *влагалищного исследования* (при раскрытии шейки матки на



а



б

Рис. 1. Ягодичные предлежания:
а — неполное (чистое); б — полное (смешанное).



а



б

Рис. 2. Ножные предлежания:
а — полное; б — неполное.

4 см и более) при ягодичном предлежании удается прощупать седалищные бугры, крестец, копчик, заднепроходное отверстие, половые органы плода. В случаях чистых ягодичных предлежаний, следуя за ножкой, можно прощупать паховый сгиб. Если же плод находится в смешанном ягодичном предлежании, рядом с ягодичными нередко прощупывается стопа.

Следует иметь в виду, что при большой родовой опухоли ягодичное предлежание можно спутать с лицевым. Чтобы избежать этого, надо тщательно прощупать крестец с копчиком, паховый сгиб, стопу. Во избежание травм следует с особой осторожностью

пальпировать область половых органов и заднепроходного отверстия.

Распознать ножные предлежания при влагалищном исследовании обычно удается без затруднений, хотя иногда можно ошибочно ножку принять за выпавшую ручку (при поперечном положении плода). Во избежание этого надо помнить, что у ножки имеется пяточная кость, пальцы на ножке ровные, короткие, большой палец плотно прилегает к остальным и малоподвижен. Кроме того, большой палец ручки легко удается прижать к ладоням, в то время как большой палец ножки прижать к подошве невозможно. Верным признаком для различия коленного и

локтевого суставов является то, что в коленном суставе легко обнаруживается округлая, подвижная надколенная чашечка.

В случаях диагностических затруднений следует применять рентгенологическое исследование, а также ультразвуковое сканирование. Рентгенологическое исследование для диагностики тазовых предлежаний надо проводить с большой осторожностью.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Течение беременности при тазовых предлежаниях ничем не отличается от течения беременности при головных предлежаниях. Роды также могут протекать нормально. Однако нередко бывают и *осложнения*.

Наиболее частым и неблагоприятным по своим последствиям осложнением является раннее или преждевременное отхождение околоплодных вод. В большинстве случаев это происходит при ножных предлежаниях. Дело в том, что тазовый конец при вступлении в таз не прилегает плотно к родовому каналу, и передние и задние воды фактически не разграничены. При каждой схватке околоплодные воды вытесняются в нижний отдел матки, переполняя плодный пузырь. Оболочки пузыря не выдерживают большого напряжения и преждевременно разрываются. И бывает, что в момент отхождения вод выпадает ручка или петля пуповины. Это осложнение при тазовых предлежаниях бывает в пять раз чаще, чем при головных.

При тазовых предлежаниях в два раза чаще наблюдается и слабость родовой деятельности. Это бывает следствием раннего или преждевременного отхождения околоплодных вод. Нередки также спазмы шейки матки, внутричерепные травмы, повреждения родовых путей, маточные кровотечения, послеродовые септические заболевания.

Период изгнания при тазовых предлежаниях, как правило, затягивается. Это также влечет осложнения. Так, при

вступлении в таз плечевого пояса иногда запрокидываются ручки, задерживается последующая головка. Туловище и головка, проходя через таз, сдавливают пуповину, и, если изгнание верхнего отдела туловища и головки длится дольше чем 5—8 мин, наступает асфиксия плода.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

Биомеханизм родов при ягодичных предлежаниях включает 5 моментов.

Первый момент — вставление ягодиц в малый таз и их продвижение. Поперечный размер ягодиц (*linea intertrochanterica*) при этом совпадает с одним из косых размеров входа в таз (рис. 3, а). В косом размере ягодицы опускаются в полость таза таким образом, что передняя ягодица оказывается ниже задней и играет роль проводной точки. На передней ягодице находится родовая опухоль.

Второй момент — внутренний поворот ягодиц. Ягодицы при этом переходят из косого размера широкой части в узкую часть таза (прямой размер) и одновременно продвигаются дальше. На дне таза ягодицы стоят в прямом размере: передняя ягодица подходит к лобковому сращению, а задняя — к крестцу.

Третий момент — врезывание и прорезывание ягодиц. Сначала прорезывается передняя ягодица. При этом плод подвздошной костью упирается в лобковую дугу таза матери, создавая точку фиксации, вокруг которой происходит сильное боковое сгибание туловища плода (рис. 3, б). В этот момент рождается и задняя ягодица. В тех случаях, когда плод находится в смешанном ягодичном предлежании, ножки рождаются одновременно с ягодицами; при чистом ягодичном предлежании они освобождаются после рождения туловища. Как только родится тазовый конец, туловище выпрямляется и в течение нескольких потуг рождается до пупка, а затем — до нижнего угла лопаток, немного поворачиваясь спинкой кпереди.

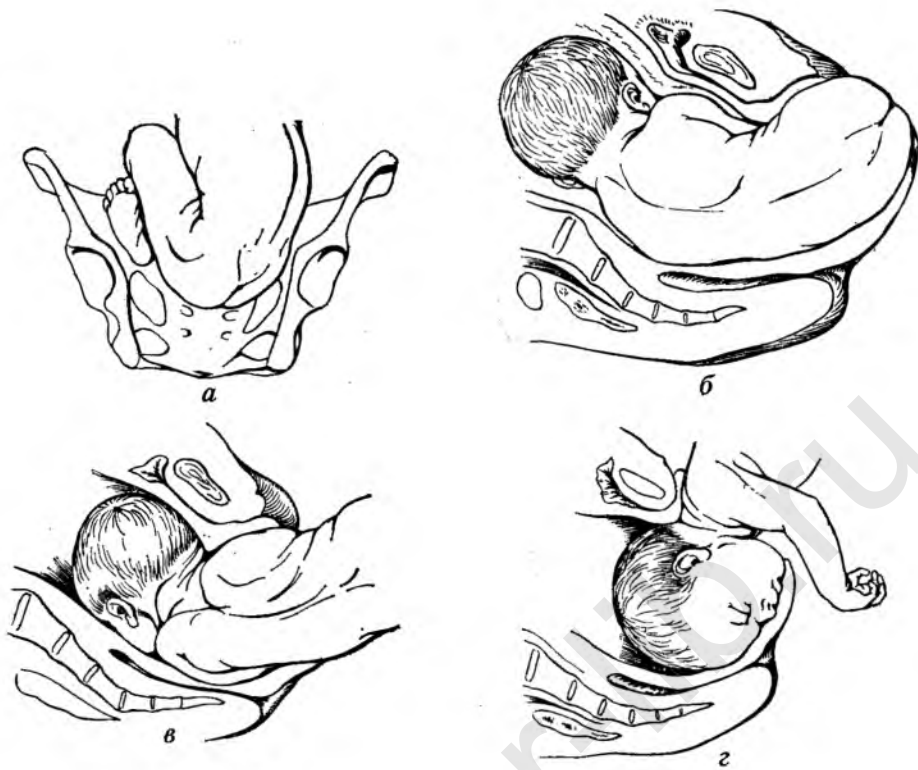


Рис. 3. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях:

а — вставление и продвижение ягодиц в левом косом размере таза; б — боковое сгибание туловища при рождении ягодиц; в — рождение плечевого пояса; г — рождение головки.

Четвертый момент — рождение плечевого пояса. Плечики своим поперечным размером входят в косой размер таза (через который проходили ягодицы), а в выходе таза они переходят в его прямой размер (рис. 3, в). Переднее плечико при этом фиксируется под симфизом (область акромиального отростка), а заднее — выкатывается над промежностью. Ручки выпадают сами или же их освобождают, прибегая к ручному пособию.

Пятый момент — рождение головки. Головка, находясь в согнутом состоянии, вступает в косой размер таза (противоположный тому, через который проходили ягодицы и плечики), в полости таза она постепенно поворачивается затылком кпереди (к лобковому сращению), а личиком кзади. Областью подзатылочной ямки голов-

ка упирается в лобковую дугу (точка фиксации) и начинает прорезываться (рис. 3, г). Сначала появляется подбородок, затем последовательно лицо, лоб, темя и затылок. Таким образом, при тазовых предлежаниях головка прорезывается окружностью, соответствующей ее малому косому размеру. Вследствие того, что головка быстро прорезывается, она не меняет конфигурации, форма ее округлая.

При ножных предлежаниях биомеханизм родов почти такой же. Разница состоит в том, что первыми из половой щели выступают не ягодицы, а одна или обе ножки, причем впереди идет ножка, обращенная к симфизу. Как только ножка родится до колена, ягодицы вступают в таз. В дальнейшем роды не отличаются от родов при ягодичных предлежаниях.

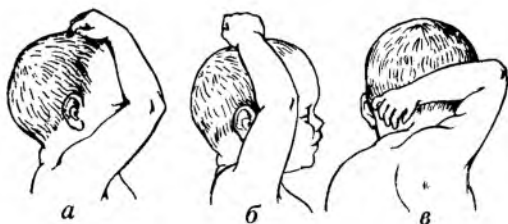


Рис. 4. Разные степени запрокидывания ручек при рождении головки при ягодичном предлежании:

а — первая степень; б — вторая степень; в — третья степень.

Следует помнить, что при тазовых предлежаниях нередко бывают отклонения от типичного биомеханизма родов, и эти отклонения неблагоприятно сказываются прежде всего на состоянии плода. Наиболее часто случается запрокидывание ручек. При этом ручки отходят от грудной клетки, располагаются на личике у височной области головки или за затылком (рис. 4). Объем головки вместе с ручками вследствие этого намного увеличивается, и, если не оказать немедленной помощи, плод неминуемо погибнет от асфиксии. Запрокинутую ручку необходимо заправить за головку.

Как известно, при нормальном биомеханизме родов спинка во время рождения туловища вращается кпереди (передний вид). Однако в некоторых случаях спинка плода поворачивается кзади, вследствие чего возникает задний вид, также являющийся осложнением. Подбородок задерживается над симфизом, и плод, если не будет оказана помощь, погибает от гипоксии.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

При тазовых предлежаниях необходимо направлять женщину в родильный дом за две недели до предполагаемого срока родов.

Во время родов тщательно наблюдают за состоянием роженицы и плода и течением родов, придерживаясь строго выжидательной линии поведения. При возникновении осложнений оказывают своевременную помощь.

В период раскрытия шейки матки принимают меры для предупреждения раннего разрыва плодного пузыря (покой, введение кольпейринтера). В случае слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сократительную деятельность матки. Сразу после отхождения вод производят влагалищное исследование и принимают меры профилактики гипоксии плода и эндометрита.

Особого внимания требует *второй период родов*. Прежде всего необходимо усилить наблюдение за плодом: после каждой потуги выслушивать и считать сердцебиение плода, в обязательном порядке производить профилактику внутриутробной гипоксии его.

Для предупреждения спазма шейки матки роженице вводят подкожно 1 мл 0,1% раствора сульфата атропина или 2 мл но-шпы, а во втором периоде родов применяют пудендальную анестезию.

При тазовых предлежаниях клинически различают *четыре этапа* родов: рождение плода до пупка, от пупка до нижнего угла лопаток, рождение плечевого пояса, рождение головки.

Как только плод родится до пупка, головка входит в таз и прижимает пуповину, сдавливая ее сосуды. И если с момента рождения плода до пупка роды не завершатся в ближайшие 5—8 мин, плод родится в состоянии асфиксии. Если же пуповина будет прижатой дольше 10 мин, плод обычно гибнет. Поэтому, пока плод не родится до нижних углов лопаток, роды ведут только выжидательно и лишь затем приступают к оказанию ручного пособия.

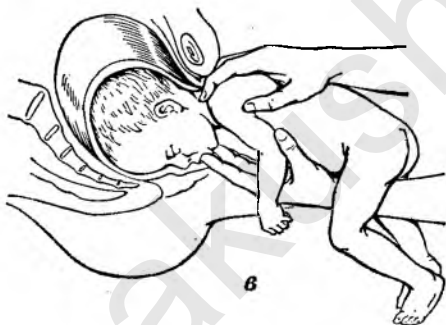
Ручное пособие начинают с освобождения ручек. Как уже сказано, к этому моменту плод должен родиться до нижнего угла лопаток. Первой всегда освобождают заднюю ручку, потому что со стороны крестца ручка доступнее, чем со стороны лобковой дуги. Каждую ручку освобождают одной рукой (правую ручку — правой рукой, левую — левой).



а



б



в

Рис. 5. Ручное пособие в родах при тазовом предлежании:

а — выведение задней ручки; б — поворот туловища плода для освобождения второй ручки; в — выведение головки при тазовом предлежании.

Техника освобождения ручек состоит в следующем. Обе ножки захватывают за голени рукой и отводят их вверх и в сторону противоположного пахового сгиба роженицы (рис. 5, а). При этом задняя ручка может появиться из половой щели самостоятельно или же ее освобождают

указательным и средним пальцами свободной (одноименной) руки. Для этого вытянутые пальцы вводят во влагалище со стороны спинки плода, осторожно скользят ими по лопатке и плечу до локтевого сгиба ручки и верхней трети предплечья и осторожно низводят ручку книзу, не отводя ее от туловища; ручка скользит по личику, совершая как бы «умывательное» движение.

После освобождения задней ручки туловище плода поворачивают на 180°, чтобы вторую ручку можно было освободить также со стороны крестца. Для этого туловище плода по бокам захватывают обеими руками в области грудной клетки вместе с выведенной ручкой. Большие пальцы при этом располагаются вдоль позвоночника, остальные — на передней поверхности грудной клетки. Дальше туловище плода поворачивают так, чтобы спинка прошла под симфизом и повернулась к другому бедру роженицы (рис. 5, б). Совершив поворот, вновь захватывают обе ножки рукой, отводят их вверх и в сторону противоположного пахового сгиба роженицы; затем освобождают вторую ручку так же, как и первую.

После выведения ручек приступают к освобождению головки, которая в это время находится в полости таза, обычно в состоянии сгибания. При освобождении головки следует подражать нормальному биомеханизму рождения последующей головки.

Освобождают головку следующим образом (метод Морисо — Левре). Во влагалище вводят ту руку, которая освобождала вторую ручку плода. При этом плод как бы сидит «верхом» на предплечье руки, его ножки свисают по бокам. Затем конец указательного пальца этой руки вводят в рот плода и этим пальцем способствуют сгибанию головки и ее внутреннему повороту, а извлечение производят другой (наружной) рукой. Указательный и средний пальцы этой руки сгибают и вилкообразно располагают по бокам шеи так, чтобы концы пальцев не надавливали на ключицы и надключичные ямки (рис. 5, в).

Дальше наружной рукой производят влекущие движения плода — т р а к ц и и. Вначале такие движения совершают по направлению книзу. Когда же область подзатылочной ямки плода подойдет под симфиз таза матери, влечение производят кверху. При направлении туловища кпереди и кверху сначала из половой щели появляется рот, затем лицо и уже потом вся волосистая часть головки. Выведение головки облегчается, если помощник надавливает на нее сверху, со стороны брюшной стенки.

РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ЧИСТОМ ЯГОДИЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПО МЕТОДУ Н. А. ЦОВЬЯНОВА

Метод ведения родов при чистом ягодичном предлежании, предложенный Н. А. Цовьяновым, получил самое широкое практическое применение и в значительной мере способствовал снижению мертворождаемости.

В основе метода лежит забота о сохранении нормального членорасположения плода, что предупреждает возникновение осложнений, особенно таких неблагоприятных, как запрокидывание ручек и разгибание головки.

В основе метода лежит забота о сохранении нормального членорасположения плода, что предупреждает возникновение осложнений, особенно таких неблагоприятных, как запрокидывание ручек и разгибание головки. Нормального членорасположения достигают тем, что ножки при рождении плода прижимают к туловищу, не давая им преждевременно родиться. Это также способствует расширению родовых путей, чем создаются благоприятные условия для рождения последующей головки. Поскольку на уровне грудной клетки объем туловища вместе со скрещенными ручками и вытянутыми ножками значительно больше объема головки, то головка обычно рождается без препятствий.

Техника ручного пособия по методу Н. А. Цовьянова. Прорезавшиеся ягодичцы захватывают обеими руками. При этом большие пальцы должны находиться на прижатых к животу ножках, а остальные пальцы — на поверхности крестца (рис. 6, а). Благодаря такому расположению рук устраняется возможность преждевременного выпадения ножек и свисания туло-



Рис. 6. Ручное пособие по Н. А. Цовьянову при чистом ягодичном предлежании:
а — захватывание туловища вместе с ножками;
б — передвижение рук врача к половой щели по мере рождения туловища.

вища вниз, так как рождающееся туловище направляется вверх, по пути, являющемуся продолжением оси родового канала.

По мере того как рождается туловище плода, врач постепенно передвигает руки по направлению к половой щели роженицы, в то же время большими пальцами осторожно прижимая вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы рук перемещая кверху по спинке (рис. 6, б). При этом надо обязательно стремиться к тому, чтобы ножки не выпали раньше, чем родится плечевой пояс.

После прорезывания плечевого пояса ручки обычно выпадают сами. Если же ручки самостоятельно не рождаются, их освобождают довольно простым приемом. Оставляя руки в том же положении, плечевой пояс устанавливают в прямом размере выхода таза,

а туловище плода отклоняют кзади (книзу). Как только передняя ручка выйдет из-под лобковой дуги, туловище поднимают кпереди (кверху), и над промежностью рождается задняя ручка. Затем плод переводится в горизонтальное положение спиной кверху.

Одновременно с рождением задней ручки выпадают ножки (пятки) плода, после чего из половой щели прорезывается подбородок, а затем и рот плода. Если потуги достаточно сильны, головка рождается самостоятельно. При этом туловище следует направлять сначала книзу, а потом кверху. В тех случаях, когда рождение головки задерживается, ее освобождают приемом Морисо — Левре.

РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПО МЕТОДУ Н. А. ЦОВЬЯНОВА

Как известно, осложнения родов и мертворождения при ножных предлежаниях встречаются чаще, чем при ягодичных. Это происходит потому, что рождающиеся ножки не могут расширить родовые пути настолько, чтобы по ним беспрепятственно могли пройти плечевой пояс и головка. Как следствие, нередко возникают такие осложнения, как запрокидывание ручек, разгибание головки и ущемление ее судорожно сократившейся шейкой матки.

Единственным условием предупреждения этих осложнений является полное открытие зева матки к моменту изгнания плечевого пояса. С этой целью Н. А. Цовьянов предложил прием, с помощью которого ножки плода задерживаются во влагалище до полного открытия зева матки.

Выполняют этот прием следующим образом. Вначале путем влагалищного исследования уточняют ножное предлежание. Затем, покрыв стерильной салфеткой наружные половые органы роженицы, прикладывают к вульве ладонь, осторожно препятствуя преждевременному выпадению ножек из влагалища (рис. 7). Это и способствует полному раскрытию маточного зева — ведь плод как бы садится на корточки,



Рис. 7. Ручное пособие по Н. А. Цовьянову при ножных предлежаниях.

вследствие чего он оказывается в смешанном ягодичном предлежании. Продвигаясь по родовому каналу, он оказывает сильное давление на нервы крестцового сплетения, а это в свою очередь усиливает схватки и потуги.

О полном раскрытии зева свидетельствует сильное выпячивание промежности напирющими на нее ягодичами, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги, а также высокое стояние контракционного кольца (на 4—5 см выше симфиза). Под напором опускающихся ягодич половая щель постепенно раскрывается, и ножки плода, несмотря на противодействие руки акушера, показываются из-под краев приложенной к влагалищу ладони.

Как только появляются признаки, свидетельствующие о полном раскрытии зева, продвижению ножек не препятствуют и роды ведут по общим правилам, которыми руководствуются при тазовых предлежаниях.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

В отдельных случаях в родах возникает ситуация, требующая срочного родоразрешения (показания для этого могут быть как со стороны матери, так и со стороны плода). Во всех подобных обстоятельствах прибегают к операциям извлечения плода за ножку, за обе ножки или за паховый сгиб.

Чтобы плод мог быть извлечен, необходимо полное открытие маточного зева, плодный пузырь должен быть разорван. Важно также знать соотношения размеров родового канала и плода (истинная конъюгата не меньше 8 см).

Для выполнения операции извлечения плода за тазовый конец роженица должна быть в положении на спине и обязательно на операционном столе.

Извлечение плода за тазовый конец может быть произведено и без наркоза, однако последний совершенно необходим у первородящих или при особо возбужденном состоянии роженицы.

Следует также помнить, что ни одна из акушерских операций не способствуёт в такой мере гипоксии плода, как извлечение плода за тазовый конец. В связи с этим показано (если операция выполняется без наркоза) перед операцией ввести роженице вещества, способствующие расслаблению мышц промежности (атропин, но-шпа, новокаин с лидазой и т. д.) или же применить эпизио- или перинеотомию.

Для операции извлечения плода за тазовый конец инструменты не требуются (ягодичный крючок Смелли применяется только в случаях интранатальной гибели плода). В течение всего времени извлечения нижнего конца туловища (до пупка) следует действовать спокойно и последовательно. Тракции следует производить главным образом во время схваток.

Извлечение плода за ножку применяют при неполном ножном предлежании. Для этого ножку (обычно переднюю) захватывают всей рукой («держание за голень»), причем большой палец должен располагаться по длине голени (по Феноменову), а остальные пальцы — охватывать ее спереди. Затем проводят тракции вниз (рис. 8). По мере рождения ножку захватывают как можно ближе к половой щели (можно извлекать и обеими руками). Из-под симфиза появляется область переднего пахового сгиба и крыло подвздошной кости. Эта область и фиксируется под симфизом для того, чтобы могла прорезаться задняя ягодица. Захваченное обеими руками переднее

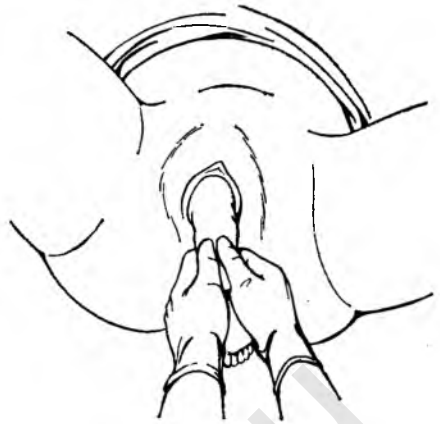


Рис. 8. Захват ножки при операции извлечения плода за ножку.

бедро сильно поднимают кверху, и как только задняя ягодица родится над промежностью, задняя ножка выпадает сама.

После рождения ягодиц руками обхватывают плод таким образом, чтобы большие пальцы были на крестце, а остальные — обхватывали паховые складки и бедра. После этого тракции проводят на себя, и туловище рождается в косом размере, спинкой вперед, к симфизу.

Ни в коем случае нельзя перехватывать туловище, захватывая за живот: это грозит повреждением органов брюшной полости (печени и др.).

Тракциями на себя извлекают туловище до области нижнего угла передней лопатки. Как только из-под симфиза покажется нижний угол передней лопатки, приступают к освобождению ручек. Сначала извлекают заднюю ручку, затем, повернув плод на 180°, таким же способом — вторую ручку. После этого выводят головку приемом Файт — Смелли или Морисо — Левре.

При извлечении плода за ножку крайне нежелательно рождение плода в заднем виде.

Извлечение плода за обе ножки. Если плод находится в полном ножном предлежании, извлечение начинают с обеих ножек. Для этого каждую ножку захватывают одноименной рукой так, чтобы большие пальцы лежали вдоль

НАРУЖНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПО Б. А. АРХАНГЕЛЬСКОМУ

икроножной мышцы плода, а остальные обхватывали голень спереди. По мере извлечения обе руки акушера должны постепенно скользить по ножкам вверх, находясь все время вблизи вульвы. Дальнейшее прорезывание ягодиц происходит так же, как и при неполном тазовом предлежании. Техника извлечения туловища, ручек и головки та же, что и при извлечении плода за одну ножку.

Извлечение плода за паховый сгиб. Необходимыми условиями применения этого метода являются полное раскрытие маточного зева и нахождение ягодиц на тазовом дне.

Эта операция технически трудна и заключается в следующем. Указательный палец одноименной руки вводят в соответствующий паховый сгиб плода, а большой палец располагают на крестце (рис. 9). Но так как делать тракцию одной рукой очень трудно, то второй рукой захватывают луче-запястный сустав первой руки. При этом помощник надавливает на дно матки.

Захватив тазовый конец плода, переднюю ягодицу стараются вывести под нижний край симфиза (область подвздошной кости) до образования точки фиксации. После этого тракциями вверх высвобождают заднюю ягодицу.

После рождения ягодиц операция идет так же, как при извлечении плода за ножки.



Рис. 9. Операция извлечения плода за паховый сгиб.

Учитывая частые осложнения родов при тазовых предлежаниях, некоторые акушеры исправляют тазовые предлежания на головные по методу Б. А. Архангельского.

Наружный профилактический поворот может производить только опытный акушер в условиях стационара.

Для производства такой операции необходимы следующие условия: беременность 34—36 недель и живой, подвижный плод; слабое напряжение брюшной стенки и стенок матки; точное знание предлежания, позиции и вида плода; согласие беременной. Противопоказаниями являются: в прошлом самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды, подозрение на предлежание плаценты, многоплодие, многоводие или маловодие, узкий таз (диагональная конъюгата меньше 11 см), токсикозы второй половины беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы и почек, пороки развития матки, опухоли матки (фиброма) и придатков матки.

Перед операцией обязательно очистить кишечник и опорожнить мочевой пузырь. При выполнении профилактического поворота следует соблюдать большую осторожность, не применять наркотических средств и насилия.

Следует также придерживаться таких общих правил наружного профилактического поворота: ягодицы смещать в сторону спинки, спинку — в сторону головки, головку — в сторону брюшной стенки плода, добиваясь, чтобы в конечном итоге образовался передний вид головного предлежания. Различают четыре этапа поворота.

Первый этап — всей рукой охватывают ягодицы и отводят их от входа в таз, чего достигают сведением пальцев рук между симфизом и ягодицами.

Второй этап — смещение ягодиц в сторону. Поднятые над входом в таз подвижные ягодицы осторожно отодвигают в направлении спинки плода

Третий этап — смещение головки. Когда ягоды оказываются смещенными в сторону от входа в таз, смещают и головку. Для этого при первой позиции ее охватывают левой рукой со стороны подзатылочной области и смещают в правую сторону беременной, в то время как правая рука, удерживая ягоды в левой паховой области, поднимает их по левому ребру матки кверху. Так плод оказывается переведенным в поперечное положение.

Четвертый этап состоит в том, что головку выводят из подреберья, и плод поворачивается из поперечного положения в продольное головное. Направляющими давлениями правой руки в сторону ягод, спинки и головки, смещая головку левой рукой ко входу в таз, плод устанавливают в головном предлежании, после чего на живот беременной накладывают бандаж.

В настоящее время все более широкое применение находят *методы корригирующей гимнастики*, при помощи которой в большей части случаев до 34—35-недельного срока беременности удается перевести плод из ягодичного предлежания в головное.

Основные элементы корригирующей гимнастики по *И. И. Грищенко* и *А. Е. Шулешовой* следующие: 1) наклон туловища беременной в сторону спинки плода; 2) сгибание нижних конечностей в коленном и тазобедренном суставах с одновременным сгибанием туловища в сторону позиции плода; 3) выгибание спины с упором на перекладине шведской стенки; 4) выгибание спины в коленно-локтевом положении; 5) сгибание ног лежа на спине, приведение коленей к животу, полуоборот таза с согнутыми ногами в сторону позиции плода.

Основные элементы корригирующей гимнастики по *И. Ф. Дикань*: лежа на кушетке поворачиваться то на один, то на другой бок 3—4 раза подряд и лежать на каждом из них по 10 мин. Комплекс упражнений следует повторять 3—4 раза в день в течение 7—10 дней. После поворота плода его фиксируют бандажом.

Б. Г. Кайо рекомендует поднятие ноги соответственно позиции плода и отведение вытянутой ноги назад, сочетая эти движения с глубоким брюшным дыханием.

МНОГОПЛОДИЕ

Многоплодной называется беременность двумя или большим количеством плодов. При беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя плодами — о тройне и т. д.

Многоплодная беременность у человека, в отличие от млекопитающих, у которых она является обычной, встречается сравнительно редко — двойня в среднем один раз на 70—80 родов.

Геллин предложил простую и легко запоминающуюся, хотя и недостаточно точную, формулу частоты многоплодной беременности. Согласно этой формуле, роды двойней встречаются один раз на 80 родов, тройней — один раз на $80^2=6400$ родов, четверней — один раз на $80^3=51200$ родов и т. д.

На основании имеющихся данных есть основание считать, что известную роль в предрасположении к многоплодной беременности играет наследственность. Известны семьи, в которых из поколения в поколение наблюдаются роды двойней и даже тройней.

Многоплодная беременность встречается тем чаще, чем старше роженица и чем больше было у нее беременностей. Причины многоплодной беременности разнообразны, и они до сих пор недостаточно изучены.

Возможность оплодотворения двух или большего количества яйцевых клеток создается по нескольким причинам. В одном яичнике могут одновременно созревать два или больше фолликулов, вследствие чего выделяется не одна, а две и больше яйцевых клеток. В каждом зрелом фолликуле также могут находиться две и даже три яйцевые клетки. Кроме того, овуляция может происходить одновременно в обоих яичниках.

В результате оплодотворения двух яйцевых клеток развивается двуяйцевая двойня. Двойни могут развиваться

и из одной яйцевой клетки, содержащей два зачатка, в результате атипического процесса дробления яйца. Если разделение яйца надвое происходит полностью, образуются два одинаковых близнеца. Такие двойни называются однояйцевыми, и они встречаются значительно реже, чем двуяйцевые.

Двухъяйцевая двойня. При внедрении в отпадающую оболочку матки каждая из оплодотворенных яйцеклеток образует свою водную и ворсинчатую оболочку, из которых в дальнейшем развивается для каждого плода своя плацента. Обе плаценты нередко остаются раздельными. При этом каждый плод лежит в своей собственной амниотической полости (рис. 10). При двухъяйцевой двойне близнецы могут быть однополюми и разнополюми. Группа крови близнецов может быть как одинаковой, так и различной.

Однояйцевая двойня. Если при полном разделении оплодотворенной яйцеклетки оба зачатка расположены в матке на известном расстоянии друг от друга, то развивающиеся из них зародыши образуют каждый для себя отдельный амнион и остаются обособленными (б и амниотическая двойня). Если оба амниональных мешка заключены в один общий для обоих близнецов хорион, а перегородка между ними состоит из двух оболочек — двух амнионов, то такие двойни называются монохориальными. Плацента у них общая. Если же оба

зачатка лежат рядом, это приводит к образованию одной общей для обоих зачатков амниотической полости (моноамниотическая двойня).

Однояйцевые близнецы всегда однополюе, они похожи друг на друга; группа крови у них всегда одинакова.

Разница в массе между двуяйцевыми близнецами при двойнях обычно невелика и колеблется в пределах 200—300 г. В некоторых случаях вследствие различий условий внутриутробного питания эта разница может быть и весьма значительной — до 1 кг и даже больше.

Течение многоплодной беременности в большей степени по сравнению с одноплодной чревато осложнениями.

Одним из наиболее частых осложнений являются преждевременные роды, наблюдающиеся при многоплодной беременности почти в половине случаев. Беременность обычно продолжается тем меньше, чем больше вынашивается плодов. Близнецы, особенно при тройнях и четвернях, рождаются незрелыми, с пониженной жизнеспособностью. При двойнях дети рождаются достаточно хорошо развитыми. Близнецы, прожившие 2—3 недели, в дальнейшем развиваются так же, как и дети, родившиеся при одноплодной беременности. При многоплодной беременности сравнительно часто наблюдаются токсикозы беременности, многоводие.

РАСПОЗНАВАНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Распознавание многоплодной беременности особенно в ранних сроках довольно трудно. В первые месяцы беременности обращает на себя внимание несоответствие размеров матки сроку беременности: при двойнях, а тем более при тройнях и т. д., рост матки как бы опережает срок беременности. Начиная с VI месяца беременности диагностика многоплодной беременности несколько облегчается. Однако бывают случаи, когда диагноз многоплодия ставится лишь после рождения первого близнеца.

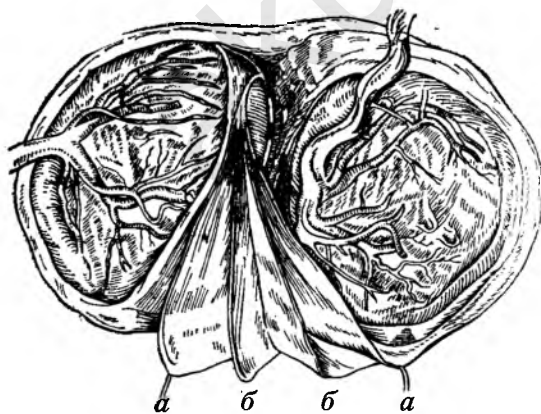


Рис. 10. Послед при двухъяйцевой двойне:
а — амнион; б — хорион.

Известное значение имеет определение окружности живота. Если у не очень полных женщин она на уровне пупка в конце беременности превышает 110 см, уже есть основания заподозрить многоплодие. В таких случаях многоплодную беременность приходится дифференцировать от беременности одним крупным плодом и многоводия.

Установлению диагноза может помочь указание беременной на то, что ее беспокоят частые движения плода. Диагноз становится достоверным, если при наружном исследовании удается определить много мелких частей или же три или больше крупных частей плода и отчетливо — две головки или две спинки.

Используются и данные аускультации. Нахождение в различных отделах матки двух фокусов отчетливого выслушивания сердечных тонов плода, особенно если между этими фокусами имеется так называемая «зона молчания» (область, где сердечные тоны плода не слышны), говорит в пользу беременности двойней. О двойне говорит и различная частота сердечных тонов плода, выслушиваемых в различных отделах матки.

Верным диагностическим средством является рентгенография матки беременной в последние недели беременности, когда четко видно количество плодов и положение их в матке. Однако для распознавания многоплодной беременности в сроки до 20 недель рентгенографию не применяют ввиду вредного влияния рентгеновских лучей на зародыш и недостаточной четкости контуров его скелета. В последнее время с этой целью используют ультразвуковую эхоотографию.

В большинстве случаев (88%) оба близнеца находятся в продольном положении и занимают одну правую, другой левую половину матки. Чаще всего (45%) оба плода предлежат головкой. Далее по частоте следуют такие комбинации предлежания: один плод в головном предлежании, другой — в тазовом (43%); оба плода в тазовом предлежании (6%); один плод в продольном, другой — в по-

перечном положении (5,5%); оба плода в поперечном положении (0,5%). Точное распознавание положений плодов при многоплодной беременности весьма трудно.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Роды при многоплодии, в частности при двойне, нередко с самого начала имеют осложненное течение. В *периоде раскрытия* шейки матки сказывается функциональная недостаточность перерастянутой мускулатуры матки, выявляется слабость родовых сил, вследствие чего период раскрытия затягивается, возникают условия, способствующие развитию эндометрита. Осложняет роды и несвоевременный разрыв плодного пузыря.

Период изгнания также нередко затягивается. Происходит это потому, что после вскрытия плодного пузыря первого близнеца в нижнем отделе полости матки находятся одновременно две крупные части, принадлежащие различным плодам. Для продвижения этих частей требуется длительная работа матки; одна из них должна встать во вход, а другая — отойти вверх. Кроме того, процесс изгнания двух плодов требует больше времени, чем изгнание одного.

Довольно частым осложнением этого периода является и запоздалый разрыв плодного пузыря второго плода, вследствие чего период изгнания затягивается.

Затянувшийся период изгнания представляет серьезную опасность для матери (инфекция) и плода (гипоксия). Поэтому в таких случаях приступают к устранению осложнений родов и профилактике гипоксии плода.

Одним из серьезных осложнений периода изгнания является отслойка или даже выпадение (рождение) плаценты до того, как успел родиться второй плод. При этом может отслоиться и выпасть плацента, принадлежащая не только первому плоду, но и второму. Это обычно зависит от быстрого уменьшения объема матки и понижения внутриматочного давления после

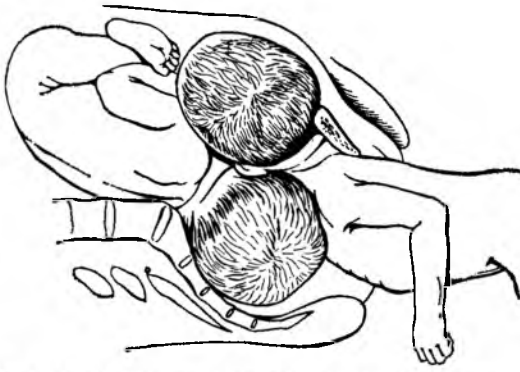


Рис. 11. Сцепление головками двух близнецов.

рождения первого близнеца. Возникающее при этом кровотечение из матки весьма опасно.

Очень редким, но крайне тяжелым осложнением периода изгнания при многоплодной беременности является *коллизия близнецов*. Под этим термином подразумевается сцепление двух крупных частей тела, принадлежащих различным плодам, над входом в таз. Бывают различные комбинации такого сцепления. Чаще всего сцепляется последующая головка первого близнеца с предлежащей головкой второго близнеца (рис. 11). Это происходит в тех случаях, когда первый близнец рождается в тазовом предлежании, а второй — в головном.

После рождения первого близнеца второй может занять поперечное положение даже в том случае, если к началу родов он находился в продольном. Это также может вызвать различные осложнения, связанные с таким положением плода.

В *последовом периоде* часто наблюдается недостаточная сократительная способность перерастянутой матки. В связи с этим может возникнуть опасное кровотечение из-за неполной отслойки плаценты.

Кровотечение нередко бывает и в первые часы *послеродового периода* вследствие атонического состояния матки. В перерастянутой матке процессы обратного развития затягиваются. В послеродовом периоде замедляется сокращение матки, более продолжительными становятся кровянистые выде-

ления из нее, чаще возникают послеродовые инфекционные заболевания.

Если возникает необходимость в срочном окончании родов, прибегают к *оперативным вмешательствам*: при головном предлежании применяют наложение шипцов, при тазовом — извлечение за ягодицы или ножки, при поперечном и косом положении — классический поворот плода на ножку и его извлечение. В случае оперативного удаления первого плода второй плод извлекают также оперативно, но не ранее чем через 10—15 мин после первого, если нет показаний к немедленному окончанию родов.

В большинстве случаев первый и второй плоды при двойнях рождаются самопроизвольно.

После рождения первого близнеца пуповину тщательно перевязывают не только в области плодового конца, но и материнского. Если этого не сделать, а двойня окажется однойщевой, то второй плод может быстро погибнуть от кровотечения через пуповину первого.

Если после рождения первого плода общее состояние роженицы хорошее, плод находится в продольном положении и нет признаков гипоксии, отпадает необходимость в немедленном вскрытии плодного пузыря второго близнеца или в его извлечении.

Если в течение 30 мин второй близнец не рождается, вскрывают плодный пузырь и, удостоверившись, что головка или ягодицы вставились в таз, предоставляют роды естественному течению. При таком ведении периода изгнания второй близнец рождается обычно не позднее чем через час. Если же второй близнец оказывается в поперечном или косом положении, то через 20—30 мин после рождения первого плода вскрывают плодный пузырь второго плода, поворачивают его на ножку и производят извлечение плода.

При появлении признаков преждевременной отслойки плаценты, о чем свидетельствуют кровотечение из матки и нарастающие явления гипоксии плода, необходимо безотлагательное вмешательство — поворот плода на ножку и его извлечение.

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

ПАТОГЕНЕЗ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Механизм развития токсикоза беременных изучен еще недостаточно. Схематически его можно представить в следующем виде.

Внедрение в матку элементов плодного яйца (ворсинок), вступление в строй новых эндокринных органов (желтое тело и плацента) и ряд других факторов вносят существенные изменения в организм женщины, который перестраивается применительно к новым условиям, связанным с беременностью.

Это новое состояние организма женщины является физиологическим. Тем не менее при известных неблагоприятных условиях могут развиваться патологические состояния — токсикозы беременных.

Возникает у беременной токсикоз или нет — зависит от ряда условий: общее состояние организма, состояние нервной системы, эндокринного аппарата и прочих органов и систем, обуславливающих реактивность организма. Большую роль играет и внешняя среда — условия труда, быта и др.

При токсикозах беременных функциональные сдвиги в центральной нервной системе становятся патологическими, нарушаются нормальные взаимоотношения между корой и подкоркой, что приводит к недостаточности центральной регуляции вегетативных функций.

По мере развития заболевания возникают вторичные поражения других органов и систем, особенно печени, почек, эндокринной системы.

В настоящее время известно более 30 теорий патогенеза этого осложнения беременности. Основные из них следующие:

1. Теория нарушения общего синдрома адаптации в результате изменений в организме женщины, связанных с беременностью.

2. Аллергическая теория, связывающая возникновение токсикозов беременных с поступлением в организм матери аллергенов в виде белковых субстанций плаценты.

3. Почечная теория, придающая основное значение в патогенезе поздних токсикозов беременных ишемии почек, возникающей вследствие сдавления беременной маткой сосудов почек и выделению в результате этого ренина-гипертензина.

4. Гормональная теория, объясняющая это осложнение беременности гиперфункцией коры надпочечников и гормональной недостаточностью плаценты.

5. Плацентарная теория, согласно которой причинами токсикозов беременных могут быть: а) преждевременное старение (дистрофия) ворсинок хориона, а отсюда — недостаточность функции плаценты; б) нарушение маточно-плацентарного кровообращения и образование недоокисленных промежуточных продуктов обмена веществ; в) спазмы сосудов плаценты, приводящие к ишемии и некробиозу ее тканей;

г) выраженные дистрофические изменения в плаценте.

6. Гемодинамическая теория, связывающая появление токсикоза с недостаточным оттоком крови по маточным венам, в результате чего усиливается отток крови через сосуды яичника, имеющие связь с сосудами почек, что приводит к нарушению гемодинамики в почечных сосудах и к последующей ишемии почек.

7. Неврогенная теория, рассматривающая токсикоз как нейротоксикоз.

8. Теория гематологического конфликта между матерью и плодом по системам Rh или АВ0.

9. Теория, объясняющая токсикоз попаданием в ток крови матери околоплодных вод.

Не отрицая значимости некоторых изложенных выше факторов в патогенезе токсикозов беременных, нужно признать, что ни одна из теорий не отвечает на вопрос: почему данная патология возникает в основном у первородящих и физически здоровых женщин, почему при последующих беременностях вероятность развития токсикоза резко снижается, за исключением женщин, у которых ко времени последующей беременности сохранились органические изменения в жизненно важных органах и системах организма (заболевания почек, печени, сердечно-сосудистой системы и др.).

Н. С. Бакшеев предложил следующую схему развития позднего токсикоза беременных. Организм женщины отвечает на наступление беременности комплексом специфических реакций, закрепившихся в процессе филогенеза. Они проявляются в изменении направленности морфологических и функциональных реакций целостного организма. На различных стадиях развития беременности включение тех или иных безусловнорефлекторных реакций происходит, по-видимому, на диэнцефальном уровне. В эксперименте частичная или даже полная декортикация животных не изменяет реакции организма на беременность. Однако кора головного мозга может оказывать влияние на регуляторную функцию нижележащих

центров безусловных рефлексов, начинающих функционировать при наступлении беременности.

Чем выше подвижность этих безусловнорефлекторных реакций организма, тем более благоприятно будут развиваться процессы в функциональных системах беременной и плода. Если проявляется инертность рефлекторных механизмов на физиологические раздражители, исходящие от плода, в той или иной функциональной системе (или в ряде систем) может возникнуть конфликтная ситуация, при которой реакция системы неадекватна специфическому раздражителю. Кора головного мозга включает механизмы компенсации, усиливая или тормозя функцию отдельных систем. Если компенсация недостаточна, возникает нарушение функции одной или ряда систем организма, развивается токсикоз.

Инертность рефлекторных систем может быть обусловлена особенностями индивидуального развития женщины как в анте-, так и в постнатальном периоде. Нельзя также отрицать возможного влияния внешней среды. Если беременность донашивается, безусловные рефлексы на беременность у женщины, перенесших поздний токсикоз, достигают нормального физиологического уровня, и при последующей беременности возможность появления данного патологического состояния исключается. Токсикоз при повторных беременностях обычно возникает на основе органических поражений систем организма как на уровне высших отделов центральной нервной системы, так и на уровне эффекторных органов.

Токсикозы беременных делятся на две группы: ранние и поздние.

РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Из ранних токсикозов беременных чаще всего встречаются рвота беременных и слюнотечение.

Различают рвоту беременных и чрезмерную, неукротимую, рвоту беременных.

Рвота беременных. Основным клиническим симптомом этого токсикоза

является рвота, которая может быть частой, но при которой часть принятой пищи все же удерживается. Аппетит может быть сохранен, иногда ослаблен, выраженного отвращения к пище не наблюдается. Тошнота обычно является сопутствующим симптомом. Отмечается некоторая слабость, потеря в массе, запоры, однако общее состояние беременной страдает мало. Пульс несколько учащен, до 90 ударов в минуту. Температура остается нормальной. В крови отклонений от нормы не обнаруживается. Моча без патологических изменений. У некоторых женщин можно отметить тенденцию к гипотонии.

В большинстве случаев (80—90%) такая рвота легко поддается лечению или прекращается даже без лечения. Появляется аппетит, улучшается самочувствие, нормализуется пульс, быстро восстанавливается масса тела.

Распознавание рвоты беременных обычно не трудно. Однако следует помнить, что рвота является сопутствующим симптомом многих других заболеваний, например пищевой интоксикации, заболеваний пищеварительного аппарата, головного мозга и др.

Чрезмерная, или неукротимая, рвота беременных. Эта форма токсикоза обычно возникает в результате постепенного развития и нарастания симптомов рвоты беременных. В редких случаях переход рвоты беременных во второй этап ее развития — чрезмерную рвоту — совершается быстро.

Признаки чрезмерной рвоты беременных всегда выражены отчетливо. Рвота бывает частой (до 20 и более раз в сутки), причем принимаемая пища не удерживается. Пульс учащен до 120 и более ударов в минуту. Температура субфебрильная (37,1—37,9°), а при прогрессировании заболевания и более высокая. Больная много теряет в массе, подкожножировой слой исчезает, кожа становится сухой и дряблой, глаза впалые. В отдельных случаях наблюдается желтушная окраска кожи, довольно часто — гипотония. Больные жалуются на слабость, отвращение к пище, плохой сон. Отмечается повышение кожных и сухожильных ре-

флексов, в тяжелых случаях — возбуждение, сменяемое апатией и общей адинамией. В очень тяжелых случаях могут быть нарушения сознания с бредом, что является весьма плохим прогностическим признаком.

Моча, как правило, содержит ацетон, а при нарастании симптомов в ней появляются кетоновые тела. Отмечается олигурия, моча становится концентрированной, в тяжелых случаях содержит белок и цилиндры, что свидетельствует о вторичном поражении почек.

В крови довольно часто повышается содержание билирубина.

В большинстве случаев чрезмерная рвота, как и рвота беременных, поддается лечению без прерывания беременности. Однако иногда после ремиссии бывают рецидивы.

Наблюдавшиеся ранее случаи смерти от тяжелой рвоты в настоящее время являются исключительной редкостью.

В отдельных случаях возникают жизненные показания для прерывания беременности, которые, как правило, приводят к быстрому прекращению рвоты и полному излечению. Однако искусственный аборт может оказаться безрезультатным, если при этом удалено не все плодное яйцо и хотя бы небольшая часть его ворсинок продолжает оставаться связанной с маткой. Безрезультатным (запоздалым) может оказаться прерывание беременности и в случаях, когда под влиянием тяжелого токсикоза в важнейших органах больной успели развиться необратимые явления. Признаками этого могут быть тяжелое общее состояние больной, желтушная окраска кожи, повышение температуры тела выше 38°, стойкое учащение пульса свыше 120 ударов в минуту, снижение артериального давления, большое количество в моче белка, цилиндров, ацетона, глубокие расстройства сознания и др.

Учитывая все это, врач обязан подходить к решению вопроса о прерывании беременности с большой осторожностью, чтобы, с одной стороны, не прийти к недостаточно обоснованному

решению произвести аборт, когда в этом нет необходимости, а с другой стороны — своевременно прервать беременность, если консервативное лечение не дает результатов, а состояние больной прогрессивно ухудшается. Поэтому каждая беременная женщина с чрезмерной рвотой подлежит тщательному наблюдению и лечению в стационаре.

Лечение больных с рвотой беременных. При лечении больных с рвотой беременных исходят из положения, что в патогенезе этого заболевания решающее значение имеет нарушение регуляторной функции центральной нервной системы.

Одним из главнейших условий успешного лечения больных с рвотой беременных является хорошо организованный *лечебно-охранительный режим*. Больная должна быть помещена в палату беременных родильного дома или родильного отделения общей больницы. Нередко больные выздоравливают сразу после госпитализации, даже без какого-либо специального лечения. При этом следует избегать помещения в одну палату двух больных с рвотой беременных. По возможности необходимо устранить все факторы, могущие быть причиной возникновения этого токсикоза.

Медикаментозные средства только в легких случаях можно давать *per os*. В тяжелых случаях их следует применять с помощью клизм и инъекций или внутривенных вливаний.

Лечение больных с рвотой беременных должно быть комплексным. В него входят следующие мероприятия: а) воздействие на центральную нервную систему, б) борьба с голоданием и обезвоживанием организма, в) создание благоприятных условий для развития и жизнедеятельности плода, г) лечение сопутствующих заболеваний, д) общеукрепляющее лечение.

Одним из самых эффективных методов лечения при рвоте беременных длительное время считался метод Н. В. Кобозевой — применение брома и кофеина. Однако в настоящее время он уступил место применению амина-

зина, пропазина, дипразина, транквилизаторов (мепротан, триоксазин), гормонов коры надпочечников, веществ эстрогеноподобного действия (сигетина, спленина).

Аминазин, обладая выраженным противорвотным действием, оказался высокоэффективным средством лечения рвоты беременных. Его вводят внутримышечно 2 раза в день по 1 мл 2,5% раствора. При чрезмерной рвоте Л. С. Персианинов успешно применял аминазин внутривенно капельным способом — 1—2 мл 2,5% раствора аминазина с 500 мл 5% раствора глюкозы ежедневно на протяжении в среднем 7—8 дней. После каждого внутримышечного и тем более внутривенного введения аминазина, во избежание ортостатического коллапса, больная обязательно (!) должна лежать на спине в течение трех часов.

Транквилизаторы — мепротан (андаксин) или триоксазин — назначают *per os* из расчета 10—15 мг на 1 кг массы больной ежедневно в течение 10—12 дней (в среднем по 600—800 мг в сутки).

Спленин вводят подкожно или внутримышечно по 2 мл 2 раза в день на протяжении 10—12 дней.

Из гормонов коры надпочечников применяют дезоксикортикостерона ацетат (ДОКСА) внутримышечно по 0,005 г в сутки через день на протяжении 10—12 дней.

Некоторые авторы успешно применяют кортикотропин (АКТГ) по 40 ЕД в сутки через день на протяжении 10 дней. Это вызвано тем, что возникающие при токсикозе нарушения обмена веществ с образованием промежуточных недоокисленных продуктов обмена (молочной и пировиноградной кислот) токсически действуют на плод и могут привести к его гибели. Поэтому матери необходимо ежедневно вводить 60 мл 40% раствора глюкозы с 5 ЕД инсулина, 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 1 мл 5% раствора тиамин бромид и 1 мл 5% раствора пиридоксина гидрохлорида.

Рекомендуется также введение щелочных растворов (гидрокарбонат на-

трия — 30 мл 7% раствора) и хлорида кальция (10 мл 10% раствора).

Ежедневное внутривенное введение 2 мл 2% раствора сигетина на протяжении 7—8 дней (а также гутимина или этимизола — антигипоксантов) оказывает благоприятное воздействие на плод при угрожающей гипоксии.

Для борьбы с гипопротеинемией и обезвоживанием организма делают через день внутривенное вливание плазмы, а также инъекции альбумина (100 мл 10% раствора) и протеина (100 мл 10% раствора) и других белковых препаратов. Назначают также эквilibрированный раствор Рингер — Локка до 1000 мл (под контролем содержания электролитов в крови), а также подкожно и внутривенно 5% раствор глюкозы (500 мл) и физиологический раствор хлорида натрия (500 мл). За сутки беременная должна получить не менее 2—2,5 л жидкости. В отдельных случаях можно прибегнуть к переливанию дробными дозами (по 80—100 мл) одноклассной крови каждые 2—3 дня. Пищу больная должна получать часто (каждые 2 ч) и небольшими порциями, она должна быть разнообразной, легкоусвояемой и богатой витаминами. Лучше всего, если сами больные выбирают себе диету. Все блюда дают в холодном или слегка подогретом виде. Если организм больной совершенно не удерживает пищу, следует назначать 2—3 раза в день питательные клизмы (молоко, яичный желток, глюкоза, бульон, гидролизин).

Кроме перечисленных средств, для лечения рвоты беременных можно рекомендовать диатермию солнечного сплетения, внутривенное введение 15—20 мл 0,5% раствора новокаина ежедневно, психотерапию. Неплохой лечебный эффект оказывает дедалон — по 1—2 таблетки 3—4 раза в день.

Вопрос о применении того или иного средства лечения в каждом случае решают индивидуально.

Из барбитуратов можно рекомендовать барбитал-натрий или барбамил. Барбитал-натрий дают по 0,5 г, барбамил — по 0,2 г (в сочетании с бромидом).

Из бромидов применяют бромид натрия — 10—20 мл 10% раствора внутривенно. Эти вливания рекомендуются сочетать с подкожными инъекциями 1 мл 10% раствора кофеин-бензоата натрия (2 раза в день).

В ряде случаев хорошего эффекта достигают сочетанием названных средств с гормональной терапией — назначением инъекций прогестерона по 10 мг 1 раз в день в течение 6—7 дней.

Слюнотечение (птиализм). Этот токсикоз, как правило, сопровождается рвоту беременных. Однако в отдельных случаях он проявляется как самостоятельное осложнение. При этом суточное выделение слюны может достигать 1 л и более. Такое обильное слюнотечение приводит к обезвоживанию организма беременной и значительной потере белков, углеводов, витаминов и солей. Слюнотечение вызывает мацерацию слизистой губ и кожи вокруг рта, может приводить к нервно-психическим расстройствам. Лечение в общем такое же, как и при рвоте беременных. Если принятая пища начинает усваиваться, следует ограничить введение в организм жидкостей и питательных веществ, осуществляемое с помощью клизм и инъекций. Кроме того, в ряде случаев оказывается целесообразным применить физические методы лечения (например, гальванизацию или диатермию области шейных симпатических узлов), а также переливание одноклассной донорской крови — 1—2 раза в неделю по 100—150 мл. Иногда полезно введение сульфата атропина (1 мл 0,1% раствора два раза в день). Рекомендуется полоскание рта настоями ромашки, шалфея.

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Различают следующие клинические формы поздних токсикозов: водянка беременных, нефропатия, преэклампсия и эклампсия.

Все эти четыре формы токсикозов объединены общностью этиологии и патогенеза и в случае прогрессирования патологического процесса в таком порядке следуют друг за другом.

Поздние токсикозы в подавляющем большинстве случаев появляются в последние месяцы беременности, причем чаще всего у первобеременных. После родов токсикозы обычно исчезают.

Водянка беременных. Основными симптомами при водянке беременных являются: отеки, олигурия и быстрое нарастание массы беременных.

Отеки могут быть выражены в различной степени, начиная от небольшой отечности нижних конечностей и кончая отеками, распространяющимися на лицо, живот, спину, наружные половые органы, верхние конечности.

Чаще всего отеки развиваются постепенно, однако бывает и случаи, когда они достигают больших размеров в течение очень короткого времени. Быстрое увеличение массы беременной без значительных видимых отеков указывает на скрытые отеки.

Общее состояние больных при водянке беременных обычно не нарушается и только при больших отеках женщины жалуются на чувство тяжести, одышку, усталость. При резко выраженных отеках наблюдается олигурия, которая нередко чередуется с полиурией. В моче никаких патологических элементов не отмечается. Артериальное давление остается в пределах нормы. При исследовании глазного дна иногда можно отметить расширение капилляров.

Распознавание водянки беременных обычно не представляет трудностей. Однако часто оказывается необходимым отличить водянку беременных от водянки при заболеваниях почек и сердца. При водянке беременных никогда не скопляется жидкость в брюшной полости (асцит), плевре и перикарде. Основным дифференциально-диагностическим отличием водянки беременных от нефропатии является отсутствие при водянке беременных протеинурии и гипертонии.

Под влиянием терапевтических мероприятий водянка беременных обычно исчезает и лишь в отдельных случаях переходит в следующую стадию заболевания — нефропатию.

Нефропатия обычно проявляется в поздние сроки беременности и чем ближе к сроку родов, тем чаще. Это осложнение наблюдается чаще у первобеременных и при многоплодии. Перенесенный ранее острый гломерулонефрит или вяло протекающий пиелонефрит предрасполагают к возникновению нефропатии.

Нефропатия характеризуется тремя симптомами: отеки, протеинурия, гипертония (*триада Цангемейстера*). Диагноз нефропатии может быть установлен при наличии двух симптомов из этой триады.

Отеки могут варьировать от незначительной пастозности до выраженных обширных отеков всего тела. Скрытые отеки также бывают при нефропатии, как и при водянке беременных.

Протеинурия может достигать высоких цифр, но в большинстве случаев количество белка колеблется в пределах от 0,1 до 5—6 г/л. При этом в моче нередко обнаруживают гиалиновые и зернистые цилиндры.

Диурез при нефропатии отличается большой лабильностью, олигурия сменяется полиурией.

Содержание белков в крови падает до 50 г/л (норма 77 г/л). Остаточный азот и азот мочевины при нефропатии в большинстве случаев находятся на верхних границах нормы. Отчетливо выражена задержка воды и хлоридов в организме.

Степень гипертонии также колеблется. Однако резкое повышение артериального давления (систолического) выше 200 мм рт. ст. встречается редко. У женщин с нормотонией повышение максимального артериального давления выше 135 мм, а минимального — выше 85 мм рт. ст. следует рассматривать как гипертонию.

Довольно часто наблюдаются изменения на глазном дне. Обычно обнаруживаются расширение венных сосудов, спазмы артериальных сосудов, отек сетчатки, реже — мелкие кровоизлияния.

В тяжелых случаях нефропатии больные жалуются на головную боль, плохой сон, угнетенное состояние.

Переход водянки в нефропатию обычно сопровождается повышением артериального давления и появлением протеинурии. Последняя возникает в результате повышения проницаемости клубочкового фильтра почек, который становится проходимым для белков сыворотки крови (особенно мелкодисперсных — альбуминов). Проницаемость же стенок клубочков изменяется вследствие спазма почечных сосудов, нарушения их трофики и гипоксии почечной ткани.

Появление следов белка в моче и последующее нарастание его даже до 0,6—0,9 г/л должно вызвать настороженность врача и требует более строгого наблюдения за беременной. Увеличение содержания белка до 1—3 г/л и более следует рассматривать как патологический симптом.

При микроскопическом исследовании осадка мочи иногда обнаруживают единичные гиалиновые цилиндры, сопутствующие обычно протеинурии. Зернистые цилиндры появляются при далеко зашедших формах токсикоза и нарушениях функции почек. Восковидные цилиндры, так же как появление почечного эпителия и эритроцитов, являются признаком органических изменений в почках.

Остаточный азот крови обычно не превышает 40 мг%.

Установлено, что у женщин с нормотонией артериальное давление во время беременности примерно до VI месяца несколько снижается (в пределах 10 мм рт. ст.), а затем постепенно повышается, однако и перед родами оно не превышает средней величины (120/60—125/70 мм рт. ст.). У беременных с гипотонией абсолютные цифры уровня артериального давления могут оставаться в пределах нормы. Однако повышение давления на 20—30 мм рт. ст. по сравнению с исходным уровнем в этих случаях может быть квалифицировано как проявление развивающегося позднего токсикоза беременных.

В настоящее время особое значение придается нарастанию диастолического давления, которое является одним из

первых признаков повышения тонуса артериол и роста периферического сопротивления. Повышение диастолического давления на 25—30% по сравнению с исходными величинами следует считать патологическим. Повышение же диастолического давления на 45—50% и более, равно как и быстро уменьшающуюся амплитуду между ним и систолическим давлением (пульсовое давление), следует расценивать как грозный предвестник преэклампсии или эклампсии.

Важным показателем состояния мозгового кровообращения является измерение височно-плечевого коэффициента. Нормальным артериальным давлением на височных артериях обычно считается такое, которое не превышает половины максимального давления на плечевой артерии. Это выражается в височно-плечевом коэффициенте, который в норме равен 0,4—0,6 (в среднем — 0,5). Увеличение коэффициента свидетельствует о повышении артериального давления в сосудах головного мозга.

Различают три степени нефропатии (Н. С. Бакшеев).

Нефропатия I степени (легкая форма) характеризуется повышением артериального давления до 155/90 мм рт. ст., появлением белка в моче до 0,6 г/л, снижением альбумино-глобулинового коэффициента (ниже 1,3) при нормальном для беременных женщин содержании белка в крови; дефицит выделения жидкости не превышает 15%, натрия — 10—15 ммоль/л.

Нефропатия II степени (средняя форма) характеризуется повышением артериального давления от 155/90 до 180/110 мм рт. ст., возрастанием содержания белка в моче от 0,6 до 5 г/л, снижением содержания белка в крови до 65 г/л (главным образом за счет дефицита альбуминов), задержкой натрия в тканях и дефицитом выделения его с мочой до 15—25 ммоль/л, а также задержкой жидкости в тканях до 15—25%.

При нефропатии II степени может повышаться также височное давление, а височно-плечевой коэффициент

возрастает до 0,55—0,6, что свидетельствует о повышении внутричерепного давления. У этой же категории беременных иногда появляются на верхних и нижних конечностях неодинаковые показатели артериального давления, что также свидетельствует о патологии центров, регулирующих сосудистый тонус, и является неблагоприятным прогностическим признаком.

При нефропатии III степени (тяжелая форма) артериальное давление повышается более чем до 180/110 мм рт. ст., височное — превышает 90 мм рт. ст., а височно-плечевой коэффициент возрастает более 0,6. Содержание белка в моче превышает 5 г/л, появляются цилиндры и измененные эритроциты. Резко падает уровень белка в сыворотке крови (ниже 65 г/л), повышается задержка натрия и жидкости в тканях, в результате чего наступает дефицит выделения натрия свыше 25 ммоль/л, а жидкости — на 25% и более. В этой стадии токсикоза беременных появляются головные боли, боли в подложечной области, тошнота, которые еще сравнительно легко купируются медикаментами. При нефропатии II степени и особенно III степени отмечаются изменения на глазном дне (ангиоспазм, отек и побледнение сетчатки).

Преэклампсия характеризуется тем, что к клинической картине нефропатии присоединяются симптомы, указывающие на нарушения центральной и автономной нервной системы.

Для преэклампсии характерны: головная боль, чувство тяжести в области лба или затылка, заторможенность или, наоборот, беспокойство, возбужденное состояние; боли в подложечной области, тошнота, иногда рвота, нарушения зрения, обычно появляющиеся незадолго до припадка эклампсии; цианоз или своеобразная окраска лица (на фоне нормального цвета лица выделяется синеватая окраска в области крыльев носа и губ, что вызвано изменениями капиллярного кровообращения); нарастание отдельных или всех ведущих симптомов (отек, протеинурия, гипертония).

Грозными признаками преэклампсии являются быстрый подъем артериального давления с одновременным уменьшением его амплитуды, тяжелые патологические изменения в сетчатке (*retinitis angiospastica*, кровоизлияния, отслаивание сетчатки). Отмечаются также отсутствие обычного параллелизма между диурезом и относительной плотностью мочи, гипопротеинемия, гипоксемия, гипоксия, выраженный сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза и пр.

При дифференциальной диагностике позднего токсикоза необходимо отличать это заболевание от гипертонической болезни и органических заболеваний почек (гломерулонефрит, нефроз, нефроангиосклероз), а также умение распознавать сочетание этих заболеваний с поздним токсикозом.

При сочетании позднего токсикоза с гипертонической болезнью (особенно в транзиторной ее стадии) и хроническим гломерулонефритом значительно чаще наблюдаются преждевременное прерывание беременности, антенатальная смерть плода, отставание его в развитии, тяжелое течение токсикоза, более высокая материнская смертность. Поздние токсикозы развиваются в таких случаях раньше, чем обычно, — иногда в конце первой половины беременности.

Если у беременной обнаруживают гипертензию, врач должен внимательно расспросить больную, чтобы выяснить, не было ли у нее гипертонической болезни до беременности, на что могут указывать следующие признаки: жалобы на частые (в прошлом) головные боли, носовые кровотечения; повышенное артериальное давление до беременности или в ранние сроки беременности; гипертрофия левого желудочка сердца, акцент второго тона над аортой и левограмма при электрокардиографическом исследовании; отсутствие других (кроме гипертонии) симптомов позднего токсикоза; отставание в развитии плода, особенно в транзиторной стадии гипертонической болезни; неэффективность лечения нефропатии.

О наличии хронического гломерулонефрита свидетельствуют: установление связи заболевания с инфекцией; существование признаков заболевания до беременности; характерные изменения в моче: низкая относительная плотность (норма 1,019), обнаружение выщелоченных эритроцитов, почечного эпителия и т. п.; изменение глазного дна («ретинопатия беременных», альбуминурический ретинит); данные функциональных почечных проб; нарастание в крови остаточного азота; безрезультатность лечения нефропатии.

Все беременные женщины, у которых поздний токсикоз сочетается с гипертонической болезнью или хроническим гломерулонефритом, нуждаются в особенно тщательном и систематическом обследовании и врачебном наблюдении.

При соблюдении соответствующего режима, питания и правильном лечении нефропатия в большинстве случаев поддается излечению.

Заболевание нефропатией задолго до родов и длительное ее течение неблагоприятны как для матери, так и для плода.

Эклампсия. Исходя из современных представлений о патогенезе позднего токсикоза, эклампсию следует считать конечной стадией заболевания. Эклампсия чаще наступает во время родов (в 48—50% случаев), реже во время беременности (28—29%) и после родов (22—23%). Клиническая картина ее весьма характерна.

Эклампсии, как правило, предшествуют симптомы-предвестники, свидетельствующие о значительном раздражении центральной нервной системы, особенно коры головного мозга. Отмечается повышенная рефлекторная возбудимость, гиперестезия. Резкий свет, шум, болевые раздражители и другие факторы могут спровоцировать судорожный припадок. Типичный припадок продолжается в среднем 1—2 мин и слагается из четырех последовательно сменяющихся состояний (периодов).

1-й период — предсудорожный. Имеются мелкие фибриллярные подергивания век, быстро распространяю-

щиеся на мышцы лица и верхние конечности; взгляд становится застывшим, неподвижным. Дыхание сохранено. Этот период длится около 20—30 сек.

2-й период характеризуется тоническими судорогами. Вслед за фибриллярным подергиванием верхних конечностей голова большой откидывается назад или в сторону, тело вытягивается и напрягается, позвоночник изгибается, лицо бледнеет. Челюсти плотно сжаты, зрачки расширены, глаза «закатываются», вследствие чего становятся видимыми лишь белки глазных яблок. Продолжительность этого периода также 20—30 сек. В течение этого времени, наиболее опасного как для матери, так и для плода, дыхание и пульс отсутствуют.

3-й период характеризуется клоническими судорогами. Они непрерывно следуют друг за другом, распространяясь сверху вниз на все мышцы тела. Дыхание при этом затруднено или вообще отсутствует, пульс не определяется, лицо становится багрово-синим, яремные вены напряжены. Постепенно судороги становятся более редкими, слабыми и наконец прекращаются. Продолжительность этого периода от 20—30 сек до 1 мин, иногда и более.

4-й период — разрешение припадков. Вслед за шумным глубоким вздохом, нередко сопровождающимся храпом, восстанавливается дыхание. Больная начинает дышать медленно и глубоко, изо рта выделяется пенистая слюна, иногда с примесью крови (вследствие прикусывания языка), лицо постепенно розовеет. Зрачки суживаются. Пульс начинает прощупываться, причем вначале он очень частый и нитевидный, затем постепенно урежается, улучшается его наполнение.

После припадков больная находится в коматозном состоянии, но обычно скоро приходит в сознание. О случившемся не помнит, жалуется на головную боль, общую слабость, разбитость.

Коматозное состояние, наступающее вслед за припадком, свидетельствует об угнетении центральной нервной системы, сменяющем резкое возбуждение ее.

В настоящее время для эклампсии характерно: небольшое количество припадков, возможность появления их при относительно невысоких абсолютных цифрах артериального давления и нередко на фоне двух из трех признаков триады Цангемайстера.

Среди женщин, не посещавших консультацию и своевременно не госпитализированных, эклампсия встречается в 5—8 раз чаще и течение ее значительно тяжелее.

Прогноз. Короткие паузы между припадками, длительное коматозное состояние, долго сохраняющийся цианоз, частый слабый пульс, желтуха, высокая температура, анурия или резко выраженная олигурия — плохие прогностические признаки заболевания.

Распознавание эклампсии обычно не представляет трудностей.

Анамнез, клиническая картина, данные лабораторных и других специальных исследований позволяют отличить эклампсию от эпилепсии и других сходных с нею заболеваний (гипергликемическая, гипогликемическая, уремическая, печеночная комы, опухоли головного мозга, истерия и др.).

Следует помнить и о так называемой бессудорожной форме эклампсии.

Изменения в различных органах и системах при эклампсии выражены резче, чем при нефропатии и преэклампсии.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ

Беременные, начиная с первых недель беременности, должны находиться под систематическим наблюдением в консультации. При этом регулярно определяют такие показатели: массу тела, величину артериального давления на обеих руках, относительную плотность мочи и содержание в ней белка.

Для ранней диагностики заболевания применяют также: измерение височного давления и вычисление височно-плечевого коэффициента как раннего признака гипертензивного синдро-

ма и показателя мозговой гипертензии, определение скрытых отеков с помощью «симптома кольца» либо волдырной пробы Мак-Клюра — Олдрича, повторные офтальмоскопические исследования и др.

При исследовании глазного дна отмечаются явления гипертонической ангиопатии (спазм артерий сетчатки и расширение вен) с перикапиллярным отеком, обычно без нарушения зрения. Если эти явления длительны, то они могут привести к поражению зрительного нерва с нарушением зрения вплоть до частичной или полной отслойки сетчатки. Степень патологических изменений глазного дна зависит от тяжести и длительности токсикоза, а также наличия сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, хронический гломерулонефрит и др.).

С целью ранней диагностики при малейшем подозрении на возникновение токсикоза рекомендуется исследование глазного дна.

Сосудистые изменения находят свое отражение и в капилляроскопической картине.

При капилляроскопии у беременных с поздними токсикозами можно выявить следующие характерные изменения: спазм артериальных колен и капилляров, расширение венозных сосудов, мутный фон, замедление тока крови с частым переходом в стаз.

Беременной женщине необходимо производить анализ мочи в первую половину беременности не реже одного раза в месяц, от 20 до 32 недель — два раза в месяц, а после 32 недель беременности — еженедельно. Обнаружив белок в моче, даже в небольшом количестве («следы»), необходимо повторить анализ, строго соблюдая при этом гигиенические правила сбора мочи (не допускать примеси выделений из влагалища или же собрать мочу с помощью катетера). При повторном выявлении белка анализы мочи производят каждые 3—4 дня. В случае нарастания количества белка в моче (протеинурия) следует произвести дополнительные лабораторные исследования (анализ крови на остаточный

азот, мочевины, хлориды, проба по Зимницкому и др.).

Для диагностики начальных и скрыто протекающих форм поздних токсикозов имеет важное значение выявление следующих симптомов заболевания: 1) повышение систолического артериального давления выше 135, а диастолического давления до 90 мм рт. ст. и выше; 2) нарастание артериального давления на 30—40% по сравнению с исходным уровнем; 3) уменьшение пульсового давления до 30 мм рт. ст. и менее; 4) повышение височного давления и увеличение височно-плечевого коэффициента до 0,6 и более; 5) еженедельное увеличение массы беременной (особенно после 30 недель) более чем на 350—400 г. При оценке динамики массы необходимо учитывать рост и массу женщины до беременности и в начале ее; 6) отечность пальцев рук, особенно в конце беременности («симптом кольца»); 7) нарастание остаточного азота крови (даже если его содержание в пределах нормы).

ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ

По мнению Н. С. Бакшеева и И. П. Иванова, лечение беременных с поздним токсикозом, независимо от различных взглядов на этиологию и патогенез, должно иметь своей целью ликвидацию основных проявлений заболевания — устранение гипертензивного синдрома, нормализацию водного и солевого обмена, усиление и улучшение окислительных процессов материнского организма и плода, страдающих от гипоксии. Учитывая полисимптомный характер заболевания, все лечебные мероприятия должны носить комплексный характер и быть направлены на коррекцию нарушенных функций органов и систем организма с обязательной регламентацией режима питания и учетом факторов внешней среды.

Следующим условием успешного лечения беременных с поздним токсикозом является индивидуальный подход с учетом тяжести заболевания. Схема лечения должна быть динамич-

ной и строго регламентированной по времени в течение каждых суток.

Обследование беременных с поздним токсикозом должно быть полным и всесторонним с использованием современных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Лечение водянки беременных. Лечение этого осложнения проводится в акушерском стационаре. Независимо от степени проявления этого токсикоза беременным назначают охранительный режим, диету 7а с ограничением жидкости до 800 мл и хлорида натрия до 5—6 г в сутки. Для улучшения окислительно-восстановительных процессов матери и плода применяют оксигенотерапию (лучше в гипербарических условиях). При выраженных клинических формах с целью снижения проницаемости капилляров применяют аскорбиновую кислоту, галаскорбин, витамины группы В, рутин, глюконат или хлорид кальция, викасол. Внутривенно вводят гипертонический раствор глюкозы, причем на каждые 5 г глюкозы добавляют 1 ЕД инсулина. Назначают метионин, липокаин.

Для ликвидации отеков рекомендуются препараты осеогонного действия — лазикс (фуросемид), дихлотиазид (75—100 мг в сутки), гигротон (50—80 мг в сутки через 2 дня), диакارب (0,25 г 1 раз в день, 2—3 дня) и другие с одновременным назначением препаратов, содержащих калий (хлорид или бромид калия). При водянке и нефропатии I степени эффективным является спиронолактон (суточная доза 100—200 мг, курс — 5—15 дней), блокирующий реабсорбцию натрия и воды в канальцах почек.

Лечение проводится под строгим контролем массы беременной и диуреза с учетом количества принятой жидкости. Выписка больных возможна после полного исчезновения отеков и нормализации массы.

Лечение нефропатии беременных. Для борьбы с нефропатией I степени назначают: орнид (1 мл 5% раствора внутримышечно 1—2 раза в сутки); аминазин (1 мл 2,5% раствора внутримышечно 1—3 раза в сутки);

глюкозу (40 мл 40% раствора с 20—30 мл 0,5% раствора новокаина внутривенно 2 раза в сутки); препараты раувольфии (раунатин, резерпин), апрессин (0,01—0,05 г — по 3 таблетки в день), бензогексоний (1 мл 2,5% раствора 3 раза в день) или пентамин (1 мл 5% раствора 3 раза в день), метионин и липокаин (0,5 г 3 раза в день).

При нефропатии I степени прием жидкости ограничивают до 800 мл, а соли — до 4—5 г в сутки. В пищевой рацион обязательно включают белки (отварное мясо, творог).

Для лечения нефропатии II степени объем и дозы медикаментозных средств увеличиваются. Орнид и аминазин вводятся 2—4 раза в сутки; при необходимости добавляются сульфат магния (по 10 мл 25% раствора внутримышечно 2 раза в сутки); количество глюкозы увеличивают до 30 г сухого вещества в сутки в сочетании с инсулином. Вводят также плазму, инсулин (общий белок сыворотки крови поддерживают в пределах 70 г/л и альбумина не менее 50%).

Количество вводимой в организм жидкости не должно превышать 800 мл, а соли — 2—3 г в сутки. В пищевом рационе обязательно должны содержаться животные белки (100—150 г отварного нежирного мяса).

При нефропатии III степени увеличивают количество гипотензивных средств (орнид, аминазин, эуфиллин, диафиллин, бензогексоний и др.), строго регламентируя их введение до стабильного снижения артериального давления. Одновременно принимают меры против метаболического ацидоза — внутривенно вводят гидрокарбонат и лактат натрия. Для устранения гипопроteinемии переливают концентрированную плазму и сывороточный альбумин. Показано введение кокарбоксылазы и кальция пангамата.

Беременным с тяжелой формой нефропатии рекомендуются бессолевая диета и ограничение жидкости до 600—700 мл в сутки (не более чем на 1—3 дня).

Чтобы способствовать освобождению организма от остаточных продуктов нарушенного межклеточного обмена веществ, через каждые 7—10 дней рекомендуется устраивать разгрузочные дни («творожные»: 500—600 г творога, 100 г сметаны и 100—150 г сахара делат на 6 порций, которые больная съедает за шесть приемов через каждые 2—2,5 ч; «яблочные»: очищенные от кожуры и семян зрелые яблоки, нарезанные дольками или в протертом виде, больная съедает по 250—300 г за каждый прием 5—6 раз в сутки).

Вслед за разгрузочным рекомендуется проводить полуразгрузочный день (исключают из рациона первое блюдо, взамен которого дают 500 г яблок).

При позднем токсикозе, развившемся на фоне хронического гломерулонефрита и сопровождающегося повышением остаточного азота или содержанием его в пределах нормы (20—40 мг%), мясные белки заменяются молочными.

Во всех случаях токсикозов следует регулировать функцию кишечника, следить за диурезом (в стационаре — точно измерять суточный диурез), нарастанием массы (частое взвешивание), артериальным давлением (измерять не реже двух раз в день). Мочу исследуют не реже 2—3 раз в неделю, кровь — каждые 7—10 дней.

При правильном, строго индивидуальном применении лечебных мероприятий, расписанных строго по часам, можно добиться быстрой ликвидации токсикоза, если еще не наступили органические поражения печени и почек, или длительной ремиссии при наличии изменений этих органов.

Если несмотря на применение всего комплекса терапевтических средств положительного эффекта не наступило, через 8—10 дней от начала лечения следует ставить вопрос о родоразрешении.

Лечение эклампсии. Больных с эклампсией помещают в отдельную палату, изолированную от шума и прочих провоцирующих раздражителей. Выделяют индивидуальный пост. Все мани-

пуляции и исследования осуществляют под рауш-наркозом.

Терапия проводится как при тяжелой форме нефропатии с использованием полного комплекса медикаментозных средств. Введение глюкозы увеличивают до 40—60 г сухого вещества с добавлением инсулина. Больная должна находиться в состоянии медикаментозного сна, для чего назначают оксирон, закись азота, виадрил, ГОМК и др. Применяют также оксигенотерапию. При склонности к отеку мозга переливают плазму и вводят альбумин (под контролем протеинограммы), гемодез, неоконпенсан, назначают эстрогены (5—10 тыс. ЕД 1 раз в сутки), сульфат магния (внутривенно капельным способом с глюкозой) и повышают дозы мочегонных препаратов. Для купирования приступов применяют эфирно-закисно-кислородный наркоз.

Если в течение суток после проведения комплексного лечения с использованием всех медикаментозных средств состояние больной не улучшается, а артериальное давление (плечевое и височное) остается высоким, показана люмбальная пункция.

При коматозном состоянии необходимо корректировать электролитный состав крови, проводить интенсивную дегидратационную терапию с введением гипертонического раствора глюкозы и применением гидрокортизона и др.

Если под влиянием всех средств терапии состояние больной не улучшается, показано срочное прерывание беременности. При этом нужно учитывать возможность кровоизлияния в глазное дно, обращать особое внимание на явления начинающейся ретинопатии, анурии или выраженной олигурии с протеинурией.

Родоразрешение беременных с поздним токсикозом следует проводить крайне осторожно.

Если лечение нефропатии малоэффективно, при угрозе органического поражения печени, почек и недостаточности функции надпочечников и других органов показано родоузывание, в основе которого лежит подкожное

или внутривенное капельное введение окситоцина (10 ЕД) на предварительно созданном эстрогено-глюкозо-кальциевом фоне. Одновременно проводят весь комплекс мероприятий с целью профилактики внутриутробной асфиксии плода. Во время родов необходимо широко применять спазмолитики (но-шпа, апрофен, промедол и др.).

При тяжелых формах токсикоза беременных резко ограничивают применение вакуум-стимуляции и вакуум-экстракции плода, поскольку они увеличивают частоту тяжелых осложнений родового акта (шок, маточные кровотечения). Родоразрешение путем кесарева сечения допустимо лишь при коматозной форме эклампсии, если комплексная терапия не снимает коматозного состояния в течение 1—2 суток.

Нужно иметь в виду, что возникновение эклампсии в родах в большинстве случаев является результатом недостаточного лечения позднего токсикоза.

Лечение кровоизлияний в мозг при эклампсии беременных. Кровоизлияния в головной мозг при эклампсии беременных являются тяжелым осложнением этого токсикоза беременных и нередко заканчиваются летально. Это определяет актуальность их профилактики и терапии.

Характер и локализация кровоизлияний бывают различные: множественные мелкоочаговые, мелкоочаговые, массивные, субарахноидальные, в вещество мозга и т. д.

Кровоизлиянию в мозг предшествует период предынсультного состояния, длительность которого в большинстве случаев колеблется от нескольких часов до 1—1,5 суток.

Наиболее постоянными симптомами предынсультного периода являются локализованные нарастающие головные боли, сопровождающиеся рвотой, бради- или тахикардией, возбуждением или сонливостью, локализованные парестезии, кратковременные расстройства речи, гиперкинезы, менингеальные знаки, периодические нарушения сердечной деятельности, дыхания и др.

В остром периоде кровоизлияния в мозг больной необходимо создать покой с соблюдением строго постельного режима. Транспортирование больной противопоказано или же проводится чрезвычайно осторожно (при наличии показаний!). Рекомендуется приподнятое положение головы и верхнего отдела туловища. На голову кладут пузырь со льдом, а к ногам — горчичники или грелки.

Средства, стимулирующие центральную нервную систему (кофеин, камфора, кордиамин, коразол и др.), а также сердечные гликозиды вводят только при наличии показаний (вазомоторный коллапс, аритмия, лабильный, слабого наполнения пульс, резкое падение артериального давления и др.), иначе эти препараты могут ухудшить состояние больных и даже способствовать усилению кровоизлияния.

В случае возникновения геморрагического инсульта показанием к кровопусканию (в количестве 300—400 мл) является высокое артериальное давление (выше 200/110—120 мм рт. ст.) при условии, что нет кровотечений из других органов.

Показано введение средств, способствующих свертыванию крови (желатин, хлорид кальция, викасол, АКК, рутин, рутамин и др.), особенно в случаях, когда свертываемость крови понижена.

Желатин вводят подкожно по 10—15 мл 10% раствора через каждые 10 ч на протяжении первых суток кровоизлияния в мозг.

Хлорид кальция применяют в виде 10% раствора внутривенно в количестве 10 мл или внутрь по 1 столовой ложке 3—5 раз в день.

Викасол вводят внутрь по 0,01 г 2—3 раза в день или 5 мл 0,3% раствора внутримышечно в течение 3—4 дней. В связи с тем что действие викасола проявляется через 12—18 ч после введения в организм, его рекомендуют назначать в прединсультном периоде церебральной геморрагии.

Применяют аскорбинат натрия по 1 мл 5% или 10% раствора 2 раза

в день внутримышечно или подкожно в течение 10—15 дней.

Рутин, как известно, обладает сходным с аскорбиновой кислотой действием. Он уменьшает проницаемость и ломкость капилляров, способствует нормализации окислительно-восстановительных процессов. Его назначают внутрь в дозе 0,01 г 3—4 раза в сутки в течение 2—3 недель.

Производные рутина — урутин, рутамин — вводят внутримышечно или подкожно по 1—2 мл 1 раз в день, 20—30 инъекций на курс лечения.

В случае психомоторного возбуждения показано применение транквилизаторов: аминазина, мепазина, пропразина и др. Эти препараты обладают широким спектром действия. Так, помимо седативного эффекта производные фенотиазина обладают противорвотным и спазмолитическим действием, оказывая благотворное действие на симптоматику заболевания.

Аминазин вводят внутримышечно по 2 мл 2,5% раствора, разводя разовую дозу в 5 мл 0,5% раствора новокаина.

Пропразин и мепазин применяют внутрь по 0,05—0,1 г 1—2 раза в сутки.

Рекомендуется также введение 2% раствора хлоралгидрата внутрь и в клизмах. Высшая разовая доза его для взрослых 2 г, суточная — 6 г.

Назначение ганглиоблокирующих средств направлено на ликвидацию изменений, возникших в результате кровоизлияний (ишемия, гипоксия, отек мозговой ткани, внутричерепная гипертензия). В связи со спазмолитическим, гипотензивным, противоотечным и противошоковым действием их применение при геморрагических инсультах в результате эклампсии имеет прямые показания.

Бензогексоний назначают внутримышечно по 0,5—0,75 мл 2% раствора 1—2 раза в сутки или в порошках по 0,1 г 3—4 раза в сутки. Пентамин также вводят внутримышечно по 0,5—0,75 мл 5% раствора. Димеколин применяют внутрь, внутримышечно и подкожно. Первоначальную дозу 0,025 г назначают 1—2 раза в день, затем ее

постепенно увеличивают до 0,05 г 2 раза в день в течение 3—5 недель. Внутримышечно димеколин вводят 2 раза в день по 0,5 мл 1% раствора, постепенно увеличивая дозу до 0,75—1 мл. При внутримышечном введении димеколина артериальное давление снижается через 10—15 мин; через 1 ч давление достигает определенного уровня и удерживается на нем в течение 3—4 ч. Димеколин показан также при нефропатии и гипертонии.

Пирилен имеет такие же показания, как димеколин, он оказывает выраженное гипотензивное действие, в том числе у больных со стойким повышением артериального давления, когда не достигают эффекта от применения других лекарственных веществ. Пирилен назначают в дозе 0,0025—0,005 г 2—4 раза в сутки в течение 2—4 недель.

Пирилен и димеколин противопоказаны при атеросклерозе и органических поражениях сердечной мышцы. При их применении необходимо контролировать уровень артериального давления.

Наряду с ганглиоблокирующими средствами для устранения отека мозгового вещества и понижения внутричерепного давления рекомендуется введение дегидратационных средств, таких как сульфат магния (10—12 мл 25% раствора внутримышечно 2—4 раза в сутки), глицерина (20—30 мл 40% раствора внутривенно) или 10% раствор хлорида натрия (20—30 мл внутривенно). Положительное действие оказывают также новурит, дихлотиазид, диакарб.

При нарушениях дыхания вводят 1% раствор гидрохлорида лобелина по 1 мл подкожно 1—2 раза в сутки. При расстройстве сердечной деятельности назначают кордиамин, камфору, коразол и др.

Для уменьшения гипоксии рекомендуются кислородные ингаляции или вдыхание смеси кислорода с углекислотой.

Возникновение менингеального синдрома является показанием к спинномозговой пункции. Однако пункция противопоказана при глубокой коме с

нарушением дыхания или сердечной деятельности.

Оперативное лечение кровоизлияний показано при отсутствии многоочаговых поражений с локализацией кровоизлияния в поверхностных отделах мозга. Наиболее подходящий срок для оперативного вмешательства — первые три суток.

В остром периоде геморрагического инсульта при тяжелом состоянии больной большое значение имеет уход (кормление, искусственное дыхание, профилактика аспирационной пневмонии и пролежней, уход за полостью рта, очистительные клизмы и пр.).

Лечение больных в остром периоде геморрагического инсульта должно быть строго индивидуальным и учитывать многообразные изменения в организме, связанные с токсикозом и кровоизлиянием в мозг.

ПРОФИЛАКТИКА ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Профилактика поздних токсикозов беременных неразрывно связана с ранней диагностикой этих осложнений и четкой работой женских консультаций.

Особого внимания и специального учета в консультации требуют беременные с предрасположением к развитию позднего токсикоза, наличием гипертонической болезни, заболеваний почек, базедовой болезни, диабета, ожирения, многоводия, многоплодия.

Беременные женщины, особенно во второй половине беременности, должны соблюдать правильный режим отдыха и сна. Следует спать не менее 8 ч в сутки, умеренно заниматься физическим и умственным трудом, физкультурой и не допускать малоподвижного образа жизни.

Пищевой рацион беременной должен содержать не менее 100 г белков, количество углеводов не должно превышать 300—500 г, а жиров — 30—50 г. Следует также ограничить количество натрия хлорида до 8—10 г в сутки и обогащать рацион витаминами, особенно аскорбиновой кислотой

и витаминами группы В. В зимне-весенний период беременные должны получать поливитамины в виде драже. В рацион обязательно вводят творог и растительное масло.

Важнейшей задачей женских консультаций является своевременное обнаружение самых ранних признаков позднего токсикоза, так называемых предтоксикозных состояний, или микросимптомов токсикоза второй половины беременности. В связи с этим все беременные должны находиться под наблюдением женских консультаций и посещать врача или акушерку не реже одного раза в месяц, во второй половине беременности — два раза в месяц, а начиная с 32 недель — каждую неделю.

При каждом посещении женской консультации у беременной, помимо общего акушерского обследования, измеряют артериальное давление (на обеих руках), височное давление, берут анализ мочи, контролируют массу тела.

Направлению в стационар подлежат беременные с такими ранними признаками позднего токсикоза:

1. Повышение систолического артериального давления более 130 мм и диастолического более 90 мм рт. ст.

2. Возрастание артериального давления на 30% на фоне ранее имевшей место сосудистой гипотонии.

3. Уменьшение величины пульсового давления до уровня менее 30 мм рт. ст.

4. Увеличение височно-плечевого коэффициента свыше 0,6.

5. Увеличение массы беременной женщины более чем на 400 г в неделю.

6. Отечность пальцев рук после 32 недель беременности, определяемая по симптому кольца.

7. Наличие даже слабо выраженной триады нефропатии.

Большое значение в профилактике поздних токсикозов имеют мероприятия, направленные на оздоровление женщин до беременности, особенно тех, у которых выявлена экстрагенитальная патология.

Только высокий уровень организации работы женских консультаций,

ранний учет беременных, всестороннее и полное их обследование позволят добиться дальнейших успехов в ранней диагностике и профилактике поздних токсикозов беременных.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ НЕФРОПАТИИ

При ведении родов у женщин, страдающих нефропатией, необходимо особенно тщательное наблюдение за общим состоянием роженицы, течением родов и сердцебиением плода.

Сердцебиение плода в первом периоде родов выслушивают через каждые 15—20 мин, а во втором периоде — после каждой потуги. Следует помнить, что при нефропатии сердцебиение плода нередко бывает несколько учащенным.

Артериальное давление в первом периоде родов необходимо измерять через каждые 30—60 мин в зависимости от степени гипертензии, во втором периоде — каждые 15—30 мин и сразу же после окончания второго и третьего периодов.

Обязательно также измерение диуреза, исследование мочи и общий анализ крови. Если роды длятся более суток, делают повторный анализ мочи.

Диета должна быть в основном белковой с ограничением жидкости и соли.

При тяжелых формах нефропатии обязательно исследуют глазное дно. Необходима также консультация терапевта.

Лечение нефропатии во время родов производят по указанным выше схемам. При этом учитывают тяжесть заболевания и необходимость профилактики слабости родовой деятельности и внутриутробной гипоксии плода.

Систематически (до конца третьего периода, а иногда и дольше) проводят оксигенотерапию и внутривенно вводят глюкозу с аскорбиновой кислотой (через каждые 6 ч). В первом периоде родов вводят рутин, а во втором внутривенно хлорид кальция и сипетин.

Внутримышечное введение аминазина проводят на фоне родоускоряющих средств. Добавляют также гипотензивные средства короткого срока

действия и спазмолитики: изроверин (1 мл 2—5% раствора внутримышечно), диколин (1 мл 1% раствора внутримышечно), бензогексоний (1 мл 2% раствора подкожно), апрофен (1 мл 1% раствора подкожно).

Для усиления родовой деятельности в первом и во втором периодах родов внутривенно вводят 2 мл (10 ЕД) окситоцина с 500 мл 5% раствора глюкозы капельным методом, начиная с 8 и при необходимости увеличивая до 25—30 капель в минуту (при этом обязательна физиологическая проба на чувствительность матки к окситоцину).

Капельное вливание окситоцина желательно продолжать и в третьем периоде родов (уменьшив частоту капель) с тем, чтобы ускорить выделение последа и иметь возможность использовать систему для борьбы с нередко возникающим кровотечением или сердечно-сосудистой недостаточностью.

Если у беременной нефропатия средней тяжести, желательно ускорение родов, причем при достаточной силе родовой деятельности показано раннее вскрытие плодного пузыря; в случаях, когда воды отошли, а родовая деятельность слабая, применяют медикаментозную стимуляцию.

При тяжелой форме нефропатии, если лечение не дает эффекта, то, кроме вскрытия плодного пузыря и медикаментозной стимуляции, показано выключение потуг путем операции наложения акушерских щипцов, которая проводится под наркозом, или (при тазовых предлежаниях) экстракция плода за тазовый конец.

В случаях обильной кровопотери допустимо переливание одногруппной крови с учетом резус-принадлежности.

В послеродовом периоде надо продолжать тщательное наблюдение за состоянием роженицы (измерение артериального давления на обеих руках, исследование мочи, крови, глазного дна и др.) и по мере уменьшения явлений токсикоза сокращать применение медикаментозных средств.

Выписка роженицы из родильного дома допустима только после исчезновения явлений токсикоза, желательно

после консультации терапевта. В дальнейшем мать нуждается в наблюдении женской консультации и участкового терапевта.

Лечение больных преэклампсией и ведение родов такие же, как и при эклампсии.

Больной необходим строжайший постельный режим и отдельная хорошо изолированная и затемненная, тщательно проветриваемая палата, в которой поддерживается температура на уровне 18—19°C. Только после полного исчезновения явлений преэклампсии больная может быть переведена в обычную палату, и лечение ее продолжают, как при нефропатии.

При возникновении у больной эклампсией первых же признаков начинающегося очередного припадка должны быть приняты срочные меры к его предупреждению.

Необходимо обеспечить тщательный уход за полостью рта и носа, своевременно удалить изо рта съемный протез, если таковой имеется, контролировать зрение больной, следить за опорожнением мочевого пузыря и кишечника. Туловище больной должно быть в несколько приподнятом положении, чего достигают с помощью подголовника или подушек. Через каждые 1,5—2 ч и после каждого припадка необходимо осторожно (под легким эфирным наркозом) измерять артериальное давление.

Необходимо также учитывать возможность падения больной с кровати и прикусывания ею языка во время припадков. Поэтому для индивидуального поста у таких больных следует выделять наиболее квалифицированных акушеров.

Когда возникает припадок, для предупреждения прикусывания языка больной вводят в рот резиновый клин (или рукоятку ложки, обернутой несколькими слоями марли) или роторасширитель, который извлекают лишь после восстановления свободного дыхания.

При наступлении судорог наркоз следует прекратить, потому что в этот период он не только бесполезен, но и

вреден. Во время судорог организм беременной нуждается в кислороде для устранения возникшей гипоксии, а наркоз способствует усилению кислородного голодания. Эфирно-кислородный наркоз может быть полезен лишь в случае затянувшегося периода клонических судорог для их более быстрого купирования.

Если припадок эклампсии произошел в санитарном транспорте или приемном покое, то перевод беременной в родильный дом или на койку должен производиться под наркозом или после однократного введения омнопона (0,01—0,02 г).

В. В. Строганов рекомендует держать больных, находящихся в бессознательном состоянии, на правом боку, что способствует лучшей деятельности легких и сердца.

Спинальная пункция (20—30 мл спинномозговой жидкости) показана лишь в тяжелых случаях, сопровождающихся значительным повышением спинномозгового давления.

ДОСРОЧНОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭКЛАМПСИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ

При неэффективности консервативного лечения преэклампсии и эклампсии возникает необходимость досрочного прерывания беременности. Этого достигают применением родоускоряющих средств (медикаментозная стимуляция): при наличии показаний прибегают к завершению родов путем операции наложения акушерских щипцов или экстракцией плода при ножных и ягодичных предлежаниях (под эфирно-кислородным наркозом).

В исключительных случаях приходится прибегать к операции кесарева сечения.

Досрочное родоразрешение показано при следующих обстоятельствах: 1) частые (несмотря на лечение) припадки эклампсии; 2) тяжелые формы преэклампсии, если в течение 4—5 дней, несмотря на лечение, состояние больной не улучшается; 3) заболевание преэклампсией или эклампсией с

выраженными кровоизлияниями на глазном дне, явлениями начинающейся ретинопатии, анурии или выраженной олигурии, сопровождающейся высокой протеинурией, а также если указанные явления наступают при тяжелых формах нефропатии (когда олигурия не проходит даже после паранефральной блокады); 4) тяжелые формы нефропатии, когда систематически проводимая на протяжении 2—3 недель терапия не дает эффекта и возникает угроза стойкого поражения почек, печени и других важнейших органов, а также угроза внутриутробной смерти плода.

Абсолютными показаниями к немедленному прерыванию беременности являются следующие осложнения, возникающие при любой форме позднего токсикоза: а) длительная (более суток), не поддающаяся лечению анурия; б) частичное или полное отслоение сетчатки; в) амавроз; г) нарастающая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

В случае наступления внутриутробной гибели плода роды заканчиваются с помощью плодоразрушающих операций под наркозом.

НАБЛЮДЕНИЕ ПОСЛЕ РОДОВ ЗА БОЛЬНОЙ ПОЗДНИМ ТОКСИКОЗОМ И РЕБЕНКОМ

В послеродовом периоде принципы лечения остаются такими же, как при беременности.

В связи с возможностью возникновения эклампсии после родов особенно важно обеспечить наблюдение за общим состоянием родильницы, артериальным давлением и диурезом в первые часы и дни после родов. Обязательны частые исследования мочи и крови, а также консультация окулиста и терапевта.

В тщательном наблюдении нуждаются и новорожденные, особенно при недоношенности и гипотрофии. Таким детям рекомендуется повторно вводить плазму крови (в среднем 10 мл на 1 кг массы тела), γ -глобулин (по 2 мл через каждые 3 дня, 3 раза), цианоко-

баламин (внутримышечно по 15 мг на 1 кг массы тела через день, от 6 до 10 инъекций), а также назначать апилак в свечах по 0,0025 г 2—3 раза в день в течение 7—12 дней.

Женщины, перенесшие поздний токсикоз, могут быть выписаны домой не ранее чем через 2—3 недели после родов. Их передают под наблюдение акушера-гинеколога женской консультации и терапевта. При выписке ребенка, рожденного больной токсикозом, в детскую консультацию передают извещение о необходимости тщательного патронажа.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Дерматозы беременных. Наиболее частой формой дерматоза является зуд беременных. При этом назначают десенсибилизирующие препараты (димедрол, дипразин, супрастин), тиамин бромид, пиридоксина гидрохлорид, хлорид кальция, смазывание поверхностей (зудящих) мазью гидрокортизона и преднизолона, кварцевое облучение, атарактики (мепротан, триоксазин).

Хорея беременных — судорожные, некоординированные и произвольные подергивания скелетных мышц (рук, ног, туловища, лица). Это заболевание тесно связано с ревматизмом. О ревматической природе хореи свидетельствует тесная связь ее с суставным ревматизмом и тонзиллитом. Обычно хорею лечат салицилатами в сочетании с амидопирином.

Тетания беременных развивается в результате выпадения функции околотитовидных желез, в связи с чем нарушается обмен кальция (гипокальциемия).

При этом токсикозе наблюдаются судороги мышц верхних конечностей («рука акушера»), реже — нижних («нога балерины»), еще реже наблюдаются судороги мышц лица («рыбий рот»), мышц туловища и спазмы мышц гортани и желудка.

Если болезнь принимает тяжелое течение, рекомендуется прерывание бе-

ременности. Для лечения применяют препараты паратиреокина, кальция хлорида, эргокальциферол и дигидротакхистирол — продукт облучения эргостерина.

Острая желтая атрофия печени — редкое, но тяжелое проявление токсикоза. В результате жирового и белкового перерождения печеночных клеток (дистрофии) печень уменьшается в размере (атрофия), появляется желтуха, а затем тяжелые расстройства нервной системы (судорожные припадки, коматозное состояние), и большая погибает.

При этой патологии беременность следует немедленно прерывать.

Остеомалация встречается крайне редко. Характеризуется нарушением фосфорно-кальциевого обмена, в результате чего происходит декальцинация костей скелета и их размягчение. Поражаются главным образом кости таза и позвоночника, а при затнувшейся болезни — кости грудной клетки и конечностей. В результате наступает деформация костей, атрофия мышц, уменьшается рост беременной, нарушается походка. Возникает так называемый остеомалатический абсолютно узкий таз. Болезнь сопровождается болями в костях таза, нижних конечностях.

Причины возникновения болезни не выяснены. При этом токсикозе беременность должна быть немедленно прервана.

Заболевание выявляется в разные сроки беременности. Болезнь хорошо поддается комплексному лечению эргокальциферолом, рыбьим жиром, препаратами кальция, фосфорными соединениями, внутримышечным введением прогестерона.

Бронхиальная астма беременных. Считают (Г. М. Шполянский), что в основе этого токсикоза лежит гипопункция околотитовидных желез с нарушением кальциевого обмена. Этот токсикоз хорошо поддается лечению препаратами кальция, тиамин бромидом, эргокальциферолом, бромидами, кофеином, десенсибилизирующими препаратами.

РЕЗУС-КОНФЛИКТ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ

В проблеме антенатальной охраны плода определенное место занимают меры лечения и профилактики, связанные с несовместимостью крови матери и плода.

В настоящее время известны различные эритроцитарные антигенные системы. К числу их относятся такие системы антигенов, как АВ0, Rh (резус), MNSS, Pp, Kell, Daff и другие. Чаще всего иммунный конфликт встречается по системам резус и АВ0.

Наиболее изучены антигенные системы АВ0 и резус-фактор (D). Однако известно, что и другие факторы системы резус (C, c, E, e) обладают выраженными антигенными свойствами и могут явиться причиной иммунного конфликта между матерью и плодом.

Изоантигенная несовместимость крови матери и плода играет значительную роль в возникновении различных осложнений как у матери, так и у плода и может явиться причиной самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, мертворождений, гемолитической болезни новорожденных и других осложнений. Все указанные осложнения, как правило, появляются у резус-отрицательных женщин при наличии резус-сенсibilизации, которая является следствием предыдущих беременностей резус-положительным плодом или переливаний резус-положительной крови.

Мертворождаемость в результате несовместимости матери и плода по системе резус составляет, по данным различных авторов, 18%. Развитие гемолитической болезни у новорожденных, родившихся у женщин с резус-сенсibilизацией, достигает 63,9%.

Установлена известная зависимость тяжести заболевания плода и новорожденного от величины титра резус-антител в крови матери.

Механизм резус-конфликта достаточно изучен. Резус-антигены плода через плаценту попадают в кровь матери, не имеющей их, и вызывают об-

разование резус-антител. Последние в свою очередь проникают через плаценту в кровяное русло плода и приводят к разрушению его эритроцитов. Постепенно развивается токсемия (билирубинемия), которая проявляется гемолитической болезнью.

Считают, что для резус-иммунизации беременной достаточно 0,067 мл эритроцитов (без сыворотки) плода.

ДИАГНОСТИКА РЕЗУС-КОНФЛИКТА

Основным методом диагностики резус-конфликта остается выявление резус-антител в крови беременной. Между тем наличие резус-антител в крови резус-отрицательной женщины не всегда свидетельствует о резус-конфликте между матерью и плодом. Их присутствие в крови может быть обусловлено другими иммунизирующими факторами, например предыдущими переливаниями резус-положительной крови и предшествующими беременностями резус-положительным плодом. Это обстоятельство значительно снижает диагностическую ценность метода. По данным отечественных исследователей, надежность его составляет 50—55%. В то же время многократное определение резус-антител на протяжении беременности увеличивает точность данного метода, так как колебание титра резус-антител на протяжении беременности в большинстве случаев характерно для беременности, сопровождающейся резус-конфликтом.

Для диагностики резус-конфликта между матерью и плодом пользуются амниоцентезом и забором микродоз крови из подлежащей части у плода. При использовании этих методов о наличии резус-конфликта судят по содержанию резус-антител и билирубина в околоплодных водах и резус-антигена в крови плода. Материал для исследования получают с помощью пункции матки через брюшную стенку или пункции околоплодных оболочек через цервикальный канал матки. Однако оба эти способа технически сложны и

небезопасны как для матери, так и для плода.

Диагностику гемолитической болезни у плода проводят также с помощью подсчета числа ретикулоцитов в периферической крови беременной, которое при гемолитической болезни плода превышает 18%.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТЕ

При резус-конфликте у беременных нередко отмечаются слабость, головокружение, обморочные состояния, боли внизу живота, снижение тонуса матки, нарушения частоты и интенсивности шевеления и сердцебиения плода, приглушенность сердечных тонов. Часто наблюдается гипотония и гипохромная анемия. Такая патология часто сопровождается присоединением поздних токсикозов (нефропатия).

Определенную роль в диагностике резус-конфликта у беременных может играть выявление резус-принадлежности крови плода. Резус-положительный плод у резус-отрицательной матери с большей вероятностью позволяет предполагать развитие в последующем у новорожденных гемолитической болезни. Поэтому разработка новых методов дородовой диагностики резус-принадлежности плода имеет практическую ценность. Для дородовой диагностики резус-принадлежности плода пользуются исследованием генотипа системы резус отца будущего ребенка, а также непосредственным определением резус-принадлежности крови плода забором микродоз его крови по Залингу (за 4—16 ч до родов после вскрытия плодного пузыря из предлагающей части плода берут кровь для серологических и биохимических исследований).

Наличие эритроцитов плода в крови беременной послужило поводом для попытки определить резус-антиген плода в кровяном русле резус-отрицательной матери (Ю. Д. Балика, Д. В. Умбрюмянц).

Для этого используется иммунологический метод, в основе которого лежит принцип прямой и непрямой проб Кумбса. В отличие от классической непрямой пробы Кумбса, где исследуется сыворотка беременной, и прямой пробы Кумбса, предусматривающей реакцию с эритроцитами новорожденного, предлагается постановка реакций с эритроцитами, взятыми у беременной.

Первая (прямая) реакция состоит в том, что эритроциты резус-положительного плода, проникшие в кровяное русло резус-отрицательной матери, фиксируют материнские резус-антитела (если они есть). При действии на эритроциты плода антиглобулиновой сыворотки образуются агглютинаты.

Вторая (непрямая) реакция заключается в следующем. Эритроциты резус-положительного плода, находящиеся среди эритроцитов резус-отрицательной матери, присоединяют резус-антитела из стандартной сыворотки анти-резус. Последующее соединение их с антиглобулиновой сывороткой приводит к образованию агглютинатов.

Таким образом, в случае выявления резус-антигена у резус-отрицательной матери можно думать о резус-положительном плоде, при его отсутствии — о резус-отрицательном.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ НА НАЛИЧИЕ РЕЗУС-КОНФЛИКТА

В настоящее время ни один из указанных методов не обладает высокой точностью диагностики резус-конфликта. Поэтому представляется целесообразным комплексное использование ряда методов.

Рекомендуется обследование беременных на наличие резус-конфликта в следующей последовательности.

1. Тщательно выявлять анамнестические данные. Особое значение следует придавать исходу предыдущих беременностей и наличию в анамнезе переливаний крови без учета резус-принадлежности.

2. Определять в крови беременной резус-антитела следует в динамике: в первой половине беременности не менее одного раза в месяц, во второй — не менее двух раз в месяц. Отсутствие резус-антител в крови беременной, как правило, свидетельствует о том, что между матерью и плодом резус-конфликта нет.

3. Определять резус-принадлежность мужа беременной надо одновременно с первым исследованием ее крови на резус-антитела. При резус-положительной принадлежности крови мужа беременной желательно провести исследование его генотипа системы резус. Данные такого исследования представляют прогностическую ценность для предсказания резус-принадлежности плода.

4. Антенатальное определение резус-принадлежности плода следует проводить у женщин с резус-сенситизацией или с отягощенным акушерским анамнезом.

Выполнение такого обследования поможет установить наличие резус-конфликта между матерью и плодом и позволит своевременно решить вопрос о необходимости проведения десенсибилизирующей терапии или досрочного родоразрешения.

ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С РЕЗУС-КОНФЛИКТОМ

У резус-отрицательных матерей только в 9,5—10% встречаются резус-положительные дети, а гемолитическая болезнь новорожденных может возникнуть в одном из двадцати случаев беременности резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом. Это объясняется тем, что не все резус-отрицательные люди способны к иммунизации с последующей выработкой антител. Тем не менее все женщины с подозрением на иммунизацию резус-фактором плода должны пройти профилактическое лечение.

Лечение резус-конфликта должно быть направлено на введение лекарственных веществ, снижающих способность организма беременной выраба-

тывать антитела, а также веществ, ограждающих плод от вредного влияния резус-антител.

В настоящее время в акушерскую практику вошли следующие *методы десенсибилизирующей терапии*.

Метод И. Р. Зак — введение глюкозы с аскорбиновой кислотой, тиамин, токоферолом, филохиноном, оксигенотерапия, общее ультрафиолетовое облучение, диатермия околопочечной области, введение прогестерона и включение в диету сырой или слегка обжаренной печени.

Метод Л. С. Персианинова и С. М. Беккера — в течение беременности проводится три курса (по 10—12 дней каждый) профилактического лечения сочетанием аскорбиновой кислоты, токоферола и филохинона с глюкозой, оксигенотерапией и диатермией околопочечной области. При возникновении симптомов нарушения жизнедеятельности плода — досрочное прерывание беременности.

Ф. М. Али-заде рекомендует заменное переливание крови (аутотрансфузию) у небеременных женщин с наличием резус-антител с целью удаления их из организма.

В. И. Грищенко и В. А. Шилейко предложили метод, включающий внутримышечное введение 5 мл 2% раствора новокаина через день (15 инъекций), 0,05 мг аминазина 2 раза в сутки, 25 ЕД кортикотропина, назначение преднизолона по 0,005 мг в сутки. Эти препараты вводятся на протяжении 10—12 дней с 3—4-недельным перерывом в течение всей беременности.

В последнее время для лечения резус-конфликта широко применяются антигистаминные препараты (хлорид кальция, супрастин, димедрол, дипразин, диазолин), кортизон, АКТГ, а также антирезусный γ -глобулин, аминокaproновая кислота, реополиглокин, неокомпенсан.

В настоящее время при резус-конфликте за 2—3 недели до родов проводится прерывание беременности (Л. С. Персианинов, М. А. Петров-Маслаков, С. М. Беккер).

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

Гемолитическая болезнь является одним из тяжелых заболеваний новорожденных.

Открытие в 1940 г. Ландштейнером и Винером в крови человека нового антигена — резус-фактора — внесло ясность в этиологию этого заболевания.

В последние годы клинические наблюдения показали, что гемолитическая болезнь новорожденных возникает не только при несовместимости крови матери и ребенка по резус-фактору и его типам, но и при несовместимости по групповым агглютиногенам системы АВ0. Чаще всего заболевание возникает в случаях, если мать имеет 0(I) группу, а ребенок А(II) или В(III) группу.

Различают три формы гемолитической болезни новорожденных: отечную (общий врожденный отек); желтушную (тяжелая желтуха новорожденных) и анемическую (врожденная анемия новорожденных).

Общий врожденный отек. При рождении у новорожденного отмечается общий отек кожи и подкожной клетчатки. Сердце, печень и селезенка увеличены, резкая анемия (эритроцитов 1—1,5 млн. в 1 мкл, гемоглобина — 20—30 ед.) при значительном количестве эритробластов, выражена гипопroteinемия (белок в сыворотке крови ниже 20 г/л). Плацента значительно увеличена, отечная, весит до 2000 г (в норме 500—600 г).

Тяжелая желтуха новорожденных — наиболее частая форма гемолитической болезни. Важнейшие симптомы: желтушное окрашивание кожи, увеличение печени и селезенки, анемия, признаки поражения центральной нервной системы. Желтуха появляется в первые-вторые сутки после рождения и в дальнейшем интенсивно нарастает.

Установлено, что в основе патогенеза желтушной формы гемолитической болезни новорожденных лежит нарушение билирубинового обмена, сопровождающееся значительным нако-

плением непрямого билирубина в крови. От степени его накопления в крови зависит интенсивность желтухи. Как показали наблюдения, желтуха кожи становится видимой у новорожденного, когда уровень непрямого билирубина превышает 4 мг% по ван ден Бергу. При резко выраженной желтухе уровень непрямого билирубина повышается до 25—30 мг%.

Чрезмерное накопление непрямого билирубина не безразлично для организма новорожденного. Обладая токсическими свойствами, он приводит к нарушению тканевого метаболизма вследствие выключения дыхательных ферментов клеток. Нарушается функция печени (белковая, билирубин-выделительная, протромбин-образовательная и др.). При содержании в крови новорожденного непрямого билирубина выше 20 мг% у доношенных детей и выше 15 мг% у недоношенных детей поражается мозг — развивается так называемая «ядерная» желтуха.

Врожденная анемия новорожденных. Эта форма гемолитической болезни протекает относительно легко. Отмечается бледность кожных покровов, низкое количество гемоглобина и эритроцитов с увеличением количества незрелых форм. Печень и селезенка, как правило, увеличены.

Диагностика. В некоторых случаях диагностика гемолитической болезни при рождении ребенка не представляет значительных трудностей в связи с выраженными симптомами заболевания. Чаще же симптомы при рождении выражены слабо, и на клинической основе бывает трудно определить форму заболевания и решить, насколько тяжело оно будет протекать в дальнейшем. Поэтому в ранние сроки после рождения, когда клинические симптомы не могут помочь в определении тяжести заболевания, следует руководствоваться следующими показателями.

1. Отягощенный акушерский анамнез у матери (мертворождения, самопроизвольные выкидыши, рождение детей с гемолитической болезнью) должен заставить подумать о возможности более тяжелого заболевания,

так как последующие беременности ведут к усилению сенсибилизации у иммунизированных матерей.

2. Серологические данные: а) резус-отрицательная кровь у матери и резус-положительная кровь у ребенка (если заболевание связано с групповой несовместимостью, наличие 0 (I) группы у матери и А (II) или В (III) у ребенка); б) наличие резус-антител в сыворотке матери и их титр, так как при высоком титре резус-антител (начиная с 1 : 16 и выше) чаще бывают тяжелые формы заболевания ребенка; в) положительная проба Кумбса, позволяющая судить о насыщенности крови ребенка резус-антителами, проникшими из крови матери.

3. Клинические данные: бледная или желтоватая окраска кожных покровов ребенка при рождении, увеличенная печень и селезенка, быстро нарастающая желтуха. Особое значение имеет клинический анализ крови, особенно пуповинной крови при рождении, так как изменение крови при гемолитической болезни новорожденных выявляется значительно раньше, чем другие клинические признаки заболевания. Выявление в первые сутки в периферической крови большого количества незрелых ядерных форм эритроцитов (нормобластов и эритробластов) — более 10 нормобластов на 100 лейкоцитов — наряду с высоким ретикулоцитозом (выше 3%) и выраженными изменениями эритроцитов (анизо- и пойкилоцитоз) является признаком гемолитической болезни новорожденных. Важным показателем заболевания является высокое содержание в пуповинной крови билирубина — выше 3 мг% по ван ден Бергу. У здоровых новорожденных уровень билирубина в пуповинной крови колеблется от 0,7 до 3,0 мг%, составляя в среднем 1,5—1,6 мг%. В дальнейшем в ближайшие 72 ч жизни билирубин крови ребенка с гемолитической болезнью интенсивно нарастает, давая прирост за каждый час от 0,4 до 1 мг%, в то время как у здоровых новорожденных этот прирост в среднем равен 0,1 мг% за час.

Поскольку нарастание билирубина является одним из основных показателей тяжести состояния, то знание почасового прироста дает возможность своевременно решить вопрос о применении заменного переливания крови. Показанием к этому следует считать следующий уровень билирубина: а) в пуповинной крови при рождении — выше 3 мг% по ван ден Бергу; б) через 24 ч после рождения в венозной крови — выше 10 мг%; в) через 48 ч — выше 15 мг%; г) через 72 ч — выше 20 мг%.

Лечение. Заменное переливание крови является одним из главных лечебных средств в комплексной терапии гемолитической болезни новорожденных. Если заболевание обусловлено резус-несовместимостью, берется резус-отрицательная кровь, совместимая в групповом отношении с группой крови ребенка. Если такой резус-отрицательной крови не окажется, то можно провести заменное переливание резус-отрицательной крови 0 (I) группы. Для борьбы с гипербилирубинемией детям, получившим заменное переливание крови, равно как и детям, по какой-либо причине не получившим его, необходимо проводить комплексную дезинтоксикационную терапию, способствуя выведению непрямого билирубина и других продуктов гемолиза. Ребенку назначают медикаментозную терапию, способствующую повышению функциональной способности различных органов и систем, особенно печени, больше всего поражаемой при гемолитической болезни новорожденных.

Рекомендуется обильное потребление жидкости, а если ребенок пьет плохо, то внутривенное одномоментное или капельное вливание 5% раствора глюкозы, раствора Рингер-Локка, переливание альбумина, протеина или сухой плазмы, кровозаменителей (поливинилпирролидон, реополиглюкин, неокомпенсан). Поливинилпирролидон в виде 3,5% раствора (гемовинил) применяют внутривенно от 8 до 15 мл на 1 кг массы ребенка 1—2 раза в сутки. Назначают также глютаминовую

кислоту в виде 1% раствора по чайной ложке 3 раза в сутки.

Обязательным является применение препаратов, улучшающих функциональное состояние печени (цианокобаламин, пиридоксина гидрохлорид, тиамин бромид, метионин, антианемин). Назначают γ -глобулин, а когда есть признаки поражения центральной нервной системы (возбуждение, судороги), — аминазин (2—4 мг на 1 кг массы 3 раза в день) и оксигенотерапию.

В связи с поражением надпочечников, особенно если заболевание проявляется в форме тяжелой желтухи, необходимо назначать стероидные гормоны (гидрокортизон, преднизон или преднизолон). При нарушении билирубиновыделительной функции печени, когда у ребенка появляется обесцвеченный стул вследствие развития синдрома сгущения желчи, необходимо улучшить проходимость желчи через внепеченочные желчные пути, для чего назначают 20—25% раствор сульфата магния по 1 чайной ложке 2—3 раза в день в течение 6—8 дней, а также грелку на область печени и массаж области желчного пузыря.

Наряду с этими мероприятиями дети с гемолитической болезнью новорожденных нуждаются во внимательном уходе, правильном вскармливании. Вопрос о начале кормления таких детей молоком матери следует решать индивидуально. Если ребенок не получил заменного переливания крови, то его необходимо в течение 2—3 недель кормить донорским молоком.

Дети, перенесшие гемолитическую болезнь новорожденных, после выписки из родильного дома должны находиться под постоянным наблюдением педиатра и психоневролога. У детей, переболевших гемолитической болезнью новорожденных в форме тяжелой желтухи с неврологической симптоматикой в остром периоде, в дальнейшем может наступить поражение центральной нервной системы. Характерными симптомами такого поражения являются задержка развития статических функций (поздно начинает держать го-

лову, сидеть, ходить), отставание в умственном и физическом развитии. При наличии остаточных явлений со стороны нервной системы необходимо как можно раньше провести реабилитационную (восстановительную) терапию.

Активная реакция ребенка на окружающее, отсутствие симптомов поражения центральной и периферической нервной системы, нормальное психическое развитие, правильное и своевременное развитие статических функций являются признаками благоприятного исхода болезни.

У детей, перенесших гемолитическую болезнь, с 3—4-недельного возраста нередко обнаруживается анемия, поэтому следует в течение 2 месяцев следить за динамикой гемоглобина, делая анализы раз в 10—14 дней.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Беременность — сложный физиологический процесс, в котором активное участие принимает сердечно-сосудистая система. Наибольшие изменения в сердечно-сосудистой системе происходят на II—III и на VII—VIII месяцах беременности. Это самые ответственные периоды беременности для женщины с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

От 26 до 36-й недели беременности гемодинамические изменения достигают максимума: в полтора раза возрастает минутный объем сердца, учащается пульс, повышается давление в системе легочной артерии, увеличивается сосудистое периферическое сопротивление, замедляется капиллярный кровоток.

В последний месяц беременности указанные изменения уменьшаются.

Во время родов сердечно-сосудистая система испытывает новые перегрузки, связанные с быстрыми и рез-

кими колебаниями артериального и венозного давления и ударного объема сердца, перераспределением крови, задержкой дыхания, усиленной работой сердца в условиях недостаточной оксигенации организма.

Организм здоровой женщины справляется с повышенной нагрузкой, возникающей при беременности и во время родов. В случаях же заболеваний сердечно-сосудистой системы действие адаптационных механизмов может оказаться недостаточным, и в указанные критические периоды нередко наступает ухудшение состояния, а иногда и смерть.

Чаще всего у беременных встречаются: ревматизм и ревматические или врожденные пороки сердца, гипертоническая болезнь, гипотонические состояния, болезни миокарда.

В акушерской практике целесообразно пользоваться классификацией хронической сердечно-сосудистой недостаточности, предложенной Н. Д. Стражеско и В. Х. Василенко: *I стадия* характеризуется одышкой, сердцебиением, утомляемостью, появляющимися лишь при физической нагрузке; *II А стадия* — выражены признаки застоя в малом круге кровообращения: цианоз, одышка в покое, хрипы в легких, рентгенологическая картина застоя в легких и легочной гипертензии, замедление скорости кровотока по малому кругу; *II Б стадия* — выражены признаки застоя в большом круге кровообращения: увеличена печень, «застойные» почки, отеки, асцит, гидроторакс, высокое венозное давление, замедлена скорость кровотока; *III стадия* — необратимые изменения внутренних органов (цирроз печени и пр.).

Всех беременных с недостаточностью кровообращения следует госпитализировать. Помимо постельного режима назначают диету с ограничением хлорида натрия до 5 г и жидкости до 800—1000 мл в сутки. Рекомендуются продукты, содержащие ионы калия (картофель, капуста, курага и пр.) и достаточное количество витаминов группы В и аскорбиновой кислоты. В состав диеты должно входить: 120 г

белка, 70—80 г жира, 300—350 г углеводов, 5 г хлорида натрия, 6 г калия, 1,6 г кальция, 2 г фосфора, 30 мг железа. Калорийность должна составлять 2600—2800 ккал в первой половине беременности и 2800—3000 ккал во второй половине. Показана оксигенотерапия.

В качестве кардиотонических средств при сердечно-сосудистой недостаточности I стадии могут быть использованы горичвет или малые дозы наперстянки (по 0,05 г 2 раза в день).

В случаях недостаточности II и III стадий применяют наперстянку или ее гликозиды (дигитоксин и др.) в дозе 0,1 г 2—3 раза в сутки внутрь, по 0,1—0,2 г 2—3 раза в сутки в свечах ректально.

При необходимости получить быстрый эффект и в наиболее тяжелых случаях декомпенсации показано введение 0,05% раствор строфантина в течение строфантина. Внутривенно восходящих дозах 0,25—0,5—0,75 мл в 20 мл 40% раствора глюкозы ежедневно 1—2 раза в день. Назначают также коргликон (внутривенно 0,5—1 мл 0,6% раствора с глюкозой). Этот препарат можно применять вместо строфантина.

Из диуретических средств предпочтительнее неуртутные препараты (ди-хлотиазид по 25—50—75 мг в день 2—3 раза на протяжении недели). Одновременно дают хлорид калия по 1 г 3—4 раза в день во избежание гипокалиемии. Фуросемид (лазикс) назначают по 40 мг 2 раза в сутки, верошпирон, спиронолактон — по 25 мг 3 раза в сутки.

При активном ревматическом процессе лечение сердечной недостаточности приносит успех только при одновременном лечении ревматизма.

ОСТРАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БЕРЕМЕННЫХ

На фоне хронической сердечно-сосудистой недостаточности могут развиваться явления острой сердечной или острой сосудистой недостаточности.

сти, представляющие непосредственную опасность для жизни больной.

Острая сердечная недостаточность (сердечная астма, отек легких) может возникнуть при физическом или эмоциональном напряжении у беременных, рожениц и родильниц с митральным или аортальным стенозом, а также при гипертонической болезни.

Для лечения острой сердечной недостаточности у беременных применяют следующие средства: 1) строфантин — 0,5 мл 0,05% раствора или коргликон — 0,5—0,7 мл 0,06% раствора с 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно. Одновременно со строфантином внутривенно вводят эуфиллин (10 мл 2,4% раствора), изоланид (1—2 мл 0,02% раствора); 2) промедол (1 мл 2% раствора) для снятия общего возбуждения и для торможения дыхательного центра. Если имеется брадикардия, промедол вводят вместе с атропина сульфатом (0,5 мл 0,1% раствора); 3) увлажненный кислород, пропущенный через 70—90% раствор спирта (противопенная терапия), дают через носовой катетер; 4) наложение жгутов на бедра на 20—30 мин, поочередно на левую и правую конечности для депонирования крови, сидячее положение, банки, горчичники на грудную клетку; 5) кокарбоксилаза (100—200 мг внутримышечно); хлорид кальция (10 мл 10% раствора) внутривенно.

В случае неэффективности медикаментозной терапии показана срочная операция — митральная комиссуротомия по жизненным показаниям.

Острая сосудистая недостаточность (коллапс, шок) развивается в родах или раннем послеродовом периоде в результате большой кровопотери, надпочечниковой недостаточности, болевого раздражителя (разрыв матки, боль при инфаркте легких и др.).

Для лечения острой сосудистой недостаточности у беременных используют следующие средства, непосредственно или рефлекторно повышающие сосудистый тонус: кордиамин — 2 мл подкожно или внутривенно; кофеинбензоат натрия — 2 мл 10% раствора

подкожно; мезатон — 1—2 мл 1—2% раствора; гидрохлорид эфедрина — 0,5—1 мл 5% раствора; нитрат стрихнина — 1 мл 0,1% раствора внутримышечно. Применяют их в комбинации или один за другим, смотря по состоянию больной.

При недостаточной эффективности указанной терапии назначают: норадреналина гидротартрат — 4—5 мл 0,2% раствора с 500 мл раствора глюкозы или физиологического раствора внутривенно капельно со скоростью 20 капель в 1 мин; гидрокортизон — 125 мг внутримышечно, 10—20 ЕД кортикотропина (АКТГ) или 20 мг преднизолона внутривенно; внутривенную капельную трансфузию крови, плазмы, реополиглюкина или полиглюкина (особенно в случае кровопотери); гипертонический раствор глюкозы — 100 мл 25% раствора. Кислород и сердечные гликозиды применяют только при появлении признаков присоединяющейся сердечной недостаточности.

РЕВМАТИЗМ У БЕРЕМЕННЫХ

Часто у беременных наблюдаются рецидивы ревмокардита.

Обострение ревматизма в большинстве случаев начинается в первые три или последние два месяца беременности либо после родов.

Поскольку ревмокардит является одной из причин декомпенсации сердечной деятельности, очень важна своевременная диагностика его обострения. Особенностью ревмокардита у беременных, затрудняющей диагностику, является латентное течение его.

Поскольку диагностика активности ревматизма сложна, больная должна находиться в стационарных условиях, где возможно динамическое наблюдение за ней и проведение ряда лабораторных исследований.

В диагностике важную роль играет детальное изучение анамнеза, обнаружение хронических очагов инфекции (тонзиллит, синусит, холецистит и пр.), выявление субфебрилитета термометрией каждые 2—3 ч в течение нескольких дней и применение амидопирино-

вой пробы, электрокардиографическое исследование для выявления замедления предсердно-желудочковой проводимости, нарушений ритма и др.

Среди лабораторных тестов активности ревматического процесса наиболее распространены следующие: 1) высота титров антистрептолизина-0 (патологическим считается титр выше 1 : 250) и антигалауронидазы (выше 1 : 350); 2) С-реактивный белок, который не определяется у здоровых беременных; 3) диспротеинемия — уменьшение количества альбуминов до уровня ниже 50% и одновременно увеличение количества глобулиновых фракций; 4) баночная проба Вальдмана, выявляющая свойственный ревматизму эндотелиоз; проба считается положительной, если количество моноцитов в мазке крови, взятом из-под банки, в 2-3 раза превышает количество моноцитов в крови, взятой из пальца. Менее показательна дифениламиновая проба (в норме до 0,20).

Профилактика и лечение. Профилактика ревматизма заключается в ликвидации хронических очагов инфекции (санация зубов, миндалин и др.). Беременных, не болеющих ревматизмом, но страдающих частыми ангинами или хроническим тонзиллитом, направляют к оториноларингологу.

Медикаментозную профилактику обострения ревматизма наиболее целесообразно проводить в первые три и в последние два месяца беременности, когда чаще всего обостряется ревматический процесс. Ацетилсалициловую кислоту или амидопирин назначают в половине лечебной суточной дозы (т. е. соответственно 2 и 1 г в день), курс длится 3 недели. Одновременно назначают бициллин по 600 000 ЕД 1 раз в неделю в течение 6 недель.

Для лечения активного ревматического процесса широко применяют препараты пиразолонового ряда (пиразолидин, амидопирин, бутадиион, реопирин, анальгин), производные салициловой кислоты (ацетилсалициловая кислота, салицилат натрия), стероидные гормоны коры надпочечников, антибиотики.

Лечение ревматизма осуществляется в стационарных условиях. Обязательно соблюдение постельного режима и гипохлоридной диеты, богатой аскорбиновой кислотой, тиаминном и солями калия. Ацетилсалициловую кислоту назначают по 4—6 г в сутки (150—250 г на курс), амидопирин — по 2—2,5 г в сутки (70—120 г на курс). Бутадиион дают по 0,1 г 4 раза в сутки. При его назначении необходимо наблюдение за количеством лейкоцитов и протромбина в крови.

Могучим десенсибилизирующим действием обладают препараты стероидных гормонов надпочечников. Преднизолон назначают по 5 мг 2—3 раза в день (300 мг на курс) в комбинации с салицилатами. Заканчивая лечение преднизолоном, рекомендуется назначать кортикотропин (АКТГ) по 20—40 ЕД в сутки в течение 10 дней.

В первой половине беременности применение салицилатов и стероидных гормонов противопоказано из-за их возможного тератогенного влияния на плод.

Наряду с лечением салицилатами и гормонами показано назначение антибиотиков в первые и последние 10 дней лечения стероидными гормонами: 600 000 ЕД пенициллина и 0,5 г стрептомицина в сутки. Кроме того, больная с активной фазой ревматизма должна получать большие дозы аскорбиновой кислоты (до 1 г в сутки).

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ И ИХ ТЕЧЕНИЕ

Прогноз для беременности и родов при недостаточности митрального клапана благоприятный. Декомпенсация при этом пороке сердца наблюдается сравнительно редко (обычно вследствие обострения ревматизма).

Комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза, так же как и чистый митральный стеноз, представляет наибольшую опасность для женщины во время беременности и родов. При этом пороке сердца

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

кровь скапливается в малом круге кровообращения. Гиперволемиа, присущая беременности, усугубляет застой крови в легких. Поэтому декомпенсация у беременных с митральным стенозом развивается чаще и бывает тяжелее, чем при других пороках сердца. Мерцательная аритмия, нередко возникающая при митральном стенозе, вызывает тяжелое нарушение кровообращения, плохо поддающееся лечению, поскольку не всегда удается устранить мерцание предсердий.

Вопрос о возможности продолжения беременности при комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза желательного решать в стационарных условиях.

Аортальные пороки сердца — недостаточность клапанов аорты, стеноз устья аорты или комбинированный аортальный порок сердца — многие годы остаются компенсированными, поскольку адаптация к измененным условиям гемодинамики осуществляется мощным левым желудочком сердца. Однако, когда возникает декомпенсация, нормальное кровообращение бывает трудно восстановить до прежнего уровня.

При декомпенсированных аортальных пороках сердца беременность противопоказана.

Митрально-аортальные пороки сердца, как правило, во время беременности осложняются декомпенсацией кровообращения, которая бывает неодинаково выражена в зависимости от характера поражения клапанов сердца. Прогноз хуже при наличии митрального или аортального стеноза.

Недостаточность трехстворчатого клапана — редкий органический порок сердца, чаще это относительная недостаточность вследствие расширения правых отделов сердца при митральном стенозе. Недостаточность трехстворчатого клапана сопровождается застойными явлениями в большом круге кровообращения. Беременность при этом пороке сердца противопоказана.

Врожденные пороки сердца подразделяют на «синие» и «бледные». При пороках, протекающих с резкой синюшностью, артериализация крови в легких недостаточна, частично смешиваются венозная и артериальная кровь и возникает компенсаторная полицитемия и недостаточность сердечной деятельности. В связи с хронической гипоксией, вредно сказывающейся на состоянии здоровья матери и плода, беременность при «синих» пороках противопоказана.

К этой группе пороков относятся триада, тетрада и пентада Фалло.

Лучше прогноз при врожденных пороках «бледного» типа. К ним относятся незаросший аортальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз легочной артерии, стеноз (коарктация) аорты.

Когда есть признаки нарушения кровообращения, беременность при любом врожденном пороке противопоказана.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ У БЕРЕМЕННЫХ

Различают гипертоническую болезнь с медленно прогрессирующим течением, в котором выделяют три стадии — транзиторную (I), неустойчивую (II) и стабильную, склеротическую (III) и гипертоническую болезнь с быстро прогрессирующим течением (злокачественная гипертония).

Артериальное давление во время беременности изменяется волнообразно: несколько увеличивается в начале беременности, снижается между 14—28-й неделями и повышается к родам. Если в середине беременности артериальное давление не снижается, это прогностически неблагоприятный признак.

У многих женщин с гипертонической болезнью беременность осложняется нефропатией.

Гипертоническую болезнь необходимо дифференцировать от гипертонии при нефропатии и хроническом гломерулонефрите (табл. I).

**Дифференциальные признаки гипертонической болезни, нефропатии
и гломерулонефрита**

Симптомы	Гипертоническая болезнь	Нефропатия	Гломерулонефрит
Повышение артериального давления до беременности Изменения в сердце	Есть Есть	Нет Нет	Иногда Редки
Изменения сосудов сетчатки глаз Изменения в моче Отеки Анемия Остаточный азот, мочеви́на	Ангиосклероз, артериовенозный перекрест Нет Нет Нет В норме	Спазм сосудов Обычно есть Вначале на ногах Нет В норме	Мало выражены Есть Вначале на лице Есть Увеличены

При I стадии гипертонической болезни беременность допустима, при II стадии вопрос решается индивидуально после обследования в стационарных условиях, при III стадии и злокачественной гипертонии беременность противопоказана.

Для лечения гипертонической болезни у беременных ограничивают прием жидкости (до 1 л) и хлорида натрия. Делают разгрузочные «фруктовые», «творожные» дни (1,5 кг яблок или 600 г творога, 100 г сахара и 50 г сметаны в день).

Всем больным гипертонической болезнью полезно давать седативные средства: бромиды, препараты валерианы, седуксен, триоксазин и пр. При I стадии гипертонической болезни медикаментозная терапия этим может ограничиться. При II стадии в качестве гипотензивных средств показаны раунатин — по 0,1—0,25 мг 2—3 раза в день, папаверина гидрохлорид 2 мл 2% раствора 2 раза в день, дибазол — 2 мл 0,5% раствора 2 раза в день, эуфиллин — 0,2 г 3 раза в день, а также ганглиоблокаторы (арфонад, бензогексоний, ганглерон, орнид, пентамин).

Кислородотерапия показана при всех стадиях гипертонической болезни.

**АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТОНИЯ
У БЕРЕМЕННЫХ**

Артериальная гипотония может быть конституциональной особенностью индивидуума или симптомом заболевания. Она проявляется головокружениями, головной болью, слабостью, утомляемостью. При гипотонии нередко развиваются обмороки и коллаптоидные состояния. Характерны мышечная слабость, сосудистая лабильность, склонность к анемии, гипогликемия, адинамия.

Артериальная гипотония в большинстве случаев не является противопоказанием для сохранения беременности.

Для лечения применяют продолжительные курсы внутривенных введений глюкозы (20 мл 40% раствора) с тиамин (1 мл 5% раствора), кордиамин (по 2 мл подкожно или по 20 капель 3 раза в день внутрь), мезатон (1 мл 1% раствора 2 раза в день подкожно).

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

При первом обращении беременной в женскую консультацию она должна быть тщательно обследована не только акушером-гинекологом, но и тера-

певтом для своевременного выявления возможных сопутствующих заболеваний, в том числе заболеваний сердечно-сосудистой системы. Надо тщательно исследовать сердечно-сосудистую систему женщины в самом начале беременности, то есть до того периода, когда беременность может вызвать функциональные изменения.

Беременные женщины с заболеваниями сердца или сосудов должны обследоваться акушером и терапевтом не реже двух раз в месяц.

Исследуя беременную с пороком сердца, необходимо прежде всего уточнить характер поражения клапанного аппарата, что имеет большое значение для прогноза. Пороки двухстворчатого клапана прогностически менее благоприятны, чем пороки аортального клапана. Митральный порок с преобладанием стеноза особенно неблагоприятен, так как вызывает застойные явления в легких, что может привести к отеку легких во время родов.

Установить характер поражения клапанов еще не достаточно, так как работоспособность сердца зависит и от состояния сердечной мышцы. Поэтому кроме клинических и лабораторных методов исследования по назначению терапевта производится рентгеноскопия грудной клетки и электрокардиографическое исследование.

Необходимо также решить вопрос о наличии и степени недостаточности кровообращения. Это имеет большое значение, потому что при различной степени нарушения кровообращения следует применять различную терапию, а также по-разному решать вопрос о возможности продолжения беременности и методах родоразрешения.

Обследуя беременную с пороком сердца, необходимо обязательно выяснить степень активности ревматического процесса.

После установления у беременной заболевания сердечно-сосудистой системы решают вопрос о возможности сохранения беременности. Такие беременные состоят на особом учете женских консультаций и в течение всей беременности находятся под система-

тическим наблюдением акушера-гинеколога и терапевта. Нужна также своевременная периодическая госпитализация беременных.

После выписки родильницы с сердечно-сосудистым заболеванием из родильного дома за ней должно быть организовано наблюдение акушера и терапевта (в том числе и путем активного патронажа на дому).

Сохранение беременности противопоказано при следующих заболеваниях: 1) ревматический эндокардит; 2) затяжной или подострый септический эндокардит; 3) недостаточность кровообращения любой стадии, возникшая до беременности или развившаяся в первые 12 недель беременности; 4) митральный стеноз, особенно с выраженными признаками легочной гипертензии; 5) аортальные пороки сердца в прошлом; 6) митрально-аортальные пороки сердца, особенно сочетание митрального стеноза и аортальной недостаточности; 7) недостаточность трехстворчатого клапана; 8) после митральной комиссуротомии, если диагностируется рестеноз или неадекватная комиссуротомия, при выраженных изменениях миокарда, значительной легочной гипертензии, мерцательной аритмии, обострения ревматизма; 9) мерцательная аритмия; 10) гипертоническая болезнь III стадии или злокачественного течения; 11) врожденные пороки сердца и сосудов «синего» типа; 12) врожденные пороки сердца с признаками легочной гипертензии или нарушения кровообращения; 13) сочетание нескольких заболеваний сердца и сосудов: а) порок сердца и гипертоническая болезнь; б) порок сердца и хронический гломерулонефрит; в) митральный стеноз и тиреотоксическое сердце; г) митральный стеноз и кифосколиоз и др.

При наличии вышеуказанных противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы беременность рекомендуется прервать в первые 12 недель.

Вопрос о необходимости аборта по медицинским показаниям при беременности свыше 12 недель решается в индивидуальном порядке.

Подготовка к родам. Женщин с заболеванием сердца или сосудов готовят к родам в течение всей беременности. Их госпитализируют в специализированное отделение патологии беременности за 2—3 недели до родов.

Подготовке к родам предшествует прежде всего исследование функционального состояния кровообращения, уточнение характера поражения сердца, выявление активности ревматического процесса.

В стационаре до родов проводят лечение выявленных нарушений (недостаточности кровообращения, обострения ревматического процесса, повышения артериального давления и т. д.), а также выбирают метод родоразрешения в соответствии с состоянием беременной. Вопрос о методике родоразрешения при сердечно-сосудистой патологии решают совместно с терапевтом и анестезиологом-реаниматологом.

Самостоятельное родоразрешение через естественные родовые пути допустимо при следующих условиях: 1) недостаточность митрального клапана в стадии компенсации; 2) комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза в стадии компенсации; 3) аортальный порок сердца в стадии компенсации; 4) врожденные пороки сердца «бледного» типа без нарушения кровообращения; 5) гипертоническая болезнь I и II стадий без гипертонических кризов во время беременности; 6) гипотония; 7) недостаточность кровообращения I стадии во время беременности, ликвидированная к сроку родов (допустимо только у повторнородящих).

Выключение потуг операцией наложения акушерских щипцов показано при: 1) недостаточности кровообращения I и II стадий во время беременности у первородящих и IIА стадии у повторнородящих, независимо от заболевания сердца, вызвавшего декомпенсацию, даже если к родам явления недостаточности ликвидированы; 2) недостаточности кровообращения IIБ стадии во время беременности, пере-

шедшей к сроку родов в I или IIА стадию; 3) гипертонической болезни I и II стадий, сопровождающейся кризами во время беременности; 4) нарушении кровообращения во время родов; 5) приступах коронарной недостаточности во время беременности или родов; 6) миокардите (ревмокардите) с недостаточностью кровообращения I и IIА стадий.

Родоразрешение путем кесарева сечения показано при: 1) недостаточности кровообращения IIБ и III стадий, сохранившейся к сроку родов (независимо от заболевания, вызвавшего декомпенсацию); 2) септическом эндокардите; 3) мерцательной аритмии; 4) значительной легочной гипертензии; 5) гипертонической болезни III стадии и злокачественной гипертонии; 6) сочетании сердечной и акушерской патологии (нужно учитывать тяжесть каждой из них). Желательно, чтобы метод родоразрешения выбирался совместно акушером, анестезиологом и терапевтом.

Ведение родов. Остро возникающая сердечно-сосудистая недостаточность выявляется по следующим симптомам: цианоз, тахикардия (пульс свыше 110 ударов в минуту), повышение артериального давления, одышка (частота дыханий выше 24 в минуту), застойные хрипы в нижних отделах легких.

Во время родов необходимо продолжать лечение сердечно-сосудистой недостаточности и ревматизма, а также осуществлять лечебно-профилактические мероприятия всем роженицам с сердечно-сосудистой патологией.

Рекомендуется периодически проводить оксигенотерапию на всем протяжении родов (желательна гипербарическая оксигенация). В первом периоде родов вводят строфантин (0,25 мл 0,05% раствора с глюкозой) внутривенно, повторяя вливание его через каждые 12 ч или в послеродовом периоде. Кроме того, в послеродовом периоде при снижении артериального давления вводят кордиамин или кофеин подкожно. При недостаточности митрального клапана сразу после рождения ребенка показана тугая перевязка живота.

Роженицам с заболеванием сердечно-сосудистой системы роды тщательно обезболивают для исключения влияния болевой импульсации на сердечно-сосудистую систему.

Лучшим видом обезболивания является ингаляция закиси азота с кислородом. Закись азота безопасна для матери и плода и обладает хорошим обезболивающим действием. Обезболивание родов следует проводить с самого начала родовой деятельности. С этой целью в настоящее время широко применяют виадрил, дроперидол (ГОМК), сомбревин (эпонтол) и др. Можно также применять промедол (1 мл 2% раствора) и апрофен (1 мл 1% раствора) вместе со спазмолитическими средствами.

Операцию наложения акушерских щипцов также лучше выполнять под наркозом закисью азота с кислородом. Эфирный наркоз противопоказан. У рожениц с компенсированным кровообращением можно применять пундальную новокаиновую анестезию.

ЗООНОЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ТОКСОПЛАЗМОЗ

Токсоплазмоз вызывает серьезные нарушения в ряде органов и систем человека, являясь одной из причин акушерской и детской патологии.

Возбудитель токсоплазмоза — *Toxoplasma gondii* — одноклеточный паразит из класса простейших, открыт в 1908 г. у африканских грызунов гонди. Обстоятельное изучение токсоплазмоза начато с 1939 г., когда удалось выделить возбудитель у больного человека.

Главный источник заражения людей токсоплазмозом — больные животные и птицы, среди которых наблюдаются токсоплазмозные эпизоотии. У животных токсоплазмоз протекает латентно.

Заражение человека может произойти при попадании возбудителя в организм с сырыми или недостаточно термически обработанными продуктами

животного происхождения или же через поврежденные слизистые оболочки и кожу из мочи, кала, слюны, слизи, крови, в которых содержатся токсоплазмы.

Наиболее изучен трансплацентарный путь передачи токсоплазмоза от человека к человеку. В результате заражения плода через плаценту ребенок рождается с явлениями врожденного токсоплазмоза.

Длительность инкубационного периода заболевания зависит от вирулентности, дозы возбудителя и иммунобиологических свойств организма. При лабораторном заражении он колеблется от 3 до 9 дней.

Клинические проявления токсоплазмоза многообразны. До настоящего времени нет единой классификации этого заболевания. Различают врожденный и приобретенный токсоплазмоз.

Приобретенный токсоплазмоз может протекать остро, подостро и хронически. Наблюдаются следующие формы его течения: 1) лимфогранулярная — поражение лимфоузлов с относительно мало выраженной общей интоксикацией; 2) экзантемная — с общей тяжелой интоксикацией (наружными высыпаниями) и поражением внутренних органов (миокардит, интерстициальная пневмония, гепатит, гломерулонефрит, энтероколит); 3) менинго-энцефалитическая форма; 4) висцеральная — с поражением сердца, печени, легких и других органов; 5) глазная — с преимущественным поражением сетчатой оболочки глаза; 6) стертая, нетипичная, латентная форма токсоплазмоза.

Приобретенный токсоплазмоз, как правило, протекает в хронической форме, и она заслуживает особого внимания, так как приводит к тяжелой акушерской и детской патологии (самопроизвольные аборт, преждевременные роды, мертворождения, акушерские кровотечения, рождение детей с врожденными пороками и аномалиями развития).

Диагноз токсоплазмоза можно поставить лишь при комплексном

клинико-лабораторном исследовании больных.

Врожденный токсоплазмоз. Стадия врожденного токсоплазмоза зависит от срока беременности, на котором произошло заражение плода. Если плод заражается в последнюю неделю внутриутробной жизни, ребенок рождается с заболеванием в стадии генерализации, характеризующейся гепатоспленомегалией, лихорадкой, возможны желтуха, экзантема, пневмония, поражение сердца.

В более ранние сроки инфицирования плода стадия генерализации заканчивается внутриутробно. В таких случаях ребенок рождается с подострым течением заболевания, причем преобладают симптомы поражения центральной нервной системы (менинго-энцефалит, проявляющийся судорогами, параличами, рвотой, беспокойством (или адинамией), гидроцефалия или микроцефалия).

Если острая и подострая стадии болезни прошли внутриутробно, ребенок рождается с хроническим токсоплазмозом. При этом отмечаются органические поражения центральной нервной системы, различные врожденные уродства и пороки развития: болезнь Дауна, болезнь Литтля, гидроцефалия, микроцефалия, олигофрения, идиотия, эпилепсия, пороки сердца, расщепление губы, твердого и мягкого неба, анэнцефалия, микрофтальмия, недоразвитие и уродства конечностей, спинномозговая грыжа, анофтальмия, врожденная катаракта, хориоретинит, косоглазие, гипоспадия, гермафродитизм и др.

Все перечисленные поражения бывают в случаях, когда беременность сохраняется и плод продолжает развиваться до момента рождения. В некоторых случаях плод погибает и беременность заканчивается самопроизвольным абортom, мертворождением или рождением нежизнеспособного ребенка.

Учитывая, что токсоплазмоз является одной из причин акушерской и детской патологии, для наиболее широкого и полного его выявления следу-

ет подвергать специальному обследованию следующие контингенты женщин в детородном периоде: 1) с отягощенным акушерским анамнезом (самопроизвольные аборты, преждевременные роды, мертворождения, акушерские кровотечения, рождение детей с различными аномалиями); 2) у которых рождались дети с гидроцефалией, микроцефалией, болезнью Дауна, болезнью Литтля; 3) с поражением органа зрения (хориоретинит, увеит, врожденная катаракта, косоглазие, миопия и другие поражения, особенно неясной этиологии); 4) страдающих неврологическими заболеваниями неясной этиологии; 5) с поражением внутренних органов, особенно невыясненной этиологии (заболевания сердца и сосудов, печени, легких, лимфатических узлов). Кроме того, необходимо периодически проверять женщин детородного периода, соприкасающихся по роду своей профессии с домашними и дикими животными, птицами или продуктами животного происхождения, с больными токсоплазмозом людьми. К последним могут относиться животноводы, рабочие птицеферм, ветеринары, зоотехники, рабочие боен, мясокомбинатов, кожевенной промышленности, работники пищеблоков, вивариев, медицинские работники акушерско-гинекологических, хирургических и инфекционных отделений. Женщинам этих контингентов следует делать внутрикожную аллергическую пробу. Противопоказаниями к такой пробе являются острые лихорадочные состояния, аллергические заболевания и туберкулез в активной форме.

Лица с положительной внутрикожной аллергической пробой направляются для дальнейшего комплексного амбулаторно-клинического и специального серологического исследования (постановка реакции связывания комплемента). Реакцию следует производить в бактериологических лабораториях районных, городских и областных санэпидстанций.

Данные многочисленных исследований показывают, что реакция связывания комплемента с токсоплазмозным

антигеном не всегда является специфичной. Поэтому отрицательный результат этой реакции, полученный при однократном исследовании, не дает права врачу окончательно отрицать диагноз токсоплазмоза, а наличие у больного клинических симптомов требует повторного серологического исследования.

Для дифференциации токсоплазмоза от других заболеваний, которые могут вызвать подобную акушерскую и детскую патологию, необходимо одновременно производить серологические реакции на листериоз, бруцеллез и сифилис, а также на резус-принадлежность и резус-антитела.

Лечение токсоплазмоза у беременных женщин. При назначении лечения следует учитывать характер токсоплазмозного процесса, срок и течение беременности, общее состояние беременных, изменения в органах и системах, а также состояние плода.

А. Г. Пап рекомендует применять 5 курсов лечения. Каждый курс продолжительностью 28—30 дней состоит из двух циклов с перерывами между ними в 10 дней. Первый курс проводится до наступления беременности, второй — после 8—12-й недели беременности, третий — с 20-й по 24-ю неделю, четвертый — с 32-й до 36-й недели, а пятый курс назначают в раннем послеродовом периоде (при малейшем подозрении на врожденный токсоплазмоз у новорожденных).

Цикл лечения включает: хлоридин — по 0,025 г 2 раза в день в течение 5 дней; сульфадимезин — по 0,5 г 3 раза в день в течение 7 дней; глюкозу (20 мл 40% раствора) с аскорбиновой кислотой (2 мл 5% раствора) внутривенно в течение 10 дней; тиамин бромид (1 мл 5% раствора) и пиридоксина гидрохлорид (1 мл 5% раствора) внутримышечно, чередуя их в течение 10 дней; никотиновую кислоту (0,02 г) и аскорбиновую кислоту (0,25 г) 2—3 раза в день в течение 10 дней; увлажненный кислород в кислородной палатке продолжительностью 30—40 мин ежедневно в течение 10 дней. Лечение проводится в ста-

ционаре индивидуально под контролем крови, мочи.

Схема лечения у небеременных женщин несколько иная: хлоридин — по 0,025 г 2 раза в день; сульфадимезин — по 0,5 г 4 раза в день. Оба препарата назначают в течение 10 дней. Промежуток между курсами составляет 4—6 недель. Кроме хлоридина и сульфадимезина применяют соответствующее симптоматическое лечение.

Такую же схему лечения следует назначать и больным токсоплазмозом с различными поражениями (глаз, центральной нервной системы, внутренних органов и др.).

Количество курсов зависит от течения заболевания. В период лечения 2—3 раза делают серологическое исследование (реакция связывания комплекта).

Беременные женщины, больные токсоплазмозом, могут рожать в общих родильных отделениях, но с соблюдением предупредительных мер против внутрибольничного заражения других рожениц.

При употреблении хлоридина и сульфадимезина возможны побочные явления (тошнота, рвота, головная боль, головокружение), но они кратковременны. В таких случаях можно сделать перерыв на один день в приеме хлоридина или сульфадимезина.

Все выявленные больные женщины и дети должны находиться под диспансерным наблюдением в женских и детских консультациях до полного выздоровления.

ЛИСТЕРИОЗ

Возбудителем болезни является бактерия *listeria monocytogenes*. Листериоз встречается у свиней, овец, коз, лошадей, коров, собак, кошек, а также у грызунов, лисиц и птиц. Заражение может произойти при употреблении в пищу молока и мяса больных листериозом животных, а также при вдыхании инфицированной пыли.

Входными воротами листериозной инфекции являются рото- и носоглотка, миндалины, слизистые оболочки глаз и пищеварительного тракта. Заражение плода листериями может произойти в любой срок беременности.

Различают *четыре клинические формы листериоза*: ангинозно-септическую, мозговую, септико-грануломатозную и глазо-железистую. Заболевание может протекать остро, подостро, хронически и abortивно.

Симптоматология листериоза не одинакова при разной клинической форме болезни. У беременных особого внимания заслуживают ангинозно-септическая и мозговая формы листериоза.

При листериозе у беременных могут быть самопроизвольные аборты, внутриутробная смерть плода, мертворождения, аномалии развития плода и т. д. Часто наблюдается лихорадка. В крови — моноцитоз, мононуклеоз (лимфоцитоз), лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижение процента полинуклеаров. В спинномозговой жидкости отмечается цитоз.

При септико-грануломатозной форме наиболее характерные изменения наблюдаются в печени, селезенке, лимфатических узлах, сердце, центральной нервной системе, мозговых оболочках, матке, плаценте и органах новорожденных. При этом характерным является образование в тканях органов так называемых *листериом* — серовато-белых или желтоватых гранулезных узелков, состоящих из скопления в центре листерий, частично фагоцитированных, и большого количества ретикулярных и мононуклеарных клеток на периферии, а также ядерного детрита. У плода обнаруживаются признаки септицемии.

Серологическая диагностика состоит в постановке реакции агглютинации и реакции связывания комплемента с листериозным антигеном.

Лечение. При беременности проводится комбинированное лечение листериоза антибиотиками и сульфаниламидами. Наиболее эффективны анти-

биотики тетрациклинового ряда (тетрацилин, тетрациклин, тетраолеан, олететрин, сигмамицин, олеандомицин). Их назначают в течение 10 дней, после чего дают сульфадимезин по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дней. На протяжении беременности проводят от одного до трех курсов лечения, причем при повторных курсах назначают только сульфадимезин.

ЦИТОМЕГАЛИЯ

Возбудителем заболевания является вирус. Поражаются околушная и поджелудочная железы, печень, кишечник, органы дыхания, почки, мозг.

Болезнь может обнаруживаться у новорожденных, причем в подавляющем большинстве случаев диагноз устанавливается посмертно. При этом характерным признаком является обнаружение в отдельных органах гигантских клеток, а в них — внутриядерных и протоплазматических включений.

У беременных цитомегалия протекает латентно и может быть причиной самопроизвольного аборта, недонашивания беременности и перинатальной смертности. Инфекция нередко поражает плод в первые три месяца беременности, т. е. в период органогенеза, что может явиться причиной развития уродства.

Клиническая картина болезни у новорожденных характеризуется прогрессирующей желтухой и явлениями геморрагического диатеза с кровоизлияниями в кожу и слизистые, увеличением печени и селезенки.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с резус-конфликтом, врожденным сифилисом, токсоплазмозом и сепсисом.

Методы профилактики и лечения цитомегалии не разработаны. Предполагается, что источником заражения человека служат инфицированные продукты питания и животные, так как это заболевание распространено среди морских свинок, грызунов, лисиц, обе-

зьян и норок. Возможна капельная и контактная передача вируса.

Лечат заболевание антибиотиками тетрациклинового ряда, а также препаратами коры надпочечников (гидрокортизон, преднизолон).

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Течение большинства инфекционных заболеваний при беременности тяжелее, чем у небеременных. Это особенно относится к тифу, гриппу и некоторым другим инфекционным заболеваниям. Важнейшее осложнение — прерывание беременности (аборт или преждевременные роды), часто наступающее при острых инфекционных заболеваниях, влечет за собой ухудшение течения заболевания вследствие кровопотери, истощения и изменения обмена веществ.

Беременность при острых инфекциях может прерываться по следующим причинам: 1) высокая температура; 2) токсический геморрагический децидуальный эндометрит, нарушающий связь плодного яйца с маткой; 3) быстрая внутриутробная гибель плода в результате тяжелой интоксикации.

Причины смерти плода при инфекционных заболеваниях разнообразны: перегревание термолabileного организма плода, отравление токсинами матери, проходящими через плацентарный барьер, заражение инфекционным заболеванием в результате перехода бактерий-возбудителей через плацентарный барьер (тифы, грипп).

Брюшной тиф в 60—80% случаев прерывает беременность (чаще в ранние сроки и реже — в поздние). Выкидыш обычно наступает на 2—3-й неделе болезни при внутриутробной смерти плода, который погибает от действия токсинов. Реакция Видаля у плода почти всегда положительна. Роды в период заболевания брюшным тифом протекают нормально, послеродовый период может осложниться маточным кровотечением. Пре-

дохранительные прививки беременным не разрешаются.

Брюшной тиф в послеродовом периоде может быть смешан с послеродовым септическим заболеванием. Диагноз устанавливают на основании клинического наблюдения (лихорадка, характерный пульс, розеола, увеличенная селезенка), серологического и бактериологического исследований. Кормление грудью лучше запретить, хотя молоко матери бацилл не содержит.

Сыпной тиф, по данным И. М. Львова, вызывает прерывание беременности в первой половине ее в 66%, а во второй — только в 17,5%.

Возвратный тиф особенно часто ведет к прерыванию беременности, причем спирохеты попадают в кровь плода.

Грипп почти в 30—40% вызывает прерывание беременности, особенно в поздних сроках ее; пандемии гриппа нередко ведут к снижению рождаемости. У рожениц, заболевших гриппом, схватки развиваются вяло и очень болезненны. Послеродовый период нередко осложняется кровотечениями, послеродовыми заболеваниями, пневмонией, эмпиемой легких. В пандемию гриппа смертность рожениц и родильниц максимальна, а внутриутробная гибель плода и смертность новорожденных достигает 40%. Гриппозная пневмония протекает у беременных в виде тяжелых мигрирующих форм, нередко с летальным исходом; беременность обычно прерывается.

Малярия ведет к прерыванию беременности почти в половине случаев; чаще наступают аборт, реже — преждевременные роды. Патогенез недонашиваемости усматривают в недостатке аскорбиновой кислоты, что задерживает образование гормона желтого тела. Затяжная нелеченная малярия вызывает у беременных анемию. Малярия, осложненная анемией, также ведет, по В. А. Лосицкой, к недонашиваемости и дает высокую детскую смертность, повышению числа послеродовых заболеваний и материнской смертности. Лечение беременных,

больных малярией акрихином и другими противомаларийными средствами, обязательно.

Инфекционный гепатит (болезнь Боткина) при беременности имеет более тяжелое течение. По М. А. Даниахий, инфекционный гепатит дает у беременных, особенно первобеременных, наибольшую летальность изо всех острых инфекционных заболеваний. Единственным средством сохранения жизни женщины при этом заболевании М. А. Даниахий считает своевременное (при малейших признаках недостаточности печени) прерывание беременности независимо от ее срока. Показанием для этого являются признаки нарастания интоксикации, общая слабость, угнетенное состояние, усиление желтухи, тахикардия (до 120 ударов в минуту) при нормальной температуре, пастозность лица и нижних конечностей, нейтрофильный лейкоцитоз.

По Х. Ж. Жуматову и Ф. Г. Дардик, неблагоприятный исход инфекционного гепатита отмечается у 37% беременных, летальный — у 9,3%; преждевременные роды и искусственное прерывание беременности — у 24%, переход в хронический гепатит — у 3,7%. Беременные заболевают инфекционным гепатитом почти в 5 раз чаще, чем небеременные. Это объясняется высокой восприимчивостью организма беременных к вирусу инфекционного гепатита вследствие изменения функции печени. С увеличением срока беременности болезнь протекает тяжелее. Острая дистрофия печени как следствие гепатита наступает чаще во второй половине беременности.

Туберкулез. Из туберкулезных поражений органов туберкулез гортани является самым опасным для беременных, ибо быстро прогрессирует и в большинстве случаев кончается смертью. Туберкулез гортани поэтому является прямым показанием к проведению абортa. Прерывать беременность следует в первые месяцы, так как во второй половине беременности удаление плода уже не останавливает обострения туберкулезного процесса.

Влияние беременности на туберкулезные поражения костей, суставов также неблагоприятно.

При туберкулезе почек, обостряющемся во время беременности, не следует откладывать нефрэктомии; после операции беременность и роды обычно протекают без осложнений.

Влияние беременности на течение туберкулеза легких прежде переоценивалось. Несомненно, что беременность во второй ее половине, послеродовой период и лактация оказывают неблагоприятное влияние на течение туберкулеза. Туберкулез легких обычно не нарушает течения беременности, особенно в первой половине, но в тяжелых случаях, вследствие интоксикации, высокой температуры и постоянных напряжений при сильном кашле, могут наступить преждевременные роды.

У беременных с активной формой туберкулеза легких, также как у беременных с легочно-сердечной недостаточностью, чаще, чем у здоровых, наступают преждевременные роды. Основной патогенетический фактор в этих случаях — острое и хроническое кислородное голодание. Интоксикация, усиливая кислородное голодание, служит лишь причиной, предрасполагающей к преждевременным родам.

Переход микобактерий от беременной к плоду через плаценту наблюдается очень редко. Чаще новорожденные инфицируются аэрогенным путем, вследствие контакта с матерью. Масса и длина ребенка, рожденного женщиной, больной туберкулезом, обычно нормальны; процент смертности изолированных детей не превышает обычного. Но при недостаточной изоляции смертность новорожденных резко возрастает.

Беременность у женщин, страдающих туберкулезом легких, нежелательна, если нет уверенности в полной компенсации туберкулезного процесса. Вопрос о том, могут ли донашивать беременность такие больные, должен решать фтизиатр совместно с акушером. Второй период родов желательно сократить (перинеотомия, выходные щипцы). Ведение родов у женщин с

пневмотораксом или перенесших торакопластику должно быть оперативным, чтобы выключить потужную деятельность. Лечение туберкулеза у беременных наложением искусственного пневмоторакса (одностороннего) допустимо.

Бруцеллез. Частота самопроизвольных абортов у женщин, больных бруцеллезом, составляет 8,6% (А. П. Виговский). Наиболее часто беременность прерывается в ранние сроки (9—10 недель). По данным Н. Г. Раевской, при бруцеллезе антенатальная смерть плода бывает в 10,9% случаев. Бруцеллез может быть причиной врожденных уродств развития.

Диагноз бруцеллеза у женщин с привычными выкидышами (чаще в ранние сроки беременности) ставится на основании положительных серологических реакций Райта и Хеддльсона. Роды при бруцеллезе чаще осложняются первичной слабостью родовой деятельности, маточными кровотечениями. Перинатальная смертность в несколько раз превышает обычную. В послеродовом периоде чаще встречаются осложнения в виде лихорадочных послеродовых заболеваний.

Бруцеллез требует своевременного лечения ударными дозами антибиотиков.

ВЕНЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ГОНОРЕЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Гонорея внутренних половых органов часто бывает причиной женского бесплодия, а также может обусловить внематочную беременность. Возбудителем заболевания является гонококк (диплококк) Нейсера. В случаях хронических воспалительных изменений в матке и придатках беременность может вызвать обострение процесса. При этом отмечаются явления кольпита, эндоцервицита с обильными белями, иногда отмечается разрастание остроконечных кондилом на коже наружных половых органов и во влагалище. Возможно восхождение инфекции в верх-

ние отделы внутренних половых органов, что нередко приводит к гибели плодного яйца и прерыванию беременности.

Если заражение гонореей произошло во время беременности, то клиническая картина гонореей носит бурный характер, однако инфекция чаще всего не переходит за пределы внутреннего зева. Восхождение инфекции за пределы внутреннего зева матки обычно происходит в родах или после родов. При этом имеется прямая возможность заражения ребенка. Нередко при гонорее наступает преждевременное прерывание беременности.

Раннее выявление гонореей у беременных должно проводиться врачами женской консультации, а у рожениц и родильниц — врачами стационара. Лечение гонореей беременных проводится в специальном учреждении — венерологическом диспансере, а родильниц — в родильном учреждении по инструкции вендиспансера. В родильных учреждениях у всех родильниц на третьи сутки берутся мазки из цервикального канала, влагалища и уретры для бактериоскопических исследований с целью выявления гонококковой инфекции.

Диагностика гонореей при беременности почти ничем не отличается от диагностики этой болезни у небеременных женщин. Проводятся бактериологические исследования и бактериоскопия мазков выделений из уретры, парауретральных ходов. Однако нужно иметь в виду, что у беременных может наблюдаться положительная реакция Борде — Жангу и при отсутствии гонореей. Провоцирующие методы (гоновакцина, диатермия, химические вещества) с целью диагностики заболевания при беременности противопоказаны.

Лечение гонореей при беременности должно быть таким же, как и у небеременных женщин. С лечебной целью широко применяют антибиотики и сульфаниламиды. Местное лечение можно проводить с большой осторожностью, оно должно быть направлено в основном на туалет и санацию влагалища

и наружных половых органов. Всякие манипуляции в области шейки матки могут привести к прерыванию беременности.

СИФИЛИС И БЕРЕМЕННОСТЬ

При беременности активная форма болезни встречается редко, обычно преобладают скрытые ее формы.

Плод больной сифилисом женщины заражается через плаценту, так как возбудитель сифилиса — бледная спирохета — легко проникает через плацентарный барьер. В эмбрионах малых сроков беременности возбудителя сифилиса обычно не находят, поэтому для сифилиса характерными являются поздние выкидыши и преждевременные роды мацерированным плодом. По данным И. И. Лихачева, у женщин, больных сифилисом, беременность заканчивается в 10—15% выкидышем, в 45—50% — мертворождением, в 20—30% — рождением живых детей, но с явлениями врожденного сифилиса и только в 10—15% — рождением детей без клинических признаков заболевания. На общее состояние беременной сифилис почти не влияет.

При гистологическом исследовании органов мертворожденного плода обнаруживается поражение печени, селезенки, легких диффузным инфильтративным процессом и изредка — милиарными гуммами. При исследовании плаценты выявляют также характерные изменения ворсин, развитие грануляционной ткани в строме, специфические воспалительные изменения в стенке сосудов, разрастание синцития.

У новорожденного с врожденным сифилисом могут быть отеки всего туловища, желтушность кожных покровов, анемия.

Нередко у женщин, больных сифилисом, рождаются дети с явными клиническими признаками врожденного сифилиса. У них бывают сифилитическая пузырьчатка с локализацией пузырей преимущественно в областях ладоней, рта и ягодиц (лакированная кожа); сифилитический насморк — возникает к концу внутриутробной жизни,

сопровождается специфическим поражением носовых хрящей с их деформацией, а также гнойно-кровянистыми выделениями и образованием корок и носовых кровотечений.

Примерно у 80% новорожденных с признаками врожденного сифилиса печень и селезенка увеличены, уплотнены. Сифилитическая пневмония в большинстве случаев приводит к гибели детей в утробе матери или в первые дни после рождения. Частыми признаками врожденного сифилиса являются остеохондриты и периоститы.

Каждая беременная должна быть дважды подвергнута серологическому исследованию (один раз в первой половине беременности и один раз — во второй). Проводятся серологические реакции Вассермана и две осадочные реакции — Кана и цитохоловая. Для распознавания ложноположительных результатов стандартных серологических реакций и при ретроспективном установлении диагноза сифилиса исключительно ценны РИФ (реакция иммунофлуоресценции) и реакция имобилизации спирохет.

Диагноз сифилиса беременной в основном устанавливается серологической реакцией Вассермана. При этом следует учесть, что 50% заведомо больных сифилисом серологически реагируют отрицательно в скрытом периоде сифилиса (Л. И. Эрлих). Поэтому противосифилитическому лечению должны быть подвергнуты не только женщины с установленным серологическими методами сифилисом, но и подозрительные на сифилис даже с отрицательной серологической реакцией. Подлежат также лечению те беременные, у детей которых в анамнезе установлено наличие врожденного сифилиса, даже когда у матерей нет никаких признаков этого заболевания, и, наконец, беременные, мужья которых болели или болеют сифилисом. При этом ранее проводившееся противосифилитическое лечение не учитывается. Оно должно быть повторено в течение беременности.

По мнению большинства авторов (С. М. Беккер и др.), подозрительными

на сифилис должны быть признаны те женщины, у которых в анамнезе были поздние выкидыши, преждевременные роды, мертворождения, особенно мацерированным плодом, несостоявшиеся выкидыши.

Лечение беременных, больных сифилисом. Наиболее эффективным является лечение пенициллином (экмоновоциллином, бициллином). Лечение проводится в соответствии со стадией заболевания. Оно состоит из трех курсов антибиотикотерапии.

Применение препаратов мышьяка (новарсенол) и висмута (бийохинол) во время беременности ограничено из-за их токсического влияния на плод.

В заключение необходимо отметить, что в последнее время проблема венерических заболеваний вообще, и при беременности в частности, опять приобретает актуальность в связи с тенденцией к их росту.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

ВИДЫ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Под внематочной беременностью подразумевают развитие плодного яйца за пределами полости матки. В зависимости от локализации и прикрепления оплодотворенной яйцеклетки различают такие виды внематочной беременности: а) трубную, б) яичниковую, в) брюшную, г) в рудиментарном роге матки.

К редким формам внематочной беременности относятся: а) маточно-трубная, при которой оплодотворенная яйцеклетка почти достигла полости матки, но часть ее задержалась в интерстициальной части трубы; б) фимбриальная — зародыш прививается на фимбрии трубы; в) трубно-брюшная — часть зародыша прикрепляется в ампуле трубы, а другая часть, выступая из ампулярного отверстия, прививается на каком-либо близко находящемся органе брюшной полости (кишечник, сальник, печень, желудок); г) трубно-яичниковая — часть зародыша прикрепляется к ампуле трубы, а часть — на яичнике; д) межсвязочная — зародыш

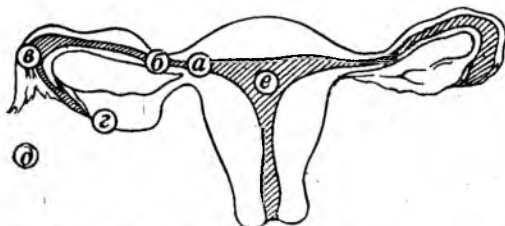


Рис. 12. Возможные варианты имплантации плодного яйца:

а — в интрамуральной части трубы; б — в перешейке трубы; в — в ампулярной части трубы; г — в яичнике; д — в брюшной полости; е — в полости матки.

дыш прикрепляется на стороне мезосальпинкса и постепенно погружается между листками широкой связки матки; е) яичниковая беременность, когда в момент разрыва фолликула яйцеклетка не выбрасывается из него, а задерживается и здесь же оплодотворяется; ж) брюшная беременность, которая, в свою очередь, подразделяется на первичную и вторичную: при первичной оплодотворенная яйцеклетка с самого начала прививается где-либо в брюшной полости, при вторичной она попадает сначала в трубу, но впоследствии из нее изгоняется и, не потеряв жизненных свойств, прививается в брюшной полости; з) беременность в рудиментарном роге матки.

К числу сравнительно редко встречаемых форм внематочной беременности относятся: а) одновременное развитие беременности в матке и внематочно (в трубе, яичнике или брюшной полости); б) двусторонняя трубная беременность; в) развитие беременности в культе удаленной трубы; г) многоплодная внематочная беременность.

А. Д. Аловский приводит такие данные о частоте различных форм внематочной беременности: трубная — 98,5%, яичниковая — 0,2%, брюшная (первичная и вторичная) — 0,4%, в рудиментарном роге матки — 0,9%.

Трубная беременность делится соответственно анатомическому делению трубы на интерстициальную (интрамуральную), истмическую и ампулярную (рис. 12).

Этиология. Теория тахигенеза оплодотворенного яйца объясняет раз-

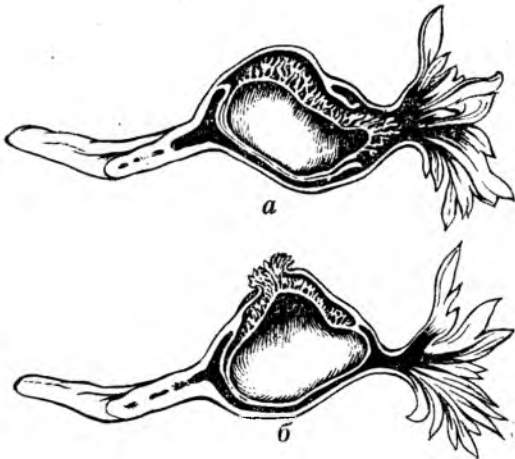


Рис. 13. Виды прерывания трубной беременности:
а — внутренний разрыв плодместилища; *б* — наружный разрыв плодместилища.

в развитие внематочной беременности следующими факторами: а) процессы дробления оплодотворенной яйцеклетки в различные моменты могут иметь различную энергию; б) продукты воспалительного процесса в трубе могут действовать на яйцеклетку как яды, способные вызвать повышенную энергию процессов дробления клеток; в) повышение температуры тела может привести к раннему образованию трофобласта; г) в момент овуляции из фолликула выбрасывается клетка без окружающих ее гранулезных клеток, что приводит к ускорению процесса оплодотворения и соприкосновения трофобласта с материнскими тканями; д) недостаток заложенного в оплодотворенной яйцеклетке желтка ведет к более быстрому развитию трофобласта; е) воспалительное мелкокистозное изменение в яичнике приводит к изменению биологических свойств яйцеклетки.

Согласно теории нарушения транспортировки оплодотворенной яйцеклетки, после перенесенного воспалительного заболевания придатков матки может не только понижаться активность перистальтических сокращений трубы, но и извращаться ее нормальная перистальтика — возникает антиперистальтика, что приводит к задержке оплодотворенной яйцеклетки в трубе.

Оплодотворенная яйцеклетка, имплантируясь в каком-то отделе маточной трубы, вследствие протеолитического действия трофобласта начинает погружаться в слизистую, затем проникает все глубже, постепенно внедряясь в мышечный слой. Как и при маточной беременности, кровь из материнских сосудов, разрушенных трофобластом, поступает в межворсинчатые пространства.

В подавляющем большинстве случаев плодное яйцо не находит благоприятных условий для своего развития в маточной трубе и беременность прерывается (чаще всего в первые два-три месяца). Прерывание трубной беременности в большинстве случаев происходит вследствие того, что ворсины хориона, не встречая достаточной защитной реакции со стороны материнских тканей, проникают все глубже, расплавляя стенки кровеносных сосудов. При нарушении целостности сосуда кровь пропитывает и растягивает стенки плодместилища, чем еще больше понижает их сопротивляемость.

Различают два вида прерывания трубной беременности: а) внутренний разрыв плодместилища (в сторону просвета трубы), при котором наступает так называемый трубный выкидыш (аборт) (рис. 13, а) и б) наружный разрыв плодместилища (в сторону стенки трубы), при котором разрывается не только капсула плодместилища, но и стенка трубы (рис. 13, б).

Развитие беременности в ампулярной части трубы прерывается в большинстве случаев по типу трубного аборта. Развитие беременности в истмической части трубы прерывается по типу наружного разрыва стенки плодместилища.

Разрыв трубы и острое внутреннее кровотечение могут наступить внезапно. При этом кровотечение может быть таким обильным, что хирургическая помощь может опоздать. Наиболее часто встречающийся вид прерывания трубной беременности — перфорация стенки трубы и выскальзывание через образовавшееся отверстие плодного яйца в брюшную полость.

Разрыв трубы в большинстве случаев происходит спонтанно. Растянутый и истонченный брюшинный покров трубы может легко разорваться при ушибе живота, прыжке, бимануальном влагалищном исследовании или половом сношении.

При внутреннем разрыве плодместилища нарушение беременности возможно в двух формах: а) образования мясистого заноса, б) трубный аборт.

Трубный мясистый занос образуется так. Полный отрыв ворсин от своего ложа ведет к гибели зародыша. Излившаяся кровь пропитывает плодный пузырь, он набухает, что еще больше напрягает и истончает внутреннюю капсулу, которая не выдерживает давления и разрывается. Абдоминальный конец трубы с возникновением беременности нередко закрывается склеивающимися фимбриями, и пропитанное кровью плодное яйцо остается в трубе в виде плотного кровяного сгустка. С течением времени кровяной сгусток организуется, и такая масса, состоящая из погибшего плодного яйца, пропитанного и окутанного сгустками крови, потерявшими свой обычный цвет, называется мясистым заносом.

Механизм **трубного аборта** в начальном периоде прерывания беременности ничем существенным не отличается от механизма развития трубного мясистого заноса. Различие между этими двумя видами патологии состоит только в том, что при аборте обязательно имеются антиперистальтические сокращения трубы, которые и приводят к постепенному продвижению плодного пузыря к ее ампулярному концу. Брюшное отверстие трубы, закрытое склеившимися фимбриями, постепенно раскрывается и дает возможность вытекать в брюшную полость жидкой крови, а затем пропускает и плодное яйцо.

Прерывание беременности по типу трубного аборта характеризуется медленным развитием болезни. При этом кровь вытекает из сосудов ложа периодически и небольшими порциями. Она окружает сгустками раскрытую воронку трубы, и происходит инкапсулирование сгустка. Это образование назы-

вается околотрубной кровяной опухолью.

Интерстициальная трубная беременность прерывается в ранние сроки по типу разрыва трубы, что всегда сопровождается обильным кровотечением. Это происходит оттого, что вблизи угла матки веточки маточной артерии более крупные, чем в периферической части трубы, и при разрыве трубы в этом отделе наступает обильное кровотечение. Клиническая картина нарушения такой беременности сводится преимущественно к симптомам острого внутрибрюшного кровотечения.

Двусторонняя трубная беременность существенно не отличается от односторонней. При проведении операции по поводу трубной беременности с одной стороны врач всегда должен помнить о возможности двусторонней трубной беременности.

Диагностика прогрессирующей трубной беременности в ранние сроки представляет особенно большую трудность. Она заключается в том, что между изменениями в организме больной при этой патологии и изменениями в организме женщины при маточной беременности имеется большое сходство.

В более поздних сроках внематочной беременности (12 недель и более) распознавание этой патологии несколько легче. Хотя при внематочной беременности матка также реактивно увеличивается, однако рост ее отстает от роста при маточной беременности. При прогрессирующей трубной беременности появляется и увеличивается болезненная при исследовании опухоль сбоку от матки.

С целью диагностики при такой патологии широко используют биологические реакции — Галли — Майнини, Ашгейма — Цондека, иммунологические реакции — пассивную гемагглютинацию, а также диагностикумы (гравимун, гравиндекс, прегностикум и др.), которые в присутствии хорионического гонадотропина образуют глыбки, подобные глыбкам, образующимся при реакции гемагглютинации. Некоторые авторы для диагностики трубной



Рис. 14. Беременность в рудиментарном роге матки.

беременности рекомендуют кульдоскопию, метросальпингографию, пневмогонекографию.

Межсвязочная беременность. Плодный пузырь, имплантируясь на брюшечной стороне трубы, расплавляет ворсинками стенку трубы и погружается между листками широкой связки матки. Дальнейший рост плодовместилища может идти в двух направлениях — в сторону переднего и в сторону заднего листка широкой связки матки.

Прерывается межсвязочная беременность, как правило, рано. При этом между листками широкой связки матки образуется гематома, размеры которой зависят от срока беременности и размеров вскрывшихся сосудов. Соседство межсвязочной гематомы с прямой кишкой может привести к инфицированию гематомы. Клиническая картина при прерывании межсвязочной беременности может быть различной. В одном случае на первом плане будет картина кровотечения, а в другом — острого воспалительного заболевания.

Яичниковая беременность обычно прерывается рано. Клиническая картина зависит от степени кровотечения. Если оно небольшое, то гематома может organizоваться. Клиническая картина при продолжающемся кровотечении в брюшную полость не отличается от той, которая бывает при остром прерывании трубной беременности.

Брюшная беременность. Особенностью этой формы внематочной беременности является то, что брюшина в области прикрепления плодного пузы-

ря не способна образовать сплошную капсулярную оболочку, вследствие чего плодовместилище первое время остается открытым. В дальнейшем капсулой для открытой части плодного пузыря служит брюшина сальника, пельть кишок и других органов брюшной полости.

Прерывание брюшной беременности наступает в большинстве случаев в поздние сроки и всегда сопровождается клинической картиной шока, острого живота, нарастающей анемии. Иногда может присоединиться инфекция, и тогда клиническая картина напоминает течение острого или хронического воспалительного процесса. В отдельных случаях возможно донашивание беременности.

Беременность в рудиментарном роге матки. Прерывание такой беременности чаще наступает на третьем — пятом месяце. Возможно донашивание беременности. Для клинической картины прерывания беременности в рудиментарном роге характерно обильное кровотечение (рис. 14).

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА НАРУШЕННОЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ РАЗРЫВА МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Диагностика нарушенной трубной беременности по типу разрыва трубы с внезапным обильным внутренним кровотечением обычно не представляет трудностей. В анамнезе в таких случаях имеются указания на бесплодие, обычно вторичное, после перенесенных воспалительных заболеваний. Острые симптомы заболевания обычно наступают на фоне внешнего благополучия, без каких-либо предшествующих жалоб больной. В редких случаях все же имеются указания на бывшие ранее приступы болей внизу живота, кратковременный обморок на высоте приступа и рвоту. Иногда удается выявить связь заболевания с физическим напряжением. Из анамнеза устанавливается задержка месячных на 3—6 недель, однако этот симптом не обяза-

телен, так как у 25—30% случаев задержки месячных не бывает.

В клинической картине разрыва трубы ведущими являются признаки обильного внутреннего кровотечения и шока в результате острого раздражения брюшины. Кожные и слизистые покровы резко бледны, на лице больной холодный пот и выражение испуга, содержание гемоглобина в крови снижается на 35—40% и ниже. Пульс мягкий, частый, иногда едва прощупывается или вовсе не определяется. При нарастании кровотечения появляются признаки гипоксии (зевота, учащенное поверхностное дыхание, повторные обмороки). При этом требуется срочное оперативное вмешательство. Температура тела понижена, конечности холодные на ощупь. Больная жалуется на нарастающие боли по всему животу. При обильном внутреннем кровотечении больная отмечает, что боль распространяется вверх — в область ключицы, плеча, лопатки («френикус-симптом»). Осмотр и пальпация живота подтверждают картину внутреннего кровотечения с раздражением брюшины: живот умеренно вздут, болезнен, напряжен, мышцы нижнего отдела живота в акте дыхания не участвуют. При перкуссии определяется заметное притупление перкуторного звука, иногда флюктуация в нижней части живота. Бимануальное исследование выявляет некоторое увеличение и размягчение матки, задний свод, как правило, напряжен, болезнен («крик Дугласа»). Кровянистые выделения из влагалища могут отсутствовать. Как правило, производят пункцию заднего свода (рис. 15); в пунктате несворачивающаяся кровь темного цвета. Эта манипуляция может оказаться безрезультатной. При нарушенной трубной беременности иногда бывает так, что кровь, излившаяся в умеренном количестве, не проникает в дугласов карман (при спаечных процессах органов малого таза) и, следовательно, отрицательные результаты пункции не исключают внутреннего кровотечения.

Не получив крови во время пункции заднего свода, в дугласово про-

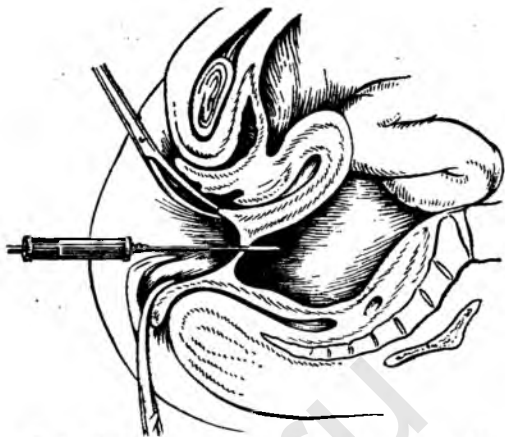


Рис. 15. Диагностическая пункция заднего свода.

странство через оставленную в своде иглу вводят 20—25 мл стерильного физиологического раствора или 0,25% раствора новокаина. Введенную жидкость шприцем отсасывают обратно. Если в брюшной полости имеется кровь, свежая или старая, раствор будет окрашен в красный цвет.

При нарушенной внематочной беременности, как правило, протромбиновый индекс выше 110%, в то время как при остром аппендиците, остром аднексите и апоплексии яичника он в пределах нормы или ниже.

С. Д. Голубчик предложил микроскопическое (цитологическое) исследование пунктата при внематочной беременности. Эритроциты, излившиеся в брюшную полость, подвергаются изменениям и имеют вид «тени» или располагаются в виде монетных столбиков или рыбьей чешуи. Все эти признаки свидетельствуют о том, что в брюшной полости имеется несвежая кровь.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА НАРУШЕННОЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ТИПУ ТРУБНОГО АБОРТА

Трубный аборт развивается исподволь и характеризуется медленным нарастанием симптоматики. В анамнезе чаще всего отмечается вторичное бесплодие после перенесенных воспалительных заболеваний. Иногда бывает задержка менструации до 7—10 недель.

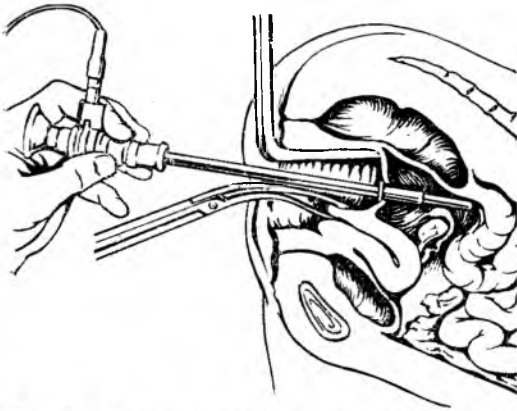


Рис. 16. Кульдоскопия (осмотр органов малого таза).

Наиболее важными и постоянными симптомами трубного аборта являются: а) повторные приступы односторонних болей внизу живота, нередко схваткообразного характера, иногда сопровождающихся позывами на акт дефекации, обмороком или рвотой (обычно больные связывают появление болей с поднятием тяжести, половым сношением и т. д.); б) маточное кровотечение, весьма часто совпадающее по времени с появлением первого приступа болей. Количество выделяющейся крови, консистенция и цвет ее чрезвычайно разнообразны и зависят от срока, исхода и течения прерванной трубной беременности. В 15—20% случаев отмечается отхождение из матки обрывков тканей, при гистологическом исследовании в которых выявляются децидуальные клетки. Несмотря на выскабливание стенок полости матки, кровотечение почти всегда продолжается.

Быстрое нарастание опухоли в области одного из придатков матки после каждого приступа болей говорит о трубном аборте.

При трубном аборте, развивающемся постепенно, отмечается субфебрильная температура, обусловленная всасыванием элементов излившейся крови. Степень обескровливания организма зависит от интенсивности внутреннего кровотечения, однако для трубного аборта характерно то, что анемия нарастает постепенно и сочета-

ется с приступами болей и ростом опухоли.

Трубный аборт характеризуется при бимануальном исследовании следующей картиной: тело матки несколько увеличено, «сочное», зачатку матки болезненна, при пальпации своды незначительно болезненны, а через один из сводов, позади матки, определяется мягкая, малоболезненная овальная или ретортовидная опухоль. Когда же растущая гематома заполняет все дугласово пространство, задний свод выпячен.

В случаях затяжного течения трубного аборта осмотр живота в ранних сроках беременности мало что дает для диагностики, но во время приступов боли пальпация живота может быть болезненной, а при обильном кровотечении выявляется такая же картина, как при разрыве трубы.

Определенное значение для диагностики трубного аборта приобретают указанные выше биологические и иммунологические реакции, а также кульдоскопия (осмотр органов малого таза) (рис. 16), метросальпингография и пневмогинекография. Очень ценным диагностическим методом при этом является прицельная пункция трубной опухоли.

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Как только установлен диагноз внематочной беременности, необходимо приступить к оперативному удалению эктопического плодместилища. Путь операции — брюшностеночный.

Смысл оперативного вмешательства при внематочной беременности сводится к удалению плодместилища и лигированию кровоточащих сосудов. Обычно при развитии беременности в маточной трубе рекомендуется удалять только пораженную ее часть. Особенно это касается женщин с бесплодием, у которых одна труба уже удалена в прошлом или оказалась при осмотре ее во время операции анатомически и функционально неполноценной. В случае необходимости производят пла-

стику маточных труб с целью восстановления их проходимости.

При разрыве маточной трубы и трубном выкидыше с обильным кровоизлиянием в брюшную полость быстрое оперативное вмешательство может спасти жизнь больной. Одновременно с операцией необходимо принимать все меры борьбы с геморрагическим коллапсом и шоком.

ВЫКИДЫШ (АБОРТ). ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

ВЫКИДЫШ (АБОРТ)

Выкидышем, или абортом, называют прерывание беременности в срок до 28 недель. Прерывание беременности после 28 (до 38) недель называется *преждевременными родами*.

Плод, родившийся до 28 недель, нежизнеспособен (он выживает лишь в очень редких случаях). Преждевременно родившийся ребенок при надлежащем уходе может жить и развиваться даже при глубокой недоношенности.

Аборт, наступивший в течение первых 12—14 недель, принято называть ранним, а после 14 — поздним.

Аборты бывают самопроизвольными и искусственными.

Самопроизвольный аборт происходит без каких-либо внешних вмешательств. Если самопроизвольные аборты у женщин повторяются, то их считают привычными.

Искусственный аборт — это преднамеренное прерывание беременности в лечебном учреждении или вне его (*внебольничный аборт*).

Самопроизвольные аборты. Причины возникновения самопроизвольных абортов весьма разнообразны: острые инфекционные заболевания (тифы, грипп, малярия и др.), воспаление легких, сепсис, аппендицит и другие заболевания, сопровождающиеся высокой температурой и интоксикацией организма; сифилис, гонорея; недоразвитие половых органов (инфантилизм) и хронические воспаления матки; зоонозные инфекции (токсоплазмоз, листери-

оз); гематологический конфликт между матерью и плодом по системам резус и АВ0; токсикозы беременных; заболевания почек, печени; заболевания сердца, сопровождающиеся нарушением кровообращения; болезни желез внутренней секреции; недостаток в пище тех или иных микроэлементов; токоферола; сильная психическая травма и др. К самопроизвольному аборту могут также привести недостаточность внутреннего зева матки (анатомическая и функциональная); отравление организма беременной ртутью, свинцом, монооксидом углерода, анилиновыми соединениями, алкоголем, морфином; воздействие на организм беременной R-лучей или радиоактивного излучения; гормональная недостаточность (дефицит эстрогенов и прогестерона).

Когда происходит аборт, плодное яйцо постепенно отслаивается от стенок матки, что сопровождается повреждением кровеносных сосудов децидуальной оболочки матки. Погибшее плодное яйцо пропитывается излившейся кровью. Под влиянием начавшейся сократительной деятельности мускулатуры матки (схваток) канал шейки матки раскрывается и плодное яйцо целиком или частями изгоняется из полости матки.

Почти всегда аборт сопровождается болями внизу живота и пояснице, и кровотечением, сила которого зависит от стадии этого процесса, а также срока беременности. В большинстве случаев сильным кровотечением сопровождается ранний аборт. Поздний же аборт обычно протекает как роды: сглаживается и раскрывается шейка матки, изливаются околоплодные воды, рождается плод, а затем послед.

Принято различать следующие стадии аборта: 1) угрожающий аборт (*abortus imminens*); 2) начавшийся аборт (*abortus incipiens*); 3) аборт в ходу (*abortus progrediens*); 4) неполный аборт (*abortus incompletus*); 5) полный аборт (*abortus completus*).

Угрожающий аборт. В этой стадии аборта плодное яйцо еще соединено со слизистой матки (связь его бывает нарушена лишь частично, на небольшом



Рис. 17. Начавшийся аборт.

участке). Этим и объясняется то обстоятельство, что кровянистых выделений нет или же они незначительные. Шейка закрыта, а величина матки соответствует сроку беременности. Беременные жалуются на небольшие тянущие боли внизу живота. При поздних абортах боли имеют схваткообразный характер.

Если беременная строго соблюдает назначенный режим и принимает соответствующее лечение, беременность удастся сохранить. Лечение проводится в стационаре.

Прежде всего устраняют причины, вызвавшие аборт. Назначают гормональные препараты: эстрогены (3000 ЕД), прогестерон (25 мг) и токоферол (1 мл 30% раствора), которые вводятся вместе внутримышечно на протяжении 8—10 дней. После 8-недельного срока беременности хороший эффект дает внутримышечное введение хорионического гонадотропина по 500—1500 ЕД ежедневно на протяжении 10 дней. Для снятия сокращений матки применяют тропацин (по 0,01—0,02 г) или гидрохлорид папаверина (по 0,03 г) 3 раза в день. Широко используют также спазмолитики (ношпа по 2 мл внутримышечно 2 раза в день), микроклизмы с настойкой опия (100 мл 0,25% раствора новокаина с 10 каплями настойки опия 2 раза в день). Очень полезны поливитамины.

При угрожающем аборте в поздние сроки беременности хороший эффект дает внутримышечное введение сульфата магния (15 мл 20% раствора 3—4 раза в день). В случае несостоятельности внутреннего зева шейки матки в поздние сроки беременности на область внутреннего зева матки накладывают удерживающий круговой шов по Широдкару или по Любимовой.

Целью этих операций является сужение перешейка матки.

Операция Широдкара состоит в наложении кругового кисетного шва на область внутреннего зева матки. Шов сдвоенный (шелк № 6) проводят под слизистую на границе перехода шейки матки в своды влагалища.

Сущность операции по методу А. И. Любимовой состоит в сужении истмической части матки в области внутреннего зева. Этого достигают с помощью нити из медной проволоки (в полиэтиленовом чехле), не прибегая к рассечению слизистой влагалища. Круговой шов (кольцо) накладывают на поверхность влагалищной части шейки матки. Удерживается он отдельными фиксирующими швами на уровне внутреннего зева.

При операции Сценди иссекают ткани шейки матки вокруг наружного зева, после чего на переднюю и заднюю губы шейки матки накладывают отдельные кетгутовые или шелковые швы, т. е. наружный зев шейки матки зашивают, вследствие чего образуется рубец.

Описанные выше операции проводят в сроки от 12 до 36 недель беременности. Делают их под ингаляционным или внутривенным обезболиванием. Беременные до операции проходят специальную подготовку. Им на протяжении 5—6 дней вводят оксипрогестерона капронат, сульфат магния, токоферол и назначают тропацин. За два дня до операции производится легкое промывание влагалища раствором фурацилина.

Начавшийся аборт также характеризуется схваткообразными болями внизу живота и поясничной области и

кровянистыми выделениями из влагалища. Последние более выражены, чем при угрожающем аборте. Отслойка плодного яйца происходит на небольшом участке (рис. 17), и поскольку оно находится еще в матке, величина последней соответствует сроку беременности. Шеечный канал при этом закрыт или слегка приоткрыт.

Как только установлен диагноз начавшегося аборта, следует принять все меры к сохранению беременности. Они такие же, как при угрожающем аборте. Если кровотечение усиливается и аборт переходит в следующую стадию, производят выскабливание матки.

Аборт в ходу. В этой стадии отслоившееся плодное яйцо через раскрытый шеечный канал выталкивается из полости матки (рис. 18). При влагалищном исследовании канал шейки матки раскрыт, а находящееся в нем плодное яйцо своим нижним полюсом выступает во влагалище. Этот вид аборта, особенно раннего, весьма часто сопровождается обильным кровотечением. Лечение его сводится к удалению отслоившегося плодного яйца инструментальным способом. При позднем аборте рекомендуется выжидать самопроизвольного рождения плодного яйца. Только при сильном кровотечении разрывают плодный пузырь и после рождения плода удаляют послед рукой или с помощью инструментов.

Неполный аборт. Иногда бывает, что часть плодного яйца вышла, а часть задержалась в полости матки. В таких случаях говорят о неполном аборте (рис. 19). Чаще всего в матке остаются водная, ворсистая, децидуальная оболочки матки, плацента или же их части. Этот вид аборта сопровождается кровотечением, которое может быть продолжительным, умеренным или обильным. Нередко выходят сгустки крови и частицы задержавшихся в матке оболочек. Канал шейки матки при этом раскрыт настолько, что пропускает палец, причем открыт и наружный, и внутренний зев ее. Размеры матки меньше размеров, которые она должна была бы иметь при этом сроке беременности, что является следствием



Рис. 18. Аборт в ходу.

частичного опорожнения ее полости от плодного яйца.

При неполном аборте показано инструментальное удаление остатков плодного яйца, которые, оставаясь в полости матки, могут вызвать опасное для жизни кровотечение и эндометрит.

Полный, или законченный, аборт характеризуется тем, что плодное яйцо полностью (целым или по частям) вышло из полости матки. После этого матка сокращается, канал ее шейки закрывается и кровотечение прекращается. Однако после полного аборта, происшедшего в ранние сроки беременности, рекомендуется выскабливание

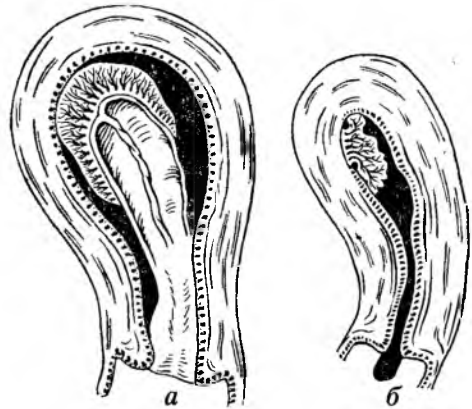


Рис. 19. Неполный аборт:

а — в матке остались все элементы плодного яйца (кроме плода); б — в матке осталась часть плодного яйца.

стенок полости матки. Это необходимо для уверенности в том, что децидуальная оболочка удалена. При полном позднем аборте (до 28 недель) необходимо также всегда производить выскабливание матки.

Инфицированный (лихорадочный) аборт. В случаях, когда течение самопроизвольного аборта затягивается, создаются условия, при которых из влагалища в матку проникают микробы. Особенно часто матка инфицируется при искусственном прерывании беременности вне лечебного учреждения. Попадая в находящуюся в матке кровь и отслоившиеся части плодного яйца, микробы (чаще всего стафилококки) находят там хорошую среду для своего развития.

Пораженные инфекцией элементы плодного яйца становятся источником развития воспалительного процесса в матке, трубах, яичниках, тазовой брюшине и клетчатке, и сепсиса, представляющего серьезную опасность для жизни женщины.

В зависимости от того, насколько инфекция распространена в организме, различают следующие степени инфицированного аборта: первая — неосложненный, вторая — осложненный инфицированный аборт, третья — септический аборт.

При неосложненном инфицированном аборте инфекция остается локализованной в матке. Пальпация матки не вызывает боли, в придатках матки, тазовой брюшине и клетчатке изменений не обнаруживают.

При осложненном инфицированном аборте инфекция уже проникает за пределы матки, хотя еще локализуется в органах малого таза. Матка при исследовании болезненна, а в области придатков, брюшины или в клетчатке таза обнаруживаются изменения (болезненность, инфильтраты и др.). Общее состояние женщины нарушено, температура высокая, беспокоят боли.

Септический аборт характеризуется тяжелым течением: имеется типичная картина сепсиса.

Каждый случай инфицированного аборта требует немедленного направ-

ления женщины в специализированное лечебное учреждение.

При неосложненном лихорадочном аборте назначают антибиотики и сульфаниламиды. Через 5—6 дней после установления нормальной температуры производят осторожное выскабливание матки.

Вторая и третья степени инфицированного аборта требуют консервативного лечения, которое сводится к применению антибиотиков, сульфаниламидов, общеукрепляющих и болеутоляющих средств, организации надлежащего ухода и питания и др. В таких случаях следует ждать самопроизвольного рождения остатков плодного яйца, так как выскабливание стенок матки может стать причиной дальнейшего распространения инфекции. Элементы плодного яйца удаляют из полости матки только при возникновении сильного кровотечения, опасного для жизни женщины. При неполном септическом аборте допускается пальцевое удаление остатков плодного яйца или удаление его абортангом.

Сразу же после поступления женщины с септическим абортом в стационар берут выделения из матки на бактериальный посев. Для определения чувствительности микрофлоры матки к антибиотикам берут выделения из полости матки.

Назначают антибиотики, к которым чувствительны выявленные возбудители инфекции, или антибиотики с широким спектром действия, а также сульфаниламидные препараты. Вводят поливалентный антистафилококковый γ -глобулин и гипериммунную антистафилококковую плазму, а также антикоагулянты.

При анемии проводят переливание крови (свежей) и назначают антианемические препараты.

Внутривенно вводят средства, улучшающие микроциркуляцию клубочков почек, диуретические вещества (неокомпенсан, гемодез, эуфиллин, фуросемид (лазикс), дихлотиазид), а также альбумин и протеин; внутримышечно — аскорбиновую и никотиновую кислоты, витамины группы В.

С целью остановки маточного кровотечения назначают препараты, сокращающие матку.

Для успешного лечения необходимо тщательное наблюдение за гемодинамикой, состоянием свертывающей и противосвертывающей систем крови, кислотно-щелочным равновесием крови, выделительной функцией почек, кишечника.

При нормализации температуры и нормальных показателях лейкоцитоза и СОЭ, в течение не менее 5 дней, производят инструментальное опорожнение матки.

Больные с септическими абортами нуждаются в тщательном всестороннем уходе, усиленном питании и лечении в специальных септикологических отделениях (центрах).

Несостоявшийся аборт (Missed abortion) — это состояние, когда умерший плод остается в полости матки. Мертвое плодное яйцо может задерживаться в матке длительное время — до нескольких недель и даже месяцев. При этом начавшиеся небольшие кровянистые выделения прекращаются, канал шейки матки закрывается, околоплодные воды рассасываются. Величина матки отстает от предполагаемого срока беременности. Гормональные реакции на хорионический гонадотропин отрицательны; экскреция эстриола в суточной моче ниже 5 мг.

Лечение несостоявшегося аборта заключается в быстрейшем удалении из матки плодного яйца, чтобы не допустить развития гипо- и афибриногемии, что бывает при длительном нахождении умершего плода в полости матки, продукты протеолиза которого нередко приводят к активации процессов разрушения фибриногена, к повышению фибринолитической активности крови.

Искусственный аборт. Искусственное прерывание беременности до 12 недель производится в лечебных учреждениях по медицинским показаниям или при желании женщины воздержаться от деторождения.

Аборт производится инструментальным способом. Согласно советскому

законодательству операцию имеет право делать только врач в больничной обстановке.

После 12 недель беременность может быть прервана лишь по медицинским показаниям, то есть когда у больной есть заболевания, течение которых при беременности ухудшается, что создает опасность для здоровья и жизни женщины.

Основными медицинскими показаниями, требующими прерывания беременности, являются следующие: заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, легких и других органов и систем, при которых продолжение беременности может привести к обострению заболевания; функциональные и органические расстройства центральной нервной системы инфекционного и неинфекционного происхождения; заболевания, передающиеся по наследству; злокачественные опухоли любой локализации; установленное уродство внутриутробного развития плода; несостоявшийся аборт.

В поздние сроки прерывать беременность с помощью выскабливания матки запрещено, потому что при этом имеется большой риск прободения матки и других осложнений, опасных для жизни женщины. Ввиду этого беременность после 12 недель прерывают, при наличии медицинских показаний, путем интраамниального введения 20% раствора хлорида натрия или заоблочного введения стерильной жидкости — раствора этакридина лактата (1 : 5000) или фурацилина (1 : 5000). С целью подготовки матки к сократительной деятельности вводят эстрогены, галаскорбин, глютаминовую кислоту, тиамин, препараты кальция, кобальта, калия. Для стимуляции сокращения матки применяют окситоцин, простагландин F_{2α}, серотонин.

Борьба с абортами проводится медицинскими работниками родильных домов, женских консультаций, больниц, фельдшерско-акушерских пунктов.

В предупреждении абортов большую роль играют противозачаточные средства.

ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Действие противозачаточных средств направлено на предупреждение нежеланной беременности с тем, чтобы избавить женщину детородного возраста и живущую половой жизнью от вредных последствий искусственно-го аборта.

Противозачаточные средства должны соответствовать следующим требованиям: 1) быть безвредными для здоровья женщины и мужчины; 2) обладать максимальной эффективностью; 3) быть недорогими, доступными и несложными для применения; 4) не влиять отрицательно на половое чувство, не вызывать отрицательных эмоций.

Различают физиологические, биологические, химические, механические, хирургические и другие способы предохранения от беременности.



Рис. 20. Введение резинового колпачка (РК): а — вид перед введением его во влагалище; б — расположение колпачка в сводах влагалища; в — расположение колпачка Кафки на шейке матки.

Физиологический способ основан на учете срока овуляции и продолжительности жизни зрелой яйцеклетки. Последняя сохраняет способность к оплодотворению до 24 ч. Овуляция при наиболее часто встречающемся 28-дневном менструальном цикле (по М. С. Малиновскому) происходит на 14—15-й день от начала последней менструации, а по Огино и Кнаусу — за 12—14—16 дней до предстоящей менструации. Оптимальный срок оплодотворения зрелой яйцеклетки — период овуляции.

Для определения предполагаемого срока овуляции используют ряд функциональных проб: измерение базальной (ректальной) температуры, феномен зрачка, тест папоротника и др. Разработаны также специальные таблицы, определяющие предполагаемый срок овуляции и физиологическую стерильность до начала следующей менструации. Способ безвреден для здоровья женщины. Применение его требует систематического ведения менструального календаря. Однако овуляция может наступить раньше и позднее указанных сроков. А поскольку сперматозоиды сохраняют оплодотворяющую способность в течение нескольких дней, эффективность этого метода снижается.

Механические средства — мужские и женские презервативы, изготовляемые из тонкой высококачественной резины, а также из синтетических материалов.

Мужской презерватив (кондом) прост в употреблении, безвреден, эффективен, предохраняет от заражения венерическими болезнями. Срок хранения — 1—2 года. Недостатки: снижение полового чувства, исключение положительного влияния спермы на организм женщины.

Влагалищные (женские) презервативы разделяют влагалище на переднюю часть, куда изливается эякулят, и заднюю, в которой располагается шейка матки.

Наиболее удобен резиновый колпачок (РК) (рис. 20). Каждой женщине подбирает его врач в женской кон-

сультации соответственно ширине влагалища. Женщина легко обучается пользованию им. Колпачок вводят во влагалище перед половым сношением и удаляют не позднее чем через 8—10 ч после него. Перед введением колпачок дезинфицируют, а после удаления промывают и высушивают. Годен к использованию длительное время. Недостатки: снижает половое чувство, не дает полной гарантии от оплодотворения.

Из шеечных колпачков чаще всего применяют колпачок Кафки (различных размеров). Их изготовляют из алюминия, синтетических материалов и вулканизированного каучука. Подбирает колпачок и одевает на шейку матки врач консультации.

Условиями для применения колпачка Кафки являются: I и II степень чистоты влагалища, нормальная величина и форма шейки матки, отсутствие на ней патологических изменений и повреждений. Противопоказанием является воспаление матки и придатков. Применять колпачок можно не ранее чем через 2—3 дня после менструации и через 3—4 месяца после родов, оставляя его на шейке матки не более чем на 7 дней и обязательно снимая за 2—3 дня до менструации.

Внутриматочные пессарии представляют собой петли и спирали из пластика, которые вводят внутрь матки на длительное время. Предполагают, что эти средства предупреждают беременность вследствие раздражения нервных окончаний матки, что вызывает усиление перистальтики труб и ускоренное транспортирование по ним оплодотворенной яйцеклетки. Яйцеклетка попадает в матку неспособной к nidации и выбрасывается во влагалище. Наибольшее применение в практике получили пессарий типа «Saf-T-Coil» и спираль Липса (рис. 21).

Кроме того, в СССР широко применяется как противозачаточное внутриматочное средство предложенный З. А. Чиладзе «зонтик».

Эффективность внутриматочных пессариев очень высока; нахождение их

в матке не вредит овариально-менструальному циклу.

Введение спирали Липса или других видов противозачаточных маточных средств производится при помощи шприца-проводника. Шприц-проводник, в котором помещена спираль соответствующего размера, вводят в цервикальный канал за внутренний зев. Движением поршня проводника спираль медленно продвигается в полость матки. Как правило, введение шприца в цервикальный канал не требует предварительного расширения его. Спираль может находиться в матке до 3—4 лет, потом она требует замены (рис. 22).

Противопоказаниями к применению внутриматочных средств являются: острые и подострые воспалительные процессы тазовых органов; нарушения овариально-менструального цикла

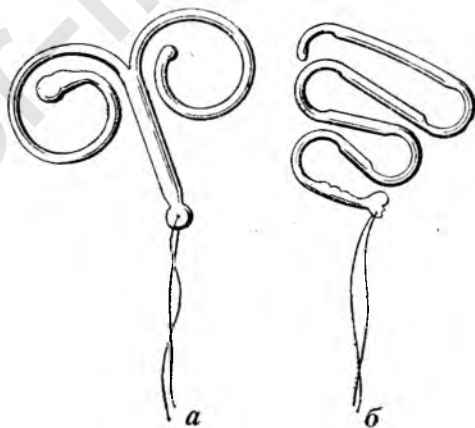


Рис. 21. Внутриматочные пессарии: а — типа «Saf-T-Coil»; б — спираль Липса.

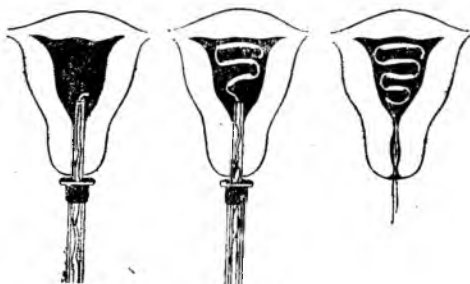


Рис. 22. Введение и правильное расположение спирали Липса в полости матки.

типа гиперполименореи и ациклические маточные кровотечения; доброкачественные новообразования шейки и тела матки (субмукозные фиброматозные узлы); уродства развития матки; подозрение на наличие беременности или злокачественного образования.

Гормональные средства — таблетки, выпускаемые под разными названиями и применяющиеся перорально, состоят из высокоактивных синтетических эстрогенов (этинилэстрадиол, местранол) и прогестагенов (норэтинодрел, мегестролацетат и др.) в различных комбинациях и дозах (инфекундин, бисекурин, ановлар, эвгинон и др.).

Ежедневный прием таблеток с 5-го по 25-й день менструального цикла приводит к подавлению секреции гипофизарных гонадотропных гормонов, в связи с чем овуляция в яичниках не наступает. Регулярный прием таблеток гарантирует предохранение от зачатия. При прекращении применения гормональных таблеток функция гипофиза и яичников восстанавливается в первые же 1—2 месяца.

Гормональные средства противопоказаны при доброкачественных или злокачественных опухолях, заболеваниях печени, тромбэмболической болезни, варикозном расширении вен, кормлении ребенка (подавляется лактация); при аллергических заболеваниях (бронхиальная астма, экзема и др.), а также при эпилепсии прием гормональных средств иногда ухудшает течение процесса.

При приеме таблеток возможны такие осложнения: тошнота и рвота в первые дни или в первый месяц применения (приблизительно в 10%); появление межменструальных кровянистых выделений (в этом случае дозу препарата следует увеличить на 1—2 таблетки); подавление или усиление *libido*. Абсолютная непереносимость к гормональным таблеткам наблюдается редко.

Рекомендуется каждые 2—3 года менять вид гормональных противозачаточных средств.

Химические средства обладают сперматоцидной активностью, губите-

льно действуя на сперматозоиды. Применяют в виде шариков, таблеток, цилиндров, паст, кремов, порошков, а также растворов. Влагалищные шарики готовят на желатиновой и жировой основе. Они содержат борную (0,1—0,3 г), молочную (0,15 г) кислоты, хинозол (0,03 г), гидрохлорид хинина (0,3 г) и ряд других веществ. Вводят во влагалище за 15—5 мин до полового сношения. Хранят в прохладном месте. Влагалищные шарики не следует применять при разрывах мышц промежности и тазового дна, опущениях стенок влагалища.

Широко используют контрацептин Т — комбинированный препарат, содержащий хинозол (0,03 г), борную кислоту (0,3 г), ганин (0,06 г) и жирную основу (1,46 г). Вводят контрацептин глубоко во влагалище за 5—6 мин до полового сношения. Эффективность его достигает 96—98%.

Удобен в применении, малотоксичен, не раздражает слизистых оболочек также лютенурин. Он выпускается в виде шариков и пенообразующих таблеток, содержащих по 3 мг хлористоводородной соли алкалоида. Во влагалище вводят за 5—10 мин до полового сношения. Пенообразующие таблетки перед применением смачивают холодной водой.

Из паст наиболее эффективна (97—98%) грамицидиновая — белая густая масса, легко смывается водой, без запаха, не пачкает белье. Вводится во влагалище самой женщиной в положении на корточках или лежа при помощи специального шприца-наконечника, в который набирают 5—6 г пасты. После применения наконечник тщательно промывают дезинфицирующим раствором. Паста обладает дезинфицирующим, сперматоцидным и противовоспалительным действием.

В качестве противозачаточных средств применяют также спермоабсорбент, антиспермин, нитрофураны.

Химические контрацептивы используют и в виде теплых влагалищных спринцеваний с молочной, борной, уксусной кислотами, перманганатом калия и другими препаратами.

Контрацептивы можно также вводить во влагалище при помощи ватных тампонов, которые пропитывают лекарственными веществами или на которые наносят пасту. Тампон удаляют из влагалища тотчас же или через несколько часов после полового сношения.

Биологические способы имеют целью подавление ово- и сперматогенеза, овуляции, изменение функционального состояния эндометрия и физико-химических свойств цервикальной слизи. Однако эти способы малозффективны и небезопасны. Применять их не рекомендуется.

Хирургические методы — перевязка или частичное иссечение маточных труб — применяют как сопутствующие операции при кесаревом сечении (по строгим медицинским показаниям).

НЕДОНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Преждевременными называются роды, наступившие между 28-й и 38-й неделями беременности и завершающиеся рождением плода массой от 1000 до 2500 г и длиной от 35 до 45 — 47 см.

Частота преждевременных родов составляет около 10%. Причины недонашивания разнообразны и многочисленны. Условно их можно разделить на две группы: заболевания беременной и аномалии акушерского характера.

Среди заболеваний беременной на первом месте стоят инфекционные заболевания: туберкулез, грипп, тифы, бруцеллез, листериоз, сифилис, малярия, токсоплазмоз; заболевания почек, желудочно-кишечного тракта, печени, крови, органов внутренней секреции, токсикозы беременности.

К аномалиям акушерского характера относятся: неправильные положения плода, истмико-цервикальная недостаточность матки, преждевременное отхождение вод, предлежание

плаценты, многоводие, многоплодие, пороки развития матки и плода. Известную роль играют и такие причины, как дефицит витаминов и микроэлементов, вредное влияние внешней среды, бытовые и производственные травмы, инфантилизм, биологическая несовместимость крови матери и плода (по резус-фактору или системе АВ0), патология плаценты, недостаток половых гормонов (гипоэстрогения). Важное значение в патогенезе недонашивания имеет также состояние нервной системы беременной.

В каждом случае недонашивания необходимо выявить его причины.

К признакам угрожающего прерывания беременности относятся: ощущение болей в нижней части живота и пояснице, чаще схваткообразных, выделения из влагалища крови, отхождение вод, легкая возбудимость матки.

Лечение угрожающего прерывания беременности проводится в стационаре и должно быть прежде всего этиологическим. Врач обязан принять меры к сохранению околоплодных вод и прекращению родовой деятельности. Для плода важна каждая неделя внутриутробного развития.

Применяют фармакологические средства, лечение гормонами, витаминами, кварцевое облучение, психотерапию, оперативные методы лечения.

В основу борьбы с преждевременными родами должна быть положена профилактика и полноценная терапия инфекционных заболеваний женщин как в период беременности, так и во время родов, а также исследования по выяснению возможности гематологического конфликта между матерью и плодом.

Женская консультация должна вести отдельный учет таких беременных, принимать меры к оздоровлению их труда и быта, своевременно госпитализировать при появлении признаков угрожающего прерывания беременности.

В стационаре беременной должен быть создан максимальный физический и психический покой и обеспечено систематическое наблюдение.

Особому учету подлежат беременные при повторном недонашивании. Их госпитализируют до ожидаемого «критического» периода. После выписки из стационара эти женщины продолжают принимать назначенное лечение. При необходимости им оказывают содействие в перемене профессии.

Если родовая деятельность началась, роды проводят с особой осторожностью. Прежде всего необходимо принять меры к предупреждению раннего отхождения вод и связанных с ними осложнений (выпадение мелких частей плода и пуповины, эндометрит в родах). Назначают постельный режим, в отдельных случаях — кольпейриз. Обязательно осуществляют профилактику гипоксии плода и ведут постоянное наблюдение за его сердцебиением.

В периоде изгнания плода у первородящих прибегают к эпизио- или перинеотомии, а у повторнородящих производят ишиоректальную (пудендальную) анестезию. Акушерское пособие при приеме родов должно осуществляться очень бережно, без давления на головку плода (защита головки, а не промежности). При энергичных потугах и быстро рождающейся головке родовую деятельность замедляют, для чего иногда приходится прибегать к блокаде α - или стимуляции β -адренорецепторов матки, а также к эфирному наркозу. Все вмешательства должны быть предельно бережными. Роды ведутся под лампой соллюкс. Оживление недоношенного ребенка производят в теплой ванне. Стерильное белье и лоточек должны быть согреты. После перерезки пуповины и профилактики бленореи и гонореи ребенка переносят на теплый стол. Туалет новорожденного заканчивают после повторной обработки рук.

Взвешивание, измерение роста и окружности головки следует делать в палате новорожденных, куда ребенка передают в теплом конверте. Весы, ростомер после каждого использования обязательно обрабатывают дезинфицирующим раствором.

Исключительного внимания требуют *перевязка и туалет пуповины*. Ма-

лейшие упущения в соблюдении правил асептики и антисептики грозят занесением инфекции в сосуды пупочной культи. Поэтому повторное мытье рук перед вторичной обработкой пуповины обязательно. После обработки рук приступают вначале к обработке пуповины, а затем к дальнейшему туалету.

Частота заболеваний новорожденных пиодермией зависит также и от микробной флоры родовых путей женщины. Это подтверждается клиническими и бактериологическими исследованиями. В настоящее время имеются сообщения, что такие заболевания, как молочница, зависят от инвазии влагалища женщины грибом (кандидоз). В связи с этим профилактика пиодермии и других заболеваний должна начинаться еще в женской консультации, где выявляют беременных с патологической влагалищной флорой. Лечение проводится очень бережно (присыпки, ванночки). Подготовка родовых путей женщин к родам позволяет значительно снизить заболевания новорожденных, а также способствует снижению частоты послеродовой инфекции.

Уход за кожей новорожденного начинается с момента рождения. Делая первый туалет, с помощью стерильной пеленки осушивают кожу и стерильным ватным шариком снимают излишки сыровидной смазки. Затем тело новорожденного припудривают ксероформом или смазывают специальной пастой.

Даже нормально протекающие роды для недоношенного ребенка могут оказаться травматичными. Это необходимо учитывать при уходе за ним и лечении, которое следует начинать с первых часов жизни, не допуская развития вторичной асфиксии.

Недоношенные дети значительно отличаются от доношенных по своему внешнему виду. Длина головки в зависимости от степени недоношенности колеблется до $\frac{1}{3}$ длины тела, тогда как у доношенных детей она составляет $\frac{1}{4}$. Нижние конечности короче, чем у детей доношенных. Из-за плохого развития подкожножирового слоя ко-

ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

жа красная, сухая, морщинистая, обильно покрыта зародышевыми волосами и сыровидной смазкой. Ушные раковины мягкие, легко мнутся и плотно прилегают к черепу. Ногти на пальцах рук и ног слабо развиты и часто не доходят до кончиков пальцев. Кости черепа легко подвижны, мягкие и нередко находят одна на другую. **Малый родничок** открыт, большой родничок по размерам велик, швы между ними широкие.

Преждевременное рождение означает, что у ребенка выпадает значительный период внутриутробного развития, в связи с чем резко изменяется его дальнейшее развитие и совершенствование функций.

Для системы терморегуляции свойственна разобщенность и парадоксальность реакций, лабильность, неспособность сохранять температуру тела, склонность к ее значительным колебаниям под влиянием окружающей среды. Для этой цели в клинических условиях используют специальные кровати-грелки (кувезы) или инкубаторы «Медикор». Суточные колебания температуры у недоношенных детей начинают формироваться только три месяца спустя после рождения.

Вследствие анатомической и функциональной незрелости центральной нервной системы, в частности дыхательного центра, дыхание недоношенных новорожденных детей неравномерно по ритму и глубине, прерывается паузами и судорожными вдохами, особенно при нагрузке (прием пищи). Для недоношенных детей характерна резко выраженная морфологическая незрелость легких.

Понижение общей резистентности недоношенных детей к различным инфекциям, морфологическая незрелость легких, их ателектатическое состояние способствуют развитию пневмонии, а несовершенство регуляции кровообращения, легкая ранимость кровеносных сосудов предрасполагают недоношенных детей к мозговым кровоизлияниям.

Показатели неспецифического иммунитета зависят от уровня зрелости организма ребенка к моменту рождения.

Переношенной называется беременность живым плодом, продолжающаяся от первого дня последней менструации свыше 294 дней (42 недель). Роды при переношенной беременности называются запоздалыми (*partus setotipus*).

Перенашивание — одно из частых осложнений беременности и встречается у 10% беременных.

В **этиологии** перенашивания играют роль следующие факторы: 1) нарушение во время беременности, особенно в конце ее, гормонального баланса (повышение уровня прогестерона и хорионического гонадотропина, снижение уровня эстрогенных гормонов и др.); 2) замедленный обмен веществ и связанное с этим ожирение; 3) повышенное содержание токоферола; 4) замедленное развитие плода; 5) запоздалое биологическое созревание нервно-мышечного аппарата к родам в результате недостаточной эстрогеносинтезирующей функции фето-плацентарной системы.

В зависимости от срока перенашивания повышается масса плода — до 4000 г и выше, увеличивается его длина (на 2—3 см) и объем головки. При этом кости черепа становятся массивнее и плотнее, а роднички и швы — менее широкими и растяжимыми, вследствие чего подвижность костей черепа, особенно теменных, по отношению друг к другу значительно снижается. Конфигурация головки при этом происходит с некоторым трудом, что способствует внутричерепной травме плода и повреждению родовых путей матери.

При **запоздалых родах** крупный плод не является правилом: приблизительно 20% детей, в том числе переношенных на 4 недели и больше, рождаются с такими же или даже пониженными основными показателями развития (масса, рост и др.), как и родившиеся в срок. В этих случаях обращает на себя внимание слабое развитие подкожной жировой клетчатки у новорожденного, сморщенная кожа, нали-

чие сыровидной смазки только в области шеи и паховых складок, а при особо затянувшейся беременности — мацерация отдельных участков кожи.

Послед при перенашивании претерпевает значительные изменения, которые в большинстве случаев могут быть обнаружены при простом осмотре. Масса последа увеличена и превышает массу его при беременности обычной продолжительности на 100 г. Часто в плаценте обнаруживают некротизированные участки с дегенеративными изменениями или обызвествлением. Сосуды переполнены кровью и расширены, особенно капилляры ворсин.

Околоплодные воды окрашиваются в зеленоватый цвет, но продолжают оставаться прозрачными. При перенашивании свыше 4 недель воды начинают терять прозрачность и приобретают темно-серую окраску («грязные воды»). Одновременно наблюдается уменьшение и сгущение околоплодных вод; при очень длительном перенашивании количество их снижается до 50—100 мл. В таких случаях обычно происходит прижизненная мацерация кожи плода и окрашивание амниональной оболочки и пуповины в зеленоватый или в грязно-зеленый цвет.

При перенашивании довольно часто наблюдаются токсикозы беременных, являющиеся в одних случаях причиной, а в других — следствием перенашивания. Основным осложнением при перенашивании является внутриутробная дородовая (антенатальная) смерть плода. Умерший плод долгое время остается в матке и подвергается мацерации, а в дальнейшем и частичному рассасыванию. При таких несостоявшихся родах (missed labour) у беременной наблюдаются явления интоксикации от всасывания продуктов распада тканей плода. Интоксикация особенно выражена в случаях, когда через поврежденные оболочки плода проникают гнилостные бактерии.

Течение запоздалых родов отличается следующими особенностями: 1) раннее отхождение вод, что нередко влечет за собой замедленное раскрытие маточного зева и удлинение

времени родового акта; при этом легко возникает эндометрит в родах; 2) слабость родовых сил (первичная и вторичная); 3) затяжной характер родов; 4) гибель плода; мертворождение (гипоксия и внутричерепная травма) при запоздалых родах наблюдается в 4—5 раз чаще, чем при срочных родах; 5) кровотечение в последовом и в раннем послеродовом периоде — вследствие пониженной сократительной способности матки, перерастяжения матки крупным плодом, инфекции и т. д.

Распознают перенашивание по следующим признакам: 1) отсутствие родовой деятельности в предсказанный срок; 2) уменьшение окружности живота (при целостности плодного пузыря) больше чем на 10 см в течение 2—3 недель, считая с ожидаемого дня родов; 3) ухудшение сердечной деятельности плода (приглушение тонов сердца плода, бывших до этого отчетливыми, экстрасистолия, а за несколько часов или за 1—2 дня до внутриутробной смерти — аритмия); 4) отхождение передних вод, окрашенных меконием.

Лабораторные способы диагностики переносимости беременности заключаются в микроскопии секрета молочных желез, определении количества ретикулоцитов в периферической крови матери, цитологическом исследовании влагалищного содержимого, экскреции хорионического гонадотропина и эстриола и т. д.

Если перенашивание беременности диагностировано и не вызывает сомнений, необходимо решать вопрос о выборе метода родостимуляции. При этом исключительно важным является определение биологической готовности матки к родам. С этой целью необходимо определить чувствительность матки к окситоцину («окситоциновый тест»). Окситоциновый тест по Смигу выполняется следующим образом. С промежутками в 1 мин внутривенно вводят по 1 мл (0,01 ЕД) разведенного окситоцина (0,1 ЕД окситоцина, разведенного в 10 мл дистиллированной воды) до момента первого сокращения матки. Регистрация сокращений матки проводится пальпацией или с помощью

токографа. Если сокращение мускулатуры матки наступает на 1—3-й минуте (то есть после введения 0,01, 0,02 или 0,03 ЕД окситоцина), то к вызыванию родовой деятельности можно приступать в тот же день. В тех случаях, когда сокращение мускулатуры матки наступает на 4—10-й минуте, то перед применением того или иного метода вызывания родовой деятельности необходимо проводить предварительную комплексную подготовку матки к родам.

Биологическую готовность шейки матки к родам определяют и с помощью влагиалищного исследования. «Зрелая шейка матки» должна быть разрыхленной, податливой, укороченной на 0,5—1 см, а цервикальный канал проходим для одного пальца. Особое внимание следует обратить на состояние внутреннего зева, поскольку его разрыхленность и податливость являются весьма достоверными признаками биологической готовности шейки матки к родам, особенно при перенашивании беременности. При биологически подготовленной к родам шейке матки к вызыванию родовой деятельности можно приступать сразу, при «незрелой шейке матки» необходима подготовка к родам.

ВЫЗЫВАНИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Лечение переносимой беременности основывается на своевременной госпитализации роженицы и вызывании родовой деятельности не позже 42—43-й недели беременности. В этих случаях могут быть два варианта действия врача: 1) если размеры таза беременной соответствуют размерам головки плода, следует применить медикаментозный способ вызывания родовой деятельности, рекомендуемый Н. С. Бакшеевым и Е. Т. Михайленко; 2) если перенашивание беременности имеется у пожилой первородящей, особенно при тазовом предлежании плода, или у молодой, но с явлениями несоответствия размеров головки плода размерам таза, а также у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (тя-

желые затяжные роды, мертворожденные, кесарево сечение или плодоразрушающая операция), следует предложить беременной операцию кесарева сечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Нередко беременность наступает при таких заболеваниях, как сужение влагалища, хроническое воспаление матки и ее придатков, недоразвитие и пороки развития матки, опухолевые процессы в органах малого таза и т. п. В таких случаях физиологическое течение беременности, родов и послеродового периода нередко нарушается.

Инфантилизм половых органов является одной из причин бесплодия. Однако если беременность все же наступает, она нередко не донашивается и заканчивается самопроизвольно выкидышем или преждевременными родами. При доношенной беременности часто наступает слабость родовых сил либо с самого начала родов, либо позже — в периоде изгнания, либо, наконец, в последовом периоде, что может повлечь за собой аномалии в отслойке плаценты и связанное с этим кровотечение. В послеродовом периоде при недоразвитии матки наблюдается недостаточное обратное ее развитие (субинволюция).

В *двойной матке* (uterus duplex) беременность может развиваться одновременно в каждой из ее обособленных половин. Однако у большинства женщин с подобной маткой беременность все же развивается только в одной половине (рис. 23, а). Вторая половина при этом незначительно увеличивается в объеме, и в ее слизистой оболочке происходят децидуальные изменения.

В *матке, разделенной перегородкой* полностью (uterus septus) или частично — у дна (седловидная матка — uterus arcuatus) (рис. 23, б, в), беременность обычно не донашивается. Если же женщина все же донашивает, то в родах, преждевременных или срочных, нередко наблюдается слабость

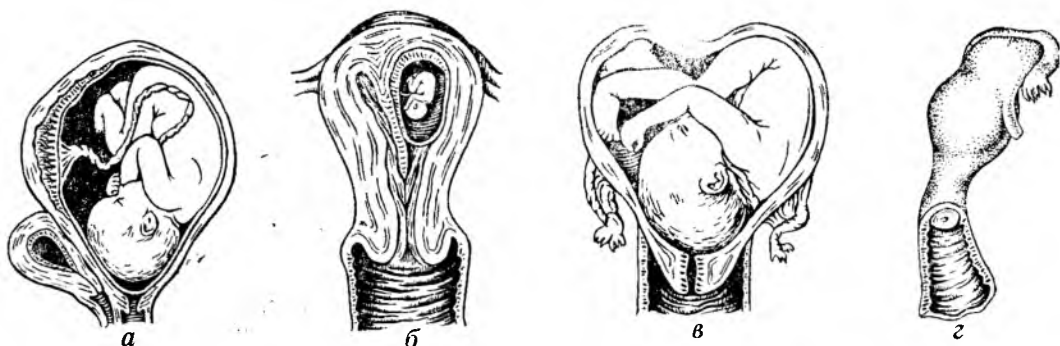


Рис. 23. Беременность при аномалиях развития матки:
 а — в двойной матке; б — в матке, разделенной перегородкой; в — в седловидной матке;
 г — в однорогой матке.

родовых сил, а при седловидной матке возможны поперечное положение плода и преждевременная отслойка плаценты. При однорогой матке (рис. 23, г) беременность и роды протекают без каких-либо особенностей.

В **рудиментарном роге матки** может привиться и развиваться оплодотворенное яйцо. Такая имплантация происходит или вследствие наружного продвижения оплодотворенного яйца из яичника нормально развитой половины матки в трубу, принадлежащую зачаточному рогу (*migratio ovi externa*), или в результате передвижения сперматозоида из трубы развитого рога в противоположную трубу (*migratio spermatozoidae externa*). В случае беременности в рудиментарном роге матки стенка его в области имплантации оплодотворенного яйца прорастает ворсинками хориона и растягивается растущим плодным яйцом. В конце концов, чаще всего на 14—18-й неделе беременности или позднее, происходит разрыв плодместилища. Внутрибрюшное кровотечение при этом бывает очень обильным, и, если не будет оказана срочная оперативная помощь (удаление рудиментарного рога), больная может погибнуть от шока и острой анемии.

Влагалищная перегородка (двойное влагалище) не мешает, за очень редкими исключениями, течению родов. Если перегородка разрывается во время прохождения предлежащей части плода, начинается кровотечение.

При угрозе разрыва перегородки последняя должна быть рассечена.

Патологическое течение беременности может быть связано и с различного рода смещениями матки. В этом отношении практическое значение имеет, главным образом, **загиб матки кзади**. Часто этот загиб сопровождается воспалительными изменениями органов малого таза в различных стадиях развития, вследствие чего матка оказывается фиксированной спайками. Как правило, спайки под влиянием беременности часто рассасываются, матка приобретает подвижность, и беременность протекает нормально; если же спайки являются настолько мощными, что не поддаются рассасыванию, матка продолжает оставаться неподвижной. Если не происходит самопроизвольный выкидыш, иногда наступает ущемление беременной матки в малом тазу. Этому обычно сопутствует затрудненное мочеиспускание, нарушение кровоснабжения мочевого пузыря и его перерастяжение, застой мочи, гангренизация его стенок.

Лечение заключается в выведении ущемленной матки после тщательного опорожнения мочевого пузыря. Это делают под наркозом и очень бережно.

Беременность иногда развивается при новообразованиях в органах малого таза. Практически наиболее важными являются фибромиома матки, кистома яичников и рак матки.

Фибромиома матки. Фиброматозные узлы могут быть расположены под-

брюшинно (субсерозно), внутриматоч-
но (интерстициально, интрамурально)
и подслизисто (субмукозно).

Во время беременности фибро-
матозные узлы часто увеличиваются, ино-
гда весьма значительно. Небольшие
узлы, особенно подбрюшинные, обы-
чно не нарушают течения беременности.
Крупные узлы часто бывают причиной
различных осложнений: перитонита
(вследствие некротизации узлов и пе-
рекручивания ножки узла), самопро-
извольного выкидыша и преждевре-
менной отслойки нормально распо-
ложенной плаценты (при подслизистом
расположении фиброматозного узла).
Фиброматозные узлы также способст-
вуют неправильному членорасположе-
нию плода (рис. 24).

Осложнения могут наступить и в
родах. Наиболее частыми из них явля-
ются слабость родовых сил и маточное
кровотечение (преждевременная от-
слойка плаценты в периоде раскрытия
или изгнания, аномалии отслойки ее в
последовом периоде). Зависят эти
осложнения от количества, размеров и
локализации фиброматозных узлов.
Если крупный узел расположен в ниж-
нем отделе матки, он может препятст-
вовать продвижению плода по родово-
му каналу. В послеродовом периоде
возможно атоническое кровотечение,
замедленная инволюция матки и после-
родовый метрозондометрит как резуль-
тат плохого сокращения матки. Фиб-
роматозный узел может также инфи-
цироваться, что иногда приводит к раз-
витию сепсиса.

Распознавание фиброматозных уз-
лов обычно не представляет особых
трудностей.

Фибриома матки не служит по-
казанием к искусственному прерыва-
нию беременности. При небольших не-
осложненных фибриомах роды сле-
дует вести выжидательно. В отдельных
случаях (при большом размере опухоли,
быстром ее росте, некротизации,
сильных болях и т. п.) показано опера-
тивное лечение — надвлагалищная ам-
путация матки или ее экстирпация.
Когда имеется один-два узла, возмо-
жна их энуклеация (вылушивание) с

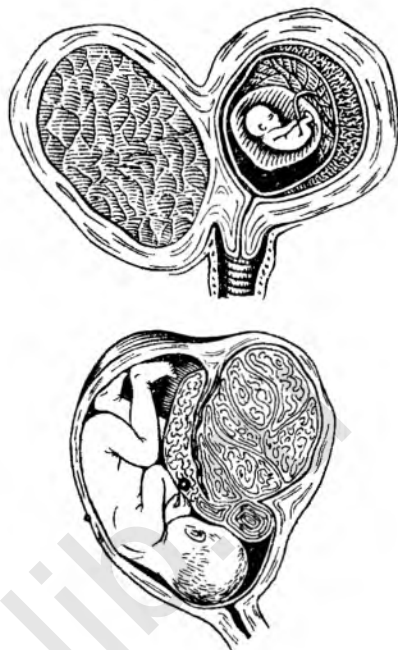


Рис. 24. Беременность при фибриоме матки.

сохранением целости плодного яйца.
Если большой фиброматозный узел ло-
кализуется в области шейки матки,
прибегают к оперативному родоразре-
шению (кесарево сечение).

Послеродовая инволюция матки
обычно оказывает благоприятное влия-
ние на фиброматозные узлы, они зна-
чительно уменьшаются.

Кистомы яичников не всегда неблагоприятно влияют на беременность,
роды и послеродовой период. В то же
время даже небольшая опухоль может
вызвать тяжелые осложнения. Так,
длинная ножка кистомы может пере-
крутиться вследствие легкой подвиж-
ности опухоли, некротизироваться и
вызвать воспаление брюшины и свя-
занное с этим прерывание беременно-
сти. Перекручивание ножки кистомы
может наблюдаться также в родах и,
особенно, в послеродовом периоде.

Если опухоль расположена между
листками широкой связки матки, она
может способствовать образованию ко-
сого или поперечного положения пло-
да. В родах продвижение плода быва-
ет затруднено, если малоподвижная

и значительных размеров опухоль расположена в области входа в малый таз или в малом тазу, а также при больших тонкостенных кистах, заполняющих почти всю брюшную полость, включая полость малого таза. В таких случаях давление продвигающейся по родовому каналу головки плода на опухоль или ее часть, фиксированную в малом тазу, может вызвать кровоизлияние в полость кисты и разрыв ее стенок.

Особенно часто осложнения наступают в послеродовом периоде, когда происходит перекручивание ножки опухоли или разрыв ее стенок.

Кисты яичников необходимо распознавать как можно раньше. Лечение, как правило, хирургическое. Удаление опухоли путем чревосечения многие авторы рекомендуют производить во время беременности в сроки не ранее 14—16 недель. Однако можно производить операцию и в более ранние сроки (после 8 недель беременности).

Сочетание *рака шейки матки* с беременностью является редкостью, требующей немедленного родоразрешения с проведением расширенной экстирпации матки по методу Вертгейма.

Беременность и лактационный период способствуют быстрому развитию ракового процесса. Довольно часто вследствие распространения инфекции из распадающегося ракового очага наступает самопроизвольный выкидыш, иногда же беременность донашивается до конца. При этом у некоторых женщин она сопровождается характерными симптомами ракового процесса (бели, кровотечение), у других такие симптомы могут отсутствовать. Во время родов обычно наступают тяжелые осложнения: эндометрит в родах, гибель плода, раннее отхождение вод, глубокие разрывы шейки и даже нижнего сегмента матки, сильное кровотечение, сепсис и др.

Лечение должно быть начато как можно раньше. При этом на первом плане стоят интересы матери. В незапущенных случаях делают расширенную экстирпацию матки — удаление

матки с придатками, лимфоузлов с клетчаткой и верхней трети влагалища. Затем назначают лучевую терапию. Если операция производится во второй половине беременности, удалению матки должно предшествовать кесарево сечение.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

ПОПЕРЕЧНОЕ И КОСОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

Поперечным положением плода называется такое положение, при котором ось плода образует с продольной осью матки прямой угол. При косом положении плода его ось и ось матки перекрещиваются под острым углом. *Позицию* плода при поперечных и косых положениях определяют по положению головки; если она обращена влево — первая позиция (рис. 25), если вправо — вторая. *Вид* определяют по спинке плода. При переднем виде поперечного (косого) положения спинка обращена вперед, при заднем виде — кзади.

При поперечных и косых положениях плода роды доношенным плодом невозможны без оказания медицинской помощи.

Причинами поперечных (косых) положений плода могут быть многоводие, дряблость брюшной стенки, многоплодная беременность, узкий таз, предлежания плаценты, опухоли в нижнем сегменте матки, не дающие возможности головке опуститься в нижний сегмент матки и прижаться ко входу в таз.

Причиной поперечного положения может быть также неправильная форма матки (седловидная матка).

Постановка диагноза поперечного (косого) положения в большинстве случаев особых затруднений не представляет. Форма матки при таких положениях вытянута в поперечном или косом направлении; дно ее стоит ниже, чем при продольном положении. Головка и тазовый конец плода располагаются в боковых отделах матки



Рис. 25. Поперечное положение плода, первая позиция, передний вид.

(головка слева, ягодицы справа и наоборот), предлежащей части над входом в таз нет. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка, ближе к той стороне, где находится головка.

Обычно в таких случаях прибегают к влагалищному исследованию. Однако оно тоже может не дать достаточных данных для подтверждения поперечного (косого) положения плода. Поэтому, когда возникают такие затруднения, для диагностики применяют рентгенографию или ультразвуковые методы исследования.

И только во время родов, после вскрытия плодного пузыря, влагалищное исследование помогает в распознавании поперечного (косого) положения. Через внутренний зев матки удастся прощупать плечико плода, ребра, ключицу (при заднем виде) или лопатку и остистые отростки позвонков (при переднем виде).

Нужно иметь в виду, что при поперечном (косом) положении часто во влагалище выпадает ручка, а иногда и петля пуповины. Обнаружив выпавшую ручку, легко прощупать подмышечную впадину, по которой уже можно определить, куда обращена головка плода, то есть установить позицию.

Головка располагается на той стороне, где замыкается подмышечная впадина. Таким образом, если подмышечная впадина закрыта в левую сторону — позиция первая (головка слева), и наоборот.

Однако в каждом случае необходимо уточнить, что выпало во влагалище: ручка или ножка. При этом берут во внимание следующие особенности. На ножке удается прощупать надколенную чашку и пяточный бугор. Пальцы на стопе почти одинаковой длины, большой палец плотно прижат и лишь с трудом отводится в сторону.

Кисть ручки переходит в предплечье без выступа, пальцы на ручке длиннее, чем на ножке, большой палец без затруднений отводится в сторону и свободно пригибается к ладони.

Важно также определить, какая ручка выпала — правая или левая. Для этого как бы «здороваются» правой кистью с выпавшей ручкой; если это удастся, выпала правая ручка, если не удастся — левая.

Выяснив позицию и установив, выпала правая или левая ручка, можно определить и вид. При первой позиции выпадение правой ручки указывает на передний вид, выпадение левой ручки — на задний вид. При второй позиции выпадение правой ручки свидетельствует о заднем виде, выпадение левой ручки — о переднем.

Роды при поперечном (косом) положении, как правило, патологические. Лишь в исключительных случаях в начале родов происходит самоповорот плода, при котором он переходит из косого или поперечного положения в продольное. Обычно же поперечное (косое) положение сохраняется и во время родов, что создает осложнения, чреватые большими опасностями и для матери, и для плода.

Поскольку нет предлежащей части, передние и задние воды не разграничены, и как только начинаются схватки, все воды устремляются к нижнему полюсу плодного пузыря, вследствие чего происходит ранний разрыв плодного пузыря. Вместе с преждевременным отходящими водами выпадает ручка, а иногда и петля пуповины.

Как только отойдут воды, матка сокращается и при этом обхватывает плод, который становится неподвижным. Значительное сокращение мускулатуры матки может резко нарушить



Рис. 26. Запущенное поперечное положение плода.

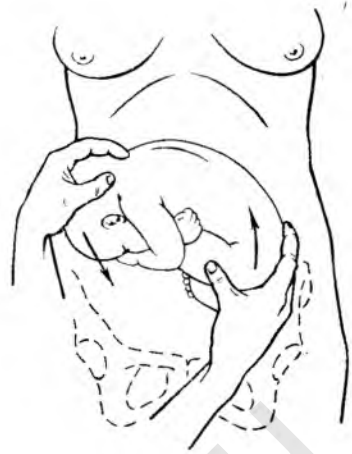


Рис. 27. Наружный поворот плода на головку при поперечном положении плода.

плацентарное кровообращение, вследствие чего наступает гипоксия плода.

Под влиянием родовых сил поперечно расположенный плод опускается в перерастянутый нижний сегмент матки, стенки которого от этого сильно истончаются. Позвоночник плода изгибается, особенно в шейной части, плечико вставляется в таз (рис. 26), выпавшая ручка отекает и синееет.

Неподвижность плода, внедрение плечика в таз, отечность и синюшность выпавшей ручки являются признаками *запущенного поперечного положения*, которое является грозным осложнением. Если роженице не оказать своевременной помощи, обычно наступает разрыв матки с нередким смертельным исходом для матери и плода.

И лишь в исключительных случаях недоношенный мертвый мацерированный плод может родиться в поперечном положении путем самоизворота.

Чрезвычайно редко отмечается рождение недоношенного мертвого плода в сдвоенном виде (роды сдвоенным телом).

Ведение беременности и родов.

Если поперечное (косое) положение плода обнаруживают сравнительно рано (на VII—VIII месяце беременности), есть некоторая надежда, что оно может измениться на продольное. С этой целью следует рекомендовать женщине лежание на том боку, где на-

ходится крупная нижележащая часть плода (головка, ягодицы).

Исправлению положения плода помогает также *корригирующая гимнастика* по методу И. И. Грищенко и А. Е. Шулешовой, которую следует систематически проводить в женской консультации.

Если же неправильное положение плода сохраняется при беременности в 35—36 недель, женщину обязательно следует направить в специализированное родильное отделение.

В родильном доме врач должен попытаться повернуть плод из поперечного (косого) положения в продольное наружными приемами. Это бывает возможным при условии, что плод имеет хорошую подвижность (воды не отошли), брюшная стенка податлива, таз имеет нормальные размеры или нет значительного сужения его, а состояние матери и плода удовлетворительное.

Как показал опыт, если ко входу в таз ближе головка, поворот следует делать на головку, если же ягодицы — на тазовый конец.

Выполняют *наружный поворот* следующим образом. Беременной (роженице) вводят 1 мл 2% раствора омнопона, опорожняют мочевой пузырь, укладывают на твердую кушетку и предлагают согнуть ноги. Врач садится с правой стороны, одну руку

кладет на головку, другую — на тазовый конец плода. Затем осторожными движениями он смещает головку ко входу в таз, а тазовый конец плода продвигает ко дну матки (рис. 27). Если же делают поворот на тазовый конец, то ягодицы смещают ко входу в таз, а головку — ко дну матки.

Завершив поворот, принимают меры для сохранения продольного положения плода: вдоль спинки и мелких частей (живота, груди) плода укладывают два валика, свернутые из простыней, и прибинтовывают их в этом положении к животу беременной.

Но иногда попытки совершить наружный поворот остаются безуспешными. В таких случаях во время родов применяют классический (наружно-внутренний, или комбинированный) поворот на ножку, после чего плод извлекают за ножку или производят кесарево сечение.

КЛАССИЧЕСКИЙ НАРУЖНО-ВНУТРЕННИЙ (КОМБИНИРОВАННЫЙ) ПОВОРОТ ПЛОДА НА НОЖКУ

Показаниями для проведения такой операции являются: неблагоприятные для родоразрешения положения плода, предлежания и вставления головки; выпадение пуповины и мелких частей плода при головных предлежаниях; осложнения и заболевания, угрожающие состоянию матери и плода (преждевременная отслойка плаценты и др.).

Условия для операции следующие: полное открытие маточного зева, плодный пузырь цел или же околоплодные воды только что отошли, плод полностью сохраняет свою подвижность в полости матки, величина плода соответствует размерам таза.

Операция классического наружно-внутреннего поворота состоит из следующих моментов: введение руки во влагалище и матку, отыскивание ножки и собственно поворот (рис. 28).

Введение руки. Во влагалище и в полость матки обычно вводят ту руку, которой врач лучше владеет. Кроме того, М. С. Малиновский рекомендует руководствоваться при этом позицией,

в которой находится плод: если в первой позиции — вводят левую руку, а если во второй — правую.

Руку, которой делают внутренний поворот, смазывают стерильным вазелиновым маслом (или помещают в рукав Окинчица, для изготовления которого некоторые авторы используют полиэтиленовые пленки), пальцы руки складывают конусом, вводят во влагалище и осторожно продвигают к зеву матки (тыл кисти при этом должен быть обращен в сторону крестца). Как только концы пальцев дойдут до зева, наружную руку переносят на дно матки. Затем разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку. Если операцию делают при головном предлежании, то прежде, чем ввести руку в матку, головку отталкивают в сторону спинки (рис. 28, а).

Отыскивание ножки. Если поворот предстоит совершать из поперечных положений, то при выборе ножки руководствуются видом: при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем — вышележащую.

Чтобы отыскать ножку, нащупывают бок плода, скользят по нему рукой от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени и захватывают ножку. Одновременно с этим наружной рукой тазовый конец плода продвигают книзу, навстречу внутренней руке.

Захватывание ножки можно производить двумя способами. При первом — голень захватывают всей рукой. Четыре пальца ее обхватывают голень спереди, большой палец располагается вдоль икроножных мышц, причем конец его достигает подколенной ямки (рис. 28, б). Применяя второй способ, указательным и средним пальцами ножку захватывают в области лодыжек, а большой палец поддерживает стопу (рис. 28, в). Как показала практика, первый способ захватывания ножки более совершенен и надежен.

Собственно поворот плода. Захватив ножку, наружную руку с тазового конца плода переносят на головку и осторожно отодвигают ее кверху, ко дну матки. Внутренней рукой ножку

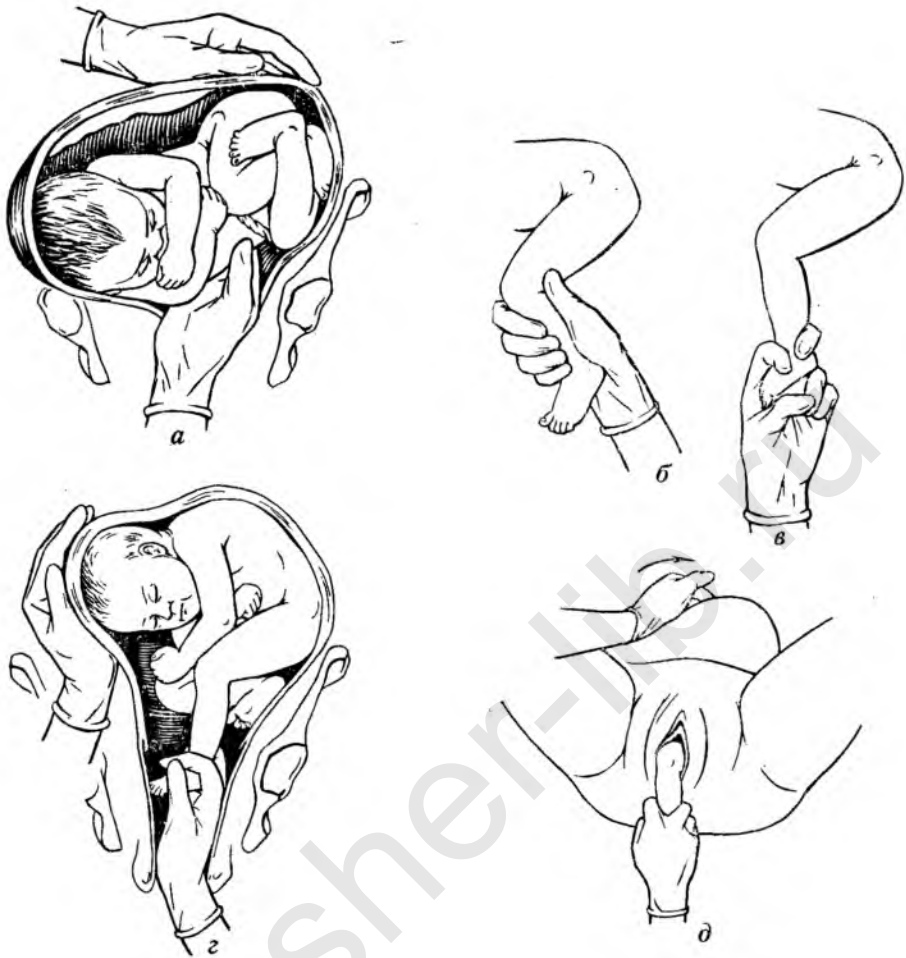


Рис. 28. Классический наружно-внутренний поворот плода на ножку при полном открытии маточного зева:

а — введение руки в полость матки; б — захват ножки (первый способ); в — захват ножки (второй способ); г — начало поворота плода на ножку; д — выведение ножки из половой щели до подколенной ямки.

в это время низводят и через влагалище выводят наружу (рис. 28, г).

Поворот считают законченным тогда, когда ножка выведена из половой щели до подколенной ямки (рис. 28, д). Это является подтверждением того, что плод переведен в продольное положение.

Если плод находится в поперечном положении, то при отхождении вод часто выпадает ручка, однако ее не вправляют, с помощью петли из стерильного бинта ручку отводят в сторону симфиза.

В последнее время, если шейка матки раскрыта неполностью, внутренний поворот плода из поперечного положения в продольное (поворот по Брекстон-Гиксу) не применяют, так как имеется большой риск разрыва матки. Плод при попытке сделать такой поворот обычно рождается мертвым.

Внутренний поворот плода делают при полном раскрытии зева матки и неотшедших водах (плодный пузырь разрывается во время поворота) или сразу после отхождения вод. Поэтому во время родов надо прилагать все

усилия, чтобы плодный пузырь был сохранен целым до конца периода раскрытия. Роженице ни в коем случае нельзя вставать с постели, причем лежать ей рекомендуется на том боку, где находится головка или тазовый конец плода. Для предотвращения раннего отхождения вод во влагалище вводят резиновый баллон — кольейринтер. После полного раскрытия зева матки оболочки пузыря разрывают, делают поворот плода и извлекают его.

Если же несмотря на принятые меры наступило самопроизвольное отхождение вод, без промедления делают влагалищное исследование. Обнаружив, что зев полностью открыт, сразу же приступают к повороту и извлечению плода. При неполном открытии в матку вводят мейтрейринтер, с помощью которого удаётся сохранить остатки вод и ускорить раскрытие зева.

Если поперечное или косое положение плода имеет место у беременной с узким тазом или у старой первородящей, сразу же после начала родовой деятельности делают кесарево сечение.

При запущенном поперечном положении плод часто погибает. В подобных случаях единственным способом родоразрешения является плодоразрушающая операция (декапитация).

Следует также помнить, что при запущенном поперечном положении поворот плода вообще запрещен, так как это почти всегда ведет к разрыву матки, который может произойти даже при попытке к повороту, во время введения руки в матку.

ДЕКАПИТАЦИЯ (ОПЕРАЦИЯ ОБЕЗГЛАВЛИВАНИЯ) ПЛОДА

Для проведения этой операции требуются следующие инструменты: декапитационный крючок Брауна, тупоконечные длинные изогнутые ножницы, влагалищные зеркала (для осмотра шейки матки), пулевые щипцы, инструменты для наложения швов (в случае повреждения шейки матки).

Операцию выполняют вдвоем.

Техника операции. На выпавшую ручку надевают петлю и передают по-

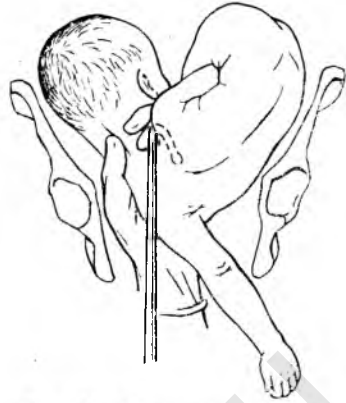


Рис. 29. Декапитация плода.

мощнику, который оттягивает ручку вниз и в сторону тазового конца плода. Затем вводят руку во влагалище и дальше — в матку, отыскивают шею плода и захватывают ее. Скользя по руке, в матку вводят декапитационный крючок (пуговкой книзу) и насаживают его на шею плода (рис. 29). После этого рукоятку крючка сильно оттягивают книзу и производят вращательные движения. При этом слышен хруст — происходит перелом позвоночника. Удалив крючок, ножницами (под контролем внутренней руки) перерезают мягкие ткани шеи.

Совершив обезглавливание, туловище извлекают, потягивая за ручку. Однако иногда при выведении плечиков возникают затруднения. В таких случаях рассекают ключицу (клейдотомия). Головку из полости матки извлекают рукой. Для удобства и надежности в рот плода вводят палец внутренней руки. Если же попытки извлечь головку рукой оказываются безуспешными, ее перфорируют (краниотомия), затем освобождают от мозга (эксцеребрация) и извлекают специальным инструментом (краниокластом).

Закончив операцию, обязательно проводят ручную ревизию стенок матки, чтобы убедиться в их целости. С этой же целью тщательно осматривают в зеркалах шейку матки и влагалище.

Приходится констатировать, что поперечное (косое) положение плода,

сохранившееся к периоду родов, особенно запущенное поперечное положение, свидетельствует о серьезных недостатках в деятельности акушерской службы (женской консультации и родильного стационара), поскольку в настоящее время имеются все условия, чтобы не допустить такого тяжелого осложнения, каким является запущенное поперечное положение плода.

ВЫПАДЕНИЕ МЕЛКИХ ЧАСТЕЙ ПЛОДА И ПУПОВИНЫ

Различают предлежание и выпадение мелких частей плода (ручки, ножки) и пуповины. В случаях, когда плодный пузырь цел и рядом с предлежащей частью плода через оболочки удается определить мелкую часть плода или пуповину, говорят об их предлежании. Если же пуповина и мелкие части плода после отхождения вод находятся ниже крупной предлежащей части, то это будет выпадение.

Выпадение ручки чаще всего происходит при поперечном (косом) положении, однако это случается и при продольном положении плода (рис. 30). Ручка при головном предлежании может выпасть в том случае, если между головкой и тазом образовалось свободное пространство. Поэтому такие осложнения бывают при недоношенном плоде, беременности двойней, узком тазе, многоводии.



В результате выпадения всей ручки возникают различные осложнения. При этом затягивается период изгнания, может быть асфиксия плода, эндометрит в родах. Нередко развивается вторичная слабость родовых сил или появляются судорожные схватки. Возможно также ущемление мягких тканей родовых путей, а в более тяжелых случаях — разрыв матки.

Обнаруживают предлежание и выпадение ручки при влагалищном исследовании, когда предлежащую ручку удается прощупать через оболочки плодного пузыря. В случае предлежания ручки роженицу укладывают на бок, противоположный предлежащей ручке. При этом дно матки с ягодицами плода перемещается в ту же сторону, а предлежащая ручка обычно уходит вверх. После отхождения вод головка вступает в таз, что предупреждает выпадение ручки.

Однако когда ручка выпала, положение роженицы на боку бесполезно. Поэтому, если головка подвижна, ее осторожно смещают вверх, а ручку вправляют за головку. Затем на головку накладывают кожно-головные щипцы по Иванову или вакуум-стимулятор, подтягивают головку ко входу в малый таз и подвешивают к щипцам груз весом 250—300 г.

Выпадение пуповины. Это осложнение нередко возникает при поперечных (косых) положениях плода, когда



Рис. 30. Выпадение ручки плода при головном предлежании.

Рис. 31. Выпадение пуповины при головном предлежании плода.

нижний сегмент матки не занят предлежащей частью. Выпасть пуповина может также и при продольном положении плода, если предлежащая часть его не заполняет входа в таз (рис. 31). Такая аномалия также встречается при узком тазе, разгибательных предлежаниях, когда головка долго не вставляется во вход в малый таз, при беременности двойней, а также при тазовых предлежаниях. В случае многоводия вместе с водами, изливающимися под большим давлением, петля пуповины может проскользнуть мимо предлежащей части. Условием, predisposing к выпадению пуповины, является чрезмерная длина ее.

Выпавшая петля пуповины, легко сжимаясь, почти не препятствует прохождению предлежащей части через родовую канал. Однако это осложнение родов представляет собой большую опасность для плода. Дело в том, что выпавшая пуповина почти всегда сдавливается между предлежащей частью и стенкой таза, вследствие чего кровообращение плода нарушается, и, если не будет оказана немедленная помощь, плод погибает.

Известно, что пуповина обычно выпадает во время отхождения вод. Поэтому, чтобы своевременно выявить такое осложнение, сразу же после отхождения вод надо сделать влагалищное исследование.

При этом нельзя забывать, что петлю пуповины, выпавшую во влагалище, нужно исследовать очень осторожно, так как раздражение сосудов пуповины вызывает их спазм и ухудшает кровообращение плода.

Исследуя выпавшую пуповину, обращают внимание на пульсацию сосудов. Если сосуды пульсируют, плод жив. Отсутствие пульсации не только во время схваток, но и в паузах между ними является признаком гибели плода.

Важно, чтобы диагноз предлежания пуповины был поставлен к началу родов. Этого можно достигнуть прощупыванием пуповины через оболочки. В таких случаях роженицу кладут на бок, противоположный тому, где нахо-

дится предлежащая пуповина. При этом петля пуповины может самопроизвольно отойти кверху, головка после отхождения вод опуститься и заполнить вход в таз. Во всех случаях выпадения пуповины, когда плод живой, необходима самая срочная помощь.

При поперечном положении, полном открытии зева матки и подвижном плоде такой помощью является поворот плода на ножку и последующее извлечение его.

При тазовом предлежании и полном открытии зева, когда появляются признаки гипоксии плода, роды заканчиваются извлечением плода за ножку или паховый сгиб. При опускании в таз ягодич или ножек небольшого плода пуповина не всегда сдавливается. Поэтому в таких случаях роды ведут выжидательно, тщательно наблюдая за сердцебиением плода. Если же головка стоит в полости таза и плод живой (это определяют по пульсирующей петле пуповины), для родозавершения немедленно накладывают щипцы.

При неполном раскрытии зева выпавшую петлю пуповины следует попытаться заправить, после чего вводят метрейринтер или прибегают к кесареву сечению.

РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКИ

При сгибательном типе механизма родов (затылочное предлежание) идущей впереди частью головки является затылок, а проводной точкой — малый родничок. Головка при этом проходит через таз окружностью, которая соответствует малому косому размеру. Однако в некоторых случаях головка проходит через таз в разогнутом состоянии.

Различают три степени такого разгибания головки и, соответственно, три вида разгибательного предлежания. При первой, наиболее легкой степени разгибания подбородок отходит от грудной клетки, вследствие чего впереди идущей частью становится темя, а проводной точкой — большой родничок. В данном случае образуется *переднеголовное предлежание* (рис. 32, а).

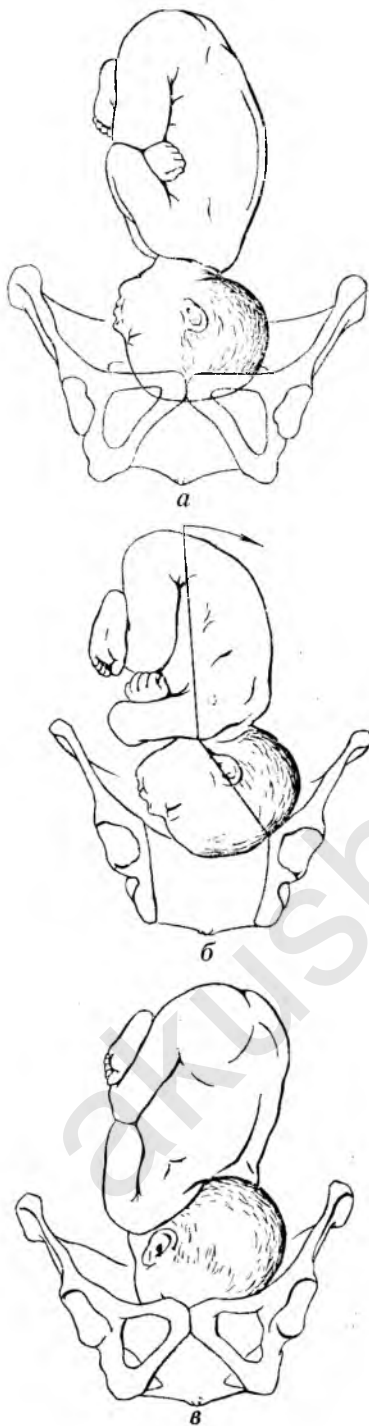


Рис. 32. Разгибательные предлежания головки:
 а — переднеголовное; б — лобное; в — лицевое,

Для второй степени характерным является большее разгибание головки, в результате которого наиболее низко расположенной частью становится лоб. Это — *лобное предлежание* (рис. 32, б).

Третья степень — наибольшее разгибание, при котором ниже всего опускается лицевая часть головки, а проводной точкой становится подбородок. Так образуется *лицевое предлежание* (рис. 32, в).

Возникают разгибательные предлежания по разным причинам. К ним прежде всего относятся моменты, создающие затруднения для сгибания головки — анатомически и клинически узкий (суженный) таз, многоводие, опухоли шеи у плода, мертвый плод.

Механизм родов имеет одни и те же особенности при всех разгибательных предлежаниях: первым моментом его является разгибание головки при затылочном предлежании — сгибание головки. В полости таза головка при разгибательных предлежаниях почти всегда поворачивается затылком кзади.

ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Распознать переднеголовное предлежание при наружном акушерском исследовании можно при помощи ультразвуковой цефалометрии. Делая влагалищное исследование в периоде раскрытия, устанавливают, что оба родничка находятся на одном уровне, и лишь в периоде изгнания большой родничок опускается ниже, становясь проводной точкой.

Биомеханизм родов. Во входе в таз головка устанавливается стреловидным швом в поперечном размере. Большой и малый роднички при этом оказываются на одном уровне.

Первым моментом биомеханизма родов является незначительное разгибание головки, при котором подбородок отходит от грудной клетки плода, темя опускается, а большой родничок располагается ниже малого, становясь проводной точкой. В таком положении и продвигается головка в полость таза.

Во втором моменте биомеханизма родов головка при переходе из

широкой в узкую часть малого таза совершает внутренний поворот, обращаясь затылком кзади. Стреловидный шов в результате поворота из поперечного становится в прямом размере.

Третий момент биомеханизма родов — прорезывание головки. Он состоит из сгибания и разгибания прорезывающейся головки. Вначале из половой щели показывается теменная часть головки с большим родничком, затем прорезывается лоб и область надпереносья (*glabella*), которая, подходя к нижнему краю лобковой дуги, становится первой точкой фиксации (рис. 33, *а*). Вокруг этой точки и происходит сгибание головки. В это время прорезывается затылок — он рождается до подзатылочной ямки, которая, упираясь в верхушку копчика, образует вторую точку фиксации. Вокруг нее и разгибается головка. В этот момент из-под лобкового сращения появляется лицо плода (рис. 33, *б*).

Четвертый момент биомеханизма родов, состоящий из внутреннего поворота плечиков и наружного поворота головки, проходит обычно. Головка, проходя через таз, прорезывается через вульварное кольцо окруженностью в 34 см, что соответствует прямому размеру головки (12 см). Головная опухоль при этом расположена в области большого родничка. Головка рождается в состоянии резко выраженной деформации — она вытянута вверх теменной частью и по форме напоминает башню (брахицефалическая форма) (рис. 34).

Роды при переднеголовном предлежании имеют затяжное течение. При нормальном тазе, обычной величине плода и неосложненной родовой деятельности они заканчиваются самопроизвольно. Однако роды следует вести выжидательно, внимательно следя за состоянием роженицы, течением родового акта, продвижением головки. Надо также регулярно следить за сердцебиением плода. Облегчают родоразрешение обезболивающие меры. Обязательно следует проводить профилактику гипоксии плода.

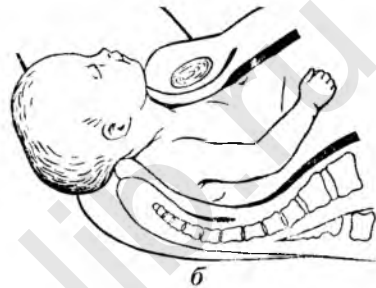
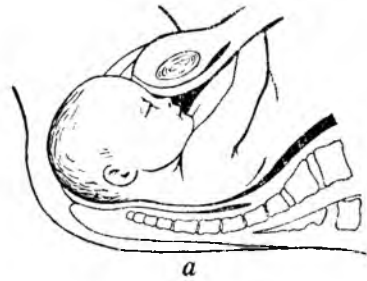


Рис. 33. Прорезывание головки во время родов при переднеголовном предлежании (задний вид):

а — образование точки фиксации между переносицей и нижним краем лобкового сращения (сгибание головки); *б* — разгибание головки вокруг второй точки фиксации, образующейся между подзатылочной ямкой и верхушкой копчика.



Рис. 34. Конфигурация головки при родах в переднеголовном предлежании (брахицефалический череп).

ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Лобное предлежание встречается очень редко (1 случай на 2000—3000 родов). Распознать лобное предлежание методом ультразвуковой цефалометрии не сложно. При влагалищном исследовании это возможно в том случае, если удается прощупать лоб с лобным швом и когда головка плотно прижата ко входу в малый таз или уже вступила в него.

Влагалищное исследование дает также возможность прощупать с одной

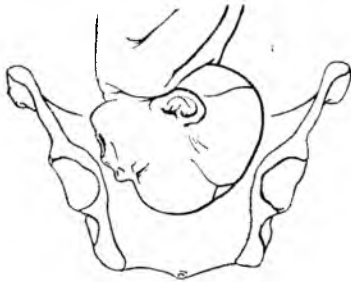


Рис. 35. Биомеханизм родов при лобном предлежании (разгибание головки).



Рис. 36. Внутренний поворот головки затылком кзади.



Рис. 37. Конфигурация головки при родах в лобном вставлении.

стороны лобный шов, корень носа и надбровные дуги, а с другой — передний угол большого родничка.

Биомеханизм родов. Первым моментом является разгибание головки, которая устанавливается во входе в таз своим большим косым размером. При этом ниже всего расположен лоб, являющийся проводной точкой. Лобный шов находится в поперечном размере входа в таз (рис. 35).

Второй момент — переход головки из широкой части малого таза в узкую. Головка совершает внутренний поворот затылком кзади, и лобный шов оказывается сначала в косом, а затем в прямом размере выхода таза (рис. 36).

Третий момент наступает во время прорезывания головки и состоит из сгибания и разгибания головки. При этом альвеолярный отросток верхней челюсти упирается в нижний край симфиза (он является первой точкой фиксации) и головка сгибается. В этот момент над промежностью выкатываются темя и затылок. Дальше подзатылочная ямка (вторая точка фиксации) упирается в верхушку копчика, головка разгибается и из-под лобкового сращения появляются лоб, глаза, нос, рот и подбородок.

Четвертый момент биомеханизма родов проходит обычно — плечики совершают внутренний поворот, а головка — наружный. Головка при этом подвергается сильной деформации, она вытягивается в направлении лба (рис. 37). Родовая опухоль, располагаясь в области лба, достигает значительных размеров.

Роды имеют затяжное, как правило, патологическое течение. Самопроизвольно они заканчиваются очень редко (при небольшом плоде, сильных схватках, обширном тазе). Период изгнания весьма продолжителен, причем довольно часто возникает вторичная слабость родовых сил, следствием чего является прекращение продвижения головки, сдавление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, асфиксия плода. Длительное сдавление мягких тканей способствует образованию про-

лежней, а это ведет к возникновению мочеполовых свищей.

Вместе с тем в некоторых случаях может возникнуть чрезмерно сильная родовая деятельность, при которой наступает перерастяжение нижнего сегмента матки и её разрыв. Ребенок рождается с явлениями внутричерепной родовой травмы, весьма часто бывают мертворождения. Поэтому роды при лобном предлежании должен вести врач самой высокой квалификации. В случае осложнений (слабость родовой сил, гипоксия, угрожающий разрыв матки и др.) роды заканчиваются оперативным путем. Если плод живой, делают кесарево сечение, при мертвом плоде производят краниотомию. При переднем виде (по спинке) лобного вставления самостоятельные роды невозможны и должны заканчиваться операцией кесарева сечения (при живом плоде).

ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Лицевое предлежание образуется в результате максимального разгибания головки. Роды в таком предлежании, по данным И. Ф. Жордания, составляют 0,23% от общего числа родов.

Распознать лицевое предлежание удается и при наружном, и при внутреннем исследованиях. Наружное исследование позволяет выявить важные особенности лицевого предлежания: углубление между спинкой и запрокинутой головкой, сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается не со стороны спинки, а со стороны грудной клетки (где удается прощупать мелкие части). При влагалищном исследовании прощупываются надбровные дуги, надпереносье, нос, рот и подбородок плода.

Однако в тех случаях, когда околоплодные воды отошли, образуется родовая опухоль, и она может затруднить распознавание лицевого предлежания. А иногда, когда родовая опухоль большая, лицевое предлежание можно даже принять за ягодичное. Поэтому надо помнить, что при ягодич-

ном предлежании прощупывается крестец, половые органы плода, паховый сгиб, а при лицевом — надбровные дуги, нос, рот и подбородок. Кроме того, при большой головной опухоли иногда рот плода ошибочно принимают за заднепроходное отверстие. Но избежать такой ошибки довольно легко. Введя палец в рот плода, можно прощупать челюсти, язык и небо. Палец же, введенный в анальное отверстие, встречает сопротивление жома.

Влагалищное исследование при лицевом предлежании надо делать очень

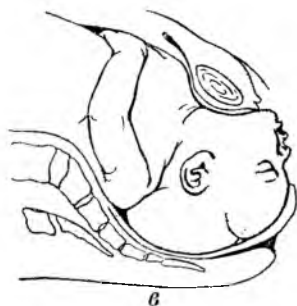


Рис. 38. Биомеханизм родов при лицевом вставлении головки:

а — первый момент (максимальное разгибание и вставление головки); б — второй момент (внутренний поворот головки); в — третий момент (рождение головки).

осторожно, чтобы не нанести плоду повреждений.

С помощью влагалищного исследования уточняют позицию и вид плода. Вид при лицевом предлежании определяют, как и при других предлежаниях, по спинке (затылку) плода.

Биомеханизм родов. К началу периода изгнания головка при лицевом предлежании прижимается ко входу в малый таз или вступает в него. При этом лицевая линия, идущая от лобного шва по спинке носа к подбородку, оказывается в поперечном или слегка косом размере таза.

Первым моментом биомеханизма родов является разгибание, во время которого самым низко расположенным пунктом — проводной точкой — становится подбородок (рис. 38, а). В таком состоянии головка опускается во вход в малый таз.

Второй момент — внутренний поворот головки — наступает при переходе из широкой части таза в узкую. При этом подбородок обычно поворачивается кпереди, а лицевая линия переходит в косой, затем — в прямой размер выхода из малого таза (рис. 38, б).

Третий момент — сгибание головки после фиксации ее областью подъязычной кости в лобковую дугу. Вокруг этой точки головка сгибается, а над промежностью выкатывается личико, темя и затылок плода (рис. 38, в).

В четвертом моменте биомеханизма родов совершается внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Он протекает обычно. Образовавшаяся родовая опухоль располагается на личике, личико отечное, сине-багровое, губы и веки сильно припухшие, иногда отекает и язык.

Течение родов. При лицевом предлежании головка, пройдя через таз, прорезывается через вульварное кольцо сравнительно небольшой окружностью (32—33 см), которая соответствует вертикальному размеру (9,5 см). Роды обычно заканчиваются самостоятельно. Однако если плод крупный, родовая деятельность недостаточно сильна, а таз сужен, роды затягиваются и воз-

никают осложнения (сдавление мягких тканей, гипоксия плода, эндометрит в родах и др.). В отдельных случаях при этом возникает тяжелое осложнение — образуется передний вид лицевого предлежания: подбородок поворачивается к копчику, а лоб — к симфизу. Продвижение головки полностью прекращается, так как объем ее вместе с грудной клеткой значительно больше размеров таза.

Роды при заднем виде лицевого предлежания следует вести выжидательно, так как в большинстве случаев они заканчиваются самостоятельно.

При переднем виде лицевого предлежания роды невозможны, и во всех случаях необходимо оперативное родоразрешение (обычно производится кесарево сечение или краниотомия).

КРАНИОТОМИЯ

Краниотомию применяют по следующим показаниям: мертвый плод, резкое несоответствие между размерами таза и размером головки, появление признаков угрожающего разрыва матки и других грозных осложнений, при которых родоразрешение другим путем невозможно.

Необходимые инструменты: перфоратор Феноменова или Бло, широкие влагалищные зеркала (два), подъемники (два), щипцы Мюзо (два), щипцы пулевые (два), ложечка для разрушения мозга, краниокласт, а также инструменты для наложения швов на шейку матки и промежность (на случай повреждения их).

Краниотомия состоит из следующих этапов: перфорация головки, эксцеребрация (разрушение и удаление мозга), краниоклазия (извлечение головки краниокластом).

Техника краниотомии. Раскрыв влагалище зеркалами, на головку плода накладывают щипцы Мюзо, подтягивают ее книзу и приступают к перфорации. Лучше всего пользоваться копьевидным перфоратором Бло. Сначала ножницами рассекают мягкие ткани, а затем производят крестообраз-

ную перфорацию черепа в области шва, родничка или глазниц.

Производя перфорацию, надо помнить, что режущие поверхности копьевидного перфоратора обращены кнаружи, поэтому мягкие ткани родовых путей необходимо защищать от случайных травм. С этой целью рукоятку перфоратора опускают книзу, а переднюю стенку влагалища (и мочевого пузыря) защищают зеркалом или левой рукой (рис. 39).

Закончив перфорацию, стерильной ложечкой (или обычной кюреткой) разрушают мозг, и он вытекает из полости черепа. После разрушения мозга можно производить вакуум-аспирацию его при помощи вакуум-аппарата.

После удаления мозга череп спадается.

Следующим этапом операции является *краниоклазия* — извлечение головки с помощью краниокласта. Краниокласт состоит из двух ветвей, каждая из которых состоит из ложки,

замковой части, рукоятки и винта. Сплошную ложку вводят в полость черепа и располагают на лицевых костях, а окончатую — накладывают на наружную поверхность лицевой части черепа (ее вводят наподобие ложки щипцов). После введения ложек краниокласт замыкают и захваченную головку закрепляют с помощью винта. Извлекают головку краниокластом при полном открытии маточного зева (рис. 40). Если открытие зева неполное, это является противопоказанием для срочного родозавершения. На шейке матки делают насечки, на перфорированную головку накладывают несколько пар щипцов Мюзо, подвешивают груз, и роды заканчиваются самостоятельно при хорошей родовой деятельности.



Рис. 39. Перфорация головки копьевидным перфоратором.

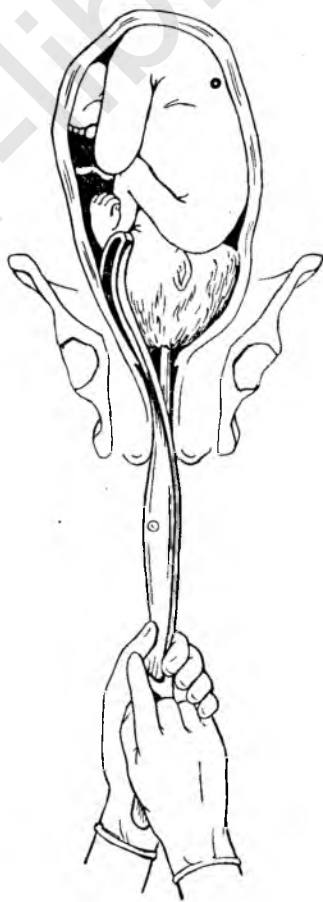


Рис. 40. Извлечение головки краниокластом.

**АНОМАЛИИ
И УРОДСТВА ПЛОДА.
АНОМАЛИИ ЭЛЕМЕНТОВ
ПЛОДНОГО ЯЙЦА**

АНОМАЛИИ И УРОДСТВА ПЛОДА

Среди аномалий и уродств плода, затрудняющих роды, наиболее частыми являются гигантский плод, гидроцефалия, общая водянка плода, сросшиеся двойни, опухоли внутренних органов плода, грыжи головного мозга и др.

Чрезмерная величина плода. Различают крупные плоды с массой выше 4000 г и гигантские с массой выше 6000 г. В связи со значительными размерами головки и туловища роды при такой патологии протекают тяжело (затяжные, первичная и вторичная слабость родовой деятельности) и требуют оперативного вмешательства (вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы, плодоразрушающие операции или кесарево сечение) в связи с клинически узким тазом. Возможны следующие причины чрезмерной величины плода: переносенная беременность, эндокринные заболевания матери (сахарный диабет), чрезмерное употребление углеводов.

Гидроцефалия (водянка головы).

Это результат значительного (до нескольких литров) скопления спинномозговой жидкости в боковых желудочках мозга. При этой патологии объем головки достигает больших размеров, кости черепа истончены, роднички и швы расширены. Такая головка в родах является препятствием для рождения плода. Только после перфорации ее и удаления жидкости возможно рождение плода при нормальных размерах таза.

Общая водянка плода. Гидроцефалия иногда наблюдается в сочетании с общей водянкой плода. До недавнего времени причина общей водянки плода не была известна. В настоящее время ее связывают с отечной формой гемолитической болезни вследствие резус-конфликта между матерью и плодом. При этом имеются резкие отеки всех участков туловища, наличие жидкости в грудной, сердечной и брюшной полостях (рис. 41).

Обычно такие дети рождаются мертвыми или погибают вскоре после родов.

Грыжи головного мозга. Большие грыжи головного мозга встречаются редко (рис. 42). В связи с врожденным дефектом костей черепа грыжевой ме-



Рис. 41. Общая водянка плода с уродствами развития (собственное наблюдение).

шок иногда заполняет все мозговое вещество, а в черепной коробке скапливается спинномозговая жидкость. При этом имеет место и гидроцефалия. В подобных случаях создается препятствие для вставления и продвижения головки по родовому каналу. Обычно

перфорация головки с удалением мозгового вещества из грыжевого мешка и удаление церебральной жидкости уменьшают объем предлежащей части и способствуют самостоятельному рождению последующего туловища плода.



Рис. 42. Грыжа головного мозга (собственное наблюдение):
а — в затылочно-теменной области; б — в подзатылочной области.



Рис. 43. Сочетание грыжи головного мозга с гигантской опухолью шеи — гемангиокаверномой (собственное наблюдение).



Рис. 44. Врожденная эвентерация.

Диагностика грыжи мозга не представляет затруднения.

Крайней редкостью является сочетание грыжи головного мозга с опухолями шеи (рис. 43).

Врожденная эвентерация. Это врожденный дефект передней брюшной стенки, при котором все внутренние органы брюшной полости (кишечник,

печень, селезенка) выходят за ее пределы и вываливаются наружу (рис. 44). Обычно такие новорожденные не жизнеспособны и вскоре после рождения погибают. Роды проходят без особенностей.

Сросшиеся двойни. В зависимости от уровня сращения различают краниопаги (сращение головками), тора-



Рис. 45. Сросшиеся двойни:

а — торакопаги; б — гастропаги; в — сплошное сращение всего туловища и конечностей с общими органами брюшной полости (собственные наблюдения).

копаги (сращения грудными клетками), гастропаги (сращения брюшными стенками), пигопаги или ишиопаги (сращения областью ягодиц); бывают и множественные уродства (рис. 45). Как правило, эти уродства наблюдаются при однойяцевой двойне. Беременность сопровождается токсикозами второй половины (нефропатия). Роды

чаще протекают с затруднениями в связи с задержкой во входе в таз одного из сросшихся плодов. В большинстве случаев применяют плодоразрушающие операции.

Гемицефалия и анэнцефалия. Гемицефалия — уродство, при котором развивается нормально лишь лицевая часть головки, а черепная развита слабо. Когда вовсе отсутствует черепная часть головки, то такая патология называется анэнцефалией. Ввиду небольшого объема головки роды протекают без затруднений. Вид урота чрезвычайно характерен: маленькая головка, шеи нет, глазные яблоки выпячены, рот приоткрыт, из него торчит язык («лягушачья голова»). У этих плодов возможны и другие уродства (расщепление позвоночника, расщепление твердого и мягкого неба, волчья пасть, заячья губа и т. д.) (рис. 46). Большая часть анэнцефалов и гемицефалов гибнет в родах или сразу после рождения.

Мумификация плода. Эта аномалия наблюдается, когда гибнет один из близнецов. Околоплодные воды всасываются, тело погибшего плода сморщивается. Мы наблюдали случай мумификации плода с уродствами развития (анэнцефалия и отсутствие верхних конечностей).

Меньшее значение для акушера имеют небольшие мозговые грыжи, *spina bifida*, пупочные грыжи, а также уроды без сердца, типа «сирены», с врожденной ихтиозиформной эритродермией (рис. 47), при которых роды протекают без особых затруднений.

Вовсе не имеют значения для течения родового акта такие уродства, как заячья губа, волчья пасть, косолапость, заращение заднего прохода.

Роль врожденных уродств и наследственных заболеваний в перинатальной патологии

В настоящее время возрастает интерес к проблеме наследственных болезней и врожденных уродств. Это вызвано изменением структуры заболеваемости и смертности за последние 10—15 лет.



Рис. 46. Сочетание анэнцефалии с заячьей губой и волчьей пастью



Рис. 47. Врожденная ихтиозиформная эритродермия:

а — вид спереди; б — вид сзади.

Благодаря развитию в нашей стране широкой сети женских консультаций все беременные находятся под систематическим врачебным контролем и в случаях отклонений в течении беременности имеют возможность быть своевременно госпитализированными в стационар.

Квалификация врачей акушеров-гинекологов за последние годы значительно повысилась. Благодаря активному и умелому ведению родов процент мертворождаемости и ранней детской смертности доведен до минимума. По сравнению с другими высокоразвитыми странами в нашей стране самая низкая заболеваемость и смертность детей раннего возраста. Однако перинатальная патология до настоящего времени продолжает оставаться относительно высокой, в ее структуре отмечается относительное увеличение удельного веса врожденных уродств и наследственных заболеваний.

Статистика показывает, что количество врожденных уродств за последнее время имеет тенденцию к абсолютному увеличению, особенно в странах с высокоразвитой химической промышленностью. Так, по данным Э. Д. Маневич, (1966) с врожденными аномалиями рождаются в Бельгии 0,74%, Франции — 2,4%, Англии — 2% новорожденных. По данным И. В. Саноцкого (1965), в высокоразвитых капиталистических странах каждый шестой ребенок рождается с аномалиями развития и каждый семнадцатый — с расстройством центральной нервной системы.

Пороки внутриутробного развития плода обычно наступают в результате того, что в периоде эмбриогенеза он подвергался действию вредных веществ и факторов (химические и физические факторы, интоксикации, паразитарные инфекции). Известно, что такие инфекционные заболевания, как токсоплазмоз, листериоз, грипп, могут приводить к уродствам развития плода, а некоторые лекарства (салицилаты, стероидные гормоны, талидамид) обладают тератогенным действием. К аналогичным внутриутробным изме-

нениям плода может привести резус-конфликт между матерью и плодом.

Согласно сообщению Научной группы ВОЗ (1969), различные наследственные аномалии, угрожающие здоровью детей, обнаруживаются примерно у 4% новорожденных. В статистике Маккьюсика (1971) указаны 1876 наследственных болезней и аномалий развития, обнаруженных у человека. К этому необходимо добавить наследственные факторы, лежащие в основе спонтанных аборт, мертворождений, гибели новорожденных в первые часы и дни жизни.

Под *наследственными болезнями* понимают такое патологическое состояние организма, происхождение которого зависит от генетических факторов.

Достижения современной молекулярной биологии и биохимии, общей и медицинской генетики позволили вплотную приблизиться к выяснению сущности наследственных болезней человека.

Специфическими наследственными структурами являются хромосомы, содержащие в своем составе сотни тысяч генов.

Наследственные болезни вызываются мутациями, то есть изменениями наследственного гена. Эти изменения могут быть разного типа. Одни изменения происходят на молекулярном уровне и не сопровождаются видимыми изменениями в форме хромосом, их называют *генными*, или *точечными*, *мутациями*. Другие — приводят к изменениям количества и структуры хромосом. Такие изменения называются *хромосомными* и *абerrациями*.

Возникшая патологическая мутация может передаваться из поколения в поколение, вызывая при соответствующих условиях наследственное заболевание.

Число возможных хромосомных aberrаций велико, но значительно меньше, чем число генных мутаций, поэтому генные заболевания встречаются чаще хромосомных во много раз.

По литературным данным, хромосомные aberrации встречаются у 1%

новорожденных. Хромосомные аномалии, как правило, проявляют свое действие в периоде раннего эмбриогенеза, нередко вызывая гибель плода и спонтанный аборт. Установлено, что около 30% самопроизвольных аборт обусловлены хромосомными абберациями.

Причины мертворождений и детской смертности многообразны, но, очевидно, и здесь определенное значение имеют генетические факторы (аномальный кариотип, летальные генные мутации).

Существуют наследственные болезни, зависящие либо от мутации одного гена (монолокусные), либо от одновременного наличия у индивидуума нескольких мутантных генов (поли- или мультифакториальное исследование).

В связи с этим различают: а) болезни, вызванные патологической мутацией гена (гемофилия, миопатия, наследственная хорья, атаксия Фридрейха, многочисленные болезни обмена и др.); б) болезни, наследуемые по доминантному типу (эпилепсия, амиотрофия Шарко-Мари, атрофическая миотония, ахондроплазия, аниридия, множественный неврофиброматоз Реклингаузена, наследственная атрофия слуховых нервов и др.); в) болезни, наследуемые по рецессивному типу (альбинизм, амавротическая идиотия Тей-Сакса, серповидная клеточная анемия, врожденная глухонмота, галактоземия, фенилкетонурия, дальтонизм, спастическая паралигия и др.).

Хромосомные абберации нередко бывают у 21-й пары хромосом — трисомия (болезнь Дауна). Считают, что $\frac{3}{4}$ всех хромосомных аномалий плода связаны с нарушением половых хромосом (синдром Клайнфельтера, синдром Шерешевского — Тернера).

Современная медицинская генетика располагает многими методами ранней диагностики наследственных заболеваний (цитогенетические, биохимические методы и др.).

В крупных городах нашей страны в системе здравоохранения созданы медико-генетические консультации, которые представляют собой учреждения поликлинического типа, основная зада-

ча которых — учет, профилактика, ранняя диагностика и лечение наследственных заболеваний.

В настоящее время уже раскрыты причины ряда наследственных заболеваний, что показало ошибочность распространенного мнения об их неизлечимости. Так, примером может служить фенилкетонурия — тяжелая форма наследственного слабоумия. При этом заболевании обнаружен дефект активности фермента, который блокирует превращение в тирозин фенилаланина, поступающего в организм с пищей. Оказалось достаточным вовремя изменить диету, чтобы предотвратить у таких детей тяжелые последствия этого заболевания.

АНОМАЛИИ ЭЛЕМЕНТОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

Многоводие и маловодие

К концу нормальной беременности количество вод в матке варьирует от 0,5 до 1,5 л. Если оно достигает 2 л и более, то говорят о многоводии (hydramnion), если же оказывается менее 0,5 л — о маловодии (oligohydramnion).

Многоводие. Частота многоводия, по данным разных авторов, колеблется от 0,2% до 1,25% к числу родов, составляя в среднем 0,3—0,6%.

О серьезности этого осложнения беременности свидетельствует большая частота перинатальной смертности (47,5%) и пороков развития плода (26,1%) (В. В. Иванова). По характеру аномалий развития на первом месте по частоте стоит анэнцефалия, на втором — пороки развития желудочно-кишечного тракта.

Причины возникновения многоводия полностью еще не изучены.

Установлено, что околоплодные воды являются продуктом секреции амниона. Параллельно с процессом образования вод происходит их всасывание. Регуляция обменных процессов между матерью и плодом происходит через плаценту и оболочки плодного яйца. С помощью радиоактивных изотопов доказано, что околоплодные воды

в плодном пузыре полностью сменяются за 3 ч. Многоводие, по мнению ряда авторов, является заболеванием только системы амниона, за исключением случаев, когда у матери сахарный диабет, сифилис или сердечная патология.

Возможна и инфекционная природа многоводия — заболевание матери сифилисом, краснухой, токсоплазмозом, гриппом и др. В настоящее время высказывается мнение в пользу единого механизма возникновения многоводия и уродства плода.

Диагностика многоводия не представляет обычно особых трудностей. Она базируется на выявлении несоответствующего сроку беременности увеличения размеров матки, напряженности ее стенок, затрудняющей пальпацию частей плода. Сердцебиение плода прослушивается с трудом или вовсе не прослушивается. В случае очень большого скопления вод форма матки становится бочковидной или округлой, плод может принимать неправильное положение. Пальпацией живота можно установить симптом флюктуации. При влагалищном исследовании определяется укороченная шейка матки, иногда почти сглаженная, с проходимым для пальца цервикальным каналом. Иногда можно установить напряженный плодный пузырь (через своды или цервикальный канал).

Различают *острое многоводие*, когда воды накапливаются очень быстро, их количество достигает 10—12 л, что вызывает боли в животе, расстройства сердечной деятельности. Однако такие случаи редки.

При *хроническом многоводии* жидкость накапливается постепенно. Обычно его выявляют не ранее 26—28 недель беременности.

Многоводие очень часто приводит к преждевременному прерыванию беременности.

Тактика ведения беременности зависит от особенностей клиники. В случае острого многоводия, особенно с явлениями нарастающей сердечно-легочной недостаточности, беременность должна быть прервана путем вскрытия

плодного пузыря и медленного выпуска околоплодных вод во избежание выпадения петель пуповины, мелких частей плода, а также преждевременного отслоения плаценты. Некоторые авторы рекомендуют для этого абдоминальную амниопункцию.

При хроническом многоводии к вскрытию плодного пузыря прибегают редко. Показано лечение многоводия антибиотиками тетрациклинового ряда — 6 000 000 ЕД на курс лечения. Эффект лечения начинает сказываться на 5—7-й день.

Маловодие встречается редко. Его возникновение связано с понижением секреторной деятельности эпителия амниона. Из-за малого количества вод в матке беременность иногда сопровождается болями в животе, особенно при шевелении плода. Стенка матки находится близко от поверхности тела плода, в результате чего между нею и амнионом образуются так называемые симонартовые связки (тяжи и нити). Последние могут перетягивать отдельные части плода и приводить к ампутации его конечностей и другим травмам. Описаны случаи искривления позвоночника, косолапость и пр. При сдавливании сосудов пуповины может наступить внутриутробная смерть плода.

Причины возникновения маловодия неизвестны, и средств для его лечения пока нет. Некоторые авторы рекомендуют введение в амнион искусственных околоплодных вод.

Пузырный занос и хорионэпителиома

Частота пузырного заноса колеблется, по данным разных авторов, от 0,05 (И. И. Яковлев) до 0,07% (И. П. Гоменюк) к числу беременных.

В основе этого осложнения беременности лежит беспорядочная пролиферация эпителия хориона (с изменением его формы, расположением и образованием вакуолей), сопровождающаяся исчезновением клеток стромы и превращением ее в отечную студенистую массу. В ранние сроки беременности плодное яйцо превращается

в гроздевидный конгломерат, в котором каждый из пузырьков представляет собою измененную ворсинку. Местами наблюдаются дегенерация и некроз клеток синцития и лангхансова слоя.

Причина возникновения пузырного заноса не установлена. Были высказаны предположения о первичной неполноценности яйцеклетки (овулярная теория), о патологии децидуальной оболочки (воспаление, нарушение питания). За последние годы начинает получать распространение инфекционная теория происхождения пузырного заноса.

Диагноз пузырного заноса не всегда представляет легкую задачу. Наиболее характерным и постоянным признаком его является появление кровотечения или кровянистого отделяемого из половых путей беременной. Эти выделения носят постоянный или перемежающийся характер. В выделениях нередко обнаруживают пузырьки (перерожденные ворсины хориона) разной величины (иногда их обнаруживают лишь при микроскопическом исследовании). Размеры матки оказываются часто увеличенными по сравнению со сроками беременности. Консистенция матки при пальпации часто представляется тестообразной, причем матка не сокращается. Иногда матка бывает плотноватой или эластической консистенции. Части плода, как правило, не пальпируются, сердцебиение не выслушивается, шевеление плода не ощущается. Довольно часто (по А. Э. Мандельштаму в 30—40% случаев) обнаруживают лютеиновые кисты яичников (обычно двусторонние) разных размеров.

Пузырный занос нередко сопровождается токсикозами, гипохромной анемией, общим плохим самочувствием, субфебрильной температурой, лейкоцитозом.

Вспомогательными методами диагностики пузырного заноса являются биологические реакции на наличие в моче хорионического гонадотропина (реакции Ашгейма — Цондека, Галли — Майнини и др.). Как известно,

во время беременности в 1 л мочи в норме содержится от 5000 до 30 000 ЕД хорионического гонадотропина, при пузырном заносе его концентрация в 5—10 раз больше (Е. И. Квартер).

Помощь в диагностике пузырного заноса может оказать ультразвуковое исследование или рентгенография матки, исключающая наличие плода.

Клиническое течение пузырного заноса может иметь свои особенности. Чаще всего он обнаруживается в первые 3—4 месяца беременности, реже — в более поздние сроки.

Пузырный занос возникает в три раза чаще у повторнوبرеменных и у лиц более старшего возраста, чем у молодых первобеременных.

Беременность при пузырном заносе часто осложняется токсикозом (ранним или поздним). Последний, вплоть до эклампсии, может возникнуть уже при 16—17-недельной беременности. Этот факт имеет диагностическое значение.

Помимо возможности возникновения сильного кровотечения и присоединения инфекции, пузырный занос таит в себе опасность инвазивного роста, при котором он прорастает в стенку матки, разрушая ее и кровеносные сосуды и проникая в брюшную полость. В таких случаях говорят о разрушающем (деструктивном) пузырном заносе. По данным Г. Г. Ермаковой (1961), он встречается в 5—6% случаев по отношению ко всем случаям пузырного заноса.

Одним из признаков такого деструктивного роста является появление болей в животе, болезненность при пальпации участка матки, угрожаемого в отношении перфорации. Изредка наблюдается асцит.

Установив диагноз, делают немедленное удаление перерожденной ткани. В случае инвазивного роста пузырного заноса беременная должна быть подвергнута чревосечению с удалением матки. При этом следует проявить большую осторожность в отношении возможного наличия хорионэпителиомы (необходимо гистологическое исследование).

В остальных случаях надо стремиться к удалению плодного яйца консервативным путем, начав (если нет сильного кровотечения) с медикаментозной родостимуляции. Иногда этим способом удается опорожнить полость матки от основной массы пузырного заноса, а затем осторожно удалить оставшиеся части его пальцем или тупой кюреткой.

После опорожнения матки назначают сокращающие средства и антибиотики (с профилактической целью). Если матку опорожняют с помощью кесаревого сечения, то не следует одновременно удалять лютеиновые кисты, которые обычно сами подвергаются обратному развитию в течение ближайших 2—4 недель. Их следует пунктировать с удалением содержимого.

Иногда спустя некоторое время после опорожнения матки от пузырного заноса возобновляется кровотечение. Это может быть результатом наличия в полости матки остатков пузырного заноса или явиться признаком *хорионэпителиомы*. Частота перехода пузырного заноса в хорионэпителиому составляет в среднем 5—6%. Пузырный занос является наиболее частой патологией, предшествующей возникновению хорионэпителиомы (40—50%). Затем идут выкидыш (30—35%), нормальные и преждевременные роды (25%) и внематочная беременность (4%) (Т. А. Брудзинский, Э. В. Кербабаева).

Чаще всего хорионэпителиома выявляется в первые 30 дней после возникновения пузырного заноса (А. Э. Мандельштам).

Женщины после удаления у них пузырного заноса нуждаются в особом наблюдении. Появление таких симптомов, как ациклические маточные кровотечения, кровохарканье, ухудшение общего состояния, исхудание, требует немедленного обследования для исключения хорионэпителиомы, которая имеет склонность к метастазированию. Типичные метастазы во влагалище имеют вид синевато-багровых узлов разной величины. Наряду с систематическими осмотрами (в первый год —

каждые 3 месяца), необходимо проводить биологические реакции. Обычно через 1—3 недели после удаления пузырного заноса содержание хорионического гонадотропина в моче падает до нуля и реакция становится отрицательной. При возникновении хорионэпителиомы содержание хорионического гонадотропина в моче начинает нарастать на фоне предшествующего уменьшения его количества или без такового. Исходя из этого, А. А. Давиденко рекомендует после удаления пузырного заноса делать контрольное исследование мочи на наличие хорионического гонадотропина вначале 3 раза в месяц, а при отрицательной реакции — каждые 2—3 месяца в течение года.

В подавляющем большинстве случаев последующая беременность протекает без особой патологии. Однако не следует рекомендовать беременеть ранее чем спустя 2 года после заболевания (срок наблюдения после его ликвидации).

При установлении диагноза хорионэпителиомы больная подлежит в некоторых случаях оперативному лечению с последующей химиотерапией или только химиотерапии. За последние годы имеются предложения дополнять хирургическое лечение хорионэпителиомы назначением больших доз эстрогенов (по 100 000 ЕД ежедневно) и тестостерона пропионата. Эти гормоны оказывают тормозящее действие на образование гонадотропных гормонов передней доли гипофиза и хорионического гонадотропина.

Следует подчеркнуть, что иногда метастазы исчезают спонтанно после удаления основного очага опухоли. Особенно это относится к метастазам в легких.

В последнее время при лечении хорионэпителиом широко применяются химиотерапевтические препараты: антагонисты фолиевой кислоты — метатрексат и алкирующие соединения — нитромин, антиметаболит пуринового обмена — 6-меркаптопурин, а из противоопухолевых антибиотиков — актиномицин-Д и хризомаллин.

АНОМАЛИИ ПУПОВИНЫ

Обычная длина пуповины у доношенного плода составляет около 50—60 см.

При *большой длине пуповины* нередко наблюдается обвитие ее вокруг шеи, конечностей и туловища плода (рис. 48). В таких случаях бывают осложнения: натяжение пуповины, ведущее к гипоксии плода, и выпадение пуповины во время отхождения околоплодных вод. Выпавшая во влагалище пуповина сдавливается подлежащей частью плода (головкой), и, если не оказать при этом помощь (вправление пуповины, срочное родоразрешение), плод погибает от гипоксии.

Укорочение пуповины бывает абсолютным, когда ее длина менее 40 см, и относительным, когда пуповина обычной длины, но произошло обвитие ее вокруг туловища или шеи плода. Чрезмерно короткая пуповина натягивается и может привести к преждевременному отслаиванию плаценты.

Истинные узлы пуповины образуются при большой подвижности плода (многоводие). В родах истинный узел пуповины может затянуться и вызвать внутриутробную гипоксию плода.

Ложные узлы пуповины представляют собой ограниченные утолщения на пупочном канатике, образующиеся



Рис. 48. Обвитие пуповины вокруг шеи, туловища и конечностей.

в связи с варикозным расширением участка пупочной вены или от скопления вартенового студня. Патологии они не вызывают.

Прикрепление пуповины к плаценте чаще всего бывает *центральным* или *боковым*. Однако пуповина может прикрепляться и к краю плаценты или к оболочкам — *оболочечное прикрепление пуповины*. В случае разрыва оболочек (в родах) может возникнуть кровотечение из пупочных сосудов и обескровливание плода.

АНОМАЛИИ ИЗГОНЯЮЩИХ СИЛ

Патология сократительной деятельности матки является актуальной проблемой современного практического акушерства. Важность этой проблемы определяется сравнительно частым нарушением сократительной деятельности матки в родах и раннем послеродовом периоде.

Значительная часть патологических состояний, возникающих во время беременности и в родах, связана с *нарушением моторной функции матки*. Снижение материнской и перинатальной смертности стоит в прямой зависимости от эффективности наших регуляторных воздействий на родовой процесс.

Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности, чрезмерно сильную родовую деятельность, сегментарные сокращения мышцы матки, судорожные сокращения матки.

СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Среди нарушений сократительной функции матки в родах ведущее место занимает слабость родовой деятельности. По нашим данным (Н. С. Бакшеев и Е. Т. Михайленко), на 30 554 родов, принятых в городских родовспомогательных учреждениях, слабость родовой деятельности выявлена у 2253 рожениц, что составляет 7,34%. Удельный вес этой патологии составлял у первородящих 84% и у повторнородящих — 16%. На вторичную слабость родовой деятельности в структуре этой патологии приходилось 8,2%.

Слабость родовой деятельности обусловлена следующими факторами:

а) низкая чувствительность нервных рецепторов матки к препаратам тономоторного действия; б) уменьшение синтеза окситоцина, простагландинов, серотонина, катехоламинов, кининов и эстрогенов, особенно эстриола и эстрадиола; в) повышенная активность гормона желтого тела; г) снижение активности АТФ-азы актомиозина, гидролизующей АТФ, а также синтеза окситоических веществ (ацетилхолина и питоцина); д) высокая активность питоциназы, холинэстеразы и моноаминоксидазы — ферментов, разрушающих указанные выше биологически активные вещества, а также повышение активности аденилциклазы, катализирующей синтез и избыточное содержание АМФ (аденозинмонофосфата).

Показано, что в развязывании родового акта немаловажное значение имеет состояние биоэнергетического звена мышцы матки и интрамуральной иннервации миометрия. Установлено, что при беременности в миометрии происходят: а) структурные изменения в белковом составе вследствие увеличения содержания сократительного белка — актомиозина и заметного уменьшения количества белков стромы миометрия; б) в динамике беременности происходит прогрессивное увеличение содержания гликогена, макроэргических фосфатов (АТФ), серотонина, катехоламинов; в) к концу беременности в миометрии увеличивается содержание кальция, калия и натрия; г) повышается интенсивность и энергетическая эффективность основных процессов тканевого обмена мышцы матки, что обеспечивает рост ее и качественную перестройку белкового состава и энергетического обмена.

При нарушении в любом биоэнергетическом и нейрогуморальном звене сложных процессов обмена веществ в матке беременной, которая из органа плодместилища при беременности перестраивается во время родов в плодизгоняющий моторный орган, может

наступить слабость родовой деятельности.

Сложному акту, которым являются роды, предшествует состояние биологической подготовки и готовности к родам нервно-мышечного аппарата матки и организма беременной в целом. В настоящее время известно, что ведущую роль в развязывании родовой деятельности играют эстрогенные гормоны и ряд других биологически активных веществ (окситоцин, серотонин, простагландины, ацетилхолин, катехоламины, кинины). К сроку нормальных родов наблюдается изменение соотношения гормонов в сторону увеличения содержания в крови эстрогенов, особенно эстрадиола. Во время родов, осложненных слабостью родовой деятельности, в крови наблюдается снижение уровня всех фракций эстрогенов. Л. В. Тимошенко при этой патологии отметил резкое снижение экскреции эстриола.

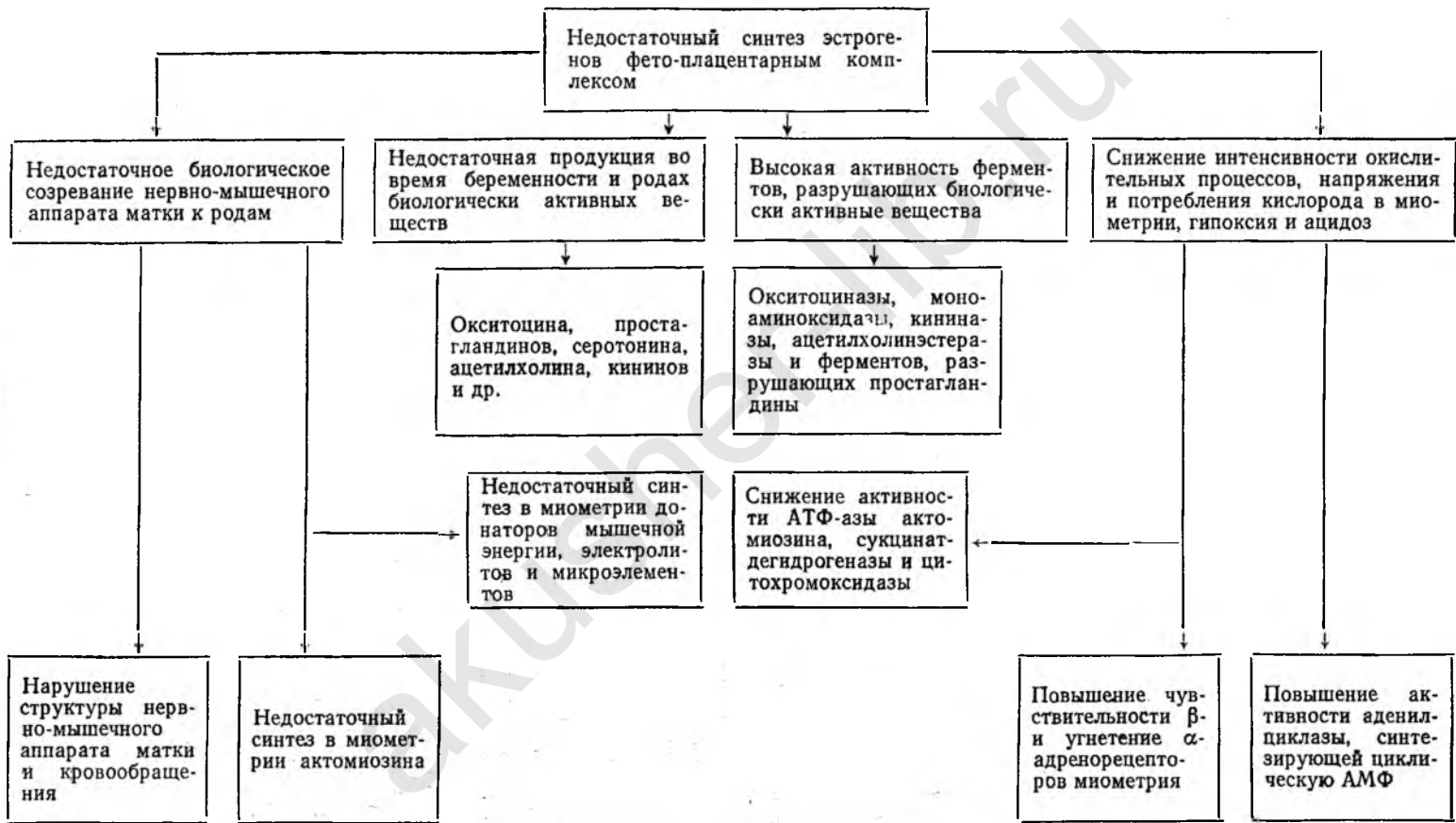
В настоящее время доказано, что эстрогенные гормоны в плаценте синтезируются из предшественников — эстрогенов, вырабатываемых плодом (его надпочечники, печень и другие органы); «фето-плацентарный комплекс» при этом играет ведущую роль. Таким образом, слабость родовой деятельности протекает на фоне гипоэстрогении роженицы (табл. 2).

Введение эстрогенных гормонов и галаскорбина в эксперименте вызывает морфологические и биохимические изменения в мышце матки подобно тем, которые наблюдаются в миометрии в процессе развития нормальной беременности и родов.

По данным Кнауца, окситоцин не является гормоном, самостоятельно вызывающим родовую деятельность. По его мнению, возникновение схваток зависит не столько от количества циркулирующего в крови окситоцина, сколько от степени реактивности мышцы матки, то есть биологической готовности ее к реакции на окситоцин.

Причины, вызывающие первичную слабость родовых сил, могут быть подразделены на следующие группы: а) причины общего характера; б) функ-

СХЕМА ПАТОГЕНЕЗА ПЕРВИЧНОЙ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ПО Е. Т. МИХАЙЛЕНКО)



диональные изменения в матке; в) органические изменения в матке.

К причинам общего характера относятся: нервно-психические нарушения, инфантилизм, общее истощение, слабость. Функциональные изменения — это недостаточное накопление в крови и миометрии женщин к концу беременности эстрогенных гормонов, особенно эстрадиола, окситоцина и других биологически активных веществ (серотонина, простагландинов, ацетилхолина, катехоламинов, кининов), а также актомиозина и в то же время — избыточное содержание прогестерона (прогестероновый блок матки), хорионического гонадотропина и других веществ, тормозящих сократительную деятельность матки; недостаточный синтез в миометрии донаторов мышечной энергии, электролитов и микроэлементов; нарушение синтеза ДНК, РНК и окислительно-восстановительных процессов в миометрии (гипоксия и ацидоз).

Причинами функциональных изменений могут быть также перерастающие матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде и др. При этом повышается чувствительность β - и угнетается чувствительность α -адренорецепторов миометрия.

К органическим изменениям в матке, понижающим ее сократительную способность, относятся: а) недоразвитие матки и пороки ее развития; б) дегенеративные процессы в мышце матки, сопровождающиеся заменой гладкомышечных волокон соединительнотканными и патологической денервацией; в) опухоли матки, в частности фиброматозные узлы; г) рубцы после операции кесарева сечения. Крайне отрицательно сказываются на состоянии матки внутриматочные инструментальные вмешательства по поводу аборта, как правило, разрушающие нервно-мышечный аппарат и приводящие в дальнейшем к стойким нейротрофическим изменениям в тканях матки.

Первичная слабость родовых сил может возникнуть и при поперечных положениях плода, тазовых предлежа-

ниях, предлежании плаценты, преждевременном и раннем отхождении вод.

Клиническая картина родов при первичной слабости родовых сил довольно разнообразна. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень редкими, достаточно частыми, но слабыми и короткими; нередко раннее отхождение вод. Значительное удлинение безводного промежутка нередко влечет за собой инфицирование родовых путей и гипоксию плода.

В последовом периоде вследствие пониженной сократительной способности матки возникают аномалии отслаивания плаценты и связанное с этим кровотечение.

Длительное течение родов утомляет роженицу, она теряет сон и аппетит, что в свою очередь ведет к истощению ее сил, отрицательно отражается на течении родов.

Диагноз первичной слабости родовых сил ставят на основании характерной клинической картины — слабость и непродуктивность схваток, затяжные роды. Если по истечении 12 ч у первородящих и 6 ч у повторнородящих от начала родов не наступило раскрытия маточного зева размером до трех пальцев (6 см), можно ставить диагноз первичной слабости родовых сил.

Как только поставлен такой диагноз, немедленно приступают к мерам борьбы с этим осложнением. Прежде всего, где это возможно, устраняют причины, вызвавшие слабость родовых сил. Если это многоводие — пунктируют или вскрывают плодный пузырь и выпускают воды; при утомлении роженицы ей предоставляют покой и хотя бы непродолжительный сон; в случае условнорефлекторной слабости родовых сил необходимо снять эмоции страха перед предстоящими родами и т. п. После этого приступают к стимуляции родовой деятельности.

Главные осложнения затяжного течения родового акта вследствие слабости родовой деятельности следующие.

1. Восходящая инфекция родовых путей, тяжесть и опасность которой находятся в прямой зависимости от

длительности родов и, особенно, безводного периода.

2. Значительное повышение мертворождаемости (в 2—3 раза), а также ранней детской смертности (в 4—5 раз).

3. Увеличение числа последовых и ранних послеродовых кровотечений (примерно в 3,5 раза).

При слабости родовой деятельности частота акушерских операций увеличивается в 10 раз и составляет 64,1%. Акушерские щипцы при этом осложнении накладываются в 20,7% случаев. Оперативные вмешательства при слабости родовой деятельности оказывались необходимыми чаще всего по следующим причинам: а) чрезмерное истощение нервной системы и физических сил роженицы; б) длительное стояние головки во входе в таз и возникающая опасность травматических повреждений мягких тканей родового канала и соседних органов; в) опасность восходящей инфекции; г) внутриутробная гипоксия плода; г) задержка в матке частей плаценты; е) гипотонические и атонические кровотечения.

Со слабостью родовой деятельности необходимо вести активную борьбу, которая может быть достаточно успешной, если предвидеть вероятность возникновения и своевременно и эффективно провести профилактические или лечебные мероприятия.

Лечение слабости родовой деятельности

Существующие методы лечения слабости родовой деятельности делятся на четыре основные группы: механические, физиотерапевтические, гормональные и медикаментозные. Нередко эти виды терапии применяют в различных сочетаниях друг с другом.

Применение всех методов должно сопровождаться соблюдением ряда условий: 1) рациональное питание роженицы: крепкий горячий мясной бульон, пища, богатая витаминами, особенно аскорбиновой кислотой и тиаминном, горячий сладкий чай, кофе, шоколад,

фрукты; 2) опорожнение мочевого пузыря, переполнение и растяжение которого рефлекторно угнетает интерорецепторы матки; опорожнение кишечника слабительным (касторовое масло) или клизмами из гипертонического раствора хлорида натрия (при токсикозах беременности последнее средство противопоказано 1); 3) в случае усталости роженицы — обязательны предварительный отдых и сон; 4) рациональное положение тела роженицы.

В группу механических методов борьбы со слабостью родовой деятельности входят вакуум-стимуляция, применение метрейринтера, кольпейринтера и кожно-головных щипцов по Иванову.

Физиотерапевтические методы усиления родовой деятельности сводятся к нервно-рефлекторному воздействию. Г. А. Колегаев, применяя дарсонвализацию молочных желез, наблюдал усиление родовой деятельности у 96% рожениц. Он применял ток д'Арсонваля на каждую молочную железу по 5—6 мин или только на область сосков по 40—60 сек. Этот же автор для усиления потуг с успехом пользовался абдоминально-сакральной фарадизацией.

Некоторые авторы рекомендуют абдоминальную декомпрессию.

Гормональные и медикаментозные методы. Наиболее известен метод Штейна: роженице при слабости родовой деятельности в первом периоде дают две столовые ложки касторового масла; через 2 ч после этого начинают внутримышечные инъекции — по 0,2 мл питуитрина через каждые 15 мин до появления достаточно сильных ритмических сокращений матки (обычно 6—8 инъекций).

В дальнейшем были предложены различные модификации метода Штейна, из которых наиболее всего распространена модификация Курдиновского: 2 столовые ложки касторового масла, через час — 0,2—0,25 г гидрохлорида хинина, через 30 мин после приема гидрохлорида хинина — внутримышечные инъекции питуитрина или окситоцина по 0,2—0,3 мл через

каждые 20—30 мин до появления регулярных схваток (3—4 инъекции).

Если основываться на концепции А. П. Николаева о важной роли в регуляции родового акта ацетилхолина как передатчика нервного возбуждения, то становится понятным нейрогуморальный механизм усиления родовой деятельности в результате применения метода Штейна и его модификаций.

Под влиянием касторового масла усиливается кишечная перистальтика, вследствие чего усиливается выделение ацетилхолина. Некоторые физиологи даже называют ацетилхолин «гормоном кишечной перистальтики». Ацетилхолин, как известно, быстро разрушается холинэстеразой. Однако применяемый при модификации Курдиновского хинин, обладая антихолинэстеразным действием, стабилизирует содержание ацетилхолина в крови, тем самым усиливая его действие на матку. Другое окситоическое вещество — питуитрин также угнетает активность холинэстеразы и, следовательно, усиливает стабилизацию ацетилхолина, обусловленную хинином.

Стимуляция родовой деятельности по Л. А. Решетовой начинается с внутримышечного введения масляного раствора эстрона в количестве 10 000 ЕД. Через полчаса подкожно вводят питуитрин (0,15 мл) и внутрь дают карбахолин (0,001 г). Через 15 мин повторно дают карбахолин в той же дозе, но уже вместе с хинином (0,15 г). Еще через 15 мин повторяют введение питуитрина и карбахолина в тех же дозах.

Эстрогенные гормоны создают благоприятный фон для более мощного, объединенного действия на матку двух родоускоряющих физиологических окситоических веществ: питуитрина и ацетилхолина.

Автор получила хороший результат у 67,3% рожениц. Но при относительной эффективности метод Л. А. Решетовой отличается значительной громоздкостью. Поэтому он, как и все предыдущие, применим лишь для лечения первичной слабости родовой деятельности. Эстрон является хорошим сен-

сбилизатором матки и окситоцину. Наилучшим из эстрогенных препаратов по своей активности является эстрадиол-дипропионат.

И. Я. Беккерман предложил масляный раствор эстрона или синэстрола вводить вместе с эфиром, исходя из того, что последний экстрагирует из жидких сред находящийся в них эстрогенный гормон и при подкожных и внутримышечных инъекциях всасывается очень быстро.

Проявление биологического действия масляного раствора эстрадиол-дипропионата в смеси с эфиром наступает уже через 15—20 мин после инъекции.

Л. В. Тимошенко установил, что наиболее эффективным способом введения эстрадиол-дипропионата с эфиром в организм беременной является инъекция смеси в заднюю губу шейки матки. Это объясняется тем, что задняя губа очень васкуляризирована и богата интерорецепторами.

Способ Л. В. Тимошенко заключается в следующем.

1. Ввести в заднюю губу шейки матки до 40 000 ЕД эстрадиол-дипропионата вместе с 0,5—1 мл эфира для наркоза.

2. Через полчаса после этого ввести в вену 10 мл 10% раствора хлорида кальция или глюконата кальция вместе с 40 мл 40% раствора глюкозы и 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.

3. Через час введение этой смеси повторить.

4. Одновременно начать давать внутрь гидрохлорид хинина по 0,15 г через каждые полчаса до 6 порошков.

5. Через час после вторичного введения хлорида (или глюконата) кальция с глюкозой начать вводить под кожу питуитрин по 0,2 мл (при активности 3 биологических единицы в 1 мл) через каждые полчаса, чередуя с приемом гидрохлорида хинина, всего 2—5 раз.

В процессе вызывания родовой деятельности необходимо насыщать организм беременной кислородом, давая

его ингаляционным способом каждые 20 мин по 5 мин.

Широко используется также метод В. Н. Хмелевского, состоящий в сочетанном применении глюкозы и хлорида кальция.

Р. Л. Шуб, исходя из экспериментальных данных о непосредственном влиянии тиаминна на сокращение гладкой мускулатуры, применил этот витамин для усиления родовой деятельности и получил хорошие результаты.

На основании собственного клинического опыта и экспериментальных исследований А. П. Николаев рекомендовал следующую схему лечения первичной слабости родовой деятельности. Роженице дают 60 г касторового масла и через 2 ч ставят очистительную клизму. За 1 ч до очистительной клизмы начинают давать гидрохлорид хинина внутрь по 0,2 г через каждые 30 мин, всего 5 раз (то есть 1 г). После действия слабительного, между двумя последними приемами гидрохлорида хинина, роженице вводят в вену 50 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлорида кальция (по В. Н. Хмелевскому). Затем после последнего приема хинина роженице внутримышечно вводят 100 мг бромида тиаминна и, в случае необходимости, через 1 ч еще 60 мг (по Р. Л. Шубу). При этом комбинированном методе бывает лишь 11% неудач. В то же время в большинстве случаев (65%) заметное усиление родовой деятельности начиналось уже в первые 2 ч после применения метода. Клинико-биохимические исследования показали, что серотонин является необходимым гуморальным фактором, участвующим в родовом акте (Н. С. Бакшеев, Е. Т. Михайленко). При слабости родовой деятельности в миометрии и в крови снижается содержание серотонина. Поэтому он включен в схему родовозбуждения и лечения слабости родовых сил.

В последнее время в практику родовспомогательных учреждений внедряется синтетический окситоцин ОДА-914 (дезаминоокситоцин). Его

применение очень удобно и не связано с риском появления судорожных схваток и других отрицательных явлений, связанных с внутривенным введением окситоцина, действие его на миометрий аналогично окситоцину. Препарат ОДА-914 применяют трансбуккально в таблетках (по 25 или 50 ЕД вещества в таблетке) каждые 30 мин на протяжении 5 ч в зависимости от получаемого эффекта. Можно постепенно увеличивать дозу, доводя разовую дозу до 100 ЕД. Доза трансбуккально вводимого дезаминоокситоцина должна быть строго индивидуальной. Средняя доза составляла $520 \pm 32,6$ ЕД (Л. С. Персианинов).

По нашим данным, положительный результат после применения ОДА-914 получен у 89,4% рожениц.

С целью родовозбуждения и стимуляции родовой деятельности с большим успехом применяют также простагландин $F_2\alpha$. Методика его применения следующая: содержимое флакона (5 мг препарата) растворяют в 100 мл 5% раствора глюкозы. Введение раствора начинают с 20 капель в минуту (50 мкг/мин), через 1 ч доводят до 30 капель в минуту (75 мкг/мин) и еще через 1 ч — до 40 капель в минуту (100 мкг/мин). После внутривенного введения простагландина уже через 15—30 мин проявлялось его высокое тономоторное действие на миометрий.

При родовозбуждении средняя продолжительность введения простагландина составляет 5 ч и расходуется в среднем 7 мг препарата (при родостимуляции соответственно — 3 ч и 3,5 мг). При этом, по данным Л. С. Персианинова, простагландин $F_2\alpha$ не вызывал изменений сердечной деятельности плода, повышения артериального давления у роженицы. Применяют также синтетический 15-метил-простагландин $F_2\alpha$, тономоторное действие которого на миометрий превосходит простагландин $F_2\alpha$ в 10 раз.

Приводим схемы вызывания и усиления родовой деятельности (по Н. С. Бакшееву и Е. Т. Михайленко).

**Схема 1. Возбуждение
родовой деятельности
(переношенная беременность,
умерший плод, тяжелые токсикозы)**

1. Насыщение организма эстрогенными гормонами и другими биологически активными веществами (из расчета 300—500 ЕД на 1 кг массы беременной).

2. За 5—7 дней до введения окситоцина (питуитрина) или серотонина ежедневно 1 раз в сутки вводится 20 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлорида кальция.

3. В день введения окситоцина или серотонина эстрогенные гормоны целесообразно вводить в смеси с эфиром (30 000 ЕД эстрадиола-дипропионата и 1,5 мл эфира). Через 3 ч после введения эстрадиола-дипропионата дважды с промежутком в 30 мин вводят внутривенно 20 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора хлорида кальция. Если эстрадиол-дипропионат вводят без эфира, хлорид кальция и глюкоза должны вводиться через 5—6 ч после введения эстрадиола-дипропионата в тех же дозах.

4. При стимуляции серотонином 30—40 мг препарата растворяют в 350—400 мл 5% раствора глюкозы с добавлением 100 мг кокарбоксилазы и 500 мг аскорбиновой кислоты и вводят внутривенно (!), начиная с 8—10 капель в минуту. Темп дальнейшего введения серотонина обуславливается степенью активности сокращения матки, но не более 30—40 капель в минуту (следить за общим состоянием роженицы). Одновременно в вену вводят хлорид кальция: 10 мл 10% раствора сразу же при введении серотонина, затем спустя 30 мин и 1 ч 30 мин.

5. Родовозбуждение окситоцином следует проводить через 2—3 ч после введения эфирно-масляного раствора эстрадиола-дипропионата и через 5—6 ч после введения эстрадиола-дипропионата без эфира. 10 ЕД окситоцина разводят в 350—400 мл 5% раствора глюкозы и вводят капельно, подкожно или внутривенно. В эту смесь добавля-

ют 100 мг кокарбоксилазы и 500 мг аскорбиновой кислоты. Скорость введения смеси: в первые 30 мин по 10—15 капель в минуту, в дальнейшем — по 35—40 капель в минуту (следить за реакцией матки!).

Перед введением окситоцина необходимо провести окситоциновую пробу. Для этого внутривенно медленно вводят 0,03 ЕД окситоцина; при высокой чувствительности матки к препарату через 5 мин повышается тонус мускулатуры матки, что легко определяется пальпацией через брюшную стенку или методом гистерографии. При отрицательной окситоциновой пробе препарат применять не рекомендуется. В этих случаях окситоцин заменяют серотонином, а если его нет, продолжают введение эстрогенов.

6. Ингаляция увлажненного кислорода (желательно в гипербарических условиях).

7. Если окситоцин не вызвал достаточно эффективной родовой деятельности, то через 2 ч от начала его введения следует применить гидродид пахикарпина (3% раствор по 3 мл через каждые 3 ч, 3 раза); внутрь гидрохлорид хинина по 0,2—0,25 г через каждые 30 мин (всего 6 приемов). Если не удается достичь родовозбуждения, повторно эту схему применяют после отдыха.

**Схема 2. Усиление первичной
слабости родовой деятельности**

1. Эстрогенные гормоны (эстрадиол-дипропионат, желательно в эфирно-масляном растворе) вводят внутримышечно по 20 000—30 000 ЕД (допустимо введение масляных растворов).

2. Глюкоза (20 мл 40% раствора) с хлоридом кальция (10 мл 10% раствора) внутривенно дважды через 30 мин.

3. Через 2—3 ч после введения эфирно-масляного раствора эстрадиола-дипропионата или через 5—6 ч после введения его масляного раствора вводят подкожно или внутривенно капельно окситоцин или серотонин (внутривенно) с кокарбоксилазой и аскорбиновой кислотой (см. пункты 4 и 5 схемы 1).

4. При необходимости введения препаратов пахикарпина гидройодида и хинина гидрохлорида руководствоваться пунктом 7 схемы 1.

Схема 3. Усиление вторичной слабости родовой деятельности

1. Введение эстрогенных гормонов (30 000 ЕД) в эфирно-масляном растворе.

2. Окситоцин 5—8 ЕД или серотонин — 15—20 мг с 200 мл 5% раствора глюкозы с кокарбоксилазой и аскорбиновой кислотой внутривенно, капельно в течение 2—3 ч.

3. Гидройодид пахикарпина (при необходимости).

4. Механические средства родоускорения (вакуум-стимулятор, кожно-головные щипцы).

После начала активных схваток для ускорения раскрытия шейки матки назначают спазмолитические средства — апрофен — 1 мл 1% раствора подкожно, или но-шпу, или 2—4 мл палерола, а при ригидности шейки матки делают циркулярное обкалывание ее следующей смесью: 40—50 мл 0,5% раствора новокаина, 0,1—1 мл сульфата атропина (или 2 мл палерола), 64 ЕД лидазы. В случае эмоционального напряжения роженицы (страх), при условии, что шейка матки раскрыта не менее чем на 5—6 см, назначают триоксазин из расчета 10—15 мг на 1 кг массы.

При физической и психической усталости роженицы и ослаблении родовой деятельности, а также при более чем 16—18-часовой продолжительности родового акта с недостаточным раскрытием шейки матки, роженице необходимо дать отдых (сон). Хорошим снотворным эффектом обладают следующие медикаментозные смеси: а) 60 мг триоксазина, 200 мг этаминалнатрия, 1 мл 2% раствора промедола, 2 мл но-шпы, 40—50 мг дипразина (пипольфена); б) 50 мг виадрила внутривенно, 600 мг триоксазина, 100 мг этаминалнатрия, 2 мл но-шпы и 50 мг дипразина; в) 20 мл 20% раствора оксибутирата натрия внутривенно, 2 мл

но-шпы и 50 мг дипразина. Введение препаратов можно повторить через 6 ч.

В случаях дискоординированной родовой деятельности (сегментарные, судорожные и резко болезненные схватки) нужно назначать введение спазмолитических и болеутоляющих веществ (атропина сульфат, но-шпа, палерол, диколин, промедол, апрофен), атарактики (мепротан, триоксазин и др.). Спазмолитические вещества (по показаниям) можно вводить повторно, 2—3 раза в сутки.

Вторичная слабость родовых сил

Вторичной слабостью родовых сил называется такая аномалия, когда удовлетворительные или хорошие в начале родов схватки в дальнейшем частично или полностью истощаются. Это осложнение чаще всего бывает в конце периода раскрытия шейки матки и в периоде изгнания. Оно замедляет или прекращает дальнейшее развитие родов.

Причины вторичной слабости родовых сил следующие: 1) все те же патологические состояния организма роженицы, которые ведут к первичной слабости родовых сил; 2) общее истощение сил организма роженицы в результате длительных и болезненных схваток. Последнее наблюдается при: а) несоответствии между размерами головки плода и таза (клинически узкий таз, гидроцефалия, патологические асинклитические и разгибательные вставления головки и т. п.); б) неправильных положениях плода (поперечное, косое); в) неподатливости мягких родовых путей (ригидность шейки матки, стенозы влагалища, опухоли в малом тазу и др.); г) чрезмерной плотности плодных оболочек; д) значительной болезненности каждой схватки и потуги; е) несостоятельности брюшного пресса.

Для **клинической картины родов** при вторичной слабости родовых сил характерно главным образом затягивание их. Удлинение продолжительности

родов происходит преимущественно за счет периода изгнания. Длительностью родов и безводного промежутка можно объяснить и основные осложнения: утомление роженицы, эндометрит в родах, гипоксия плода и его гибель.

Если родовая деятельность резко ослабевает или вовсе прекращается, мягкие ткани родовых путей и соседние с ними органы — мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, прямая кишка, иногда мочеточники — могут быть ущемлены между головкой плода и тазом матери. В результате могут образоваться участки ишемии с последующим некрозом тканей и образованием свищей. Задержавшаяся в малом тазу головка, длительное время сдавливающая родовые пути, сама также подвергается неблагоприятному воздействию со стороны последних. Нарушается внутримозговое кровообращение (кровоизлияние в мозг), что влечет за собой — в зависимости от степени и места поражения — гипоксию, парезы, параличи или даже смерть плода.

В последовом и послеродовом периодах наблюдаются те же осложнения, что и при первичной слабости родовых сил.

Ведение родов. Вторичная слабость родовых сил является еще более опасным осложнением родов, чем первичная. Поэтому и ведение родов при этой аномалии должно быть активным.

Период изгнания даже у первородящих не должен длиться более 4 ч.

Самым лучшим средством борьбы с вторичной слабостью родовых сил является устранение утомления матки и восстановление сил роженицы.

Медикаментозная стимуляция родовой деятельности по приведенным выше схемам уместна обычно тогда, когда состояние роженицы и плода хорошее, зев матки полностью еще не раскрыт, плодный пузырь цел. В большинстве случаев вторичная слабость родовых сил наступает в тот момент, когда маточный зев раскрыт полностью, головка фиксирована в малом тазу, воды отошли; поэтому лечеб-

ные мероприятия должны быть достаточно энергичными и давать быстрый эффект.

В случае несостоятельности брюшного пресса рекомендуют применять бинт Вербова, который может быть заменен простыней.

При вторичной слабости родовых сил, возникшей вследствие плотности плодного пузыря, последний искусственно вскрывают; если причиной слабости родовых сил является высокая и ригидная промежность, делают перинеотомию или эпизиотомию (при врезывании головки).

Если головка находится на тазовом дне и маточный зев полностью или почти полностью раскрыт, роды следует закончить с помощью акушерских щипцов или вакуум-экстрактора.

Наложение акушерских щипцов при слабой родовой деятельности в потужном периоде показано во всех случаях, когда создается опасность для матери и плода.

Условия наложения щипцов: 1) полное открытие шейки матки; 2) отсутствие плодного пузыря; 3) головка в полости или в выходе из малого таза; 4) клиническое соответствие между размерами головки плода и таза; 5) живой плод.

При отсутствии хотя бы одного из этих условий операция противопоказана.

Если головка плода находится у выхода из малого таза, в поперечном размере таза накладывают выходные щипцы, а если она еще находится в полости таза, — полостные щипцы (в одном из косых размеров таза).

Обезболивание при наложении полостных щипцов — наркоз, при наложении выходных — пудендальная анестезия (рис. 49).

При наложении акушерских щипцов различают пять моментов: 1) введение ложек во влагалище и расположение их на головке, 2) замыкание щипцов, 3) пробная тракция, 4) собственно тракция (извлечение головки), 5) снятие щипцов.

Наложение выходных акушерских щипцов. Вначале оператор берет щип-

цы и держит их перед собой сложенными, чтобы определить — какая из ложек правая, какая левая. Когда замыкают щипцы, в левой руке остается левая ложка. Рукоятку левой ложки захватывают левой рукой, как пишущее перо или как смычок. Вводят ложки без грубого насилия, сначала — левую ложку левой рукой в левую половину таза; ложку вводят по боковой стенке таза, причем вогнутая ее часть обращена к поверхности головки, плотно прилегая к ней (рис. 50, а). Затем аналогичным образом правой рукой в правую половину таза вводят правую ложку.

После замыкания щипцов (рис. 50, б) следует извлечение головки. Но предварительно для проверки правильности наложения щипцов производится пробная тракция. Ее делают так: правой рукой обхватывают рукоятки щипцов сверху так, чтобы указательный и средний пальцы лежали на отростках Буша, левую руку кладут сверху на правую, чтоб вытянутый указательный палец прикасался к головке (рис. 50, в). При правильном наложении щипцов головка следует за движением щипцов. Если же щипцы наложены неправильно, они соскальзывают.

Добившись успешной пробной тракции, приступают к собственно извлечению головки. Правая рука остается на щипцах, а левой захватывают концы рукояток в кулак снизу. Извлечение головки щипцами совершается отдельными тракциями, которые подобно схваткам должны в своей силе медленно и постепенно нарастать и так же постепенно ослабевать. Как и потуги, тракции должны чередоваться с паузами, во время которых полезно ослаблять щипцы во избежание слишком длительного сжатия головки ложками. Каждую тракцию совершают в одном направлении, причем всякие качательные, маятникообразные и вращательные движения рукоятки щипцов противопоказаны. Рукоятки после замыкания лежат горизонтально, поэтому и тракции производят горизонтально на себя (рис. 50, г). Ни в коем случае нельзя насильственно поворачивать го-



Рис. 49. Пудендальная анестезия.

ловку, помня, что щипцы — инструмент влекущий, а не вращающий.

После появления над промежностью затылка оператор встает, становится сбоку роженицы, захватив рукоятки щипцов одной рукой, и производит тракции вверх, другой рукой поддерживая промежность (рис. 50, д). Как только головка родилась, щипцы снимают (в обратной последовательности).

При заднем виде затылочного предлежания щипцы накладывают так же, как и при переднем виде, но меняется характер тракции. Первые тракции при низко стоящей головке направлены круто вниз, до подведения под симфиз области большого родничка, затем выводится затылок путем тракции вверх (рис. 51).

После появления над промежностью затылка рукоятку щипцов опускают вниз, происходит разгибание головки, и в половой щели появляется лицевая часть. Головка при этом прорезывается малым косым размером.

Наложение полостных акушерских щипцов производится в одном из косых размеров таза, противоположно размеру, в котором находится стреловидный шов головки (рис. 52). Правило введения ложек щипцов следующие: левая ложка при первой позиции затылочного предлежания будет фиксированной, правая — блуждающей, при второй позиции — наоборот. После замыкания щипцов и пробной тракции производят рабочие тракции — извлечение головки. Направление тракций

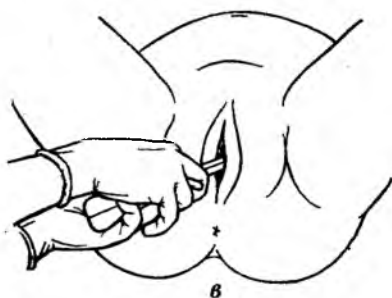
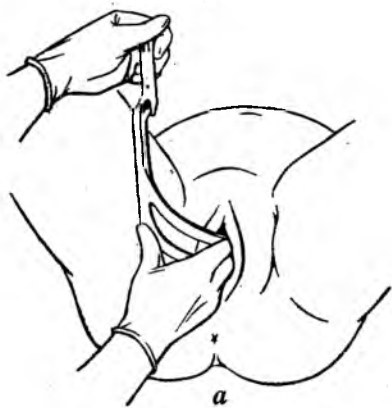


Рис. 50. Наложение выходных акушерских щипцов:

а — введение первой (левой) ложки щипцов; *б* — замыкание щипцов; *в* — расположение рук на рукоятках щипцов; *г* — тракция головки щипцами на себя; *д* — тракция головки щипцами вверх с защитой промежности.

должно быть последовательным в трех позициях: вниз, на себя — горизонтально, вверх. После извлечения головки ложки снимают в обратной последовательности. При прорезывании головки проводится защита промежности.

Вакуум-экстракция плода. С этой целью пользуются вакуум-экстрактором модели завода «Красногвардеец» (рис. 53).

Показания для вакуум-экстракции плода со стороны матери: заболевания общего характера, требующие сокращения или исключения второго периода родов (заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, тяжелые токсикозы беременных); слабость родовой деятельности (затянувшийся второй период родов — свыше 2 ч у повторнородящих и 3—4 ч — у первородящих); слабость родовой деятельности в сочетании с эндометритом. Показания к операции со стороны плода:

начинающаяся внутриутробная гипоксия плода, выпадение пуповины.

Наиболее часто показания бывают смешанными, так как патология со стороны плода нередко зависит от патологии организма беременной.

Противопоказания к вакуум-экстракции: лицевое вставление головки; клиническое несоответствие между размерами головки плода и таза роженицы; отсутствие предлежащей части (при поперечном положении плода); глубокая недоношенность плода.

Для операции вакуум-экстракции плода необходимо отсутствие плодного пузыря и полное или почти полное открытие шейки матки.

Техника операции. Выделяют следующие моменты в проведении операции: тщательная проверка герметичности всего аппарата; выбор места наложения чашечки вакуум-экстрактора (ближе к проводной точке, избегая швов и родничков); медленное, в течение 3—10 мин, создание вакуума (до 550—600 мм рт. ст.); содружественная работа обеих рук во время тракций: левая рука предупреждает отрыв колпачка, правая — производит влекущие тракции; правильное направление тракций — перпендикулярно плоскости колпачка и соответственно проводной оси таза в зависимости от высоты стояния головки (рис. 54). При этом недопустимы «косые» тракции, так как это приводит к соскальзыванию чашечки и травме головки плода.

При неполном открытии шейки матки проводят вакуум-стимуляцию методом прерывистых тракций син-

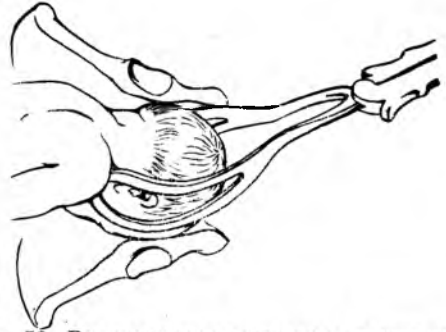


Рис. 52. Расположение полостных акушерских щипцов при первой позиции затылочного предлежания (щипцы в левом косом разрезе таза).

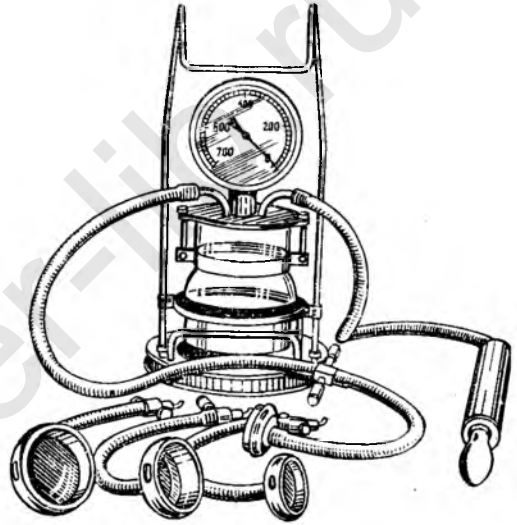


Рис. 53. Общий вид вакуум-экстрактора.

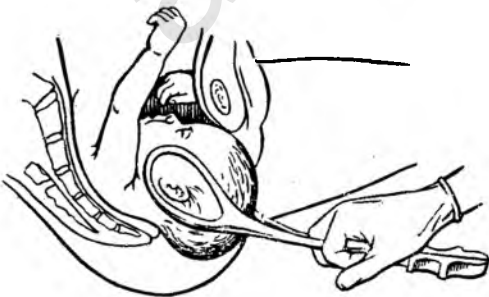


Рис. 51. Расположение выходных акушерских щипцов на головке при заднем виде затылочного предлежания.



Рис. 54. Наложение чашечки вакуум-экстрактора на головку плода.

хронно со схватками в комплексе с мидикаментозной родостимуляцией, а также введением в шейку матки лидазы (64 ЕД), новокаина (40 мл 0,5% раствора), сульфата атропина (1 мл 0,1% раствора), а при ригидности шейки матки на ней делают нащечки.

Обезболивание операции проводится закисью азота, трихлорэтиленом, дроперидолом, оксибутиратом натрия, виадрилом, сомбревином. Неплохой эффект оказывает двусторонняя пундальная анестезия.

Профилактика слабости родовой деятельности

Слабость родовой деятельности можно предупредить комплексной дородовой подготовкой, которая должна начинаться за 7—10 дней до родов. У женщин с перенесенной беременностью комплексную подготовку начинают с момента установления перенасивания, когда решается вопрос о возможном применении средств родовозбуждения.

Комплексная подготовка беременных должна проводиться у лиц с повышенным риском развития слабости родовой деятельности: нарушение менструального цикла, длительное первичное бесплодие, самопроизвольные аборт, токсикозы второй половины беременности, первичная слабость родовой деятельности в прошлых родах или осложнение их гипотоническим маточным кровотечением, перерастяжение стенок матки вследствие многоводия, многоплодия, при крупном плоде, перенесенные операции на матке и придатках, конфликт между матерью и плодом по системе АВО или резус-фактору, умерший плод.

Рекомендуемая нами методика комплексной подготовки для беременных, у которых возможно развитие слабости родовой деятельности, включает следующие препараты:

1) эстрогенные гормоны (эстрадиол-дипропионат) — вводятся в масляном растворе из расчета 300—500 ЕД на 1 кг массы беременной внутримышечно;

2) галаскорбин — внутрь по 1 г 3—4 раза в день;

3) глютаминовая кислота — внутрь по 1 г 3 раза в день.

После приема препарата рекомендуется полоскать рот 1—2% раствором гидрокарбоната натрия;

4) кобальта хлорид — по 25—30 капель 2% раствора 3 раза в день или инъекции коамида по 1 мл внутримышечно;

5) тиамин бромид — 1 мл 5% раствора внутримышечно;

6) хлорид калия — внутрь по 1 столовой ложке 10% раствора 4 раза в день;

7) кальция хлорид — 10 мл 10% раствора внутривенно вместе с 40 мл 40% раствора глюкозы 1 раз в день;

8) альбумин — 100 мл 10% раствора внутривенно через день при гипопротейнемии до нормализации содержания альбумина в крови;

9) гидрокарбонат натрия — 50 мл 7% раствора внутривенно через день сразу после введения альбумина (через одну и ту же систему) при метаболическом ацидозе до нормализации кислотно-щелочного состояния крови;

10) диуретики (при наличии отеков и нефропатии) — на протяжении 5—6 дней: в зависимости от чувствительности к ним — дихлотиазид (по 25 мг 3 раза в день), брэнальдикс (по 25 мг 3 раза в день), рениз (по 50 мг 2 раза в день) или фуросемид (по 50 мг 2 раза в день, не более 5 дней).

Указанные препараты вводят ежедневно в течение 5—7 дней. Практика показала высокую эффективность этого метода.

ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Чрезмерно сильная родовая деятельность бывает значительно реже, чем слабость родовых сил. Плод изгоняется при этом из матки чрезвычайно быстро, и весь родовой акт заканчивается в течение 1—3 ч, а иногда и быстрее. Такие чрезмерно быстрые роды называют стремительными. Слишком

энергичная родовая деятельность встречается у 0,8% общего количества родов и наблюдается у повторно- и многорожавших женщин в 5 раз чаще, чем у первородящих.

Этиология этого осложнения еще недостаточно изучена. Издавна отмечается, что она чаще наблюдается у рожениц с повышенной общей нервной возбудимостью. Чрезмерно интенсивная родовая деятельность может в некоторых случаях зависеть от нарушения кортико-висцеральной регуляции, вследствие чего импульсы, поступающие во время родов из матки в подкорку, не регулируются в должной мере корой головного мозга. Нарушение регуляторной способности коры сказывается и на функции гипофиза, надпочечников и других эндокринных органов. В результате может быть повышенная выработка роженицей окситоцина, адреналина и других сокращающих матку веществ (простагландинов, серотонина).

Клиническая картина родов при чрезмерно сильной родовой деятельности характеризуется очень быстрым, стремительным развитием и завершением их. Быстро следующие одна за другой сильные схватки приводят в скором времени к полному раскрытию маточного зева, после чего иногда 1—2 сильными потугами изгоняется плод, а вслед за ним и послед.

Стремительные роды, особенно происшедшие вне родильного дома, нередко приводят к глубоким разрывам шейки матки, влагалища, промежности, к частичному отслаиванию плаценты, атонии матки, что вызывает опасное для жизни кровотечение.

В периоде изгнания (до 10 мин) чрезмерно быстрое и энергичное проталкивание головки плода через родовые пути подвергает ее сильному и быстрому сдавлению без соответствующей конфигурации, что влечет за собой внутричерепную травму. Вследствие этого нередко парезы и другие патологические состояния, вызванные кровоизлиянием в мозг, а также мертворождения, ранняя смертность новорожденных.

Ведение родов при чрезмерно сильных схватках заключается в немедленном укладывании роженицы на бок, инъекции 1 мл 2% раствора омнопона, применении эфирного наркоза или блокады α -адренорецепторов или стимуляции β -адренорецепторов миометрия и оказании акушерского пособия в положении на боку.

СУДОРОЖНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ МАТКИ

Судорожные схватки отличаются от физиологических длительными, по несколько минут, сокращениями матки, не прерывающимися ее расслаблением. Иногда наблюдаются паузы, но они чрезвычайно коротки. Если судорожные сокращения захватывают всю мускулатуру матки, говорят о тетанусе матки (*tetania uteri*), если же судорогой охвачена шейка матки, обычно область внутреннего зева, то говорят о стриктуре матки (*strictura uteri*).

Причинами судорожных схваток могут быть: а) нервно-психические напряжения; б) травма мышцы матки (угроза разрыва матки); в) резко болезненные роды; г) эндометрит в родах; д) применение слишком больших доз родостимулирующих препаратов. При равномерном судорожном сокращении всей матки развитие родового процесса приостанавливается. Длительно сокращающаяся мускулатура матки сдавливает сосуды миометрия и вызывает нарушение маточно-плацентарного кровообращения, следствием чего является гипоксия и смерть плода.

В случае судорожных схваток матка вследствие сильного напряжения тверда и болезненна, роженица беспокойна, жалуется на сильные боли в животе и тенезмы мочевого пузыря и прямой кишки, температура тела повышается, пульс учащен.

Лечение преследует цель как можно быстрее устранить аномалию родовых сил. Хорошим средством снятия боли и утомления является впрыскивание под кожу 1 мл 1% раствора гидрохлорида морфина или 1 мл 2% раствора омнопона, ограждение роженицы от шума, яркого света и других раз-

дражителей. Всего этого достигают созданием для женщины рационального лечебно-охранительного режима.

Для устранения судорожных схваток применяют ингаляционный эфирный наркоз и вводят подкожно 1 мл 1% раствора гидрохлорида морфина или 1 мл 2% раствора омнопона и 2 мл но-шпы. Под глубоким наркозом производят полное обследование роженицы и прибегают к тем или иным акушерским вмешательствам.

При частичном судорожном сокращении (стриктуре матки) хороший эффект дает введение в шейку матки новокаина, лидазы (64 ЕД) и 1 мл 0,1% раствора сульфата атропина или 2 мл но-шпы с последующим эфирным наркозом, или блокадой α -адренорецепторов, или стимуляцией β -адренорецепторов миометрия. Некоординированные сокращения матки выражаются в разновременном сокращении правой и левой половины или верхнего и нижнего сегментов матки.

Причинами несимметричных и некоординированных сокращений являются: неравномерное развитие половин мускулатуры матки и их иннервации, дегенеративные (соединительнотканное перерождение гладкомышечных волокон), новообразовательные (фиброматозные узлы) и другие патологические процессы, поражающие ограниченные участки матки — шейку, перешеек, правую или левую ее половину. Способность воспринимать раздражения патологически измененных ее участков понижена или отсутствует (нарушение интерорецептивной и реактивной функций).

Неравномерный тонус и неодинаковая сила сокращения половин матки существенным образом сказываются в первом и во втором периодах родов (раннее отхождение вод, нарушения обычного течения биомеханизма родов). В третьем периоде родов неравномерное сокращение половин матки может быть причиной отслаивания плаценты и кровотечений в последовом периоде.

Некоординированные сокращения матки приводят к значительному за-

медлению родового процесса; в особо выраженных случаях схватки или потуги оказываются малопродуктивными.

Ведение родов при некоординированных сокращениях матки и оказываемая акушерская помощь зависят в основном от возникающих осложнений.

АНОМАЛИИ ОТХОЖДЕНИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

При физиологическом течении родов плодный пузырь разрывается при полном или почти полном раскрытии маточного зева, и безводный промежуток продолжается столько же времени (или несколько больше), сколько и период изгнания.

Своевременный разрыв плодных оболочек не только способствует нормальному течению физиологических процессов сглаживания шейки матки и раскрытия ее канала, но и благоприятствует сохранению физиологических условий для плода.

Несвоевременный разрыв плодных оболочек наблюдается, когда воды отходят еще до начала родов, в начале родов или, наоборот, с опозданием — в периоде изгнания.

Несвоевременный разрыв плодных оболочек в той или иной степени сказывается на течении родов.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ И РАННИЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Разрыв плодных оболочек до начала родов, когда еще нет схваток, называется преждевременным разрывом плодных оболочек, а отхождение вод при этом — преждевременным отхождением вод. Разрыв оболочек вскоре после начала родов, но до полного или почти полного раскрытия зева матки называется ранним разрывом плодных оболочек и сопровождается ранним отхождением вод.

Причины этого осложнения следующие.

1. Различные патологические состояния шейки матки: деформация, несостоятельность внутреннего зева

(анатомическая и функциональная). При этом плодный пузырь, не встречая должного сопротивления, выходит за пределы канала шейки матки.

2. Аномалии положения плода и вставления подлежащей части в малый таз при анатомическом сужении таза (особенно при плоских тазах — несостоятельность наружного пояса прилегания), разгибательном вставлении головки (переднеголовном, лобном и лицевом), тазовых (особенно ножных) предлежаниях, поперечном и косом положении плода, гидроцефалии и др.

3. Функциональная несостоятельность нижнего сегмента матки, приводящая к неполному обхвату головки плода (несостоятельность внутреннего пояса прилегания).

4. Дистрофические изменения оболочек плодного пузыря: дряблость их, пониженная эластичность.

Клиническая картина преждевременного и раннего отхождения вод весьма разнообразна. В случаях высокого бокового разрыва плодного пузыря безводный промежуток может длиться иногда много суток, причем беременность продолжает нормально развиваться.

Преждевременное отхождение вод — более серьезное осложнение, чем раннее. При преждевременном отхождении вод прогноз родов тем лучше, чем ближе к началу родов отойдут воды; при раннем отхождении вод прогноз тем лучше, чем ближе к концу периода раскрытия произойдет это осложнение.

Отхождение вод в случаях, когда нет внутреннего пояса прилегания, способствует выпадению мелких частей плода и пуповины.

Связанный с преждевременным или ранним отхождением вод длительный безводный промежуток нередко приводит к затяжным, «сухим» родам. Течение родов при этом замедляется, сила и характер схваток изменяются, они становятся редкими или слабыми (слабость родовых сил), болезненными (спастические сокращения), неэффективными (бессистемные сокращения) и т. п. При длительном безводном

промежутке легко возникает эндометрит в родах.

Лечение при преждевременном разрыве плодных оболочек проводится только в стационаре. Характер его зависит главным образом от того, в какой степени доношен и жизнеспособен плод. Если плод недоношен и лежит в матке в продольном положении, при удовлетворительном общем состоянии беременной и состоянии ее родовых путей, может быть проведено лечение, направленное на prolongation беременности с целью увеличения шансов на сохранение жизни плода. В таких случаях следует соблюдать строгую асептику; беременной назначают антибиотики и средства, направленные на предупреждение сокращений матки.

Если же преждевременное отхождение вод происходит при появлении признаков инфекции и других осложняющих беременность обстоятельств, применяют стимуляцию родовой деятельности по изложенным выше принципам.

Во всех случаях, когда безводный промежуток длится свыше 4—6 ч, необходимо назначать антибиотики и проводить профилактику гипоксии плода, так как преждевременное и раннее отхождение вод способствует инфицированию родового канала и гипоксии плода.

ЗАПОЗДАЛЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Запоздалым разрывом плодных оболочек называется осложнение родов, при котором, несмотря на полное раскрытие маточного зева и хорошую родовую деятельность, плодный пузырь остается целым и период изгнания протекает при неотошедших передних водах.

Причины этого осложнения следующие.

1. Чрезмерная плотность плодных оболочек. В таких случаях и хорошо налитый плодный пузырь не в состоянии вскрыться под напором внутриматочного давления, даже при схватках и потугах хорошей или повышенной силы.

2. Чрезмерная эластичность плодных оболочек. При этом состоянии плодный пузырь во время потуг сильно напрягается, истончается и выполяет значительную часть влагалища. В некоторых случаях эта эластичность оболочек выражена настолько резко, что сильно напряженный и растянувшийся плодный пузырь выходит во время потуг из влагалища наружу в виде истонченного до прозрачности эластичного шара.

3. Малое или ничтожное количество передних вод — при котором плодный пузырь выражен очень слабо (плоский плодный пузырь).

Течение родов при запоздалом разрыве плодных оболочек довольно характерно. Период изгнания затягивается, болезненность сокращений матки увеличивается. Сильно напрягающийся, но не вскрывающийся плодный пузырь мешает вставлению головки в таз и тянет за собой вышележащие участки оболочек. При значительном натяжении оболочек плацента начинает с нижнего полюса отслаиваться от своего ложа — появляются кровяные выделения из матки. В редких случаях дело может дойти до значительного или даже полного отслоения нормально расположенной плаценты.

При плоском пузыре раскрытие маточного зева происходит вследствие давления на стенки шейного канала головки плода, плотно обтягиваемой оболочками. Это ведет к медленному раскрытию маточного зева и к удлинению не только периода раскрытия, но и периода изгнания.

Как только установлен диагноз, необходимо приступить к искусственному вскрытию плодного пузыря, определив предварительно состояние родовых путей, положение подлежащей части плода и пр.

АНОМАЛИИ КОСТНОГО ТАЗА (СУЖЕННЫЕ ТАЗЫ)

Под суженным тазом понимают таз, у которого один или все размеры уменьшены не менее чем на 1—1,5 см.

Различают анатомически и клинически узкий таз. Анатомически узкий

таз отражает его анатомические особенности в виде уменьшения тех или иных размеров, различные его деформации. Клинически узкий таз означает несоответствие между подлежащей частью плода (головкой или ягодицами) и тазом женщины независимо от размеров последнего.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИХ (СУЖЕННЫХ) ТАЗОВ

Суженные тазы разделяют на часто и редко встречающиеся, без изменения (без деформации) и с изменением формы (с деформацией).

К часто встречающимся суженным тазам относятся: общеравномерносуженный, простой плоский, плоскорохитический и общесуженный плоский (рис. 55). К редко встречающимся суженным тазам относятся все остальные формы суженного таза — как с деформацией, так и без нее.

Суженные тазы без изменений формы — это общеравномерносуженный, детский (инфантильный), таз карлиц и мужской таз.

Суженные тазы с изменением формы — это тазы с деформациями, часто встречающимися: простой плоский, плоскорохитический, общесуженный плоский и тазы с деформациями, редко встречающимися: кососуженный (сколиотический, коксалгический, анкилотический), поперечносуженный (анкилотический), спондилолистетический, остеомалаятический, расщепленный, таз с экзостозами, костными опухолями и после переломов.

Общеравномерносуженный таз встречается наиболее часто и характеризуется уменьшением всех размеров; форма таза нормальная (рис. 55, а). Размеры таза: 22—25—28—17 см, истинная конъюгата 8—9 см.

Плоский таз характеризуется уменьшением прямых размеров вследствие приближения крестца к симфизу. Различают простой плоский, или де-вентеровский, плоскорохитический и общесуженный плоский таз.

Простой плоский таз характеризуется значительным приближением крестца к передней стенке таза, вследствие чего все прямые размеры малого таза укорочены, особенно истинная конъюгата (рис. 55, б). Примерные размеры: 25—28—31—17 см, истинная конъюгата 9—8 см.

Плоскорихитический таз резко отличается по своему строению от нормального таза. Высота его значительно укорочена, крылья подвздошных костей более развернуты, лобковая дуга более пологая. Крестцовый мыс резко вдается во вход малого таза, что влечет за собой значительное укорочение истинной конъюгаты, форма входа в таз почкообразна (рис. 55, в). Нижняя часть крестца смещена кзади, вследствие этого прямые размеры полости малого таза и его выхода увеличены. Крестец укорочен, уплощен по передней поверхности, нередко четкообразен вследствие возвышения окостеневших хрящевых прослоек. Примерные размеры таза: 26—26—31—17 см. Все эти изменения являются результатом перенесенного в детстве рахита.

Общесуженный плоский таз также чаще наблюдается у женщин, перенесших в детстве рахит; все размеры таза уменьшены, наиболее укорочена истинная конъюгата. Примерные наружные размеры таза: 23—26—29—16 см.

Поперечносуженный таз характеризуется уменьшением поперечных диаметров малого таза при нормальных или увеличенных прямых размерах. Анатомические особенности поперечносуженного таза следующие: отвесное стояние крыльев подвздошных костей, узкая лобковая дуга, сближение седалищных костей и уменьшение поперечного размера выхода. Отмечается уменьшение поперечника ромба Михаэлиса. Примерные размеры таза: 23—25—28—20 см, истинная конъюгата 11—13 см.

Реже встречается так называемый **робертсовский поперечносуженный таз**, который характеризуется отсутствием крыльев крестца, вследствие чего по-

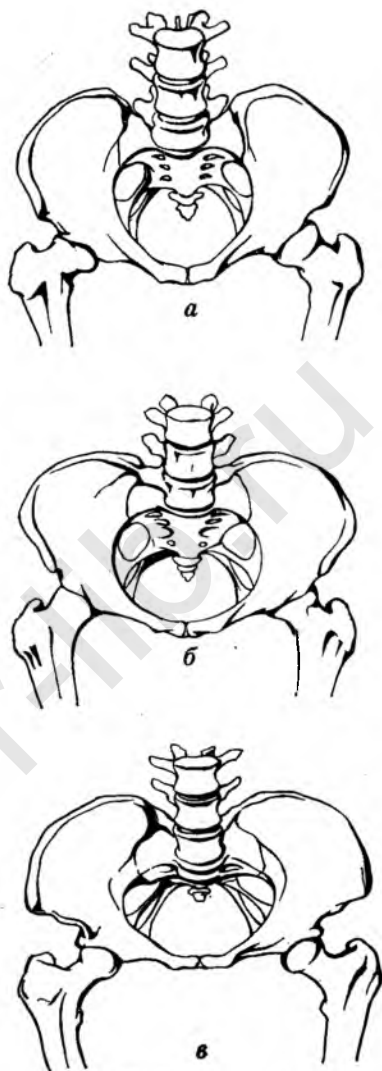


Рис. 55. Суженные тазы:
а — общеравномерносуженный таз; б — простой плоский таз; в — плоскорихитический таз.

перечные размеры таза резко уменьшены. Роды через естественные родовые пути невозможны.

Инфантильный таз относится к одной из разновидностей общеравномерносуженного таза. Кроме укорочения всех размеров таза, отмечается узкий плоский крестец, высокое стояние мыса, узкая лобковая дуга.

Карликовый таз представляет крайнюю степень общего сужения таза: таз резко, но пропорционально уменьшен во всех размерах.

Остеомалягический, или *спавшийся*, таз является крайне редкой патологией. В результате размягчения костей наступает резкая деформация таза: крестец погружается в полость малого таза, лобковые кости сближаются вследствие их изгиба, симфиз выступает в виде клюва, вертлужные впадины вдавливаются в полость таза. При выраженной остеомалягии роды через естественные родовые пути невозможны.

Кососмещенный таз возникает у девочек в результате неравномерной нагрузки тяжести тела на каждую половину таза при резком искривлении позвоночника, кокситов, вывихах тазобедренного сустава и т. д. Кососмещенный таз обычно сужен незначительно, поэтому в родах диспропорции между тазом и головкой встречаются редко. Группа кососуженных, или асимметрических, тазов (сколиотический, коксалгический, анкилотический) представляют серьезную опасность в родах из-за асимметрии плоскостей таза, при которых роды доношенным плодом невозможны. Эта патология в настоящее время встречается редко.

Воронкообразный таз отличается резким сужением выхода, причем степень сужения нарастает сверху вниз, в результате чего полость таза приобретает форму воронки. Встречается крайне редко. При выраженной форме сужения роды через естественные родовые пути невозможны.

При тазах с *экзостозами* и *костными опухолями* роды при доношенном плоде *per vias naturalis* невозможны и, как правило, заканчиваются кесаревым сечением или плодоразрушающими операциями.

Наибольшее значение для определения узкого таза имеет измерение диагональной конъюгаты, по которой исчисляется истинная. Определенное значение для суждения о форме сужения таза имеет ромб Михаэлиса. Принято пользоваться измерением двух его величин (продольного и поперечного размера). Для общеравномерносуженного таза характерно уменьшение как продольного, так и поперечного

его размеров, для плоского — уменьшение только продольного, для поперечносуженного — уменьшение поперечного размера. При кососуженных и деформированных тазах наблюдается неправильная форма ромба Михаэлиса.

Для определения внутренних размеров таза и формы его сужения пользуются рентгенопельвеометрией, а также рентгенографией и исследованием с помощью ультразвука (эхография), которые позволяют уточнить особенности строения крестца. Рентгенологические методы исследования применяют по строгим показаниям, и во избежание возможного вредного влияния на плод их следует производить в последние сроки беременности (36—40 недель).

Степени сужения таза определяют по наружной, диагональной и истинной конъюгатах. В зависимости от величины истинной конъюгаты различают четыре степени сужения таза: I степень — истинная конъюгата от 11 до 9 см; II степень — от 9 до 7 см; III степень — от 7 до 5 см, IV степень — меньше 5 см.

Прогноз родов при анатомически узком тазе зависит от его функциональной полноценности. При функциональной неполноценности анатомически узкий (суженный) таз становится и клинически узким.

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

К клинически узким тазам следует относить все случаи несоответствия между головкой плода и тазом женщины независимо от его размеров. В эту группу патологии необходимо включать не только случаи несоответствия, заканчивавшиеся хирургически-вмешательствами, но и самопроизвольные роды, если течение родового акта, особенности вставления головки и механизма родов указывают на диспропорцию между тазом женщины и головкой плода. Причиной несоответствия между размерами таза женщины и головки плода часто бывает относительная степень анатомического сужения таза и крупная плотная го-

ловка, а также несоответствие нормальных размеров таза размерам крупного плода. Этому способствуют неблагоприятные вставления головки. Высокое прямое стояние головки, лобное и лицевое вставление головки в переднем виде (по спинке) весьма часто ухудшают прогноз родов при анатомически узком тазе и являются причиной диспропорции между тазом женщины и головкой плода. Выявление характера сужения таза помогает акушеру правильно оценить особенности вставления головки и механизма родов, свойственные той или иной форме таза. Для прогноза родов необходимо определение величины плода, особенно его головки. При нормальных размерах таза большой объем головки, особенно переносенного плода, а также неблагоприятные вставления головки являются основной причиной несоответствия между тазом роженицы и головкой плода.

Функциональная оценка таза неразрывно связана с процессом родов, так как только путем тщательного наблюдения за характером вставления и поступательными движениями головки, степенью конфигурации ее при энергичной родовой деятельности можно решить вопрос о благоприятных или неблагоприятных соотношениях между тазом женщины и головкой плода. Однако при резких анатомических изменениях таза (сужения III и IV степени, опухоли таза, резкая деформация травматического происхождения) функциональная неполноценность его может быть выявлена и во время беременности. Отягощенный акушерский анамнез, указывающий на несоответствие таза матери и головки плода при предыдущих родах, у женщин с относительным сужением таза также может служить основанием для оценки таза во время беременности как клинически узкого.

Диагностика клинически узкого таза. Несомненные признаки клинически узкого таза в родах: неправильные вставления головки (переднетеменное, заднетеменное, клиновидное), значительная конфигурация головки, поло-

жительные признаки Вастена и Цанге-майстера, симптомы прижатия мочевого пузыря, отсутствие поступательных движений головки при полном открытии зева матки и энергичной родовой деятельности, симптомы угрожающего разрыва матки.

Особенности вставления головки и биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе. При возникновении в родах функциональной неполноценности общеравномерносуженного таза образуется клиновидное (редеровское) вставление головки, то есть внедрение ее в полость таза, в косом размере, в состоянии чрезмерного сгибания (рис. 56). При общеравномерносуженном тазе биомеханизм родов такой же, как при нормальных размерах таза, но каждый из моментов резко выражен.

Первый момент — максимальное сгибание головки плода. Головка вступает в плоскость входа в таз размером, меньшим малого косоугольного размера. Малый родничок строго по проводной тазовой оси в центре, стреловидный шов в одном из косых размеров. При этом отмечается значительная конфигурация головки, которая принимает долихоцефалическую форму (форма огурца) (рис. 57).

Второй и третий моменты (внутренний поворот головки плода и разгибание головки), как правило, удлиняются во времени.

Четвертый момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки — без особенностей.

Биомеханизм родов при простом плоском тазе. Первый момент — разгибание головки и вставление ее в плоскость входа в малый таз стреловидным швом в поперечном размере, при этом имеют место асинклитические вставления головки. Вторым моментом — внутренним поворотом головки — начинается при переходе головки из широкой в узкую часть малого таза и заканчивается на тазовом дне (при этом головка сгибается и максимально конфигурируется). Третий момент — разгибание головки — протекает обычно, но носит



Рис. 56. Максимальное сгибание головки во входе в малый таз (общеравномерносуженный таз).

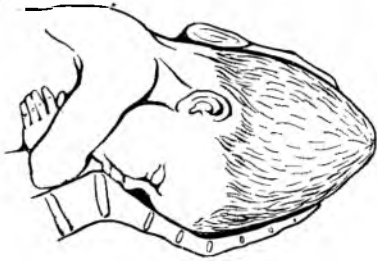


Рис. 57. Резкая конфигурация головки при общеравномерносуженном тазе (долichoцефалическая головка).

затяжной характер. Четвертый момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки — происходит без особенностей.

Биомеханизм родов при плоскорихитическом тазе. Первый момент биомеханизма родов такой же, как и при простом плоском тазе. Второй, третий и четвертый моменты такие же, как и при нормальных размерах таза. Разница состоит лишь в том, что после прохождения через плоскость входа в малый таз головка в дальнейшем продвигается значительно быстрее.

Для выявления несоответствия между тазом роженицы и головкой плода наиболее важным диагностическим признаком является степень нависания головки над лобковым сращением — **признак Вастена**.

Различают три варианта признака Вастена: положительный признак Вастена — головка значительно выступает над передней поверхностью лобкового сращения между головкой и симфизом образуется открытый кпереди угол, значительное несоответствие меж-

ду тазом женщины и головкой плода, прогноз родов неблагоприятный; признак Вастена «вровень» — головка находится в одной плоскости с передней поверхностью симфиза, менее выраженное несоответствие, роды через естественные пути возможны при хорошей конфигурации головки и активной родовой деятельности; признак Вастена отрицательный — головка находится ниже плоскости симфиза — благоприятные соотношения между тазом роженицы и головкой плода.

Наличие или отсутствие признака Вастена зависит от характера вставления головки. Так, при переднем асинклитизме первой вступает во вход в малый таз передняя теменная кость, а задняя задерживается над крестцовым мысом. В этом случае признак Вастена будет отрицательным даже при определенном несоответствии между тазом роженицы и головкой плода. При заднетеменном вставлении, наоборот, первой внедряется задняя теменная кость, а передняя — задерживается над лобковым сращением; признак Вастена будет резко положительным. В силу этого положительный признак Вастена и признак «вровень» следует расценивать как одно из проявлений несоответствия таза роженицы и головки плода. Признак Вастена определяется только при уже фиксированной головке.

Для выявления степени высоты стояния головки над симфизом определяют **размер Цангемейстера** — расстояние от надкрестцовой ямки до наиболее выступающей над симфизом окружности головки. При нормальных соотношениях между тазом и головкой размер Цангемейстера до 3 см менее наружной конъюгаты. Прогноз родов неблагоприятен, если разница между размером Цангемейстера и наружной конъюгатой равна нулю или если размер Цангемейстера больше наружной конъюгаты.

Симптомы прижатия мочевого пузыря следует рассматривать как одно из проявлений неблагоприятных соотношений между тазом роженицы и головкой плода. При длительном прижа-

тии головкой мочевого пузыря возникает опасность образования мочеполювого свища. Проявляется прижатие мочевого пузыря отсутствием либо затруднением мочеиспускания (мочеиспускание малыми порциями, при котором мочевой пузырь полностью не опорожняется), появлением крови в моче; часто затруднена и катетеризация.

Отсутствие продвижения головки при полном открытии маточного зева и энергичной родовой деятельности является одним из достоверных диагностических признаков клинически узкого таза. Клинические наблюдения показывают, что чрезмерно длительное выжидание во втором периоде родов является нежелательным, так как это ухудшает прогноз в отношении плода. Длительность выжидания в периоде изгнания не должна превышать 2 ч для повторнородящих и 3—4 ч для первородящих.

Симптомы угрожающего разрыва матки при клинически узком тазе наблюдаются в случае резко выраженной диспропорции между тазом роженицы и головкой плода. К ним относятся: перерастяжение и болезненность нижнего сегмента матки, высокое стояние контракционного кольца, ущемление шейки матки и отек ее, распространяющийся на наружные половые органы.

Для выявления клинически узкого таза в последнее время пользуются методами ультразвукового сканирования (цефалометрия) и рентгенопельвеографией.

Ведение родов при узком тазе является наиболее сложной проблемой практического акушерства.

При поступлении в стационар беременной или роженицы с наружной конъюгатой 18 см и менее необходимо провести дополнительные измерения для решения вопроса о клиническом соответствии и возможности родов через родовые пути.

К дополнительным измерениям относятся: окружность живота, окружность таза, индекс Соловьева, форма и размеры ромба Михаэлиса, высота

лобкового сращения, размеры выхода из малого таза, боковые конъюгаты, диагональная конъюгата, косые размеры таза, истинная конъюгата, длина плода, прямая размер головки, размер Цангемайстера, признак Вастена, высота малого таза. При этом также имеет значение внутренняя форма малого таза.

Исходя из этих размеров, можно наметить план ведения родов. Однако следует помнить о том, что исход родов зависит не только от размеров таза и величины плода, но и от характера вставления головки, ее способности к конфигурации, характера родовой деятельности, времени отхождения вод и общего состояния роженицы и плода.

Эти моменты не всегда могут быть заранее предусмотрены, поэтому вопрос о дальнейшем ведении родов и характере оперативного вмешательства часто решается только в динамике родов путем наблюдения и повторных наружных и влагалищных исследований.

У первобеременных при I—II степени сужения таза допускается ведение «пробных родов». III—IV степени сужения таза являются показаниями для кесарева сечения или плодоразрушающих операций.

Женщины с суженным тазом должны госпитализироваться в родильные стационары за две недели до родов.

Осложнениями в родах могут быть: преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод; выпадение пуповины и мелких частей; заднетеменное вставление головки; первичная и вторичная слабость родовой деятельности; ущемление передней губы шейки матки; образование влагалищнопузырных свищей; разрыв матки; гипоксия, травма и гибель плода (кефалгематома, кровоизлияние в мозг); эндометрит в родах, септические послеродовые заболевания.

Большинство акушеров при ведении родов при узком тазе придерживаются выжидательной тактики, а когда есть показания к хирургическому вмешательству при диспропорции между

тазом роженицы и головкой плода, предпочитают абдоминальное родоразрешение.

Выжидательная тактика ведения родов при узком тазе предусматривает не только своевременное выявление этой патологии, но и установление степени несоответствия, так как именно этот фактор предопределяет как исход родов, так и выбор метода их ведения.

Клиническая картина несоответствия между тазом роженицы и головкой плода весьма характерна: головка не продвигается при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности; выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурации; положительный признак Вастена; симптомы прижатия мочевого пузыря; чрезмерно сильная родовая деятельность; преждевременное появление произвольных, безрезультатных потуг; симптомы угрожающего разрыва матки.

Единственный метод выявления степени несоответствия между тазом женщины и головкой плода — функциональная оценка ее в родах, основанная на выжидательном ведении родов. Тщательное наблюдение за соотношением таза и головки и продвижением ее, а также учет особенностей вставления головки, механизма родов, состояния матки, мочевого пузыря, мягких родовых путей дает возможность решить этот вопрос. Кроме наружных методов исследования, следует проводить тщательное влагалищное исследование. Оно дает возможность определить не только степень открытия шейки матки, высоту стояния головки, но и выявить все детали вставления головки, механизма родов, особенности конфигурации головки и т. д. При II степени сужения таза, пожилом возрасте первородящей, отягощенном акушерском анамнезе (мертворождения, длительное бесплодие), осложнениях в родах показано абдоминальное родоразрешение (кесарево сечение).

Прогноз родов при клинически узком тазе определяется не степенью анатомического сужения таза (за

исключением III и IV степеней сужения), а степенью несоответствия между тазом роженицы и головкой плода.

АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ

Синклитическое (осевое) вставление головки — это такое вставление, при котором стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от симфиза и крестцового мыса (промонтория), то есть по оси таза. В случае асинклитического (внеосевого) вставления стреловидный шов отклоняется ближе к промонторию или к симфизу. Если стреловидный шов оказывается ближе к промонторию, то вставляется передняя теменная кость — образуется *передний*, или *негелевский*, *асинклитизм* (переднетеменное вставление головки). Когда же стреловидный шов располагается ближе к симфизу, то вставляется задняя теменная кость и образуется *задний*, или *литцмановский*, *асинклитизм* (заднетеменное вставление головки).

Асинклитизм (чаще всего передний) бывает при узких, главным образом плоских тазах. Если он умеренный, то, являясь приспособительным явлением, благоприятствует прохождению головки через суженный вход плоского таза; сильные же степени асинклитического вставления головки являются патологическими, они затрудняют или нарушают роды.

Возникновению асинклитизма способствуют узкий таз, дряблая брюшная стенка (отвислый живот), выпадение ручки рядом с головкой и другие отклонения в биомеханизме родов.

Диагноз асинклитического вставления устанавливают при влагалищном исследовании. При этом руководствуются тем, что стреловидный шов отклонен от оси таза в сторону симфиза или крестца и устойчиво сохраняет такое положение.

Передний асинклитизм (переднетеменное вставление) характерен для биомеханизма родов при простом пло-

ском, иногда и при плоскорихитическом тазе. При плоском тазе головка, встречая препятствие со стороны крестцового мыса, задерживается на нем заднетеменной костью, поэтому первой вставляется передняя теменная кость. В случае бокового сгибания головки к заднему плечу стреловидный шов отклоняется к мысу (рис. 58).

Вставление головки передней теменной костью в поперечном размере плоскости входа в таз в состоянии легкого разгибания и длительное стояние головки во входе являются характерными особенностями биомеханизма родов для плоского и плоскорихитического тазов. Прогноз родов при переднем асинклитизме благоприятен при нерезко выраженном несоответствии между тазом роженицы и головкой плода. Тем не менее даже при этом головка подвергается сильной конфигурации, приобретая косую форму с явлениями вдавления в костях черепа. Под влиянием сильной родовой деятельности предлежащая теменная кость все глубже внедряется в таз и только после этого опускается другая теменная кость, задержавшаяся у промотория.

Задний асинклитизм образуется чаще при общесуженном плоском и плоскорихитическом тазе. Первой вставляется заднетеменная кость в поперечном размере при боковом сгибании головки плода к переднему плечу; стреловидный шов отклоняется к симфизу (рис. 59). Головка вставляется в состоянии легкого разгибания. При резкой степени заднего асинклитизма у промотория удается определить ухо плода.

Задний асинклитизм является серьезным осложнением родового акта. В таких случаях наиболее целесообразно кесарево сечение, так как попытки исправить вставление головки ручными приемами и поворот на ножку нередко ведут к смерти плода или разрыву матки.

Роды при заднем асинклитизме имеют затяжное течение, нередко бывает сдавление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря роженицы,

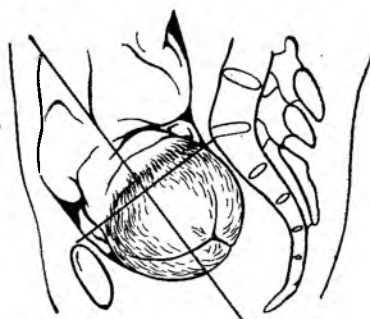


Рис. 58. Передний асинклитизм, или переднетеменное (негелевское) вставление головки.

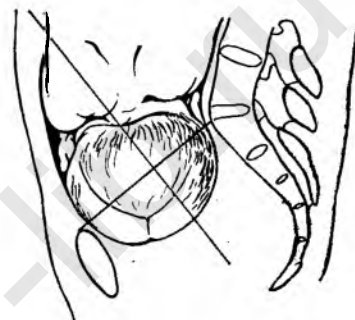


Рис. 59. Задний асинклитизм, или заднетеменное (лицтмановское) вставление головки.

внутричерепная травма плода, появляется вторичная слабость родových сил, наступает гипоксия плода и другие осложнения.

ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

Почти всегда головка устанавливается во входе в таз стреловидным швом в поперечном или косом размере.

И лишь в редких случаях головка вступает в таз таким образом, что стреловидный шов совпадает с прямым размером входа таза — истинной конъюгатой. Такое отклонение от нормального механизма родов называется *высоким прямым стоянием головки*. При этом затылок может быть обращен к симфизу или крестцу. Если затылок обращен кпереди, образуется передний вид высокого прямого стояния головки, если же затылок повернут кзади, образуется задний вид высокого прямого стояния головки (рис. 60).

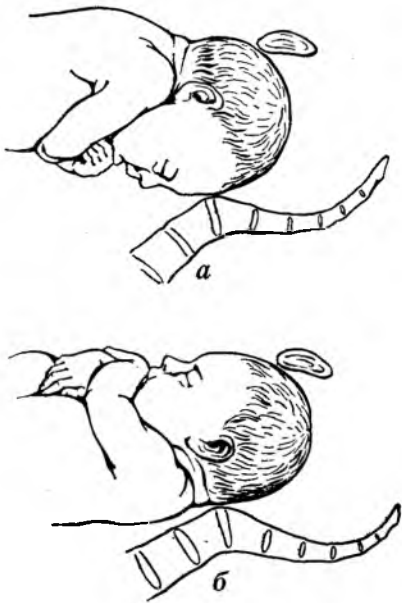


Рис. 60. Высокое прямое стояние головки:
а — передний вид; б — задний вид.

Возникновению высокого прямого стояния головки в значительной мере способствуют узкий таз, изменение формы головки (большой поперечный размер больше малого косога), понижение тонуса матки и брюшной стенки и т. д.

При высоком прямом стоянии головки очень осложняется течение родов. Это проявляется прежде всего в том, что второй период родов затягивается, нередко возникает слабость родовых сил и прекращается продвижение головки. Кроме того, сдавливаются мягкие ткани родовых путей, наступает гипоксия плода, имеет место внутричерепная травма плода и возникают другие осложнения, часто являющиеся показанием к оперативному родоразрешению. И только при нормальном тазе, хорошей родовой деятельности и небольшом плоде роды могут закончиться самостоятельно.

При *переднем виде* высокого прямого стояния головки прогноз значительно лучше, чем при заднем, так как головка максимально сгибается и проходит в таком виде через все плоскости таза. Дойдя до дна таза, головка упирается подзатылочной областью

в симфиз и разгибается (прорезывается).

Задний вид высокого прямого стояния головки создает резкую конфигурацию и вызывает сгибание головки. Если размер ее невелик, таз нормальный и родовая деятельность энергичная, головка в таком состоянии опускается в таз. В полости таза может произойти поворот головки на 180° , и она прорезывается в переднем виде. Если же поворот не совершится, головка прорезывается в заднем виде.

При заднем виде высокого прямого стояния головки самостоятельные роды бывают редко. В большинстве случаев приходится прибегать к оперативному родоразрешению (кесарево сечение, наложение щипцов, краниотомия).

НИЗКОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ ГОЛОВКИ

Низким поперечным стоянием головки называется такое отклонение биомеханизма родов от нормы, при котором внутренний поворот головки не совершается и ее стреловидный шов оказывается в поперечном размере выхода малого таза.

Низкое поперечное стояние головки чаще всего возникает при суженном тазе, особенно при простом плоском. Определенное значение при этом имеет расслабление мышц тазового дна.

Низкое поперечное стояние головки, являясь аномалией механизма родов, нарушает процесс изгнания плода, так как головка, остановившись стреловидным швом в поперечном размере выхода таза прорезаться не может. Прорезывание головки может произойти только после ее поворота, когда стреловидный шов перейдет из поперечного в прямой размер выхода таза. Однако такой поворот возможен только при сильной и продолжительной родовой деятельности, а также при условии, что таз не имеет значительного сужения. Если поворот не произойдет, возникают осложнения, являющиеся серьезной угрозой матери и плоду (сдавление и омертвление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря,

восходящая инфекция, разрыв матки, гипоксия плода и др.).

Как правило, роды при низком поперечном стоянии головки заканчиваются оперативным путем. При живом плоде накладывают акушерские щипцы, если же плод мертв, производят краниотомию.

ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Под гипоксией плода и асфиксией новорожденного понимают сложные патологические состояния, возникающие в связи с прекращением или уменьшением поступления к плоду кислорода, накоплением в его организме углекислоты и недоокисленных продуктов обмена веществ.

Гипоксия представляет собой самую частую непосредственную причину мертворождений. Велико также ее значение среди причин ранней детской смертности. Наконец, гипоксию плода и асфиксию новорожденного следует рассматривать как одну из важных причин нарушений, возникающих в ходе соматического и психического развития ребенка. Это позволяет считать, что профилактика и лечение гипоксии плода и асфиксии новорожденного являются одной из главных задач практического акушерства.

ПРИЧИНЫ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Гипоксия плода возникает на фоне следующих осложнений беременности и родов: нарушение маточно-плацентарного кровообращения (аномалии родовой деятельности и т. д.), нарушение пуповинного кровообращения (обвитие и узлы пуповины — циркуляторная гипоксия), интоксикация (токсикозы, вредные факторы внешней среды, инфекционные заболевания — токсическая гипоксия), гипоксемия беременной (сердечно-сосудистая патология, анемия, заболевания легких и т. д.), заболевания плода (гемолитическая болезнь, уродства развития и т. д.), травма центральной нервной системы при родах (травматическая гипоксия),

рефлекторное преждевременное возбуждение дыхательного центра и аспирация околоплодных вод (рефлекторная гипоксия).

Острая внутриутробная гипоксия наступает, как правило, в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения. При этом нарушается кровообращение в организме плода и снабжение кислородом его тканей (кислородное голодание). Возникает нарушение газообмена плода. Первым этапом гипоксии является фаза раздражения дыхательного центра, вызванная недостатком кислорода и избытком углекислоты в крови плода, что сопровождается появлением у него истинных дыхательных движений и аспирацией околоплодных вод, слизи, крови и мекония.

Под влиянием кислородного голодания в крови плода развивается картина выраженного метаболического ацидоза с накоплением недоокисленных продуктов обмена углеводов (лактат и пируват) и истощением щелочных резервов. Гипоксемия и метаболический ацидоз нарастают параллельно степени тяжести гипоксии. Избыточное количество недоокисленных продуктов обмена в крови плода усугубляет его состояние. Эти продукты, воздействуя на биохимические процессы в клетках тканей, вызывают резкое угнетение их функций — возникает тканевая гипоксия, при которой клетки организма теряют способность усваивать кислород.

При патологическом ацидозе наступают нарушения функций различных отделов центральной нервной системы.

Под влиянием кислородного голодания у плода наступает характерное расстройство кровообращения: расширение сосудов и переполнение их кровью, венозный застой, престааз, места стаз и кровоизлияния в различные органы.

Сосудистые расстройства, обусловливая застой крови и тканевую гипоксию, способствуют возникновению внутримозговых кровоизлияний. Последние быстро возникают на фоне нарушений мозгового кровообращения. Возникновению кровоизлияний способ-

ствует нарушение питания сосудистых стенок с повышением их хрупкости и проницаемости. Расстройство мозгового кровообращения, гипоксия и ацидоз вызывают нарушения деятельности нервных центров, в первую очередь дыхательного и сосудодвигательного.

Как показали исследования Н. С. Бакшеева и А. С. Лявинец, в процессе родового акта возникают нарушения в плацентарном газообмене, поэтому сразу после рождения насыщение крови плода кислородом значительно снижено. Это приводит к увеличению интенсивности анаэробного гликолиза, при котором процессы окисления не доходят до конечных продуктов — H_2O и CO_2 , а идут с образованием молочной и пировиноградной кислот. Так как при физиологическом течении родов концентрация недоокисленных продуктов в крови матери ниже, чем в крови плода, то они своевременно диффундируют в кровь матери и нейтрализуются ее буферами. Поэтому в процессе родов и сразу после них величина рН крови здорового плода, как правило, не ниже 7,2, а умеренное накопление кислых продуктов не приводит к значительному дефициту буферных оснований. При нормальных родах поступление недоокисленных продуктов плода в кровь матери не оказывает существенного влияния на кислотно-щелочное состояние, так как объем циркулирующей крови у матери намного больше, чем у плода.

Организм беременной подготовлен к соответствующим сдвигам кислотно-щелочного состояния в родах. Уже в начале беременности, по-видимому, под влиянием эндокринной деятельности плаценты снижается порог возбудимости дыхательного центра по отношению к углекислоте, развивается гипервентиляция, приводящая к компенсированному или частично компенсированному дыхательному алкалозу. Обычно перед родами отмечается смещение уровня рН до верхних границ нормы.

Во время родов, в связи с усиленной мышечной работой в организме матери, увеличивается образование молочной и пировиноградной кислот

и других недоокисленных продуктов обмена, однако истощения буферных оснований крови не наступает; рН смещается до нижних границ нормы (Н. С. Бакшеев, Г. М. Савельева).

Таким образом, развивающийся под влиянием родовой деятельности метаболический ацидоз при нормальной родовой деятельности у здоровой роженицы остается вполне компенсированным.

У рожениц при непрерывном возрастании количества недоокисленных продуктов в крови в течение затянувшихся (слабость родовой деятельности) или патологических родов, особенно если органы и системы, принимающие участие в регуляции кислотно-щелочного состояния, патологически изменены, несмотря на все напряжение компенсаторных механизмов, ацидоз становится декомпенсированным. Установлено, что между продолжительностью родов и уровнем содержания молочной и пировиноградной кислот существует выраженная зависимость. При затянувшихся родах уровень их резко возрастает. Недоокисленные продукты обмена в этих условиях диффундируют от матери к плоду, увеличивая его ацидоз. В связи со сдвигом рН крови плода в кислую сторону изменяется кислородосвязывающая способность гемоглобина плода — насыщение крови плода кислородом снижается. В результате ткани плода испытывают кислородное голодание. Это приводит к усилению интенсивности анаэробного гликолиза, что в свою очередь еще больше увеличивает концентрацию молочной кислоты. Глубокий ацидоз ведет к угнетению ряда ферментативных процессов, так как нормальное их течение возможно только при определенных уровнях рН. При этом уменьшается способность тканей использовать кислород и таким образом патологический круг замыкается.

Ацидоз приводит к изменению проницаемости стенок сосудов, развитию расстройств мозгового кровообращения и отека мозга, а также является одной из причин, задерживающих появление первого вдоха у новорожден-

ного. Нарушение ферментативных процессов в клетках приводит к резким изменениям состава электролитов. Так, под влиянием ацидоза происходит усиленный выход кальция из клеток во внеклеточные пространства и кровь, вследствие чего развивается гиперкалиемия. В начальных стадиях гипоксии повышается также концентрация кальция в крови, что имеет защитную роль, так как препятствует влиянию гиперкалиемии на сердечную деятельность. Однако при дальнейшем нарастании ацидоза рост концентрации ионов кальция отстает от роста концентрации ионов калия. Как известно, плазматические концентрации этих электролитов оказывают на сердечную деятельность противоположные влияния (калий — ваготропное, а кальций — симпатикотропное). При выраженном ацидозе гиперкалиемия вызывает замедление и ослабление сердечных сокращений, вплоть до остановки сердца (А. С. Лявинец).

Декомпенсированный ацидоз нарушает функцию многих органов и систем плода и нередко является основной причиной интранатальной или постнатальной его гибели.

Резкое замедление сердечных сокращений плода может возникнуть и на более ранних стадиях гипоксии (до развития гиперкалиемии) в результате перевозбуждения парасимпатического отдела автономной нервной системы. Этот механизм развития брадикардии имеет место при чрезмерном повышении внутриматочного давления или сдавлении головки плода.

В развитии сердечной слабости у плода при гипоксии важное значение имеет также быстро прогрессирующее уменьшение запасов гликогена; при гипоксии, как правило, наблюдается глубокая гипогликемия.

Насыщение крови кислородом в случаях гипоксии плода подвержено значительным колебаниям. Поэтому по показателям насыщения крови кислородом нельзя судить о глубине гипоксии. Истинное состояние плода и новорожденного более точно отражают показатели кислотно-щелочного равнове-

сия, в основном характер и величина сдвигов рН и дефицит или избыток оснований.

Как показали исследования А. С. Лявинец, степень ацидоза, при которой рН артериальной крови плода ниже 7,2, а дефицит оснований (ВЕ) превышает 10 мэкв/л, относится к «патологическому» ацидозу. По мере углубления тяжести гипоксии степень ацидоза возрастает. При легкой гипоксии у большинства плодов рН находится в пределах 7,19—7,1 (ВЕ — 13—18 мэкв/л), при тяжелой — рН составляет 7,09—6,85 (ВЕ—19—22 мэкв/л). Часто отмечаются смешанные типы ацидоза — метаболического и респираторного (метаболическая и респираторная асфиксия).

После рождения плода и перехода на легочное дыхание метаболический ацидоз исчезает не сразу. У здоровых новорожденных умеренный метаболический ацидоз сохраняется в течение первых суток жизни, и только к 7-му дню кислотно-щелочное равновесие нормализуется.

У новорожденных, родившихся в состоянии гипоксии, метаболический ацидоз продолжается свыше 7 дней, причем нередко на 3—4-е сутки после родов отмечается нарастание степени ацидоза.

Патологический ацидоз плода, как правило, развивается при аномалиях родовой деятельности (слабость родовых сил, дискоординация схваток, затяжные роды), сахарном диабете, перенесенной беременности, предлежании и отслойке плаценты, нарушении кровообращения в системе сосудов матки.

Учитывая неблагоприятное влияние ацидоза на состояние плода и новорожденного, большое значение имеет своевременное его выявление и устранение.

Для детального определения состояния кислотно-щелочного равновесия применяют такие аппараты как микро-Аstrup или АЗИВ-1, дающие возможность определять следующие величины; рН, напряжение углекислого газа (pCO_2), избыток или дефицит основа-

ний (BE), стандартные гидрокарбонаты (SB), буферные основания (BB), содержание углекислого газа. На основании полученных данных можно провести точную коррекцию нарушений кислотно-щелочного равновесия. Если нет возможности определить показатели кислотно-щелочного равновесия, проводят инфузию раствора гидрокарбоната натрия во всех тех случаях, когда есть достаточные основания ожидать появления ацидоза (симптомы внутриутробной гипоксии плода, диабет, перенашивание беременности, рождение ребенка в состоянии асфиксии).

ДИАГНОСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Различают угрожающую и начавшуюся гипоксию плода. Распознавание угрожающей и начавшейся гипоксии плода часто весьма затруднительно. Практически о состоянии плода судят по изменениям сердечных тонов (частота, ритмичность, звучность) и по частоте и интенсивности его шевелений. Специальными исследованиями и клиническими наблюдениями установлено, что частота сердцебиений плода в конце беременности и в первом периоде родов в норме находится в пределах от 120 до 140 в минуту, причем переходящие изменения частоты внутри указанных границ не имеют практического значения.

Признаками *угрожающей гипоксии*, как указывает Л. С. Персианинов, являются выраженная брадикардия у плода при схватках, изменение длительности систолы без нарушения ритма более чем на $\pm 0,02$ сек. Иногда при этом в околоплодных водах появляется меконий.

При *начавшейся гипоксии* наблюдается кратковременное учащение сердцебиений до 160 и более в минуту, быстрая смена тахикардии брадикардией (менее 100 ударов в минуту), которая может быть и недлительной, изменение звучности тонов сердца, которые остаются ритмичными. На ЭКГ и ФКГ плода регистрируются изменения силы

и продолжительности звучания тонов, колебания длительности систолы, расщепление I тона, появление экстрасистол и непостоянных шумов.

Иногда фаза учащения сердцебиения столь кратковременна, что может просматриваться, и гипоксию устанавливают лишь при появлении второй фазы брадикардии.

Исследованиями с применением ЭКГ, ФКГ и других специальных объективных методик установлено, что изменения частоты сердечного ритма плода не всегда являются показателем гипоксии — они могут иметь рефлекторный характер и зависеть от других причин (Л. С. Персианинов). Так, частота сердцебиения плода изменяется в связи с пальпацией его частей при влагалитском исследовании рожениц, особенно при ощупывании швов и родничков на голове или стоп при ножном и тазовом предлежаниях. Изменения сердцебиения у здорового плода бывают кратковременными и нерезко выраженными; у плодов с пониженной сопротивляемостью (при дистрофии, гипоксии, травме и т. п.) наблюдаются длительные и выраженные реакции.

Только сравнительно длительное, не выравнивающееся в течение 30 сек после потуги замедление сердцебиения плода до 100—80 ударов в минуту следует рассматривать как симптом начавшейся гипоксии.

Что касается частоты шевеления плода, то практически об этом судят, главным образом, по ощущениям самой беременной. Специальные исследования с применением современных методик показали, что уменьшение частоты шевеления плода, особенно после отхождения вод, само по себе не может характеризовать состояние плода. В случае резус-конфликта между матерью и плодом ослабление шевелений плода в сочетании с другими признаками нарушения его жизнедеятельности имеет диагностическое значение.

При нарастании гипоксии плода нередко наблюдается резкое увеличение частоты его шевелений.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Издавна известно, что одним из симптомов внутриутробной гипоксии плода в родах является отхождение мекония и, следовательно, окрашивание околоплодных вод в темно- или светло-зеленый цвет.

Клинические наблюдения показывают, что отхождение мекония при головном предлежании нередко является более ранним симптомом начавшейся гипоксии плода, чем изменение частоты его сердцебиения.

Однако необходимо иметь в виду, что нередко плод, родившийся спустя длительное время после появления окрашенных меконием околоплодных вод, не обнаруживает никаких признаков асфиксии. Если гипоксия была скоропроходящей (например, из-за кратковременного прижатия пуповины, действия каких-либо медикаментов и т. п.), то воды остаются окрашенными меконием хотя гипоксия давно уже миновала. Таким образом, наличие в околоплодных водах мекония свидетельствует о том, что плод какой-то отрезок времени находился в состоянии гипоксии, но не является безусловным показателем наличия гипоксии в настоящий момент. Тем не менее наличие мекония в околоплодных водах является тревожным симптомом и должно заставить акушера применить необходимые меры для лечения гипоксии.

Отхождение мекония при тазовом предлежании нельзя рассматривать как симптом гипоксии плода.

В глубоких стадиях гипоксии возникают нарушения частоты и ритма сердечных сокращений, учащение сменяется замедлением, изменяется сила и звучность тонов, которые бывают то сильными и звонкими, то глухими и нечеткими. Поведение плода становится беспокойным. В околоплодных водах появляется меконий.

В терминальной стадии гипоксии наблюдается стойкое замедление сердцебиения плода, тоны становятся глухими, количество мекония в околоплодных водах увеличивается, движения плода замедляются и затем прекращаются.

При лечении внутриутробной гипоксии плода прежде всего необходимо выяснить причину ее, подвергнуть анализу течение беременности и особенно родов (слабая или чрезмерно сильная родовая деятельность, перенесенная беременность, явления отслойки плаценты и т. п.) и по возможности устранить причину гипоксии. Общепринятым является применение *триады А. П. Николаева*, состоящей в следующем.

1. Роженице дают дышать кислородом по 10 мин повторно, укорачивая интервалы до 2—3 мин, а в тяжелых случаях гипоксии — постоянно. Если имеется специальная кислородная установка (баллон с редуктором и дозиметром), то количество подаваемого кислорода должно быть в пределах 6—12 л в минуту (в начале родов 6—8 л, а во втором периоде — 10—12 л в минуту).

2. Одновременно с подачей кислорода роженице вводят внутривенно 1 мл 10% раствора кордиазола (коразола). Если нет кордиазола, можно применить кордиамин (корамин) в той же дозе.

3. Внутривенно вводят 50 мл 40% раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты.

Если лечение не дает должного эффекта, триаду Николаева целесообразно повторить через 10—15 мин.

За последнее время рядом экспериментальных и клинических исследований доказана эффективность лечения внутриутробной гипоксии отечественным препаратом сигетином. Это водорастворимое вещество эстрогенного действия, его вводят внутривенно — 2 мл 2% раствора. Сигетин содействует расширению сосудов матки, улучшению маточно-плацентарного кровообращения и тем самым улучшает снабжение плода кислородом.

В настоящее время для лечения внутриутробной гипоксии плода широкое применение в акушерской практике получил метод *Н. С. Бакшеева*

и А. С. Лявинца. Он включает следующие мероприятия.

1. Ингаляция чистого кислорода. При этом парциальное давление его в крови матери увеличивается с 95 до 400—650 мм рт. ст. Это ведет не только к несколько большему насыщению кислородом эритроцитов, но в 6,5 раза увеличивает количество кислорода, растворенного в плазме. Растворенный в плазме кислород очень легко проникает через плацентарный барьер и утилизируется тканями плода интенсивнее, чем кислород, связанный с гемоглобином. Насыщение кислородом эритроцитов плода увеличивается значительно больше, чем насыщение эритроцитов крови матери.

Количество растворенного в плазме кислорода зависит от парциального давления его во вдыхаемом воздухе, поэтому ингаляция должна проводиться через герметично укрепленную маску. С этой целью может быть использован наркозный аппарат или кислородная приставка к аппарату ДП-1.

Эффективность ингаляции зависит не только от концентрации кислорода и герметичности маски, но и от продолжительности вдыхания кислорода. Повышение содержания кислорода в крови плода происходит обычно через 3—6 мин после начала ингаляции. После прекращения ингаляции количество кислорода в крови плода в течение 5 мин снижается до исходного уровня. Исходя из этого, ингаляция кислорода должна проводиться непрерывно в течение нескольких часов. После 30—60 мин непрерывной ингаляции допускается уменьшение концентрации кислорода до 50%. Кислород подлежит обязательному увлажнению.

2. Внутривенное введение глюкозы с инсулином, кокарбоксилазой и аскорбиновой кислотой. Чтобы увеличить утилизацию глюкозы организмом плода, необходимо значительно увеличить гликемию в организме матери. Для этого применяют капельное внутривенное введение 5—10% раствора глюкозы в течение 2 ч, что позволяет обеспечить необходимый

уровень гликемии у матери в течение более длительного времени. Более эффективной утилизации глюкозы способствует также одновременное введение инсулина (из расчета 1 ЕД инсулина на 5 г сухой массы глюкозы).

С целью улучшения окислительных процессов и уменьшения ацидоза вместе с глюкозой целесообразно вводить аскорбиновую кислоту и кокарбоксилазу.

Эффективность введенной глюкозы значительно повышается, а способность ее анаэробного расщепления уменьшается при одновременном введении растворов гидрокарбоната натрия.

Глюкозу вводят капельно (500 мл 5—10% раствора глюкозы + 10 ЕД инсулина). В капельницу вводят также 50 мг кокарбоксилазы, затем аскорбиновую кислоту (10 мл 5% раствора). При невозможности капельного введения применяют одноразовое введение 40 мл 40% раствора глюкозы. При нефропатии лучше вводить концентрированный раствор глюкозы.

3. Внутривенное введение гидрокарбоната натрия. Гидрокарбонат натрия способствует восстановлению запаса гидрокарбонатов, нормализации рН крови и тем самым улучшает утилизацию тканями кислорода. Все это приводит к нормализации окислительных процессов в матке и усилению родовой деятельности (Г. М. Савельева).

Количество гидрокарбоната натрия (свежие растворы) зависит от степени ацидоза, поэтому вводить его желательно с одновременным контролем кислотно-щелочного равновесия. Для определения необходимого количества 5% раствора гидрокарбоната натрия можно использовать формулу

$$(BE-10) \times \text{массу тела в кг}$$

2

От обнаруженного у роженицы дефицита оснований BE вычитают 10, так как во время нормальных родов у здоровых рожениц BE, как правило, не превышает 10 мэкв/л крови, составляя обычно 6,7 мэкв/л. Обычно вводят

150—200 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия, медленно или капельно со скоростью 40—60 капель в минуту.

При необходимости через 1—2 ч процедуру можно повторить.

У рожениц с нефропатией предпочтительнее применять раствор гидрокарбоната натрия (60—80 мл) с целью ограничения введения жидкости.

4. Внутривенное введение глюконата кальция (10—20 мл 10% раствора) обязательно при замедлении сердцебиения плода ниже 120 ударов в минуту. Как указывалось выше, одной из причин брадикардии при выраженном ацидозе является гиперкалиемия. В этих случаях кальций действует как антагонист повышенного уровня калия, способствуя учащению сердцебиений и усиливает силу сердечных сокращений плода. Кальций способствует также восстановлению сократительной способности мышцы матки. Глюконат кальция необходимо применять также перед или после введения гидрокарбоната натрия. После внутривенного введения раствора гидрокарбоната натрия в связи с уменьшением степени ацидоза в крови роженицы отмечается внезапное резкое снижение уровня ионизированного кальция, что может привести к проявлению имеющейся гиперкалиемии. Введение кальция предотвращает это осложнение, которое особенно часто встречается при быстром введении больших количеств щелочных растворов.

5. Внутривенное введение сульфата атропина. Внутривенно с помощью капельницы вместе с глюкозой медленно вводят 0,3 мл 0,1% раствора сульфата атропина, остальные 0,7 мл вводят подкожно. Сульфат атропина обязательно следует ввести роженице при замедлении сердцебиения плода ниже 100 ударов в минуту.

Атропин предупреждает или ликвидирует брадикардию у плода приблизительно в 60% случаев, когда причиной ее является перевозбуждение парасимпатического отдела автономной нервной системы плода, особенно при

чрезмерном повышении внутриматочного давления у роженицы.

6. Внутривенное введение сигетина или эуфиллина. Сигетин увеличивает маточно-плацентарный кровоток и усиливает сократительную способность матки, поэтому ему следует отдать предпочтение при слабости родовой деятельности. Вводят внутривенно 4 мл 2% раствора.

Эуфиллин (10 мл 2,4% раствора) вводят медленно вместе с глюкозой. Эуфиллин, способствуя расширению бронхов и увеличению кровотока через легкие, благоприятно действует на функцию дыхания у роженицы, слегка снижает артериальное давление, увеличивает маточно-плацентарный кровоток. Особенно показано применение эуфиллина у рожениц с нефропатией и гипертензивным синдромом. Не следует применять эуфиллин при резкой гипотонии, пароксизмальной тахикардии и экстрасистолии.

7. Внутрь назначают хлорид кобальта — по 35 капель 2% раствора 3—4 раза в сутки или 1000 мкг цианокобаламина внутримышечно. Кобальт способствует увеличению кислородной емкости крови.

Для лечения внутриутробной гипоксии плода кордиамин и кардиазол в настоящее время ограничивают в применении.

При неэффективности терапии и нарастающих симптомах гипоксии показано *оперативное родоразрешение*. Следует иметь в виду, что наложение полостных щипцов и экстракция плода при тазовых предлежаниях, особенно у первородящих, являются для плода травматичными вмешательствами, поэтому должны производиться строго по показаниям. Появление симптомов гипоксии при головке, стоящей в выходе таза, на тазовом дне, также является показанием к оперативному родоразрешению (щипцы, вакуум-экстрактор и др.). Ускорению завершения родов на последнем этапе способствует перинеотомия.

Начавшаяся гипоксия плода в периоде раскрытия, не поддающаяся терапии, особенно в сочетании с другими

осложнениями родов (слабость родовой деятельности, крупный плод, пожилой возраст первородящей, отягощенный акушерский анамнез и т. п.), может служить показанием к кесареву сечению (при наличии соответствующих условий). Показания к операции должны быть строгими и обоснованными.

ДИАГНОСТИКА АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Под асфиксией новорожденного понимают такое его состояние, когда при наличии сердцебиения дыхания нет или имеются отдельные судорожные, нерегулярные, поверхностные вдохи.

Асфиксия новорожденного чаще всего является следствием внутриутробной гипоксии вследствие аспирации околоплодных вод, закрывающих дыхательные пути и препятствующих легочному дыханию.

Установление асфиксии у новорожденного особых трудностей не представляет. Однако следует учитывать, что отсутствие дыхания у новорожденного наблюдается в течение 20—30 сек и при физиологическом апноэ. Последнее может быть при нормальном течении родового акта зрелым плодом или при кесаревом сечении, которому не предшествовала внутриутробная ги-

поксия плода. В случае физиологического апноэ цвет кожи у новорожденного розовый, тургор пуловины сохранен и она хорошо пульсирует соответственно ритму сердцебиений ребенка. Новорожденный вскоре начинает дышать без применения методов оживления.

Асфиксия новорожденного может быть *первичной*, то есть возникающей с момента рождения, и *вторичной*, развивающейся спустя некоторое время после рождения. В большей части случаев вторичная асфиксия не является основным заболеванием (основной причиной смерти) и вызывается другим патологическим процессом (травма головного мозга, нарушение мозгового кровообращения), который и следует рассматривать как основное заболевание.

Мертворожденным называется плод, у которого отсутствует самостоятельное дыхание в момент рождения и которого не удастся оживить искусственным путем. Сердцебиение у такого плода может продолжаться в течение нескольких минут после рождения. Если нет дыхания и сердцебиения, то в случае оживления ребенка речь идет о реанимации, то есть выведении из состояния клинической смерти.

Для более точной объективной характеристики состояния новорожденного в настоящее время пользуются шкалой Апгар (табл. 3).

Таблица 3

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Клинические признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Сердцебиение	Нет	Менее 100 ударов в минуту	100—140 ударов в минуту
Дыхание	Нет	Редкие вдохи, слабый крик	Хорошее, громкий крик
Мышечный тонус	Нет	Снижен (конечности несколько согнуты)	Активные движения конечностей
Рефлексы — реакция на раздражение слизистых рта и носа катетером, на раздражение подошв	Нет	Гримаса	Крик, выплевывание катетера, сосательные движения, кашель, чихание
Цвет кожных покровов	Белый или резко цианотичный	Тело розовое, конечности — цианотичные	Розовый

Состояние новорожденного по этой шкале определяют в первую минуту после рождения. Второй раз оценку делают в момент передачи ребенка в палату новорожденных после реанимации. При этом учитывают следующие пять признаков: сердцебиение, характер дыхания, мышечный тонус, рефлексы, цвет кожных покровов.

Оценка складывается из суммы цифровых показателей пяти признаков. При показателе 8—10 баллов состояние новорожденного можно признать хорошим, 6—7 баллов — удовлетворительным, а ниже 6 баллов — тяжелым.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар практически вполне приемлема, хотя она далеко не всегда отражает многообразие нарушений, особенно у недоношенных детей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Принято различать «синюю» и «белую» («бледную») асфиксию. При **«синей» асфиксии** кожа новорожденного синюшна, тонус мускулатуры сохранен, тоны сердца отчетливы, но ритм часто замедлен, рефлексы сохранены или несколько понижены. Дыхания нет или оно редкое, поверхностное, нерегулярное.

При **«белой» асфиксии** новорожденный не дышит, кожа бледна, тоны сердца очень глухие, ритм замедлен. Рефлексы и тонус мышц резко снижены или их вовсе нет. Пульсация обычно не пульсирует.

Однако в настоящее время многие акушеры считают, что деление на «синюю» и «белую» асфиксию противоречит шкале Апгар, и в связи с этим асфиксию делят по степени тяжести на легкую, средней тяжести и тяжелую.

Асфиксия новорожденного всегда требует применения ряда экстренных мер, а потому все необходимое для оказания помощи должно быть наготове и находиться в определенном месте (специальный столик, шкафчик). Катетеры, баллоны, отсасывающие приспособления, прочая аппаратура и ме-

дикаменты должны передаваться дежурным персоналом по смене с проверкой исправности и готовности к употреблению.

Основной задачей при выведении новорожденного из состояния асфиксии является установление у него самостоятельного регулярного дыхания. Максимально быстрое устранение гипоксии и ацидоза позволят избежать тяжелых и иногда необратимых последствий асфиксии (гибель нервных клеток, кровоизлияния в мозг и другие органы и т. п.).

Методов оживления новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, существует много. Приводим **методику А. С. Лявинца (1972)**. Она включает в себя следующие процедуры.

1. Туалет дыхательных путей. Отсасывание содержимого рта и глотки при головных предлежаниях следует проводить с момента рождения головки, не дожидаясь рождения плечиков. В момент рождения головки в узкой части родовых путей находится грудная клетка. В результате ее сдавления аспирированные массы механически выдавливаются в глотку, откуда их легко можно удалить. Важно произвести отсасывание именно в этот момент, ибо после рождения плечиков, в результате увеличения объема грудной клетки, аспирированные массы вновь попадают в нижележащие отделы дыхательных путей, и удалить их оттуда значительно труднее, а часто и невозможно.

После рождения ребенка отсасывание из глотки при необходимости продолжают, придав ребенку дренажное положение.

В случае массивной аспирации и аспирации мекония или крови туалет дыхательных путей проводят под ларингоскопическим контролем.

2. Аппаратное искусственное дыхание через маску или интубационную трубку. При дыхании через маску очень важно обеспечить полную проходимость дыхательных путей. Кроме тщательного отсасывания перед проведением искусственного

дыхания имеет большое значение правильное положение головки ребенка. Ее необходимо запрокинуть, подложив под плечики валик. С целью придания телу ребенка максимально выгодного положения используют специальный столик (столик Лявинца).

Для предупреждения западения языка и челюсти хорошо применять специальные воздуховоды, что позволяет подводить струю воздуха непосредственно ко входу в гортань.

Нужно учитывать, что часть вдвухомого в легкие воздуха попадает в желудок, вызывая его растяжение. Поэтому необходимо периодически удалять его из желудка надавливанием на эпигастральную область, сняв при этом маску. При длительном масочном дыхании желательна вводить в желудок катетер.

Показаниями для интубации служат: а) клиническая смерть и тяжелая степень асфиксии; б) массивная аспирация околоплодных вод, мекония, сгустков крови и других корпускулярных частиц; в) недостаточная эффективность масочного дыхания в течение 4—5 мин.

Интубация должна проводиться под контролем специального ларингоскопа. Применяют резиновые интубационные трубки длиной 10 см с внешним диаметром 3—4 мм. Имеются также специальные трубки для новорожденных.

Применять можно только стерильные трубки.

Размер интубационной трубки подбирают в момент обнажения голосовой щели ларингоскопом. Трубку не следует вводить слишком глубоко (более чем на 1—2 см ниже голосовой щели). В противном случае она опускается ниже бифуркации трахеи, вследствие чего одно из легких не будет участвовать в дыхании. Делать тампонаду вокруг интубационной трубки не следует.

Дезинтубацию производят после восстановления самостоятельного дыхания и рефлексов.

Первые искусственные вдохи проводят под давлением 30—40 мм рт. ст.

В дальнейшем, после расправления легких, давление на вдохе уменьшают до 15—20 мм рт. ст.

Эффективность вентиляции следует контролировать аускультацией с обеих сторон. При плохом расправлении легких стараются обнаружить причину этого и немедленно улучшить вентиляцию (перейти на интубационный метод при недостаточной эффективности масочного дыхания, ввести в полость рта воздуховод, изменить положение головки — произвести усиленное разгибание ее, повторные отсасывания и др.).

Искусственное дыхание прекращают только после полной нормализации спонтанного дыхания.

Для искусственного дыхания у новорожденных применяют аппараты ДП-5, ВИТА-1, РДА-1.

Если аппарата нет или он неисправен, а также во всех тех случаях, когда применение аппарата связано с затратой времени на подготовку его к работе, искусственное дыхание должно быть немедленно начато применением так называемого способа «рот ко рту», который является наиболее эффективным среди всех известных неаппаратных методов искусственного дыхания.

Так как дыхательный объем легких новорожденного намного меньше объема воздуха среднего пространства воздухоносных путей оживляющего, то в легкие младенца попадает чистый атмосферный воздух (дыхательный объем у новорожденного 20—25 см³, а объем вредного пространства взрослого человека — 140 см³).

3. Внутривенное введение глюкозы, гидрокарбоната натрия и глюконата кальция. В пупочную вену вводят: а) 3—5 мл 40% раствора глюкозы; б) раствор гидрокарбоната натрия (во избежание изменения гидростатического давления крови и предупреждения опасности отека мозга) при массе до 3000 г — 7 мл, 3000—4000 г — 10 мл, свыше 4000 г — 15 мл; переносенным новорожденным вводят на 3 мл раствора больше; в) 2—4 мл 10% раствора глюконата кальция.

При брадикардии повторно вводят глюконат кальция и сульфат атропина — по 0,1—0,2 мл 0,1% раствора.

Если есть возможность определить дефицит или избыток оснований (ВЕ), то количество вводимого гидрокарбоната натрия (в мэкв) определяют по формуле: $BE \times \text{масса тела в кг} \times 0,3$.

Если нет самостоятельного дыхания в течение 10 мин, в пупочную вену рекомендуется ввести эуфиллин — 0,3—0,5 мл 2,4% раствора в зависимости от массы новорожденного. Эуфиллин способствует устранению отека мозга, слегка стимулирует дыхательный центр, расширяет бронхи и улучшает кровоток через систему легочных сосудов. В механизме благоприятного влияния эуфиллина у новорожденных определенная роль принадлежит увеличению кровотока через печень, что ускоряет нейтрализацию недоокисленных продуктов.

4. Наружный массаж сердца (одновременно с искусственным дыханием).

Если новорожденный родился без сердцебиения или есть единичные сердцебиения, которые пальпаторно не определяются, то следует немедленно приступить к массажу сердца. Восстанавливать сердечную деятельность целесообразно лишь в случаях, когда от момента прекращения сердцебиения прошло не более 5 мин.

Необходимо учитывать, что массаж сердца представляет собой своего рода искусственное кровообращение, способствующее созданию необходимого уровня артериального давления. Делать массаж сердца есть смысл только при обеспечении оксигенации крови, то есть только одновременно с искусственным дыханием.

Ребенок должен лежать на твердой поверхности с опущенным головным концом (для увеличения кровотока через мозг). Кончиками двух пальцев на выдохе прижимают грудину так, чтобы она смещалась на 1—2 см к позвоночнику. За один выдох нужно успеть сделать 2—3 сдавления — искусственных систол (то есть 100—120 надавливаний в минуту).

В это время помощник набирает в шприц 0,3 мл 0,1% раствора гидрохлорида адреналина с 1 мл 40% раствора глюкозы (10% раствора глюконата кальция или 7% раствора гидрокарбоната натрия). Если в результате массажа сердца с искусственным дыханием спонтанные сердечные сокращения не восстанавливаются, то в полость сердца вводят гидрохлорид адреналина.

Для определения возникновения спонтанного сердцебиения через каждые 2 мин следует прекращать на несколько секунд массаж сердца.

Пунктировать сердце следует в 3—4-м межреберном промежутке. Удобнее это делать в два этапа. Вначале делают прокол, отступив от края грудины на один палец. Затем левой рукой придавливают грудину, как бы фиксируя сердце между грудинной и позвоночником, и направляют конец иглы медиально, под грудину. После поступления в шприц крови в полость сердца вводят гидрохлорид адреналина и сразу же удаляют иглу. Затем обязательно продолжают массаж и искусственное дыхание до появления спонтанных сердцебиений. Если не удается восстановить функцию сердца в течение 10 мин, от дальнейшего оживления следует отказаться.

Как только восстановится сердечная деятельность, в пупочную вену вводят растворы гидрокарбоната натрия, глюконата кальция и эуфиллина с целью ликвидации ацидоза, который углубился за период клинической смерти, а также с целью уменьшения отека мозга.

Наряду с этим следует помнить и о более простых, широко апробированных методах оживления новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии.

Метод Л. С. Персианинова. Рефлекторное возбуждение дыхательного центра новорожденного, родившегося в асфиксии, можно вызвать введением в артерию пуповины 10% раствора хлорида кальция (3 мл), 10% раствора глюкозы (7 мл), 4% раствора гидрокарбоната натрия (5 мл).

Метод И. С. Легенченко. Сущность его заключается в том, что пуповину не перевязывают, и новорожденный продолжает получать кислород от матери. После удаления слизи из верхних дыхательных путей младенца помещают в теплую ванночку (температура воды 38—39°C). Извлекают новорожденного и перевязывают его пуповину после того, как младенец издает крик (раздражение рецепторов кожи ведет к рефлекторному возбуждению дыхательного центра).

ЛЕЧЕНИЕ И УХОД ЗА РЕБЕНКОМ, ПЕРЕНЕСШИМ АСФИКСИЮ

При установлении регулярного самостоятельного дыхания ребенка переводят в отделение новорожденных, где должно быть обеспечено наблюдение за ним и продолжение лечения.

Наблюдение за ребенком, перенесшим асфиксию, должно быть особенно тщательным; таких детей следует помещать в специальные палаты. Головной конец кроватки ребенка должен быть приподнят («возвышенное положение») в целях облегчения дыхания и уменьшения возможности отека мозга. В первые сутки ребенок непрерывно получает увлажненный кислород. С этой целью ребенка можно поместить в инкубатор (кювез) с постоянной подачей кислорода (типа «Инка»), можно также пользоваться переносными кислородными палатками или давать кислород из подушки, пропуская его, с целью увлажнения, через воду при помощи аппарата Боброва.

В некоторых случаях, особенно если асфиксия была кратковременной, состояние ребенка быстро улучшается, и он в дальнейшем не требует лечения или особых мероприятий по уходу.

В ряде случаев после перенесенной асфиксии развивается синдром нарушения мозгового кровообращения, который требует дальнейшего лечения. У таких детей часто наблюдаются расстройства дыхания, обусловленные нарушениями центральной регуляции, а также аспирацией околоплодных вод, часто содержащих меконий. Внимание

врача должно быть в первую очередь направлено на устранение дыхательной недостаточности. Интенсивная терапия синдрома дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях: а) обеспечение проходимости дыхательных путей приданием ребенку дренажного положения, повторными отсасываниями или туалетом верхних дыхательных путей под ларингоскопическим контролем; б) вспомогательное или управляемое дыхание смесью подогретого и насыщенного парами гидрокарбоната натрия воздуха с кислородом; в) устранение фармакологического угнетения дыхательного центра микореном или эуфилином; г) коррекция нарушений кислотно-щелочного равновесия под контролем показателей микро-Аструп (введение гидрокарбоната натрия, кокарбоксилазы, витаминов).

Новорожденного помещают в кювез с температурным режимом 25—27°C и влажностью не ниже 80%. В течение 2—5 дней его не прикладывают к груди, а если нет сосательного рефлекса — питают через зонд. При респираторных расстройствах требуется применение средств, тонизирующих дыхательный центр и нормализующих его деятельность. В этом отношении весьма эффективным является этимизол, который вводят внутривенно или подкожно от 2 до 4 раз в сутки (по 0,5—0,8 мл 0,6% раствора). Введение лобелина или цититона противопоказано, так как при угнетении дыхательного центра, часто наблюдающегося после асфиксии, эти препараты не только не возбуждают дыхание, но даже могут усиливать его угнетение. Рекомендуются горчичные обертывания грудной клетки, которые способствуют углублению дыхания путем рефлекторного воздействия на дыхательный центр.

Для устранения отека мозга и внутренних органов рекомендуется применять дегидратационную терапию. В этом отношении положительное влияние оказывает внутривенное введение плазмы из расчета 7—10 мл на 1 кг массы. Плазма способствует повыше-

нию онкотического давления в сосудах и оттоку жидкости из тканей.

Весьма показательным является внутривенное введение гипертонического раствора глюкозы — 7—10 мл 20% раствора на 1 кг массы. Действие глюкозы весьма многообразно. Гипертонический раствор ее является дегидратационным средством; кроме того, глюкоза представляет собой питательный материал для тканей, в частности для центральной нервной системы и сердечной мышцы. При ацидозе, быстро развивающемся у детей с респираторными расстройствами и накоплением в организме недоокисленных продуктов обмена, глюкоза способствует уменьшению количества шлаков, снижению ацидоза. При этом следует обязательно давать кислород. Вместе с глюкозой рекомендуется вводить внутривенно аскорбиновую кислоту (50—100 мг), которая повышает способность гемоглобина к связыванию кислорода. Плазму и глюкозу можно вводить одновременно, но с таким расчетом, чтобы общее количество вводимой жидкости не превышало 10—12 мл на 1 кг массы.

Тяжесть состояния ребенка после перенесенной асфиксии также в большой степени зависит от ацидоза, снижающего возмозжности потребления кислорода тканями и интоксикации вследствие накопления недоокисленных продуктов обмена. Поэтому в первые дни (особенно в 1—2-е сутки) при тяжелом состоянии ребенка показано применение «ощелачивающей» терапии. Наиболее целесообразным является внутривенное введение щелочных растворов, как было указано выше. Помимо этого для широкого пользования можно рекомендовать применение внутрь щелочного питья: 3% раствор гидрокарбоната натрия поподам с 10% раствором глюкозы в количестве 50—100 мл и более в сутки. Применение щелочного питья в значительной мере снижает ацидоз. Если из-за тяжести состояния ребенок не может сосать из рожка, следует вводить щелочное питье при помощи зонда капельно (тонкий постоянный зонд).

В периоде возбуждения, которое появляется обычно через несколько часов после выведения ребенка из состояния асфиксии, обязательно следует применять седативные средства. Положительные результаты дает внутривенное введение 1—2 мл 10% раствора бромида натрия. При внутривенном введении брома довольно быстро сказывается его успокаивающий эффект без неприятных побочных явлений. Бромид натрия вводят в вену вместе с глюкозой или плазмой. Назначение его рекомендуется сочетать с применением фенобарбитала внутрь (по 2 мг на 1 кг массы).

Быстро снижает симптомы возбуждения аминазин. Его вводят внутримышечно из расчета 1—2 мг на 1 кг массы (по 1 мл 0,25% раствора 1—2 раза в сутки). Следует учитывать, что при гипогликемии аминазин переносится плохо, он может усилить интоксикацию. Недоношенным детям аминазин следует применять с большой осторожностью. Назначают также оксибутират натрия (ГОМК) (1—2 мл 20% раствора внутривенно или внутримышечно), который вызывает состояние, близкое к естественному сну, не угнетает дыхание, не влияет на рН, является питательным субстратом для нервных клеток. Нужно указать, что применение сульфата магния в настоящее время считается противопоказанным, так как он, снижая артериальное давление, способствует угнетению дыхательного центра.

Всем детям, перенесшим асфиксию, следует назначать внутрь глутаминовую кислоту (по 5 мл 1% раствора 2—3 раза в день), которая способствует связыванию аммиака, накапливающегося в организме при состоянии возбуждения.

Большое значение в борьбе с ацидозом и тканевой гипоксией имеет витаминотерапия, особенно витамины группы В. С первого дня рекомендуется давать внутрь тиамин, желательна вместе с аскорбиновой кислотой (0,05 г аскорбиновой кислоты + 0,0025 г бромида тиамин + 0,2 г глюкозы по одному порошку два раза в день).

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

При дыхательной недостаточности положительные результаты дает введение пангамовой и пантотеновой кислот (по 3 мг один раз в день внутривенно или внутримышечно). Потребность в пантотеновой кислоте особенно повышается в случаях повреждения коры надпочечников, часто наблюдающихся при асфиктических состояниях.

По истечении острого периода нарушения мозгового кровообращения, в стадии репарации, с целью быстрого восстановления функций центральной нервной системы рекомендуется внутримышечное введение цианокобаламина по 50 мкг через день, чередуя его с бромидом тиамин — по 0,5 мл 5% раствора.

Следует помнить о необходимости введения ребенку достаточного количества жидкости. При низкой сосательной активности такие дети часто получают мало жидкости, а потери ее организмом вследствие учащения дыхания значительно выше, чем в норме. В результате этого часто к 3—4-му дню выявляются признаки обезвоживания, которое способствует усилению ацидоза. Если ребенок не может сосать, то жидкости (раствор Рингер-Локка, 5% раствор глюкозы или щелочное питье) следует вводить капельно через постоянный зонд. Если не представляется возможным введение жидкости внутрь (срыгивание), то, не дожидаясь появления признаков обезвоживания, на 3—4-й день жизни следует ввести капельно внутривенно или подкожно 70—100 мл 5% раствора глюкозы, а при обезвоживании и больше.

Детей, перенесших асфиксию, не следует прикладывать к груди до исчезновения симптомов нарушения мозгового кровообращения. До прикладывания к груди таких детей кормят из рожка или при помощи постоянного зонда. Особенно бережного обращения и полного покоя требуют дети в первые 5 дней жизни. В эти дни наблюдается физиологическое снижение количества протромбина в крови, и вследствие этого могут усиливаться кровоизлияния в мозг, особенно при недостаточно осторожном обращении с ребенком.

Дальнейшее снижение перинатальной смертности и в настоящее время является очень важной задачей органов здравоохранения.

Перинатальная смертность объединяет мертворождаемость и раннюю неонатальную смертность. Это объединение связано с тем, что зачастую патологические поражения, вызывающие позднюю внутриутробную и раннюю неонатальную смертность, имеют общие причины. Кроме того, по своим социальным, биологическим и медицинским характеристикам ранняя неонатальная смертность более сходна с поздней внутриутробной смертностью, чем с детской в период от одной недели до года. Нередко плод выживает при родах, но затем погибает в течение первых нескольких часов или дней жизни в результате тех или иных заболеваний, начавшихся во внутриутробном периоде, а также вследствие несовместимых с жизнью уродств или родовых травм. Поэтому объединение поздней внутриутробной и ранней неонатальной смертности позволяет лучше судить о течении антенатального периода, тактике ведения родов и, естественно, правильнее осуществлять профилактические мероприятия. Этот показатель лучше всего характеризует взаимодействие и преемственность на различных этапах медицинского обслуживания беременной, роженицы и новорожденного.

Термин «перинатальная смертность» впервые был предложен Пеллером в 1944 г. Во многих странах в перинатальную смертность включают внутриутробную гибель плода после 28 недель беременности, а также смертность в течение первой недели жизни.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дала определение внутриутробной и неонатальной смертности, а также определила для статистических целей коэффициенты поздней внутриутробной, неонатальной и перинатальной смертности.

Комитет экспертов по санитарной статистике ВОЗ взамен термина «мертворождение» рекомендовал термин «поздняя внутриутробная смертность» и установил, что последняя представляет собой смерть плода по истечении 28 недель беременности или позже.

Коэффициент, или показатель поздней внутриутробной смертности (мертворождаемость), представляет собой число случаев поздней внутриутробной смерти на 1000 живорожденных в том же году.

ВОЗ дала следующее определение внутриутробной смертности (мертворождаемости): «Плодная смерть является смертью до полного изгнания или извлечения из утробы матери плода; о смерти свидетельствует тот факт, что плод не дышит или же не проявляет никаких других признаков жизни, при этом отсутствуют биение сердца, пульс в пуповине и движения «произвольных мышц».

Неонатальная смертность (ранняя и поздняя) — это все случаи смерти новорожденных в период от рождения до 28-дневного возраста.

Коэффициент неонатальной смертности представляет собой число случаев смерти младенцев от рождения до 28-дневного возраста на 1000 живорождений в том же году.

Ранняя неонатальная смертность (или постнатальная смертность) — это случаи смерти в течение первых 6 дней жизни, а коэффициент ранней неонатальной смертности представляет собой число случаев смерти среди младенцев в возрасте от рождения до 6 дней на 1000 живорожденных за тот же год.

Перинатальная смертность — это суммарное число случаев поздней внутриутробной смерти (мертворождений) по истечении полных 28 недель беременности или позже и случаев ранней неонатальной смертности (от рождения до 6 дней), а коэффициент перинатальной смертности — число случаев поздней внутриутробной смерти (мертворождений) и смерти младенцев до 6 дней включительно на 1000 живорожденных за тот же год.

По данным литературы, уровень перинатальной смертности в европейских и Скандинавских странах в 1964 г. колебался в пределах 20—45 на 1000 живорождений. В СССР он значительно ниже, чем в большинстве высоко развитых в экономическом отношении капиталистических стран. Однако изучение этого вопроса показывает, что и в нашей стране имеются реальные возможности для дальнейшего снижения перинатальной смертности.

Для разработки эффективных мер по дальнейшему снижению перинатальной смертности необходимо глубокое знание ее причин.

Показатель перинатальной смертности вычисляется так:

$$\frac{\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в течение первых 6 дней жизни}}{\text{общее число живорожденных}} \times 1000$$

Уровень мертворождаемости измеряется показателем

$$\frac{\text{число мертворожденных}}{\text{число живорожденных}} \times 1000$$

Показатель ранней неонатальной смертности (до 6 дней) вычисляется так:

$$\frac{\text{число новорожденных, умерших в первые 6 дней после рождения}}{\text{число живорожденных}} \times 1000$$

Приводим пример вычисления перинатальной смертности.

В городе Н. в 1974 г. родилось живыми 6367 детей, число мертворожденных составило 10, в первые 6 дней жизни умерло 12 детей.

Показатель поздней внутриутробной смертности, или мертворождаемости:

$$\frac{10 \times 1000}{6367} = 1,6\%$$

Показатель ранней неонатальной смертности:

$$\frac{12 \times 1000}{6367} = 1,8\%$$

Показатель перинатальной смертности:

$$\frac{(10+12) \times 1000}{6367} = 3,4\%$$

Показатель перинатальной смертности позволяет лучше оценить деятельность родовспомогательных учреждений и, прежде всего, работу женских консультаций. В этом показателе, как в фокусе, отражаются конечные усилия коллективов медицинских работников родовспомогательных учреждений, направленные на сохранение жизни и здоровья новорожденных.

Суммарное число случаев мертворождений и случаев ранней неонатальной смертности дает возможность сравнивать соответствующие данные между отдельными родовспомогательными учреждениями, а также между районами, областями, республиками и отдельными государствами.

Показатель перинатальной смертности наиболее полно характеризует также взаимодействие и преемственность на различных этапах медицинского обслуживания беременной, роженицы и новорожденного. Снижения перинатальной смертности можно добиться только в результате высококвалифицированной, четкой и согласованной акушерской и педиатрической помощи; ухудшение работы любого звена, особенно женской консультации, родильного стационара и отделения новорожденных, влечет за собой рост уровня перинатальной смертности.

Основными причинами перинатальной смертности являются: асфиксия, инфекция, в том числе внутриутробная гипоксия, пневмония, сепсис, акушерская и родовая травмы, пороки развития, гемолитическая болезнь.

Гибель плода чаще всего наступает в антенатальном периоде; интранатальная смертность плода (во время родов) составляет примерно $\frac{1}{3}$ всей перинатальной смертности. Поэтому в борьбе с перинатальной смертностью ведущими должны быть мероприятия по антенатальной охране плода. Смысл их заключается в том, чтобы обеспечить в период внутриутробной жизни наиболее благоприятные условия для правильного развития плода. Самого большого внимания требуют началь-

ные этапы внутриутробного развития, когда плод наиболее раним.

Большого внимания требуют женщины с патологически протекающей беременностью, а также беременные с соматическими заболеваниями. В связи с этим раннее взятие беременных на учет женскими консультациями, постоянное квалифицированное наблюдение за ними являются главным в антенатальной профилактике.

Чрезвычайно важным для предупреждения травмы или гибели плода в интранатальном периоде является совершенствование тактики ведения родов.

Для изучения причин перинатальной смертности обязательно патологоанатомическое вскрытие мертворожденных и новорожденных, умерших в первые 6 дней жизни, в специализированных учреждениях.

С 1967 г. во всех союзных республиках СССР введено свидетельство о мертворождении (учетная форма № 246-м).

Согласно инструкции о порядке заполнения свидетельства о мертворождении (к приказу министра здравоохранения СССР № 85 от 12 февраля 1966 г.), «мертворождением считается рождение плода без признаков дыхания при сроке беременности 28 недель и более, массе 1000 г и более, росте 35 см и более».

При анализе причин мертворождаемости следует группировать причины в зависимости от того, когда наступила гибель плода: до начала или во время родовой деятельности. Необходимо также сопоставить число мертворожденных и причины мертворождаемости с возрастом матери. Такой анализ мертворождений позволит более квалифицированно изучать причины их и разрабатывать более эффективные мероприятия по снижению мертворождаемости.

С 1 января 1974 г. вступил в силу приказ министра здравоохранения СССР № 770 от 25 сентября 1973 г. о введении специального свидетельства (учетная форма № 246-ПС) для регистрации случаев смерти в перинаталь-

ном периоде. Согласно этому приказу, при заполнении свидетельства о смерти детей, умерших в первые 6 суток, или свидетельства о мертворождении, указываются помимо болезни ребенка (плода) также и заболевания матери, если они оказали влияние на смерть ребенка (плода). Патология со стороны материнского организма в этих случаях рассматривается как начальная (основная) причина смерти ребенка (плода).

В борьбе с перинатальной смертностью также чрезвычайно важно совершенствование мероприятий по охране новорожденного, особенно недоношенного, поскольку переход к внеутробной жизни и период приспособления к ней является весьма трудным, требующим максимального напряжения жизненных сил новорожденного. Благоприятный для ребенка исход этого периода невозможен без квалифицированной медицинской помощи.

АКУШЕРСКАЯ ТРАВМА

Во время родов иногда происходят разрывы промежности, вульвы, влагалища и шейки матки. В более тяжелых случаях патологических родов возникают гематомы, повреждаются сочленения таза, образуются мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи. Самым грозным осложнением родового акта является разрыв матки, который нередко влечет за собой смерть роженицы.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ И ВЛАГАЛИЩА

Наиболее частым видом акушерской патологии являются *разрывы промежности*. Они происходят в среднем у 7% рожениц.

Разрывам промежности способствуют: а) ригидность утративших эластичность тканей у старых первородящих, рубцы, оставшиеся после предшествующих родов, высокая промежность; б) прорезывание головки большими размерами; в) оперативные вмеша-

тельства при родоразрешении (наложение щипцов и др.); г) узкий (суженный) таз, особенно плоскорихитический, при котором наступает быстрое прорезывание, и инфантильный таз, которому свойствен узкий подлобковый угол; д) неправильное ведение родов, вследствие чего наступает преждевременное разгибание и быстрое прорезывание головки; е) крупный плод; ж) стремительные роды.

Принято различать три степени разрыва промежности: первая степень — нарушается задняя спайка (небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища), но мышцы промежности остаются целыми; вторая степень — нарушается кожа промежности, повреждается стенка влагалища и мышцы промежности, кроме наружного сфинктера прямой кишки; третья степень — кроме указанных выше повреждений происходит разрыв наружного сфинктера, а иногда и стенки прямой кишки.

Редким видом травмы является *центральный разрыв промежности*, при котором сохраняется целой задняя спайка, но повреждается центр промежности — в ней образуется отверстие, и плод рождается не через половую щель, а через это отверстие.

Последствиями разрывов промежности часто являются опущение и выпадение половых органов. Разрывы третьей степени способствуют возникновению таких тяжелых осложнений, как недержание газов и кала. Поэтому всякий разрыв промежности требует особого внимания и должен быть обязательно зашит. Зашивать разрывы промежности следует при строгом соблюдении всех правил асептики, а операционное поле и руки оператора готовят согласно правилам, принятым для акушерских операций.

Разрывы первой и второй степени зашивают под анестезией новокаином, а разрывы третьей степени — обычно под наркозом. Допускается, чтобы швы на разрывы первой степени накладывала акушерка. Разрывы второй и третьей степени должен зашивать только врач.

При разрыве первой степени вначале накладывают кетгутовые швы на слизистую влагалища, а затем шелковые — на кожу промежности. Между швами должно быть расстояние в 1 см. Иглу следует проводить под всей раневой поверхностью, так как в противном случае могут остаться щели, в которых будет накапливаться кровь, что мешает заживлению раны. Края раны должны вплотную прилегать друг к другу. Иного порядка придерживаются при наложении швов на разрывы промежности второй степени. Вначале накладывают шов на верхний угол раны, затем несколькими погружными кетгутовыми швами соединяют разорванные мышцы промежности и уже потом накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища до задней спайки. Разрывы на коже промежности зашивают шелковыми швами, которые снимают на 6-е сутки.

Накладывание швов при разрыве третьей степени начинают с зашивания нарушенной стенки прямой кишки, затем соединяют швами разошедшиеся концы разорванного сфинктера. После этого швы накладывают в том же порядке, как и при разрыве промежности второй степени.

Главным требованием послеоперационного ухода при разрывах промежности является содержание поверхности швов в чистоте.

Разрывы влагалища возникают вследствие недостаточной растяжимости его стенок, при инфантилизме, оперативном родоразрешении, разгибательных предлежаниях, крупной головке и др. Местом разрывов чаще всего является нижняя треть влагалища. Средняя и верхняя части влагалища повреждаются редко. Для зашивания разрывов влагалища их обнажают при помощи зеркала и накладывают кетгутовые швы.

РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ

К тяжелой патологии родов относятся разрывы шейки матки, которые всегда сопровождаются сильным кровотечением и другими неблагоприятными осложнениями.

В большинстве случаев разрывы шейки матки располагаются сбоку, иногда доходят до свода влагалища и переходят на него. В более тяжелых случаях разрыв может захватить и параметральную клетчатку.

Кровотечение при разрыве шейки матки начинается вслед за рождением плода и почти всегда значительно. Кроме того, такое кровотечение отличается длительностью при хорошо сократившейся, плотной матке. Чтобы поставить окончательный диагноз, нужно тщательно осмотреть шейку матки при помощи зеркал.

В зависимости от тяжести повреждений принято различать три степени разрывов шейки матки: первая степень — разрыв по длине на $\frac{1}{3}$ шейки (1—2 см); вторая степень — разрыв, захватывающий $\frac{2}{3}$ шейки (более 2 см, но разрыв не доходит до сводов); третья степень — разрыв шейки матки доходит до свода влагалища и переходит на него.

Все разрывы шейки матки обязательно зашивают, причем делать это надо сразу же после осмотра и выявления разрывов. Для зашивания шейки матки окончатными щипцами подтягивают ко входу влагалища и отводят ее в сторону, противоположную разрыву. Сначала зашивают верхний угол разрыва, причем первый шов накладывают несколько выше места разрыва. Последующие швы накладывают в направлении к краю зева матки. Слизистую оболочку шейки матки не прошивают. Перед зашиванием разрывов шейки матки предварительно иссекают разможенные края раны, что обеспечивает ее хорошее заживление.

РАЗРЫВ МАТКИ

Серьезной патологией родов является разрыв матки, т. е. нарушение целостности ее стенок. При повреждении всех слоев матки (слизистая и мышечная оболочки, брюшина) разрыв матки называется *полным* (рис. 61). Вследствие такого нарушения полость матки сообщается с брюшной полостью.

В тех случаях, когда разрыв захватывает слизистую и мышечную оболочки, не повреждая брюшины, разрыв матки считают *неполным*.

Чаще всего местом разрыва является нижний сегмент матки. Однако бывают случаи, когда разрыв матки идет по линии прикрепления ее шейки к сводам влагалища, — матка отрывается от сводов.

Различают самопроизвольный и насильственный разрывы матки. *Самопроизвольным* называется разрыв, который возник без каких-либо внешних воздействий. *Насильственным* считают разрыв, который произошел вследствие внешнего воздействия. Случается это чаще всего в результате упущений и ошибок при оперативном вмешательстве.

Разрыв матки — одно из наиболее опасных осложнений родов. Даже при современном уровне акушерской помощи разрывы матки нередко ведут к смерти матери и гибели плода.

Главная опасность разрыва матки заключается в большой кровопотере и наступлении травматического шока. Источником кровотечения являются поврежденные при разрыве сосуды матки; чем больше их просвет, тем сильнее и опаснее кровотечение.

Последствия кровопотери еще больше отягощаются травматическим шоком.

Плод при разрыве матки в большинстве случаев погибает.

Причины возникновения разрыва матки многочисленны и разнообразны. В прошлом столетии (1875) Бандль высказал механическую теорию разрыва матки, где он, а вслед за ним и другие акушеры, пытались объяснить разрыв матки в родах несоответствием между размерами предлежащей части плода и размером таза роженицы. Как известно, такое несоответствие может возникнуть при узком тазе, неправильных предлежаниях (лобное, задний вид лицевого) или асинклитических вставлениях головки, при крупном (гигантском) плоде, гидроцефалии. Такое же несоответствие бывает при поперечных и косых положениях плода.



Рис. 61. Полный разрыв матки.

Если при перечисленных аномалиях развивается бурная родовая деятельность, нижний сегмент матки все больше растягивается, его стенки сильно истончаются. И сюда, в растянутый нижний сегмент матки, постепенно перемещается плод. При этом контрационное кольцо поднимается все выше, достигая уровня пупка, причем нередко располагается косо. В условиях продолжающейся родовой деятельности нижний сегмент матки не выдерживает перерастяжения и разрывается.

В начале нашего столетия (1911) Я. Д. Вербов предложил иное объяснение происхождения разрыва матки. По его мнению, в здоровой матке разрывов не бывает. Целость матки нарушается вследствие патологических изменений ее стенки (неполноценность миометрия). К изменениям, предрасполагающим к разрыву матки, относятся также рубцы, оставшиеся после операций (кесарево сечение, вылушивание миоматозного узла и др.), повреждение матки при производстве аборта, дегенеративные и воспалительные процессы, перенесенные до настоящей беременности, инфантилизм и другие аномалии половых органов, характеризующиеся морфологической и функциональной недостаточностью миометрия.

Разрыв матки происходит преимущественно у повторно- и многорожавших женщин. У молодых первобеременных эта патология встречается редко.

Чаще всего матка разрывается в периоде изгнания.

В тех случаях, когда в стенке матки есть значительные патологические изменения, разрыв может наступить в периоде раскрытия, даже в самом начале родов. Известны также случаи разрыва матки даже во время беременности.

Разрыву матки обычно предшествуют клинические признаки, которые характеризуют состояние *угрожающего разрыва матки*. Это осложнение, возникшее в связи с механическими препятствиями к изгнанию плода, характеризуется следующими признаками: а) родовая деятельность сильная, причем схватки иногда имеют судорожный характер; б) нижний сегмент матки перерастянут, истончен, болезнен при пальпации; в) контрационное кольцо поднимается высоко, доходит до уровня пупка, располагается косо; г) круглые связки матки сильно напряжены и болезненны; д) появляется отек шейки матки, распространяющийся на влагалище и промежность; е) затруднено мочеиспускание, причиной чего является сдавление мочевого пузыря и уретры между головкой плода и костями таза; ж) скуровичные выделения из влагалища, свидетельствующие о том, что повреждение тканей уже началось; з) роженица возбуждена, беспокойна, жалуется на сильные боли.

При угрожающем разрыве матки вследствие изменений в миметрии и нет бурной родовой деятельности. Схватки частые, болезненные, но не очень сильные. Наблюдаются также и другие симптомы (перерастяжение и болезненность нижнего сегмента матки, отек шейки матки, влагалища и наружных половых органов, нарушение мочеиспускания и др.), но они бывают менее выразительными, чем при угрожающем разрыве вследствие механических причин.

Совершенно иная клиническая картина **совершившегося разрыва матки**. В момент разрыва возникает чрезвычайно острая боль в животе. Сразу после разрыва родовая деятельность полностью прекращается. Вскоре наступает тяжелое состояние, связанное с травматическим шоком и нарастающей кровопотерей.

Кожа и видимые слизистые оболочки бледнеют, черты лица заостряются, пульс становится малым и частым, артериальное давление резко падает. Нередко бывает тошнота и рвота.

При совершившемся разрыве матки плод погибает и полностью или частично выходит через образовавшийся разрыв в брюшную полость. Поэтому при пальпации части плода отчетливо прощупываются непосредственно под брюшной стенкой. Предлежащая часть, ранее фиксированная, отходит кверху и становится подвижной. Рядом с плодом удается прощупать также сократившееся тело матки. Сердцебиение плода не прослушивается. Наружное кровоотечение обычно не очень обильно, иногда даже незначительно. При разрыве матки кровь изливается в брюшную полость (в случае неполного разрыва в рыхлой клетчатке таза образуется гематома).

Лечение. Как только возникают симптомы угрожающего разрыва матки, необходимо принять следующие меры: а) прекратить или ослабить родовую деятельность; б) немедленно закончить роды оперативным путем.

Для прекращения (или ослабления) родовой деятельности дают эфирный наркоз, вводят гидрохлорид морфина (1 мл 1% раствора). Родоразрешение производят с исключительной осторожностью, обязательно под глубоким наркозом. Если плод живой и нет признаков инфекции, применяют кесарево сечение. Если же плод мертв, роды заканчивают плодоразрушающей операцией. В случае угрожающего разрыва матки нельзя применять поворот плода и наложение акушерских щипцов, так как даже попытка к производству этих операций неизбежно ведет к разрыву матки.

Установив разрыв матки, надо немедленно делать чревосечение. Из брюшной полости удаляют плод, послед и излившуюся кровь, а при больших разрывах и инфицировании матки производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. Во время и после операции применяют меры для борьбы с шоком и кровопотерей.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ СВИЩИ

Иногда при патологических родах могут возникнуть мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи. Они бывают между мочевым пузырем или уретрой и влагалищем, реже — между мочевым пузырем и каналом шейки матки, между влагалищем и прямой кишкой. В таких случаях моча или каловые массы частично или полностью попадают во влагалище.

Свищи являются серьезным осложнением родов, так как причиняют женщине тяжелые физические и моральные страдания.

Причиной образования свищей является длительное сдавление мягких тканей родовых путей и соседних органов между стенками таза и предлежащей частью (узкий таз, неправильные предлежания и вставления головки, крупный плод и т. д.). При этом нарушается кровообращение, вследствие чего некротизируются и отторгаются участки тканей. После отторжения омертвевших участков моча (или кал) проникает во влагалище. Случается это обычно на 4—6-й день после родов.

Свищи могут возникнуть и в результате ранения мягких тканей родовых путей и соседних органов (мочевого пузыря или прямой кишки) инструментами во время акушерских операций (плодоразрушающие операции, щипцы и др.). В таких случаях свищ образуется сразу же после родоразрешения.

Профилактика свищей сводится к правильному ведению родов. Нельзя допускать, чтобы головка продолжительное время стояла в одной и той же плоскости таза после отхождения вод. В тех случаях, когда головка стоит во входе, полости или выходе таза больше 2—3 ч, делают влагалищное исследование, чтобы уточнить диагноз и решить вопрос о способе родоразрешения. Надо также внимательно и систематически следить за состоянием мочевого пузыря. При задержке мочи следует произвести осторожную катетеризацию мочевого пузыря. Примесь крови в моче (даже незначительная)

свидетельствует об угрозе возникновения свища и является показанием для оперативного родоразрешения.

Лечение свищей оперативное. Уход заключается в содержании половых органов в строгой чистоте. Для предупреждения раздражения кожу наружных половых органов и слизистую оболочку влагалища смазывают вазелиновым маслом, грамицидиновой или синтомициновой эмульсией. В случае обнаружения мочевого свища в уретру вводят на 6—7 дней постоянный катетер. С целью профилактики назначают антибиотики, невидграмон, уробиотик, 5-НОК, цистенал, сульфаниламиды и др. Если свищ самопроизвольно не закрывается, то через 4—6 месяцев после родов делают операцию — ушивание свища.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ

Выворот матки — редкое и тяжелое осложнение послеродового периода. Оно заключается в том, что внутренняя поверхность матки выворачивается наружу и выходит из половой щели.

Образуется послеродовой выворот матки следующим образом. Вначале дно матки вдавливается в ее полость, затем дно достигает зева, после чего вывернутая наизнанку матка располагается во влагалище или даже выходит за пределы половой щели.

Выворот матки может произойти при условии, когда зев матки раскрыт, стенки матки расслаблены (гипо- или атония матки), на дно матки производится давление сверху (например, выжимание последа) или влечение снизу (например, потягивание за пуповину). Но больше всего вывороту матки способствует расслабление стенки матки с одновременным выжиманием последа по Креде без предварительного массажа матки. Причиной выворота также может быть недозволенное потягивание за пуповину, особенно при недостаточном сокращении матки и широко раскрытом зеве.

При этом из половой щели показывается вывернутая матка ярко-красного цвета. Бывают также случаи, когда

матка выворачивается вместе с неотделившимся последом. При пальпаторном исследовании в области матки заметно воронкообразное углубление.

Послеродовой выворот матки причиняет острую боль в животе и может вызвать шоковое состояние и даже явиться причиной смерти женщины.

Лечение. Под глубоким наркозом матку осторожно вправляют через широко раскрытый зев. Но перед этим надо отделить плаценту (если она прикреплена к вывернутой матке). После вправления матки влагалище тампонируют стерильным марлевым бинтом.

В случае ущемления и гангрены выпавшей матки прибегают к экстирпации матки через влагалище.

РАСХОЖДЕНИЕ ЛОБКОВЫХ КОСТЕЙ

Как известно, в организме беременной продуцируется релаксин, что у некоторых женщин вызывает значительное размягчение хрящевой ткани тазовых сочленений. В подобных случаях сильное давление на костное кольцо таза со стороны рождающейся головки может привести к расхождению лобковых костей. Это обычно бывает при узком тазе, крупном плоде и при оперативном родоразрешении. При данной патологии имеет место повышенная активность гиалуронидазы. Иногда расхождение лобковых костей приводит к повреждению мочеиспускательного канала, мочевого пузыря и клитора.

Одним из симптомов расхождения лобкового сращения являются жалобы роженицы на боль в области симфиза, особенно при движении ногами. Особенно болезненными являются попытки развести ноги, согнутые в коленных и тазобедренных суставах. При пальпации удается нащупать углубление между разошедшимися концами лобковых костей. В случае сомнений диагнозы уточняют рентгенографией или ультразвуковой эхографией.

Лечение. Роженице должно быть обеспечено спокойное положение в постели с тугим бинтованием области таза. Затем в течение 6—7 недель она должна находиться в ортопедическом гамаке.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

Кровотечения в конце беременности и в родах не являются редкой акушерской патологией и связаны в основном с неправильным прикреплением плаценты к матке или преждевременным ее отделением.

Маточные кровотечения в этих случаях могут угрожать жизни беременной и плоду. Своевременное распознавание этой патологии и ее лечение способствуют снижению материнской и перинатальной смертности.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ

Предлежанием плаценты (*placenta graevia*) называется состояние, при котором плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки, закрывая полностью или частично внутренний зев матки. При этом плацента располагается ниже предлежащей части плода.

Предлежания плаценты подразделяются на следующие виды.

1. **Краевое предлежание плаценты** (*placenta graevia marginalis*), когда к внутреннему зеву подходит только край плаценты. При открытии внутреннего зева матки на 4—6 см прощупываются оболочки плодного пузыря и сбоку узкий край плаценты (рис. 62, а). При этом внутренний зев матки прикрыт на $\frac{1}{3}$.

2. **Центральное, или полное, предлежание плаценты** (*placenta graevia centralis s. totalis*). Внутренний зев матки прикрывается плацентой полностью. При открытии зева на 2—3 пальца прощупывается только плацентарная ткань (рис. 62, б). Степень предлежания плаценты может быть определена только при раскрытии внутреннего маточного зева не менее чем на 2—3 пальца (на 4—6 см).

3. **Боковое предлежание плаценты** (*placenta graevia lateralis*). Плацента прикрывает внутренний зев матки на $\frac{2}{3}$, и почти на всем протяжении прощупывается ткань плаценты и небольшой участок оболочек (рис. 62, в).

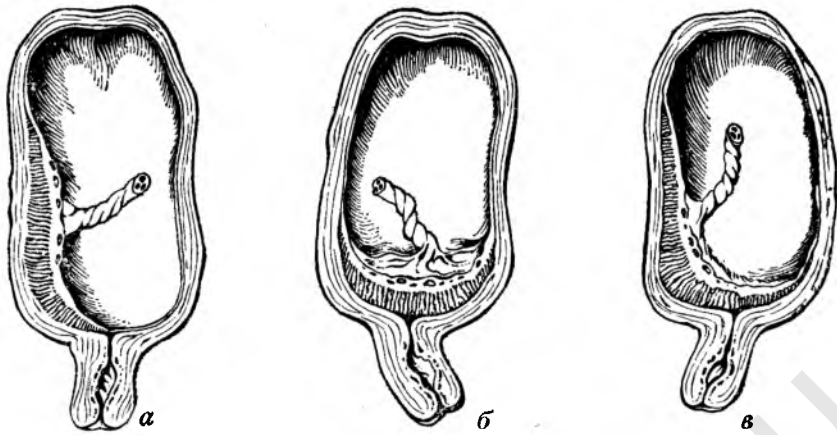


Рис. 62. Предлежание плаценты:
а — краевое; б — центральное, или полное; в — боковое.

Различают еще **низкое прикрепление плаценты**, при котором плацента прикрепляется в нижнем сегменте, край ее подходит близко к внутреннему зеву, но не прощупывается даже при полном открытии.

В ряде случаев один вид предлежания плаценты в процессе родов переходит в другой. Предлежание, кажущееся вначале боковым, может перейти в краевое. Это связано с тем, что при дальнейшем открытии зева обнажаются преимущественно оболочки.

Некоторые авторы предлагают различать **полное** и **частичное предлежание плаценты**. Если при открытии зева на 4—6 см повсюду определяется плацентарная ткань, предлежание плаценты полное. Частичное определение оболочек указывает на неполное, или частичное, предлежание плаценты.

Частота предлежания плаценты по К. К. Скробанскому составляет 0,17%, а по А. И. Петченко — 0,28%. Из отдельных видов предлежания плаценты наиболее часто встречается боковое; удельный вес центрального предлежания плаценты колеблется в пределах 30—40%. Предлежание плаценты встречается значительно чаще у повторнородящих, чем у первородящих, и возрастает пропорционально числу перенесенных родов и в особенности абортов (М. В. Флоров).

Частая причина предлежания плаценты — воспалительные изменения

слизистой матки, при которых оплодотворенная яйцеклетка не находит благоприятной почвы в матке для имплантации; она опускается книзу и укрепляется в зоне перешейки, вблизи внутреннего зева матки, где и образуется плацента.

В некоторых случаях трофобласт поздно приобретает свои ферментативные протеолитические свойства, а потому нидация оплодотворенной яйцеклетки происходит не сразу по вступлении яйцеклетки в верхний отдел матки, а после продвижения его книзу. Чрезмерно раннее развитие протеолитических свойств трофобласта влечет за собой внематочную имплантацию яйцеклетки.

Существует мнение, что ворсинки ищут благоприятную почву для своего питания, которое может быть лучшим в нижних отделах матки, чем в патологически измененных в результате эндометрита (аномалий матки, травмы эндометрия от повторных абортов и т. п.) в верхних отделах. Предлежащая плацента весьма велика по своим размерам и истончена.

Клиническое течение. Основной и постоянный клинический симптом предлежания плаценты — кровотечение, которое может появиться во время беременности или родов. Кровотечение во время беременности характерно для центрального, реже бокового предлежания. При краевом предлежании

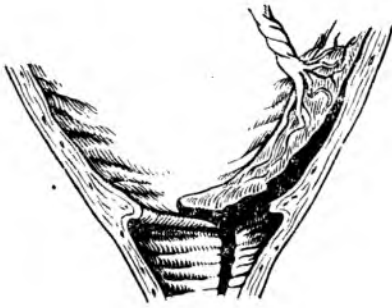


Рис. 63. Преждевременная отслойка предлежащей плаценты (боковое предлежание). Механизм кровотечения.

плаценты кровотечение, как правило, развивается только во время родов; большой интенсивности кровотечение в родах достигает также при центральном предлежании плаценты. Кровотечение во время беременности может появиться уже вскоре после формирования плаценты. Однако значительно чаще первые кровотечения из матки бывают на VII—VIII месяце; кровотечение раньше 28 недель беременности наблюдается только в 12%. Кровотечения при предлежании плаценты появляются обычно без заметного повода, иногда во время сна, иногда же после некоторых напряжений, например, во время испражнения. В случаях предлежания плаценты роды нередко начинаются преждевременно.

Кровотечение при предлежании плаценты наступает в результате растяжения и сокращения матки во время беременности или в периоде раскрытия шейки матки, при этом участок плаценты преждевременно отслаивается от стенки матки. При каждом сокращении матки происходит дистракция ее нижнего сегмента, то есть того отдела, где прикрепилась плацента. Плацентарная ткань не способна к растяжению и не может следовать за местом своего прикрепления; в результате этого плацента отрывается от предлежащей стенки матки, межворсинчатые пространства вскрываются, маточно-плацентарные сосуды разрываются и появляется обильное кровотечение (рис. 63). Чем больший участок предлежащей плаценты отделяется

от своего места прикрепления, тем обильнее кровотечение. Изливающаяся через канал шейки матки кровь всегда материнская; она алая, жидкая, иногда содержит сгустки. Кровотечение прекращается с прекращением схватки в результате тромбирования маточно-плацентарных сосудов, но следующая схватка вызывает дальнейшее отслаивание плаценты, и кровотечение возобновляется, нередко с еще большей силой.

С момента вскрытия плодного пузыря взаимоотношения между плацентой и стенкой матки меняются: стенки нижнего сегмента матки вместе с оболочками и плацентой смещаются кверху по предлежащей части плода. Плацента, оттягиваясь кверху, не отслаивается более от стенки матки, поэтому кровотечение прекращается. Опускающаяся во вход таза головка или ягодицы прижимают кровоточащую часть плаценты, а также смежную с ней часть стенки матки к стенкам таза и тем самым также способствуют прекращению кровотечения.

Повторные кровотечения при предлежании плаценты довольно быстро приводят беременную к выраженной анемии. Регенерация крови у таких беременных идет вяло. В результате даже многократных кровотечений во время беременности к моменту родов у беременной наступает настолько серьезная анемия, что даже умеренное кровотечение в родах грозит роженице смертью от обескровливания.

С рождением ребенка эта опасность не исчезает. Вследствие слабой сократительной способности нижнего сегмента матки плацента плохо отделяется от своего ложа, сосуды зияют, и в последовом периоде наступает гипотоническое кровотечение, которое может продолжаться и в первые часы послеродового периода. Кровотечение может усиливаться в случаях пониженной свертываемости крови.

Родовая деятельность при предлежании плаценты протекает вяло, часто с явлениями первичной слабости схваток, что зависит в значительной мере от недостаточного давления предлежа-

щей части плода на парацервикальные ганглии. При предлежании плаценты чаще наблюдаются неправильные положения плода, в особенности поперечное, патологические вставления головки, тазовые предлежания, а также выпадение пуповины.

Кроме кровотечения, при предлежании плаценты имеются и другие опасности, возникающие в родах. Так, вследствие близости маточно-плацентарных сосудов и влагалища, всегда заполненного микробами, легко может возникнуть инфекция в матке. Опасность инфекции поддерживается наличием в матке кровяных сгустков, недостаточной ретракцией нижнего сегмента матки и плацентарной площадки и, в результате этого, длительным зиянием зева. Частые оперативные вмешательства также благоприятствуют занесению в матку инфекции. Все перечисленные обстоятельства повышают послеродовую заболеваемость и смертность, в том числе и новорожденных, в случаях предлежания плаценты.

При кровотечении плод не теряет своей крови, но он лишается достаточного притока кислорода вследствие прогрессирующего отслаивания плаценты и значительной анемизации материнского организма.

Диагностика. Кровотечение в последние месяцы беременности и в первом периоде родов подозрительно в отношении предлежания плаценты. Внезапно начавшееся кровотечение чаще всего бывает связано именно с этой патологией. Высокое стояние предлежащей части плода при нормальном тазе, как правило, указывает на предлежание плаценты.

Диагноз уточняется при влагалищном исследовании, которое производится в стационаре при развернутой операционной и тщательном соблюдении правил асептики, очень бережно. Грубые исследования способствуют дальнейшему отслаиванию плаценты и усилению кровотечения. При открытой шейке матки непосредственно за зевом прощупывается мягковатая ткань (плацента). В случае частичного ее предлежания рядом с тканью плацен-

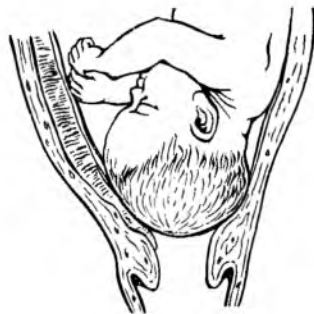


Рис. 64. Прижатие головкой отслоившегося участка предлежащей плаценты.

ты определяются оболочки плодного пузыря. Делая исследование, не нужно проникать пальцем за края зева матки, потому что это ведет к усилению отслаивания плаценты и нарастанию кровотечения. Иногда выслушиваются шумы плаценты над входом в малый таз.

Чтобы полностью исключить другие источники кровотечения (рак или полип шейки матки, разрыв варикозного узла), необходимо провести осмотр шейки матки с помощью влагалищных зеркал.

Для уточнения диагноза предлежания плаценты в некоторых учреждениях применяют метод везикографии (цистографии). При предлежании плаценты расстояние между мочевым пузырем и головкой плода увеличивается.

В настоящее время начинают широко внедрять в акушерскую практику такие методы диагностики предлежания плаценты, как плацентография (вазография), метод ультразвукового определения расположения плаценты, амниоскопия и др.

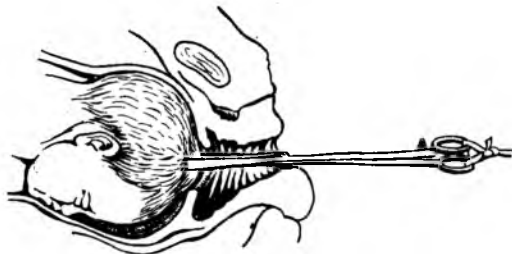


Рис. 65. Наложение кожно-головных щипцов при краевом предлежании плаценты.

Лечение. Кровотечение во второй половине беременности является показанием для обязательной и неотложной госпитализации беременной. Беременную нужно направить в стационар даже при незначительных и прекратившихся кровотечениях. Кровотечение может возобновиться в любой момент и принять угрожающий характер.

Консервативное лечение проводят во время беременности при незначительной кровопотере, которая не вызывает выраженного малокровия женщины. В таких случаях назначают строгий постельный режим, повторные переливания небольших доз крови, диету, богатую витаминами. Внимательно следят за состоянием беременной, выделениями из половых путей, пульсом, артериальным давлением; систематически производят анализ крови, чтобы не пропустить нарастания малокровия, что бывает при необильных, но продолжительных кровотечениях.

При продолжающихся кровянистых выделениях и понижении гемоглобина и количества эритроцитов прибегают к оперативному родоразрешению. Если кровотечение обильное, оперативное родоразрешение производят немедленно.

В зависимости от силы кровотечения, состояния женщины, вида предлежания плаценты чаще всего в родах прибегают к одной из следующих операций.

Разрыв плодных оболочек. При краевом предлежании плаценты, продольном положении плода и открытии зева на 4—6 см рекомендуется вскрыть плодный пузырь.

После разрыва оболочек отслаивание плаценты прекращается, опустившаяся головка ко входу в малый таз прижимает предлежащую плаценту и кровоточащие сосуды, кровотечение прекращается (рис. 64).

Метрейриз. После вскрытия оболочек в полость плодного пузыря вводят стерильный грушевидный резиновый баллон — метрейринтер, который наполняют стерильным физиологическим раствором, а к трубке привязывают небольшой груз (200—300 г). Метрейринтер под влиянием тяги придавлива-

ет отслоившуюся часть плаценты к нижнему сегменту матки и тампонирует кровеносные сосуды.

Наложение кожно-головных щипцов по А. Ф. Иванову. Щипцами специальной конструкции захватывают складку кожи на головке плода, к ручколке подвешивают небольшой груз (200—300 г), который подтягивает головку ко входу таза (рис. 65). Опустившаяся головка прижимает плаценту к нижнему сегменту матки и к стенкам таза, что способствует остановке кровотечения.

Изведение ножки при смешанном ягодичном предлежании. В редких случаях при достаточном раскрытии шейки матки (6—10 см) с целью тампонады ягодицей отслоившейся части плаценты производят операцию изведения ножки. Для этого вводят два пальца в полость матки, захватывают переднюю ножку и изводят ее до подколенной ямки. Опустившиеся при этом ягодицы прижимают к стенке матки кровоточащий участок плаценты.

Наложение вакуум-стимулятора. С этой целью при достаточном раскрытии шейки матки на предлежащую часть накладывают наименьший размер чашечки вакуум-экстрактора, в системе создается отрицательное давление (до 450—500 мм рт. ст.), а к ручколке подвешивают груз в 300—400 г. Длительность пребывания чашечки вакуум-стимулятора на предлежащей части плода — не более 1,5 ч.

Кесарево сечение. Предлежание плаценты, сопровождающееся сильным кровотечением, которое обычно наблюдается при центральном, а иногда и боковом предлежании плаценты, нередко вызывает необходимость кесарева сечения. Эта операция производится в неотложном порядке, чаще в нижнем сегменте матки, поперечным разрезом (ретровезикально).

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ

При нормальном течении беременности и родов плацента остается прикрепленной к стенке матки до третьего

периода родов. Она отслаивается лишь после рождения плода.

При некоторых патологических процессах (токсикозы беременных, гипертоническая болезнь, инфекционный гепатит, сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек, крови, травмы), а также при многоплодной беременности, короткой пуповине наблюдается отслойка нормально расположенной плаценты до рождения плода (преждевременная отслойка). Эта патология возникает обычно в периоде раскрытия и во втором периоде родов. Во время беременности такое осложнение встречается редко. Преждевременная отслойка плаценты чаще возникает при заболеваниях, которые сопровождаются нарушениями сосудистой системы. Кровоизлияния между стенкой матки и плацентой вызывают отслойку последней от места прикрепления.

Преждевременная отслойка плаценты бывает полной (отслойка всей плаценты) и частичной. Частичная отслойка плаценты на небольшом участке особых расстройств в организме женщины не вызывает, и если небольшая отслойка произошла до родов, диагноз частичной отслойки ставят уже после рождения последа (на материнской поверхности плаценты находятся участок вдавления гематомой и старый сгусток крови).

При полной или частичной, но значительной отслойке плаценты образуется быстро растущая гематома между стенкой матки и отделившейся частью плаценты (рис. 66). Нарастающая гематома способствует дальнейшей отслойке плаценты. Стенка матки в области гематомы выпячивается. По мере увеличения гематомы кровь просачивается между мышечными слоями до серозного покрова матки (матка Кувелера), что ведет к внутримышечному кровотечению. Кровь прокладывает путь между стенкой матки и оболочками плодного пузыря по направлению к каналу шейки матки, вследствие чего к внутреннему кровотечению нередко присоединяется и наружное, обычно незначительное.

Значительная и полная отслойка



Рис. 66. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

плаценты представляет большую опасность для матери и плода. Матери угрожает гибель от кровопотери и шока, а плоду — гипоксия. Угроза гипоксии плода возникает уже при отслойке одной трети плаценты; отслойка половины, а тем более всей плаценты ведет к быстрой внутриутробной смерти плода.

Клиническая картина полной или значительной отслойки плаценты характеризуется следующими грозными симптомами.

1. Женщина жалуется на сильную постоянную боль в животе; кожа и слизистые бледны; пульс учащен, артериальное давление понижается. Может возникнуть головокружение, звон в ушах и другие симптомы острого малокровия при небольшом наружном кровотечении или без него.

2. Рост ретроплацентарной гематомы ведет к нарастанию внутриматочного давления и растяжению стенок матки. Поэтому матка увеличивается, консистенция ее становится плотной, форма овоидной или неправильной. При полной отслойке плаценты матка может стать асимметричной вследствие выпячивания ее стенки в области гематомы. Матка резко болезненна при пальпации.

3. В связи с резким напряжением матки части плода прощупываются с трудом или не определяются, сердцебиение нарушается или прекращается совсем, движения плода отсутствуют.

4. Плодный пузырь значительно напряжен как во время схваток, так и в паузах между ними.

После изгнания плода отслоившаяся плацента рождается сразу; вместе с плацентой из половых путей изливается большое количество жидкой крови и сгустков. Перерастянутая матка сокращается плохо, поэтому в первые часы после родов нередко кровопотеря продолжается в связи с атонией матки (особенно в случаях матки Кувелера).

Лечение. При преждевременной отслойке плаценты требуется оказание неотложной квалифицированной помощи.

Лечение преждевременной отслойки плаценты основано на следующих основных принципах: 1) бережное быстрое родоразрешение; 2) борьба с острой анемией и шоком.

Выбор метода родоразрешения зависит от степени кровопотери и условий, позволяющих применить ту или иную акушерскую операцию.

Если отслойка плаценты произошла во время беременности или в самом начале периода раскрытия, производят кесарево сечение, так как при этом нет условий для быстрого извлечения плода через естественные родовые пути. Если зев матки открыт полностью, следует вскрыть плодный пузырь, произвести поворот плода на ножку и извлечь его из родовых путей, после чего немедленно удалить плаценту.

Если головка в полости таза и плод живой, роды заканчивают наложением акушерских щипцов или вакуум-экстрактора. При мертвом плоде производят перфорацию головки и быстро извлекают плод краниокластом. Одновременно проводят мероприятия по борьбе с кровопотерей и шоком.

КРОВОТЕЧЕНИЯ

В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Кровотечение в родах и раннем послеродовом периоде является одним из наиболее опасных для жизни женщины акушерских осложнений и одной из основных причин материнской смертности.

Причины акушерских кровотечений разнообразны. Основными из них являются: нарушения моторной функции матки; нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови; травмы родовых путей; предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Аномалии сократительной способности миометрия могут возникать в результате нарушений его фармакологической реактивности и спонтанной возбудимости. Они могут проявляться как гипотонией матки, так и дискоординированными сокращениями разных ее отделов. Нарушения моторной функции матки иногда возникают из-за страха у роженицы за исход родов, чрезмерной ее возбудимости, сильных болевых раздражений, травмы родовых путей, интоксикации (эндометрит в родах), переутомления роженицы.

К неблагоприятным объективным данным, указывающим на возможность патологического течения родов, относятся: аномалии развития полового аппарата; многоводие, многоплодие; пожилой возраст первородящей; опухоли (миомы) матки.

Моторную функцию матки также нарушает задержка частей плаценты или неполное отделение ее.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

При маточном кровотечении необходимо прежде всего установить его причину (гипотония, травма, нарушение свертывающей системы крови, отслойка плаценты и т. д.). Различают гипотонию и атонию матки в последовом и раннем послеродовом периодах.

При *гипотонии матки* патологическое кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах бывает обычно не постоянным. Кровь выделяется небольшими порциями, чаще в виде сгустков. Матка дряблая, сокращения ее редкие, короткие. В полости скапливаются сгустки крови, вследствие чего матка увеличивается в размерах. Эту патологию легко распознать

с помощью наружного исследования или при ручном отделении плаценты.

Атония матки характеризуется отсутствием сокращений и резким снижением ее тонуса. Матка не реагирует на механические, физические и фармакологические раздражители. Клинически это проявляется в виде непрерывного и обильного маточного кровотечения.

Наиболее частой причиной кровотечений в раннем послеродовом периоде является гипотония матки. Истинная атония матки встречается весьма редко.

Диагностика кровотечений в результате травм мягких родовых путей не представляет трудностей и осуществляется осмотром родовых путей с помощью зеркал, а при необходимости — ручным исследованием матки.

Наиболее частой причиной разрывов тканей родовых путей являются: стремительные роды; трудное освобождение последующей головки; наложение полостных акушерских щипцов; поворот и извлечения плода за ножку; эмбриотомия при поперечном положении плода.

Более трудным для диагностики является кровотечение вследствие тех или иных нарушений свертывающей системы в крови.

ЛЕЧЕНИЕ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Если состояние роженицы удовлетворительное и нет повышенной кровопотери (свыше 250 мл), третий период родов, как правило, ведут выжидательно с тщательным контролем за выделением крови.

Если же кровотечение началось в последовом или раннем послеродовом периоде, необходимо как можно быстрее ликвидировать причину возникновения этой патологии. При наличии плаценты в матке и кровопотери, превышающей 350—400 мл, приступают к удалению плаценты. Обнаружив признаки отделений плаценты (признаки Альфельда, Кюстнера, изменение формы матки и др.), необходимо немедленно способствовать выделению последа.

Если *способ Абуладзе* не дает эффекта, так как плацента, возможно, еще не отделилась, а кровотечение продолжается, применяют *способ Креде*, вначале без наркоза, а при безуспешности — под наркозом. В случае неполного отделения плаценты от стенки матки и значительного кровотечения необходимо, не применяя метода Креде под наркозом, произвести *ручное отделение последа с последующим массажем матки на кулаке* (рис. 67).

Операцию ручного отделения последа осуществляют под легким наркозом закисью азота в смеси с кислородом или эфирно-кислородной смесью. Глубокий наркоз снижает артериальное давление, расслабляет мускулатуру матки, увеличивает гипоксию и снижает адаптацию организма к тяжелой кровопотере. Проведение операции без наркоза ведет к развитию болевого шока, сочетание которого с острой потерей крови ухудшает прогноз.

Родившийся или выделенный оперативно послед надо тщательно осмотреть. При малейшем сомнении в целостности плаценты, независимо от того, есть кровотечение или нет, и при удовлетворительном сокращении матки производят *ручное исследование* ее.

В случае истинного приращения ее (крайне редкая патология) послед самостоятельно не отделяется и кровотечения нет. Оно возникает, когда акушер пытается отделить послед рукой и расслаивает мышечные слои матки. В этих случаях единственный способ спасти больную — немедленно произвести чревосечение с целью ампутации матки.

Если кровотечение не прекращается и количество потерянной крови превышает 400 мл, то следует повторно ввести одно из средств, сокращающих матку (окситоцин, метилэргометрин), внутривенно с 20 мл 40% раствора глюкозы, применить комбинированный массаж матки и произвести внутривенное переливание крови. Вначале переливают кровь струйно для более быстрого восстановления нарушенной



Рис. 67. Массаж матки на кулаке.

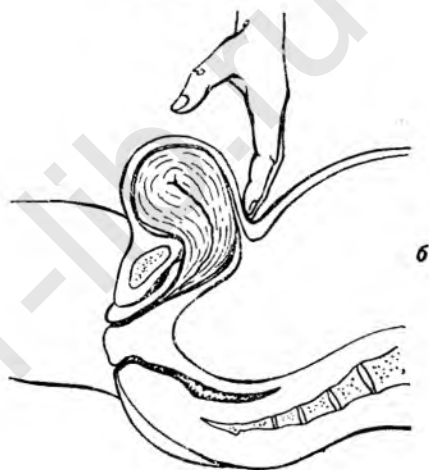


Рис. 70. Механические методы остановки маточного кровотечения:

а — метод сдавления матки и сосудов по Н. С. Бакшееву; *б* — метод сдавления матки по Губареву—Рачинскому.



Рис. 68. Метод клеммирования параметриев по Н. С. Бакшееву.

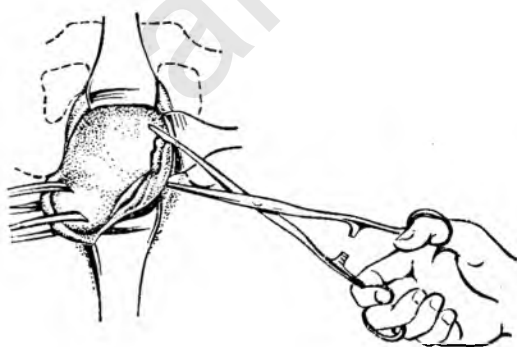


Рис. 69. Метод остановки маточного кровотечения по Генкелю—Тиканадзе.

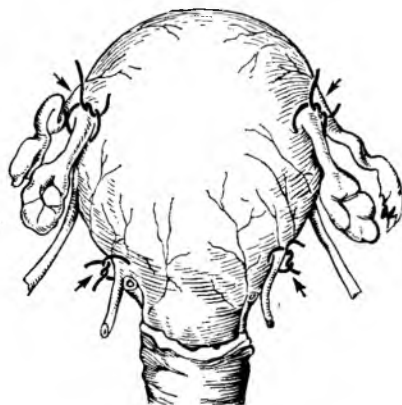


Рис. 71. Перевязка сосудов матки (схема) по Д. Р. Цицишвили.

гемодинамики, а затем капельно. Чем интенсивнее была кровопотеря, тем быстрее необходимо ее восполнить.

Методы остановки кровотечения.

При гипотонических состояниях матки и безуспешном применении медикаментозных средств восстановить моторную функцию можно одним из следующих способов: 1) зажать нижний сегмент матки между большим и указательным пальцами и сильно прижать его к поясничным позвонкам, поднять при этом матку кверху и одновременно массировать ее второй рукой (Гентер); 2) наложить зажимы на боковые своды влагалища (Н. С. Бакшеев) (рис. 68), при этом одну ветвь зажима вводят в полость матки, а вторую — в боковой свод влагалища; 3) наложить метрогемостат; 4) захватить шейку матки несколькими зажимами и низвести ее книзу (И. Д. Квантилиани); 5) пережать нижний сегмент матки по методу Губарева — Рачинского или Бакшеева (рис. 69).

В случае безуспешного применения одного из перечисленных выше способов остановки кровотечения при тяжелой гипотонии матки и продолжающемся кровотечении накладывают клеммы на параметрий по Генкелю — Тиканадзе, одновременно продолжая борьбу с анемией и коллапсом (при подготовленной операционной для чревосечения!) (рис. 70).

Если перечисленными выше методами не удалось остановить кровотечение, то немедленно приступают к чревосечению, которое должно проводиться под интратрахеальным наркозом с применением миорелаксантов и нейролептаналгетиков.

Операция перевязки магистральных сосудов матки (рис. 71) имеет большое преимущество перед ампутацией ее: она гораздо проще, быстрее, что очень важно при операции в условиях коллапса, и позволяет сохранить женщине генеративную функцию. Однако эта операция не всегда приводит к остановке маточных кровотечений. В этих случаях производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.

Одновременно с перечисленными выше мероприятиями для остановки кровотечения проводится настойчивая борьба с постгеморрагической анемией.

Акушерское кровотечение может возникнуть и вследствие нарушения свертывающей системы крови. Подобные нарушения бывают при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, мертвом плоде, эмболии околоплодными водами.

Из доступных способов лечения кровотечений, связанных с гипо- и афибриногенемией, рекомендуются: переливание свежесцитратной крови; переливание сухой плазмы, растворенной в физиологическом растворе или дистиллированной воде (4—5 флаконов, растворителя до 1 л); внутривенное капельное введение 50—100 мл 1% раствора протаминсульфата (если в крови много свободного гепарина). Основной и наиболее рациональный метод терапии афибриногенемии — внутривенное введение фибриногена (5—10 г), растворенного в 5% растворе глюкозы, и аминокaproновой кислоты (АКК) — внутривенно, капельно, 50—100 мл 6% раствора для угнетения фибринолиза.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ИСТИННЫМ И ЛОЖНЫМ ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ, А ТАКЖЕ В ПОЗДНЕМ ПУЭРПЕРАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Течение последового периода может осложниться затруднениями при отделении плаценты от стенки матки. При этом может быть интимное прикрепление плаценты (*placenta adherens*), или ложное приращение, при котором ворсинки хориона проникают в базальный слой децидуальной оболочки, и истинное приращение ее к стенке матки (*placenta accreta*), когда ворсинки хориона проникают через весь базальный слой децидуальной оболочки до мышечного слоя матки. В крайне редких случаях ворсинки хориона проникают в глубину мышечного слоя матки (*placenta increta*) или прорастают за пределы мышечного и серозного слоев матки (*placenta percreta*) (рис. 72).



Рис. 72. Прорастание стенки матки ворсинами плаценты (*placenta percreta*, собственное наблюдение). В области правого угла и дна матки видны проросшие всю стенку матки дольки плаценты.

При ложном приращении плаценты требуется ручное вмешательство с тем, чтобы отделить ее от стенки матки. В таких случаях часто наблюдаются связанные с частичной гипотонией матки маточные кровотечения, которые, как правило, продолжаются в раннем послеродовом периоде.

Диагностика ложного приращения плаценты не представляет затруднений. Начавшееся маточное кровотечение при частично отделившейся плаценте, дальнейшее отделение которой затруднено наружными приемами, наводит на мысль о *placenta adhaerens*. При истинном приращении плаценты, как правило, кровотечение имеет место только в случаях частичного приращения плаценты к стенке матки и отсутствует при тотальном ее приращении.

Если *placenta adhaerens* поддается ручному отделению, то *placenta accreta* отделить рукой невозможно, а усилия в этом направлении могут привести к смертельным атоническим маточным кровотечениям.

Причинами ложного приращения плаценты могут быть: хронические воспалительные процессы в слизистой оболочке матки (атрофический эндометрит), травма эндометрия при искусственных абортах, недостаточное влияние гормонов (эстрогенов и прогестерона) на эндометрий при наруше-

ниях менструального цикла (гипоменструальный синдром), а также специфические поражения эндометрия (туберкулез, гонорея).

В истинном приращении плаценты наряду с перечисленными причинами известную роль играет повышенная протеолитическая активность ворсинок хориона, которые прорастают базальный слой децидуальной оболочки и таким образом внедряются в миометрий. Эта патология является грозным осложнением беременности и иногда заканчивается смертельным исходом. Диагностировать ее трудно. Окончательный диагноз истинного приращения плаценты ставит патогистолог после удаления матки (ампутации или экстирпации).

При ложном приращении плаценты эффективным методом является ручное отделение и удаление последа с последующим массажем матки на кулаке и введением в шейку матки или внутривенно веществ тономоторного действия (окситоцин или метилэргометрин).

Если гипотоническое кровотечение началось, принимают все меры, направленные на борьбу с этим осложнением.

При *placenta accreta*, *incretta* и *percreta* единственным методом лечения является своевременное удаление матки вместе с приросшей плацентой.

РЕАНИМАЦИЯ РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Следует придерживаться определенной физиологической и патологической кровопотери. Физиологической называют кровопотерю до 250 мл, пограничной — 250—400 мл и патологической — свыше 400 мл. Однако, пользуясь этими определениями, надо всегда принимать во внимание индивидуальные особенности организма роженицы, исходное его состояние к началу родов и реакцию на кровопотерю.

Различают три фазы реакции организма на кровопотерю: фаза компенсации, фаза декомпенсации и геморрагический шок (коллапс).

Продолжительность фазы компенсации определяется величиной и скоростью кровопотери. Если кровопотеря не превышает 500 мл, то объем крови восполняется путем быстрого перемещения клеточной и межклеточной жидкости в сосудистое русло, а при больших кровопотерях — за счет капиллярно-спазма периферических сосудов, что приводит к соответствию емкость сосудистого русла объему циркулирующей крови. Если вазоконстрикция не приводит в соответствие эти два фактора, наступает фаза декомпенсации. В случае длительного спазма периферических сосудов в тканях вследствие аноксии образуются сосудорасширяющие вещества (гистамин и гистаминоподобные вещества, ферритин и др.), которые создают состояния, близкие по своей клинической картине к шоку.

В фазе компенсации терапевтические мероприятия должны быть направлены на восстановление объема циркулирующей крови и снятие спазма периферических сосудов. Если кровопотеря не восполнена и не наступило улучшение гемодинамики, применять стимуляторы функций сердечно-сосудистой системы нецелесообразно, так как это может привести лишь к кратковременному усилению функции и последующему срыву компенсации, резкому падению артериального давления и даже остановке сердца.

Восстановление показателей гемодинамики при острых кровопотерях должно начинаться с немедленного восполнения объема потерянной крови. Чем быстрее была кровопотеря, тем быстрее необходимо ее восполнить. Большой ошибкой является капельное переливание крови или плазмы в случае острых больших потерь крови. Переливание крови следует делать струйно в одну или две вены.

Чем больше переливается крови, тем она должна быть свежее (не более 3—7 дней). «Старая» кровь, перелитая в больших количествах, оказывает токсическое действие на организм, не содержит фибриногена, тромбоцитов, лейкоцитов, в плазме ее имеется много свободного калия, который может вы-

звать гиперкалиемию. Переливать надо главным образом одноруппную кровь (кровь универсального донора не должна использоваться в количестве более 400—500 мл).

Для нейтрализации токсического действия цитрата натрия и избытка свободного калия необходимо перед переливанием крови и после переливания каждые 400—500 мл вводить внутривенно 10—15 мл 0,5% раствора новокаина (медленно) и по 10 мл 10% раствора глюконата кальция (хлорид кальция переносится хуже).

Чем больше переливается консервированной крови длительных сроков хранения, тем быстрее наступает снижение коагуляции крови. При переливании 3—4 л крови и плазмозаменителей может возникнуть полная потеря свертываемости крови без острого фибринолиза или внутрисосудистого отложения фибрина. Поэтому потерю фибриногена и других белков плазмы необходимо восполнять переливанием растворов сухой плазмы и фибриногена (не менее 2 г на 1 л переливаемых жидкостей). Из плазмозаменителей следует пользоваться полиглюкином или реополиглюкином (не более 800—1200 мл). Внутривенное переливание крови (300—400 мл) показано в фазе декомпенсации, при снижении максимального артериального давления ниже 70 мм рт. ст. (с обязательным восполнением кровопотери). Однако начинать борьбу с кровопотерей с внутривенного нагнетения крови не следует.

В случае тяжелых гемодинамических расстройств и восполненной кровопотери допустимо внутривенное введение норадrenalина тартрата, капельно с полиглюкином или плазмой. Введение норадrenalина тартрата до восполнения кровопотери противопоказано (!).

При массивных кровопотерях широко применяется вливание альбумина. Массивные геморрагии сопровождаются резким снижением плазменного альбумина, что приводит к уменьшению альбумино-глобулинового коэффициента и агрегации эритроци-

тов в капиллярной сети органов. При этом в органах и тканях нарушается микроциркуляция крови, что приводит к микротромбозам. Переливание 250 мл 10% раствора альбумина вызывает увеличение объема циркулирующей крови почти на 500 мл за счет поступления в сосудистую систему жидкости из межклеточных пространств, что улучшает микроциркуляцию и предупреждает микротромбообразование в органах и тканях.

Лучшим методом восполнения кровопотери является сочетанное (поперемное) или одновременное переливание коллоидных растворов с кровью и обязательным дополнением белковых препаратов (плазма, альбумин или протейн).

Кровопотеря до 500 мл восполняется только плазмозаменителями (полиглюкин, реополиглюкин); кровопотеря до 1—1,5 л восполняется коллоидами и кровью в соотношении 1 : 1; кровопотеря 1,5—3 л — в соотношении 2 : 3; при кровопотере более 3 л — в соотношении 1 : 3.

Естественно, что исходное состояние больной вносит определенные коррективы в указанные соотношения и объемы переливаемых растворов.

Для компенсации ацидоза вводят гидрокарбонат или лактат натрия. Однократная доза гидрокарбоната натрия — 3—4 г (40—50 мл 7,5% раствора). Такую дозу можно вводить повторно 3—6 раз, с промежутками в 10—20 мин. Сочетание острой кровопотери и болевого или травматического шока ухудшает прогноз. В этих случаях комплекс борьбы с кровопотерей должен включать и противошоковые мероприятия.

В борьбе с кровопотерей, особенно в фазе декомпенсации, если нормальные показатели гемодинамики не восстанавливаются при восполнении 70—90% объема потерянной крови консервированной, нужно переходить на введение растворов сухой плазмы, полиглюкина или реополиглюкина, лактатной плазмы и фибриногена. Показано также введение антигистаминных препаратов. Чем больше разведение плаз-

мы плазмозаменителями, тем концентрированное должны быть растворы переливаемой сухой плазмы.

Наряду с описанными мероприятиями надо обеспечить общее (но не местное) согревание больной в постели и абсолютный покой. Больную нельзя перекладывать с родильной кровати или операционного стола на коляску и перевозить в палату до тех пор, пока артериальное давление не будет стабилизировано на нормальном уровне. Нарушение этого требования может повести к смерти.

Если перечисленные мероприятия не дают эффекта, переходят на аппаратное дыхание (интубация) кислородом и смесью кислорода с углекислым газом; при остановке сердца прибегают к непрямому трансторакальному массажу сердца в сочетании с искусственным дыханием.

Несомненными признаками прекращения сердечной деятельности являются: расширение зрачков, исчезновение пульса на сонной артерии, прекращение дыхания или агональное дыхание (судорожные резкие вдохи), арефлексия.

Искусственное дыхание делают одновременно с непрямым массажем сердца. Если нет специального аппарата, применяют прямое вдвухание воздуха «рот ко рту». Аппарат для искусственного дыхания следует применять сразу же.

Родильница, выведенная из терминального состояния, нуждается в длительном строгом постельном режиме и систематическом лечении постгеморрагической анемии. При неблагоприятных результатах клинического исследования крови показано повторное переливание крови, применение препаратов железа, антианемина.

После выписки из родильного дома (не ранее чем через 15—20 дней после родов) родильница должна быть под систематическим наблюдением женской консультации, так как у подобных больных иногда развиваются серьезные нарушения — различные проявления гипоталамо-гипофизарных нарушений (агалактия, аменорея —

синдром Шихана, атрофия половых органов, адинамия, реже в форме галактореи или ожирения).

Выявление ранних симптомов этих заболеваний позволяет провести эффективное лечение.

ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ

Одной из причин смерти или тяжелого шока в родах и раннем послеродовом периоде может быть поступление околоплодных вод в материнский кровоток — эмболия околоплодными водами.

Околоплодные воды представляют собой прозрачную или несколько мутноватую жидкость, в которой содержатся чешуйки (клетки поверхностных слоев эпидермиса), клетки амниона, волосы (*lanugo*), сыровидная смазка (*vernix caseosae*), меконий, различное количество белков, жиров, углеводов, гормонов, минеральных веществ (органических и неорганических), аминокислот, а также промежуточные и конечные продукты углеводного, белкового и жирового обмена.

Частота эмболии околоплодными водами, по сведениям разных авторов, различная — от 1 случая на 7500 родов до 1 случая на 10 000 родов.

Пути проникновения околоплодных вод в кровоток матери следующие: трансплацентарный (через межворсинчатые пространства), трансцервикальный (через поврежденные расширенные сосуды шейки матки), через открытые сосуды в любом участке матки (преждевременная отслойка плаценты, предлежание плаценты, кесарево сечение). Околоплодные воды под действием нарастающих маточных сокращений через поврежденные оболочки, между ними и стенкой матки поступают в интервиллезные пространства, затем в околоматочные венозные сплетения, а оттуда — в общий кровоток.

Для поступления околоплодных вод в материнский кровоток необходимо повышенное внутриматочное (интраамниальное) давление, которое по-

вышается от 60—80 мм рт. ст. в первом периоде родов до 120 мм рт. ст. во втором периоде. Поступлению околоплодных вод в сосуды роженицы способствует присасывающее действие вен матки. Родовая деятельность при этом бывает бурной и характеризуется очень болезненными, чрезмерно сильными с короткими интервалами схватками, которые иногда принимают тетанический характер. Роды, как правило, сопровождаются преждевременным или ранним отхождением околоплодных вод. Эта патология может возникнуть вследствие бесконтрольного назначения окситолических препаратов. Наиболее часто такое осложнение родов наступает во втором и третьем периодах родов. Мертворождаемость при этом осложнении составляет 60%. Причиной смерти плода является гипоксия.

Клиника эмболии околоплодных вод характерна: внезапный озноб, повышение температуры тела, резкий цианоз лица, стеснение и боли за грудиной, инспираторная одышка, тошнота и рвота, дыхание частое, поверхностное, иногда аритмичное, тахикардия, резкое снижение артериального давления, общее беспокойство, страх смерти, переход состояния беспокойства в клонические судороги, которые нередко принимают за эклампсию, потеря сознания, отек легких, и в течение 2—3 ч наступает смерть.

Существует 5 клинических форм эмболии околоплодными водами: внезапная смерть, коллапс со смертельным исходом, отек легких, судорожная форма, геморрагическая форма (смертельные афибриногенемические маточные кровотечения).

Патологоанатомические изменения в органах. При макроскопическом исследовании органов специфических изменений нет. В легких и других паренхиматозных органах — картина острого кровенаполнения, субсерозные кровоизлияния, в сосудах содержится жидкая кровь. Микроскопические данные: в легочной ткани отек, кровоизлияния, участки ателектаза чередуются с эмфизематозно измененными участ-

ками легочной ткани; в просветах сосудов системы легочной артерии на разных уровнях видны элементы околоплодных вод (чешуйки, комочки жира, волосы, слизистые эмболы и т. д.).

Лечение. Необходимо немедленное родоразрешение, ингаляция кислорода, введение сульфата атропина (1 мл 0,1% раствора внутримышечно), гидротартат норадреналина (0,5 мл 0,2% раствора внутримышечно), гидрокортизона (100 мг внутривенно), раствора новокаина (10 мл 1% раствора внутривенно), эуфиллина (10 мл 2,4% раствора внутривенно), при гипофибриногенемии — переливание фибриногена, плазмы, аминокaproновой кислоты, трасилола.

Профилактика заключается в регуляции родовой деятельности.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ПУЭРПЕРАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Эти кровотечения наступают не сразу после родов, а позднее — через сутки и в течение ближайших двух недель. Поздние послеродовые кровотечения встречаются относительно часто (в 0,5—1,5% случаев).

Наиболее частые причины их следующие: задержка в матке плацентарной ткани, плодных оболочек или сгустков крови, воспалительные процессы эндометрия (септический эндометрит), застойные явления в сосудистом русле матки в результате метротромбофлебита и воспаления тазовых вен, застой в сосудах тазовых органов при заболеваниях сердца и почек. Как правило, при этом бывает субинволюция матки и длительное зияние маточного зева (до двух недель и больше).

Кровотечение в позднем послеродовом периоде может быть обильным при отделении и выхождении из матки оставшейся части плаценты или вследствие отторжения децидуальной оболочки при септическом эндометрите. Кровотечение может быть и незначительным (в виде кровомазанья) в течение длительного времени при пла-

центарных полипах и застойных явлениях в органах малого таза.

Лечение в случае задержки остатков плаценты оперативное — выскабливание полости матки. Главным условием при этом должно быть отсутствие инфекции (эндометрита). Если же полость матки инфицирована (высокая температура, повышенная СОЭ, ознобы), выскабливание противопоказано. По жизненным показаниям (кровотечение!) допустимо удаление остатков плаценты пальцем или абортцангом и при наличии инфекции.

Лечение маточных кровотечений, вызванных инфекционным процессом в матке, проводится консервативно. Назначают антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности микробов к ним; препараты, сокращающие матку (питуитрин, окситоцин, эргометрин, метилэргометрин, гифотоцин, маммофизин, прегнатол и др.); сульфаниламидные препараты; переливание крови, плазмы, кровозаменителей; десенсибилизирующие средства; поливитамины; дезинтоксикационную терапию, то есть применяются обычные методы лечения послеродовых септических заболеваний.

Если кровотечения являются следствием застойных явлений в органах малого таза, то ликвидация их связана с лечением основного заболевания.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Возбудителями послеродовых септических заболеваний могут быть различные микробы; однако наибольшее практическое значение имеют стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, гонококки; из анаэробов — возбудитель газовой гангрены.

Различают инфекцию экзогенную и эндогенную. Экзогенная инфекция заносится в половые пути непосредственно руками и инструментами персонала или аэрогенным путем. Эндогенная инфекция попадает в матку из нижележащих отделов полового тракта, а также метастатическим путем из микробных очагов, рас-

положенных как в непосредственной близости от половых органов (кишечник и мочевого пузыря), так и из отдаленных (носоглотка, полость рта и т. д.).

Поскольку в процессе филогенеза в организме женщины выработаны защитные реакции (иммунитет) местного и общего характера, препятствующие развитию инфекции, попадания микробов на раневую поверхность половых органов еще недостаточно для возникновения септической инфекции.

Имеют значение вирулентность возбудителя, состояние тканей входных ворот, размеры травмы тканей. Как правило, локализация первичного септического очага совпадает с входными воротами инфекции. Воротами для послеродовой инфекции могут быть разрывы промежности, влагалища, шейки и тела матки. В родах обычно поражается септической инфекцией матка (место плацентарной площадки). При этом микробы распространяются по организму — чаще всего гематогенно, реже — лимфогенно и еще реже — по каналам матки и труб (интраканаликулярный путь распространения инфекции).

Распространение послеродовой септической инфекции (по С. В. Сазонову) проходит четыре этапа.

Первый этап — септическая инфекция не распространяется за пределы влагалища и матки: послеродовые язвы промежности, влагалища и шейки матки и послеродовый эндометрит.

Второй этап — септическая инфекция выходит за пределы половых органов, но ограничивается полостью малого таза. При распространении инфекции по кровеносным путям возникает метрфлебит, метротромбофлебит. Когда инфекция распространяется из матки по лимфатическим путям, возникает метрит и параметрит (процесс захватывает клетчатку малого таза). При распространении инфекции интраканаликулярно наблюдаются аднекситы и пельвеоперитониты.

Третий этап — общее воспаление брюшины (перитонит) и прогрессирующий тромбофлебит.

Четвертый этап — генерализованные формы септической инфекции (септицемия и септикопиемия).

ЗАБОЛЕВАНИЯ, НЕ РАСПРОСТРАНЯЮЩИЕСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Послеродовые язвы. Послеродовые язвы возникают в результате инфицирования разрывов промежности, трещин и ссадин влагалища и шейки матки. При этом повышается температура тела, учащается пульс. Родильницы жалуются на боли в области промежности и влагалища. Пораженные участки покрыты грязно-серым налетом, ткани вокруг гиперемированы, несколько отечны. Процесс нередко распространяется вглубь, вызывая паракольпиты. Страдает и общее состояние родильницы.

Эндометрит или **метроэндометрит.** Это наиболее часто встречающаяся форма послеродовых заболеваний. Эндометрит начинается на 2—3-й день после родов. Воспалительный процесс захватывает эндометрий и частично миометрий. Матка недостаточно сокращена, чувствительна или болезненна при пальпации; сосуды ее расширены, ткань отечна. Внутренняя поверхность матки покрыта гнойным налетом, выделения из нее обильные, гнойные, иногда с гнилостным запахом и содержат возбудителей инфекции. В последнее время при эндометрите из полости матки высевают в 75—85% случаев стафилококки. Температура тела повышается ступенчато, иногда сразу после озноба, что совпадает с поступлением (всасыванием) в кровь продуктов распада тканей эндометрия и возбудителей инфекции. Пульс учащается, появляются ознобы и головная боль, гиперемия лица, боли внизу живота и пояснице, нарушается общее состояние.

Эндометрит неосложненный продолжается, как правило, 7—8 дней,

после чего процесс либо разрешается (останавливается), либо инфекция распространяется, захватывая сосуды матки, и выходит за ее пределы.

В результате нарушения оттока выделений (лохий), вследствие резкого перегиба матки или закупорки цервикального канала кровяными сгустками, возникает *задержка лохий* (лохиометра). Сразу после озноба температура поднимается до 39°C и выше; матка при этом увеличена, округлой формы. Снижение температуры совпадает с появлением обильных выделений из матки.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕСЯ ПОЛОСТЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Второй этап распространения септической инфекции характеризуется выходом ее за пределы матки.

Инфекцией может поражаться маточная труба (сальпингит) и яичник (оофорит). Септические послеродовые сальпингиты, в отличие от гонорейных, чаще бывают односторонними. Различают катаральные и гнойные сальпингиты. При облитерации обоих концов трубы последняя превращается в замкнутый гнойный мешок — *пиосальпинкс*.

Переход инфекции на придатки матки проявляется болями внизу живота, дальнейшим повышением температуры тела, явлениями раздражения брюшины, особенно выраженными при гнойном поражении труб. При влагалищном исследовании пальпируется болезненная опухоль, идущая от угла матки и расширяющаяся к ампулярному концу трубы. При пиосальпинксах яичник, как правило, образует спайки с трубой. В тяжелых случаях образуется гнойник яичника — *пиовариум*.

Если инфекция распространяется из маточной трубы на тазовую брюшину, развивается *послеродовый экссудативный пельвеоперитонит*, при котором явления раздражения брюшины (симптом Щеткина — Блюмберга) выражены еще сильнее. Пельвеоперитонит может возникать и в тех случаях, когда

инфекция распространяется непосредственно из матки по лимфатическим путям. Экссудат скопится позади матки, оттесняя последнюю кпереди; он может быть серозным, серозно-фибринозным или гнойным. При влагалищном исследовании отмечают выпяченность и болезненность заднего свода. Пельвеоперитонит сопровождается значительным повышением температуры, резким учащением пульса, тошнотой, рвотой, задержкой газов. Воспалительный процесс ограничивается полостью малого таза благодаря образованию спаечного процесса.

При распространении инфекции по лимфатическим путям возникает воспаление тазовой клетчатки — *параметрит*, чаще всего боковой (процесс локализуется между листками широкой связки). Реже поражается клетчатка в области крестцово-маточных связок (задний параметрит) или предпузырная клетчатка (передний параметрит). Воспалительные инфильтраты в параметрии могут выходить за пределы клетчатки малого таза, образуя так называемые *пельвеоцеллюлиты*.

Параметрит обычно начинается на 7—8-й день после родов нерезкими болями внизу живота и пояснице и повышением температуры тела (постоянного типа). Сбоку от матки, обычно с одной стороны, появляется плотный малоболлезненный инфильтрат. Он располагается низко у шейки матки, неподвижен, доходит до тазовой стенки. Инфильтрат расслаивает листки широкой связки и доходит до стенок таза. Верхняя его граница резко очерчена. Если инфильтрат нагнаивается, повышение температуры держится 1—2 недели. Нередко температура принимает гектический характер (с ремиссиями по утрам и высокими подъемами по вечерам). Вскоре плотный инфильтрат размягчается и нагнаивается (определяется флюктуация). При этом гнойник может вскрыться в брюшную полость или опуститься через большое седалищное отверстие на бедро, а иногда, наоборот, подняться до области почек. Гнойник может также вскрыться в мочевой пузырь или кишечник.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, РАСПРОСТРАНЯЮЩИЕСЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ МАЛОГО ТАЗА

Общий разлитой послеродовой перитонит представляет собой метастатический септический процесс с поражением брюшины. Он может возникать и вторично вследствие перфорации инфицированной матки или разрыва гнойных образований в трубе или яичнике.

Послеродовой перитонит начинается рано, иногда уже на 2—3-й день после родов. Его симптомы — повышение температуры тела, значительное учащение пульса, боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов. Выражение лица больной страдальческое, язык и губы сухие, покрыты налетом, живот резко вздут, болезнен, симптом Щеткина — Блюмберга — положительный.

Учитывая применение антибиотиков в последнее время, послеродовые перитониты могут протекать вяло и скрыто, т. е. могут наблюдаться стерые формы перитонита, когда перитонит проявляется только ухудшением общего состояния, учащением пульса, небольшой болезненностью живота, поносами. Вагинальное исследование обнаруживает лишь явления метроэндометрита и неясно выраженную диффузную инфильтрацию в области широких связок. В крови наблюдаются значительный лейкоцитоз, эозино-лимфоцитопению; посев крови обычно остается стерильным. При перкуссии можно обнаружить (не всегда) в брюшной полости экссудат (серозный, серозно-фибринозный или гнойный). При пункции заднего свода влагалища (дугласового кармана) иногда удается получить гной.

Тромбофлебиты в послеродовом периоде. Поверхностные тромбофлебиты развиваются при варикозно расширенных подкожных венах.

Глубокие тромбофлебиты разделяются на метротромбофлебиты, тромбофлебиты тазовых сосудов и тромбофлебиты глубоких сосудов бедра. Метротромбофлебиты возникают на фоне

эндометрита. Распознавание метротромбофлебита затруднительно. При этом весьма характерным является высокая температура тела, ознобы, учащение пульса, субинволюция матки, сукровичные выделения из матки. При нагноении тромбов возникает септицемия или септикопиемия.

При тромбофлебитах тазовых вен отмечаются повышение температуры, ознобы, значительное учащение пульса, иногда боли в области матки, рвота (вследствие раздражения брюшины). Вены прощупываются сначала в виде извилистых плотных шнуров сбоку от матки («дождевые черви»), позднее — в виде болезненных инфильтратов.

Воспалительный процесс из тазовых сосудов часто распространяется на бедренную вену, вызывая новый подъем температуры. Первый симптом **тромбофлебита бедренных сосудов** — боли по ходу сосудистого пучка — от паховой связки до скарповского треугольника. При этом появляется болезненность под коленом при тыльном сгибании стопы, отечность бедра, постепенно опускающаяся книзу, поверхностное расширение мелких вен бедра. Отек нижней конечности увеличивается, кожа становится бледной, гладкой, блестящей. Окружность больной ноги увеличивается по сравнению со здоровой. Температура при тромбофлебитах может быть субфебрильной или высокой.

Тромбофлебиты являются длительным заболеванием (6—7 недель); обратное развитие симптомов происходит постепенно. Осложнениями при всех видах тромбофлебитов могут быть инфаркты и эмболии легких.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

При снижении реактивности организма родильницы и значительной вирулентности микробов развивается общий септический процесс — септицемия или септикопиемия.

При *септицемии* на месте входных ворот реактивных изменений не бывает. Микробы сразу проникают в общий ток крови, и больная вскоре погибает от интоксикации. В организме не успевают развиваться вторичные септические очаги. Септицемия возникает после родов в конце первых или в начале вторых суток. Состояние больной сразу становится тяжелым, нередко с потерей сознания и бредом. На коже появляется полиморфная сыпь, иногда похожая на скарлатинозную. Температура тела достигает высоких цифр и носит постоянный характер; однако процесс может протекать и при не очень высокой температуре. Пульс учащается до 120—140 ударов в минуту. Локализованных болей в животе обычно не бывает. Отмечают увеличение печени и селезенки. В крови — лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анэозинофилия, моноцитопения. Из крови можно высеять возбудителя заболевания, чаще всего стафилококк.

Септикопиемия — заболевание с образованием в органах и тканях гнойных очагов. Течение болезни затяжное, иногда до 2-х месяцев. В результате несколько большей, чем при септицемии, сопротивляемости организма роженицы инфекция локализуется в виде тромбозов и многочисленных мелких септических очагов, преимущественно в легких, почках, печени, селезенке, костях и других органах. Наряду с легкими поражается сердечно-сосудистая система — возникают септические васкулиты и эндокардит.

Септикопиемия начинается на 1—2-й неделе после родов или аборта. Для заболевания характерны ознобы, высокая температура, сильная потливость, боли в мышцах, нарушение сна и аппетита, тяжелая интоксикация, нередко с психическими расстройствами и появлением септических метастазов. Септические метастазы в легких чаще всего локализуются в нижних отделах, становятся доминирующими и приводят к абсцессу или эмпиеме легкого. Возможность образования метастазов в любом органе требует тщательного обследования больной для

своевременного хирургического лечения.

Посев крови во время озноба бывает положительным (как правило высевают стафилококк). Летальность при септикопиемии высокая. При вагинальном исследовании обычно определяют инфильтраты в области тазовых вен или субинволюцию матки. Иногда со стороны внутренних половых органов не выявляют каких-либо патологических изменений. В этих случаях первичный очаг инфекции — матка (ворота инфекции) не представляет клинического интереса.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для профилактики послеродовых септических заболеваний необходима правильная организация работы женской консультации (санация хронических септических очагов, иммунизация беременных стафилококковым анатоксином), родильного блока, послеродовых палат, строжайшее соблюдение всех принципов асептики и антисептики в родах и при уходе за родильницей, немедленная изоляция женщин с признаками септической инфекции.

Помимо всех мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма беременной к септической инфекции, большое значение имеет предупреждение в родах травматизма, борьба с кровопотерей в родах и снижение оперативных вмешательств.

Следует предупреждать преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности.

Кесарево сечение, особенно корпоральное, при инфицировании нередко является причиной развития септических состояний роженицы.

Современная профилактика септической инфекции заключается в применении антибиотиков при затянувшихся родах или после оперативных вмешательств.

Лечение больной сепсисом должно быть направлено на мобилизацию и сохранение защитных сил организма.

С этой точки зрения важное значение имеют покой, правильное питание, надлежащий уход и медикаментозное лечение.

При сепсисе нарушаются все виды обмена, происходит усиленное сгорание углеводов и жиров с накоплением в организме недоокисленных продуктов жирового и углеводного обмена, повышается белковый обмен, нарастает ацидоз, образуется дефицит витаминов, развивается анемия. Такой большой необходимо полноценное белковое питание с большим содержанием витаминов. Пища должна быть разнообразной, легкоусвояемой и содержать при небольшом объеме не меньше 2500 ккал в день. Следует давать бульоны, мясные экстракты, сахар (по 200 г в день), сливочное масло, белки, отварную рыбу, мясо, творог, лимоны. Для возбуждения аппетита можно употреблять некоторые острые продукты — селедку, икру, сыр. Полезно обильное питье — чай, щелочные воды, морс, фруктовые соки.

При большой потере жидкости вследствие рвоты или поноса необходимо парентеральное введение до 2,5—3 л физиологического раствора или 5% раствора глюкозы, а при явлениях ацидоза — 7% раствор гидрокарбоната натрия (внутривенно 30—50 мл).

Необходимы частые дробные переживания свежей крови, введение альбумина, протеина, гемодеза, неокмпенсана, маннитола, особенно при затянувшихся формах септической инфекции.

Большое значение имеет надлежащий уход за больной сепсисом. Необходимо регулировать функции желудочно-кишечного тракта и мочеотделения, поддерживать чистоту тела, следить за состоянием полости рта, вытирать язык и зубы 3% раствором борной кислоты, проводить профилактику пролежней, проветривать помещение, давать кислород. Спирт обладает большой калорийностью, и его применяют или внутрь в виде коньяка, или внутривенно — 20—30% раствор спирта с 5% раствором глюкозы. Обяза-

тельно употребление большого количества витаминов, прежде всего аскорбиновой кислоты (500 мг в сутки), никотиновой кислоты, тиамин бромид, пиридоксина гидрохлорида, цианокобаламина и препаратов, стимулирующих гемопоэз.

Очень важна в лечении септических процессов специфическая терапия, направленная на ослабление действия возбудителя. С этой целью применяют химиотерапевтические препараты, задерживающие рост микробов. К ним относят сульфаниламиды, блокирующие энзимную систему микробов. В последнее время начали применять внутривенно хлорофиллипт, производные нитрофурана — фуразолидон, фурадонин и др. Эти препараты весьма эффективны и лишены отрицательных сторон антибиотиков. Можно применять также 40% раствор уротропина (5—10 мл внутривенно).

Следует применять антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности возбудителя инфекции к антибиотику.

Отрицательной стороной действия антибиотиков является развитие дисбактериоза, кандидамикозов, которые могут в свою очередь быть причиной тяжелых осложнений и даже смерти больной. Поэтому длительное применение антибиотиков должно сочетаться с применением нистатина или леворина. В последнее время широко назначают антистафилококковый γ -глобулин и гипериммунную антистафилококковую плазму. Введение в практику антибиотиков сузило использование бактериофагов и сывороток. Проводится профилактика тромбозом болической болезни. Протромбиновый индекс должен снижаться антикоагулянтами непрямого действия до уровня 50—60%.

Применение в острой стадии процесса препаратов коры надпочечника (кортизон, преднизолон, преднизон) одновременно с антибиотиками является профилактикой образования обширных гнойных опухолей. Однако способность гормонов коры надпочечников подавлять иммуногенез ограни-

чивает их широкое применение при генерализованной септической инфекции.

Наряду с общими лечебными мероприятиями, необходимо местное лечение, зависящее от характера процесса.

При послеродовых язвах следует немедленно распустить швы, если они не сняты, применять местно гипертонический раствор хлорида натрия, хлорофиллипт, фурацилин, мазь Вишневского, облучение кварцем и др.

Для лечения послеродовых эндометритов показан лед на живот; сокращающие матку средства следует применять с осторожностью.

При лохиометре назначают спазмолитические средства (но-шпа, сульфат атропина).

Образовавшийся гнойник требует хирургического вмешательства. При тазовых пельвеперитонитах делают пункцию заднего свода. В случае образования пиосальпинкса и пиовария делать кольпотомию не следует. При этом необходима пункция гнойника через задний свод с отсасыванием гноя и введением антибиотиков непосредственно в полость гнойника.

Своевременному вскрытию подлежат также все метастатические гнойники при септикопиемии. Оперативное вмешательство (лапаротомия) с дренированием брюшной полости и с последующим перитонеальным диализом показано в случаях общего перитонита.

ГОНОРЕЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Послеродовый период провоцирует гонорейную инфекцию, находящуюся в полости матки, которая может распространяться по маточным трубам на брюшину малого таза. При гонорее нередко наблюдается острый гонорейный метроэндометрит. В отделяемом из матки с 3—4-го дня можно обнаружить почти чистую культуру гонококка. В настоящее время рекомендуют на 3—6-й день с целью исключения гонорейной инфекции в послеродовом периоде из трех мест (уретра, влагалище и цервикальный канал) исследовать

у всех родильниц выделения на наличие гонококка.

Клинические проявления гонорейной инфекции не всегда отчетливы, и иногда диагноз ставят только на основании лабораторного исследования. Общее состояние родильницы в ряде случаев мало нарушено. Повышение температуры обычно нерезко выражено и наступает в более поздние сроки послеродового периода. Со стороны матки отмечают умеренную болезненность, субинволюцию. Выделения из матки гнойные, часто с примесью большого количества слизи.

Если несмотря на лечение температура не снижается на 7—10-й день, можно предполагать распространение инфекции на маточные трубы.

Распространение инфекции на маточные трубы и тазовую брюшину сопровождается сильными болями, дальнейшим повышением температуры, симптомами раздражения брюшины. При влагалитном исследовании отмечают болезненность матки в области отхождения труб. При этом можно обнаружить с обеих сторон матки плотные болезненные трубы. Может иметь место пиосальпинкс и пельвеперитонит.

Гонорейные общие перитониты, одиночные поражения крупных суставов и даже эндокардиты встречаются редко.

Профилактика послеродовой гонореи заключается в выявлении и лечении заболевания до наступления и во время беременности. Если есть подозрение на гонорею, родильницу изолируют, обследуют и лечат по общим правилам.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ

Маститом называется септическое воспаление тканей молочной железы.

Возбудителями воспаления молочной железы являются гноеродные микробы, главным образом стафилококки, реже стрептококки и другие микроорганизмы.

Входными воротами для микробов являются трещины сосков, куда пато-

генные микробы попадают с кожи грудной железы или из полости рта новорожденного. В редких случаях микробы заносятся в молочную железу лимфогенным или гематогенным путем из других очагов инфекции.

Послеродовый мастит обычно начинается внезапным повышением температуры до 39°C и выше, иногда ознобом. Появляются боль в молочной железе, общее недомогание, головная боль, нарушение сна и аппетита. Молочная железа увеличивается, в глубине ее прощупывается болезненный, плотноватый участок, не имеющий отчетливых границ, иногда отмечается покраснение кожи над пораженным участком. Подмышечные лимфатические узлы нередко увеличены и болезненны при пальпации.

Воспалительный процесс ведет к застою протоков молочной железы и застою молока (лактостаз).

Воспалительный процесс может прекратиться на этой стадии, и в дальнейшем наступает выздоровление.

Однако иногда воспалительный процесс прогрессирует, развивается инфильтративный (серозный) мастит; инфильтрат может подвергаться нагноению — возникает *гнойный мастит*.

В случае нагноения общее состояние ухудшается, нередко появляется озноб, температура приобретает ремитирующий характер. Боль в молочной железе усиливается, в плотном инфильтрате образуются очаги размягчения, кожа над ними гиперемирована, с синюшным оттенком. Гнойный мастит нередко имеет тяжелое и продолжительное течение.

Профилактика послеродовых маститов сводится к гигиеническому уходу за молочными железами и предупреждению трещин сосков.

Чтобы не допустить образования трещин сосков, необходим тщательный уход за молочными железами во время беременности, правильное кормление ребенка. Если на сосках образуются корочки (из выделяющегося молока), их надо обмывать 1% раствором борной кислоты.

При возникновении трещин корить ребенка рекомендуется через накладку. После кормления соски обрабатывают дезинфицирующим раствором.

Лечение. В начале заболевания можно прикладывать к молочной железе пузырь со льдом. Предварительно на железу накладывают повязку, фиксирующую ее в приподнятом положении. Одновременно назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты. Обычно такое лечение ведет к выздоровлению. Если обратное развитие инфильтрата задерживается, применяют ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками. Важным условием лечения является опорожнение молочной железы (тщательное сцеживание). Поэтому, если нет нагноения, продолжают прикладывать к груди ребенка или пользуются молокоотсосом.

При гнойном мастите применяют хирургическое лечение (вскрытие гнойника). Если же гнойник небольшой, можно обойтись отсасыванием гноя шприцем с последующим введением в очаг антибиотиков.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ШОК В РОДАХ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Наиболее тяжелое проявление септической инфекции в родах и раннем послеродовом периоде — **бактериальный, или септический шок**, который нередко заканчивается смертельным исходом роженицы или родильницы. В акушерской практике встречается, главным образом, при септическом эндометрите в родах, послеродовом сепсисе и септическом аборте (как правило, криминальном). При этом токсические продукты бактериального распада (экзо- и эндотоксины, продукты протеолиза тканей), внезапно и в большом количестве, попадая в кровоток, воздействуют на сосуды, вызывая констрикцию артериол и венул, открытие артерио-венозных анастомозов, уменьшение капиллярного кровотока (перфузии). Одновременно они способствуют диссеминированному

выпадению фибрина в руслах микроциркуляции. Нарушения микроциркуляции в связи с микротромбозом капилляров в тканях и органах создают условия для развития гипоксии, метаболического ацидоза. Нарушаются функции органов, в первую очередь развиваются острая почечная и легочная недостаточность.

На этом фоне в связи с расходом фибрина, плазменных факторов свертывания крови и тромбоцитов возникает тромбо-геморрагический синдром — коагулопатия, наступающая в результате дефибрирования и диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Клиническая картина характеризуется внезапным началом заболевания: резкое повышение температуры, озноб, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, пульс частый, слабого наполнения, АД быстро снижается. Через несколько часов температура падает до субфебрильной. В крови отмечается лейкопения, тромбоцитопения (возможен и лейкоцитоз). В дальнейшем в результате микротромбозов легочных капилляров появляется одышка, цианоз кожных покровов, беспокойство и чувство страха, головные боли, иногда судороги и рвоты.

Рефлекторный спазм и микротромбоз мелких сосудов коркового слоя почек приводят к *острой почечной недостаточности* (ОПН). ОПН подразделяется на две фазы: олиго-анурическую и полиурическую (репаративную).

Первая фаза ОПН характеризуется быстро нарастающей олигурией (диурез менее 400 мл в сутки), падением концентрационной способности почек (изостенурия, азотемия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз).

Вторая фаза ОПН, как правило, развивается через 5—6 дней и

продолжается 8—12 дней. Она характеризуется восстановлением диуреза и концентрационной способности почек. При ОПН в результате интоксикации нарушаются функции центральной нервной системы (возбуждение, ступор, кома), сердца (токсический миокардит), легких (одышка, острый отек легких) и органов пищеварения (тошнота, рвота, понос). При необратимых изменениях в органах наступает летальный исход.

Лечение. Прежде всего необходимо вывести роженицу или родильницу из шокового состояния внутривенным введением полиглюкина или реополиглюкина (500 мл), макродекса (250 мл), альбумина (100—200 мл 10% раствора). При кровопотере показано введение свежей крови (однотруппной и реуз-совместимой). Учитывая спазм сосудов, вводят спазмолитики (гидрохлорид папаверина, промедол) и антигистаминные препараты (дипразин, димедрол, супрастин). Вводится внутривенно гидрокортизон до 30 мг/кг каждые 4 ч. Для предупреждения тромбообразования внутривенно вводят 5000—10 000 ЕД гепарина каждые 6 ч. Назначают антибиотики широкого спектра действия (до 10 млн. ЕД в сутки), с учетом чувствительности к возбудителям инфекции. Ограничивают прием жидкости до 500—700 мл в сутки. При гиперкалиемии назначают препараты кальция, глюкозу, инсулин, витамины. Для уменьшения ацидоза внутривенно вводят 100 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия. При олигурии, продолжающейся 6 дней и более, проводят гемодиализ.

Профилактика бактериального шока заключается в своевременном лечении септических процессов в области внутренних половых органов, развивающихся в родах и послеродовом периоде.

**ТАБЛИЦЫ
ДЛЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО
ОБУЧЕНИЯ**

**I. Физиологическое акушерство,
пограничное с патологией
таблицы 1—10**

**II Патологическое акушерство
таблицы 11—100**






Преподаватель может проверить знания всех присутствующих на занятиях студентов по той или иной теме одновременно с минимальной затратой времени. С этой целью он дает задание по теме, материал которой запрограммирован в таблице. Студент обозначает в клетках таблицы (карандашом) или на листе бумаги свой ответ знаком «+». Ответы могут быть закодированы также цифрами и буквами. Например, правильный ответ по теме «Классификация тазовых предлежаний» (таблица 1) будет: 1а, 2б, 3г, 4д, 5в.

Необходимо иметь в виду, что для усложнения задания в некоторых таблицах специально приведены неточные параметры того или иного признака, или поставлены вопросы, не соответствующие данной теме.

Классификация тазовых предлежаний

№ пп.	Предлежание	Предлежат ягодицы, ножки вытянуты вдоль туловища, согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах	Предлежат ягодицы и стопы ножек. Ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах	Предлежат согнутые колени	Предлежат обе ножки	Предлежит одна ножка
		а	б	в	г	д
1	Чистое ягодичное					
2	Смешанное ягодичное					
3	Полное ножное					
4	Неполное ножное					
5	Коленное					

Членорасположение плода при тазовых предлежаниях

Илл.	Виды тазовых предлежаний							
		<i>а</i>	<i>б</i>	<i>в</i>	<i>г</i>	<i>д</i>		
		1	Чистое ягодичное Первая позиция, задний вид					
		2	Чистое ягодичное Первая позиция, передний вид					
		3	Смешанное ягодичное Вторая позиция, задний вид					
		4	Полное ножное Первая позиция, передний вид					
5	Неполное ножное Вторая позиция, задний вид							

Диагностика тазовых предлежаний

№ пп.	Предлежание	Исследование									
		Наружное								Влагалищное	
		Высота стояния дна матки		Предлежащая часть плода		Часть плода, располага- ющаяся в области дна матки		Точки наиболее ясного сердцебиения плода		Характер предлежащей части плода	
		На обычном для срока беремен- ности уровне	Выше обычного для срока бере- менности уровня,	Крупная, круг- лая, твердая, по- движная, балло- тирующая	Крупная, непра- вильной формы, мягковатая, ма- ло подвижная, не- способная к бал- лотированию	Крупная, круг- лая, твердая, по- движная, балло- тирующая	Крупная, непра- вильной формы, мягковатая, ма- ло подвижная, не- способная к бал- лотированию	Выше пупка справа или сле- ва (в зависимо- сти от позиции)	Ниже пупка справа или сле- ва (в зависимо- сти от позиции)	Шаровидная, гладкая, прощуп- ываются швы и роднички	Объемистая маг- коватая часть, на которой опре- деляются крес- тел, копчик, па- ховый стигм
а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к		
1	Головное, или черепное										
2	Тазовое										

Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях

№ пп.	Моменты биомеханизма родов	Положение межвертельной линии и поперечного размера плечиков			Отношение спинки плода			Проводная точка			Точка фиксации		
		В прямом размере таза	В поперечном размере таза	В косом размере таза	Кпереди к сим-физи	Косое	К бедру роженицы	Передняя ягодича	Задняя ягодича	Верхушка копчика	Подвздошная кость	Переднее плечико	Подзатылочная ямка
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м
1	Ягодицы во входе в таз												
2	Ягодицы в полости таза												
3	Прорезывание ягодиц												
4	Рождение до пупочного кольца												
5	Рождение до нижних углов лопаток												
6	Рождение плечевого пояса												
7	Рождение головки												

Осложнения при тазовых предлежаниях и методы борьбы с ними

№ пп.	Принимаемые меры	Осложнения										
		Раннее или преждевременное отхождение вод	Слабость родовых сил	Замедленное раскрытие шейки матки	Запрокидывание ручек	Задержка головки плода	Задний вид	Выпадение пуповины при полном раскрытии шейки матки	Выпадение пуповины при неполном раскрытии шейки матки	Ущемление шеи плода в родовом канале	Сопутствующие осложнения (узкий таз, предлежание плаценты и др.)	Угроза или начавшаяся внутриутробная гипоксия плода
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л
1	Атропина сульфат (1 мл 0,1%) и лидокаин (64 ЕД) в шейку матки (пудендальная анестезия)											
2	Стимуляция родовой деятельности на гормональном фоне											
3	Профилактика гипоксии плода											
4	Профилактика восходящей инфекции											
5	Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях											
6	Экстракция плода под наркозом											
7	Переведение плода в передний вид											
8	Консервативное ведение родов, наблюдение за сердцебиением плода											
9	Кесарево сечение											

Профилактические приемы, превращающие тазовые предлежания на головные

№ пп.	Приемы	Наружный поворот плода на головку при беременности 34—36 недель при отсутствии противопоказаний (с согласия беременной)	Комплекс упражнений		
			а	б	в
			Наклон туловища беременной в сторону спины плода; сгибание нижних конечностей в коленном и тазобедренном суставах с одновременным сгибанием туловища в сторону позиции плода; выгибание спины с упором на перекладные шведской стенки; выгибание спины в коленно-локтевом положении; сгибание ног лежа на спине, приведение коленей к животу, полуоборот таза с согнутыми ногами в сторону позиции плода	Лежа на кушетке поворот попеременно на правый и левый бок 3—4 раза подряд, лежать на каждом из них 10 мин. Повторять 3—4 раза в день перед едой в течение 7—10 дней. После поворота плода на живот надеть бандаж	
1	По Б. А. Архангельскому				
2	По И. Ф. Дикань				
3	По И. И. Грищенко и А. Е. Шулешовой				

Ведение родов при тазовых предлежаниях

№ пп.	Ручное пособие	Моменты родов, при которых применяется пособие				
		Прорезывание ягодиц	Рождение плода до пупочного кольца	Прорезывание ножек	Рождение плечевого посяа	Рождение головки
		а	б	в	г	д
1	По методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании					
2	По методу Цовьянова при ножных предлежаниях					
3	Освобождение ручек — классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях					
4	Освобождение головки — классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях					

Диагностика одно- и многоплодной беременности

№ пл.	Беременность	Высота стояния дна матки, см		Окружность живота, см		Наружное акушерское исследование						Аускультация			
		До 35	35—40 и более	95—105	107—110 и более	Определение более двух крупных частей плода	Множество мелких частей плода	Борода между двумя плодами	Две головки в различных отделах матки	Стояние предлежащей части глубоко во входе в таз, в то время как дно матки приподнято до мечевидного отростка	Маленькая головка при большом объеме матки	Прослушивание двух точек ясного сердцебиения плода в различных местах	«Немая» зона между точками ясного сердцебиения плода	Различный ритм сердцебиений плодов с разницей 10 ударов в 1 мин и более	
															а
1	Одноплодная														
2	Многоплодная														

Диагностика одно- и двуяйцевой двойни

№ пл.	Двойня	Близнецы					Оболочки плодного яйца								
		Пол		Группа крови		Сходство рисунков складок пальцев рук	Децидуальная		Ворсистая		Плацента		Водная		
		Одно-полые	Разно-полые	Одинаковая	Разная		Общая	Раздельная	Общая	Раздельная	Общая	Раздельная	Общая	Раздельная	
		а	б	в	г	д									е
1	Однояйцевая														
2	Двуяйцевая														

Поздние токсикозы беременных

№ пп.	Поздние токсикозы беременных	Клиническое течение									
		Отеки	Артериальное давление		Белок в моче	Прибавка массы за неделю (г)		Головная боль	Нарушение зрения	Боли в эпигастриальной области	Приступы суворог
			135/85 и ниже	Выше 135/85		300 и меньше	Более 300				
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к
1	Водянка беременных										
2	Нефропатия										
3	Преэклампсия										
4	Эклампсия										
5	Нормальная беременность										

Поздние токсикозы беременных. Лечение

№ пп.	Поздние токсикозы беременных	Режим				Диета		Медикаментозное лечение										
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	
1	Волянка беременных																	
2	Нефропатия																	
3	Преэклампсия																	
4	Эклампсия																	
		Рациональный режим (гимнастика, прогулки на свежем воздухе, своевременный сон)	Постельный режим	Строгий постельный режим, устранение зрительных и слуховых раздражителей	Строжайший режим (все манипуляции только под эфирным наркозом)	Витаминизированная диета с ограничением жидкости и соли	Через каждые 7—10 дней разгрузочные дни (1 кг яблок, или 1 л молока, или 1 кг творога в сутки)	Бензогексоний (1 мл 2,5% р-ра в/м); аминазин (1 мл 2,5% р-ра в/м); арфонад (0,5 мл 1% р-ра в/в капельно); дибазол (2 мл 0,5% р-ра в/в)	Магния сульфат (15 мл 25% р-р в/м 2—3 раза в сутки)	Глюкоза (40—60 мл 40% р-ра в/в)	Аскорбиновая кислота (500—600 мг), плазма, альбумин, протеин, некомпенсан, гемодез в/в капельно	Новокаин (15—20 мл 0,5% р-ра в/в 3 раза в сутки)	Морфина хлорид (1 мл 1% р-ра п/к)	Диакarb (диамокс) (0,25 г через день 3—4 раза); дихлотиазид или лазикс (100 мг в сутки)	Раунатин (0,12—0,25 мг 1—2 раза в сутки)	Аминазин (1 мл 2,5% р-ра в/в с глюкозой), суфиллин (10 мл 2,4% р-ра в/м), орнид или пентамин (1 мл 5% р-ра в/в)	Газовый наркоз	

Редкие формы токсикоза беременных

Клинические симптомы

Лечение

№ пп.	Формы токсикоза	Клинические симптомы													Лечение					
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	с	т	
1	Остеомаляция																			
2	Острая желтая атрофия печени																			
3	Тетания беременных																			
4	Хорея беременных																			
		Ноющие боли в крестце, газу, спине и ногах	Походка неуверенная, «утиная»	Атрофия мышц	Уменьшение роста	Газ спадается, остеомалатический	Желтуха	Уменьшение размеров печени	Рвота, общее тяжелое состояние	Нервное возбуждение, головная боль, бред, судороги	Тетанические судороги верхних и нижних конечностей (рука акушера, нога балерины), иногда ларингоспазм и смерть от остановки дыхания	Судороги пальцев рук и ног и мимических мышц, затем всех скелетных мышц	Повышение температуры тела	Прерывание беременности и симптоматическая терапия	Рыбий жир с фосфором, эргокальциферол	Кальция хлорид, тиамин, эргокальциферол	Салицилаты с амидопирином	Паратиреоидин, кальция глюконат, эргокальциферол	Покой	

Пути иммунизации резус-отрицательной женщины

№ пп.	Изменения в организме женщин	Пути иммунизации							
		От плода				От перелитой донорской крови			
		При первой беременности		При повторной беременности		Первичное переливание крови		Повторное переливание крови	
		Резус-положительным плодом	Резус-отрицательным плодом	Резус-положительным плодом	Резус-отрицательным плодом	От резус-положительного донора	От резус-отрицательного донора	От резус-положительного донора	От резус-отрицательного донора
	а	б	в	г	д	е	ж	з	
1	Происходит резус-сенсibilизация женщины								
2	У беременной происходит накопление резус-антител и возникает гемолитическая болезнь плода								
3	Накопление резус-антител ведет к гемолизу эритроцитов женщины								

Принципы лечения гемолитической болезни новорожденных

№ пп.	Показания к лечению	Методы лечения												
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н
1	Содержание билирубина в пуповинной крови не нарастает													
2	Повышенное содержание билирубина в пуповинной крови (6—8 мг% и больше)													
3	Нарастание билирубина в крови на 0,4 мг% в 1 ч и более													

Заменное переливание крови: 350—400 мл крови, перелить 400—450 мл свежесгруппированной резус-отрицательной крови

Кортикостероидные препараты: преднизолон, преднизол (1—2 мг на кг массы 3 раза в день), кортизон (5 мг на 1 кг массы в сутки)

Глюкоза (100 мл 10% р-ра), аскорбиновая кислота (1 мл 5% р-ра) + поливитамины (Фолтон + плазма и неокмпенсан или гемодез в/в капельно)

Аминазин (2—4 мг на 1 кг массы 2—3 раза в день)

Оксигенотерапия

Глютаминная кислота (1 чайная ложка 1% р-ра 3 раза в сутки)

Викасол (0,001 г 2—3 раза в сутки) + антигемин

Тиамин бромид (0,5 мл 5% р-ра в/м)

Пиридоксин гидрохлорид (0,5 мл 2,5% р-ра в/м)

Цианокобаламин (20 мг в день) после уменьшения желтухи

Метрони

У-глобулин

Запретить кормление молоком матери на срок не менее 2 недель после родов

Меры профилактики гемолитической болезни новорожденных

№ пп.	Меры профилактики	Десенсибилизирующая терапия	
		Беременных	Новорожденного
1 При взятии беременных на учет	Меры профилактики	а	Определение группы крови и резус-принадлежности у всех беременных
		б	Проверка резус-принадлежности мужа
		в	Определение содержания резус-антител в крови в динамике
		г	Досрочное родоразрешение
		д	Новокаин (5 мл 2% р-ра в/м — 15 инъекций через день); аминазин (0,05 мл 2,5% р-ра в/м); преднизолон (0,005 мг в сутки); АКГГ (25 ЕД в сутки курсами)
		е	Глюкоза (20 мл 40% р-ра в/в); аскорбиновая кислота (5 мл 5% р-ра в/в); тиамин бромид (1 мл 5% р-ра в/м); токоферола ацетат (1 мл 10% р-ра в/м); викасол (1 мл 1% р-ра в/м); Прогестерон (1 мл 2,5% р-ра в/м). Оксигенотерапия (курсами); ультрафиолетовое облучение
		ж	Антирезусный γ -глобулин (1 мл в/м); супрастин (1 мл 2% р-ра в/м); димедрол (1 мл 2% р-ра в/м); аминокaproновая кислота (1 г 4 раза в день per os); реополиглюкин (200 мл в/в); неокомпенсан (100 мл в/в); диазолин (0,1 г в капсуле 2 раза в день после еды); кальция хлорид (10 мл 10% р-ра в/в)
		з	Анализы пуповинной крови на групповую и резус-принадлежность, билирубин, гемоглобин, количество эритроцитов
		и	При наличии показаний — заменное переливание крови новорожденному
		2	В течение всей беременности
3	За 2—3 недели до родов в случае нарастания титра антител (при отягощенном акушерском анамнезе)		
4	Новорожденному		

Беременность и роды при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

№ пп.	Заболевание	Ведение										
		Беременности			Родов			Послеродового периода				
		Прерывание беременности при раннем сроке	Сохранение беременности под контролем врача-гинеколога	Профилактическое трехкратное стационарное лечение	первый период	второй период		третий период	Тяжесть на живот или тугое его обитование для профилактики коллапса	Строгий постельный режим в течение 2-3 недель	Запрещение кормления ребенка материнским молоком до клинического выздоровления	
						Консервативное; наблюдение терапевта, сердечные средства, глюкоза, кислород	Консервативное или наложение вакуум-экстрактора					Исключить потуги (акшерские щипцы)
а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к			
1	Недостаточность двустворчатого клапана (митральный порок) без нарушения компенсации											
2	Недостаточность двустворчатого клапана с нарушением компенсации											
3	Стеноз митрального отверстия без нарушения компенсации											
4	Стеноз митрального отверстия с нарушением компенсации											

Беременность и зоонозы

№ пп.	Заболевание	Пути заражения				Клинические формы				Осложнения беременности		Осложнения развития плода			Лечение (курсами)						
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	с	т	у	
1	Дистериоз																				
2	Токсоплазмоз																				
3	Цитомегалия																				
		Врожденный (через плацентарный барьер от больной матери)	Контактный (от домашних животных и грызунов)	Алиментарный (употребление в пищу инфицированных продуктов — молока, мяса, яиц)	Трансмиссивный (кровососущими насекомыми)	Ангинозно-септическая	Глазо-железистая	Септико-гранулематозная	Мозговая (менингит, энцефалит)	Выкидыши, преждевременные роды	Мертворождения	Повышение температуры тела за 2—3 дня до родов и во время родов до 38—39°С, падение температуры тела после родов	Гидроцефалии, микроцефалии	Новорожденные с признаками зоонозной инфекции, их гибель в первые часы после рождения	Увеличение печени, селезенки, желтуха	Сульфадимезин (1 г 4 раза в день)	Левомецетин (0,3 г 4 раза в день)	Кислород, витамины, препараты коры надпочечников	Тетрациклин, тетрациклин или стрептомицин с тетраолеаном	Хлоридин (0,025 г по схеме); сульфадимезин (0,5 г 4 раза в день); глюкоза (20 мл 40% р-ра в/в); тиамин бромид (1 мл 6% р-ра в/м); пиридоксин гидрохлорид (1 мл 5% р-ра в/м); никотиновая кислота (0,05 г по схеме) рутин (0,1 г по схеме); аскорбиновая кислота (0,25 г по схеме)	

Беременность и роды при острых инфекционных заболеваниях

Течение беременности и родов

Осложнения

№ пп.	Заболевание	Течение болезни			Рекомендации		Осложнения											
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	
1	Брюшной, сыпной, возвратный тифы																	
2	Грипп																	
3	Малярия																	
4	Инфекционный гепатит																	
5	Туберкулез																	
6	Бруцеллез																	

Диагностика трубной беременности по типу разрыва маточной трубы

№ пп.	Заблевание	Анамнез				Общее состояние		Брюшная стенка		Френикус-симптом		Температура тела	
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м
1	Нарушенная трубная беременность по типу разрыва трубы												
2	Прободной перитонит												

Диагностика нарушенной тубоидной беременности по типу тубоидного аборта

№ пп.	Заболевание	Анамнез				Общее состояние				Вагинальное исследование		Пункция заднего свода		Биологическая реакция Ашгейма-Лондеса			
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м		н	о	п
1 Внематочная беременность		Беременности не было	Беременность после бесплодия	Заболевание внезапное, нередко с кратковременным обморочным состоянием. Резкие боли, иррадирующие в плечо и прямую кишку	Боли постоянного характера, ощущающиеся в области придатков матки	Температура тела повышена, пульс соответствует температуре тела	Температура тела нормальная, пульс мягкий, учащен, не соответствует температуре, АД имеет тенденцию к снижению	Сознание ясное	Бледность кожи и слизистых	Нормальная окраска кожи и слизистых	Матка несколько увеличена, размягчена, задний свод напряжен, болезненный темные кровянистые выделения, напоминающие кофейную гущу	Матка нормальной величины и консистенции, задний свод глубокий, безболезненный, может быть напряженным, гнойвидные или кровянистые выделения яркого цвета	Темная кровь со сгустками	Крови нет, гной или серозная жидкость	Отрицательная	Положительная	
		2 Воспаление придатков матки															

Классификация абортов

№ пп.	Виды абортов	Стадии аборта					Осложнения							
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	
1	Искусственный медицинский криминальный													
2	Самопроизвольный													
3	Несостоявшийся													

Диагностика стадий самопроизвольного аборта, не осложненного инфекцией

№ пп.	Стадии аборта	Исчезновение субъ- ективных признаков беременности	Выделения					Боли			Влагалищное исследование						
			а	б	в	г	д	е	ж	з	Шейка матки			Величина матки		Консистенция матки	
											и	к	л	м	н	о	п
1	Угрожающий																
2	Начинающийся																
3	Аборт в ходу																
4	Неполный																
5	Полный																

Лечение и прогноз стадий аборта

№ пп.	Стадии аборта	Лечение										Прогноз						
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м					
1	Угрожающий																	
2	Начинающийся																	
3	Аборт в ходу																	
4	Неполный																	
5	Полный																	

Противозачаточные средства

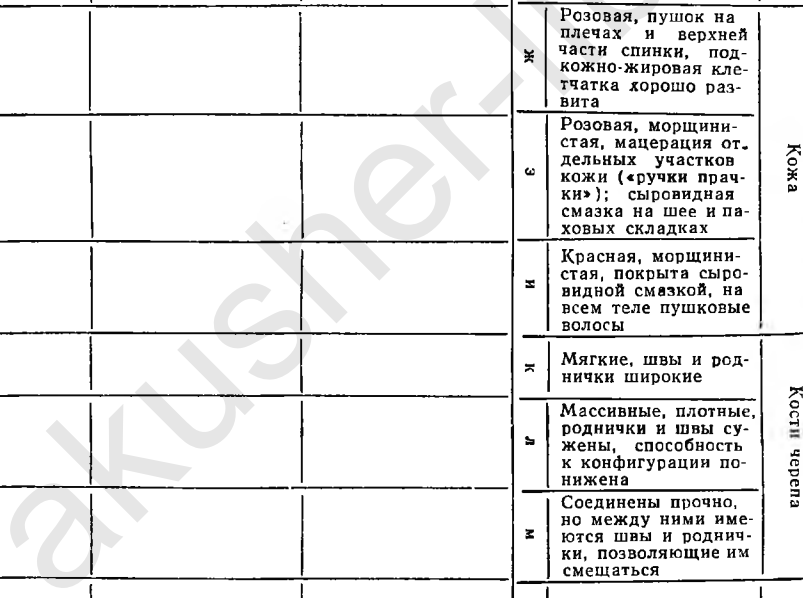
№ пп.	Способы предохранения от беременности	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	с	т	
1	Гормональные																			
2	Механические																			
3	Химические																			
4	Биологические																			
5	Физиологические																			
6	Хирургические																			
7	Не рекомендуемые																			

Диагностика недоношенной, переношенной и доношенной беременности

№ пп.	Характер беременности	Признаки беременности					Влагалищное исследование			Околоплодные воды		Плацента			
		а	б	Окружность живота, см			е	ж	з	и	к	л	м	н	о
				в	г	д									
1	Недоношенная														
2	Доношенная														
3	Переношенная														

Признаки зрелости плода





№ пп.	Характеристика плода			Длина, см			Кожа			Кости черепа			Ушные и носовые хрящи		Половые органы	
	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р
1	Доношенный															
2	Недоношенный															
3	Перезрелый															



Осложнения во время беременности и в родах при гинекологических заболеваниях

№ пп.	Заболевания	Осложнения									Гинекологическое заболевание			
		При беременности				В родах и послеродовом периоде					Усиленный рост опухолей	Перекручивание ножки опухоли, некроз опухоли	Ущемление матки	
		Привычный выкидыш или преждевременные роды	Токсикозы беременных	Неправильное положение плода (поперечное, косое, тазовое)	Двойня (с одним или разными сроками беременности)	Задержка родов (препятствие в виде опухоли)	Слабость родовых сил	Кровотечение в третьем периоде родов и после родовом периоде	Замедленная инволюция матки	Восходящая послеродовая инфекция				Разрыв матки в родах
а	б	в	г	д	з	ж	е	и	к	л	м	н		
1	Инфантильная матка													
2	Седловидная или двурогая матка													
3	Аномалии положения матки													
4	Воспалительные процессы гениталий													
5	Опухоли яичников													
6	Фибромиома													
7	Рак шейки матки													

Поперечное положение плода. Позиция и вид

Поперечное положение плода	№лл.	Позиция		Вид	
		Первая <i>а</i>	Вторая <i>б</i>	Передний <i>в</i>	Задний <i>г</i>
	1				
	2				
	3				
	4				

Диагностика поперечного положения плода при наружном акушерском исследовании

№ пп.	Положение	Форма матки		Высота стояния дна матки		Второй прием Леопольда		Третий прием Леопольда		Сердцебиение плода		
		Овоидная	Выгнута в поперечном или косом направлении	Соответствует сроку беременности	Низкое стояние дна матки	В боковых отделах матки с одной стороны определяется гладкая, широкая спинка плода, с другой — мелкие части плода	В боковых отделах матки определяется головка и тазовый конец плода	Предлежащая часть над входом в малый таз крупная, шаровидная плотная, балло-тирующая	Предлежащей части над входом в таз нет	Выше пупка справа или слева	На уровне пупка ближе к стороне головки	Ниже пупка справа или слева
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л
1	Поперечное											
2	Продольное											

Диагностика поперечного положения плода при влагалищном исследовании, отличие ручки от ножки

№ пп.	Конечность	Переход стопы в голень, а кисти в предплечье		Наличие костных выступов		Пальцы					
		Без выступов, образует прямую линию	Соединяются под прямым углом	Бугор пяточной кости и два мыщелка	Отсутствие выступов	Пальцы одинаковой длины, короткие, ровные	Пальцы длинные, торчат в разные стороны	Большой палец легко пригибается к голени и отводится в сторону	Большой палец мало отличается от других, прижать и отвести его не удается	Пальцы обхватывают палец исследующего	
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	
1	Ручка										
2	Ножка										

Дифференциальная диагностика ягодичного, лицевого предлежаний и запущенного поперечного положения плода

Исследование

Наружное

Влагалищное

№ пп.	Предлежание плода	Форма и величина матки			Предлежащая часть плода		Определение местонахождения головки			Сердцебиение плода			Выпадение частей плода					
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	
1	Ягодичное	Высокое стояние дна матки	Низкое стояние дна матки, живот имеет косую или поперечно-овальную форму	Крупная, неправильной формы, мягковатая, малоподвижная, не баллотирует	Выраженное углубление между запрокинутой кзади предлежащей головкой и спинкой плода	В области дна матки	В боковом отделе матки	Головка-предлежащая часть	Выше пупка справа или слева (в зависимости от позиции)	Со стороны грудной клетки плода	На уровне пупка	Крупная предлежащая часть, грудная клетка, позвоночник, лопатка, подмышечная впадина	Объемистая, мягковатая часть, в которой определяются крестец, копчик, паховый сгиб и анальное отверстие	Неровности лица (надбровные дуги, нос, подбородок). Ротовое отверстие с твердым валиком десен. Сосательные движения	Ручка	Ножка	Пуповина	
2	Лицевое																	
3	Запущенное поперечное положение плода																	

Ведение беременности при поперечном положении плода

№ пп.	Приемы	Срок беременности (в неделях)					Осложнения						
		Меньше 28	28—32	33—34	35—37	38—40	Резкое сужение таза	Многоводие	Многоплодие	Предлежание плаценты	Наличие во влагалище рубцовых структур	Рубец на матке	Внутриутробная гибель плода
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м
1	Корректирующая гимнастика												
2	Наружный поворот плода												
3	Психологическая подготовка беременной к возможности кесарева сечения												
4	Госпитализация												

Терапия поперечного положения плода

№ пп.	Приемы	Условия операции								Противопоказания				
		Точное знание членорасположе- ния плода	Нормальные раз- меры таза или малые размеры плода	Раскрытие маточного зева			Подвижность плода, состояние околоплодных вод				Отсутствие пол- вижности плода	Клинически уз- кий таз	Угроза разрыва матки	Наличие инфек- ции (гнойные выделения из влагалища)
				Закрыт	На 4—6 см	Полное	Хорошая. Целые воды	Хорошая. От- хождение вод	Безводный период ме- нее 6 ч. Жи- вой плод. Отсутствие инфекции	Безводный период более 6 ч. Плод мертвый				
а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н		
1	Наружный поворот пло- да по Архангельскому													
2	Классический наружно- внутренний комбини- рованный поворот плода на ножку													
3	Поворот на ножку при неполном открытии по Брекстон-Гиксу													
4	Декапитация													
5	Кесарево сечение													

Диагностика разгибательных предлежаний головки

№ пп.	Виды разгибательного предлежания	Исследование						
		Наружное		Внутреннее				
1	2	3	4	5	6			
1	Переднеголовное	а	б	в	г	д	е	ж
2	Лобное	Вид предлежания распознать трудно	Необычная форма предлежащей головки. Углубление между запрокинутой головкой и спинкой плода	Точки ясного сердцебиения со стороны груди плода	Лобно-затылочный размер превышает 12 см при относительно крупном плоде	Нос, подбородок, надбровные дуги, ротовое отверстие с твердым валиком десен	Стояние большого родничка ниже малого. Все углы большого родничка лежат в одной плоскости, отмечается стремление большого родничка повернуться кпереди	Гладкая широкая поверхность, пересеченная швом. С одной стороны к шву примыкает надпереносье и надбровные дуги, с другой — передний угол большого родничка
3	Лицевое							

Биомеханизм родов при различных видах предлежания головки

№ пл.	Предлежания плода	Моменты биомеханизма родов							
		Первый — вставление головки		Второй — внутренний поворот головки		Третий — прорезывание головки			Четвертый — наружный поворот головки и внутренний поворот туловища
		Сгибание	Разгибание	Затылком вперед, лицом назад	Затылком назад, лицом вперед	Сгибание	Разгибание	Начала сгибание, потом разгибание	
1	Переднеголовное								
2	Лобное								
3	Лицевое								
4	Затылочное, передний вид								
5	Затылочное, задний вид								

Проводные точки и точки фиксации при различных видах предлежания головки

№ пп.	Предлежание головки	Проводная точка					Точки фиксации в третьем моменте биомеханизма родов					
		Подбородок	Середина лобного шва	Малый родничок	Посредине между ма- мым и боль- шим роднич- ками	Большой род- ничок	Подзатылоч- ная ямка	Затылочный бугор	Граница во- лосистой ча- сти головки	Надпереносье	Верхняя че- люсть	Подъязыч- ная кость
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л
1	Переднеголовное											
2	Лобное											
3	Лицевое											
4	Затылочное, передний вид											
5	Затылочное, задний вид											

Разгибательные предлежания головки (разогнутые положения)

Лит.	Предлежание			Продольная точка					Размер, через который проходит головка, см				Размер окружности головки, см		
	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	
1	Лобное	Лицевое	Передне-теменное	Большой родничок	Малый родничок	Корень носа	Подбородок	Большой косой (13,5)	Прямой (12)	Вертикальный (9)	Малый косой (9)	33	34	35	
2															
3															






Прогноз родов при неправильных вставлениях и разгибательных предлежаниях головки

№ пп.	Прогноз родов	Разгибательные предлежания					Асинклизм			Состояние головки			
		Подбородок поворачивается к лобковому сращению			Подбородок обращен к крестцовому ложу		Слабо или умеренно выраженный передний или задний	Резко выраженный передний	Резко выраженный задний	Высокое прямое	Низкое поперечное		
		Лобное	Передне-лобное	Лицевое	Лобное	Лицевое							
												а	б
1	Неблагоприятный для плода												
2	Сомнительный												
3	Роды возможны при хорошей родовой деятельности												
4	Роды невозможны												

Диагностика асинклитических вставлений, высокого прямого и низкого поперечного стояния головки

№ пп.	Формы стояния головки	Исследование								
		Наружное			Влагалищное					
		Распознавание затруднено	Измерение головки тазомером показывает ее малую величину (9—10 см). Головка нависает над лобковым сращением. Признак Вастена положительный	Головка стоит в узкой части таза или в выходе из него. Несмотря на хорошую родовую деятельность роды не прогрессируют	Близость стреловидного шва к крестцовому мысу	Близость стреловидного шва к лобковому сращению	Ухо или щека плода ниже крестцового мыса	Ухо или щека плода ниже лобкового сращения	Стояние стреловидного шва в прямом раз- мере входа в таз, один родничок у крестцового мыса, другой — у лобкового сращения	Головка большим сегментом стоит в выходе или узкой части таза с поперечным стоянием стреловидного шва; с одной стороны шва сбоку — большой родничок, с другой — малый
а	б	в	г	д	е	ж	з	и		
1	Передний асинклитизм									
2	Задний асинклитизм									
2	Высокое прямое									
4	Низкое поперечное									

Конфигурация головки при различных формах разгибательных предлежаний

Виды конфигурации головки	№ п/п	Формы головок			Предлежание, при котором родилась головка		
		Брахицефалическая	Долихоцефалическая	Треугольная	Передне-теменное	Лобное	Лицевое
		<i>a</i>	<i>б</i>	<i>в</i>	<i>г</i>	<i>д</i>	<i>е</i>
	1						
	2						
	3						

Дифференциальная диагностика при выпадении мелких частей плода

№ пп.	Выпадение	Части плода при исследовании													
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м		
1	Ручки														
2	Ножки														
3	Колена														
4	Локтя														
5	Пуповины														

Диагностика аномалий и уродств плода

№ пп.	Аномалии плода	Исследование								
		Наружное					Влагалищное			
		Длина плода больше 52—53 см	Масса плода свыше 4000 г	Необычно крупная голова, не встаивающаяся в таз. Лобно-за- тылочный раз- мер более 12 см	Чрезмерно малая голова при крупном плоде. Лобно-затылоч- ный размер ме- нее 12 см	«Пергаментный» хруст податли- вых, истончен- ных, костей не- обычно крупной головки	Кости череп плотные, швы и роднички узкие. Изменение кон- фигурации го- ловки	Кости черепа ис- тончены, швы и двигжны, швы и роднички расши- рены	Предлежащая часть мягкая, по краям костные выступы. При надавливании на выпячивающий- ся мозг — кон- вульсивные дви- жения плода	При головном предлежании кости черепа, швы и роднички не определя- ются. Выпячи- вающийся мозг принимает за ягодицы или ли- цо
а	б	в	г	д	е	ж	з	и		
1	Крупный плод (масса более 4000 г)									
2	Гигантский плод (масса более 5000 г)									
3	Гидроцефалия									
4	Чрезмерная величина туловища (асцит, увеличенная печень, опухоль и др.)									
5	Геми- и анэнцефалия									
6	Сросшиеся двойни									
7	Заячья губа, волчья пасть, косолопасть									

Аномалии и уродства плода, прогноз родов и методы родоразрешения

№ пп.	Аномалии и уродства	Прогноз родов				Методы родоразрешения				
		Проходят по типу родов при узком тазе (механические затруднения)	Заканчиваются самопроизвольно	Самопроизвольно протекающие. Длительные. Могут закончиться разрывом матки, восходящей инфекцией и другими осложнениями	Возможны при своевременном оперативном пособии	Консервативный	Кесарево сечение	Перфорация головки	Эвисцерация	Клейдогамия (при мертвом плоде)
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и
1	Крупный плод (масса более 4000 г)									
2	Гигантский плод (масса более 5000 г)									
3	Гидроцефалия									
4	Чрезмерная величина туловища (асцит, увеличенная печень, опухоль и др.)									
5	Гемии- и анизцефалия									
6	Сросшиеся двойни									
7	Заячья губа, волчья пасть, косолапость									

Аномалии хориона. Дополнительные методы диагностики. Осложнения

№ пп.	Аномалии	Дополнительные методы диагностики		Осложнения									
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и			
1	Пузырный занос												
2	Хорионэпителиома												
		Биохимические реакции Ашгейма—Цондека, Галли—Майнини	Гистологическое исследование соскоба слизистой оболочки матки	Разрушающий пузырный занос, приводящий к самопроизвольной перфорации матки или внутрибрюшному кровотечению	Двухстороннее образование быстрорастущих лютеиновых кист яичников	Опасное для жизни кровотечение во время рождения пузырного заноса	Перфорация матки при пальцевом удалении или инструментальном выскабливании полости матки	Злокачественное перерождение пузырного заноса в хорионэпителиому	Метастазы в соседних и отдаленных органах	Восходящая инфекция			

Аномалии хориона. Прогноз. Лечение

№ пп.	Аномалии	Прогноз			Лечение									
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к			
1	Пузырный занос	Благоприятный	Сомнительный	Неблагоприятный	Медикаментозное родостимулирование с помощью окситолических средств (хинин, питуитрин, окситоцин, серотонин и др.)	При достаточном раскрытии маточного зева пальцевое удаление пузырного заноса	При сильном кровотечении и закрытом зеве расширение первичального канала металлическими расширителями и осторожное удаление пузырного заноса пальцем или тупой кюреткой	Удаление матки с придатками и верхней трети влагалища с последующей химиотерапией (метатрексат, меркаптопури, хризомалин)	Тестостерона пропионат, метилтестостерон или большие дозы эстрогенных гормонов (100 мг в день)	Рентгенотерапия брюшной полости и легких	Диспансерное наблюдение после удаления пузырного заноса в течение 2—3 лет			
2	Хорионэпителиома													

Аномалии изгоняющих сил. Характеристика динамики родовой деятельности

№ пп.	Родовая деятельность и ее характер	Общая продолжительность родов, ч					Характеристика схваток и тонуса миометрия							Время раскрытия шейки матки (ч)			
		1-3	6-8	12	18	Более 24	Прогрессирующее нарастающее и продолжительное	Медленное нарастающее	Уменьшение силы, периодичности и продолжительности	Нерегулярные, различные по продолжительности, силе и частоте	Ритмичные, координированные, сильные сокращения миометрия	Некоординированные, несимметричные сокращения различных отделов матки	Полный спазм миометрия, тетания	1-3	6-8	12	16-18 и более
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р
1	Нормальная																
2	Слабая																
3	Чрезмерно сильная																

Лечение слабости родовой деятельности (продолжение)

№ пп.	Методы стимуляции родовой деятельности	а	б	в	г	и	е	ж	з	и	к	л	м	н
1	По В. Н. Хмельскому	Фолликулин (лучше эстрадиол-дипропионат) 20—30 тыс. ЕД в/м	Эстрадиол-дипропионат 40 тыс. ЕД с 0,05 мл эфира для наркоза ввести в заднюю губу шейки матки	Питуитрин или окситоцин по 0,25 мл 4—5 раз в/м	Хинина гидрохлорид 0,15—0,25 г через каждые 30 мин внутрь 5—6 раз	Окситоцин 10 ЕД или серотонин 30—40 мг разведенные в 450 мл 5% раствора глюкозы с добавлением в смесь кокарбоксилазы 100 мг и аскорбиновой кислоты 500 мг вводить подкожно или внутривенно капельно	Изроверин или изопромедол (1 мл 1% раствора п/к) в конце первого периода родов	Питуитрин или окситоцин 10 ЕД, разведенные в 250 мл 5% раствора глюкозы в конце второго периода родов	Глюкоза 40 мл 40% раствора, кальция хлорид 10 мл 10% раствора, аскорбиновая кислота 5 мл 10% раствора	Тиамин бромид (1 мл 5% раствора в/м), вдыхание кислорода	При раскрытии маточного зева на 6 см — вскрытие плодного пузыря	Метреприз, кольпейриз, пальцевое растяжение маточного зева, кожно-головные щипцы	Вакуум-экстракция плода или акушерские щипцы	Вдыхание кислорода в гипербарических условиях (гипербарической камере)
2	По Л. В. Тимошенко													
3	По Е. Т. Михайленко													
4	Механические													

Аномалии отхождения околоплодных вод

№ пп.	Разрыв плодного пузыря	Время разрыва плодного пузыря				Этиология								
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л		
1	Преждевременный													
2	Ранний													
3	Запоздалый													
4	Своевременный													

Степени сужения таза. Прогноз родов

№ пп.	Степени сужения таза	Истинная конъюгата, см				Прогноз родов					
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	
1	Первая										
2	Вторая										
3	Третья										
4	Четвертая										

Примерные размеры различных форм узкого таза

№ пп.	Размеры таза				Формы таза				
	<i>Distantia spinarum, см</i>	<i>Distantia cristarum, см</i>	<i>Distantia trochanterica, см</i>	<i>Conjugata externa, см</i>	Общеравномер-носуженный	Плоскоракхитический	Простой плоский	Общесуженный плоский	Нормальный
					а	б	в	г	д
1	23	25	27	17					
2	25—26	28—29	30—31	20—21					
3	26	29	31	17					
4	26	26	31	17					
5	23	25	27	16					

Окружность таза (по Г. Г. Гентеру)

№ пп.	Таз	Длина окружности таза, см				
		70—75	80	85—90	100	110
		а	б	в	г	д
1	Нормальный					
2	Узкий					

Распознавание узкого таза по форме ромба Михаэлиса

№ пп.	Формы таза	Ромб Михаэлиса				Подлобковый угол		
		Имеет форму квадрата	Вытянут в длину, верхний и нижний углы острые, боковые — тупые	Верхний треугольник ромба низкий	Неправильной формы	Меньше 90°	Больше 90°	90—100°
1	Общеравномерносуженный							
2	Плоскорихитический							
3	Простой плоский							
4	Общесуженный плоский							
5	Кососуженный							
6	Нормальный							

Ведение родов при различных степенях сужения таза

№ пп.	Степени сужения таза	Ведение I периода родов (наблюдение)											Родоразрешение				
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о		
1	Первая																
2	Вторая																
3	Третья																
4	Четвертая																



Виды гипоксии плода

Причины

Виды гипоксии	а	б	в	г	д	е	ж	з
1 Метаболическая	Метаболический или респираторный ацидоз, связанный с беременностью, а также вредными внешними факторами (биологическими, физическими и химическими)	Поражение ЦНС при родах (сдавление черепа, кровоизлияния в мозг)	Нарушения доставки кислорода к плоду (нарушения маточно-плацентарного кровообращения, обвитие и узлы пуповины, острая анемия или эклампсия у матери, отслойка плаценты и др.)	Внешние воздействия на плод (операции при тазовых предлежаниях, поворот плода на ножку и др.), приводящие к рефлекторному возбуждению дыхательного центра и аспирации околоплодных вод	Повышенное давление на головку плода при узком тазе	Нарушение функции фето-плацентарного комплекса	Гипоксемия матери (анемия, заболевания крови, сердечно-сосудистая патология)	Заболевания плода (гемолитическая болезнь, уродства развития, поражение инфекцией и т. д.)
2 Респираторная								
3 Травматическая								
4 Циркуляторная								
5 Рефлекторная								

Методы борьбы с гипоксией плода

№ пп.	Методы борьбы с гипоксией плода	По А. П. Николаеву			По Н. С. Бакшееву и А. С. Лявину			По В. П. Михедко	По И. П. Демичеву	По В. Т. Каминской	
		Вдыхание матерью 3—5 л кислорода через каждые 5 мин	Глюкоза (50 мл 10% р-ра в/в)	Кордиазол или коразол (1 мл 10% р-ра в/м)	Ингаляция кислорода через герметически укрепленную маску	Внутреннее введение глюкозы с инсулином, кокарбоксилазой и аскорбиновой кислотой	Внутреннее введение гидрокарбоната натрия, глюконата кальция, атропина, ситегина, суффальна сульфата, хлорида кобальта и пиноксаламина	Сигетин (2 мл 2% р-ра в/в)	Вдыхание кислорода вне схваток и потуг (до 20 л в 1 мин)		
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к
1	Профилактика										
2	Лечение										

Классификация асфиксии новорожденных (по А. И. Петченко)

№ пп.	Степень асфиксии	Крик		Дыхание			Цвет кожи			Движения конечностями		
		Громкий	Отсутствует	Глубокое	Редкое, поверхностное	Отсутствует	Ярко-розовый	Цианотичный	Ведный	Активные	Вялые	Полностью отсутствуют
1	Первая (сходная с легкой «синей» асфиксией)											
2	Вторая (сходная с тяжелой «синей» асфиксией)											
3	Третья (сходная с «белой» асфиксией)											
4	Нормальный (здоровый) новорожденный											

Оценка тяжести асфиксии новорожденных по шкале Апгар

№ пп.	Число баллов			Сердцебиение			Дыхательные движения			Мышечный тонус			Реакция на раздражение слизистых рта и носа, раздражение подошв			Цвет кожи		
	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п			
1	Ноль																	
2	Один																	
3	Два																	

Методы борьбы с асфиксией новорожденных

№ пп.	Степени асфиксии новорожденных и меры борьбы с нею	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к
		Следует убедиться, жив ли новорожденный (реакция зрачков, сердцебиение)	Освободить верхние дыхательные пути от слизи и околоплодных вод	По А. Д. Аловскому: не перевязывать и не пересекать пуповину до прекращения пульсации	По Ю. П. Челомбитко: нагнетание пупочной крови путем сжатия пуповины пальцами по направлению к плоду — прием повторяют 3 раза	По И. С. Легенченко: не перевязывая пуповину удалить из верхних дыхательных путей младенца слизь, держа его за ножки, затем уложить его в теплую ванночку (температура воды 38—39° С). Извлекают новорожденного из ванны и перевязывают пуповину после того, как он издаст крик	По Л. С. Перснанинову: в пупочную вену ввести 3 мл 10% раствора хлорида кальция, 5—10 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия, 10 мл 10% раствора глюкозы	По В. А. Неговскому: аппаратное искусственное дыхание	Искусственное дыхание (неаппаратные методы: «рот ко рту» и др.)	Наружный массаж сердца	По Н. С. Бакиеву и А. С. Лявину: туалет дыхательных путей и аппаратное искусственное дыхание; введение в пупочную вену растворов глюкозы, хлорида кальция и гидрокарбоната натрия; наружный массаж сердца с одновременным искусственным дыханием; лечение новорожденных в постренимационном периоде
1	Первая										
2	Вторая										
3	Третья										

Распознавание внутриутробной смерти плода

№ пп.	Состояние и признаки внутриутробной смерти плода	Сердцебиение плода		Движения плода		Высота стояния дна матки в динамике беременности		Окружность живота в динамике беременности		Набухание молочных желез		Содержание эстриола в моче беременной		Реакция Ашгейма-Цондека (или Галли-Майнни)	
		Выслушивается	Не выслушивается	Интенсивные	Отсутствуют	Увеличивается	Уменьшается или находится на одном уровне, магика уплощается	Увеличивается	Уменьшается	Преkrашается	Продолжается	Резко снижается	Повышается	Положительная	Отрицательная
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о
1	Живой плод														
2	Мертвый плод														

Родовой травматизм. Разрыв промежности

№ пп.	Разрывы тканей					Последовательность наложения швов (ответ цифрами)					
	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л
1	Задней спайки	Кожи промежности и стенки влагалища	Мышц промежности кроме наружного сфинктера прямой кишки	Мышц промежности и наружного сфинктера прямой кишки	Стенки прямой кишки	Узловатые шелковые швы на кожу промежности	Кетгуттовый шов на верхний угол разрыва слизистой влагалища	Непрерывный или узловатые кетгуттовые швы на края раны стенки влагалища	Погружные кетгуттовые швы на мышцы тазового дна	Тонкие узловатые шелковые швы на края разрыва слизистой прямой кишки в 3 этажа	Погружные кетгуттовые швы на края разрыва наружного сфинктера прямой кишки
2	Первая										
3	Вторая										
4	Третья										
5	Центральный										

Родовой травматизм. Разрыв шейки матки

№ пп.	Степень разрыва	Глубина разрыва					Шовный материал					
		1 см	До 2 см	Более 2 см, не доходит до сводов влагалища на 1 см	Разрыв шейки доходит до сводов влагалища	Разрыв шейки переходит на свод и стенку влагалища	Шелк	Кетгут	Скобки Мишеля			
										а	б	в
1	Первая											
2	Вторая											
3	Третья											

Родовой травматизм. Причины, вызывающие разрыв матки

№ пп.	Разрывы матки	Причины						Патоморфологические изменения в стенке матки					Осложнения при производстве акушерских операций			
		Клиническое несоответствие между предлежащей частью плода и тазом роженицы			Неправильные вставления головки			Неправильные положения плода		Рубцы на матке после кесарева сечения, миомэктомии, перфорации матки при аборте и др. Дегенеративные и воспалительные процессы в матке Истинное прращение плаценты, предлежание плаценты Инфантилизм и пороки развития матки					Поворот плода на ножку	Перфорация головки плода
		Узкий таз	Крупный плод	Гидроцефалия плода	Лобное предлежание	Задний вид литевого предлежания	Асинклизия (особенно задний)	Поперечное	Косое							
а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о			
1	Самопроизвольный															
2	Насильственный															

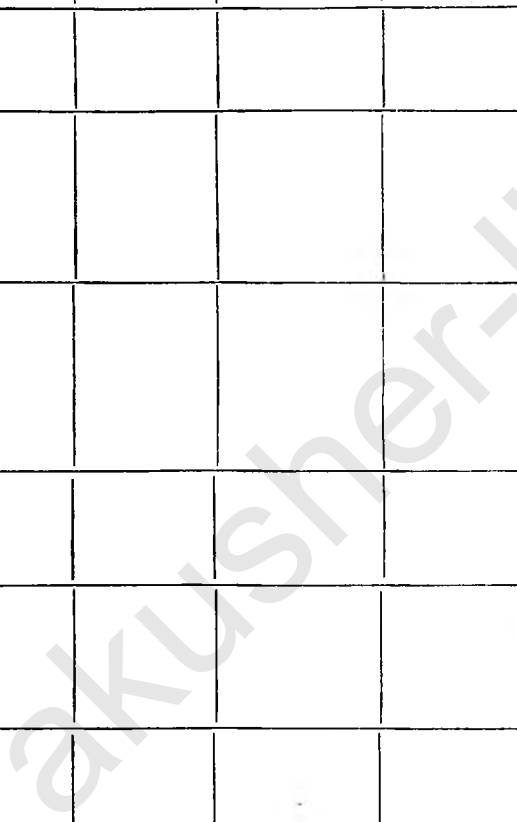
Клиническое течение разрыва матки

№ пп.		Общее состояние роженицы										Родовая деятельность						
		Исследование																
Разрыв матки		Наружное										Влагалищное						
1	2	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	1	2	3	и	к	
1	Угрожающий	Под брюшными покровами ясно ощущаются части плода. Сердцебиение плода исчезает	Матка плохо контурируется, форма ее неправильная, стенки дряблые	Матка вытянута в длину, напряжена, в центре косо перетянута (форма песочных часов)	Нижний сегмент матки истончен, болезнен при пальпации	Контракционное кольцо поднимается к пупку, располагается косо	Круглые связки матки сильно натянуты, напряжены, болезненны	Быстро развивается метеоризм, перитонит. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный	Резко выраженный отек краев маточного зева	Кровянистые выделения из матки	Предлежащая часть плода плотно вставлена во вход таза, большая родовая опухоль	Предлежащая часть плода легко отходят от входа в таз						
2	Совершившийся																	
1	Угрожающий	Прогрессирующая острая анемия. Картина внутреннего кровотечения	После бурной родовой деятельности неподвижное положение в постели, апатичность, сонливость	Возбуждение, беспокойство, частая перемена положения (быстро встает и вновь ложится), руками хватается за живот, выражение лица испуганное	Выраженная бледность кожных покровов, холодный пот, сухие губы, тошнота, зевота	АД нормальное, пульс не изменен или немного учащен, хорошего наполнения и напряжения, одышка	Прогрессивное падение АД, пульс учащен, слабого наполнения и напряжения	Затруднение или задержка мочеиспускания	Внезапное прекращение схваток	Очень сильная, схватки болезненные, почти без пауз, иногда судорожного характера	Непрерывные тетанические схватки							
2	Совершившийся																	

Акушерское исследование при разрыве матки

Причины образования послеродовых свищей, выворота матки и расхождения лобкового сращения

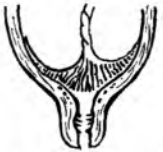




п.п. №	Родовые травмы	Причины											
		Насильственных травм				Самопроизвольных травм							
		а	б	в	г	д	е	ж	з				
1	Пузырно-влагалищный свищ												
2	Прямокишечно-влагалищный свищ												
3	Выворот матки												
4	Расхождение лобкового сращения												



Клиника послеродовых свищей, выворота матки и расхождения лобкового сращения

№ пп.	Родовые травмы	Клиническая картина											
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и			
1	Пузырно-влагалищный свищ												
2	Прямокишечно-влагалищный свищ												
3	Выворот матки												
4	Расхождение лобкового сращения												

Предлежание плаценты. Классификация

Виды предлежаний плаценты	№ п/п	Анатомическая классификация предлежаний плаценты					Клиническая классификация предлежаний плаценты	
		Центральное	Боковое	Краевое	Низкое	Шеечное	Полное	Частичное (неполное)
		а	б	в	г	д	е	ж
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

Влагалищное исследование и осложнения родов при преждевращении плаценты и преждевременной ее отслойке

№ пп.	Влагалищное исследование			Осмотр выделявшегося материала			Осложнения родов					
	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м
Аномалии	Сильное напряжение плодного пузыря вне схваток	Непосредственно за маточным зевом определяется мягкая губчатая ткань плаценты	Усиление кровотечения после влагалищного исследования	Послед выделяется тотчас же после рождения плода	Разрыв оболочек возле края плаценты (не далее 5—6 см)	На материнской поверхности плаценты имеется вдавление (на месте бывшей гематомы)	Опасность восходящей инфекции	Наружное, внутреннее или комбинированное кровотечение, приводящее к острой анемии, шоку или гибели роженицы	Шок от сильного перерастяжения матки и кровопотери	Глубокий разрыв шейки матки, нередко переходящий на нижний сегмент матки	Атоническое или гипотоническое послеродовое кровотечение	Воздушная эмболия маточно-плацентарных вен — внезапная смерть роженицы
1	Предлежание плаценты											
2	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты											

Прогноз родов в зависимости от вида предлежания плаценты

№ пп.	Виды предлежания плаценты	Прогноз родов			Факторы, усугубляющие течение родов				Родоразрешение				
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	
1	Центральное, или полное												
2	Боковое, или неполное												
3	Шеечное												
4	Краевое												

Терапия при частичном предлежании плаценты

№ пп.	Признаки предлежания	Принимаемые меры									
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к
1	При беременности — кровотечение не обильное, анемия не выражена	Полный покой, строгий постельный режим	Прогестерон (25 мг в/м 1 раз в день в течение 8—10 дней), пролактин (0,02 г 3 раза в день)	Переливание однокрупной крови	Аскорбиновая кислота (500 мг 5% р-ра в/в каждый день)	Викасол (0,03 г 3 раза в день в течение 3—5 дней), АКК (1 г 4 раза в день), магния сульфат (15 мл 25% р-ра в/м)	Естественное раскрытие плодного пузыря	Метрейриз	Кожно-головные щипцы по А. Ф. Иванову или применение вакуум-стимулятора	Поворот плода на левую или вакуум-экстракция плода	Кесарево сечение
2	При беременности — обильное кровотечение, выражена анемия										
3	В родах — раскрытие маточного зева небольшое, анемия не нарастает										
4	В родах — раскрытие маточного зева небольшое, анемия нарастает, кровотечение обильное										
5	В родах — полное раскрытие маточного зева, кровотечение обильное, анемия нарастает										

Лечение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

№ пп.	Признаки отслойки	Принимаемые меры										
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л
2	При беременности — анемия не нарастает											
2	При беременности — анемия нарастает											
3	В родах — раскрытие маточного зева небольшое, анемия не нарастает											
4	В родах — раскрытие маточного зева небольшое, анемия нарастает											
5	В родах — раскрытие маточного зева полное, выраженная анемия											

Лечение истинного и ложного приращения плаценты

№ пп.	Виды приращения плаценты	Диагностика			Лечение								
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	
1	Полное истинное												
2	Полное ложное												
3	Частичное истинное												
4	Частичное ложное												

Клиническая картина кровотечений в раннем послеродовом периоде

№ пп.	Причины и симптомы кровотечений				Характер кровотечения				Величина матки и состояние ее мускулатуры				Осмотр послерода											
	а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	р	с							
1	Типо- и атоническое кровотечение				В периоде изгнания				Плотная, дно ее на уровне или ниже пупка				Дольки и оболочки целые				При осмотре мягких родовых путей обнаружен разрыв шейки матки, влагалища, клитора, промежности				Количество фибриногена в венозной крови менее 1 г/л			
2	Задержка в матке частей плаценты				После рождения плода (до выделения послерода)				После массажа и опорожнения становится плотной				Подозрение на нарушение целостности плаценты											
3	Травма мягких родовых путей				После выделения послерода				После массажа и опорожнения становится дряблой, дно ее поднимается кверху				Обнаружение дефекта плаценты											
4	Типо- и афибриногенемия				Непрерывной струйкой				Дряблая, мягкая, плохо или совсем не реагирует на раздражение				Отсутствие добавочной дольки плаценты											
					Сгустки и жидкая кровь				Дно матки стоит высоко, иногда поднимается до мечевидного отростка грудины															
					Без сгустков (нет свертывания)																			

Профилактика кровотечений в раннем послеродовом периоде

№ пп.	Причины кровотечений	Профилактические меры														
		При беременности, в I и II периодах родов				В III периоде родов				Установление целостности выделений шейки плаценты						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
1	Гипо- и атоническое кровоотечения															
2	Задержка в матке частей плаценты															
3	Травма мягких родовых путей															

Терапия кровотечений в раннем послеродовом периоде

№ пп.	Причины кровотечения	Первая помощь										Лечение					
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	
1	Гипо- и атоническое кровотечение																
2	Задержка в матке частей плаценты																
3	Травма маточных родовых путей																
3	Типо- и афибриногенемия																

Пути распространения инфекции

№ пп.	Пути распространения	Распространение инфекции					Осложнения							
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л		
1	Контактный													
2	Лимфогенный													
3	Гематогенный													
4	Каналикулярный													

Классификация послеродовых инфекционных заболеваний

№ пп.	Стадии инфекционного процесса	Распространение инфекции							Инфекционные заболевания							
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п
1	Первый	Генерализованная инфекция (общие септические заболевания)	Ограничена областью родовой раны (местные проявления)	Выхождение за пределы первичного очага (генерализаций нет)	Выхождение за пределы первичного очага (локализованная)	Послеродовая язва	Прогрессирующий тромбофлебит	Тромбофлебит	Эндометрит	Метрит	Параметрит	Септицемия	Сальпингооофорит	Септикопиемия	Пельвеоперитонит	Диффузный разлитой перитонит
2	Второй															
3	Третий															
4	Четвертый															

Клиническое течение послеродовых заболеваний, не распространяющихся на пределы матки

№ пп.	Заболевание	День развития			Общее состояние роженицы			Температура тела			Состояние матки			Выделения из матки			
		2—3	4—5	5—9	Средней тяжести	Тяжелое	Не изменено	До 38°С, пульс соответствует температуре	Вечером до 40°С, утром снижается; озноб	Повышается ступенчато	Нормальная инволюция	Некоторая субинволюция	Увеличена, плотно-эластической консистенции	Обычные лохии	Бурые с гнилостным запахом	Некротические тлани	Отсутствуют
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п	п
1	Послеродовая язва																
2	Резорбционная лихорадка																
3	Лохиометра																
4	Эндометрит, метроэндометрит																
5	Абсцесс и гангрена матки																

Лечение послеродовых заболеваний, не распространяющихся за пределы матки

Лечение

№ пп.	Заболевание	Лечение													
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о
1	Послеродовая язва	Строгий постельный режим	Гимнастические упражнения	Антибиотики после пробы на чувствительность	Сульфаниламидные препараты	Сокращающие маточные средства	Поясничная новокаиновая блокада	Присыпка и орошение язв антибиотиками и сульфаниламидными препаратами	Освобождение канала шейки матки от оболочек	Лед на низ живота или к промежности	Согревающий компресс на живот	Аскорбиновая кислота, пиридоксин, тиамин, бромид в сочетании с глюкозой	Гемотрансфузия, вливание плазмы, альбумина, протеина, неокompенсана	Облучение швов на промежности ультрафиолетовыми лучами	Ампутация матки
2	Резорбционная лихорадка														
3	Лохометра														
4	Эндометрит, метрозидометрит														
5	Гангрена и абсцессы матки														

Клиническое течение послеродовых заболеваний, распространяющихся за пределы матки

№ пп.	Заболевания	Общее состояние рожениц		Температура тела			Перитонеальные явления			Влагалищное исследование				
		Средней тяжести	Тяжелое	Не выше 38°С	Стойкое повышение температуры, ознобы	Многодневная повышенная температура с длительными ремиссиями	Не выражены	Выражены слабо	Бурные, локализованные ниже пупка	Сбоку от матки округлая, малоподвижная. Болезненная опухоль, иногда отчетливо прослушивается маточная труба	Слегка утолщенная, извитая болезненная маточная труба	В заднем своде влагалища определяется резистентность, болезненность или опухолевидное образование	Сбоку от матки утолщенная маточная труба, болезненная при пальпации	Плотный, доходящий до тазовой стени инфильтрат, не имеющий четких контуров, неподвижный, болезненный
а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н		
1	Катаральный сальпингит													
2	Гнойный сальпингит													
3	Пиовариум													
4	Экссудативный пель- веоперитонит													
5	Параметрит													

Лечение послеродовых заболеваний, распространяющихся за пределы матки

Лечение

№ пп.	Заболевание	Лечение																								
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н												
1	Катаральный салпингит	Строгий постельный режим																								
2	Гнойный салпингит, пносальпинкс		Антибиотики в/м, в/в или per os после пробы на чувствительность к ним больной и микрофлоры		Сульфаниламиды		Свечи с белладонной и гидрохлоридом папаверина		Промедол 2% при резких болях		Глюкоза, аскорбиновая кислота, ретинол, тиамин		Трансфузия крови, плазма, альбумин, неокомпенсан		Десенсибилизирующая терапия		После снижения температуры — рассасывающая терапия		Прицельная пункция очага с отсасыванием содержимого и введением антибиотиков или вскрытие гнойников		Удаление яичника		Удаление маточной трубы		Немедленная лапаротомия при вскрытии гнойника в брюшную полость	
3	Пиоэпидидимит																									
4	Экссудативный пельвиоперитонит																									
5	Параметрит																									

Клиническое течение послеродовых генерализованных заболеваний

№ пп.	Заболевание	Общее состояние				Температура и пульс			Посев крови на стерильность	
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и
1	Диффузный или обширный перитонит	Прогрессивно нарастающее ухудшение	Тяжелое состояние длится 1—2 недели, затем улучшается на 1—2 дня, а потом снова ухудшается	Ухудшается в связи с появлением метастатических абсцессов в подкожной клетчатке, легких, средлечно-сосудистой системе и других органах	Прогрессирующее обезвоживание организма	Высокая (до 40—41°С), ознобы. После озноба температура падает, затем — поднимается снова. Тахикардия	Резкое повышение, озноб, пульс частый, аритмичный, соответствует температуре	Субфебрильная, пульс учащен, не соответствует температуре	Обнаруживаются микробы	Стерильный
2	Септицемия									
3	Септикопиемия									
4	Тромбофлебит бедренных вен									

Клиническое течение послеродовых генерализованных заболеваний (данные наружного исследования)

№ пп.	Заболевание	Наружное исследование											Действие кишечника			
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о	п
1	Диффузный или общий перитонит	●														
2	Септицемия															
3	Септикопиемия															
4	Тромбофлебит бедренных вен															

Лечение послеродовых генерализованных заболеваний

Лечение

№ пп.	Заболевание	Лечение													
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м	н	о
1	Диффузный перитонит	Сигмамицин, ристомицин, олеандомицин, неомицин, тетрациклин, тетраолеан, ампициллин, рондомицин	Сульфаниламидные препараты	Антистафилококковый гамма-глобулин и гиперимунная антистафилококковая плазма	Витаминотерапия, переливание альбумина, протеина, плазмы крови	Прямое переливание одногруппной и резус-совместимой крови	Антикоагулянты под контролем коагулограммы	Антианемическая гемостимулирующая терапия	Дезинтоксикационная терапия (неокомпенсан, гемодез, маннитол, полиглюкин, реополиглюкин, глюкоза)	Препараты, тонизирующие сердечно-сосудистую систему	Глюкокортикоиды и кортикостероиды	Промывание желудочно-кишечного тракта	Местная (регионарная) гипотермия	Лапаротомия. Дренаживание брюшной полости и опорожнение гнойных очагов	Повязки с гепариновой мазью
2	Диффузный вторичный перитонит														
3	Септицемия														
4	Септикопиемия														
5	Тромбофлебит бедренных вен														

Клиника послеродовых маститов

№ пп.	Мастит	Начало заболевания			Общее состояние			Состояние молочной железы			Кожа над воспаленной молочной железой	
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	
1	Долевой застой молока											
2	Инфильтративный (сезонный)											
3	Гнойный											

Лечение послеродовых маститов

Методы лечения

№ пп.	Мастит	Методы лечения															
		а	б	в	г	д	е	ж	з	и	к	л	м				
1	Долевой застой молока																
2	Инфильтр-рациональный (серозный)																
3	Гнойный																

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3	Разгибательные предлежаия головки	87
Физиологическое акушерство, погранич-		Переднеголовное предлежаие	88
ное с патологией	5	Лобное предлежаие	90
Тазовые предлежаия плода	5	Лицевое предлежаие	91
Биомеханизм родов при тазовых предлежаиях	7	Краниотомия	92
Ведение родов при тазовых предлежаиях	9	Аномалии и уродства плода. Аномалии	
Ручное пособие при чистом ягодичном пред-		элементов плодного яйца	94
лежаии по методу Н. А. Цовьянова	11	Аномалии и уродства плода	94
Ручное пособие при ножных предлежаиях по		Аномалия элементов плодного яйца	99
методу Н. А. Цовьянова	12	Аномалии пуповины	103
Извлечение плода за тазовый конец	12	Аномалии изгоняющих сил	103
Наружный профилактический поворот плода		Слабость родовой деятельности	103
на головку при тазовом предлежаии по		Чрезмерно сильная родовая деятельность	116
Б. А. Архангельскому	14	Судорожные сокращения матки	117
Многоплодие	15	Аномалии отхождения околоплодных вод	118
Распознавание многоплодной беременности	16	Преждевременный и ранний разрыв плодных	
Течение и ведение родов	17	оболочек	118
Патологическое акушерство	19	Запоздалый разрыв плодных оболочек	119
Токсикозы беременных	19	Аномалии костного таза (суженные	
Ранние токсикозы беременных	20	тазы)	120
Поздние токсикозы беременных	23	Классификация анатомических узких (сужен-	
Ведение родов при нефропатии	34	ных) тазов	120
Наблюдение после родов за больной поздним		Клинически узкий таз	122
токсикозом и ребенком	36	Асинклитические вставления головки	126
Редкие формы токсикозов беременных	37	Высокое прямое стояние головки	127
Резус-конфликт между матерью и пло-		Низкое поперечное стояние головки	128
дом	38	Гипоксия плода и асфиксия новорож-	
Особенности течения беременности при резус-		денного	129
конфликте	39	Диагностика внутриутробной гипоксии плода	132
Лечение беременных с резус-конфликтом	40	Лечение внутриутробной гипоксии плода	133
Гемолитическая болезнь новорожденных	41	Диагностика асфиксии новорожденного	136
Беременность и роды при экстрагени-		Клинические формы асфиксии новорожденного	137
тальной патологии и инфекционных за-		Лечение и уход за ребенком, перенесшим ас-	
болеваниях	43	фиксию	140
Ведение беременности и родов при заболева-		Некоторые вопросы перинатальной	
ниях сердечно-сосудистой системы	43	смертности	142
Острая недостаточность сердца и сосудов у		Акушерская травма	145
беременных	44	Акушерская травма	145
Ревматизм у беременных	45	Разрывы промежности и влагалища	145
Ревматические пороки сердца у беременных	46	Разрыв шейки матки	146
и их течение	46	Разрыв матки	146
Врожденные пороки сердца	47	Послеродовые свищи	149
Гипертоническая болезнь у беременных	47	Послеродовый выворот матки	149
Артериальная гипотония у беременных	48	Расхождение лобковых костей	150
Зоонозы и беременность	51	Кровотечения в конце беременности и	
Токсоплазмоз	51	в родах	150
Листериоз	53	Предлежаие плаценты	150
Цитомегалия	54	Преждевременная отслойка нормально рас-	
Беременность и роды при острых инфек-		положенной плаценты	154
ционных заболеваний	55	Кровотечения в последовом и раннем	
Венерические заболевания и беремен-		послеродовом периодах	156
ность	57	Клиническая картина и диагностика ма-	
Гонорея и беременность	57	точных кровотечений	156
Сифилис и беременность	58	Лечение маточных кровотечений	157
Внематочная беременность	59	Маточные кровотечения, связанные с истин-	
Клиника и диагностика нарушенной трубной		ными и ложным приращением плаценты, а	
беременности по типу разрыва маточной трубы	62	также в позднем пуэрперальном периоде	159
Клиника и диагностика нарушенной трубной		Реанимация рожениц и родильниц	160
беременности по типу трубного аборта	63	Эмболия околоплодными водами	163
Лечение нарушенной внематочной беременности	64	Кровотечения в позднем пуэрперальном	
Выкидыш (аборт). Противозачаточные		периоде	164
средства	65	Послеродовые септические заболевания	164
Выкидыш (аборт)	65	Заболевания, не распространяющиеся за пре-	
Противозачаточные средства	70	делы влагалища и матки	165
Недонашивание и перенашивание бере-		Заболевания, ограничивающиеся полостью ма-	
менности	73	лого таза	166
Преждевременные роды	73	Заболевания, распространяющиеся за пределы	
Перенашивание беременности	75	малого таза	167
Беременность и роды при гинекологиче-		Генерализованные формы послеродовой инфек-	
ских заболеваниях	77	ции	167
Неправильные положения и предлежа-		Профилактика и лечение послеродовых сеп-	
ния плода	80	тических заболеваний	168
Поперечное и косое положение плода	80	Гонорея в послеродовом периоде	170
Классический наружно-внутренний (комбини-		Послеродовый мастит	170
рованный) поворот плода на ножку	83	Бактериальный шок в родах и раннем послеро-	
Декапитация (операция обезглавливания) плода	85	довом периоде	171
Выпадение мелких частей плода и пуповины	86	Таблицы для программированного обу-	
		чения	173